

# **Psychotherapeutische Versorgung Studierender**

Eine Längsschnittstudie zur Inanspruchnahme von  
psychotherapeutischer Behandlung

## **Dissertation**

der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität Tübingen  
zur Erlangung des Grades eines  
Doktors der Naturwissenschaften  
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Sarah Sieglinde Seidl  
aus Karlsruhe

Tübingen  
2012

Tag der mündlichen Qualifikation:

19.11.2012

Dekan:

Prof. Dr. Wolfgang Rosenstiel

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill

# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Danksagung .....   | 1  |
| 1 Einleitung .....   | 2  |
| 2 Theorieteil .....  | 4  |
| 2.1 Versorgungsforschung.....  | 4  |
| 2.1.1 Zentrales Modell der Versorgungsforschung - das Systemtheoretische Modell .....  | 5  |
| 2.1.2 Aktuelle Themen in der Versorgungsforschung.....   | 6  |
| 2.1.3 Bedarfsplanung in der psychotherapeutischen Versorgung .....   | 8  |
| 2.2 Input: Die Entscheidung zur Psychotherapie (und dagegen).....  | 11 |
| 2.2.1 Behandlungsmerkmale .....  | 13 |
| 2.2.2 Patientenmerkmale .....  | 14 |
| 2.2.3 Studien zum Inanspruchnahmeverhalten.....  | 20 |
| 2.2.4 Ablehner von Psychotherapie.....   | 22 |
| 2.3 Throughput: Suchaktivität und Wartezeit .....  | 25 |
| 2.3.1 Wartezeiten in der BRD auf einen ambulanten Psychotherapieplatz.....   | 25 |
| 2.3.2 Folgen langer Wartezeiten.....   | 28 |
| 2.3.3 Gründe der Unterversorgung.....  | 29 |
| 2.3.4 Suchaktivität.....   | 30 |
| 2.4 Outcome: Therapiewirksamkeit .....   | 32 |
| 2.4.1 Messung von Therapieerfolg.....  | 32 |
| 2.4.2 Unterschiede im Krankheitsverlauf, in der medizinischer Inanspruchnahme und Lebenssituation zwischen Personen mit und ohne absolvierter Psychotherapie ..... | 34 |
| 2.4.3 Kritik an der bisherigen Forschung .....   | 37 |
| 2.4.4 Aktuelle Feldstudien in der Psychotherapieforschung .....  | 38 |
| 2.4.5 Wirksamkeit von Beratung.....  | 41 |
| 2.5 Studierende - eine besondere Stichprobe .....  | 43 |
| 2.5.1 Studierende und ihre besondere Entwicklungsphase.....  | 43 |
| 2.5.2 Prävalenz psychischer Störungen bei Studierenden .....   | 44 |
| 2.5.3 Das Konzept des „YAVIS-Patienten“ .....  | 47 |
| 2.6 Beschreibung der unabhängigen und abhängigen Variablen .....   | 48 |
| 2.7 Hypothesen.....  | 51 |
| 2.7.1 Hypothesenblock 1: Entscheidungsverhalten der Stichprobe und beeinflussende Variablen .....  | 52 |
| 2.7.2 Hypothesenblock 2: Suchaktivität und Wartezeit .....   | 54 |
| 2.7.3 Hypothesenblock 3: Unterschiede zwischen den Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ vs. ‚keine Therapie gemacht‘ nach 1,5 Jahren .....                           | 55 |
| 3 Methode.....   | 58 |
| 3.1 Design/Ablauf der Datenerhebung.....   | 58 |
| 3.2 Instrumente und Operationalisierung .....  | 61 |
| 3.2.1 Subjektive Beeinträchtigung: BSI .....   | 61 |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 3.2.2  | Depressive Symptomatik: Allgemeine Depressions Skala (ADS-K).....  | 62  |
| 3.2.3  | Subjektive Einschätzung über Belastung und Einschränkungen im Alltag.....  | 63  |
| 3.2.4  | Lebensqualität: Satisfaction with life scale (SWLS) .....  | 63  |
| 3.2.5  | Therapiemotivation: FPTM .....   | 64  |
| 3.2.6  | Soziodemographische Variablen .....  | 66  |
| 3.2.7  | Studienverlauf .....   | 66  |
| 3.2.8  | Psychische Erkrankung .....  | 66  |
| 3.2.9  | Operationalisierung Suchaktivität .....  | 67  |
| 3.2.10 | Anforderung an Therapeuten.....  | 67  |
| 3.2.11 | Operationalisierung Wartezeit.....   | 68  |
| 3.2.12 | Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Ressourcen.....   | 68  |
| 3.2.13 | Therapieverlauf und -zufriedenheit: Fragebogen zur Evaluation.....   | 69  |
| 3.3    | Untersuchungstichprobe .....   | 70  |
| 3.3.1  | Ein- und Ausschlusskriterien.....  | 70  |
| 3.3.2  | Beschreibung der Stichprobe.....   | 72  |
| 3.4    | Auswertungsmethoden .....  | 75  |
| 4      | Ergebnisse .....   | 76  |
| 4.1    | Deskriptive Darstellung der Ergebnisse .....   | 76  |
| 4.1.1  | Deskriptive Darstellung der psychopathologischen Werte.....  | 76  |
| 4.1.2  | Darstellung der Stichprobe im Verlauf.....   | 78  |
| 4.1.3  | Gründe gegen eine Therapieaufnahme .....   | 80  |
| 4.1.4  | Darstellung der Suchaktivität, der Therapiemotivation und der Wartezeit .....  | 83  |
| 4.1.5  | Beschreibung von Veränderungen der Stichprobe zu t3 .....  | 88  |
| 4.1.6  | Darstellung Therapieverlauf und -zufriedenheit.....  | 93  |
| 4.2    | Korrelationstabelle .....  | 104 |
| 4.3    | Inferenzstatistische Ergebnisse.....   | 106 |
| 4.3.1  | Hypothesenblock 1: Entscheidungsverhalten .....  | 106 |
| 4.3.2  | Hypothesenblock 2: Suchaktivität und Wartezeit .....   | 115 |
| 4.3.3  | Hypothesenblock 3: Unterschiede zwischen den Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ vs. ‚keine Therapie gemacht‘ nach 1,5 Jahren .....                       | 117 |
| 5      | Diskussion .....   | 135 |
| 5.1    | Diskussion der Ergebnisse.....   | 138 |
| 5.1.1  | Diskussion des ersten Hypothesenblocks - das Entscheidungsverhalten .....  | 138 |
| 5.1.2  | Diskussion des zweiten Hypothesenblocks - Suchaktivität und Wartezeit .....  | 146 |
| 5.1.3  | Diskussion des dritten Hypothesenblocks - Unterschiede zwischen den Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ vs. ‚keine Therapie gemacht‘ nach 1,5 Jahren..... | 150 |
| 5.2    | Diskussion der Methodik und sich anschließende Fragestellungen .....   | 155 |
| 5.3    | Stärken der Studie .....   | 159 |
| 5.4    | Implikationen für die Praxis .....   | 160 |
| 6      | Zusammenfassung.....   | 165 |
| 7      | Abstract .....   | 166 |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| 8 Literaturverzeichnis .....      | 167 |
| 9 Abbildungsverzeichnis .....     | 179 |
| 10 Tabellenverzeichnis .....      | 180 |
| 11 Anhang .....                   | 182 |
| 11.1 Anhang Ergebnisse .....      | 182 |
| 11.2 Anhang Messinstrumente ..... | 188 |

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Luka-Krausgrill. Als Leiterin der Beratungsstelle und Gutachterin der Arbeit erlebte ich sie als engagierte Betreuerin, die mich selbstständig arbeiten ließ und mir dennoch immer Ansprechpartnerin war. Herrn Prof. Dr. Martin Hautzinger möchte ich danken, dass er mir die Möglichkeit gab, an der Universität Tübingen zu promovieren und die dortige herzliche Aufnahme. Dem Team der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende der Johannes Gutenberg-Universität gehört mein Dank, da es mich bei der Durchführung tatkräftig unterstützt hat, denn erst durch die Mitarbeit der Beraterinnen konnte die Stichprobe zustande kommen.

Diese Arbeit wäre- ohne die Unterstützung meines Umfeldes- neben Beruf und Familie nicht zu verwirklichen gewesen. Mein Dank geht daher an meinen Ehemann, für den gleichberechtigte Partnerschaft kein Modewort ist, sondern gelebte Unterstützung jeden Tag bedeutet. Mein Dank geht an meine Eltern, die die Grundsteine für meinen Weg gelegt haben, und die zusammen mit meinen Schwiegereltern in den „heißen Phasen“ die Betreuung unserer Tochter mit Freude und Zeiteinsatz übernahmen.

Claudio Thunsdorff und Achim Knebel danke ich für die wertvollen fachlichen Gespräche über den eigenen Tellerrand hinaus. Bei meinen Kolleginnen aus der Schulpsychologie, namentlich Björke Roos, Dr. Jessica Phillip und Kathleen Piskoll, möchte ich mich für die Ermutigung und das hartnäckige Nachfragen bedanken.

Und nicht zuletzt geht mein Dank an die Studierenden. Durch ihre große Offenheit gegenüber der Studie und meinen Fragen, die sie zu (fast) jeder Tageszeit bereit waren zu beantworten, ermöglichten sie mir, zuverlässige Daten zu erheben und ihre Perspektive nachzuzeichnen.

# 1 Einleitung

Ein psychisch erkrankter Mensch muss auf seinem Weg in bzw. durch eine psychotherapeutische Versorgung mehrere Hürden bewältigen: vom Entschluss, psychotherapeutische Hilfe anzunehmen und zu suchen, über das Finden eines für ihn geeigneten Therapieplatzes und das Warten auf den Therapiebeginn bis hin zum Durchhalten und erfolgreichen Beenden der Therapie. Bisher stand zumeist ausschließlich die Therapie als solche im Mittelpunkt der Forschung, in der vorliegenden Studie wird dagegen der prozesshafte Charakter der psychotherapeutischen Inanspruchnahme in seiner Gesamtheit untersucht.

Zur Operationalisierung wird dieser Prozess in drei Abschnitte unterteilt:

- (a) Entscheidung zur Psychotherapie
- (b) Von der Suche eines Therapieplatzes bis zum Beginn der Therapie: die Suchaktivität und tatsächliche Wartezeit
- (c) Vom Therapieanfang bis zu deren Ende: Therapieverlauf und Unterschiede zu Personen, ohne psychotherapeutische Behandlung

Die vorliegende Untersuchung greift aus diesen drei Abschnitten folgende Aspekte auf: Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie, Suche und Wartezeit auf einen Therapieplatz und Unterschiede zwischen Therapieabsolventen und Personen, die sich gegen eine Psychotherapie entschieden haben.

Sowohl für die Forschung als auch für die Praxis ist es von großer Bedeutung, reliable Daten zu Therapieverläufen zu erheben, um dann Faktoren aufzudecken, die in diesen Prozess eingreifen und ihn beeinflussen. Erst durch Kenntnis solcher Größen ist es möglich, eine adäquate Unterstützung der Suchenden bei ihrer Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie zu gewährleisten und ggf. zu einer Verkürzung der Wartezeiten beizutragen sowie Therapieverläufe positiv zu beeinflussen.

Im Hinblick auf den steigenden Bedarf bzw. die steigende Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung (Jacobi, 2009) und der parallel hierzu anzutreffenden Fehlversorgung in der BRD (vgl. hierzu Nübling, 2009; Zepf, Mengele, & Hartmann, 2003) liefert die Studie einen weiteren Beitrag zur aktuellen politischen, gesellschaftlichen sowie fachwissenschaftlichen Debatte. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der ständig

wachsenden Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen (Jacobi, 2009) wird diese Thematik in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung und Brisanz gewinnen.

Die Untersuchung ist an der Perspektive des Patienten ausgerichtet und versucht, die Wahrnehmung des gesamten Prozesses aus Sicht des Betroffenen nachzuzeichnen. Die Studie rekrutierte ihre Probanden aus dem Klientel der Psychotherapeutischen Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz [PBS]. Damit kann die Untersuchung spezifische Aussagen über die psychotherapeutische Versorgungslage von Studierenden machen, insbesondere unter Berücksichtigung des Beitrages, den die PBS in den Erstgesprächen und bei der Überweisung in eine ambulante Psychotherapie leistet.

## **2 Theorieteil**

Da die Arbeit in das Forschungsfeld der Versorgungsforschung einzubetten ist, werden zunächst Arbeitsweisen, zentrale Theorien und aktuelle Aspekte der Versorgungsforschung dargestellt. Der zweite Abschnitt befasst sich mit dem Entschluss gegen oder für eine ambulante Psychotherapie. Besonderes Augenmerk wird auf mögliche Behandlungs- und Patientenmerkmale als Einflussfaktoren auf das Entscheidungsverhalten gelegt. Das dritte Unterkapitel beschäftigt sich mit der Suchaktivität und der Wartezeit auf einen Therapieplatz. Hierzu werden aktuelle Studien zur Versorgungslage in der BRD vorgestellt. Der vierte Abschnitt beleuchtet die Wirksamkeit von Psychotherapie im Allgemeinen, greift aktuelle Feldstudien in der Psychotherapieforschung auf und stellt Forschungsergebnisse zum Verlauf psychischer Erkrankungen mit und ohne Behandlung dar. Der letzte Abschnitt beschreibt die besondere Stichprobe der Studierenden und der Prävalenz psychischer Störungen in dieser Gruppe.

### **2.1 Versorgungsforschung**

Die Versorgungsforschung hat in den vergangenen Jahren in der gesundheitspolitischen, wissenschaftlichen und nicht zuletzt auch in der öffentlichen Diskussion an Bedeutung gewonnen. Aufgrund der demografischen Entwicklung, insbesondere der Überalterung der Bevölkerung, verändert sich auch der Versorgungsbedarf (siehe dazu Kordy, 2008). Das interdisziplinäre Feld der Versorgungsforschung widmet sich den aktuellen Problemen im Gesundheitswesen, in dem es die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems (Pfaff, 2003), sprich den konkreten Transfer der Kranken- und Gesundheitsversorgung in die Praxis, erforscht. Der Arbeitskreis Versorgungsforschung beim wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (2004) definiert Versorgungsforschung als die „wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen“. Versorgungsforschung analysiert also „den Weg des Kranken durch das Gesundheitswesen, und zwar in allen Institutionen und Leistungsbereichen“ (Schulz et al., 2006).

Die Vermeidung von Unter-, Über- sowie Fehlversorgung formulierte Schulz et al. (2006) zum „Leitthema der Versorgungsforschung“. Speziell die psychotherapeutische Versorgungsforschung hat darin drängenden Nachholbedarf (Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer, & Brähler, 2010). Es fehlt an empirischen Daten zur ambulanten Versorgung, an Prozessbeschreibungen

und an Feldstudien. Das Risiko für einen psychisch kranken Menschen, keine adäquate Versorgung im deutschen, wie im gesamten europäischen Gesundheitswesen zu bekommen, ist derzeit hoch (Alonso et al., 2007).

Die Fragestellungen der Versorgungsforschung werden interdisziplinär erörtert. Sie bedienen sich wissenschaftlicher Methoden aus den unterschiedlichen Disziplinen. So werden Forschungsansätze aus der Medizin, der Soziologie, der Psychologie, der Pflegeforschung und der Ökonomie verwendet. Die Versorgungsforschung orientiert sich in ihrer Methodik an dem Anspruch, unter Alltagsbedingungen zweckorientierte Fragestellungen zu bearbeiten.

Sie kann in zwei Teilbereichen unterteilt werden.

1. Eine grundlagenorientierte Versorgungsforschung, die das Versorgungssystem beschreibt und Zusammenhänge kausal zu erklären versucht.
2. Eine anwendungsorientierte Versorgungsforschung, die versucht aus den Ergebnissen der Grundlagenforschung neue Strukturen und Konzepte zu entwickeln, zu evaluieren und zu erforschen.

Bormann (2007) formuliert drei Prinzipien der Versorgungsforschung:

#### 1. Bevölkerungs- und Systembezug

Die Versorgungsforschung richtet ihr Interesse auf die Gesamtbevölkerung, nicht nur auf den einzelnen Patienten, der Hilfe in Anspruch nimmt. Ziel ist eine patientengerechtere Versorgung, weswegen die gesamte Bevölkerung im Blickpunkt steht.

#### 2. Multidisziplinarität

Nur durch die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen kann es gelingen, die dringenden Probleme des Gesundheitssystems anzugehen. Erst die Verknüpfung von Medizin, Psychologie, Soziologie und anderen Wissenschaften kann der Komplexität des Forschungsfeldes gerecht werden und neue Beiträge für die Gesundheitsforschung leisten.

#### 3. Anwendungsorientierung

Die Versorgungsforschung hat es sich zum Ziel gesetzt, der Praxis konkrete Lösungsvorschläge anzubieten und in der täglichen Routineversorgung umzusetzen.

### **2.1.1 Zentrales Modell der Versorgungsforschung - das Systemtheoretische Modell**

In der Versorgungsforschung hat sich zur Untersuchung des Gesundheitssystems das "input-throughput-output-outcome-Modell" bewährt (vgl. Abbildung 1). Dieses Untersuchungsmodell liegt auch der vorliegenden Studie zu Grunde.

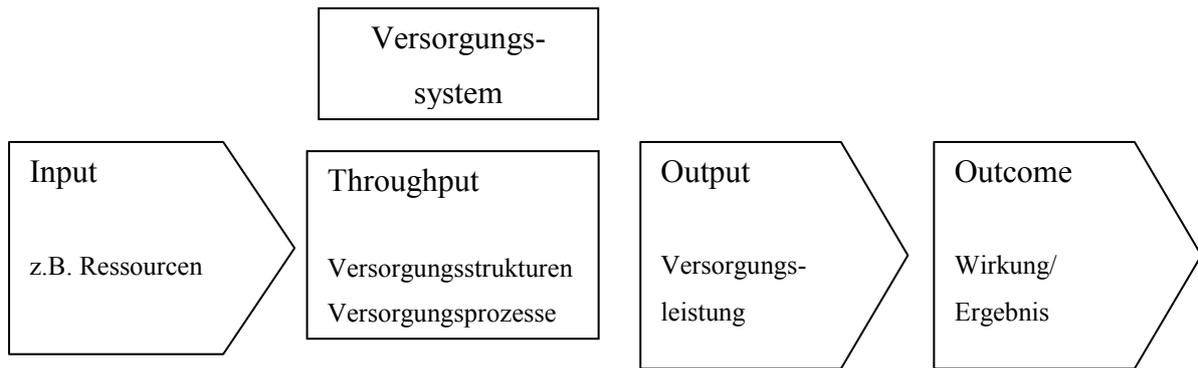


Abbildung 1: *Das systemtheoretische Modell der Versorgungsforschung (Pfaff, 2003)*

Die Input-Forschung untersucht alle Einflussfaktoren, die den Eintritt in das System bedingen (z.B. Versorgungsbedarf, Nachfrage und Inanspruchnahmeverhalten und dessen Barrieren).

Die Throughput-Forschung untersucht die organisatorischen, diagnostischen und therapeutischen Strukturen und Prozesse (z.B. Wartezeiten, Schnittstellen, Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf das Versorgungsgeschehen).

Die Output-Forschung untersucht die unmittelbar erbrachten Versorgungsleistungen (z.B. Diagnosen, Eingriffe), unabhängig von ihrer Wirkung auf den Outcome.

Die Outcome-Forschung untersucht das Erreichen des eigentlichen gesundheitlichen Ziels. Hierzu gehören kurzfristige Ziele ebenso wie langfristige Ziele (z.B. Lebensqualität, Wohlbefinden).

### **2.1.2 Aktuelle Themen in der Versorgungsforschung**

Die Versorgungsforschung ist noch ein recht junges Forschungsfeld, deren Themen sich aus der Diskussion über Gesellschaft und Gesundheitsversorgung ergeben. Die dringlichsten Fragestellungen in der Versorgungsforschung sind nach einem Expertenpanell (Bramesfeld & Riedel-Heller, 2008) zurzeit:

1. Versorgungswege
2. Präventionsforschung
3. Ressourcenallokation
4. Barrieren für eine optimierte Versorgung
5. Komorbidität
6. Nutzen von Stepped-Care-Ansätzen/ Selbstmanagementelemente in der Regelversorgung
  - 7.a) Monitoring von Gesetzen
  - 7.b) Benchmarking von Regionen

Die vorliegende Studie versucht neue Erkenntnisse u.a. zu folgenden aufgegriffenen Bereichen beizutragen:

#### Ad 1. Versorgungswege

„Wer entscheidet, wie wann er wo (sic!) medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, wo sind Stellen an denen Personen im Versorgungssystem gefiltert werden?“ (Bramesfeld & Riedel, 2008). Dass eine Unterversorgung im psychosozialen Bereich Realität ist, wurde bisher in mehreren Studien aufgezeigt (Alonso et al., 2004; Alonso et al., 2007; Demyttenaere et al., 2004).

Daher herrscht Konsens, dass weiterführende Fragen wie:

- An welchen Stellen fallen potentielle Patienten aus dem System heraus?
- Welche Stellen dienen als Eintrittsmöglichkeiten für sie?
- Welche Rolle spielt hierbei die Motivation der Patienten?

am dringlichsten zu beantworten sind.

#### Ad 4. Barrieren für eine optimierte Versorgung:

Hierbei geht es sowohl um eine Betrachtung möglicher Barrieren aufseiten der Leistungserbringer, als auch bei den Leistungnehmern.

Hier stellen sich Fragen wie:

- Welche Ursachen für die unzureichende Versorgung von psychisch kranken Menschen (s. z.B. hochgradig depressive und Angstpatienten) können gefunden werden (Wittchen et al., 2002; Wittchen & Pittrow, 2002)?
- Was erleichtert es Patienten, eine für sie passende Therapie aufzunehmen?
- Welche Barrieren treffen potentielle Patienten bei der Suche nach einem Therapieplatz an?
- Welche Gründe lassen sich finden, warum keine Therapie in Anspruch genommen wird?

### **2.1.3 Bedarfsplanung in der psychotherapeutischen Versorgung**

Die Psychotherapieforschung hat in den letzten Jahren beeindruckend gezeigt, dass Psychotherapie wirkt und hilft (s. dazu u.a. Chambless & Ollendick, 2001; Grawe, Donati, & Bernauer, 1994; Lambert & Ogles, 2004). Zu beantworten ist jedoch die Frage, wie diese Hilfe Hilfesuchende am besten erreicht und von ihnen angenommen werden kann.

Versorgungsforschung soll helfen, Unter-, Über- und Fehlversorgung aufzudecken und abzubauen. Als erster Schritt muss dabei zwischen Bedarf und Inanspruchnahme unterschieden werden. Nicht jede Person, die einen Bedarf an Behandlung sieht, nimmt diese auch in Anspruch. Dafür gibt es mehrere Gründe: zum einen kann der Bedarf bereits durch das Laiensystem abgedeckt werden, zum anderen kann aber auch das Versorgungssystem der Nachfrage nicht gerecht werden. Weiterem wendet sich die Inanspruchnahmeforschung, als Teilgebiet der Versorgungsforschung, zu. Sie untersucht, „in welchem Umfang und in welcher Qualität Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden und wovon diese Inanspruchnahme abhängt“ (Pfaff, Schrappe, Lauterbach, Engelmann, & Halber, 2003, S.17).

In Deutschland kann die psychotherapeutische Versorgung in drei Hauptbereiche unterteilt werden: (1) stationäre Krankenhäuser und Kliniken, (2) teilstationäre Tageskliniken und (3) ambulante Praxen oder Beratungsstellen. Sie ist geprägt durch eine starke Fragmentierung in unterschiedlichste Versorgungsstrukturen, die einheitliche Aussagen erschwert.

In der vorliegenden Arbeit richtet sich das Hauptaugenmerk auf die ambulante Versorgung. Die ambulante Versorgung übernehmen niedergelassene psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten mit einer Kassenzulassung. Die psychologischen Psychotherapeuten arbeiten hauptsächlich (47%) mit verhaltenstherapeutischen Verfahren. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatik und Psychotherapie oder Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung Psychotherapie übernehmen auf ärztlicher Seite die Versorgung und sind mit 84% zum großen Teil in den psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Verfahren beheimatet (Schulz et al., 2006).

Die Krankenkassen und die Leistungserbringer (in diesem Falle die Psychotherapeuten in ambulanten, stationären und Rehabilitationseinrichtungen) haben

eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig

sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V).

Diese gesetzliche Regelung schreibt einen erstrebenswerten Soll-Zustand vor, der jedoch - wie nachfolgend gezeigt werden kann – stark vom Ist-Zustand der Versorgungssituation abweicht. Tatsächlich regelt die Bedarfsplanung der gesetzlichen Krankenversicherung, wie viele ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sich in einer Region niederlassen dürfen. Diese Bedarfsplanung orientiert sich jedoch am Status quo bereits niedergelassener Therapeuten und nicht, wie vermehrt gefordert, an einer empirisch gestützten Bedarfsplanung. Die Versorgungskennwerte der Psychotherapeuten richten sich bis heute nicht nach dem tatsächlichen Bedarf an Psychotherapie in der Bevölkerung, sondern orientieren sich an der Versorgungslage im Jahr 1990. Dieser Anteil an psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten wurde bis heute nicht angepasst. Bei den psychologischen Psychotherapeuten wurde die Anzahl der Anträge genommen, die zwischen dem 01.01.1999 und dem 31.08.1999 zugelassen wurden. Anhand dieser Vorgehensweise wundert die bis heute persistierende Unterversorgung bei den ambulanten Psychotherapieplätzen nicht. Bereits bestehende Versorgungsdefizite werden so nicht behoben, sondern bleiben für die Zukunft weiter bestehen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) stellt darüber hinaus eine Ungleichheit durch Kassenzugehörigkeiten fest, da vor allem Primärkassenpatienten von der bestehenden Unterversorgung betroffen seien und vielfach schwerer einen Behandlungsplatz erhielten als Ersatzkassenpatienten. Dies führen die Autoren auf das starke Gefälle in den Therapeutenhonoraren zurück. Das parallele Auftreten von Über-, Unter- und Fehlversorgung erklärt der Rat mit zu vielen und zu langen Therapien bei unproblematischen Patienten, was eine Überversorgung darstellen würde, gleichzeitig würden schwerkranke und nicht ideal angepasste Patienten unzureichend versorgt.

Die psychosoziale Versorgungsforschung zeigt, dass das Risiko einer Unterversorgung für psychisch kranke Menschen besonders hoch ist (Alonso et al., 2004; Alonso et al., 2007; Demyttenaere et al., 2004). Alonso et al. (2007) weisen durch eine europaweite Studie zu unerfüllter ‚mental healthcare‘ nach, dass 6% der Stichprobe Bedarf an einer psychotherapeutischen Versorgung hatte, jedoch fast die Hälfte davon, nämlich 48%, diese nicht wahrnehmen konnte.

Die ausführlichste, gleichzeitig aber auch eine der wenigen Datenquelle zur Inanspruchnahme von Behandlung bei psychischen Störungen in Deutschland stellt der Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 dar. Danach suchten nur 36%

der Erwachsenen mit diagnostizierten psychischen Störungen zumindest einmal in ihrem Leben wegen ihrer psychischen Beeinträchtigung professionelle Hilfe auf (Frauen 45%) (Wittchen & Jacobi, 2001). Erster Ansprechpartner für die Patienten ist in den meisten Fällen der Hausarzt (42%). Frauen nahmen häufiger Kontakt zu Psychologischen Psychotherapeuten auf, während Männer sich an niederschwellige Angebote wie Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen wandten.

Auch die Epidemiologic-Catchment-Area Study (ECA) (Cunningham-Williams, Cottler, Compton, & Spitznagel, 1998; Regier et al., 1993) aus den USA kam zu einer ähnlich hohen Diskrepanz zwischen populationsbasierten Prävalenzen psychischer Erkrankungen und ihrer tatsächlichen Behandlung. Nur 28% hatten innerhalb eines Jahres eine Behandlung in Anspruch genommen. Howard, Lueger, Martinovich, und Lutz (1999) fassten Daten des Epidemiologic Catchment Area Surveys (ECA) und des National Comorbidity Surveys (NCS) zusammen. Beide Studien zeigten, dass etwa 30% der Erwachsenen innerhalb eines bestimmten Jahres eine diagnostizierbare psychische Störung erfüllen, von denen wiederum 56-60% mehr als eine Störung aufweisen. Mehr als 70% dieser Gruppe bekommen keine Behandlung und nur 13% bekommen eine Behandlung von einem Professionellen.

Bisher gibt es kaum zuverlässige Daten darüber, wer Versorgungsleistungen in Anspruch nimmt, wodurch dieses Verhalten motiviert wird oder welche Kriterien oder Prioritäten Patienten dabei leiten. Die ambulante Versorgung muss in das Blickfeld der Forschung gerückt werden. Die wenigen durchgeführten Studien an Niedergelassenen (Bermejo, Friedrich, & Härtner, 2008; Löcherbach & Weber, 2000; Zepf, Mengele, & Marx, 2002) büßen aufgrund der geringen Response-Rate an ökologischer Validität und Repräsentativität ein. Badura, Schaeffer und Troschke (2001) sind eine der wenigen Autorengruppen, die sich mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beschäftigen. Eine ihrer ersten Erkenntnisse bestand darin, dass Patienten anderen Kriterien folgen, als es auf Seiten der Professionellen gedacht wird (Schaeffer, 1997). Dies wird in dem nun folgenden Kapitel näher ausgeführt.

## 2.2 Input: Die Entscheidung zur Psychotherapie (und dagegen)

Im systemtheoretischen Modell untersucht die Input-Forschung alle Einflussfaktoren, die den Eintritt in das System bedingen. In der Versorgung psychisch erkrankter Menschen sind Barrieren, die die Patienten daran hindern, für sie adäquate Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen, „erheblich“ (Schulz, Berghaan, Harfst, & Koch, 2008).

Das momentane Gesundheitssystem verlangt von seinen Patienten eine souveräne und eigenständige Entscheidungsfindung, welcher Behandelnde zu welchem Zeitpunkt bei welcher Erkrankung der richtige Ansprechpartner ist. Manche Patientengruppen - wie zum Beispiel Menschen mit sehr schweren Krankheiten oder psychisch beeinträchtigte Menschen - sind zu dieser rationalen Entscheidungsfindung aber nicht mehr in der Lage, sie brauchen Information und Hilfe bei der Auswahl des für sie richtigen Versorgungsweges. Patienten werden nicht einheitlich durch das System „Versorgung“ geleitet, sondern müssen jeweils auf sich alleine gestellt den Weg zur - für sie adäquaten - Versorgung finden. Für einen Außenstehenden stellt dies eine hohe Schwierigkeit dar, muss er sich doch in der Vielfalt der Angebote zurechtfinden; bei welcher Institution der Suchende letztendlich vorstellig wird ist daher auch durch ein hohes Maß an Zufälligkeiten bestimmt.

Bevor der Patient sich in eine Psychotherapie begibt, erfordert es vortherapeutische Veränderungsprozesse. Hierauf kann der Therapeut selbst noch keinen Einfluss nehmen, vielmehr greift hier das Umfeld in den Entschluss des Patienten ein. Prochaska, DiClemente, und Norcross (1992) stellen in ihrem Sechs-Stadien Konzept die verschiedenen Stufen des Veränderungsprozesses dar (deutsch: Maurischat, 2001). In den ersten drei Stadien ((1) Stadium der Sorglosigkeit, (2) Stadium des Bewusstwerdens, (3) Stadium der Vorbereitung) ist der Patient auf sich gestellt, er kann Unterstützungsnetzwerke aktivieren, ist therapeutisch jedoch noch nicht versorgt. Im (4) Stadium der Handlung vollzieht sich dann erst das eigentlich therapeutische Geschehen, während (5) im Stadium der Aufrechterhaltung und (6) dem Stadium der Stabilität der Patient wieder auf sich alleine gestellt ist. Bei dem Konzept handelt es sich um kein lineares Veränderungsgeschehen. Der Patient kann immer wieder auf einen bestimmten Punkt zurückfallen oder auch Stufen mehrmals durchlaufen. Deutlich zeigt sich aber, dass der Betroffene lange Strecken und neuralgische Punkte alleine ohne Kontakt mit einem Therapeuten durchlaufen muss. Entscheidungen müssen von ihm eigenständig getroffen und Handlungsschritte selbständig eingeleitet werden. Die Annahme, dass dies nicht jedem Patienten gleich gut gelingen kann, ist naheliegend. Daher beschäftigt

sich die Forschung mit der Frage, welche Faktoren es Betroffenen erleichtern oder erschweren, sich adäquate Hilfe zu suchen.

Ein dabei wichtiges Konzept ist die Compliance eines Patienten. Ehemals als bloße Therapiebefolgung aufgefasst, umfasste sie das Maß, in welchem der Patient ärztliche Ratschläge befolgt und umsetzt. Dieser sehr eindimensionale Begriff der Compliance wurde häufig kritisiert (s. Meichenbaum & Turk, 1994), da er von einem überholten Bild der ärztlichen Bevormundung ausgeht. Der positive, weil auch der aktiven Rolle des Klienten gerecht werdende Begriff der Psychotherapiemotivation hat sich dennoch nicht durchgesetzt. Bei der Begrifflichkeit der Psychotherapiemotivation hat der Patient es selbst in der Hand, welche therapeutischen Ratschläge/Anregungen er befolgen will. Die Psychotherapiemotivation setzt außerdem bereits vor der tatsächlichen Inanspruchnahme einer Psychotherapie an und inkludiert vorthérapeutische Entscheidungsprozesse. Das Konzept der Compliance wurde um die Interaktion zwischen Therapeut/Arzt und Ratsuchendem erweitert und wird heute als Prozess von der Entscheidung für eine Therapie, deren Aufnahme und Aufrechterhaltung angesehen. Non-Compliance wurde im Bereich der somatischen Krankheiten schon eingehend untersucht, im klinisch-psychologischen Bereich besteht noch erheblicher Forschungsbedarf (Jacobi, 2009).

Die Forschung identifiziert als wesentliche Einflussfaktoren auf diesen Prozess:

a. Behandlungs-/Krankheitsmerkmale

Behandlungsmerkmale, die auf die Compliance Einfluss nehmen können:

- Fehldiagnosen
- fehlende Aufklärung über Art und Behandlungsmöglichkeiten der gestellten Diagnose
- lange Latenzzeiten bis zum Behandlungsbeginn
- lange Wartezeiten und Unzugänglichkeit (z.B. Entfernung)

b. Patientenmerkmale

Studien zum Einfluss von Patientenvariablen auf den Therapieprozess und deren Ergebnisse (s. u.a. Clarkin & Levy, 2004; Fydrich & Schneider, 2007; Meichenbaum & Turk, 1994; Michalak & Willutzki, 2005; Schneider, 2006) haben folgende Variablen in den Mittelpunkt ihrer Untersuchungen gestellt:

- soziodemographische Variablen (soziale Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Bildung und sozioökonomischer Status)

- die Diagnose, Beschwerdedauer und Komorbiditäten
- psychische Beeinträchtigung
- Psychotherapiemotivation und der Umgang mit der Krankheit
- interpersonelle Variablen wie Beziehungsstile der Patienten, Persönlichkeitsmerkmale

c. Merkmale der Interaktion

Als Merkmale der Interaktion zählen u.a.:

- unbefriedigende Kommunikation
- schlechte Beziehung
- unzureichende Betreuung

Die vorgestellten Konzepte gehen davon aus, dass der Verlauf und vor allem der Beginn einer Behandlung ein multifaktorielles Geschehen ist, welches durch zahlreiche Einzelfaktoren beeinflusst wird. Patientenmerkmale sollten daher nie als alleinige Prädiktoren von Compliance herangezogen werden, sie müssen immer in Kombination mit Behandlungs- und Umweltmerkmalen gesehen werden, um aussichtsreiche Vorhersagen treffen zu können.

Im Folgenden werden diese Einzelfaktoren näher dargestellt, um dann Studien vorzustellen, die sich bereits mit dem Inanspruchnahmeverhalten beschäftigt haben.

### **2.2.1 Behandlungsmerkmale**

#### *Fehldiagnose in der Primärversorgung*

Vielfach werden psychische Störungen in der Primärversorgung nicht erkannt (Kruse, Heckrath, Schmitz, Alberti, & Tress, 1999; Linden & Helmchen, 1995). Die Autorengruppen ermittelten eine Nicht-/oder Fehldiagnose von knapp der Hälfte der Patienten. Dabei sind vor allem die Hausarzt-Praxen angesprochen, die bei nur etwa 50% ihrer Patienten mit psychischen Erkrankungen diese auch diagnostizieren (Kruse et al., 1999). Dieses Nicht-Erkennen verhindert eine adäquate Versorgung, was wieder einhergeht mit noch längeren Latenzzeiten und einer Chronifizierung. Die Patienten haben entweder weiter unter massiven Beeinträchtigungen zu leiden oder zeigen durch die vermehrte Suche nach Hilfe bei unterschiedlichen Ärzten ein hohes medizinisches Inanspruchnahmeverhalten, was mit erhöhten Kosten für das Gesundheitssystem einhergeht.

### *Fehlende Aufklärung*

Auch nach einer korrekten Diagnose werden Patienten oft nicht ausreichend über für sie erfolgsversprechende Interventionsmöglichkeiten aufgeklärt. Das Wissen in der Allgemeinbevölkerung über Möglichkeiten und Wirkung von Psychotherapie ist trotz Aufklärungskampagnen noch nicht ausreichend vorhanden. Die Angst vor Stigmatisierung überwiegt häufig noch den Leidensdruck und verhindert damit eine frühzeitige Intervention (Franz, Kuns, & Schmitz, 1999; Mojtabai, Olfson, & Mechanic, 2002).

### *Hohe Latenzzeiten zwischen Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung*

Potreck-Rose und Koch (1994) sprechen von einer Chronifizierungszeit von mehr als fünf Jahren bei 50% der Personen, die später doch behandelt wurden. Zielke berichtete noch 1993 von durchschnittlich 7-10 Jahren, bis ein Betroffener eine Psychotherapie erhielt. Die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen fördern die Chronifizierung und somit die Kosten psychischer Erkrankungen durch Arbeitsunfähigkeit, teure stationäre Aufenthalte und Einbußen im Sozialsystem (Baltensperger & Grawe, 2001).

### *Lange Wartezeit*

Die Versorgungsforschung spricht von einer deutlichen Fehlversorgung im psychotherapeutischen Bereich und damit einhergehend von zu langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz für psychisch kranke Menschen. Dies bedeutet eine sinkende Compliance bei den Betroffenen und eine fortschreitende Chronifizierung der Erkrankung(en). Die Aspekte der Suche nach einem Therapieplatz und der Wartezeit werden im Kapitel 2.3 Throughput: Suchaktivität und Wartezeit, gesondert betrachtet.

## **2.2.2 Patientenmerkmale**

### *Soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildung)*

Bisherige Studien zeigen, dass soziodemographische Variablen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer Psychotherapie und auf die Therapiemotivation nehmen. Die ESEMeD-Studie (Fernández et al., 2007) berichtet, dass die Wahrscheinlichkeit, professionelle Hilfe anzunehmen, stark von Alter, Geschlecht und Bildung abhängt.

*Alter:* Jüngere Patienten zeigen in einer Reihe von Untersuchungen ein höheres Inanspruchnahmeverhalten als ältere Patienten (Brähler & Brähler, 1986; Cube, 1983; Peters, Lange, & Radebold, 2000). Beispielsweise stellten Peters et al. (2000) heraus, dass der Anteil niedrig motivierter Patienten bei den Älteren nahezu doppelt so hoch ist wie bei den Jüngeren.

Etliche Studien (Albani et al., 2009; Hautzinger & Reimer, 2007; Maercker, 2003) sprechen von einer Unterversorgung älterer Menschen in der psychotherapeutischen Behandlung. Mit ein Faktor mag deren hilfeschendes Verhalten sein: Ältere Personen sind abgeneigter als jüngere Menschen, sich professionelle psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Sie ziehen Allgemeinmediziner oder seelsorgerischen Beistand vor (Leaf, Bruce, Tischler, & Holzer, 1987; Waxman, Carrier, & Klein, 1984). Rumpold et al. (2004) geben in ihrer Studie zu Prädiktoren des Überweisungserfolgs eine Übersicht über Untersuchungen zum Überweisungserfolg an psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinikambulanzen. Auch hier war ein niedriges Alter ein Merkmal, das sich als recht konstanter Prädiktor bei vier von sieben dargestellten Untersuchungen zeigen ließ. Albani et al. (2009) fanden in ihrer aktuellen Studie (ausführlich S. 39) keine Bevorzugung jüngerer Klienten.

*Geschlecht:* In der Literatur wird davon ausgegangen, dass Frauen häufiger Psychotherapie beanspruchen als Männer (Albani et al., 2009; Butler, Giordano, & Neren, 1985; Hartmann & Zepf, 2004; Kessler, Brown, & Broman, 1981; Linden, Förster, Oel, & Schlötelborg, 1993). Es gibt aber auch Studien (vgl. Brähler & Brähler, 1986 oder Schneider, Klauer, Janssen, & Tetzlaff, 1999), bei denen sich das Geschlecht als Prädiktor für die Inanspruchnahme einer Therapie nicht eindeutig herausgestellt hat.

*Bildung:* Es lässt sich ein deutlicher Trend der Inanspruchnahme, durch sozial besser gestellte Personen und solche, die einen höheren Bildungsgrad aufweisen, erkennen (vgl. Fischer-Kern, Slunecko, Leithner, Löffler-Stastka, & Ponocny-Seliger, 2006; Graupe, 1978; Huber, Henrich, & v. Rad, 2000; Hunt & Andrews, 1992). Strauß, Speidel, Seifert und Probst (1991b) fanden außer einem Hochschulstudium keine anderen soziodemographischen Merkmale als einflussreiche Prädiktoren. Auch bei Fischer-Kern et al. (2006) erwiesen sich die Variablen Bildung und Berufstätigkeit hinsichtlich der Inanspruchnahme einer Psychotherapie als nahezu durchgängig signifikante Prädiktoren: Patienten mit höherer Bildung und Patienten ohne Beschäftigung nahmen dabei eher eine Therapie auf. Die aktuelle Studie von Albani (2009) findet wiederum keine großen Unterschiede in den Bildungsabschlüssen zwischen Personen mit und ohne Inanspruchnahme von Psychotherapie. Zusammenfassend wird nach der aktuellen Datenlage davon ausgegangen, dass weibliche Personen jüngeren Alters mit hohem Bildungsabschluss am ehesten Psychotherapie für sich in Anspruch nehmen.

### *Diagnose und Beschwerdedauer*

Jacobi et al. (2004) zeigten, dass die Behandlungsprävalenz psychischer Störungen maßgeblich von der Art der Störung und diagnostizierten Komorbiditäten abhängt. Panikstörungen und generalisierte Angststörungen werden mit 75%, bzw. 69% vergleichsweise gut versorgt, während Patienten mit Suchterkrankungen (36%) oder somatoformen Störungen (43%) seltener eine Versorgung bekommen. Generell fällt die Behandlung psychisch Kranker mit 41% der Personen einer 12-Monats-Prävalenz erschreckend niedrig aus. Baune und Arolt (2005) stellen dar, dass Komorbiditäten eine psychotherapeutische Behandlung wahrscheinlicher machen. Dennoch erhält auch von dieser Personengruppe etwa 70% keine Therapie. Weder bei Fischer- Kern et al. (2006) noch bei Schweickhardt et al. (2005) oder Strauss et al. (1991) ließ die Diagnose eine Vorhersage für die spätere Inanspruchnahme einer Psychotherapie zu. Strauß, Speidel, Probst und Seifert (1991a) fanden eine kurze Krankheitsdauer (unter zwei Jahren) als den Überweisungserfolg positiv beeinflussenden Faktor.

### *Psychische Beeinträchtigung*

Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ([DSM], American Psychiatric Association, 2000) wird bei der Kodierung von Störungen großen Wert auf die wahrgenommene Beeinträchtigung durch den Patienten gelegt. Viele Autoren sehen für den Patienten erst im Leidensdruck und damit in der subjektiven Beeinträchtigung im Alltag des Betroffenen die Veranlassung für ihn, an seiner Situation etwas zu ändern (Künzel, 1979; Silverman, 1964). Hohe Depressivitätswerte wurden ebenfalls als wichtiger Prädiktor ermittelt (Brähler & Brähler, 1986; Rumpold, Janecke, Smrekar, Schüßler, & Doering, 2004). Auch hier ist wiederum der prozesshafte Charakter zu beachten. Zu Beginn einer Therapie wird der Leidensdruck sehr hoch sein, er überwiegt die Kosten, da die Vorteile (Besserung des Befindens) höher eingeschätzt werden (Kognitives Modell Krause, 1966). Mit der Zeit kann sich dieses Verhältnis umkehren. Im Sinne des ‚early change‘ kommt es kurz nach Beginn der therapeutischen Arbeit zu einer schnellen Verbesserung, der Leidensdruck nimmt rapide ab, die Kosten (Fahr- und Zeitaufwand, negative Einstellung zu Psychotherapie, Angst vor Stigmatisierung) fallen nun stärker ins Gewicht. Daher, so angenommen, beeinflussen Leidensdruck und Depressivität als Prädiktoren der subjektiven Beeinträchtigung im besonderen Maße den Entschluss zu einer Therapie und die ersten Schritte hin zu ebenjener.

Generell kamen Studien zur Inanspruchnahme von Psychotherapie zum Ergebnis, dass die funktionelle Beeinträchtigung für die tatsächliche Inanspruchnahme aussagekräftiger ist als die Diagnose (Regier, Burke, Manderscheid, & Burns, 1985). Daher richten sich die meisten Studien bei der Schätzung des Inanspruchnahmeverhaltens immer auch nach den Daten über die Beeinträchtigung der psychischen Erkrankung (Klerman, Olfson, Leon, & Weissman, 1992; Knapp, Beecham, Fenyó, & Hallam, 1995; Üstün, 1996). So zeigte sich bei Regier et al. (1985) der erreichte Wert auf der Global Assessment Scale (GAS) als besserer Prädiktor für psychiatrische Versorgungsleistungen als die Diagnose (ausführlich hierzu auch Baune & Arolt, 2005).

### *Therapiemotivation*

Motivation stellt in der Psychologie ein psychologisches Konstrukt dar und ist demzufolge nicht klar beobachtbar und nur schwer zu operationalisieren. Die Therapiemotivation wurde schon früh und ausführlich (Halder, 1977; Meichenbaum & Turk, 1994; Pütz, 1980; Schneider, 1990; Schneider et al., 1999; Silverman, 1964) in den Blickpunkt der Forschung gerückt. Sie wurde als wichtiger Bestandteil der therapeutischen Beziehung und Arbeit angesehen und galt als ein maßgeblicher Indikator für Therapieerfolg.

Als Freud 1906 (1955) als erste Motivationskomponente den Leidensdruck deklarierte und diesen später um den Begriff des sekundären Krankheitsgewinns erweiterte, wurde der Begriff der Therapiemotivation noch sehr eindimensional betrachtet und fußte auf dem psychoanalytischen Triebkonzept. Heute hat sich in der Literatur ein komplexeres Verständnis von Psychotherapie und Therapiemotivation durchgesetzt:

Die verhaltenstherapeutische Schule konnte sich aus reinem Selbstverständnis heraus (Stichwort black box, deren Konzept motivationale Aspekte als wissenschaftlich nicht zu betrachten vorsah) erst nach der kognitiven Wende der 60er Jahren mit dem Konzept der Therapiemotivation oder auch ‚Erwartungen an eine Therapie‘, wie es genannt wurde, beschäftigen. Im Modell Krauses (1966) wird die Therapiemotivation von drei Faktoren bestimmt:

- 1.) die Höhe des erwarteten Nutzens (also Vorteil) einer Therapie.
- 2.) die subjektive Wahrscheinlichkeit, dass dieser Nutzen eintreffen wird.
- 3.) Die zeitliche Nähe des erwarteten Nutzens.

Die Person wägt demzufolge die zu erwartenden Vorteile einer Therapie (z.B. Reduktion von Leidensdruck, Zugewinn an persönlichen Freiheiten) gegen die zu erwartenden (nicht nur pekuniären) Nachteile ab. Die Person entschließt sich demnach nur dann zu einer Therapie,

wenn der Nutzen größer ist als die Kosten. Hier zeigen sich die Nachteile des Modells: zum einen ist es für einen Patienten sehr schwer, die Kosten einer Therapie im Voraus abzusehen, zum anderen beachtet der hier beschriebene Prozess keine Emotionen, sondern geht (wie es für eine kognitive Theorie durchaus auch in der Sache der Natur liegt) ausschließlich von rationalen Entscheidungen aus.

In einem neueren Prozessmodell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2001) wird Motivation als ein multidimensionales Konstrukt aufgefasst, in welchem sich die Faktoren ‚Therapeut‘, ‚Klient‘ und ‚Umgebung des Klienten‘ wechselseitig beeinflussen. Motivation darf ihnen zufolge nicht als Zustand angesehen werden, sondern als ein dynamischer Prozess. Dies lässt den Schluss zu, dass Therapiemotivation eine beeinflussbare Variable ist.

Oft wird die Therapiemotivation in der Literatur ausschließlich über die Verhaltensebene beschrieben. So könnte man schließen, dass der Patient für eine Psychotherapie motiviert ist, wenn er sich aktiv um einen Psychotherapieplatz bemüht, oder nicht motiviert ist, wenn er keine Versuche der Kontaktaufnahme mit Therapeuten unternimmt. Natürlich dienen diese Verhaltensweisen als Indikatoren für eine Therapiemotivation. Sie helfen allerdings nicht, die ursächlichen Teilkomponenten der Therapiemotivation näher zu bestimmen, da sie keine Auskunft über die kennzeichnenden Bestimmungsstücke der Therapiemotivation geben. Will man Zusammenhänge zwischen Motivation und Suchaktivität finden, so dürfen sie nicht miteinander verwechselt werden; dieser Schluss wäre zirkulär.

In Abgrenzung zum Begriff der Therapiebefolgung (compliance) betont der Begriff der Therapiemotivation (adherence) nach Meichenbaum und Turk (1994, S.15) „ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes, auf Kooperation zielendes Engagement, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen“. Sie heben damit explizit die Notwendigkeit einer freien Wahl seitens des zu Behandelnden hervor, beschreiben die Therapiemotivation in ihren Ausführungen aber auch erst im Kontext der bereits zustande gekommenen Therapeut-Patienten Beziehung. Der Aspekt der aktiven Entscheidung für eine Therapie und der Beginn der Suche sind jedoch bereits als ein Schritt anzusehen, der ein hohes Maß an Therapiemotivation voraussetzt. Diese notwendige Komponente im Prozessverlauf einer Therapie, nämlich die Motivation zur Therapie vor Therapiebeginn, wurde in der Forschung lange vernachlässigt. Als Grundvoraussetzung für die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung rückte sie erst später in den Blickpunkt. Appelbaum (1972) und Ramsay (1975) stellten als erste drei unterschiedliche Aspekte der prozesshaften Therapiemotivation dar:

1. die Therapiemotivation im Sinne der Motivation, Hilfe zu suchen,
2. die Änderungsmotivation („motivation for change“),
3. die therapeutische Beziehungsmotivation (Motivation, sich in einer therapeutischen Beziehung zu engagieren).

Dieses Modell wird der Auffassung der Psychotherapiemotivation als ein komplexes und mehrdimensionales, sich über die Zeit hinweg veränderndes Konstrukt gerecht.

Vor dem Hintergrund der großen Diskrepanz zwischen Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme verwundert es, dass die Aufnahme einer Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation bislang nur wenig untersucht wurde (Schweickhardt, Leta, & Bauer, 2005). „Die große Patientengruppe, für die zwar eine Indikation zur Psychotherapie besteht, die aber noch im Entscheidungsprozess ist, wird somit bislang stark vernachlässigt“ (S. 379) bemängeln ebenjene Autoren.

Die wenigen sich damit befassenden Studien zeigen deutlich, dass die Psychotherapiemotivation eine wichtige Variable für die Inanspruchnahme von Psychotherapie ist (Huber et al., 2000; Riedel, 1990; Schneider, 2001; Sifneos, 1978). Wie bereits oben kritisiert, beziehen auch diese Studien nur Klienten ein, die sich bereits für die Aufnahme einer Psychotherapie entschieden haben. Sie können demzufolge keine Aussage über die initiale Psychotherapiemotivation machen.

#### *Zur Inanspruchnahme von Psychotherapie und sozialen Kontakten/Netzwerken*

Beziehungen zu Freunden, Bekannten und Partnerschaften können sowohl psychische Krankheiten begünstigen als auch protektiv wirken. Sie können dem Betroffenen helfen, Unterstützung zu erfahren (bereits in einem frühen Stadium mit Gesprächen im nahen Umfeld oder im Verlauf in der Ermutigung, sich professionell Hilfe zu holen). Sie können über Suchmöglichkeiten informieren, eigene Erfahrungen weitergeben und bei der Suche selbst behilflich sein. Das Umfeld kann aber auch durch seine (ablehnende) Haltung die Inanspruchnahme von Psychotherapie hemmen. Gerade der Bereich der Psychotherapie ist in der Gesellschaft noch häufig mit Stigmatisierung verbunden und die Inanspruchnahme gilt noch zu oft als Tabuthema, über das selbst mit Freunden und Familie nicht gesprochen wird (Hormel & Scherr, 2010).

Köcher (1982) hob vor allem den Einfluss der Aufgeschlossenheit des Umfelds bezüglich der therapeutischen Empfehlung hervor. Traf der Klient auf weniger Vorbehalte seines Umfelds gegenüber einer therapeutischen Intervention, begünstigte dies die Therapieaufnahme.

Klienten mit Unterstützung durch andere finden daher auch schneller einen Therapieplatz als Personen, die aus reiner Eigeninitiative eine Therapie beginnen wollen (Klingenberg, Lahme, Rabe-Menssen, & Willms, 2011). Dies kann zum einen an der Unterstützung des Umfelds liegen und der Aktivierung dessen Wissens und Kontakten und/oder daran, dass Personen, die von sich aus den Wunsch nach einer psychotherapeutischen Behandlung verspüren, wesentlich anspruchsvoller bei der Auswahl ihres Therapeuten sind und daher auch länger den für sie passenden Therapeuten suchen.

Aufgrund der, wenn auch bisher wenigen, Befunde ist anzunehmen, dass das soziale Netzwerk einen erheblichen Einfluss auf das Suchen und Aufnehmen einer Psychotherapie hat.

### **2.2.3 Studien zum Inanspruchnahmeverhalten**

Einige wenige Studien, vor allem aus dem Bereich der psychosomatischen Versorgung, haben sich bereits mit den Gründen für die Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von Psychotherapie befasst. Kontrovers diskutiert werden lange Latenzzeiten von Krankheits- bis Therapiebeginn, das Ausmaß an psychotherapeutischen Vorbehandlungen und die Motivation der Patienten (Kächele, 2000). Ebenso werden lange Wartezeiten oder die schwierige Erreichbarkeit des Therapeuten für die Nicht-Inanspruchnahme angegeben (Fischer-Klepsch, Münchau, & Hand, 2000). Felber und ihre Arbeitsgruppe aus Österreich (2005) stellen eine Untersuchung vor, die den Prozess vom positiven Entschluss für eine Psychotherapie bis zum Erstkontakt retrospektiv nachzeichnet. Sie stellen Auswahlkriterien für die Kontaktierung von Therapeuten (Setting, sofortiger Beginn, Geschlecht, Berufserfahrung, Wohnortnähe etc.) und Zugangsbarrieren zur Psychotherapie vor. Aufgenommene Variablen waren Psychotherapiemotivation, alternative Lösungsversuche, Informationssuche nach Psychotherapie, Umfeldbedingungen, die Hilfesuche fördern oder hemmen, Kriterien bei der Therapeutenauswahl und Verlauf und Einschätzung des ersten Gespräches durch den Klienten. Sie untersuchten N=127 Personen, die mindestens ein Mal ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten in Anspruch genommen hatten, unabhängig davon, ob sie die Therapie danach tatsächlich begonnen hatten.

Studien, die untersuchen, ob fallspezifische Variablen Einfluss auf den Entschluss haben, eine Psychotherapie zu beginnen, diskutieren soziodemographische Variablen wie Alter, Bildung, Diagnose sowie psychopathologische Werte wie Depressivität, subjektive Beeinträchtigung und Therapiemotivation (Fischer-Kern et al., 2006; Garfield, 1994; Rumpold et al., 2004; Schweickhardt et al., 2005). Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass diese Variablen einen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten und die Aufnahme einer Psychotherapie haben.

Die widersprüchlichen Befunde lassen hier aber noch keine endgültigen Aussagen zu, Tabelle 1 gibt einen Überblick.

*Tabelle 1:* Prädiktoren für die Annahme eines Psychotherapieplatzes. Untersuchungsüberblick

| Studie                          | Soziodemographische Variablen                          | Psychopathologische Variablen            | Sonstiges   | Äußere Bedingungen   | Nicht signifikant  |
|---------------------------------|--|--|---|--|--|
| Kächele (2000)                  |  |  | 1) Ausmaß an psychotherapeutischer Vorbehandlung<br>2) Therapiemotivation     | Lange Latenzzeiten von Krankheits- bis Therapiebeginn              |  |
| Fischer-Klepsch (2000)          |  |  |   | 1) Lange Wartezeit<br>2) Schwierige Erreichbarkeit der Therapeuten |  |
| Fischer-Kern et al. (2006)      | 1) Hohe Bildung<br>2) Keine Berufstätigkeit            | GAF (Fremdbeurteilung durch Therapeuten) | Therapiemotivation  |  | 1) Diagnose<br>2) Vorerfahrung   |
| Rumpold et al. (2004)           | 1) Niedriges Alter<br>2) Qualifizierter Schulabschluss | 1) Depressivität<br>2) Angst             | 1) Hohe Therapiemotivation  |  | 1) Diagnose<br>2) Motivationsphase   |
| Schweickhardt et al. (2005)     |  | Zwanghaftigkeit                          | Psychotherapiemotivation (Leidensdruck, Hoffnung, Initiative, Wissen im FMPT) |  | 1) SCL90-R (außer Zwanghaftigkeit)<br>2) Alter und Geschlecht<br>3) Diagnose |
| Strauß, Speidel, Probst (1991a) | Höheres Bildungsniveau                                 |  |   |  | 1) Soziodemographische Merkmale<br>2) Diagnose<br>3) Beeinträchtigung        |

Anmerkungen: GAF: Global Assessment of Functioning, FMPT: Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, SCL90-R: Symptom Checkliste 90 R.

#### **2.2.4 Ablehner von Psychotherapie**

Trotz Empfehlung für eine Psychotherapie entscheiden sich (je nach Diagnose, Therapierichtung und Studie) 5-30% der Patienten gegen eine Therapie (Marks, 1987; Meichenbaum & Turk, 1994; Reinecker & Kanfer, 1996; Schepank, 1990).

Bei der folgenden Betrachtung muss im Hinterkopf behalten werden, dass der Entschluss, eine Psychotherapie zu machen, und die tatsächliche Inanspruchnahme zwei verschiedene Vorgänge sind. Selbst wenn die betreffende Person sich entschließt, eine Psychotherapie zu beginnen und sich auf die Suche nach einem Therapieplatz begibt, so bedeutet dies nicht, dass sie dort auch ankommt und die Therapie zu einem erfolgreichen Ende bringt. Zum einen kann die Entscheidung in jedem Stadium wieder geändert und zurückgenommen werden (vgl. Veränderungsprozesse in der Krankheitsbewältigung, S. 11), zum anderen bestimmen zu einem großen Teil auch äußere Rahmenbedingungen der Versorgungslage, die jeweiligen Therapeuten und die Interaktion zwischen Patient und Therapeut den tatsächlichen Therapiebeginn und deren Durchführung.

Es wird allgemein wenig Aufmerksamkeit jenen geschenkt, die ihre Probleme selbst in die Hand nehmen (Garfield, 1994) und ohne Therapie eine Besserung erzielen. Dabei wäre es eine Notwendigkeit, den großen Anteil an Klienten näher zu betrachten, die nicht in Therapie gehen oder bereits nach wenigen Sitzungen keinen Nutzen mehr aus der Behandlung ziehen und vorzeitig die Therapie beenden.

Um zuverlässige Zahlen von sich negativ Entscheidenden angeben zu können, muss zuerst erhoben werden, welche Personen überhaupt eine Psychotherapie Indikation bekommen würden. Wenn Klienten jedoch bereits in die Therapie kommen und also in Studien erfasst werden können, haben sie bereits für sich die Entscheidung getroffen, sich in einer psychotherapeutischen Behandlung Hilfe und Unterstützung zu suchen. Studien, die sich mit dem Entscheidungsverhalten befassen, kommen vor allem aus psychosomatischen Konsilambulanzen, die die Patienten in eine Psychotherapie weiterverweisen. Diese Studien sprechen im Rahmen ihres ärztlichen Kontextes von Compliance. Sie untersuchen, welche Aspekte zu Beginn der Konsilberatung für die Aufnahme einer späteren Therapie als Prädiktor angesehen werden können. Epidemiologische Untersuchungen (z.B. Lieb, Schreier, & Müller, 2003; Wittchen, Essau, Zerksen, Krieg, & Zaudig, 1992; Wittchen & Jacobi, 2001) erfassen zwar die Prävalenz psychischer Störungen und die tatsächliche Behandlungsprävalenz, können aber aufgrund ihres Studiendesigns keine Rückschlüsse auf Variablen der Entscheidungsfindung ziehen.

Methodisch schwer zu realisieren und wie gezeigt wurde weitgehend unbeachtet blieb bisher der Personenkreis, der obwohl als ‚bedürftig‘ angesehen, sich nicht in eine Psychotherapie begibt. Diese, im Folgenden als ‚Ablehner‘ bezeichnete Personen, werden meist nicht in das Studiendesign mitaufgenommen und spielen damit bei der weiteren Betrachtung von Psychotherapieverläufen keine Rolle mehr. Eingebettet in das Projekt „Prospektive Verlaufsuntersuchung psychogener Störungen an Risikoprobanden“ des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit untersuchte Franz (1997) Ablehner und Annehmer einer Psychotherapie hinsichtlich Soziodemographie, sozialer Netzwerke, klinischer Befunde, Persönlichkeit und anderen Variablen. Die Ergebnisse legen nahe, dass soziodemographische Variablen, wie Geschlecht oder Alter keinen direkten Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten zeigten. Auch im Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigung unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Es zeigten sich lediglich signifikante Unterschiede bei jenen, die sich für eine Psychotherapie aussprachen, in aktuellen, subjektiv belastenden Lebensereignissen. Eine längerfristige Begleitung fand jedoch ebenfalls nicht statt. Dabei ist es im Hinblick auf die Stellung von Psychotherapie in der Behandlung von psychischen Krankheiten von großer Bedeutung, zu erforschen, wie sich diese beiden Gruppen im zeitlichen Verlauf entwickeln und sich hinsichtlich Lebensqualität, psychischer Beeinträchtigung und Alltagsbewältigung unterscheiden.

Therapiemisserfolge waren lange Zeit nicht Betrachtungsgegenstand der Psychotherapieforschung, haben im klinischen Alltag jedoch eine große Bedeutung. Ein Grund mag sein, dass es sich um einen hoch komplexen Forschungsgegenstand handelt, dessen Definition, Operationalisierung und Intervention noch weitgehend unbeantwortet ist. Erst die vollständige Betrachtung von sowohl erfolgreichen als auch weniger erfolgreichen Therapieverläufen kann Aufschluss über notwendige Therapiemodifikationen geben.

Schon 1987 forderte Agras in seiner Bilanzierung der Verhaltenstherapie, die Aufmerksamkeit auf erfolglose Therapien zu richten. Er sah Misserfolge nicht als zu verschleiende Tabus im therapeutischen Arbeiten an, sondern wollte sie als Herausforderung nutzen. Er verlangte, gerade auch Patienten anzuschauen, die die Therapie gar nicht erst anfangen. Jacobi greift diesen Gedanken 2001 wieder auf, mit der Feststellung, dass sich in einem Jahrzehnt an intensivster Psychotherapieforschung in diesem Bereich wenig getan hat. Diese Gruppe von Patienten wird in den publizierten Studien meist gar nicht aufgeführt, es wäre aber von größter Wichtigkeit, gerade diese Personengruppe einzubeziehen, um zum Beispiel Fragen zur Motivation und zum Zugang zu Psychotherapie klären zu können. Reinecker (2000) bezeichnet die Patientengruppe, die überhaupt nicht in eine therapeutische

Behandlung kommt, als „Misserfolge im Vorfeld der Therapie“. Jacobi (2001) nimmt diese Gruppe folgerichtig als sechste Gruppe in Erweiterung der Klassifikation von Foa und Emmelkamp (1983) mit auf:

1. Misserfolge im Vorfeld der Therapie aufgrund mangelnden Zugangs. Die Häufigkeit dieser Art von Misserfolgen ist bislang weitgehend unbekannt.
2. Therapie-Ablehner, die sich im Stadium der Vorinformation (probatorische Sitzungen) gegen die angebotene Behandlung entscheiden.
3. Abbrecher, die die noch laufende Therapie abbrechen. Die berichteten Abbruchraten liegen zwischen 0% und 23% (Marks, 1987, zit. nach Fischer-Klepsch et al., 2000)
4. Nicht-Reagierer (nonresponder), die nicht oder nicht ausreichend auf die angebotene Behandlung ansprechen.
5. Verschlechterungen (deterioration effects), die im Zuge der Therapie auftreten und danach längerfristig erhalten bleiben.
6. Rückfälle (relapses), die zwar nach der Therapie eine bedeutsame Symptomreduktion hatten, sich dann aber wieder verschlechtern (vgl. Marlatt & Gordon, 1985).

Die Gründe für die Ablehnung einer Psychotherapie können vielfältig sein. Felber et al. (2005) listen folgende Zugangsbarrieren auf (in Klammer dahinter die Prozentangaben)

- finanzielle Belastung (47%), fällt in Deutschland größtenteils weg
- Schamgefühle, Angst vor negativen Reaktionen der Umwelt (42%)
- Eingeständnis von Schwäche, mit seinen Problemen sollte man selbst fertig werden (42%)
- Bedenken, an den falschen Therapeuten zu geraten (38%)
- Bedenken, intime Inhalte preisgeben zu müssen (34%)
- unsicher, ob Psychotherapie bei den eigenen Problemen notwendig ist (33%)
- Zweifel an der Wirksamkeit einer Psychotherapie (31%)
- Bedenken, seine Probleme einem völligen Fremden anzuvertrauen (28%)
- zeitliche Belastung (21%)
- Probleme der Erreichbarkeit (11%)

Da diese Untersuchung in Österreich durchgeführt wurde, können die Ergebnisse nicht vorbehaltlos auf deutsche Verhältnisse übertragen werden. Gerade der Kostenaspekt fällt durch die Kassenleistungen weg. Die obengenannten Punkte geben allerdings erste Anhaltspunkte, an denen sich die folgende Studie orientiert.

## 2.3 Throughput: Suchaktivität und Wartezeit

### 2.3.1 Wartezeiten in der BRD auf einen ambulanten Psychotherapieplatz

Durchschnittlich wartet ein psychisch kranker Patient in der Bundesrepublik Deutschland nach Erhebungen des Bundes Deutscher Psychologen vom Frühjahr 2004 zwischen drei und sechs Monate, mit Tendenz in Richtung sechs Monate, auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz.

Diesen Befund bestätigen aktuelle Zahlen der Bundespsychotherapeuten-Kammer zur Wartezeit (Bundespsychotherapeutenkammer, [BPtK], 2011). Es wurden Fragebögen an 18.149 Therapeuten geschickt, wovon 8.620 Fragebögen für die Auswertung verwendet werden konnten. Die Studie kommt zu einer durchschnittlichen Wartezeit von drei Monaten auf ein Erstgespräch. Bis zum Beginn der Therapie muss der Patient nochmals weitere drei Monate warten. In der Studie werden große Unterschiede in den Wartezeiten in den unterschiedlichen Kreistypen der BRD aufgezeigt. Mainz zählt zu den Kernstädten; hier wird eine durchschnittliche Wartezeit von 9,3 Wochen angegeben. Je weniger besiedelt die Kreise werden, desto höher steigen die Wartezeiten (in ländlichen Regionen wartet ein psychisch kranker Mensch 15,3 Wochen auf ein Erstgespräch). Zu einem guten Überblick und weiteren Daten für die gesamte Bundesrepublik sei hier auf die BPtK-Studie (2011) verwiesen. Auch Tabelle 2 greift in einer Übersicht die wichtigsten Studien zur Wartezeit auf.

*Tabelle 2: Berichtete Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Überblick aus BPtK-Studie, 2011)*

| Studie                   | N     | Regionen  | Rücklauf | WZ bis EG | WZ bis Psychotherapiebeginn |
|--------------------------|-------|---|----------|-----------|-----------------------------|
| Löcherbach et al. (2000) | 1.742 | Regionen in Bayern, Köln, Koblenz                                       | -        | 4         | k.A.                        |
| Zepf et al. (2003)       | 598   | Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen               | 20,6%    | 9,6       | 20,9                        |
| Walendzik et al. (2011)  | 2.497 | BRD   | 33,3%    | 11,3      | k.A.                        |
| Kolip (2010)             | 279   | Bremen, Bremerhaven   | 53,2%    | 5,3       | 15,2                        |
| Peikert et al., (2011)   | 1.139 | Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen | 67,0%    | 9,9       | 14,2                        |

Anmerkungen: WZ=Wartezeit, EG=Erstgespräch

Zepf et al. (2003) führten anhand einer repräsentativen Stichprobe eine Studie durch, um zu prüfen, ob in der gesamten Bundesrepublik ähnliche Versorgungsdefizite anzutreffen seien, wie sie sie bereits früher - jedoch nur für das Bundesland Saarland - konstatierten. Die breit angelegte Studie mit N=1042 niedergelassenen Psychotherapeuten ergab eine durchschnittliche Wartezeit für ein Erstgespräch von 1,9 Monaten, bzw. auf einen Behandlungsplatz von 4,6 Monaten. Die Befragung von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten in Bremen (Kolip, 2010) kommt zu einer Wartezeit von 5,32 Wochen und einem Therapiebeginn nach 15,2 Wochen.

Nach einer Studie zur Versorgungsstruktur niedergelassener Psychotherapeuten von Friedrich, zitiert nach Bühring (2003), geben 60% der befragten Psychotherapeuten (N=262) Wartezeiten von bis zu vier Monaten, 23% sogar von einem halben Jahr an. Dabei haben nach Bühring (2003) Verhaltenstherapeuten die größten Engpässe. Sie können nur einem Drittel der Nachfragenden ein Erstgespräch anbieten. Für die Befragung wurden die KV-Bezirke Göttingen und Kassel ausgewählt, die beide als hochgradig überversorgt gelten.

Die Hessische Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [PPKJP] führte ebenfalls eine Befragung unter ihren Mitgliedern zum Thema Qualitätssicherung durch und ging neue Wege bei der Operationalisierung der Wartezeit. Fast die Hälfte der Befragten (N gesamt = 1067) bezeichnet dabei die Möglichkeit der Patienten, in einem „zumutbaren“ Zeitraum einen ambulanten Therapieplatz finden zu können, als unzureichend (Reuther-Dommer, Sattler, & Neef, 2007). Dabei wurde die Dauer des „zumutbaren“ Zeitraums nicht weiter definiert, sondern der subjektiven Einschätzung des jeweils antwortenden Kollegen überlassen. Die Autoren argumentieren, dass sich die Zumutbarkeit nach verschiedenen Kriterien (nach Angaben der Autoren u. a. Suizidalität, Gefahr der Chronifizierung, Gefahr weiterer negativer sekundärer Folgen, Gefahr des Aufgebens der Suche, die Qualität sozialer Eingebundenheit und positive Ressourcen) richten würde, die es nicht pauschal ermöglichen, ein genaues Zeitfenster anzugeben. Die Psychotherapeutenkammer spricht von einer hohen Varianz der Wartezeiten, als zentrales Problem sehen sie hierbei die „fehlende Steuerung der Patientensuche“ an. Einen standardisierten Suchverlauf gibt es nicht, Patienten auf der Suche nach einem Therapieplatz versuchen bei mehreren Ansprechpartnern eine Versorgung zu erhalten: Studien, die sich mit der Suche aus Patientensicht befassen (z.B. Walendzik et al., 2011) konnten zeigen, dass Patienten bis zu 40 Therapeuten anrufen, um eine Zusage für einen Therapieplatz zu bekommen.

Albani et al. (2010) befragten die Patienten und nicht die Psychotherapeuten nach den Wartezeiten. 53% der Befragten konnten innerhalb von vier Wochen mit ihrer Therapie beginnen, 87% mussten ein bis drei Monate warten und nach sieben Monaten hatten 96% eine Therapie begonnen. Es lässt sich jedoch keine Aussage darüber machen, ob es sich bei diesen Wartezeiten um den Abstand zwischen Entscheidung und Erstgespräch handelt oder zwischen probatorischer Sitzung und Behandlungsbeginn. Generell sind diese, aus Patientensicht erfassten, Wartezeiten kürzer als in den bereits zitierten Studien. Viele Therapeuten arbeiten nicht (mehr) mit Wartelisten und nehmen, sobald ein Platz frei wird, die Person als Patient, die als nächstes anruft. Diesen „Glücks- oder Zufallsfaktor“ der Wartezeit können die Studien, die mit den Warteliste-Angaben der Psychotherapeuten arbeiten, nicht erfassen.

Die Wartezeit der Patienten auf einen Therapieplatz und der Verlauf einer Therapie hängen auf der einen Seite von externen Faktoren, wie z. B. der Dichte an praktizierenden psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten in einer Versorgungsregion, und auf der anderen Seite von fallspezifischen Faktoren ab. Die externen Faktoren und ihre Beeinflussung auf die Wartezeiten sind bereits in der Versorgungsforschung untersucht worden (vgl. Arbeiten von Jacobi, Hoyer, & Wittchen, 2004; Schulz et al., 2006; Zepf et al., 2003). Diese Studien beschränken sich jedoch rein auf die strukturellen Bedingungen, fallspezifische Faktoren werden nicht betrachtet, obwohl anzunehmen ist, dass diese einen Einfluss auf Suchaktivität und Wartezeiten haben.

Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz stellt einen wichtigen Prädiktor für die Unterversorgung im psychotherapeutischen Bereich dar. Nach einem Vergleich vor dem Bundessozialgericht [BSG] vom 21.05.1997 (Az.6 RKA 15/97, Bundessozialgericht, 1997) ist eine Wartezeit von bis zu drei Monaten auf einen Psychotherapieplatz zumutbar, wenn dadurch keine akuten Beeinträchtigungen der Patienten zu erwarten sind. Die bereits vorgestellten Untersuchungen legen jedoch den Verdacht nahe, dass diese Zeitspanne häufig und in großem Ausmaß überschritten wird.

Studien zeigen signifikante Unterschiede bei den Berufs- und Fachgruppen einerseits und zwischen unterschiedlich Versicherten andererseits. Primärkassenpatienten warten mit einer durchschnittlichen Dauer von 2,4 Monaten am längsten auf ein Erstgespräch, während Selbstzahler mit 1,3 Monaten eine weitaus kürzere Wartezeit in Kauf nehmen müssen. Dieser Einfluss der Kostenträger zeigt sich auch in der Wahrscheinlichkeit, einen Behandlungsplatz zu erhalten. 70% der Selbstzahler werden nach einem ersten Gespräch übernommen, während dies nur für 58% der Primärkassenversicherten zutrifft. 51% der Psychotherapeuten geben an,

sich bei der Auswahl ihrer Patienten schon einmal von der Kassenzugehörigkeit des Patienten leiten gelassen zu haben. Die Wartezeiten unterscheiden sich auch je nach Fachrichtung. So geben Zepf und Arbeitsgruppe (2003) an, dass die Wartezeiten für eine Psychoanalyse mit durchschnittlich 5,2 Monaten länger sind als die für eine Verhaltenstherapie (4,5 Monate) oder für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (4,4 Monate).

Der Sachverständigenrat (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2002) beurteilt die ambulante psychotherapeutische Versorgung als uneinheitlich: „Die existierenden regionalen Unterschiede werden teils als lokale Über- und/oder Unterversorgung bewertet, teils wurde die Ungleichmäßigkeit der Versorgungsdichte nur beschrieben, aber nicht bewertet“ (S.111). Dabei bestehe hauptsächlich in den östlichen Bundesländern und in ländlichen Regionen eine Unterversorgung. Durchweg zeigt sich eine deutliche Unterversorgung bei Kindern und Jugendlichen, ein Aspekt, der in dieser Untersuchung ausgeklammert wurde, da die Stichprobe ausschließlich aus (wenn auch jungen) Erwachsenen besteht.

Neuere Untersuchungen weisen auf einen Mangel an Behandlungsplätzen, gerade auch in Regionen, die einen relativ hohen Versorgungsgrad mit Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten haben, hin (Bühring, 2003). Ein möglicher Grund sei, dass bei steigendem Angebot auch die Nachfrage steige.

Jacobi et al. (2004) zeigten in einer Analyse regionaler Differenzen, dass bundesweit erhebliche regionale Schwankungen in den Behandlungsquoten zu erkennen sind. Gerade die Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten, zu denen auch die Stadt Mainz zählt, zeigen eine wesentlich höhere Versorgungsrate als ländliche und städtische Regionen ohne solche Ausbildungsstätten. Gleichzeitig besteht in Mainz eine überdurchschnittliche Dichte an tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch arbeitenden ärztlichen Psychotherapeuten im Gegensatz zu wenigen verhaltenstherapeutisch orientierten psychologischen Psychotherapeuten (Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Stand 2009).

### **2.3.2 Folgen langer Wartezeiten**

Die Folgen langer Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz machen sich auf individueller Ebene sowie auf gesamtgesellschaftlicher Ebene bemerkbar. Die langen Wartezeiten bedeuten eine zusätzliche Belastung für den Patienten mit der Gefahr einer Chronifizierung und verringern die Chancen auf eine erfolgreiche Therapie (McCarthy, McGee, & O Boyle, 2000;

Siponen & Välimäki, 2003). Unbehandelte psychische Störungen bringen es mit sich, dass sie über die Zeit hinweg wiederkehren und sich häufig verschlimmern. Die Wahrscheinlichkeit an Komorbiditäten nimmt zu. Gerade aus der Depressions-Forschung ist bekannt, dass behandelte Depressionen signifikant kürzer dauern als unbehandelte und die Wahrscheinlichkeit einer erneuten depressiven Episode abnimmt (Kessler et al., 2003, de Jong-Meyer, 2005). Darüber hinaus führt die Nichtbehandlung psychischer Krankheiten oder das Hinauszögern einer Therapie zu Mehrkosten für die Allgemeinheit: es entstehen Arbeitsausfälle (Jacobi, Klose, & Wittchen, 2004), sowie zusätzliche Kosten durch eine medizinische Fehlversorgung oder auch längere stationäre psychiatrische/psychosomatische Behandlungen, die durch eine frühzeitige ambulante Therapie zu vermeiden gewesen wären. Die Behandlungsdauer verkürzt sich bei einer frühen Intervention, stationäre Aufenthalte und Medikation sind seltener notwendig.

Bisherige Studien zu Therapieabbruch und Wartezeiten (Festinger, Lamb, Kountz, Kirby, & Marlowe, 1995; Issakidis & Andrews, 2004; Kaplan & Johri, 2000; Loumidis & Shropshire, 1997; Williams, Latta, & Conversano, 2008) zeigen zudem, dass es bei langen Wartezeiten oft überhaupt nicht mehr zu einer Therapie kommt, da Personen - je länger sie auf einen Therapiebeginn warten - diesen schließlich ablehnen.

### **2.3.3 Gründe der Unterversorgung**

Es lassen sich verschiedene Gründe für die langen Wartezeiten und die damit einhergehende Unterversorgung finden. Zum einen gibt es in vielen Regionen zu wenig Psychotherapeuten mit Kassenzulassung, die Patienten versorgen können. Dieser Missstand liegt an der in Kapitel 2.1.3 angeführten Regelung der Zulassungen; zum anderen müssen die wenigen Therapeuten immer mehr Patienten betreuen, da die Diagnose psychischer Störungen jährlich ansteigt. Dies wird etwa durch den Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 35% zwischen 1991 und 2006 (Bundesverband BKK, 2006) deutlich. Die Deutsche Angestellten Kasse [DAK] bestätigt diesen Trend und berichtet einen Anstieg der Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen um 69% in den Jahren 1996 bis 2004 (Versorgungsmanagement DAK, 2005). Dies mag auf den ersten Blick an steigenden Prävalenzraten liegen. Eine andere Erklärung wäre, dass psychische Erkrankungen in der Zwischenzeit häufiger diagnostiziert werden, weil die Sensibilität für diese Erkrankungen sowohl bei den behandelnden Ärzten als auch bei Betroffenen steigt. Dies geht mit einem Akzeptanzwandel in der Gesellschaft einher, die diejenigen, die eine Therapie in Anspruch nehmen, nicht mehr als ‚irr‘ oder ‚verrückt‘ ansieht und diese Menschen nicht mehr

automatisch stigmatisiert (zur Erörterung der Frage „Nehmen psychische Krankheiten zu?“; s. Jacobi, 2009). Zwar erhalten viele Patienten mit psychischen Erkrankungen „nicht die selbstverständliche Akzeptanz und Fürsorge wie Patienten mit somatischen Erkrankungen“ (Sachverständigenrat, 2002, S. 206), dennoch hat ein Wandel in den Köpfen begonnen. Vor allem jüngere Menschen lassen sich in den letzten Jahren vermehrt auf Psychotherapie ein, was dazu beiträgt, dass die Nachfrage nach Psychotherapie weitaus größer ist als das Angebot (Bundes Psychotherapeuten Kammer [BPtK], 2008).

Auch für die kommenden Jahre ermittelten Schulte und Lauterbach (2002) einen erheblichen Bedarf an Psychotherapeuten und einen steigenden Bedarf an Psychotherapie, der nach ihren Berechnungen nicht gedeckt wird. Daraus lässt sich schließen, dass sich die Wartezeiten in Zukunft weiter verlängern werden, falls keine dringend notwendigen Veränderungen in der Zulassungsregelung umgesetzt werden.

#### **2.3.4 Suchaktivität**

Die Suche nach einem Therapieplatz wurde in bisherigen Studien kaum operationalisiert. Dies ist aufgrund der hierfür benötigten Stichprobe schwierig, da sie Personen einschließen muss, die noch auf der Suche nach einem Therapieplatz sind und daher noch nicht institutionell/ambulant erfasst sind. Einige tiefenpsychologisch orientierte Untersuchungen, zumeist an Konsilambulanzen, beschäftigen sich zwar mit der Thematik, untersuchen aber nicht den Prozess der Suche, sondern ausschließlich das Ergebnis (Schweickhardt et al., 2005). Ihre Ergebnisse wurden bereits im Kapitel 2.2.3 (Studien zum Inanspruchnahmeverhalten) vorgestellt. Klingenberg et al. (2011) befragten die Patienten, nachdem sie bereits in Behandlung waren nach der durchschnittlichen Kontaktaufnahme (4,3 Kontakte), wobei die Varianz von einem kontaktierten Therapeuten bis hin zu vierzig Kontakten reichte. Durch die zeitverzögerte Befragung - oft erst weit nach Therapiebeginn - muss von einer Verzerrung der Daten ausgegangen werden. Dabei kann gerade die zeitnahe und detaillierte Erfassung der Suchaktivität Aufschluss darüber geben, welche Strategien Suchende benutzen, um einen Therapieplatz zu erhalten und welche Strategien sich dabei als mehr oder weniger effektiv erweisen.

Fragen der ambulanten Versorgungsforschung werden momentan in der Forschung breit diskutiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wartezeiten für einen ambulanten Psychotherapieplatz häufig über einem vertretbaren Maximalbereich liegen. Die Forschung muss

sich nach dieser generellen Feststellung um Einzelaspekte bemühen: Welche Barrieren lassen sich für bestimmte Personengruppen finden und minimieren? Wie hängen Wartezeit und Therapieoutcome zusammen? Wie können Patienten ohne bereits in einem Versorgungsnetzwerk eingebunden zu sein, besser einen Therapieplatz finden? Es gilt diese Fragen gerade auch in Hinblick auf die Bedarfszunahme an Psychotherapie zu beantworten und damit die ambulante Versorgungssituation in Deutschland zu verbessern.

## 2.4 Outcome: Therapiewirksamkeit

In diesem Abschnitt werden zwei wichtige Aspekte der Psychotherapieforschung aufgegriffen: Zunächst wird die Messung von Therapieerfolg (Therapiewirksamkeit, Therapieakzeptanz und –zufriedenheit) in den Blick genommen. Bei der Therapiewirksamkeit sind die Unterscheidungen zwischen Personen, die eine Psychotherapie gemacht haben und Personen, die keine Psychotherapie gemacht haben von Interesse. Danach werden aktuelle Studien zur ambulanten Feldforschung vorgestellt.

### 2.4.1 Messung von Therapieerfolg

Dank intensiver Psychotherapieforschung (s. dazu Chambless & Ollendick, 2001; Grawe et al., 1994; Lambert & Ogles, 2004) ist die Wirksamkeit von Psychotherapie heute unumstritten. Einen Überblick (nach Störungsbild und Verfahren getrennt) findet sich beispielsweise bei Margraf (2009).

Bei der Untersuchung des Therapieerfolgs müssen drei inhaltliche Ebenen des Therapieerfolgs berücksichtigt werden (Schulte, 1993):

1. Spezifische und globale Maße für den Symptom- und Beschwerderückgang,
2. Maße, um die Störungsursache angemessen zu erfassen,
3. Maße, um die Störungsfolgen zu bestimmen, die durch die Übernahme der Krankheitsrolle und die beobachtbare Einschränkung des Rollenverhaltens entstehen.

Auf methodischer Ebene gibt es mehrere Möglichkeiten, den Erfolg von Psychotherapie zu messen. Konventionell wird die Veränderungsmessung in der Wirksamkeitsforschung angewandt. Bei der indirekten Veränderungsmessung wird das Ausmaß der Veränderung daran abgelesen, wie sehr sich die Postwerte von den Präwerten unterscheiden (meistens in Form von Symptomreduktion). Ein weiterer Ansatz ist die direkte Veränderungsmessung. Hier wird die Differenzbildung am Ende des Prozesses selbst vorgenommen. Es handelt sich also um ein retrospektives Erfolgsmaß. Als drittes Maß kann die Patientenzufriedenheit angesehen werden. Hier wird ebenfalls wie bei der direkten Veränderungsmessung am Ende der Therapie die Zufriedenheit erfragt; es kann daher auch zu den retrospektiven Methoden gezählt werden. Die beiden Arten von Erfolgsmaßen korrelieren in bisherigen Studien nur gering miteinander (vgl. Pekarik & Wolff, 1996). In einer Studie von Michalak, Kosfelder, Meyer und Schulte (2003) fanden die Autoren eine zweifaktorielle Struktur der Erfolgsmaße. Der eine Faktor („Veränderungsmaße“) drückt das Ausmaß der Veränderung aus (Messungen mit mindestens zwei Messzeitpunkten), der andere Faktor („retrospektive Erfolgs-

beurteilung“) läßt die Verfahren, bei denen es um die Einschätzung des Therapieerfolges geht. Dieser Faktor spiegelt also das (durchaus subjektiv) erlebte Ausmaß der Zielerreichung wider. Nun mag der Faktor Veränderungsmaß für die Psychotherapieforschung in Bezug auf die effektivste Psychotherapieform, Dauer und Dosis von ungleich höherer Aussagekraft sein. Für den einzelnen Klienten ist eine Therapie jedoch dann erfolgreich, wenn er sich durch sie seinem Zielzustand angenähert hat. Anders herum muss eine Therapie für den Patienten (und selbst für den behandelnden Therapeuten) nicht unbedingt als erfolgreich eingeschätzt werden, wenn eine große Symptomreduktion erreicht wurde, der Patient von seiner Zielvorstellung jedoch weit entfernt blieb. Michalak et al. (2003) fordern daher die Verwendung beider Erfolgsmaße in der Forschung. Die Bedeutung der Psychotherapieakzeptanz wird bis heute kontrovers diskutiert und in Studien zur Psychotherapiewirksamkeit selten aufgeführt. Die Befürworter sehen in ihr „eine immer noch unterschätzte Dimension der Versorgungsqualität“ (Hannöver, Dogs, & Kordy, 2000, S. 292). Sie argumentieren nach dem Motto „Stell’dir vor, es gibt eine höchst effiziente Psychotherapiemethode und kein Patient geht hin“. Daher fordern sie, die Therapiezufriedenheit als einen wesentlichen Baustein der Therapieevaluation zu etablieren. In der Diskussion um einheitliche Qualitätssicherungs- und Managementstandards dürfe die Zufriedenheitsmessung nicht übersehen werden (Hiller, Bleichhardt, & Schindler, 2009; Seligman, 1995), da sie diesbezüglich als ein wichtiges Instrument der Kundenorientierung eingesetzt werden könnte. In der Literatur werden Zufriedenheitsraten zwischen 56% und 100% berichtet (Gruyters und Priebe, 1994). Hartmann und Zepf (2004) kommen in einer Replikation der Consumer-Reports-Studie (Seligman, 1995) zu der Aussage, dass 76% der Patienten mit ihrer psychotherapeutischen Behandlung absolut oder sehr zufrieden waren. Kritiker sehen die Zufriedenheitsangaben von Klienten als therapeutisch bedenklich an; Interventionen sollten nicht durch die Zufriedenheit des Patienten bestimmt werden, sondern alleine aufgrund ihrer Effektivität. Außerdem sei deren Messung zu unzuverlässig und nicht aussagekräftig (zusammenfassend bei Hannover et al., 2000), da Messinstrumente stark unter Deckeneffekten leiden.

Die Psychotherapieforschung beschäftigt sich bereits lange mit einer aussagekräftigen Therapieerfolgserhebung. Da aber zahlreiche Faktoren in den Prozess der Therapie und damit in deren Effekte mit hinein spielen, ist es schwierig, diese Frage abschließend zu beantworten. Zu einem tieferen Einblick in Diagnostik und Erfolgsmessung sowohl auf inhaltlicher und methodischer Ebene vgl. Vocks, Joormann, Michalak, Kosfelder, & Meyer, 2005.

## **2.4.2 Unterschiede im Krankheitsverlauf, in der medizinischer Inanspruchnahme und Lebenssituation zwischen Personen mit und ohne absolvierter Psychotherapie**

In der vorliegenden Studie werden Personengruppen miteinander verglichen, die sich für oder gegen eine Psychotherapie entschieden haben, mit dem Wissen, dass ihnen von professioneller Seite eine Psychotherapie empfohlen wurde. Damit betritt die Studie Neuland, weswegen im Folgenden nur auf Studien mit ähnlichen Designs zurückgegriffen werden kann. In keiner der nachfolgenden Studien wurde das Entscheidungsverhalten berücksichtigt, sondern es handelt sich vielmehr um traditionelle Studien der Epidemiologie oder Studien mit Treatment- und Wartezeitkontrollgruppen.

### *Verlauf psychischer Erkrankungen mit und ohne Behandlung*

Zahlreiche Studien untersuchen den Verlauf von psychischen Erkrankungen mit und ohne psychotherapeutischer Behandlung. Da die vorliegende Studie eine Patientengruppe, die Psychotherapie in Anspruch genommen hatte, mit einer Patientengruppe, die (nach einer bewussten Entscheidung) keine psychotherapeutische Hilfe bekommen hat, vergleicht, geben insbesondere Studien über Spontanremissionen wichtige Hinweise zu geeigneten Hypothesen. Im Folgenden sind die Erkenntnisse nach Diagnosen getrennt aufgeführt. Die vorgestellten Störungen werden herangezogen, da sie die am häufigsten vorkommenden in der Stichprobe sind. Die Liste ließe sich mit eindeutigen Ergebnissen für fast alle psychischen Störungen erstellen (Überblick in Perrez & Baumann, 2005).

Bei Depressionen handelt es sich um Störungsbilder, die nur in den selteneren Fällen einmalig auftreten. Die meisten Patienten erkranken wiederkehrend an depressiven Episoden (Hautzinger, 2008). Bei depressiven Erkrankungen liegt die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission bei etwa einem Drittel (Stamm et al., 2007). Häufiger treten die Depressionen jedoch rezidivierend oder chronisch auf. Einen chronischen Verlauf zeigen 10-25% der Betroffenen (Schweiger, Sipos, & Hohagen, 2007). Während die Nicht-Behandlung verlängerte depressive Episoden nach sich zieht und die Chronifizierung begünstigt, haben frühzeitige Interventionen eine hohe Wirksamkeit (zu ausführlicheren Ergebnissen siehe Hautzinger, 2008; Jacobi, Wittchen und Hölting (2004)).

Bei Angst- und Zwangsstörungen kann durch eine frühzeitige psychotherapeutische Intervention ein gänzlichliches Zurückgehen der Symptomatik beobachtet werden. Dabei ist die rechtzeitige, weil frühzeitige, Behandlung der beste Schutz gegen eine Chronifizierung.

Wittchen, Essau, und Krieg (1991) berichten, dass weniger als 20 Prozent der unbehandelten Patienten mit Agoraphobie und Panikstörungen eine vollständige Remission erfahren. Vielmehr verlaufen diese Störungsbilder ohne Behandlung chronisch und verschlechtern sich. Ähnliche Befunde finden sich für Zwangsstörungen (Eisen et al., 2010) und sozialen Phobien. Bei ihnen kann nur bei 11 bis 48% der Fälle von einer Remission ausgegangen werden (Wittchen & Fehm, 2003).

Essgestörte Patienten haben bei keinerlei psychotherapeutischer Intervention eine hohe Wahrscheinlichkeit einer Verschlechterung ihrer Essstörungen und Chronifizierung. Eine 20jährige Katamnesestudie zeigte, dass mehr als 2/3 der Patienten noch an Anorexie erkrankt waren. Von den an Bulimie erkrankten Personen war etwa die Hälfte ohne Symptomatik (Laessle & Kim, 2009).

Wie hier gezeigt werden konnte besteht in der bisherigen Forschung Konsens, dass psychische Störungen bei Nicht-Behandlung weiter bestehen bleiben, sich verschlechtern und Komorbiditäten nach sich ziehen; während eine frühzeitige Intervention eine Symptomreduktion und eine Verminderung der psychischen Beeinträchtigung zur positiven Folge hat.

Multimodal erfasst nimmt Psychotherapie auch Einfluss auf verschiedene Bereiche des Alltagslebens der Patienten. An nachfolgenden Aspekten wird und wurde die Effektivität von Psychotherapie besonders oft gezeigt:

#### *Inanspruchnahme medizinischer Dienste*

Patienten mit unbehandelten psychischen Störungen nehmen häufiger medizinische Fachärzte in Anspruch und bekommen häufiger Psychopharmaka und andere Medikamente verschrieben. Studien, die die medizinische Inanspruchnahme vor und während/nach einer Psychotherapie erheben, können eine deutliche Abnahme im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung konstatieren. Baltensperger und Grewe (2001) stellten in einem Übersichtsartikel deutliche Einsparungen im Verlauf eines Jahres fest. So reduzierten sich die Arztbesuche aus diagnostischen Gründen um 26%. In die Sekundäranalyse wurden dabei auch Studien mit Treatment- (Psychotherapie) und Kontrollgruppen aufgenommen. Hier zeigt sich ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten: Sie stellten nicht nur fest, dass die sich in psychotherapeutischer Behandlung befindenden Patienten weniger Arztkontakte hatten,

sondern es konnte auch gezeigt werden, dass im gleichen Zeitraum auch die Inanspruchnahme derjenigen, die keine Psychotherapie bekamen, stieg.

Häufig treten psychische Störungen zusammen mit chronisch somatischen Erkrankungen auf (Klesse, Baumeister, Bengel, Härter, 2008). So gelten Patienten mit Depressionen zum Beispiel als Risikopatienten für koronare Herzerkrankungen (Rugulies u. Siegrist 2002). Bei adäquater Behandlung einer der beiden Erkrankungen kann sich die allgemeine Krankheitssituation bessern. Keefe (2000) konnte zeigen, dass eine Psychotherapie (hier KVT) bei chronischen Schmerzpatienten mit komorbider depressiver Störung Depressivität und Schmerzen reduzierte. Zu einem ähnlichen Ergebnis (Verringerung der Depressivität und erhöhte Überlebenszeit mit Hilfe von einem psychotherapeutischen Gruppenprogramm) konnte die Arbeitsgruppe um Fawzy (Fawzy, Canada, Fawzy, 2003) bei Patienten mit Tumorerkrankungen kommen.

Psychotherapie hilft also das eigene, medizinische Inanspruchnahmeverhalten zu reduzieren und die Behandlung von psychischen Störungen kann auch positiven Einfluss auf somatische Erkrankungen nehmen, womit wieder eine reduzierte Medikation und Konsultation von Fachärzten einhergehen.

#### *Leistungsfähigkeit bei Erwerbstätigen*

Ausfalltage dienen als häufiges Indiz für psychische Erkrankungen bei Erwerbstätigen (Bundesverband BKK, 2006; GBE Bund, 2011; Versorgungsmanagement DAK, 2005). Es lässt sich zeigen, dass Patienten, die in einer Psychotherapie sind, nicht nur weniger Gesundheitskosten verursachen (Kraft, Puschner, Lambert, & Kordy, 2006), sondern mit ihren remittierten Störungen keine Unterschiede in den Ausfalltagen zu gesunden Personen aufweisen (Jacobi et al., 2004).

#### *Lebenszufriedenheit*

Die Frage, inwieweit psychische Störungen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit haben und welche Effekte hier die Psychotherapie erzielen kann rückte erst in den letzten Jahren in den Fokus der Forschung. Ursprünglich kommt das Konzept aus der Forschung über chronische und/oder schwere Krankheiten, zum Beispiel Krebspatienten. Doch auch bei psychischen Erkrankungen erhält die Erfassung der Lebenszufriedenheit einen immer größer werdenden Stellenwert (Pyne et al., 1997; Schweickhardt et al., 2005). Es konnte gezeigt werden, dass psychisch erkrankte Menschen eine geringere Lebenszufriedenheit als gesunde Personen haben und dass die Lebenszufriedenheit während und nach einer psychotherapeutischen Behandlung steigt. Crits-Cristoph und Kollegen (2008) konnten beispielsweise eine moderate

Verbesserung der Lebenszufriedenheit bei kognitiven Therapieverfahren nachweisen. Bei sozialen Ängsten zeigte sich durch psychotherapeutische Behandlung (KVT Gruppentherapie) eine signifikante Steigerung der Lebenszufriedenheit (Eng, Coles, Heimberg, & Safren, 2001; Eng, Coles, Heimberg, & Safren, 2005). Willutzki, Teismann und Schulte (2011) schließen daraus, dass störungsspezifische Behandlungskonzepte nicht nur eine Symptomreduktion erzielen, sondern auch das allgemeine Wohlbefinden steigern können.

### **2.4.3 Kritik an der bisherigen Forschung**

1991 bemängelte das Forschungsgutachten zum Psychotherapeuten Gesetz (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg, & Schulte, 1991, S. 30) die Datenlage zur psychotherapeutischen Versorgung. Auch 20 Jahre später ist die Datenlage in der Realversorgung ambulanter Praxen außerhalb von Studien immer noch unzureichend (Nübling, 2011). Die Kritik bezieht sich vor allem auf die Diskrepanz zwischen dem großen Anteil an kontrollierten RCT's und der Evaluation in der Alltagspraxis. Problematisch an randomisierten klinischen Studien ist ihre geringe externe Validität und die damit einhergehenden Schwierigkeiten bei der Übertragung der Ergebnisse in die Regelversorgung in ambulanten Psychotherapiepraxen. In klinischen Studien besteht durch das Auswählen bzw. Ausschließen bestimmter Fälle (Schwere, Dauer, Komorbiditäten, Vorbehandlungen usw.) immer die Gefahr einer Stichprobenselektion und damit eines Selektionsbias. In naturalistischen Studien stehen darüber hinaus keine Kontrollgruppen zur Verfügung, da die Aufnahme einer Therapie nicht an das Erfüllen von Ein- und Ausschlusskriterien geknüpft ist. Patienten in der Routineversorgung bilden dagegen das gesamte Repertoire an Störungsbildern und Komorbiditäten ab. Bei Berichten über die Wirksamkeit von Therapien kann es daher zu deutlich geringeren Effektstärken kommen. Doch die Wirksamkeit von Therapien muss sich gerade bei naturalistischen Studien beweisen, hier dient sie nicht nur der Wissenschaft, sondern den Betroffenen. In RCT-Studien werden Therapieabbrüche oft nicht mit in die Analyse aufgenommen, wodurch die Ergebnisse immens verzerrt werden können. RCT-Studien sind damit für die Feldforschung nicht aussagekräftig genug. Psychotherapie muss sich in der Praxis bewähren und braucht dafür Anhaltspunkte zur tatsächlichen Inanspruchnahme und zur Akzeptanz von Psychotherapie. Hier muss die Forschung mit Analysen und Beschreibungen des Ist-Stands dienen, sie sollte Therapie im Feld begleiten und darauf aufbauend adaptive Therapiekonzepte und Therapieevaluationsmöglichkeiten anbieten. Albani et al. (2010) fordern deshalb von Kostenträgern unabhängige, und nicht zu den kontrollierten Therapiestudien zählende, Untersuchungen. Nübling (2009, 2011) ordnet diese Art der Untersuchungen der

Versorgungsforschung zu. Er begründet dies mit dem Interesse der Versorgungsforschung an der realen Versorgung psychisch Kranker. Lediglich in der stationären Versorgung gibt es hier eine Vielzahl an Studien (siehe hierzu die Metaanalyse aus der psychosomatischen Rehabilitation von Steffanowski, Löschmann, Schmidt, Wittmann, & Nübling, 2007), in der ambulanten Versorgung haben sich bislang nur drei größere Studien mit dieser Fragestellung auseinandergesetzt. Sie und ihre Ergebnisse werden weiter unten dargestellt.

Die reale Versorgung ist nicht zu vergleichen mit experimentellen Studien zur Psychotherapiewirksamkeit. Wie die Daten von Wittchen und Jacobi (2001) zeigen, werden psychische Störungen nur bei einem geringen Prozentsatz (nicht einmal 40%) der Menschen mit einer Diagnose überhaupt behandelt. Das bedeutet, dass die große Mehrheit der Daten in der Psychotherapieforschung, die bislang zur Verfügung steht, nur von einem kleinen Prozentsatz der Gruppe erhoben wird, die Interventionen benötigt.

Zusammenfassend lässt sich monieren, dass bisher zu wenig Feldforschung zur Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapie unter Alltagsbedingungen durchgeführt wurde. Auch welche positiven/negativen Konsequenzen Psychotherapie auf die individuelle Alltagsbewältigung hat und welches subjektive Empfinden die Patienten haben, wurde in nur wenigen Studien bisher aufgegriffen.

Aus der Perspektive des Patienten wird selten der Prozess des Therapieverlaufes betrachtet. Bei Therapieabbrüchen werden meist ausschließlich die Gründe und Ursachen aus Sicht der Therapeuten erhoben, die Gründe aus Sicht des Patienten werden nur vereinzelt untersucht (erstmalig Lieberman, Yalom, & Miles, 1973). Fiedler (2003) fordert daher in seiner „Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus Sicht eines Verhaltenstherapeuten“ neue und intensivere Forschung im Bereich der Therapiewahrnehmung und die Erfassung der Gründe für Therapieabbrüche aus Sicht der Patienten. Er drängt darauf, diese bisher als „Randphänomene“ betrachteten Forschungsfragen in den Mittelpunkt der Therapieforschung zu rücken, da sie essentielle Bedeutung für die Effektivität von Psychotherapie hätten.

#### **2.4.4 Aktuelle Feldstudien in der Psychotherapieforschung**

*Die Studie Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung (TRANS-OP-Studie)*

Bei der großangelegten Studie „Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung“ (Trans-OP-Studie) der Forschungsstelle für Psychotherapie (u.a. Gallas, Kächele, Kraft, Kordy, & Puschner, 2008; Gallas, Puschner, Kühn, & Kordy, 2010; Puschner & Kraft, 2008; Puschner & Kordy, 2010) in Zusammenarbeit

mit der Deutschen Krankenversicherung [DKV] wurde die ambulante Psychotherapie aus Sicht der Patienten, der Therapeuten und objektiven Faktoren wie Kostenreduktion bei nachfolgenden Behandlungen evaluiert. N=712 Versicherte und deren Therapeuten wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren bei ihrer Therapie begleitet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich psychisch schwer beeinträchtigte Patienten in den Therapien (Verfahrensrichtungen VT, TP und PA) verbessern und dass die Patienten mit der Therapie im Allgemeinen sehr zufrieden waren. Die Suchaktivität der Patienten und der Prozess der Entscheidungsfindung wurden nicht begleitet. Es handelte sich bei den Teilnehmern der Studie ausschließlich um Privatversicherte, so dass keine Repräsentativität angenommen werden kann, da diese Stichprobe sich im Bildungsgrad (höher), Alter und Geschlechterverhältnis (wesentlich mehr Männer als in der tatsächlichen Versorgung) von der Gesamtpopulation unterscheidet.

#### *Die Studie „Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten“*

Die neueste großangelegte Studie im deutschsprachigen Raum (Albani et al., 2010; Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer, & Brähler, 2011) gibt Aufschluss über die Versorgungslage der ambulanten Psychotherapie.

1212 Personen, die noch in therapeutischer Behandlung waren (n=514), bzw. diese bereits abgeschlossen hatten (n=698) wurden innerhalb 15 Monaten telefonisch hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie befragt. Erfasst wurden soziodemographische Daten, Anlass der Behandlung, Zugangswege, Behandlungsformen, Einnahme von Psychopharmaka und Rahmenbedingungen der Therapie. Die Teilnehmer bewerteten ihre Therapie als durchgehend sehr wirksam auch über den unmittelbaren Anlass, bzw. ihre psychische Erkrankung hinaus. In folgenden Lebensbereichen konnte eine besonders hohe Besserung erzielt werden: „Umgang mit alltäglichem Stress“ (70%), körperliches Wohlbefinden (67%) und Lebensfreude (74%). Etwa die Hälfte der Befragten empfanden auch ihre Arbeitsfähigkeit und –produktivität als verbessert. Hohe Verbesserungen wurden ebenso im Bereich der sozialen Kompetenz und Interaktion berichtet. Bei fast allen Diagnosen (ausgenommen Übergewicht und sexuelle Funktionsstörungen) lag die Besserungsrate („viel“ und „etwas besser“) durchweg bei über 50%. Besonders hoch, und dies belegen auch die RCT, waren die störungsspezifischen Besserungsraten bei generellen Ängsten (86%), Panikattacken (82%) und depressiven Beschwerden (83%). Hier muss beachtet werden, dass keinerlei standardisierte Instrumente für Therapieevaluation und Diagnostik verwendet wurden.

Auch die Therapiezufriedenheit war hier Gegenstand des Interesses. Die hohe Zufriedenheit (55% ‚sehr zufrieden‘ und 34% ‚zufrieden‘) bestätigt die schon in Abschnitt 2.4.1 zitierten Zahlen.

Die Studie stellte erneut die noch vorherrschende Tabuisierung des Themas Psychotherapie, bzw. ihre Inanspruchnahme fest. Die Patienten gaben an, dass sie nur selten auf die Möglichkeit einer Psychotherapie hingewiesen wurden, sowohl im Gespräch mit Verwandten und Bekannten, als aber auch im Kontakt mit professionellen Ansprechpartnern.

### *Die Mannheimer Kohortenstudie*

Während sich die beiden vorausgegangenen Studien auf die Wirksamkeit und tatsächliche Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie beziehen, stellt die Mannheimer Kohortenstudie den Bedarf an ambulanter Psychotherapie dar. Sie untersuchte Ursachen und Prognosen psychischer Erkrankungen, indem sie drei Jahrgänge (N = 600) über fast 35 Jahre begleitete (zu einer abschließenden Übersicht siehe Lieberz, Franz, Adamek, & Schepank, 2011). Die Studie zeichnet sich dadurch aus, dass sie von einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe einen Längsschnitt über deren psychische Gesundheit dokumentiert. Die erste Studie (sogenannte A-Studie) kam 1979–1982 zu einer Prävalenzrate an psychischen Erkrankungen von 25%. Dieses damals für die Fachwelt überraschende Ergebnis wurde freilich in den letzten Jahren auf beeindruckende Weise durch die epidemiologische Forschung bestätigt (vgl. Jacobi et al., 2004). Die weiteren Ergebnisse bis zur D-Studie zeigten einen weithin stabilen Verlauf psychischer Erkrankungen, in dem Sinne, dass die quantitative Beeinträchtigung zeitlich stabil blieb, wenn sich auch mitunter die Diagnosen verschoben. Frühe Publikationen aus der Studie beschäftigten sich mit Prädiktoren für psychische Störungen. Die Ergebnisse brachten einen niedrigen Sozialstatus, eine niedrige Bildung und den Familienstand (unverheiratet oder geschieden) in Verbindung mit psychischen Erkrankungen. In der sogenannten E-Studie wurden 2010 erneut 87 Probanden der Kohortenstudie für eine weitere Folgestudie gewonnen. Diese gibt nun Auskunft über den Langzeitverlauf psychischer Gesundheit oder Krankheit. Die Ergebnisse zeigen, dass von den verbliebenen Personen ein Drittel über einen Zeitraum von 25 Jahren hinweg als stabil und gesund einzuschätzen ist. Die E-Studie zeigte auch nochmals deutlich, dass soziale Unterstützung und Kompetenz sowie Leistungsfähigkeit wichtige Schutzfaktoren der psychischen Gesundheit darstellen.

### **2.4.5 Wirksamkeit von Beratung**

Nicht immer ist bei psychischen Belastungen eine lange Psychotherapie nötig. Auch Minimalinterventionen, Beratung und Kurzzeittherapien erzielen große Wirkung. Beratungsstellen sind ein niedrigschwelliges Angebot psychotherapeutischer Behandlung und erfreuen sich daher einer höheren Akzeptanz als ambulante oder stationäre Psychotherapien. Dies macht Beratungsstellen auch zu einer Clearing-Stelle, um im Sinne des Patienten auf eine optimale Versorgung hinzuweisen, ob als Kursangebot, Kurzzeittherapie oder in der Weiterverweisung an einen ambulanten Therapeuten. Sie gelten als Eingangstor in eine psychotherapeutische Behandlung und sind somit wichtige Schnittstellen in der Versorgungslandschaft. Neben dieser wichtigen Position leisten sie vielen Klienten gute psychotherapeutische Beratung. Wie gezeigt wurde, besteht eine Fehlversorgung an Therapieplätzen und umso wichtiger ist es durch Kurzzeitinterventionen Patienten mit leichten bis mittelschweren Störungen zu helfen. Gerade bei einem geringen Störungsgrad sind Minimalinterventionen wahrscheinlich sehr effektiv (Lovell & Richards, 2000).

Die PBS arbeitet u.a. mit solchen Minimalinterventionen in ihrer Beratung und bietet auch Kurzzeittherapien bei depressiven Störungen an. Die jährlichen Evaluationsberichte der PBS sprechen für diese Vorgehensweise und die damit einhergehende hohe Qualität der Beratung in der PBS. Die erhobenen BSI-Werte, sowie die ADS-K Werte verbessern sich am Ende der Beratung signifikant (Jahresbericht, 2009, 2010). Lagen zu Beratungsbeginn die Werte in einem klinisch auffälligen Bereich, erreichen sie zum Ende der Beratung einen durchschnittlichen Bereich. Diese Ergebnisse erwiesen sich über die Jahre als sehr stabil.

Betrachtet man also die psychopathologischen Werte, die wahrgenommene Alltagsbelastung und die Beratungszufriedenheit zum Output Beratungsende in der PBS, so zeigt sich ein sehr positives Bild, welches auch durch die Literatur mit dem Aufwand-Wirkungsmodell der Psychotherapie und dem Phasenmodell der Veränderung bestätigt wird. Howard et al. (1999) stellten in einer Metaanalyse zur Verbesserungsrate im Verlauf einer Psychotherapie (Aufwand-Wirkungsrelation) eine „negativ beschleunigte Kurve in Relation zur Anzahl der Sitzungen“ fest. Andere Studien beschäftigten sich ebenfalls mit diesem Effekt (Lambert & Ogles, 2004; Lutz, Stulz, Smart, & Lambert, 2007). Sie zeigen, dass die größte Symptomreduktion in den ersten Sitzungen der Therapie geschieht und daher auch bei wenigen Sitzungen eine erste, positive Symptomreduktion zu erfassen ist. Diese relativ kurzfristig erreichte Symptomverbesserung macht jedoch noch keine Aussagen über einen längerfristigen Verlauf. Hier zeigen Untersuchungen, dass für einen Teil der Klienten wenige Sitzungen für

eine dauerhafte Verbesserung ausreichen, während einige Patienten auch wieder auf ihr Ausgangsniveau zurückfallen, bzw. bereits in der Behandlung mehr Sitzungen benötigen (Howard et al. 1996; McNeilly & Howard, 1991; Seligman, 1995).

Sicherlich ist jedoch die Behauptung „viel hilft viel“ nicht für alle Patienten nötig und richtig und das Herausfiltern derjenigen, die von längeren Therapiedauern mehr profitieren und dieser bedürfen, ist ein wichtiges Merkmal in einer dringend benötigten effizienten Psychotherapieversorgung.

## **2.5 Studierende - eine besondere Stichprobe**

Die vorliegende Studie untersucht als Stichprobe ausschließlich Studierende oder Studienabbrecher/-absolventen. Studierende können nicht als für die Allgemeinbevölkerung repräsentativ betrachtet werden. Das Studium stellt für die Studierenden eine Zeit des Umbruchs dar, die eine hohe Anpassungsleistung erfordert und mannigfaltige Entwicklungsaufgaben beinhaltet. Sie ist damit eine potentiell krisenhafte Phase, die die Entwicklung oder Manifestation von psychischen Störungen begünstigen kann (s. Abschnitt 2.5.1). Studierende unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale, wie zum Beispiel Alter oder Bildungsstand, von der Normalbevölkerung. Im Folgenden werden diese Besonderheiten der Stichprobe näher besprochen, sowie Prävalenz und Epidemiologie psychischer Störungen unter Studierenden gegenüber der Allgemeinbevölkerung beschrieben.

### **2.5.1 Studierende und ihre besondere Entwicklungsphase**

Persönlichkeitsbezogene Probleme treten oft zu Beginn oder im Laufe des Studiums in den Vordergrund, ausgelöst durch die spezifische Entwicklungsphase. So fallen mit Studienbeginn auch die Ablösung vom Elternhaus, das Aufbauen eines neuen sozialen Netzwerkes und der Beginn fester Partnerschaften zusammen (Knigge-Illner, 2002).

Hornung und Fabian (2001) sprechen von der Studienphase (und hier v.a. in den ersten Semestern) als von einer „anforderungsreichen Transitionsphase“ (S.133), die durch ihren Übergangscharakter und der Anpassung an ein neues Sozialisationsfeld als potentielle Krisensituation angesehen werden muss (vgl. auch Seiffge-Krenke, 1994). Werden diese Krisen nicht durch Neuorientierung und Anpassung gemeistert, können psychische und körperliche Beschwerden die Folge sein. Die Studierenden sind dem Alter nach zwar Erwachsene, ihr Status entspricht diesem Rollenbild jedoch oft nicht. Ihre Rolle als Erwachsener wird von ihnen zwangsläufig durch die äußeren Umstände aufgeschoben. Sie sind finanziell oft noch abhängig von ihren Eltern, nehmen noch keine eigene Eltern- und Berufsrolle ein. Sie befinden sich noch mitten in der Phase ihrer Identitätsbildung. Neben diesen Belastungen stellen sie sich intensiv Sinn- und Orientierungsfragen. Knigge-Illner (2002) betont, dass die strukturellen Bedingungen an den Universitäten (nur lockerer sozialer Zusammenhalt, Schwerpunkt wird gänzlich auf intellektuelle Leistung gelegt) bestehende persönliche Vulnerabilitäten begünstigen und zur labilen psychischen Situation der Studierenden beitragen.

Demgegenüber stehen mögliche Ressourcen wie der starke Drang zur Entwicklung, berufliche und soziale Chancen, die die Studierenden meist optimistisch einschätzen. Zudem ist ihre Persönlichkeit noch nicht gänzlich gefestigt, was die erforderliche Anpassungsleistung erleichtern kann.

### **2.5.2 Prävalenz psychischer Störungen bei Studierenden**

Für die Bundesrepublik gibt es keine gesamtrepräsentativen Erhebungen zu psychischen Beeinträchtigungen und Störungen bei Studierenden. Der Gesundheitssurvey für Studierende in NRW setzte zumindest für das Bundesland Nordrheinwestfalen eine flächendeckende Erhebung um. 3306 Studierende wurden dabei u.a. nach ihren Beschwerden und Behandlungen befragt. 5% der Studierenden (7% Frauen, 4% Männer) gaben an, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen zu haben (Meier et al., 2010). Hahne, Lohmann, Krzyszycha, Österreich, & App (1999) zeigten in einer Sonderauswertung der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes, dass 20% der Studierenden durch psychische Beschwerden in ihrer Studierfähigkeit beeinträchtigt waren. Nur 7% nahmen dagegen tatsächliche psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. 27% der Studierenden gaben an, durch Leistungsstörungen, mangelndes Selbstwertgefühl oder depressive Symptomatik in ihrem Studium eingeschränkt zu sein. (Hahne et al., 1999). Dennoch wünschten sich nur 13% von ihnen Hilfe von außen.

Die Psychotherapeutischen Beratungsstellen der Universitäten und Fachhochschulen sind oft erste Ansprechpartner bei Problemen der Studierenden im Studium oder im Privaten (Knigge-Illner, 2002). Die Beratungsanliegen lassen sich in einem ersten großen Block mit Problemen, die direkt mit dem Studium und dessen Organisation zusammenhängen, wie Lern- und Leistungsschwierigkeiten, Schreibblockaden, Prüfungsangst, zusammenfassen. Im zweiten Block finden sich personenbezogene Probleme wie Probleme in der Beziehung zu anderen, depressive Störungen, soziale Phobien. In der Psychotherapeutischen Beratungsstelle der JGU Mainz leistet ein Team von psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Ausbildung Hilfe bei der Bewältigung spezifischer Probleme, die während des Studiums auftreten. Die reicht von der Abklärung psychischer Störungen durch eine gezielte Diagnostik, hin zur deren Beratung und zu Kurzzeitpsychotherapien von bis zu 10 Sitzungen. Auch Kurse (u.a. Prokrastination, Depressionen vorbeugen, Prüfungsangst) werden angeboten. Falls die Eingangsdiaagnose ergibt, dass eine ICD-10 Diagnose vorliegt, die nicht innerhalb der zu Verfügung stehenden 10 Sitzungen zu behandeln ist, wird über

Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der Beratungsstelle informiert und die Klienten bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützt.

In einer Studie an der Universität Mannheim (Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger, & Rist, 2008) wurde die Prävalenz psychischer Störungen an Studierenden (N= 1130) erhoben. Den Autoren zufolge erfüllten 23% der Studierenden - Frauen häufiger als Männer- Kriterien für mindestens eine psychische Störung (ohne Alkoholsyndrom). Mit 14% kamen am häufigsten depressive Symptomaten vor, gefolgt von somatoformen Störungen mit 9% und idiopathischer Umweltintoleranz (7%). Unterschiede zwischen Studiengängen wurden nicht festgestellt. Vergleicht man die Zahlen mit den erhobenen Diagnosen in der PBS des Jahres 2010 (Psychotherapeutische Beratungsstelle der Johannes Gutenberg - Universität Mainz, 2010) zeigt sich ein ähnliches Bild. Hier war die häufigste diagnostizierte Störung aus dem Bereich F3x, affektive Störungen. Depressive Erkrankungen erklären fast die Hälfte aller gegebenen Diagnosen (40%). Auch in den davor liegenden Jahren bildeten die affektiven Störungen bereits den höchsten Anteil (2009: 38%). Angst- und Belastungsstörungen sind an zweiter Stelle mit 30% vertreten. Dem in der Mannheimer Studie gefundenen großen Anteil von Studierenden mit Alkoholsyndrom von gut 30%, steht in der PBS ein sehr geringer Teil von 3,1% Störungen durch Suchtmittel gegenüber. Hervorzuheben ist, dass die Zahlen noch keine Aussage darüber machen, wie viel psychisch beeinträchtigte Studierende tatsächlich an der Universität Mainz studieren, sondern nur, wie viele sich mit welcher Diagnose an die Beratungsstelle wenden. Es ist möglich, dass zum Beispiel der Substanzmissbrauch in ähnlicher Größe auch in Mainz anzutreffen ist, mit dieser Problematik aber an anderen Stellen Hilfe gesucht wird.

Hornung und Fabian (2001) erhoben an N=1382 Studierenden der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (EHT) und der Universität Zürich Belastungen und Ressourcen im Studium. Die Hälfte aller Teilnehmer gab darin an, im ersten Studienjahr eine oder mehrere Krisen durchlebt zu haben. In der Studie von Hornung und Fabian (2001) nahmen 26% der Studierenden (zwei Drittel davon Frauen) eine professionelle Beratung im Rahmen ihrer subjektiv erlebten Krise in Anspruch. Gleichzeitig nahmen 18% der Studierenden eine Beratung in Anspruch ohne von einer Krise berichtet zu haben. Die Inanspruchnahme von Hilfe ist demzufolge nicht an das subjektive Erleben einer Krise gekoppelt.

Die 19. Sozialerhebung des Deutschen Studierendenwerks 2009 (Isserstedt & Middendorf, 2010) gibt u.a. Ausschluss darüber, welchen Beratungs- und Informationsbedarf Studierende

in den letzten 12 Monaten hatten und ob sie sich hierzu professionelle Hilfe gesucht haben. 61% der Studierenden im Erststudium geben an, dass sie Beratungsbedarf hatten. Die Themen lassen sich in die drei Problembereiche ‚Finanzierungsbezogene Themen‘, ‚studien(leistungs)bezogene Themen und Probleme‘ und ‚Probleme im persönlichen Umfeld‘ gliedern. 45% der Studierenden haben Informationsbedarf zu finanzierungsbezogenen Themen. 35% der Studierenden haben Fragen zu studien- und leistungsbezogenen Themen (z.B. Lern- und Leistungsprobleme, Zweifel, das Studium fortzuführen, Prüfungsangst, Lern- und Zeitmanagement) und knapp ein Viertel (23%) formulierte Beratungsbedarf zu Problemen im persönlichen Umfeld (insbesondere werden hierunter depressive Verstimmungen, Mangel an Selbstwert, zwischenmenschliche Konflikte, Süchte gezählt). Mit zunehmendem Alter der Studierenden wächst die Nachfrage. Bei den unter 24-Jährigen Studierenden ist es noch etwas mehr als die Hälfte, bei den über 26-Jährigen steigt der Bedarf auf mehr als zwei Drittel. Hier lässt sich v.a. ein steigender Bedarf an studienrelevanten Themen, wie Arbeitsorganisation, Aufschiebe-Verhalten oder Prüfungsangst ablesen. Aber auch der Beratungsbedarf im Bereich persönlicher Probleme steigt ab einem Alter von 26 Jahren an.

#### *Psychische Probleme bei Studierende vs. der Normalbevölkerung*

Generell haben Studierende ähnlich viele psychische Störungen wie die Allgemeinbevölkerung. Sie unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf ihr Alter, dem Chronifizierungsgrad ihrer Krankheiten und damit einhergehend mit bereits gemachten Therapieerfahrungen. Bisherige Studien zeigen, dass soziodemographische Variablen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer Psychotherapie und auf die Therapiemotivation nehmen. Es lässt sich ein deutlicher Trend erkennen hin zu sozial besser gestellten Personen und solchen, die einen höheren Bildungsgrad aufweisen (vgl. Fischer-Kern et al., 2006; Graupe, 1978; Huber et al., 2000; Rumpold et al., 2004).

Die wegweisende „Mannheimer Kohortenstudie“ (siehe u.a. Fischer-Kern et al., 2006; Schepank, 1990) die 600 Personen aus drei verschiedenen Jahrgängen (1935, 1945 und 1955) über fast 35 Jahre hinweg begleitet und untersuchte, fand früh heraus, dass die Schichtzugehörigkeit eng mit dem Auftreten psychogener Erkrankungen zusammenhängt (niedriger Status, häufige Erkrankungen). Auch der Bildungsstand beeinflusst die psychische Beeinträchtigung insoweit, dass Menschen mit einer höheren Bildung (dazu werden auch Studierende gezählt) seelisch gesünder sind.

Die Sozialerhebung des Deutschen Studierendenwerks (Isserstedt & Middendorf, 2010) zeigt, dass immer noch eher Personen aus höheren Schichten ein Studium aufnehmen. Die Autoren ermitteln durch drei Merkmale bezüglich der Eltern der Studierenden, nämlich höchster schulischer Abschluss, höchster beruflicher Abschluss und Stellung im Beruf, die so genannten sozialen Herkunftsgruppen. Mit diesem statistischen Konstrukt (mit seinen vier Ausprägungen ‚niedrig‘, ‚mittel‘, ‚gehoben‘ und ‚hoch‘) lässt sich zeigen, dass 36% der Studierenden aus der Herkunftsgruppe hoch kommt. Nur 15% der Studierenden werden der Herkunftsgruppe niedrig zugeordnet.

### **2.5.3 Das Konzept des „YAVIS-Patienten“**

Schofiel (zitiert nach Halder, 1977) definierte 1964 den ‚idealen‘ Patienten für den Psychotherapeuten: Young-Attractive-Verbal-Intelligent-Successful. In diesem Modell trifft der gebildete Psychotherapeut auf einen ebenfalls gebildeten Patienten, der in die Therapie kommt, um „Einsicht und Verständnis in seine Person und sein Handeln zu gewinnen“ (S.55). Diese Einstellung kommt vor allem in den psychodynamisch geprägten Therapierichtungen dem Therapeuten entgegen. Heute ist dieses Konzept (zurecht) in den Hintergrund gerückt, zum einen aus ethischen Gesichtspunkten, da kein Therapeut sich von solchen persönlichen ‚Anreizen‘ leiten lassen sollte, zum anderen, weil mit der Verhaltenstherapie das starre Bild der Therapie zur Selbstverwirklichung und die passive Rolle des Patienten aufgehoben wurde. Dennoch stellt Margraf (2003) in einem Editorial zu Verhaltenstherapie und Gesellschaft fest: „Zugang und Verfügbarkeit von Psychotherapie sind nicht für alle Menschen gleich. Einkommen, Krankenversicherungen und soziale Stereotype spielen dabei eine wichtige Rolle. Das YAVIS- Syndrom [...] gilt auch heute noch.“ Diese Überlegungen gilt es bei der vorliegenden Stichprobe der Studierenden im Hinterkopf zu behalten. In der aktuellen Studie „Ambulante Psychotherapie in Deutschland“ (Albani et al., 2009) zeigt sich dieses Phänomen nicht. Franz (1997) widerspricht ebenso dieser These. In seiner Untersuchung fand sich sogar ein gegenteiliger Effekt, dass nämlich ältere Patienten und sozial eher benachteiligte Personen eine positive Therapieakzeptanz ausdrückten, wenn ihnen denn ein Behandlungsangebot ausgesprochen wurde. Somit läge die Ungleichheit vielmehr in der ungerechten Zugangsregulation, die Jüngere und sozial besser Gestellte effektiver zu nutzen wissen.

## 2.6 Beschreibung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Im Nachfolgenden werden die für die Studie relevanten Variablen für eine bessere Einordnung der Hypothesen im Überblick vorgestellt. Auf ausführliche inhaltliche Beschreibungen im Theorieteil wird jeweils verwiesen; die sich anschließende Operationalisierung der Variablen erfolgt im Methodenteil.

### *Entscheidungsverhalten für/gegen eine Psychotherapie*

Ob sich ein Klient zu t0 für oder gegen eine Psychotherapie entscheidet, wird in der Studie als Entscheidungsverhalten bezeichnet. Sie ist die abhängige Variable des ersten Hypothesenblocks, der untersucht, welche Variablen Einfluss auf eben dieses Verhalten nehmen.

### *Soziodemographische Variablen*

Untersuchte soziodemographische Daten zum ersten Messzeitpunkt sind in der vorliegenden Studie folgende Variablen: Geschlecht, Migrationshintergrund (Geburtsland nicht Deutschland) und Partnerschaft. Sie dienen als unabhängige Variablen bei der Untersuchung von Unterschieden zwischen Annehmern und Ablehnern einer Psychotherapie. Die Bedeutung soziodemographischer Variablen auf die Inanspruchnahme wurde im Kapitel 2.2.2 dargestellt.

### *Subjektive Beeinträchtigung, depressive Symptomatik und Belastung im Alltag*

Psychopathologische Werte sind wichtige Kennwerte für die subjektive und objektive Beeinträchtigung von Personen. In der Studie werden die subjektive Beeinträchtigung der Klienten, die subjektiv empfundene Belastung im Alltag und die depressive Symptomatik erhoben. Ihr Einfluss wurde in den vorangegangenen Kapiteln mehrfach thematisiert. In der vorliegenden Studie handelt es sich bei ihnen um unabhängige Variablen, wenn es darum geht, deren Einfluss auf das Entscheidungsverhalten zu untersuchen. Sie wandeln sich zu abhängigen Variablen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt (t3) der Einfluss von absolvierter oder abgelehnter Psychotherapie auf sie untersucht wird.

### *Psychische Erkrankung*

Unter der psychischen Erkrankung wird die gestellte Diagnose nach ICD-10 Kriterien der Beraterinnen der PBS verstanden. Die Diagnose dient als unabhängige Variable wenn untersucht wird, ob sie einen Einfluss auf die abhängige Variable des Entscheidungsverhaltens hat.

Zusätzlich zur Diagnose wurden ebenso die Beschwerdedauer und die Art der Vorbehandlung als unabhängige Variablen erhoben.

### *Einfluss des Umfelds*

Dem Umfeld des Patienten wird in der Literatur eine wichtige Rolle zugesprochen (s. Kapitel 2.2.2). Personen aus dem Umfeld der Betroffenen können zum Beginn einer Psychotherapie ermutigen oder zur Stigmatisierung ebendieser beitragen. Die Variablen ‚Umfeld empfiehlt ebenfalls Psychotherapie‘ und ‚Umfeld hat bereits Erfahrung mit Psychotherapie gemacht‘ werden als unabhängige Variable in die Studie aufgenommen, wobei untersucht wird, ob deren Ausprägung Einfluss auf das Entscheidungsverhalten hat.

### *Studienverlauf und -zufriedenheit*

Zum ersten Messzeitpunkt dienen Studienzufriedenheit, Studiengang und das Ausüben einer Nebentätigkeit als unabhängige Variablen. Die Variablen sollen die Leistungserbringung im Studium erheben. Wie im Abschnitt 2.4.4 gezeigt wurde, ist die Leistungsfähigkeit ein wichtiges Indiz für den Vergleich psychisch gesunder und psychisch beeinträchtigter Personen. Die Autorin nimmt explorativ an, dass auch bei der Entscheidung, eine Psychotherapie zu beginnen die Studiensituation eine wichtige Rolle spielt (s. Hypothesen). Zu t3 werden die Studienzufriedenheit, erbrachte Prüfungsleistungen sowie Studienfach- und/oder Universitätswechsel als abhängige Variablen für die Unterscheidung zwischen Personen, die eine Psychotherapie gemacht haben und Personen, die keine Psychotherapie gemacht haben, verwendet.

### *Lebensqualität*

Die Lebensqualität wird zurzeit in der Literatur als wichtige Komponente des Wohlbefindens eines Individuums diskutiert. Die subjektive Einschätzung der Lebensqualität hat einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit. Das subjektive Wohlbefinden bildet sich aus einer emotionalen (mit den Teilkomponenten ‚positiver Affekt‘, ‚negativer Affekt‘ und ‚Glück‘) und einer kognitiven Komponente (mit der globalen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit) (vgl. Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Brähler, 2000). Die Lebensqualität wurde im Kapitel 2.4 bereits eingeführt und wird als abhängige Variable mit in die Studie aufgenommen.

### *Medizinische Inanspruchnahme*

Die Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen ist eine Komponente des Krankheitsverhaltens. Die Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen (s. Kapitel 2.4) ist eine abhängige Variable bei der Untersuchung, ob sich Personen, die eine Psychotherapie gemacht haben und Personen, die keine Psychotherapie gemacht haben, nach 1,5 Jahren unterscheiden. Es wurden als Variablen aufgenommen: Häufigkeit der Hausarztbesuche, Konsultation von Fachärzten der Psychiatrie und/oder Neurologie, Einnahme von Psychopharmaka, Einnahme von Medikamenten allgemein.

### *Suchaktivität*

Die Suchaktivität wird in der vorliegenden Studie definiert als Verhalten, welches angewandt wird, um einen Therapieplatz zu bekommen. In der Regel sind das Versuche, mit einem Therapeuten zur Vereinbarung eines Erstgespräches Kontakt aufzunehmen. Die Suchaktivität wurde bereits im Theorieteil (2.3.4) erläutert. Sie dient als unabhängige Variable, wenn ihr Einfluss auf die Wartezeit untersucht wird, und als abhängige Variable, wenn ihr Einfluss auf die Therapiemotivation dargestellt wird.

### *Therapiemotivation*

Die Therapiemotivation wurde bereits ausführlich im Kapitel 2.2.2 vorgestellt. In der Untersuchung wird sie als eine unabhängige Variable angesehen, deren Einfluss auf die Suchaktivität untersucht wird.

### *Wartezeit auf einen Therapieplatz*

Die Wartezeit auf einen Therapieplatz wird definiert als die Zeit in Wochen, bis ein Suchender einen Therapieplatz erhalten hat. Die Bedeutung der Wartezeit in der psychotherapeutischen Versorgungsforschung und aktuelle Daten wurden im Kapitel 2.3 (Wartezeit) bereits vorgestellt. Die Variable Wartezeit ist in der Studie eine abhängige Variable.

## 2.7 Hypothesen

Folgende Forschungsfragen wurden, beruhend auf dem bisherigen Forschungsstand und der vorangegangenen Arbeit (Seidl, 2009), als Ausgangspunkt genommen:

(a) Der Entschluss zur Psychotherapie

Wie unterscheiden sich Ablehner und Annehmer einer Psychotherapie voneinander? Welche Gründe werden gegen die Aufnahme einer Psychotherapie angeführt? Welche Anforderungen haben die Suchenden an ihren Therapeuten und welche Kompromisse sind sie bereit einzugehen?

(b) Von der Suche bis zum Beginn der Therapie

Welche Suchstrategien werden angewandt, um überhaupt einen Therapieplatz zu finden? Wie erleben die Studierenden die Suche nach einem Therapieplatz? Wie lange ist die Wartezeit bis zum Beginn der Therapie? Beeinflusst die Therapiemotivation die Suchaktivität und die Wartezeit?

(c) Vom Therapieanfang bis zum Ende der Therapie

Wie viele Studienteilnehmer brechen die Therapie ab und mit welchen Gründen? Wie zufrieden sind die Klienten mit der Therapie? Welchen Einfluss der Therapie nehmen die Klienten auf Studienleistung, Sozialbeziehungen und eigene Zukunftspläne wahr?

(d) Unterschiede zwischen Studierenden, die eine Therapie abgeschlossen haben und Studierenden, die keine Therapie gemacht haben:

Unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich Studienverlauf, psychopathologischen Werten und aktueller Lebenssituation?

Diese Forschungsfragen sind größtenteils deskriptiv zu beantworten, wie viele andere Fragestellungen der Versorgungsforschung auch.

Ebenfalls basierend auf diesen Ausgangsfragen und unter Hinzuziehung der dargestellten Forschungsergebnisse lassen sich folgende Hypothesen aufstellen:

## **2.7.1 Hypothesenblock 1: Entscheidungsverhalten der Stichprobe und beeinflussende Variablen**

Zum Zeitpunkt  $t_0$  (Indikationsstellung in der PBS) gibt es Annehmer und Ablehner einer ambulanten Therapie. Der Hypothesenblock beschäftigt sich mit den Gründen, weshalb sich jemand für oder gegen eine ambulante Therapie entscheidet (unabhängig davon, ob er letztendlich eine Psychotherapie beginnt). Die Hypothesen richteten sich dabei nach den im Kapitel 2.2 vorgestellten Arbeiten und theoretischen Hintergründen.

### *Einfluss von soziodemographischen Daten und Lebenssituation auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1a)

Frauen entscheiden sich häufiger als Männer für eine ambulante Psychotherapie.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied zwischen weiblichen Studierenden und männlichen Studierenden in ihrem Entscheidungsverhalten.

#### Hypothese 1b)

Studierende mit Migrationshintergrund entscheiden sich seltener für eine ambulante Psychotherapie als Studierende ohne Migrationshintergrund.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied zwischen Studierenden mit Migrationshintergrund und Studierenden ohne Migrationshintergrund im Entscheidungsverhalten für oder gegen eine Psychotherapie.

#### Hypothese 1c)

Studierende, die in einer festen Partnerschaft leben, entscheiden sich häufiger für eine ambulante Psychotherapie als Studierende ohne Partner/in.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied im Entscheidungsverhalten zwischen Studierenden in einer Partnerschaft und Studierenden ohne Partnerschaft.

### *Einfluss der Studiensituation auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1d)

Die Studienzufriedenheit hat einen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten. Eine höhere Studienzufriedenheit führt häufiger zu einer positiven Entscheidung als eine geringe Studienzufriedenheit.

Nullhypothese: Es gibt keinen Einfluss der Studienzufriedenheit auf das Entscheidungsverhalten.

#### Hypothese 1e)

Der Studiengang hat einen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten. Es handelt sich um eine explorative Hypothese, die daher ungerichtet bleibt.

Nullhypothese: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Studiengang und dem Entscheidungsverhalten.

#### Hypothese 1f)

Studierende mit einer Nebentätigkeit entscheiden sich seltener für eine Therapie als Studierende ohne Nebentätigkeit.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied zwischen dem Entscheidungsverhalten Studierender mit bzw. ohne einen Nebenjob.

#### *Einfluss von Diagnose, Beschwerdedauer und Vorbehandlung auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1g)

Je länger die Beschwerdedauer, desto eher entscheiden sich Studierende für eine Therapie.

Nullhypothese: Es gibt keinen Einfluss der Beschwerdedauer auf das Entscheidungsverhalten.

#### Hypothese 1h)

Klienten mit einer Vorbehandlung entscheiden sich häufiger für einen Therapieplatz als Klienten ohne Vorbehandlung.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied im Entscheidungsverhalten zwischen Klienten mit einer Vorbehandlung und Klienten ohne Vorbehandlung.

#### Hypothese 1i) Diagnose

Die Diagnose hat keinen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten der Klienten.

Nullhypothese: Die Diagnose hat einen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten der Klienten.

#### *Einfluss von psychischer Belastung auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1j)

Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, haben eine signifikant höhere psychische Beeinträchtigung als Klienten, die sich dagegen entscheiden. Nullhypothese: Die psychische Beeinträchtigung hat keinen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten.

Hypothese 1k)

Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, zeigen eine signifikant höhere depressive Symptomatik auf als Studierende, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden.

Nullhypothese: Die depressive Symptomatik hat keinen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten.

Hypothese 1l)

Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, geben eine signifikant höhere Belastung im Alltag an als Klienten, die sich gegen eine Therapie entscheiden.

Nullhypothese: Die Belastung der Klienten hat keinen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten.

*Einfluss des Umfelds auf das Entscheidungsverhalten*

Hypothese 1m)

Klienten, deren Umfeld ihnen ebenfalls eine Psychotherapie empfiehlt, entscheiden sich eher für eine Psychotherapie, als Klienten, deren Umfeld nicht zu einer Psychotherapie rät.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied zwischen Klienten, die eine Empfehlung ihres Umfelds bekommen und Klienten, die keine Empfehlung ihres Umfelds bekommen.

Hypothese 1n)

Klienten, in deren Umfeld Personen bereits selbst eine Psychotherapie gemacht haben, entscheiden sich eher für eine Psychotherapie als Klienten, in deren Umfeld es bisher keine Selbsterfahrung mit Psychotherapie gab.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied zwischen Studienteilnehmern, deren Umfeld bereits Erfahrung mit Psychotherapie gemacht hat und Studienteilnehmern, deren Umfeld keine Erfahrung mit Psychotherapie gemacht hat.

## **2.7.2 Hypothesenblock 2: Suchaktivität und Wartezeit**

Der zweite Hypothesenblock beschäftigt sich mit der Suchaktivität des Klienten und deren Einflussnahme auf die Wartezeit, sowie der Einfluss der Therapiemotivation auf die Suchaktivität. Die beiden Hypothesen wurden vor dem Hintergrund der vorangegangenen Diplomarbeit (Seidl, 2009) formuliert.

Hypothese 2a)

Je höher die Suchaktivität des Klienten, desto kürzer muss er auf einen Therapieplatz warten.

Nullhypothese: Die Suchaktivität hat keinen Einfluss auf die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz.

Hypothese 2b)

Je höher die Therapiemotivation, desto höher die Suchaktivität.

Je motivierter die Klienten in Bezug auf eine Psychotherapie sind, desto intensiver werden sie auch nach einem Psychotherapeuten suchen.

Nullhypothese: Die Therapiemotivation hat keinen Einfluss auf die Suchaktivität.

### **2.7.3 Hypothesenblock 3: Unterschiede zwischen den Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ vs. ‚keine Therapie gemacht‘ nach 1,5 Jahren**

Der Hypothesenblock beschreibt die Unterschiede zwischen Personen, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben und Personen, die keine Psychotherapie gemacht haben nach 1,5 Jahren. Dabei wurde sich an den vorgestellten theoretischen Arbeiten aus Kapitel 2.4 orientiert.

*Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich ihrer psychischen Erkrankung und ihrem medizinischen Inanspruchnahmeverhalten*

Hypothese 3a)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, konsultieren seltener ihren Hausarzt, als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied in der Inanspruchnahme des Hausarztes zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Hypothese 3b)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, konsultieren seltener einen Psychiater oder Neurologen als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied in der Inanspruchnahme der Fachärzte zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht haben.

#### Hypothese 3c)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, nehmen seltener Psychopharmaka ein als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied in der Einnahme von Psychopharmaka zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht haben.

#### Hypothese 3d)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, nehmen allgemein seltener Medikamente ein, als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied in der Einnahme von Medikamenten zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht haben.

#### *Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich ihres Studienverlaufs und ihrer Lebenssituation*

#### Hypothese 3e)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, sind zufriedener mit ihrem Studium als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied in der Studienzufriedenheit zwischen Studierenden, die eine Therapie gemacht haben und Studierenden, die sich dagegen entschieden haben.

#### Hypothese 3f)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, haben häufiger Prüfungsleistungen im Rahmen ihres Studiengangs erbracht als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied in den erbrachten Prüfungsleistungen zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht haben.

#### Hypothese 3g)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, haben seltener ihr Studienfach oder die Universität gewechselt als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied im Studienverlauf zwischen Studierenden, die eine Therapie gemacht haben und Studierenden, die sich dagegen entschieden haben.

Hypothese 3h)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, sind zufriedener mit ihrem Leben als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nullhypothese: Es gibt keinen Unterschied in der Lebenszufriedenheit zwischen Studierenden, die eine Therapie gemacht haben und Studierenden, die sich dagegen entschieden haben.

*Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich ihrer psychischen Belastung*

Hypothese 3i)

Klienten, die eine Psychotherapie gemacht haben, sind anderthalb Jahre nach Indikationsstellung psychisch signifikant weniger belastet als Klienten, die sich gegen eine Therapie entschieden haben.

Nullhypothese: Die Tatsache eine Psychotherapie gemacht zu haben, hat keinen Einfluss auf die psychische Belastung der Klienten.

Hypothese 3j)

Studierende, die eine Psychotherapie gemacht haben, zeigen anderthalb Jahre nach Indikationsstellung eine signifikant geringere depressive Symptomatik, als Studierende, die sich gegen eine Therapie entschieden haben.

Nullhypothese: Die Tatsache eine Psychotherapie gemacht zu haben, hat keinen Einfluss auf die depressive Symptomatik der Klienten.

Hypothese 3k)

Studierende, die eine Psychotherapie gemacht haben, geben anderthalb Jahre nach Indikationsstellung eine signifikant geringere Belastung im Alltag, als Studierende, die sich gegen eine Therapie entschieden haben, an.

Nullhypothese: Die Tatsache eine Psychotherapie gemacht zu haben, hat keinen Einfluss auf die empfundene Belastung im Alltag der Klienten.

## **3 Methode**

### **3.1 Design/Ablauf der Datenerhebung**

Für die Untersuchung wurde ein längsschnittliches, prospektives Design gewählt.

Die Daten wurden von Studierenden und Promovierenden erhoben, die aufgrund des Bedürfnisses einer psychotherapeutischen Beratung zur PBS kamen und dort mindestens eine Sitzung wahrnahmen. Das Einverständnis der Studierenden an der Studienteilnahme wurde im Vorhinein eingeholt. Im regulären Ablauf der PBS durchlaufen alle Klienten zu Beginn der Beratung eine Standardeingangsdagnostik. Wird eine psychische Störung nach ICD-10 diagnostiziert, die nicht in den zur Verfügung stehenden zehn Sitzungen behandelt werden kann, erhält der Klient eine Psychotherapie – Indikation (zur Beratungstätigkeit der PBS siehe Abschnitt 2.5.2). Diese Klienten - aus dem Zeitraum September 2008 bis Dezember 2009 (15 Monate) - wurden in die Stichprobe aufgenommen.

Neben einem Fragebogen zu den soziodemographischen Daten wurden zum ersten Messzeitpunkt (t0), also zu Beginn der Beratung in der PBS, das ‚Brief Symptom Inventory‘ (BSI, Franke, 2000) zur subjektiven Beeinträchtigung, eine Kurzform der ‚Allgemeinen Depressionsskala‘ (ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1992), sowie ein modifizierter Fragebogen zur Belastung von Schneider und Margraf (2000) verwendet. Zudem wurde den Studienteilnehmern, die sich für eine Psychotherapie entschieden, der Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (FPTM, Schulz, Nübling, & Rüdell, 1995) ausgehändigt. Diese Messinstrumente decken einen großen Teil der bisher untersuchten Prädiktoren für Therapiebeginn und -verlauf ab. Darüber hinaus bekamen die Studienteilnehmer ein Formular (Verlaufsdokumentationsbogen) ausgehändigt, mit dessen Hilfe sie ihre Suche nach einem Therapieplatz dokumentieren konnten.

Jeweils vier (t1) bzw. acht Wochen (t2) nach Indikationsstellung wurde ein Teil der Studienteilnehmer durch die Versuchsleiterin telefonisch kontaktiert und der Stand der Suche eruiert. Dabei wurden die Anzahl der kontaktierten Therapeuten sowie persönliche Ansprüche und Zugeständnisse an einen potentiellen Therapeuten erhoben. Die so gewonnenen Angaben dienten zur Operationalisierung der Suchaktivität und der Erhebung der Wartezeit.

Sollte der Teilnehmer acht Wochen nach Aufnahme der Suche noch keinen Therapieplatz erhalten haben, so wurde dieser vorerst nicht mehr kontaktiert, da ein weiteres telefonisches Interview bereits als Minimalintervention zu bewerten wäre. Bei den Teilnehmern, die sich

bereits bei Indikationsstellung in der PBS gegen eine Psychotherapie aussprachen, entfielen diese beiden Messzeitpunkte.

Wie Abbildung 2 in einer Gesamtübersicht illustriert, wurde zudem eine weitere Posterhebung (t3, April 2010 bis Juni 2011) durchgeführt. Anderthalb Jahre nach Indikationsstellung (t0) wurden alle Probanden, die eine Indikation für eine Psychotherapie erhalten hatten (unabhängig davon, ob sie sich für eine Therapie entschieden oder nicht) nach Inanspruchnahme, ggf. Verlauf und Zufriedenheit mit ihrer ambulanten Therapie, bzw. Gründe gegen eine Therapieaufnahme befragt. Um die Zufriedenheit mit der Therapie untersuchen zu können, wurde auf einen leicht adaptierten Evaluationsbogen der PBS (van der Loo, 2004) zurückgegriffen. Zusätzlich wurden wiederum die Fragebögen BSI, ADS-K und Belastung eingesetzt sowie eine Aktualisierung der soziodemographischen Daten (insbesondere Studienverlauf) und eine Erhebung der Lebensqualität (SWLS, Diener, 1985) vorgenommen. Alle verwendeten Fragebögen und Messinstrumente (bis auf den ADS-K und den BSI) finden sich im Kapitel 11.2 Anhang Messinstrumente.

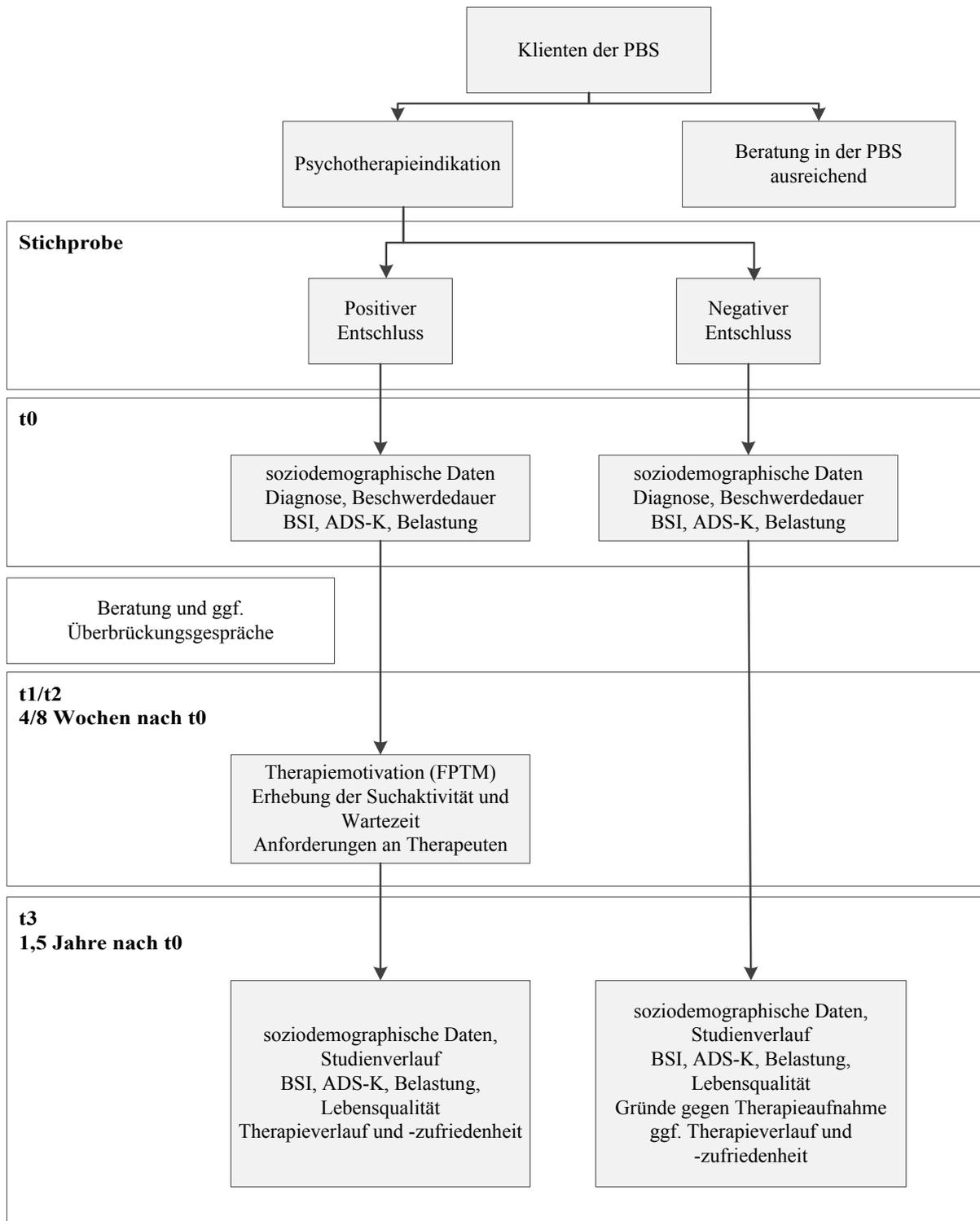


Abbildung 2: Studiendesign

## 3.2 Instrumente und Operationalisierung

Im Nachfolgenden werden die eingesetzten Messinstrumente näher beschrieben und die Operationalisierung wichtiger Variablen der Untersuchung dargelegt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die erhobenen Variablen und deren Operationalisierung.

*Tabelle 3:* Erhobene Variablen und deren Operationalisierung

| Variable   | Operationalisierung  |
|--|--|
| Soziodemographische Variablen mit Studienverlauf                     | Abgewandelter Eingangsfragebogen der PBS   |
| Subjektive Beeinträchtigung  | BSI - Brief-Symptom Inventory  |
| Depressive Symptomatik   | ADS-K<br>Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala   |
| Subjektive Einschätzung über Belastung und Einschränkungen im Alltag | modifizierter Fragebogen zur Belastung von Schneider und Margraf                             |
| Lebensqualität   | SWLS   |
| Therapiemotivation   | Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (FPTM)<br>Einzelitem zu t0<br>Einzelitem zu t3 |
| Psychische Erkrankung  | Abgewandelter Eingangsfragebogen der PBS<br>ICD-10 Diagnose der Beraterinnen                 |
| Suchaktivität für einen Therapieplatz                                | Selbst erstelltes Instrument (telefonisches, halbstandardisiertes Interview)                 |
| Wartezeit auf einen Therapieplatz                                    | Selbst erstelltes Instrument (telefonisches, halbstandardisiertes Interview)                 |
| Anforderungen an zukünftigen Therapeuten                             | Selbst erstelltes Instrument (telefonisches, halbstandardisiertes Interview)                 |
| Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Ressourcen                | Selbst erstelltes, strukturiertes Interview  |
| Therapiezufriedenheit  | Abgewandelter Evaluationsbogen der PBS   |
| Therapieverlauf  | Selbst erstelltes, strukturiertes Interview  |

### 3.2.1 Subjektive Beeinträchtigung: BSI

Das Brief Symptom Inventory (BSI), eine Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R (deutsche Version: Franke, 2000), ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung subjektiv empfundener körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen und gibt so Auskunft über den Leidensdruck des Klienten. Ausgewertet ermöglichen die 53 Items Aussagen zur Symptombelastung, die zu neun Skalen und drei globalen Kennwerten - analog zur SCL-90-R - zusammengefasst werden: Somatisierung (1), Zwanghaftigkeit(2), Unsicherheit(3), Depressivität(4), Ängstlichkeit(5), Aggressivität(6), Phobische Angst(7), Paranoides Denken(8) und Psychotizismus(9). Die Testdauer beträgt im Durchschnitt etwas weniger als zehn Minuten. Die Items haben eine fünfstufige Likert-Skalierung von 0 (=überhaupt nicht)

bis 4 (=sehr stark) und beziehen sich auf die letzten sieben Tage. In der vorliegenden Studie wurde der als robust geltende GSI Gesamtscore als Variable für die subjektive Beeinträchtigung verwendet. Er gibt Auskunft über die grundsätzliche psychische Belastung. Bei der Normierung des Tests durch Franke zwischen 1994 und 1998 wurde u.a. auch eine studentische Stichprobe (N=589) verwendet. Die PBS orientiert sich bei der Auswertung des BSI an den dabei erstellten Normtabellen, da sie sich besonders eignen, die psychische Belastung unter Studierenden einzuschätzen (Franke, 2000). Die folgenden Angaben zu den psychometrischen Gütekriterien beziehen sich auf diese Normwerte.

Cronbach's alpha für die interne Konsistenz der Skalen lag zwischen  $\alpha=.64$  (Paranoides Denken) und  $\alpha=.75$  (Zwanghaftigkeit und Unsicherheit). Für die Qualität des GSI spricht dessen hohe Konsistenz bei  $\alpha=.95$ . Auch die Retest-Reliabilität für den GSI ( $r=.90$ ) ist zufriedenstellend. Die Objektivität ist sowohl durch die standardisierte Instruktion als auch durch die standardisierte Auswertung und Interpretation in t-Werte gegeben. Zusammenfassend lässt sich der BSI als ein ökonomisches Instrument mit guten psychometrischen Gütekriterien zur Erfassung der psychischen Belastung in den dem Fragebogen vorausgegangenen sieben Tagen bewerten.

### **3.2.2 Depressive Symptomatik: Allgemeine Depressions Skala (ADS-K)**

Die Allgemeine Depressions Skala (ADS) von Hautzinger und Bailer (1992) wurde speziell für nicht-klinische Stichproben entwickelt und wird in ihrer Kurzform (ADS-K) ebenfalls als Standarddiagnostikum in der PBS eingesetzt. Sie dient der Erfassung des aktuellen Vorhandenseins von und der Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte(1), körperliche Beschwerden(2), motorische Hemmungen(3), motivationale Defizite(4) und negative Denkmuster(5). Die Items erfragen in einfachen, verständlichen Sätzen die Symptomatik und beziehen sich auf die zurückliegende Woche. Jedes Item bietet eine vierstufige Antwortmöglichkeit (0 = sehr selten oder überhaupt nicht bis 3 = die ganze Zeit). Zur Auswertung wird der Summenwert der Antworten (Minimum 0 Punkte, Maximum 60 Punkte) als Kennwert interpretiert. Der ADS-K setzt sich aus 15 Items zusammen und ist so wesentlich ökonomischer als die Langform (20 Items) bei zufriedenstellenden psychometrischen Gütekriterien. Die interne Konsistenz des ADS-K wird mit Cronbach's alpha bei  $\alpha=.90$  angegeben. Die durchschnittliche Trennschärfe liegt bei .58 (Spanne von .38 bis .77).

Der Summenwert kann als Kennwert für aktuelle depressive Symptome verwendet werden. Auch hier besteht durch Normtabellen die Möglichkeit zur Angabe von t-Werten (getrennt nach Geschlecht).

### **3.2.3 Subjektive Einschätzung über Belastung und Einschränkungen im Alltag**

Allein auf der Grundlage einer Diagnose kann der Außenstehende nicht beurteilen, inwieweit die psychopathologischen Symptome Einfluss auf das tägliche Leben des Klienten nehmen und ihn in den verschiedensten Bereichen beeinträchtigen (vgl. hierzu auch Margraf, 2000).

Margraf und Schneider (1990) haben deshalb einen Fragebogen für die Einschätzung der Beeinträchtigung in den Lebensbereichen ‚Arbeit oder Ausbildung‘, ‚Freizeit bzw. Sozialleben‘ sowie ‚Familienleben‘ und ‚häusliche Pflichten‘ entworfen, der ein Standardfragebogen in der Therapieplanung ist. Nach den Autoren eignet sich der Fragebogen ebenfalls zur Überprüfung des Therapieerfolgs: Sie empfehlen, den Bogen zu Beginn und am Ende der Therapie dem Patienten vorzulegen und so ein Maß für die Veränderung durch die Behandlung zu bekommen. Der Fragebogen wurde in der vorliegenden Studie in leicht abgeänderter Form (s. Anhang) eingesetzt. Um den Spezifika der Stichprobe Rechnung zu tragen, wurden zwei Skalen umbenannt. Die Belastung durch die Störung kann über die verschiedenen Lebensbereiche hinweg stark variieren, daher werden in dem Fragebogen die Einschränkungen über die unterschiedlichen Bereiche ‚Studium‘ (im Original ‚Arbeit oder Ausbildung‘), ‚Freizeit bzw. Sozialleben‘, ‚Familienleben und Partnerschaft‘ und ‚alltägliche Aufgaben‘ (im Original zusammengefasst durch ‚Familienleben und häusliche Pflichten‘) erfasst. Es handelt sich bei den vier Skalen jeweils um eine Einschätzung von 0-gar nicht bis 4-sehr stark/massiv. Zur Interpretation werden die Summenwerte verwendet, die ein Minimum von 0 und ein Maximum von 16 annehmen können.

### **3.2.4 Lebensqualität: Satisfaction with life scale (SWLS)**

Mit dem eindimensionalen Selbstbeurteilungsbogen ‚Satisfaction with life scale‘ (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Diener, Suh, & Oishi, 1997) wird die globale, allgemeine Lebenszufriedenheit erfasst.

Dem Fragebogen liegt die Theorie des subjektiven Wohlbefindens zugrunde (Diener et al., 1997; Diener, 2000; Diener & Lucas, 2000). Das subjektive Wohlbefinden bildet sich aus emotionalen Komponenten (mit den Teilkomponenten ‚positiver Affekt‘, ‚negativer Affekt‘ und ‚Glück‘) und einer kognitiven Komponente (mit der globalen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit), (vgl. Fahrenberg et al., 2000).

Die SWLS besteht aus fünf Items, die auf einer 7-stufigen Skala beantwortet werden (1=stimme völlig zu, 7= stimme überhaupt nicht zu). Interpretiert werden Werte von 1=extrem unzufrieden bis 7=extrem zufrieden.

Die Retest-Reliabilität der SWLS bei einem Zeitintervall von vier Jahren beträgt .58. Die Autoren werten dies als eine empirische Bestätigung der in der Theorie angenommenen zeitlichen Stabilität der globalen Lebenszufriedenheit. Die interne Konsistenz kann mit einem Cronbach's Alpha von .88 als gut angesehen werden (vgl. Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2003). Die Eindimensionalität der SWLS konnte in der Vergangenheit faktorenanalytisch mehrfach bestätigt werden.

### **3.2.5 Therapiemotivation: FPTM**

Zur Erfassung der Therapiemotivation wurde der Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM, Schulz et al., 1995) verwendet, da dieser gute psychometrische Gütekriterien aufweist und in vergleichbaren Studien verwendet wird (Helbig, Hähnel, Weigel, & Hoyer, 2004; Schweickhardt et al., 2005).

Der FPTM besteht aus sechs Skalen, die von den Autoren wie folgt definiert werden:

1. Psychischer Leidensdruck (LD): Die Skala erfasst die momentane seelische Belastung, Bedrücktheit, sowie die Ängste in Bezug auf die Zukunft. (10 Items).
2. Hoffnung (HO): Erfasst werden Äußerungen, die der Patient hinsichtlich seiner Beurteilung auf Besserung trifft. (7 Items).
3. Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH): Die Skala erfragt, ob eine psychische Hilfsbedürftigkeit als ein Zeichen von Charakterschwäche oder Unselbständigkeit angesehen wird. Auch die gefühlte Gefahr der Stigmatisierung von anderen als eine nach außen gerichtete Konsequenz wurde hier mitaufgenommen (7 Items).
4. Wissen (WI): Diese Skala erfasst, ob der Klient bereits Einblicke und Vorerfahrungen über oder mit Psychotherapie hat bzw. sich im Vorfeld der Behandlung aktiv um Informationen gekümmert hat (5 Items).
5. Initiative (IN): Diese Skala beinhaltet Items, die die Anstrengungen des Klienten, eine Behandlung zu erhalten, erfassen. (4 Items).
6. Symptombezogene Zuwendung durch andere (SZ): Diese Skala beschreibt Verhaltensänderungen, die der Patient aufgrund seiner Beschwerden in seiner Umwelt erlebt. (Items 6).

Jedes Item bietet vier Antwortalternativen (stimmt-, stimmt eher-, stimmt eher nicht-, stimmt nicht). Durch Addition der einzelnen Items werden Skalengesamtwerte berechnet. Durch eine Normtabelle (vorläufige Normierung anhand einer Stichprobe von N=840) können diese dann in t-Werte umgerechnet werden.

Die Gütekriterien erweisen sich als hinreichend bis gut. Die Objektivität ist durch eine standardisierte Durchführung und Auswertung gegeben. Cronbach's Alpha zur internen Konsistenz liegt zwischen  $\alpha=.71$  für die Skala Wissen und  $\alpha=.92$  für die Skala psychischer Leidensdruck, was als zufriedenstellend bis sehr gut bewertet werden kann.

Die strukturelle Validität hat sich laut Nübling, Jürgensen, Schmidt und Wittmann (2007) in mehreren Programmevaluationsstudien gezeigt, da jeweils die Sechs-Faktoren-Struktur repliziert werden konnte. Die insgesamt aufgeklärte Varianz lag zwischen 54% und 55%. Die externe Validität wurde mit Fremdeinschätzungen durch behandelnde Therapeuten erfasst. Eine Regressionsanalyse (FPTM-Skalen als Prädiktorvariablen, Therapeutenurteil als Kriterium) ergab dabei ein  $R=.39$ .

Um den Fragebogen an die Verhältnisse der PBS anzupassen, wurden einige Formulierungen verändert. Tabelle 4 stellt exemplarisch einige dar. Generell wurde bei den Items 2, 4, 16, 25 und 31 das Wort „hier“ ersetzt durch „Psychotherapie“, da die Klienten dieses Item auf eine ambulante Psychotherapie beziehen sollten und nicht auf die momentane Beratungssituation in der PBS. Bei Item 13 wurde der schwammige Begriff der psychologischen Beratung gestrichen. In Items 9, 24 und 28 wurde der Begriff des „Kollegen“ durch den im Kontext besser passenden Begriff „Kommilitonen“ ersetzt.

*Tabelle 4:* Beispiele für die Umformulierung einzelner FPTM-Items.

| Item | Original   | Umformuliert   |
|------|--|--|
| 2    | Ich bin mir unsicher, ob einem hier geholfen werden kann.  | Ich bin mir unsicher, ob eine Psychotherapie einem helfen kann.  |
| 13   | Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung.  | Ich war schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung (Beratung in der Beratungsstelle nicht mit eingeschlossen).         |
| 24   | Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige, Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst. | Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige, Kommilitonen usw.) verständnisvoller als sonst. |

Da der FPTM keine Gesamtskala anbietet, wurden die Klienten zusätzlich noch gebeten, mittels eines Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala ihre Therapiemotivation selbst zu

beurteilen. Die Bewertung reichte von ‚überhaupt nicht‘ (1) bis ‚sehr stark‘ (5). Im Anhang sind beide Messinstrumente dargestellt. Zu t3 wurde nach der Therapiemotivation nach 1,5 Jahren gefragt. Hier wurde wieder die fünfstufige Likert-Skala verwendet. Da das Einzelitem hoch mit dem FPTM-Fragebogen korrelierte (Seidl, 2009, unveröffentlichte Diplomarbeit) wurde hier aus ökonomischen Gründen nur das Einzelitem eingesetzt.

### **3.2.6 Soziodemographische Variablen**

Die Erhebung der soziodemographischen Angaben wurde mit dem Eingangsfragebogen der PBS abgedeckt (vgl. 11.2 Anhang Messinstrumente). Erfasst wurden dabei Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft, Studienfach, Semesteranzahl, Staatsangehörigkeit, Migrationshintergrund (Geburtsland nicht Deutschland), Nebentätigkeit, Wohnsituation und Krankenversicherung. Zum Zeitpunkt t3 wurden Veränderungen in den soziodemographischen Variablen erfasst (Partnerschaft, Veränderung in Sozialbeziehungen, Nebentätigkeit und Wohnsituation).

### **3.2.7 Studienverlauf**

In der Stichprobe der vorliegenden Studie konnten keine Ausfalltage berücksichtigt werden, da Studierende kein Anstellungsverhältnis haben, an dem dies ablesbar wäre. Deshalb wurden studienbezogene Indikatoren genutzt, deren Brauchbarkeit jedoch bislang in keinen anderen Studien geprüft wurde. So wurde die Variable „Studienverlauf“ in das Design mitaufgenommen. Bei der Operationalisierung konnte nicht auf Noten als Prädiktoren zurückgegriffen werden. Gründe sind die hohe Variabilität der Notenvergabe je nach Studiengang und die unterschiedlichen Studienabschnitte, in denen sich die Studierenden befanden. Somit kamen die Noten als Vergleichsmaßstab nicht in Frage. Es wurde daher der Schwerpunkt weniger auf die schwer zu operationalisierende Studienleistung, sondern auf den Studienverlauf und die Studienzufriedenheit gelegt. Als Indizes wurden Fach- und/oder Hochschulwechsel und ob Prüfungsleistungen vorgesehen und erbracht worden sind verwendet. Die Studienzufriedenheit (fünfstufige Likert-Skala, 1-sehr zufrieden, 5-sehr unzufrieden) wurde sowohl zu t0 als auch zu t3 erhoben.

### **3.2.8 Psychische Erkrankung**

Diagnose, Komorbiditäten, Beschwerdedauer und Art der Vorbehandlung wurden ebenfalls aus dem Eingangsfragebogen übernommen. Die Diagnosen und Komorbiditäten wurden von den Beraterinnen nach einer ausführlichen Diagnostik anhand der Kriterien des ICD-10

vergeben. Die Beschwerdedauer in Monaten gaben die Klienten im Eingangsfragebogen an, ebenfalls die Art der Vorbehandlung.

### **3.2.9 Operationalisierung Suchaktivität**

Die Operationalisierung der Suchaktivität stellt ein Novum in der Forschung dar. Einzig in der Studie von Schweickhardt et al. (2005) wurden ebenfalls zur Katamnese Patienten telefonisch nach ihrem Inanspruchnahmeverhalten befragt. Dabei wurde lediglich aufgenommen, ob es zu einer Kontaktaufnahme kam und wie der Stand der Suche war. Die in der vorliegenden Studie verwendete Operationalisierung entstand durch Brainstorming im Team der PBS sowie durch Überlegungen der Versuchsleiterin.

Die Suchaktivität wurde anhand eines telefonischen Interviews erfasst. Dabei wurde die Anzahl der aufgenommenen Kontakte zu einem Therapeuten erfragt. Um die Erhebung weniger anfällig für Störvariablen wie Gedächtniseffekte etc. zu machen, wurde den Klienten zu Beginn ihrer Suche (t0) ein Dokumentationsbogen zum Verlauf der Suche (11.2 Anhang Messinstrumente) ausgehändigt. Darin notierten sie, wann ein Therapeut angerufen wurde, ob es zu einer persönlichen Kontaktaufnahme kam und ob bzw. wann der Therapeut zurückgerufen hatte. Im Dokumentationsbogen wurde eine offene Form der Notierung gewählt, um dem Klienten Freiraum für eigene Notizen und ein eigenes System zu lassen. Den Rückmeldungen zufolge orientierte sich die Mehrzahl der Klienten an diesem Bogen, so dass von einer hohen Zuverlässigkeit der Angaben ausgegangen werden kann. Im telefonischen Interview wurde dann die Gesamtzahl der Therapeuten erfasst, zu denen ein persönlicher Kontakt entstand. Diese Anzahl bildet die Suchaktivität ab. Darüber hinaus wurde aufgeschlüsselt, wieviele Therapeuten direkt erreicht wurden, wievielen auf den Anrufbeantworter gesprochen wurde und wieviele daraufhin zurückriefen.

Als zusätzliche Variable der Suchaktivität wurde die geschätzte Suchdauer in Stunden erhoben.

### **3.2.10 Anforderung an Therapeuten**

In den Interviews zu t1 wurde ebenfalls erfragt, ob und in welchem Ausmaß die Suchenden Ansprüche an ihren Therapeuten stellten. Hierbei wurden das Geschlecht, die Verfahrensrichtung, die Profession, besondere Qualifikationen und die Anforderung einer Homepage berücksichtigt. Außerdem wurde auch gefragt, welche Entfernung die Klienten bereit wären zu ihrem Therapeuten zurückzulegen und ob sie auch morgens Termine wahrnehmen könnten.

### **3.2.11 Operationalisierung Wartezeit**

Für die Operationalisierung der Wartezeit auf einen Therapieplatz stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Das Ende der Wartezeit kann festgelegt werden durch (1) Zusage eines Erstgesprächs bei einem Therapeuten, (2) Abschluss der probatorischen Sitzungen, (3) Bewilligung des Antrags bei der Krankenkasse oder (4) Aufnahme auf eine Warteliste mit festem Zeitrahmen. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Wartezeit definiert als Zeitraum zwischen Beginn der Suche und fester Zusage eines Therapieplatzes mit bereits festgelegtem Anfangstermin. Das heißt, es musste mindestens ein Erstgespräch stattgefunden haben, bei dem bereits die gegenseitige Bereitschaft zu einer Zusammenarbeit signalisiert und das weitere Vorgehen besprochen wurde. Zur Kontrolle wurde der Zeitrahmen zwischen probatorischer Phase und tatsächlichem Therapiebeginn erhoben. Da zu t1 nur ca. die Hälfte der Teilnehmer telefonisch erreicht werden konnte, wurde zu t3 die Wartezeit nochmals nacherhoben. Die Wartezeit wurde jedoch nur bei denjenigen Klienten erfasst, bei denen mithilfe von Kalendereinträgen oder erhaltener Rechnungen verlässliche zeitliche Angaben gemacht werden konnten.

### **3.2.12 Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Ressourcen**

Die Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen ist eine Komponente des Krankheitsverhaltens. Deshalb wurden in dem Interview zu t3 die Anzahl der Hausarztbesuche, die Inanspruchnahme eines Psychiaters oder Neurologen, die regelmäßige Einnahme von Medikamenten und speziell Psychopharmaka in den vergangenen sechs Quartalen erfasst.

Zudem wurde der Umgang mit dem Thema Psychotherapie im Umfeld erfragt (Empfehlung zur Psychotherapie auch von Familie/Freunden erhalten, Erfahrungen des Umfelds mit Psychotherapie und ob ggf. das Umfeld von der Inanspruchnahme einer Psychotherapie weiß).

Entschieden sich Klienten gegen eine Psychotherapie, wurden sie nach den Gründen für ihre Entscheidung und ob und welche anderweitigen Behandlungen und genutzten Ressourcen sie in Anspruch genommen hatten, gefragt (z.B. Inanspruchnahme von seelsorgerischen Gesprächen, Selbsthilfegruppen, Literatur zum Thema oder das Gespräch mit Freunden). Auch wurde erhoben, ob es in der Zwischenzeit zu Veränderungen in der Entscheidung gekommen war.

### **3.2.13 Therapieverlauf und -zufriedenheit: Fragebogen zur Evaluation**

Der Fragebogen zur Evaluation ist ein retrospektives Instrument zur Erfassung sowohl der Prozessqualität einer psychotherapeutischen Beratung/Therapie als auch deren Effektivität und Ergebnisqualität. Der Fragebogen wurde im Rahmen einer Studie (van de Loo, 2004) entwickelt und evaluiert. Er kann zum einen im Setting einer Beratung und zum anderen auch im Rahmen einer Therapie eingesetzt werden. Er besteht aus 27 Items, wovon sich 21 Items zu einer zweifaktoriellen Struktur zusammenfügen (s.11.2 Anhang Messinstrumente). Der erste Faktor beschreibt die Effektivität bzw. Ergebnisqualität. Die Studierenden schätzen hier ein, ob die Beratung hilfreich für sie war, ob es dem Therapeuten gelungen ist, eine neue Perspektive aufzuzeigen und ob die Beratung zu einer besseren Bewältigung ihrer momentanen Lebenssituation beiträgt. Der zweite Faktor ‚Beziehung/Atmosphäre‘ beschreibt den Beziehungsaspekt zwischen Therapeuten und Klienten und erfasst damit die Prozessqualität. Um alle drei Bereiche der Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) abzudecken, wurden zusätzlich drei Zufriedenheitsitems und drei Loyalitätsitems mit aufgenommen. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität wird als gut eingeschätzt, ebenso die Interpretationsobjektivität. Die Reliabilität wird als sehr gut bezeichnet. Die interne Validität und die Konstruktvalidität sind als gegeben anzusehen. Eine Normierung fand bislang nicht statt.

Zusätzlich zu dem hier beschriebenen Fragebogen wurden mit Hilfe offener Fragen positive und negative Aspekte der Therapie erfragt, die Therapiezufriedenheit sowie den wahrgenommenen Einfluss der Psychotherapie auf Studium, Sozialbeziehungen und Zukunftspläne erhoben.

### 3.3 Untersuchungsstichprobe

#### 3.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Alle Klienten der Beratungsstelle, die im Zeitraum 15.09.2008 bis 15.12.2009 (15 Monate) eine ambulante Psychotherapieindikation erhielten (N = 275) wurden in die Studie aufgenommen. Bei 88 Klienten konnte kein Kontakt zu t1/t2 hergestellt werden, bei 62 Klienten war keine Kontaktaufnahme nötig, da die Teilnehmer sich gegen eine Psychotherapie entschieden hatten, diese wurden erst wieder zum Zeitpunkt t3, 1,5 Jahre später, kontaktiert. Zu t3 konnten von den ehemals 274 aufgenommenen Klienten in die Stichprobe 206 Teilnehmer erreicht werden. 69 Probanden wurden als drop-out gezählt und ganz aus der Untersuchung genommen.

Klienten, die die folgenden Ausschlusskriterien erfüllten, wurden bereits im Vorfeld ausgeschlossen:

- Habilitanden,
- Erasmus-Studenten, zu denen kein Kontakt mehr aufgenommen werden konnte,
- Klienten, die bereits zu Beginn der Beratung in laufender Psychotherapie waren.

Das folgende flowchart (Abbildung 3) illustriert die Entwicklung der Stichprobe.

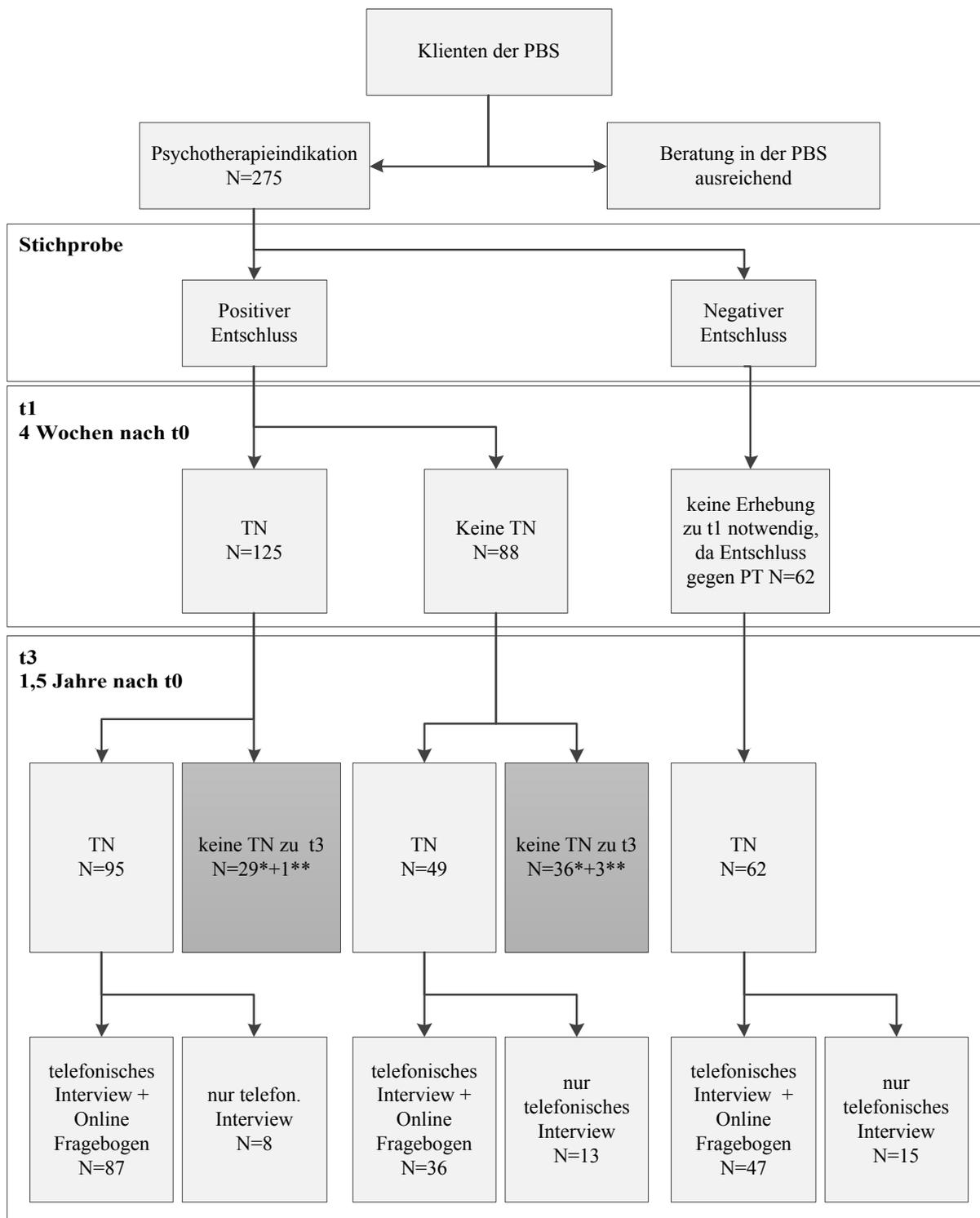


Abbildung 3: Stichprobenentwicklung/drop-out

Legende: TN = Teilnahme. \* = nicht erreicht (keine Rückmeldung auf e-Mailanfragen, falsche Kontaktdaten). \*\* = Studienteilnahme abgelehnt. Grau hinterlegte Felder geben die missing data an, deren Daten komplett nicht verwendet wurden.

### 3.3.2 Beschreibung der Stichprobe

Zu t0 lagen Daten für 275 Personen vor. Für die Darstellung der Stichprobe wurden die Datensätze der Personen ausgeschlossen, die zu t1/t2 und/oder zu t3 nicht an der Untersuchung teilnahmen (entspricht 69 Klienten, einem gesamt drop-out von 25%). Die Stichprobe hatte damit eine Größe von N=206.

72% der Teilnehmer waren weiblich, 28% waren männlich, mit einem durchschnittlichen Alter von 26 Jahren. Tabelle 5 und Tabelle 6 stellen die demographischen Variablen dar. Soweit verfügbar und zur besseren Einordnung der Daten wurden Angaben der Universität Mainz mitangegeben (Johannes Gutenberg-Universität, 2011). Gegenüber der Geschlechterverteilung der Universität Mainz zeigt sich ein höherer Anteil an Frauen in der Stichprobe. Der Großteil der Klienten (93%) war noch unverheiratet, ca. die Hälfte lebte in einer festen Partnerschaft (47%).

In einer Wohngemeinschaft lebten 31% der Studienteilnehmer, 13% wohnten in einem Studentenwohnheim, 17% bei ihren Eltern, je 20% lebten mit ihrem Partner zusammen oder alleine.

Zu t0 arbeiteten 60% der Teilnehmer neben ihrem Studium. Die deutsche Staatsbürgerschaft besaßen 91% der Studierenden (9% hatten eine andere Staatsbürgerschaft), 17% der Klienten hatten einen Migrationshintergrund (Geburtsland ist nicht Deutschland oder keine deutsche Staatsangehörigkeit).

Das Studienfach und der jeweils angestrebte Abschluss sind in Tabelle 5 näher dargestellt (Einteilung nach dem Gesundheitssurvey, Meier et al., 2010). Bei den Studiengängen lässt sich eine Häufung bei den Sprach- und Kulturwissenschaften (37%) und den Studienfächern Recht, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (28%) erkennen.

Der Großteil der Studierenden strebte einen Diplom- (27%) oder Magisterabschluss (30%) an.

*Tabelle 5: Alter, Semester- und Studienanzahl der Teilnehmer zu t0*

|                 | N   | Mittelwert | SD   | Min-Max |
|-----------------|-----|------------|------|---------|
| Alter           | 206 | 26.33      | 3.80 | 20-45   |
| Semesteranzahl  | 199 | 7.27       | 4.91 | 1-29    |
| Studiensemester | 202 | 8.70       | 5.53 | 1-33    |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Tabelle 6: Soziodemografische Merkmale der Untersuchungsgruppe

|  | N (gesamt 206) | %    | % Uni Mainz                     |
|--|----------------|------|---------------------------------|
| <b>Geschlecht</b>                              |                |      |                                 |
| weiblich                                       | 148            | 71.8 | 59                              |
| männlich                                       | 58             | 28.2 | 41                              |
| <b>Partnerschaft</b>                           |                |      |                                 |
| ja   | 97             | 47.1 |                                 |
| nein   | 109            | 52.9 |                                 |
| <b>Familienstand</b>                           |                |      |                                 |
| ledig  | 192            | 93.2 |                                 |
| verheiratet                                    | 13             | 6.3  |                                 |
| fehlend  | 1              | 0.5  |                                 |
| <b>Status</b>                                  |                |      |                                 |
| Studierender                                   | 201            | 97.6 |                                 |
| Promovend                                      | 5              | 2.4  |                                 |
| <b>Angestrebter Abschluss</b>                  |                |      |                                 |
| Magister                                       | 61             | 29.6 |                                 |
| Diplom   | 56             | 27.2 |                                 |
| Staatsexamen                                   | 31             | 15.0 |                                 |
| Bachelor                                       | 23             | 11.2 |                                 |
| Lehramt  | 21             | 10.2 |                                 |
| Master   | 2              | 1.0  |                                 |
| Promotion                                      | 7              | 3.4  |                                 |
| Sonstiges                                      | 4              | 1.9  |                                 |
| fehlend  | 1              | 0.5  |                                 |
| <b>Arbeit neben dem Studium</b>                |                |      |                                 |
| ja   | 123            | 59.7 |                                 |
| nein   | 82             | 39.8 |                                 |
| fehlend  | 1              | 0.5  |                                 |
| <b>Wohnsituation</b>                           |                |      |                                 |
| Wohngemeinschaft                               | 63             | 30.6 |                                 |
| mit Partner/in                                 | 42             | 20.4 |                                 |
| allein lebend                                  | 41             | 19.9 |                                 |
| bei den Eltern                                 | 34             | 16.5 |                                 |
| Studentenwohnheim                              | 26             | 12.6 |                                 |
| <b>Staatsangehörigkeit</b>                     |                |      |                                 |
| deutsch  | 188            | 91.3 | 89                              |
| andere   | 18             | 8.7  | 11                              |
| <b>Migrationshintergrund</b>                   |                |      |                                 |
| ja   | 34             | 16.5 |                                 |
| nein   | 172            | 83.5 |                                 |
| <b>Studiengang</b>                             |                |      |                                 |
| Sprach- und Kulturwissenschaften               | 76             | 36.9 | 39                              |
| Theoretische Naturwissenschaften               | 36             | 17.5 | 22                              |
| Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften | 57             | 27.7 | 21                              |
| Medizin und Gesundheit                         | 15             | 7.3  | 10                              |
| Lehramt  | 22             | 10.7 | Geht in den anderen Fächern auf |

Unter den psychischen Erstdiagnosen in der PBS waren affektive Störungen (ICD 10: F30-34) mit 62% am häufigsten vertreten, gefolgt von Angststörungen (18%). Seltener waren Essstörungen, Anpassungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Nur circa 6% hatten eine andere Störung als psychische Erststörung. 90 Studierende (44%) hatten noch eine Zweit-, 24 Klienten (11,7%) eine Drittdiagnose erhalten. Bei den Zweitdiagnosen wurden am häufigsten Angststörungen (43,3%) diagnostiziert, bei den Drittstörungen lässt sich keine besondere Häufung feststellen.

*Tabelle 7: Psychische Erstdiagnose (N=225) mit ICD-10 Codes*

| Diagnose  | N  | %    |
|---|----|------|
| rezidivierende depressive Störung F 33          | 68 | 33.0 |
| depressive Episode F 32                         | 39 | 18.9 |
| manisch/bipolare/andere Störung F 30, F 31, F38 | 6  | 2.9  |
| anhaltende affektive Störung F 34               | 14 | 6.8  |
| Angststörungen F 40-42                          | 37 | 18.0 |
| Essstörungen F 50                               | 7  | 3.4  |
| Anpassungsstörungen F 43                        | 7  | 3.4  |
| Sonstige Störungen                              | 12 | 5.8  |
| Persönlichkeitsstörung F 60, F 61               | 11 | 5.3  |
| Fehlend   | 5  | 2.4  |

Die durchschnittliche Beschwerdedauer der Klienten betrug 32 Monate (Tabelle 8). Durchschnittlich kamen sie zu 4 Sitzungen in die PBS.

*Tabelle 8: Beschwerdedauer in Monaten und Anzahl der Sitzungen in der PBS*

| Variable                   | N   | M     | SD    | Min-Max |
|----------------------------|-----|-------|-------|---------|
| Beschwerdedauer in Monaten | 187 | 31.76 | 34.27 | 1-210   |
| Anzahl Sitzungen           | 206 | 3.96  | 2.43  | 1-11    |

Anmerkungen: M=Mittelwert, SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Bei knapp der Hälfte der Studierenden hatte bereits eine Vorbehandlung ihrer psychischen Beschwerden stattgefunden (s. Tabelle 9). Davon hatte wiederum fast die Hälfte eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen, 11% waren bereits in Beratungen (PBS oder andere Einrichtungen). Stationäre Behandlungen und ärztliche Behandlungen waren seltener. 4% gaben Mehrfachbehandlungen an. 3% hatten sonstige, nicht kategorisierbare Vorbehandlungen in Anspruch genommen. Die große Mehrheit von 83,5% war in einer gesetzlichen Versicherung, 16,5% waren privat versichert.

*Tabelle 9: Krankenversicherung, Häufigkeit und Art der Vorbehandlung*

|                       | N   | %    |
|-----------------------|-----|------|
| Krankenversicherung   |     |      |
| Gesetzlich versichert | 172 | 83.5 |
| Privat versichert     | 34  | 16.5 |
| Vorbehandlung         |     |      |
| Vorbehandlung         | 101 | 49.0 |
| Keine Vorbehandlung   | 105 | 51.0 |
| Art der Vorbehandlung |     |      |
| ambulante PT          | 49  | 48.5 |
| Beratungen            | 23  | 22.8 |
| ärztliche Behandlung  | 11  | 10.9 |
| Mehrfachbehandlungen  | 6   | 5.9  |
| Sonstiges             | 6   | 5.9  |
| stationäre Behandlung | 5   | 5.0  |
| Fehlend               | 1   | 1.0  |

Zu t0 wurden bereits 11% der Klienten mit Psychopharmaka medikamentiert (s. Tabelle 10). 7% nahmen regelmäßig Medikamente ein, 70% waren auf keinerlei Medikamente angewiesen. Ein kleiner Prozentsatz (3%) versuchte, psychischen Beschwerden mit homöopathischen/phytopharmakologischen Medikamenten (meist mit Johanniskraut) entgegenzuwirken.

*Tabelle 10: Medikamenteneinnahme zu t0*

|                      | N   | %     |
|----------------------|-----|-------|
| keine Medikamente    | 142 | 68.9  |
| Psychopharmaka       | 22  | 10.7  |
| sonstige Medikamente | 14  | 6.8   |
| Homöopathie          | 7   | 3.4   |
| keine Angaben        | 21  | 10.2  |
| Gesamt               | 206 | 100.0 |

### **3.4 Auswertungsmethoden**

Sämtliche statistischen Auswertungen wurden mit IBM SPSS Statistics 19 für Windows durchgeführt. Um die Normalverteilung zu überprüfen, wurde der Kolmogorov-Smirnov Test verwendet. Bei normalverteilten Variablen wurden parametrische, bei nicht-normalverteilten Variablen nonparametrische Tests angewendet. Aus Gründen der hohen Bekanntheit der durchgeführten Tests werden diese hier nicht im Detail erörtert, eine übersichtliche Einführung und Darstellung findet sich in Bortz & Weber (2005).

## 4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung berichtet. Zunächst werden die Ergebnisse vollständig deskriptiv dargestellt -sofern noch nicht bei der Darstellung der Stichprobe im Methodenteil geschehen- da so bereits wichtige Forschungsfragen der Arbeit (s. Abschnitt 2.7) beantwortet werden können. Darauf aufbauend wird mit den korrelativen Ergebnissen fortgefahren und mit dem inferenzstatistischen Teil der Arbeit abgeschlossen.

### 4.1 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

#### 4.1.1 Deskriptive Darstellung der psychopathologischen Werte

Zu Beginn der Beratung an der PBS liegen sowohl die BSI t-Werte (globaler Kennwert GSI), als auch die t-Werte der Depressivität (ADS-K) im Durchschnitt in einem kritischen klinischen Bereich mit einem t-Wert über 60. Tabelle 11 zeigt zudem, dass die Klienten ihre Belastung im Mittel als ‚mäßig‘ einschätzen. Bei der Einschätzung der Belastung sind Summenwerte zwischen 0 (gar keine Belastung) und 16 (massive Belastung) möglich und nehmen in den verschiedenen Gruppen Werte zwischen acht und neun an. Auf signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen Annehmer (=positive Entscheidung zu t0) und Ablehner (=negative Entscheidung zu t0) wird im inferenzstatistischen Teil eingegangen.

*Tabelle 11:* t-Werte BSI (GSI), t-Werte ADS-K, Summenwerte Belastung zu t0

|                       | N   | Mittelwert | SD   | Min-Max |
|-----------------------|-----|------------|------|---------|
| BSI, GSI t-Werte      |     |            |      |         |
| Annehmer              | 139 | 64.58      | 8.37 | 38-80   |
| Ablehner              | 60  | 65.77      | 8.29 | 51-80   |
| gesamt                | 199 | 64.93      | 8.34 | 38-80   |
| ADS-K t-Werte         |     |            |      |         |
| Annehmer              | 143 | 64.90      | 8.96 | 46-91   |
| Ablehner              | 62  | 65.63      | 6.92 | 49-77   |
| gesamt                | 205 | 65.12      | 8.39 | 46-91   |
| Belastung Summenwerte |     |            |      |         |
| Annehmer              | 143 | 8.19       | 2.48 | 1-14    |
| Ablehner              | 60  | 8.85       | 2.39 | 3-14    |
| gesamt                | 203 | 8.38       | 2.46 | 1-14    |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Tabelle 12 stellt die deskriptive Statistik der BSI und ADS-K t-Werte und der Belastungs-Summenwerte zu t3, anderthalb Jahre nach t0, dar. Die durchschnittlichen t-Werte liegen nun nicht mehr im klinischen Bereich. Die Summenwerte der Belastung im Alltag haben sich nicht reduziert, sondern sind leicht angestiegen. Die Gruppenunterteilung erfolgte anhand der verschiedenen Therapieverläufe. Personen, die die Therapie abgebrochen haben geben in Relation zu den anderen Gruppen die niedrigsten Werte an, danach folgen Personen, die die Therapie regulär beendet haben. Die höchsten Werte haben Personen, die noch in laufender Therapie sind oder keine Therapie begonnen haben.

*Tabelle 12: t-Werte BSI, t-Werte ADS, Summenwerte Belastung zu t3*

|                              | N   | Mittelwert | SD    | Min-Max |
|------------------------------|-----|------------|-------|---------|
| <b>BSI GSI t-Werte</b>       |     |            |       |         |
| Therapie regulär beendet     | 49  | 48.96      | 10.68 | 32-75   |
| noch in laufender Therapie   | 37  | 54.70      | 11.07 | 32-77   |
| Therapie abgebrochen         | 18  | 54.22      | 14.35 | 24-77   |
| keine Therapie begonnen      | 65  | 54.72      | 11.99 | 23-77   |
| gesamt                       | 169 | 52.99      | 11.88 | 23-77   |
| <b>ADS-K t-Werte</b>         |     |            |       |         |
| Therapie regulär beendet     | 49  | 51.94      | 7.32  | 39-68   |
| noch in laufender Therapie   | 37  | 53.08      | 10.66 | 28-67   |
| Therapie abgebrochen         | 19  | 51.53      | 10.66 | 28-66   |
| keine Therapie begonnen      | 65  | 54.20      | 7.90  | 34-77   |
| gesamt                       | 170 | 53.32      | 7.74  | 28-77   |
| <b>Belastung Summenwerte</b> |     |            |       |         |
| Therapie regulär beendet     | 49  | 8.02       | 2.26  | 4-12    |
| noch in laufender Therapie   | 37  | 9.30       | 2.17  | 4-13    |
| Therapie abgebrochen         | 18  | 8.53       | 4.21  | 4-15    |
| keine Therapie begonnen      | 65  | 8.82       | 2.55  | 4-16    |
| gesamt                       | 168 | 8.76       | 2.49  | 4-16    |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Tabelle 13 stellt die Interpretationswerte der Satisfaction with life Skala (SWLS) vor, die die allgemeine Lebenszufriedenheit misst. Je niedriger die Werte, desto geringer wird die Lebenszufriedenheit interpretiert. Werte um drei stehen für eine eher unzufriedene, Werte um vier stehen für eine neutrale Einschätzung. Der Range reicht von extrem unzufrieden(1) bis extrem zufrieden(7). Die angegebenen Werte der Gruppen sind als neutral zu bewerten. Lediglich die Gruppe der Therapieabbrecher gibt eine etwas höhere Lebenszufriedenheit an, sowie sie bei den psychopathologischen Werten bereits die niedrigsten Werte der verschiedenen Gruppen angegeben hatten.

*Tabelle 13: Lebenszufriedenheit zu t3*

|                            | N   | Mittelwert | SD   | Min-Max |
|----------------------------|-----|------------|------|---------|
| Therapie regulär beendet   | 49  | 3.57       | 1.67 | 1-7     |
| noch in laufender Therapie | 37  | 4.24       | 1.59 | 2-7     |
| Therapie abgebrochen       | 18  | 4.58       | 1.54 | 2-7     |
| keine Therapie begonnen    | 65  | 3.83       | 1.64 | 1-7     |
| gesamt                     | 169 | 3.95       | 1.62 | 1-7     |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

#### **4.1.2 Darstellung der Stichprobe im Verlauf**

In Abbildung 4 wird der Verlauf der Stichprobe dargestellt. Es wurden den Gruppen Nummern zugeteilt, auf die bei der Darstellung der Ergebnisse verwiesen wird und die damit zur besseren Darstellung der jeweils untersuchten Subgruppen dienen sollen.

Zunächst werden Annehmer (I) und Ablehner (II) in den Fokus gerückt. Annehmer sind Personen, die sich zu t0 für eine Psychotherapie entscheiden (unabhängig davon, ob sie auch eine Therapie aufnehmen). Mit Ablehnern sind all diejenigen gemeint, die sich zum Zeitpunkt der Indikationsstellung t0 gegen eine Psychotherapie entscheiden (ebenfalls unabhängig davon, ob sie im Verlauf doch noch eine Therapie aufnehmen). Diese Unterscheidung gilt für die Betrachtung des Entscheidungsverhaltens.

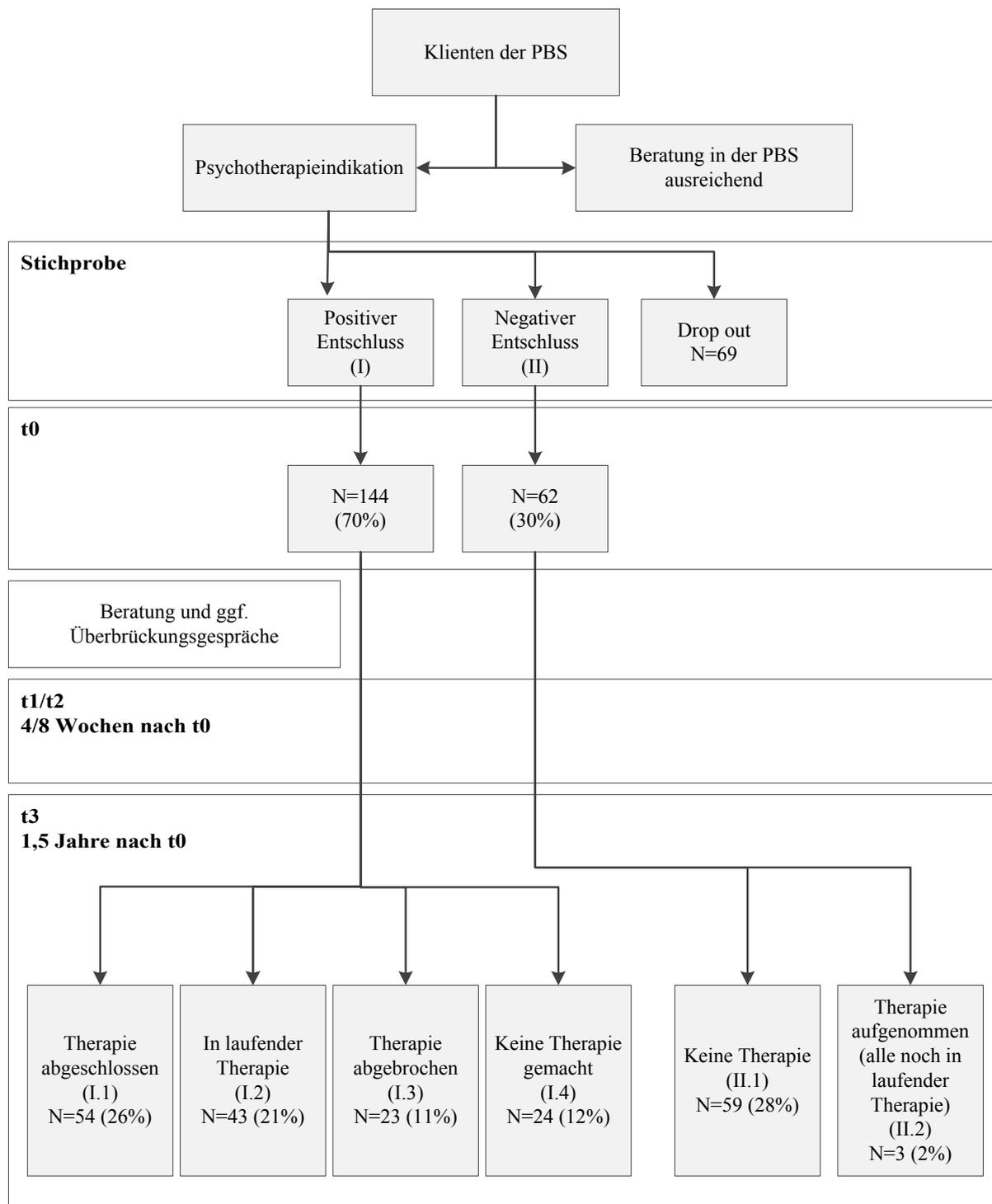


Abbildung 4: *Annehmer und Ablehner einer Psychotherapie im Verlauf.*

Wie Abbildung 4 darstellt, entscheidet sich die Mehrheit von 70% für eine Psychotherapie und folgt damit dem Vorschlag der Beraterin. Immerhin 30% entscheiden sich trotz Indikation und Empfehlung eines Experten gegen die ihnen angeratene Psychotherapie. Lediglich 26% haben ihre Therapie anderthalb Jahre später abgeschlossen (Gruppe I.1), 23% sind noch in Therapie (Gruppe I.2 und II.2). 11% haben ihre Therapie abgebrochen (Gruppe I.3). Zu

beachten ist, dass zum Zeitpunkt t3 ein großer Prozentsatz von eben 23% noch in laufender Therapie ist. Aus dieser Gruppe (I.2 und II.2) ist es wahrscheinlich, dass einige Patienten ihre Therapie noch abbrechen. Daher ist diese Zahl nur zum erhobenen Zeitpunkt t3 gültig. 40% haben keine Therapie begonnen (Gruppe I.4 und II.1).

Entschieden sich zu t1 Personen gegen eine Psychotherapie, so blieben sie bei dieser Meinung (lediglich ein geringer Prozentsatz von 2% revidierte seinen Entschluss). Personen, die sich zu Beratungsende in der PBS für eine Psychotherapie ausgesprochen hatten, entschieden sich in 12% der Fälle dennoch dagegen (Gruppe I.4).

#### 4.1.3 Gründe gegen eine Therapieaufnahme

Tabelle 14 stellt die unterschiedlichen Gründe dar, weswegen keine Therapie aufgenommen wurde. Es wurden positiv Entscheider und negativ Entscheider (vgl. Abbildung 4: I.4 + II) zusammengefasst. Es sind damit auch die Personen abgebildet, die sich zwar zum Zeitpunkt der Indikationsstellung für eine Psychotherapie entschieden hatten, zu t3 dennoch keine Therapie begonnen hatten.

*Tabelle 14: Gründe gegen eine Therapieaufnahme*

|  | N  | %     |
|--|----|-------|
| nicht notwendig  | 26 | 30.2  |
| sachlich-organisatorisch   | 14 | 16.3  |
| keinen Platz bekommen  | 14 | 16.3  |
| negative Einstellung   | 9  | 10.5  |
| Angst vor Stigmatisierung  | 10 | 11.6  |
| nach probatorischen Sitzungen:<br>Beziehung zum Therapeuten unzureichend | 9  | 10.5  |
| unzureichende Informationen  | 4  | 4.7   |
| Gesamt   | 86 | 100.0 |

Die meisten der Probanden (30%) hielten eine Therapie nicht mehr für notwendig, weil sie die Beratung in der PBS als ausreichend empfanden und sich stabil genug fühlten. 16 % hinderten sachlich-organisatorische Gegebenheiten, hierunter wurden zeitliche Engpässe während Prüfungsphasen oder Abschlussarbeiten gezählt, Auslandsaufenthalte oder zeitintensive Praktika. Ebenfalls 16% hatten sich zwar für eine Psychotherapie entschieden, jedoch keinen Platz erhalten. 11% versprachen sich keine Besserung durch eine psychotherapeutische Behandlung (negative Einstellung), genauso viele hatten Angst vor den Reaktionen des Umfelds (z.B. Studierende, die privat über ihre Eltern mitversichert waren und deren Eltern

damit zwangsläufig über eine Psychotherapie informiert würden). Immerhin 11% der Teilnehmer entschieden sich erst nach den probatorischen Sitzungen gegen eine Psychotherapie. In diesen Fällen wurde als Grund durchweg die als schlecht wahrgenommene Beziehung zum Therapeuten genannt. Ein kleiner Prozentsatz (5%) entschied sich wegen mangelnder Informationen gegen die Aufnahme einer Psychotherapie. Sie wussten z.B. nicht, für welches Verfahren sie sich entscheiden sollten oder woher sie Adressen von Psychotherapeuten bekommen könnten.

Annehmer und Ablehner unterscheiden sich deutlich in ihren Gründen, bis zu t3 keine Therapie aufgenommen zu haben. Die Annehmer der Entscheidung für eine Psychotherapie zu t0 (vgl. Abbildung 4: Gruppe I.4) entscheiden sich schließlich mit einem großen Prozentsatz von 52% gegen eine Therapie aufgrund der Tatsache, dass sie keinen Therapieplatz gefunden haben, oder aber weil sich in den probatorischen Sitzungen keine tragfähige Beziehung zum Therapeuten entwickelte (33%). Im Gegensatz zu diesen „externen Rahmenbedingungen“ als Gründe gegen eine Psychotherapie, stehen bei den Teilnehmern, die sich von Beginn an gegen eine Psychotherapie ausgesprochen haben (vgl. Abbildung 4: Gruppe II) auch zu t3 weiterhin die Ablehnungsgründe zur Indikationsstellung im Vordergrund: 39% dieser Gruppe empfindet eine Psychotherapie nicht notwendig (im Gegensatz zu 11% der ursprünglichen Annehmer), weiteren 23% würden die Aufnahme große sachliche-organisatorische Schwierigkeiten bereiten. 15% gaben negative Einstellungen gegenüber einer Psychotherapie an, 16% hatten Angst vor einer möglichen Stigmatisierung aufgrund der Tatsache, dass sie zu einem Psychotherapeuten gingen. Ein kleiner Teil (6,6%) gab an, unzureichend informiert gewesen zu sein und daher keine Therapie in Anspruch genommen zu haben. Sie fanden z.B. keine Adressen geeigneter Therapeuten oder wussten nicht, welche Verfahrensrichtung die für sie geeignete wäre. Bei den zum Zeitpunkt der Indikationsstellung in der PBS positiv entschlossenen Klienten, die später angaben, eine Therapie wäre doch nicht notwendig gewesen bzw. sie wären doch nicht von einer Psychotherapie als adäquate Behandlung überzeugt, kann von einem sozialen erwünschten Verhalten zum Zeitpunkt t0 ausgegangen werden.

Studierende, die sich gegen eine Psychotherapie entschieden hatten, suchten sich zu 80% anderweitig Hilfe (Tabelle 15). Die meisten Klienten (27%) kamen ins Gespräch mit Freunden und Bekannten und empfanden diesen Austausch als hilfreich. Für immerhin 10% waren Seelsorger als Ansprechpersonen hilfreich. Je 5% besuchten Kurse in der PBS (z.B. zu

den Themen Prüfungsangst, Zeitmanagement, wissenschaftliches Schreiben), informierten sich über das Internet und/oder lasen Literatur oder gingen zu einem Arzt in Behandlung. 15% der Teilnehmer beließ es nicht nur bei einem Hilfsangebot, sondern nahm mehrere Unterstützungsangebote wahr.

*Tabelle 15: Genutzte Hilfsangebote, bei Nichtinanspruchnahme einer Psychotherapie*

|   | N  | %     |
|---|----|-------|
| Austausch mit Freunden                    | 23 | 27.8  |
| keine weiteren Hilfsangebote              | 17 | 20.5  |
| Seelsorger                                | 9  | 10.8  |
| Kurse PBS                                 | 4  | 4.8   |
| Internet, Literatur                       | 4  | 4.8   |
| Arzt ohne therapeutische Zusatzausbildung | 4  | 4.8   |
| Sonstiges                                 | 9  | 10.8  |
| Mehrfachnennungen                         | 13 | 15.7  |
| Gesamt                                    | 83 | 100.0 |

Zusätzlich wurde erhoben, ob diejenigen, die sich zu t0 gegen eine ambulante Psychotherapie entschieden hatten, zu t3 eine ambulante Therapie in Erwägung zogen (Tabelle 16). Die Mehrheit von 65% verneinte dies. 22% der Teilnehmer befand sich in einer erneuten Entscheidungsfindung oder suchten bereits aktiv nach einem Psychotherapieplatz. 7% hatten wieder Beratungssitzungen in der PBS in Anspruch genommen, bei 6% war ein stationärer Aufenthalt notwendig.

*Tabelle 16: ambulante Psychotherapie in Überlegung zu t3 (Gruppe Ablehner zu t0)*

|                      | N  | %    |
|----------------------|----|------|
| nein                 | 54 | 65.2 |
| gerade auf der Suche | 9  | 10.8 |
| in Überlegung        | 9  | 10.8 |
| PBS                  | 6  | 7.2  |
| stationär            | 5  | 6.0  |
| Gesamt               | 83 | 100  |

#### 4.1.4 Darstellung der Suchaktivität, der Therapiemotivation und der Wartezeit

Die Suchaktivität und die Wartezeit wurden nur bei einem Teil der Stichprobe erhoben (N=125) und Angaben nur dann in den Datensatz aufgenommen, wenn sie anhand des mitgegebenen Messinstrumentes (Arbeitsblatt Suchdokumentation) oder Kalendereinträgen vom Studienteilnehmer verlässlich dokumentiert wurden.

Durchschnittlich warteten die Klienten 8,82 Wochen auf ein Erstgespräch. Zwischen probatorischen Sitzungen und tatsächlichem Therapiebeginn lagen nochmals 2,26 Wochen. Wie Abbildung 5 zeigt, ist die Varianz der Wartezeit recht hoch (Minimum 1 Woche Wartezeit, Maximum 36 Wochen). Der Median liegt bei sieben Wochen.

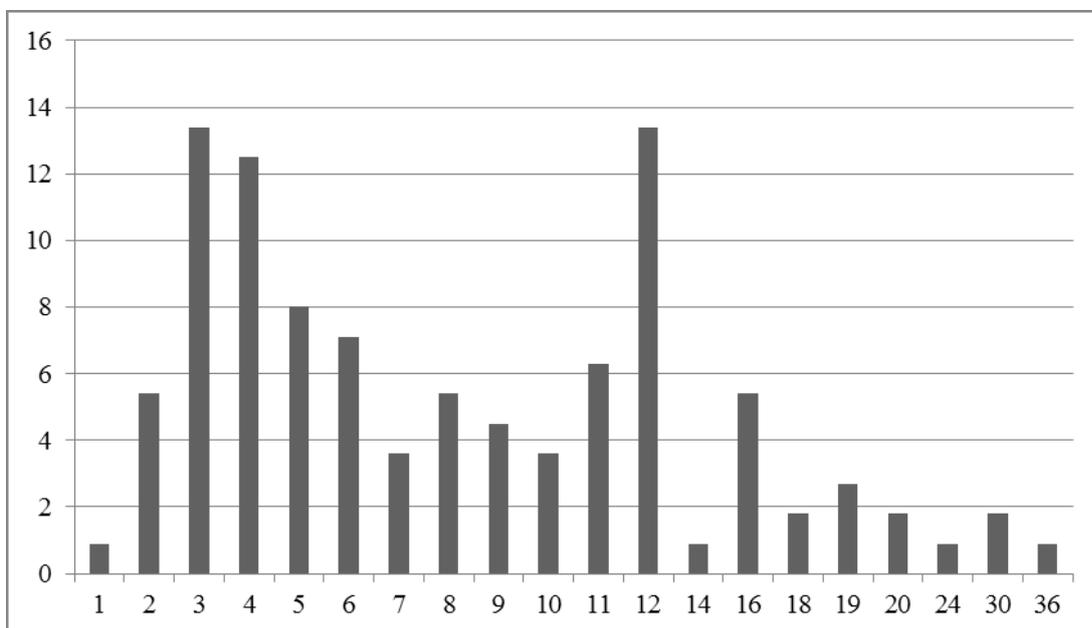


Abbildung 5: Häufigkeiten der Wartezeiten auf ein Erstgespräch in Wochen (N=112)

Für alle FPTM-Skalen zur Psychotherapiemotivation ergeben sich durchschnittliche t-Werte (Tabelle 17) und keine Auffälligkeiten. Die Klienten gaben in der indirekten Veränderungsmessung an, stark motiviert gewesen zu sein und auch nur einen geringen Motivationsverlust im Verlauf der Therapie gehabt zu haben (Skala 1-gar nicht motiviert bis Skala 5-sehr stark motiviert). Zu t1 waren die Studienteilnehmer stark motiviert (3.9), diese Motivation senkte sich im Verlauf der Therapie lediglich auf 3.8 leicht ab. Personen, die sich für eine Psychotherapie entschieden hatten, zeigten dies auch anhand einer hohen Therapiemotivation.

*Tabelle 17: Therapiemotivation: Skalen FPTM und Einzelitems*

|                            | N   | Mittelwert | SD   | Min-Max |
|----------------------------|-----|------------|------|---------|
| Skala Leidensdruck t1      | 110 | 52.02      | 8.17 | 28-67   |
| Skala Hoffnung t1          | 110 | 54.15      | 5.96 | 36-65   |
| Skala Verleugnung t1       | 110 | 49.80      | 8.37 | 35-69   |
| Skala Wissen t1            | 110 | 47.20      | 8.42 | 30-70   |
| Skala Initiative t1        | 110 | 53.06      | 5.54 | 31-63   |
| Skala Zuwendung anderer t1 | 110 | 50.28      | 9.22 | 34-74   |
| Therapiemotivation zu t1   | 115 | 3.93       | .71  | 2-5     |
| Therapiemotivation zu t3   | 111 | 3.75       | 1.04 | 1-5     |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Skalen FPTM: t-Werte, Einzelitem Therapiemotivation zu t1, Einzelitem Therapiemotivation zu t3: Skala 1 (gar nicht motiviert) bis Skala 5 (sehr stark motiviert).

Im Durchschnitt kontaktierten die Studienteilnehmer zehn Therapeuten während ihrer Therapieplatzsuche (Kontakte zu t1 und t2 zusammengefasst). Als Kontaktaufnahme wurde der Versuch gewertet, einen Therapeuten anzurufen. Tabelle 18 zeigt, dass es den Klienten gelang, im Durchschnitt zu zwei Therapeuten bereits am Telefon einen persönlichen Kontakt herzustellen, fünf Therapeuten hinterließen sie im Schnitt eine Nachricht auf den Anrufbeantworter. Manche Klienten getrauten sich nicht auf den Anrufbeantworter zu sprechen, einige Therapeuten hatten nur eine Ansage auf Band, dass sie momentan keine neuen Patienten aufnehmen. Von den im Schnitt fünf angerufenen Therapeuten riefen lediglich zwei zurück, so dass es im Durchschnitt zu einem persönlichen Kontakt in vier Fällen kam.

*Tabelle 18: Suchaktivität*

|                                    | N   | Mittelwert | SD    | Min-Max |
|------------------------------------|-----|------------|-------|---------|
| Anzahl kontaktierter Therapeuten   | 125 | 9.96       | 10.25 | 0-50    |
| persönlich erreichte Therapeuten   | 81  | 2.33       | 2.85  | 0-15    |
| Kontakt Anrufbeantworter           | 81  | 5.40       | 7.79  | 0-37    |
| Anzahl Rückrufe durch Therapeuten  | 81  | 1.79       | 2.96  | 0-20    |
| Gesamt persönliche Kontaktaufnahme | 81  | 4.12       | 4.46  | 0-25    |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Die Suchenden gaben die wahrgenommene Schwere der Suche bei 3.1 (weniger leicht) auf einer Skala von eins (sehr leicht) bis sechs (sehr schwer) an. Aus Tabelle 19 lässt sich entnehmen, dass sich dieser Mittelwert durch zwei Extremgruppen ergibt: Eine Gruppe, die

(sehr) leicht einen Therapieplatz fand (42%), und eine zweite Gruppe, die (etwas) schwer einen Platz gefunden hat (39%).

*Tabelle 19: Klienteneinschätzung der Therapiesuche*

| Ich empfand die Suche als... | N  | %    |
|------------------------------|----|------|
| sehr leicht                  | 26 | 21.3 |
| leicht                       | 25 | 20.5 |
| weniger leicht               | 15 | 12.3 |
| etwas schwer                 | 27 | 22.1 |
| schwer                       | 20 | 16.4 |
| sehr schwer                  | 9  | 7.4  |

Bei der Suche begegneten den Teilnehmern zahlreiche Schwierigkeiten (Tabelle 20). 32% der Teilnehmer hatten auf der Suche nach einen Psychotherapieplatz Schwierigkeiten, mit den vielen Absagen umzugehen und sich durch sie nicht entmutigen zu lassen. Andere empfanden die Angaben der Therapeuten zur momentanen Wartezeit als sehr lang (20%) und klagten über die generell schlechte Erreichbarkeit der Therapeuten (19%). 12% hatten Hemmungen, die Suche zu beginnen und die ersten Anrufe zu tätigen, ein geringer Prozentsatz (6%) beklagte sich über unkooperative und unfreundliche Therapeuten.

*Tabelle 20: Erlebte Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Therapieplatz*

| Genannte Schwierigkeit          | N  | %    |
|---------------------------------|----|------|
| viele Absagen                   | 22 | 31.9 |
| lange Wartezeiten               | 14 | 20.3 |
| schlechte Erreichbarkeit Praxen | 13 | 18.8 |
| Hemmungen, Suche zu beginnen    | 8  | 11.6 |
| unklare Auswahlkriterien        | 8  | 11.6 |
| unkooperative Therapeuten       | 4  | 5.8  |

Die mitgegebenen Psychotherapeutenlisten empfanden 79% der Suchenden als hilfreich oder sehr hilfreich (Tabelle 21). Sie nutzen sie, um sich organisiert auf die Suche zu begeben und telefonierten in vielen Fällen die Liste ab. Knapp 60% profitierten von den Tipps der Beraterinnen zur Suche.

*Tabelle 21: Hilfen bei der Suche nach einem Therapieplatz*

|   | N  | %    |
|---|----|------|
| <b>Wie hilfreich waren für Sie die Psychotherapeutenlisten?</b> |    |      |
| gar nicht   | 4  | 3.7  |
| wenig   | 6  | 5.5  |
| neutral   | 13 | 11.9 |
| hilfreich   | 30 | 27.5 |
| sehr hilfreich  | 56 | 51.4 |
| <b>Wie hilfreich waren für Sie die Tipps Ihrer Beraterin?</b>   |    |      |
| gar nicht   | 3  | 2.7  |
| wenig   | 4  | 3.6  |
| neutral   | 39 | 35.5 |
| hilfreich   | 48 | 43.6 |
| sehr hilfreich  | 16 | 14.5 |
| <b>Sonstige Hilfen bei der Therapieplatzsuche</b>               |    |      |
| Tipp von Bekannten  | 7  | 18.4 |
| PKV   | 7  | 18.4 |
| Kontakt durch Beziehungen                                       | 7  | 18.4 |
| Kontakt durch Hausarzt  | 4  | 10.5 |
| Studienteilnahme  | 4  | 10.5 |
| KV-Listen   | 2  | 5.3  |
| Internet  | 2  | 5.3  |
| Sonstige  | 5  | 13.3 |

Bei der offenen Frage, wer oder was ihnen neben der Psychotherapeutenliste und der Beraterin noch bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz geholfen hat, gaben lediglich 38 Personen an, andere Hilfen genutzt zu haben (Tabelle 21). Ein Fünftel dieser Suchenden fand durch persönliche Kontakte leichter einen Therapieplatz. Ein Fünftel war der Meinung, dass ihr Status als Privatversicherte geholfen habe, schnell einen Platz zu finden. 18% profitierten von Tipps von Bekannten, die über Therapeuten informierten oder Adressen weitergaben. 11% wurden mit Hilfe ihres Hausarztes an einen niedergelassenen Therapeuten weiterverwiesen; weitere 11% kamen durch die Teilnahme an einer Studie zu einem Therapieplatz. 23% hätten sich weitere Maßnahmen von Seiten der PBS gewünscht, um sie auf der Suche zu unterstützen, für 77% war die Betreuung in der PBS ausreichend (N gesamt von 99).

Die meisten Klienten hatten bestimmte Anforderungen an ihren zukünftigen Therapeuten (Tabelle 22). Die Hälfte der Teilnehmer (51%) suchte nach einer Therapeutin, 42% war das Geschlecht egal, nur 7% wünschten sich explizit einen Therapeuten. 73% wollten zu einem

Psychotherapeuten mit Fachrichtung Verhaltenstherapie, 16% zu einem tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten. 47% suchten nach einem psychologischen Psychotherapeuten, der Mehrheit (52%) war die Profession egal, nur 1% wollte einen Arzt als Therapeut. 90% legten keinen Wert auf eine weitere Spezialisierung, lediglich 8% achteten auf eine Homepage. Was die eigene Flexibilität der Teilnehmer betraf, so konnte die überwiegende Mehrheit (86%) Termine auch morgens wahrnehmen, sie waren jedoch in ihrem Bewegungsradius weniger flexibel. So wollten 43% nicht über 5 km zur Praxis fahren müssen. Nur 11% hätten Anfahrtswege länger als 20 km toleriert. 13% hatten neben den genannten Anforderungen zusätzliche Wünsche. Diese Wünsche wurden in einer offenen Frage (Haben Sie sonstige Anforderungen an Ihren zukünftigen Therapeuten?) erfasst. 7% legten z.B. Wert darauf, dass ihnen der Psychotherapeuten sympathisch sein müsste. Es ist anzunehmen, dass die meisten Personen Wert auf eine gute Beziehung zum Therapeuten legen, dies wurde in der offenen Frage aber nur von diesem geringen Prozentsatz explizit erwähnt. Ebenfalls wurden Erfahrung, Kompetenz oder auch Religiosität als Anforderung Einzelner genannt.

*Tabelle 22: Anforderungen an Psychotherapeuten*

|   | N   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Geschlecht</b>                             |     |      |
| weiblich                                      | 59  | 50.9 |
| männlich                                      | 8   | 6.9  |
| egal  | 49  | 42.2 |
| <b>Verfahrensrichtung</b>                     |     |      |
| Verhaltenstherapie                            | 98  | 73.7 |
| Psychoanalyse                                 | 13  | 9.8  |
| tiefenpsychologisch fundierte PT              | 22  | 16.5 |
| <b>Profession</b>                             |     |      |
| psych. Psychotherapeut                        | 55  | 47.4 |
| Arzt  | 1   | 0.9  |
| egal  | 60  | 51.7 |
| <b>Spezialisierung</b>                        |     |      |
| ja  | 11  | 9.6  |
| nein  | 103 | 90.4 |
| <b>Homepage</b>                               |     |      |
| ja  | 9   | 7.9  |
| nein  | 105 | 92.1 |
| <b>Klient kann morgens Termine wahrnehmen</b> |     |      |
| ja  | 82  | 86.3 |
| nein  | 13  | 13.7 |

|   | N   | %    |
|---|-----|------|
| Entfernung, die zum Therapeuten zurückgelegt werden würde |     |      |
| 0-5 km  | 45  | 42.5 |
| 5-10  | 21  | 19.8 |
| 10-15 km  | 16  | 15.1 |
| 15-20 km  | 12  | 11.3 |
| mehr als 20 km  | 12  | 11.3 |
| Sonstige Anforderungen                                    |     |      |
| ja  | 15  | 13.0 |
| keine   | 101 | 87.1 |

#### 4.1.5 Beschreibung von Veränderungen der Stichprobe zu t3

Die Stichprobe zu Beginn der Erhebung wurde bereits im Methodenteil der Arbeit vorgestellt. Anderthalb Jahre später, zu t3, wurden die soziodemographischen Merkmale, sofern veränderbar, nochmals erhoben und speziell auch auf Veränderungen geachtet (vgl. Tabelle 23). Diese Angaben sind vor allem in Bezug auf den dritten Hypothesenblock von Bedeutung und werden ebenfalls im inferenzstatistischen Teil der Arbeit näher betrachtet.

Zu t3 befinden sich 57% in einer festen Partnerschaft (zu t0 waren es nur 47%), ein kleiner Teil von 8% ist davon verheiratet, der Großteil der Studierenden ist noch ledig (90%, zu t0 93%). Bei knapp der Hälfte (41%) begann oder endete eine Partnerschaft in den letzten 18 Monaten, 41% sprachen von wichtigen wahrgenommenen Veränderungen in Beziehungen. Auch bei der Wohnsituation lässt sich eine Verschiebung erkennen. Während zu t0 noch viele Studierende in Wohnheimen (13%, zu t3 3%) oder bei den Eltern (17%, zu t3 9%) wohnten, lebten zu t3 etliche Studierende mit dem Partner (28%) oder alleine (25%) in einer Wohnung. 34% (t0 31%) lebten in Wohngemeinschaften. 38% gaben an, dass sich ihre Wohnsituation in den letzten 1,5 Jahren verändert hatte. Auf sonstige, für sie wichtige Veränderungen im Lebensalltag angesprochen, bejahten dies 10% der Teilnehmer. Die daraufhin benannten Veränderungen reichten von einem Umzug in eine neue Stadt (4%) über den Einstieg ins Berufsleben (2%) bis hin zu Schwangerschaft und Geburt eines Kindes (2%). Die Darstellung beruht auf der Entscheidung der Klienten, ob sie eine Veränderung als subjektiv bedeutsam einschätzten. Wie sich in Tabelle 25 zeigt, haben z.B. deutlich mehr Personen ihren Abschluss gemacht, aber lediglich zwei Personen geben dies explizit als bedeutsame Veränderung an.

Tabelle 23: Darstellung soziodemographischer Variablen der Stichprobe zu t3

|   | N (gesamt 206) | %    | % zu t0 |
|---|----------------|------|---------|
| <b>Partnerschaft</b>                                    |                |      |         |
| ja  | 118            | 57.3 | 47.1    |
| nein  | 85             | 41.3 | 52.9    |
| fehlend   | 2              | 1.0  | 0       |
| <b>Familienstand</b>                                    |                |      |         |
| ledig   | 185            | 90.2 | 93.2    |
| verheiratet   | 17             | 8.3  | 6.3     |
| geschieden  | 1              | 0.5  |         |
| fehlend   | 2              | 1.0  | 0.5     |
| <b>Ende/Beginn einer Partnerschaft</b>                  |                |      |         |
| ja  | 85             | 41.3 |         |
| nein  | 110            | 57.8 |         |
| fehlend   | 2              | 1.0  |         |
| <b>Wichtige Veränderungen in Beziehungen</b>            |                |      |         |
| ja  | 85             | 41.3 |         |
| nein  | 110            | 53.4 |         |
| fehlend   | 11             | 5.3  |         |
| <b>Wohnsituation</b>                                    |                |      |         |
| Studentenwohnheim                                       | 6              | 2.9  | 12.6    |
| bei den Eltern  | 19             | 9.2  | 16.5    |
| Wohngemeinschaft  | 71             | 34.3 | 30.6    |
| mit Partner/in  | 56             | 27.5 | 20.4    |
| allein lebend   | 51             | 25.0 | 19.9    |
| fehlend   | 3              | 1.5  |         |
| <b>Veränderung in der Wohnsituation</b>                 |                |      |         |
| ja  | 79             | 38.3 |         |
| nein  | 123            | 59.7 |         |
| fehlend   | 4              | 1.9  |         |
| <b>Sonstige Veränderungen zu t3 (subjektive Angabe)</b> |                |      |         |
| nein  | 186            | 90.3 |         |
| Umzug in neue Stadt                                     | 8              | 4.2  |         |
| Arbeit aufgenommen                                      | 4              | 1.5  |         |
| Schwangerschaft/Kind                                    | 3              | 1.5  |         |
| Nebenjob  | 3              | 1.5  |         |
| Abschluss gemacht                                       | 2              | 1.0  |         |

Knapp 70% waren immer noch als Studierende eingeschrieben, 5% promovierten, der Rest (25%) hatte sein Studium abgebrochen (8%) oder erfolgreich beendet (16%) (s. Tabelle 25). Von denjenigen, die nicht mehr studierten, war über die Hälfte (60%) in einem Arbeitsverhältnis, 30% suchten noch nach einer Anstellung und je 5% befanden sich in

Elternzeit, bzw. hatten ein Zweitstudium begonnen. Der Großteil derjenigen, die noch studierten, hatte in den vergangenen drei Semestern Prüfungen abgelegt und diese auch bestanden (78%), jeweils nur ein kleiner Prozentsatz hatte Prüfungen nicht bestanden (2%) oder war zu Prüfungen erst gar nicht angetreten. Bei 3% der Teilnehmer sah die Prüfungsordnung für diesen Zeitraum keine Prüfungen vor. Im Durchschnitt waren die Studierenden zu t3 im 11. Studiensemester und 9. Fachsemester (Tabelle 24).

*Tabelle 24: Studien- und Fachsemester*

|                 | N   | Mittelwert | SD   | Min-Max |
|-----------------|-----|------------|------|---------|
| Semesterzahl    | 159 | 8.84       | 4.10 | 1-26    |
| Studiensemester | 161 | 10.84      | 4.55 | 4-27    |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Die Hälfte (54%) befand sich bereits im Hauptstudium, 7% waren noch im Grundstudium und 13% in einem Bachelor-Studiengang. Die meisten Studierenden blieben ihrem Fach treu (82%), nur 5% wechselten den Studiengang. Ähnlich verhielt es sich mit der Hochschule. 80% waren noch an der Johannes Gutenberg-Universität eingeschrieben, 5% hatten die Hochschule gewechselt. Zum Zeitpunkt t3 befanden sich 18% kurz vor einer Prüfung und 16% vor Abgabe ihrer Abschlussarbeit. 54% der Studierenden arbeiteten neben dem Studium.

Tabelle 25: Darstellung studienbezogener Variablen der Stichprobe zu t3

|  | N (gesamt 206) | %    |
|--|----------------|------|
| <b>Status</b>  |                |      |
| Student  | 142            | 68.9 |
| Promovend  | 10             | 5.0  |
| Studium erfolgreich beendet                            | 33             | 16.0 |
| Studium abgebrochen                                    | 16             | 7.8  |
| Promotion beendet                                      | 4              | 2.0  |
| krankgeschrieben                                       | 1              | 0.5  |
| <b>Nach Abschluss (Studium oder Promotion beendet)</b> |                |      |
| in einem Arbeitsverhältnis                             | 22             | 59.5 |
| arbeitssuchend   | 11             | 29.7 |
| Elternzeit   | 2              | 5.3  |
| Zweitstudium   | 2              | 5.3  |
| <b>Prüfungen absolviert</b>                            |                |      |
| bestanden  | 161            | 78.2 |
| Prüfungen nicht angetreten                             | 13             | 6.3  |
| sah Prüfungsordnung nicht vor                          | 6              | 2.9  |
| nicht bestanden  | 5              | 2.4  |
| fehlend  | 21             | 10.2 |
| <b>Studienabschnitt</b>                                |                |      |
| Grundstudium   | 14             | 6.8  |
| Hauptstudium   | 111            | 53.9 |
| Bachelor   | 27             | 13.1 |
| Studium/Promotion beendet,<br>krankgeschrieben         | 54             | 26.2 |
| <b>Fachwechsel</b>                                     |                |      |
| ja   | 9              | 4.4  |
| nein   | 168            | 81.6 |
| fehlend  | 29             | 14.1 |
| <b>Hochschulwechsel</b>                                |                |      |
| ja   | 10             | 4.9  |
| nein   | 165            | 80.1 |
| fehlend  | 31             | 15.0 |
| <b>Kurz vor einer Prüfung</b>                          |                |      |
| ja   | 37             | 18.0 |
| nein   | 116            | 65.3 |
| Studium, Promotion beendet                             | 53             | 25.7 |
| <b>Kurz vor der Abschlussarbeit</b>                    |                |      |
| ja   | 32             | 15.5 |
| nein   | 121            | 58.7 |
| Studium, Promotion beendet                             | 53             | 25.8 |
| <b>Arbeit neben dem Studium</b>                        |                |      |
| ja   | 111            | 53.9 |

|         |    |      |
|---------|----|------|
| nein    | 37 | 18.0 |
| fehlend | 58 | 28.2 |

Zu t3 nahmen 18% (t0 11%) der Klienten regelmäßig Psychopharmaka ein, 4% (t0 7%) nahmen andere Medikamente regelmäßig ein. 13% konsultierten einen Psychiater, 3% gingen zu einem Neurologen (vgl. Tabelle 26). Im Schnitt wurde in den vergangenen sechs Quartalen sechsmal der Hausarzt aufgesucht (Minimum 0 bis Maximum 30 Besuche).

*Tabelle 26: Darstellung krankheitsbezogener Variablen der Stichprobe zu t3*

|  | N (gesamt 206) | %    |
|--|----------------|------|
| <b>Psychopharmaka</b>                    |                |      |
| regelmäßige Einnahme                     | 36             | 17.5 |
| keine Einnahme                           | 153            | 74.3 |
| keine Angaben gemacht                    | 17             | 8.3  |
| <b>Medikamente (ohne Psychopharmaka)</b> |                |      |
| regelmäßige Einnahme                     | 9              | 4.4  |
| keine Einnahme                           | 180            | 87.3 |
| keine Angaben                            | 17             | 8.3  |
| <b>Konsultation Psychiater</b>           |                |      |
| nein                                     | 163            | 79.1 |
| ja                                       | 26             | 12.6 |
| keine Angaben                            | 17             | 8.3  |
| <b>Konsultation Neurologen</b>           |                |      |
| nein                                     | 180            | 87.4 |
| ja                                       | 7              | 3.4  |
| fehlend                                  | 19             | 9.2  |

#### 4.1.6 Darstellung Therapieverlauf und -zufriedenheit

Der letzte Teil der deskriptiven Ergebnisdarstellung gibt Einblicke in die Psychotherapieverläufe aus Patientensicht. Dargestellt werden die Therapieverläufe, Gründe für Therapieabbrüche und die Zufriedenheit mit der Therapie und deren Zielerreichung.

Es zeigt sich, dass sich einmal negativ Entschiedene kaum noch für eine Psychotherapie entscheiden (vgl. Abbildung 4: Gruppe II), während diejenigen, die sich für eine Therapie entscheiden, diese auch tatsächlich beginnen (98%). 38% derjenigen, die sich anfangs für eine Psychotherapie entschieden haben, hatten sie nach 1,5 Jahren regulär beendet. Ein Großteil (30%) befand sich zu t3 noch in Therapie, ein knappes Fünftel hat die Therapie abgebrochen.

Klienten, die ihre Therapie abgeschlossen hatten, nahmen im Durchschnitt 26 Sitzungen in Anspruch (vgl. Tabelle 27). Am Häufigsten wurde die Regeldauer von 25 Sitzungen beansprucht; im Schnitt dauerte eine Therapie 11 Monate. Therapieabbrecher nahmen im Durchschnitt immer noch 16 Stunden wahr.

*Tabelle 27: Angaben zu Therapieverläufen*

|  | N   | Mittelwert | SD    | Min-Max |
|--|-----|------------|-------|---------|
| Stundenanzahl bei beendeter Therapie           | 54  | 26.28      | 8.33  | 10-50   |
| Dauer der Therapie in Monaten                  | 54  | 10.81      | 3.31  | 5-18    |
| bisherige Stundenanzahl bei laufender Therapie | 46  | 27.36      | 13.68 | 1-60    |
| Stundenanzahl bei Therapieabbruch              | 23  | 15.73      | 8.81  | 5-40    |
| Anzahl der Sitzungen pro Woche                 | 110 | 0.95       | 0.26  | 0.25-2  |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Die Teilnehmer, die sich noch in laufender Therapie befanden (vgl. Abbildung 4: Gruppen I.2 und II.2), hatten zu t3 bereits mehr Stunden wahrgenommen als die Studienteilnehmer, die zu t3 ihre Therapie beendet hatten. Durchschnittlich waren sie schon zu 27 Sitzungen in der Therapie. 76% von ihnen konnten nicht angeben, wie lange die Therapie noch dauern würde. Der Rest (23,5%) machte Angaben zwischen zwei Monaten und einem Jahr.

24% der Klienten, die eine Therapie gemacht hatten oder noch dabei waren (vgl. Gruppen Abbildung 4: I.1 und I.2 und II.2), hatten einen Fortsetzungsantrag gestellt, dem in 26 Fällen

stattgegeben wurde; ein Antrag war noch nicht entschieden (vgl. Tabelle 28). In der Hälfte der Fälle wurden nochmals 25 Sitzungen bewilligt (die Spannweite ging von einem Minimum von 15 Stunden bis zu einem Maximum von 50 Stunden).

*Tabelle 28: Angaben zu Fortsetzungsanträgen*

|                               | N  | %    |
|-------------------------------|----|------|
| Fortsetzungsantrag gestellt   |    |      |
| ja                            | 27 | 27.0 |
| nein                          | 73 | 73.0 |
| Antrag bewilligt worden       |    |      |
| ja                            | 26 | 96.3 |
| noch nicht entschieden        | 1  | 3.7  |
| bewilligter Umfang in Stunden |    |      |
| 15                            | 4  | 15.4 |
| 16                            | 1  | 3.8  |
| 20                            | 3  | 11.5 |
| 25                            | 13 | 50.0 |
| 40                            | 1  | 3.8  |
| 50                            | 2  | 7.7  |
| unbekannt                     | 2  | 7.7  |

Die Mehrheit von 72% entschied sich für eine Verhaltenstherapie (Tabelle 29). Dies mag sicherlich auch damit zusammenhängen, dass die PBS mit verhaltenstherapeutischen Elementen arbeitet und alle Berater ‚Psychotherapeuten Verhaltenstherapie‘ sind. Dennoch werden bei der Indikation für eine Psychotherapie alle kassenärztlich zugelassenen Therapierichtungen vorgestellt und über ihre verschiedenen Ansätze informiert. Für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie entschieden sich zu t0 16% der Studierenden, während zu t3 ein Viertel tiefenpsychologisch arbeitende Psychotherapeuten ausgewählt hatten, nur fünf Prozent wählten zu t0 die Psychoanalyse als für sie geeignete Therapierichtung, zu t3 hatten sich 10% für eine Psychoanalyse entschieden.

*Tabelle 29: gewählte Verfahrensrichtungen*

|                                | N   | %    |
|--------------------------------|-----|------|
| Gewählte Therapierichtung t3   | 118 |      |
| Verhaltenstherapie             | 85  | 72.0 |
| tiefenpsychologisch fundiert   | 31  | 26.3 |
| Psychoanalyse                  | 2   | 1.7  |
| Gewünschte Therapierichtung t0 | 133 |      |
| Verhaltenstherapie             | 98  | 73.7 |

|                              |    |      |
|------------------------------|----|------|
| tieferpsychologisch fundiert | 22 | 16.5 |
| Psychoanalyse                | 13 | 9.8  |

Die Gründe, weswegen eine Therapie abgebrochen wurde, waren vielfältig. Dabei sind kaum Häufungen festzustellen, weswegen in Tabelle 30 alle Gründe aufgeführt werden. Unter ‚Lebenssituation Patient‘ wurden Ereignisse wie Umzug des Patienten oder Auslandsaufenthalt zusammengefasst, unter ‚Lebenssituation Therapeut‘ fallen Elternzeit oder Berentung des Therapeuten.

*Tabelle 30: angegebene Gründe für einen Therapieabbruch*

|                                  | N  | %   |
|----------------------------------|----|-----|
| Beziehung zum Therapeut          | 4  | 1.4 |
| Lebenssituation des Patienten    | 4  | 1.4 |
| Patient sieht keinen Bedarf mehr | 4  | 1.4 |
| falsche Therapierichtung         | 2  | 0.7 |
| Lebenssituation des Therapeuten  | 2  | 0.7 |
| Allgemeinmediziner übernahm      | 1  | 0.4 |
| zu hohe Erwartungen              | 1  | 0.4 |
| nur Anstoß nötig                 | 1  | 0.4 |
| Probleme mit der GKV             | 1  | 0.4 |
| Stagnation                       | 1  | 0.4 |
| stationärer Aufenthalt notwendig | 1  | 0.4 |
| Verschlechterung des Befindens   | 1  | 0.4 |
| Gesamt                           | 23 | 100 |

Selten kam es bei einem Therapieabbruch auch zu einem Therapeutenwechsel (lediglich in sechs Fällen, das entspricht 26% der Therapieabbrecher). Gründe hierfür waren entweder, dass die Beziehung zum Therapeuten aus Sicht der Klienten nicht passte und sie sich bei einem anderen Therapeuten besser aufgehoben fühlten oder sie sich für eine aus ihrer Sicht geeignetere Verfahrensrichtung entschieden. Therapieabbrüche aufgrund von äußeren Umständen zogen keine unmittelbar neue Therapie nach sich.

### *Therapiezufriedenheit und -evaluation*

Im Folgenden werden die Therapiezufriedenheit und die Ergebnisse der Therapieevaluation betrachtet (vgl. Abbildung 4: Gruppe I.1 Therapie abgeschlossen und teilweise Gruppen I.2, II.2 in laufender Therapie und I.3 Therapie abgebrochen). Als Therapieevaluationsfragebogen wurde der in der PBS eingesetzte Evaluationsfragebogen verwendet. In der Gruppe derjenigen, die die Therapie regulär beendet haben, wird die erzielte Veränderung (Faktor 1) durchschnittlich als sehr gut, der Beratungsprozess und die Gesprächsführung (Faktor 2) als gut eingeschätzt. Die Gesamtevaluation (Faktor 3) wird im Durchschnitt mit 4 bewertet (Abbildung 6). Die Gruppe der Therapieabbrecher bewertet die Therapieevaluation insgesamt schlechter. Die erzielte Veränderung wird hier dennoch als gut bewertet, die Beziehung mit dem Therapeuten und der sich daraus ergebende Beratungsprozess wird als durchschnittlich eingeschätzt, die Gesamtevaluation wird ebenfalls im Durchschnitt mit 4 bewertet.

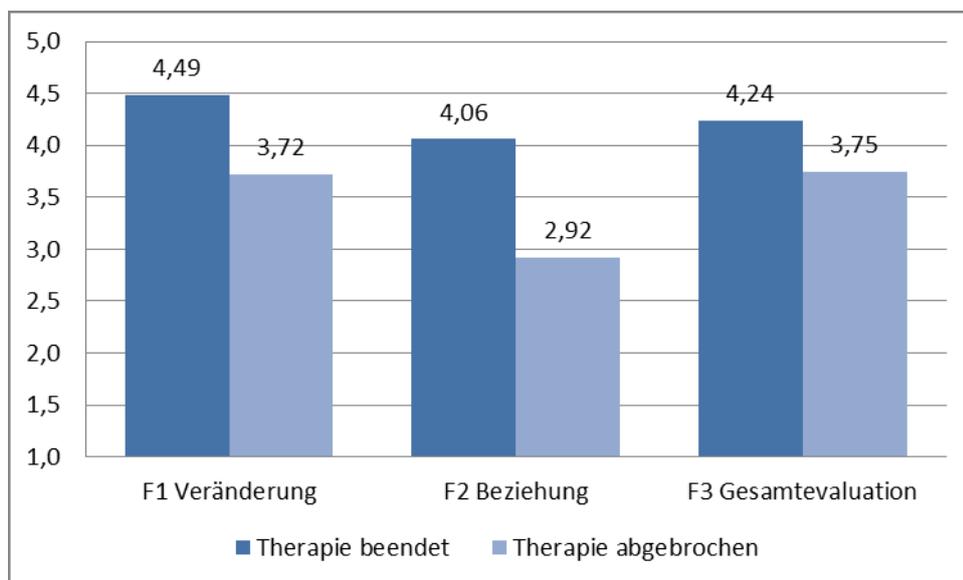


Abbildung 6: Ergebnisse des Mainzer Evaluationsbogens, N= 49 (Therapie regulär beendet), N=16 (Therapie abgebrochen)

Skala: 1=stimmt gar nicht – 5=stimmt genau.

Klienten, die die Therapie regulär beendet haben, würden sich im Durchschnitt mit dem gleichen oder auch mit einem ähnlichen Problem wieder an ihren Therapeuten wenden. Die Personengruppe könnte sich auch sehr gut vorstellen, Psychotherapie an andere Personen weiterzuempfehlen. Tabelle 31 zeigt, dass es niemanden gab, der sich eine Empfehlung nicht vorstellen könnte. Anders in der Gruppe der Therapieabbrecher. Hier zeigt sich, dass sie einer weiteren Psychotherapie gegenüber kritischer eingestellt ist. Die Therapieabbrecher sind im Durchschnitt unentschieden, ob sie sich mit einem gleichen oder mit einem anderen Problem nochmals an den Therapeuten wenden würden und könnten sich zwar eher vorstellen,

Psychotherapie weiter zu empfehlen, es gab hier jedoch auch Personen, die dies nicht machen würden.

*Tabelle 31:* Beschreibung einzelner Items des Mainzer Evaluationsfragebogen, N=49 (Therapie regulär beendet)

|   | Mittelwert | SD   | Min-Max |
|---|------------|------|---------|
| Therapie regulär beendet (N=49)   |            |      |         |
| Bei Bedarf würde ich mich mit der gleichen Angelegenheit erneut an die Therapeutin/ den Therapeuten wenden. | 4.35       | 1.15 | 1-5     |
| Ich kann mir auch vorstellen, mich wegen anderer Probleme an die Therapeutin/den Therapeuten zu wenden.     | 4.14       | 1.17 | 1-5     |
| Ich könnte mir vorstellen, Psychotherapie weiter zu empfehlen.  | 4.86       | 0.35 | 4-5     |
| Therapie abgebrochen (N=16)   |            |      |         |
| Bei Bedarf würde ich mich mit der gleichen Angelegenheit erneut an die Therapeutin/ den Therapeuten wenden. | 2.75       | 1.57 | 1-5     |
| Ich kann mir auch vorstellen, mich wegen anderer Probleme an die Therapeutin/den Therapeuten zu wenden.     | 3.06       | 1.48 | 1-5     |
| Ich könnte mir vorstellen, Psychotherapie weiter zu empfehlen   | 3.88       | 1.41 | 1-5     |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.  
Skala: 1 (stimmt gar nicht) – 5 (stimmt genau).

### *Einfluss der Therapie auf verschiedene Lebensbereiche*

Zu t3 wurden diejenigen, die eine Psychotherapie begonnen hatten, nach dem Einfluss dieser auf Studienleistung, Sozialbeziehungen und Zukunftspläne befragt. Zunächst konnten sie den Einfluss auf einer fünfstufigen Likert-Skala angeben (von viel schlechter bis zu viel besser). Danach konnten sie in einem Freitext die beobachteten Veränderungen formulieren, diese Kommentare wurden im Nachhinein kategorisiert. In die Darstellung wurden als Untergruppe auch die Personen in noch laufender Therapie mit aufgenommen, auch wenn hier ein unbekannter Prozentsatz noch zu Therapieabbrecher werden könnte. Dennoch sieht man bereits erste Veränderungen durch die Therapie, die der Darstellung wert sind.

### *Studienleistung*

Die Studienleistung veränderte sich laut Angaben der Mehrheit der Teilnehmer, die die Therapie abgebrochen hatten (64%) und derjenigen, die sich noch in laufender Therapie befanden (71%), nicht (s. Abbildung 7). Anders in der Gruppe der Therapieabsolventen, die zu 57% angaben, ihre Studienleistungen hätten sich (sehr) verbessert. In dieser Gruppe fanden sich keine Personen, die eine Verschlechterung der Studienleistung angaben, während 7% der Therapieabbrecher angaben, ihre Studienleistungen hätten sich verschlechtert.

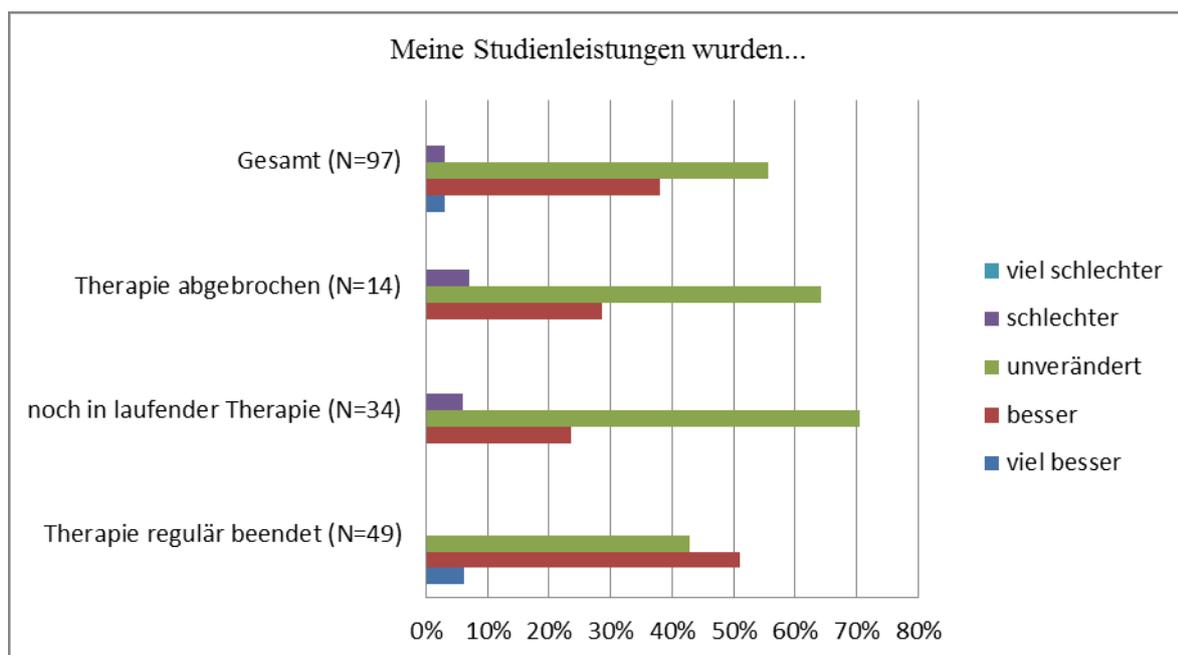


Abbildung 7: subjektiver Einfluss der Psychotherapie auf die Studienleistungen, Angaben in Prozent

Die Studierenden gaben in dem ihnen zur Verfügung stehenden Freitext an, welchen Einfluss der Psychotherapie sie auf das Studium feststellen konnten (vgl. Tabelle 32). 30% gaben an, Prüfungen bestanden zu haben, 37% stellten eine positive Einstellungsveränderung gegenüber ihrem Studium fest: 21% waren mit ihrem Studium nach der Therapie zufriedener, 9% waren motivierter und 7% trauten sich in Bezug auf ihr Studium mehr zu. 16% derjenigen, die die Freitextfrage beantworteten, bemerkten keine Auswirkungen.

Tabelle 32: Einfluss der Psychotherapie auf das Studium, kategorisiert

|                                     | N  | %     |
|-------------------------------------|----|-------|
| Prüfungen bestanden                 | 24 | 29.6  |
| höhere Zufriedenheit                | 17 | 21.0  |
| keine Auswirkung                    | 13 | 16.0  |
| mehr Motivation                     | 7  | 8.6   |
| mehr Selbstvertrauen                | 6  | 7.4   |
| Neubeginn/Abbruch                   | 5  | 6.2   |
| Umgang mit Stress/Work-life balance | 4  | 4.9   |
| bessere Leistungen                  | 3  | 3.7   |
| Text: ‚Kein Kommentar‘              | 2  | 2.5   |
| Gesamt                              | 81 | 100.0 |

## Sozialbeziehungen

Die Sozialbeziehungen verbesserten sich erheblich in der Gruppe der sich noch in Therapie Befindenden; 76% von ihnen gaben an, ihre Beziehungen seien (viel) besser geworden. Auch die Therapieabsolventen waren mit der Entwicklung ihrer sozialen Kontakte zufrieden, 61% spürten eine (große) Verbesserung. Diejenigen, die die Therapie abgebrochen hatten, empfanden zu 50% keine Veränderungen in ihren Beziehungen, 21% sprachen von einer Verschlechterung (s. Abbildung 8).

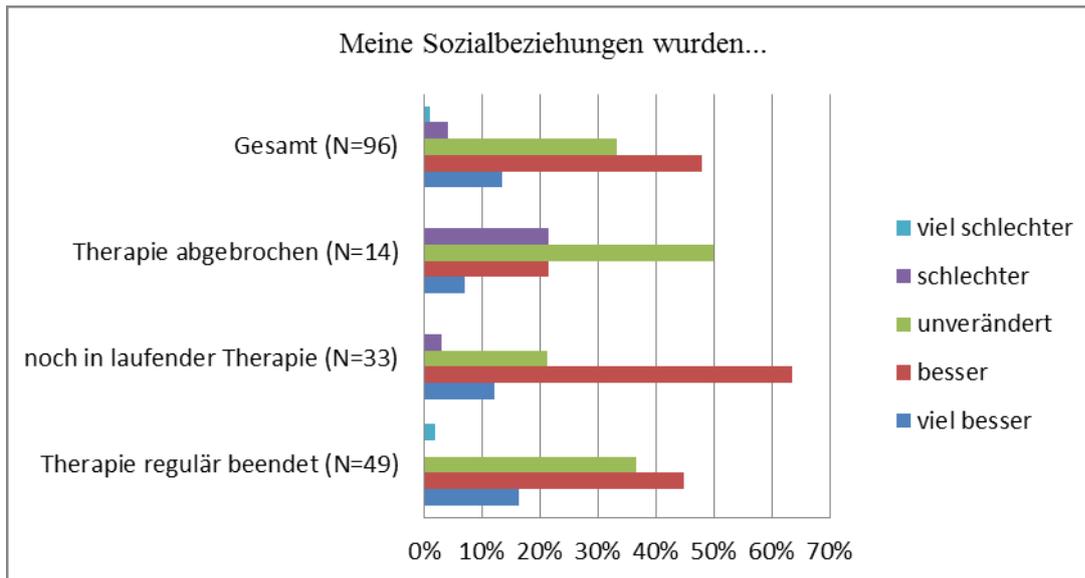


Abbildung 8: Einfluss der Psychotherapie auf die Sozialbeziehungen, Angaben in Prozent

In dem wieder folgenden Freitext gab ein Viertel an, durch die Therapie soziale Kompetenzen erworben zu haben, die es ihnen erleichterten, Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten. 17% sprachen allgemein von einer Verbesserung, je 14% gaben an, dass sich neue Partnerschaften oder neue Freundschaften ergeben hätten. 12% der Antwortenden konnten keine Veränderung feststellen, bei 6% hatte die Therapie Trennungen oder Kontaktabbrüche zur Folge. Alle kategorisierten Nennungen sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Tabelle 33: Einfluss der Psychotherapie auf die Beziehung, kategorisiert

|                              | N  | %    |
|------------------------------|----|------|
| soziale Fertigkeiten erlernt | 20 | 25.6 |
| Verbesserung                 | 13 | 16.7 |
| neue Partnerschaft           | 11 | 14.1 |
| neue Freundschaften          | 11 | 14.1 |
| unverändert                  | 9  | 11.5 |
| Trennung/Kontaktabbrüche     | 5  | 6.4  |
| Sonstiges                    | 4  | 5.1  |

|                        |    |       |
|------------------------|----|-------|
| Verschlechterung       | 2  | 2.6   |
| Text: ‚Kein Kommentar‘ | 3  | 3.8   |
| Gesamt                 | 78 | 100.0 |

### Zukunftspläne

Die Mehrheit der Antwortenden bemerkte keinen Einfluss der Therapie auf ihre Zukunftspläne. 57% der Therapieabbrecher, 39% derjenigen in laufender Therapie und 41% der Therapieabsolventen beschreiben ihre Zukunftspläne als unverändert. Jedoch gab die andere Hälfte (49%) der Therapieabsolventen an, ihre Zukunftspläne seien (viel) konkreter geworden und auch 49% derjenigen, die sich in Therapie befanden, meinten, bereits (viel) konkretere Zukunftspläne zu haben. Bei den Therapieabbrechern konnte je ein Fünftel (21%) von konkreteren und von unkonkreteren Zukunftsplänen berichten (vgl. Abbildung 9).

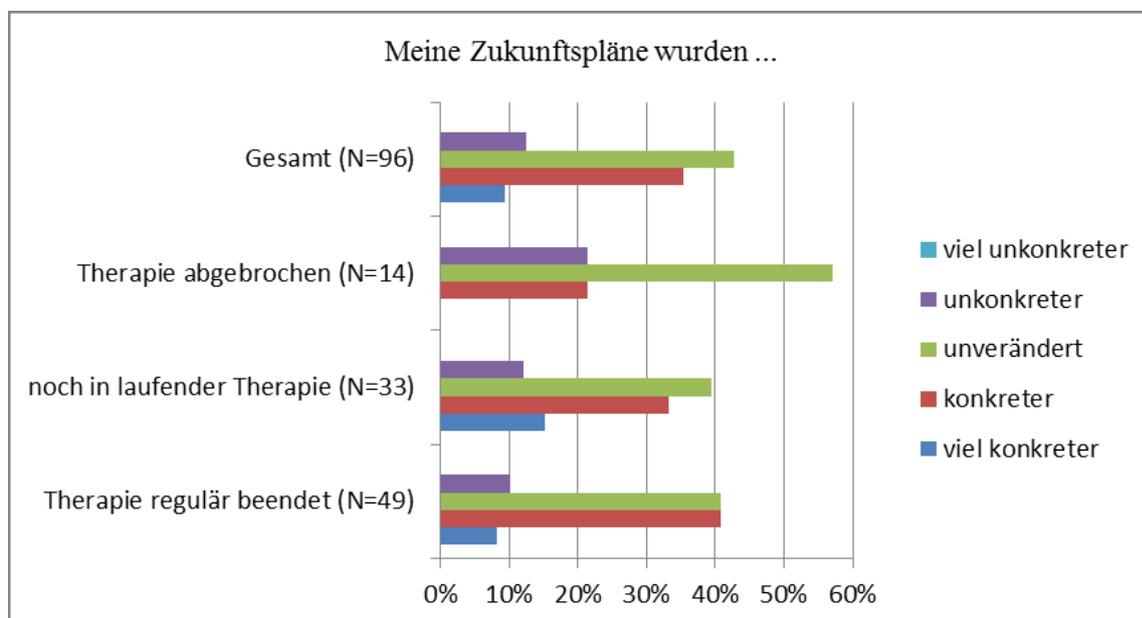


Abbildung 9: Einfluss der Psychotherapie auf die Zukunftspläne, Angaben in Prozent

Tabelle 34 zeigt die kategorisierten Antworten auf die offene Frage, welchen Einfluss die Psychotherapie auf die jeweiligen Zukunftspläne hatte. 29% half die Therapie, konkrete Berufspläne zu entwickeln und oft auch erste Schritte zu planen und in Angriff zu nehmen. 24% konnten keine Veränderung ihrer Zukunftspläne feststellen, 17% blickten mit mehr Zuversicht und Optimismus in ihre Zukunft. Für 10% war durch die Therapie eine Öffnung hin zu einer Neuorientierung möglich. 7% änderten allgemein etwas an ihrer Lebensführung (Stichwort work-life balance), in ebenfalls 7% der Fälle entwickelten die Studierenden den Wunsch, ihr Studium abzuschließen und dafür auch (stärker) aktiv zu werden. 6% verhalf die

Psychotherapie zu einer realistischeren Einschätzung und bei 1% (entspricht 1 Nennung) kam es zu einer Verschlechterung im Bereich der Zukunftspläne.

*Tabelle 34: Einfluss der Psychotherapie auf die Zukunftspläne, kategorisiert.*

|   | N  | %     |
|---|----|-------|
| konkrete Berufspläne entwickelt         | 21 | 29.2  |
| keine Veränderung                       | 17 | 23.6  |
| Zuversicht für Zukunft                  | 12 | 16.7  |
| Neuorientierung möglich                 | 7  | 9.7   |
| Lebensführung allgemein                 | 5  | 6.9   |
| dringender Wunsch Studium abzuschließen | 5  | 6.9   |
| realistische Einschätzung               | 4  | 5.6   |
| Verschlechterung                        | 1  | 1.4   |
| Gesamt                                  | 72 | 100.0 |

Therapieabsolventen und Personen, die noch in laufender Therapie sind sprechen von wahrgenommenen positiven Veränderungen in allen abgefragten Bereichen, während Therapieabbrecher von leichten Verschlechterungen, bzw. keinen Veränderungen berichten.

Verschiedene Aspekte der Therapie wurden von den Patienten als hilfreich erlebt.

Zu t3 wurde die Gruppe derjenigen, die sich noch in einer Therapie befanden oder sie bereits abgeschlossen hatten, gefragt, welche Aspekte sie als hilfreich und welche sie als schwierig in der Therapie erlebten. Es handelte sich dabei um offene Fragen, deren Antworten im Nachhinein kategorisiert wurden.

30% derjenigen, die die Therapie regulär beendet hatten, gaben die objektive Perspektive des Therapeuten und dessen Sicht von außen auf die Situation des Klienten als hilfreich an (Tabelle 35). 24% der Teilnehmer in laufender Therapie sahen dies ebenso. Die zweithäufigste Nennung in beiden Gruppen (Therapie regulär beendet 24%, noch in laufender Therapie 21%) war die Begleitung durch den Therapeuten in einer schwierigen Lebenssituation und die entlastende Gewissheit, Zeit und Raum für sich als Person beanspruchen zu können. Während die Therapiebeender einen großen Nutzen in praktischen Übungen sahen (15%), gaben diejenigen, die sich noch in Therapie befanden, die Möglichkeit über alles zu reden (14%), und die Fähigkeit des Therapeuten Denkmuster herauszuarbeiten (15%), als momentan hilfreich an.

*Tabelle 35:* Darstellung der offenen Frage, welche Aspekte der Psychotherapie als hilfreich wahrgenommen wurden, kategorisiert

| offene Frage: hilfreich an der Therapie find/fand ich | N  | %    |
|---|----|------|
| Therapie regulär beendet                              | 54 |      |
| objektive Perspektive                                 | 16 | 29.6 |
| Begleitung in schwieriger Zeit                        | 13 | 24.1 |
| praktische Übungen                                    | 8  | 14.8 |
| praktische Tipps                                      | 5  | 9.3  |
| Möglichkeit über alles zu reden                       | 5  | 9.3  |
| Denkmuster aufgedeckt                                 | 4  | 7.4  |
| Sonstiges   | 2  | 3.8  |
| nicht benennbar                                       | 1  | 1.9  |
| noch in laufender Therapie                            | 42 |      |
| objektive Perspektive                                 | 10 | 23.8 |
| Begleitung in schwieriger Zeit                        | 9  | 21.4 |
| praktische Übungen                                    | 2  | 4.8  |
| praktische Tipps                                      | 4  | 9.5  |
| Möglichkeit über alles zu reden                       | 6  | 14.3 |
| Denkmuster aufgedeckt                                 | 6  | 14.6 |
| Sonstiges   | 2  | 4.8  |
| nicht benennbar                                       |    |      |

Ein großer Anteil in beiden Gruppen (Therapie regulär beendet 35% und noch in laufender Therapie 31%) empfand (bisher) nichts schwierig in der Therapie. 22% (19% derjenigen, die noch in Therapie waren) empfanden die Notwendigkeit, über sehr persönliche Dinge mit einer für sie zumindest zu Beginn relativ fremden Person zu sprechen, als Hürde. 13% (12% derjenigen, die sich noch in laufender Therapie befanden) bereiteten die praktischen Übungen Schwierigkeiten und kosteten sie Überwindung. Für 11% forderte die Therapie mehr Aufwand und Energie, als sie sich im Vorfeld vorgestellt hatten. 10% der Patienten (14% in noch laufender Therapie) konnten in der Therapie Erlerntes und Erarbeitetes im Alltag nicht oder für ihr Empfinden nur ungenügend umsetzen. Für einen kleinen Prozentsatz gestaltete sich die Therapie aufgrund einer für sie nicht passenden Verfahrensrichtung schwierig (s. Tabelle 36).

*Tabelle 36:* Darstellung der offenen Frage, welche Aspekte der Psychotherapie als schwierig wahrgenommen wurden, kategorisiert

| offene Frage: schwierig in der Therapie find/fand ich | N  | %    |
|---|----|------|
| Therapie regulär beendet                              | 54 |      |
| nichts  | 19 | 35.2 |
| sehr persönliche Dinge benennen                       | 12 | 22.2 |
| praktische Übungen                                    | 7  | 13.0 |
| viel Arbeit   | 6  | 11.1 |
| nicht umsetzen können                                 | 5  | 9.3  |
| falsches Verfahren                                    | 2  | 3.7  |
| Sonstiges   | 3  | 5.5  |
| noch in laufender Therapie                            | 42 |      |
| nichts  | 10 | 23.8 |
| sehr persönliche Dinge benennen                       | 9  | 21.4 |
| praktische Übungen                                    | 2  | 4.8  |
| viel Arbeit   | 4  | 9.5  |
| nicht umsetzen können                                 | 6  | 14.3 |
| Falsches Verfahren                                    | 2  | 4.8  |
| Sonstiges   | 6  | 14.6 |

Die abschließende Evaluation (Tabelle 37) zeigt, dass insgesamt ein positives Bild bezüglich der gemachten Psychotherapie zurückbleibt. Die Klienten sind im Durchschnitt zufrieden mit der Anzahl der absolvierten Sitzungen, sie sind insgesamt zufrieden mit der Psychotherapie (46% zufrieden, 41% sogar sehr zufrieden) und sie geben an, dass es ihnen nach der Psychotherapie im Durchschnitt viel besser als zu Beginn ihrer Therapie.

*Tabelle 37:* abschließende Evaluation. N=49 (Gruppe Therapie regulär beendet)

| Item   | Mittelwert | SD   | Min-Max |
|--|------------|------|---------|
| 1. Ich war mit der Anzahl der Sitzungen...                     | 4.1        | 0.85 | 2-5     |
| 2. Insgesamt gesehen bin ich mit der Psychotherapie...         | 4.2        | 0.91 | 1-5     |
| 3. Im Vergleich zu Beginn der Psychotherapie geht es mir heute | 5.8        | 0.75 | 4-7     |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, Min-Max= Minimum-Maximum.

Skala: Skala Item 1 und 2: 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden); Skala Item 3: 1 (sehr viel schlechter) bis 7 (sehr viel besser).

## 4.2 Korrelationstabelle

Tabelle 38: Korrelationsmatrix der erhobenen Variablen

|  | M     | SD    | 1.    | 2.     | 3.      | 4.     | 5.     | 6.     | 7.     | 8.     | 9.     | 10.     | 11.    | 12.     | 13.     | 14.   | 15.  | 16.  | 17.   | 18. | 19. | 20. | 21. | 22. | 23. | 24. |
|--|-------|-------|-------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|-------|------|------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>1. Beschwerdedauer in Monaten</b>           | 31.88 | 35.46 | 1     |        |         |        |        |        |        |        |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>2. BSI t- Wert zu t0</b>                    | 64.81 | 8.55  | ,156* | 1      |         |        |        |        |        |        |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>3. BSI t-Werte zu t3</b>                    | 52.99 | 11.88 | ,098  | ,412** | 1       |        |        |        |        |        |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>4. ADS-K t-Werte zu t0</b>                  | 64.33 | 8.96  | ,035  | ,677** | ,210**  | 1      |        |        |        |        |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>5. ADS-K t-Wert zu t3</b>                   | 53.01 | 8.74  | -,070 | ,159*  | ,380**  | ,090   | 1      |        |        |        |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>6. Belastung zu t0</b>                      | 8.38  | 2.63  | ,143* | ,459** | ,210**  | ,412** | ,044   | 1      |        |        |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>7. Belastung zu t3</b>                      | 8.66  | 2.65  | ,132  | ,147   | ,600**  | ,071   | ,224** | ,205** | 1      |        |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>8. Studienzufriedenheit zu t0</b>           | 3.22  | 1.09  | ,015  | ,342** | ,233**  | ,356** | ,104   | ,421** | ,191*  | 1      |        |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>9. Studienzufriedenheit zu t3</b>           | 2.86  | 1.09  | -,003 | ,101   | ,402**  | ,053   | ,282** | ,063   | ,361** | ,316** | 1      |         |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>10. Therapiemotivation Einzelitem t0</b>    | 3.93  | ,709  | ,086  | -,009  | -,267*  | ,015   | ,036   | -,157  | -,084  | ,036   | -,051  | 1       |        |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>11. Skala Leidensdruck</b>                  | 52.02 | 8.17  | ,228* | ,623** | ,231*   | ,533** | ,090   | ,345** | ,079   | ,370** | ,202   | ,123    | 1      |         |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>12. Skala Hoffnung</b>                      | 54.15 | 5.96  | ,003  | -,143  | -,141   | -,124  | ,116   | -,127  | -,119  | -,069  | -,178  | ,348**  | -,086  | 1       |         |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>13. Skala Verleugnung</b>                   | 49.80 | 8.37  | -,052 | ,204*  | ,403**  | ,218*  | ,123   | ,211*  | ,257*  | ,353** | ,185   | -,281** | ,199*  | -,246** | 1       |       |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>14. Skala Wissen</b>                        | 47.20 | 8.42  | ,004  | ,207*  | ,027    | ,292** | ,125   | ,074   | ,038   | ,146   | -,034  | ,151    | ,296** | -,004   | -,107   | 1     |      |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>15. Skala Initiative</b>                    | 53.06 | 5.54  | -,123 | ,072   | -,291** | ,081   | -,216  | -,085  | -,229* | -,146  | -,091  | ,173    | ,158   | ,094    | -,394** | ,229* | 1    |      |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>16. Skala Zuwendung andere</b>              | 50.28 | 9.22  | ,031  | ,112   | -,280*  | ,090   | -,054  | ,055   | -,171  | -,002  | -,144  | ,061    | ,071   | -,160   | -,163   | ,205* | ,042 | 1    |       |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>17. Therapiemotivation Einzelitem zu t3</b> | 3.74  | 1.03  | -,085 | -,114  | -,238*  | -,057  | ,059   | -,161  | -,056  | -,078  | -,273* | ,261*   | -,055  | ,270*   | -,158   | -,014 | ,247 | ,177 | 1     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>18. geschätzte Suchstunden</b>              | 3.67  | 5.05  | ,148  | ,209*  | ,032    | ,108   | -,084  | ,127   | ,188   | ,200   | -,152  | ,068    | ,196   | -,052   | -,032   | ,223* | ,161 | ,121 | -,046 | 1   |     |     |     |     |     |     |

|                                   |      |      |      |                |                |               |               |               |               |               |                |                |              |              |                |       |       |                |               |               |       |       |                |               |               |   |
|-----------------------------------|------|------|------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------|-------|----------------|---------------|---------------|-------|-------|----------------|---------------|---------------|---|
| <b>19. Kontaktaufnahme gesamt</b> | 4.26 | 4.33 | ,114 | ,078           | -,054          | ,133          | -,011         | ,154          | ,138          | <b>,260*</b>  | <b>-,254*</b>  | ,148           | ,159         | -,076        | ,004           | ,147  | -,049 | ,089           | -,134         | <b>,271**</b> | 1     |       |                |               |               |   |
| <b>20. Wartezeit in Wochen</b>    | 5.67 | 3.57 | ,083 | -,057          | ,026           | -,078         | -,047         | ,195          | -,007         | ,114          | ,219           | -,147          | -,003        | -,101        | -,040          | ,111  | -,005 | -,020          | -,004         | <b>,257*</b>  | ,056  | 1     |                |               |               |   |
| <b>21. SLWS</b>                   | 3.93 | 1.65 | ,030 | <b>,190*</b>   | <b>,558**</b>  | ,080          | <b>,279**</b> | <b>,221**</b> | <b>,420**</b> | <b>,272**</b> | <b>,521**</b>  | <b>-,289**</b> | <b>,226*</b> | -,161        | <b>,463**</b>  | -,057 | -,145 | <b>-,305**</b> | <b>-,219*</b> | -,036         | -,057 | ,198  | 1              |               |               |   |
| <b>22. Evaluation Veränderung</b> | 4.23 | ,99  | ,135 | <b>-,282**</b> | <b>-,224*</b>  | -,187         | -,006         | -,152         | -,009         | <b>-,249*</b> | <b>-,357**</b> | ,172           | -,150        | ,249         | <b>-,328*</b>  | ,049  | ,068  | <b>,328*</b>   | <b>,375**</b> | ,093          | ,020  | -,103 | <b>-,220*</b>  | 1             |               |   |
| <b>23. Evaluation Beziehung</b>   | 3.74 | ,93  | ,058 | <b>-,261**</b> | <b>-,332**</b> | -,193         | ,039          | <b>-,206*</b> | <b>-,230*</b> | <b>-,222*</b> | <b>-,461**</b> | <b>,380**</b>  | -,126        | <b>,324*</b> | <b>-,335*</b>  | -,061 | ,136  | <b>,334*</b>   | <b>,469**</b> | ,098          | ,081  | -,098 | <b>-,439**</b> | <b>,755**</b> | 1             |   |
| <b>24. Gesamtevaluation</b>       | 3.95 | ,89  | ,098 | <b>-,289**</b> | <b>-,304**</b> | <b>-,203*</b> | ,021          | -,195         | -,143         | <b>-,252*</b> | <b>-,439**</b> | <b>,316*</b>   | -,146        | <b>,309*</b> | <b>-,352**</b> | -,015 | ,112  | <b>,351*</b>   | <b>,463**</b> | ,100          | ,058  | -,105 | <b>-,366**</b> | <b>,918**</b> | <b>,953**</b> | 1 |

Anmerkungen: \*\*= Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant. \*= Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

### 4.3 Inferenzstatistische Ergebnisse

Das Signifikanzniveau bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde für alle nachfolgenden Tests bei 5% festgelegt. Ein p-Wert von kleiner 5% wird als signifikant, ein Wert von kleiner, gleich 1% wird als sehr signifikant bezeichnet.

Als Zusammenhangsmaße werden bei  $\chi^2$ -Tests Phi und Cramers V angegeben. Sie nehmen Werte zwischen 0 (kein Zusammenhang) und 1 (perfekter Zusammenhang) an. Bei den Varianzanalysen mit Messwiederholung wird das partielle Eta<sup>2</sup> als ein Maß für den Zusammenhang zwischen einer nominalen (unabhängigen) und einer metrischen (abhängigen) Variablen angegeben. Bei den verwendeten Mann-Whitney-U Tests wurde r angegeben. Für Mittelwertsunterschiede wurde Cohen's d als Effektstärke verwendet. Dabei wurde sich nach der gängigen Konvention (kleiner Effekt d = 0.20, mittlerer Effekt d = 0.50 und großer Effekt d = 0.80) orientiert. Es wurde mit gepoolten Standardabweichungen gerechnet, da dies die Schätzung der Effektstärke optimiert (vgl. Rustenbach, 2003).

#### 4.3.1 Hypothesenblock 1: Entscheidungsverhalten

Zu Zeitpunkt t0 gibt es Annehmer und Ablehner der Indikation für eine ambulante Therapie. Der Hypothesenblock beschäftigt sich mit den Gründen, weshalb sich jemand für oder gegen eine ambulante Therapie entscheidet (unabhängig davon, ob er letztendlich eine Psychotherapie beginnt oder nicht).

Die Rechnungen wurden für Nominaldaten mittels nonparametrischer Tests (Chi<sup>2</sup>-Test, Fishers-Exakter-Test) durchgeführt. Da bei einigen intervallskalierten Variablen keine Normalverteilung gegeben war (Studienzufriedenheit zu t0, Beschwerdedauer und Belastung zu t0), wurde anstelle des t-Tests der Mann-Whitney-U Test gerechnet. Die Voraussetzungen für einen t-Test für unabhängige Stichproben (Normalverteilung und Varianzhomogenität) erfüllten die Variablen BSI (GSI-Wert) und ADS-K. Abhängige Variable (dichotom) ist das Entscheidungsverhalten (Annehmer/Ablehner).

Tabelle 39 gibt einen Überblick über die Unterschiede zwischen Annehmern und Ablehnern im Entscheidungsverhalten zu t0. Im nachfolgenden Fließtext werden die Hypothesen gesondert betrachtet.

Table 39: Überblick über erhobene Variablen und deren Einfluss auf das Entscheidungsverhalten (AV) zu t0

| Unabhängige Variable                                  | Annehmer            | Ablehner          | Test und Zusammenhangsmaß   | p-Wert |  |  |
|---|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|--|--|
| <b>soziodemographische Angaben</b>                    |                     |                   |                             |        |  |  |
| <b>Geschlecht</b>                                     |                     |                   |                             |        |  |  |
| weiblich  | 73.6 (106)          | 67.7 (42)         | 0.738 (1)                   | .390   |  |  |
| männlich  | 26.4 (38)           | 32.3 (20)         | Phi = .06                   |        |  |  |
| <b>Migrationshintergrund</b>                          |                     |                   |                             |        |  |  |
| ja  | 14.6 (21)           | 25.8 (16)         | 3.705 (1)                   | .054   |  |  |
| nein  | 85.4 (123)          | 74.2 (46)         | Phi = -.13                  |        |  |  |
| <b>Partnerschaft</b>                                  |                     |                   |                             |        |  |  |
| ja  | 43.8 (63)           | 54.8 (34)         | 2.14 (1)                    | .144   |  |  |
| nein  | 56.3 (81)           | 45.2 (28)         | Phi = -.10                  |        |  |  |
| <b>Studienbezogene Angaben</b>                        |                     |                   |                             |        |  |  |
| <b>Studienzufriedenheit</b>                           |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | n= 137<br>Median=3  | n=58<br>Median=4  | U=4,65, z=1.95<br>r=.14     | .052   |  |  |
| <b>Studiengang</b>                                    |                     |                   |                             |        |  |  |
| <b>Sprach- und Kulturwissenschaften</b>               |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 38.9 (56)           | 32.3 (20)         | 13.12 (4)<br>Cramer V= .252 | .011   |  |  |
| <b>Theoretische Naturwissenschaften</b>               |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 22.2 (32)           | 6.5 (4)           |                             |        |  |  |
| <b>Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften</b> |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 22.2 (32)           | 40.3 (25)         |                             |        |  |  |
| <b>Medizin und Gesundheit</b>                         |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 7.6 (11)            | 6.5 (4)           |                             |        |  |  |
| <b>Lehramt</b>  |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 9.0 (13)            | 14.5 (9)          |                             |        |  |  |
| <b>Arbeit neben dem Studium</b>                       |                     |                   |                             |        |  |  |
| <b>ja</b>   |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 54.2 (78)           | 73.8 (45)         | 6.86 (1)                    | .009   |  |  |
| <b>nein</b>   |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 45.8 (66)           | 26.2 (16)         | Phi = -.183                 |        |  |  |
| <b>Diagnose und Beschwerdedauer</b>                   |                     |                   |                             |        |  |  |
| <b>Beschwerdedauer</b>                                |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | n= 132<br>Median=24 | n=55<br>Median=24 | U=4,261, z=1.877<br>r=.14   | .061   |  |  |
| <b>Vorbehandlung</b>                                  |                     |                   |                             |        |  |  |
| <b>ja</b>   |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 45.8 (66)           | 40.3 (25)         | .534 (1)                    | .465   |  |  |
| <b>nein</b>   |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 54.2 (78)           | 59.7 (37)         | Phi = .051                  |        |  |  |
| <b>Diagnose</b>                                       |                     |                   |                             |        |  |  |
| <b>affektive Störung F30-F34</b>                      |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 26.2 (37)           | 33.3 (20)         | 2.20 (3)                    | .532   |  |  |
| <b>Angststörungen F 40-42</b>                         |                     |                   |                             |        |  |  |
|   | 21.3 (30)           | 13.3 (8)          | Cramer-V=.105               |        |  |  |

|                    |           |           |
|--------------------|-----------|-----------|
| rezidivierend F33  | 33.3 (47) | 35.0 (21) |
| Sonstige Störungen | 19.1 (27) | 18.3 (11) |

| Psychische Beeinträchtigung |           |           |                               |       |
|-----------------------------|-----------|-----------|-------------------------------|-------|
| BSI, GSI-Wert               | n=139     | n=60      | t=-.924 (197)<br>d=-0.14      | .357  |
|                             | M= 64.6   | M= 65.8   |                               |       |
|                             | SD = 8.37 | SD= 8.29  |                               |       |
| ADS-K                       | n= 143    | n=62      | t=-.636 (148,37)<br>d=-0.09   | .526  |
|                             | M= 64.90  | M= 65.63  |                               |       |
|                             | SD= 8.96  | SD=6.92   |                               |       |
| Belastung                   | n=143     | n=60      | U=4,953.00,<br>z=1.751, r=.12 | .080  |
|                             | Median=8  | Median=9  |                               |       |
| Umfeld                      | % (n)     | % (n)     | $\chi^2$ (df)                 |       |
| Umfeld empfahl PT           |           |           |                               |       |
| ja                          | 60.6 (80) | 44.4 (24) | 4.061 (1)                     | .044  |
| nein                        | 39.4 (52) | 55.6 (30) | Phi=.148                      |       |
| Umfeld hat Erfahrung mit PT |           |           |                               |       |
| ja                          | 76.7 (99) | 50.0 (27) | 12,70 (1)**                   | <.001 |
| nein                        | 23.3 (30) | 50.0 (27) | Phi=.263                      |       |

Anmerkungen: M=Mittewert, SD=Standardabweichung, \*=signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*=hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung.

### *Einfluss demographischer Variablen und Lebenssituation auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1a)

Frauen entscheiden sich häufiger als Männer, eine ambulante Psychotherapie zu beginnen.

Die Berechnung des  $\chi^2$ -Tests ergibt, dass das Verhältnis derjenigen, die sich für eine Psychotherapie entscheiden (38 Männer und 106 Frauen) nicht signifikant anders als in der Gruppe derjenigen ist, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden (20 Männer und 42 Frauen),  $\chi^2(1, N=206)=0.738, p=.39$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 1b)

Studierende mit Migrationshintergrund entscheiden sich seltener für eine ambulante Psychotherapie, als Studierende ohne Migrationshintergrund

Die Berechnung des  $\chi^2$ -Tests ergibt, dass das Verhältnis derjenigen, die sich für eine Psychotherapie entscheiden (123 ohne Migrationshintergrund und 21 mit Migrationshintergrund) nicht signifikant anders ist als in der Gruppe derjenigen, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden (46 ohne Migrationshintergrund und 16 mit Migrationshintergrund),  $\chi^2(1, N=206)=3.71, p=.054$ . Die Nullhypothese wird beibehalten. Als

Tendenz zeigt sich, dass sich Klienten mit Migrationshintergrund eher gegen eine Psychotherapie entscheiden.

#### Hypothese 1c)

Studierende, die in einer festen Partnerschaft leben, entscheiden sich häufiger für eine ambulante Psychotherapie als Studierende ohne Partner/in.

Die Anzahl derjenigen, die sich für eine Psychotherapie entscheiden (63 in fester Partnerschaft, 81 ohne Partnerschaft) unterscheidet sich nicht von jener signifikant, die sich gegen eine Psychotherapie entscheidet (34 in fester Partnerschaft und 28 ohne feste Partnerschaft),  $\chi^2(1, N=206)= 2.14, p=.144$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### *Einfluss der Studiensituation auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1d)

Eine höhere Studienzufriedenheit führt häufiger zu einer positiven Entscheidung als eine geringe Studienzufriedenheit.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Studienzufriedenheit bei Annehmern (Median=3) und der Studienzufriedenheit bei Ablehnern (Median=4),  $U=4.65, z=1.95, r=.14, p=.052$ . Die Nullhypothese wird beibehalten. Als Tendenz zeigt sich, dass Annehmer zufriedener mit ihrem Studium sind als Ablehner.

#### Hypothese 1e)

Der Studiengang hat einen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten. Es handelt sich um eine explorative Hypothese, die daher ungerichtet bleibt.

Es gibt signifikante Unterschiede beim Studiengang, die jedoch nach der Alpha-Adjustierung nicht mehr als signifikant bezeichnet werden dürfen. Daher wird die Nullhypothese beibehalten. Nachfolgende Post-hoc Tests zeigen folgende signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Studiengängen:

Sprach- und Kulturwissenschaften (Annehmer 56, Ablehner 20) vs. Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Annehmer 32, Ablehner 25): Exakter Test nach Fisher=  $p=0.043$ , Cramer  $V=.183$ .

Theoretische Naturwissenschaften (Annehmer 32, Ablehner 4) vs. Recht, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Annehmer 32, Ablehner 25): Exakter Test nach Fisher=  $0.001$ , Cramer- $V= .344$ .

Theoretische Naturwissenschaften (Annehmer 32, Ablehner 4) vs. Lehramt (Annehmer 13, Ablehner 9), exakter Test nach Fisher=  $.020$ , Cramer  $V= .347$ .

#### Hypothese 1f)

Studierende mit einem Nebenjob entscheiden sich seltener für eine Therapie als Studierende ohne Nebenjob.

Es gibt nach der Alpha-Adjustierung keinen signifikanten Unterschied beim Entscheidungsverhalten. Studierende, die sich für eine Psychotherapie entscheiden (Nebenjob=78, kein Nebenjob=66) unterscheiden sich nicht von Studierenden, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden (Nebenjob=45, kein Nebenjob=16):  $\chi^2(1, N=205)=6.86$ ,  $p=.009$ . Es ist jedoch ein Trend erkennbar, dass Studierende, die neben dem Studium arbeiten, sich eher gegen eine Psychotherapie entscheiden. Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### *Einfluss von Diagnose, Beschwerdedauer und Komorbiditäten auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1g)

Je länger die Beschwerdedauer, desto eher entscheiden sich Studierende für eine Therapie.

Die Annehmer unterscheiden sich in ihrer Beschwerdedauer (Median=24 Monate) nicht von den Ablehnern einer Psychotherapie (Median=24 Monate),  $U=4.261$ ,  $z=1.877$ ,  $r=.14$ ,  $p=.061$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 1h)

Klienten mit einer Vorbehandlung entscheiden sich öfter für einen Therapieplatz als Klienten ohne Vorbehandlung.

Studierende, die sich für eine Psychotherapie entscheiden (66 bereits mit Vorbehandlung, 78 ohne Vorbehandlung), unterscheiden sich nicht signifikant von Studierenden, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden (25 mit Vorbehandlung, 37 ohne Vorbehandlung),  $\chi^2(1, N=205)=.534$ ;  $p=.465$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 1i)

Die Diagnose hat keinen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten der Klienten.

Es gibt keinen Unterschied bei der Vergabe der Diagnose bei Annehmern und Ablehnern einer Psychotherapie (Verteilung der Diagnosen siehe Tabelle 39),  $\chi^2(3, N=201)=2.20$ ;  $p=.532$ . Die Hypothese wird bestätigt.

### *Einfluss von psychischer Belastung auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1j)

Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, haben eine signifikant höhere psychische Beeinträchtigung als Klienten, die sich dagegen entscheiden. Je höher die psychische Beeinträchtigung, desto eher entscheiden sich Studierende für eine ambulante Psychotherapie.

Die Voraussetzungen für einen t-Test für unabhängige Stichproben waren gegeben; von einer Normalverteilung wird ausgegangen, da der Kolmogorov-Smirnov-Test nicht signifikant wird.

Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, haben keine signifikant höhere Belastung (Mittelwert BSI, GSI-Wert =64.6) als Klienten, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden (Mittelwert=65.8),  $t(197) < 1$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 1k)

Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, weisen eine signifikant höhere depressive Symptomatik auf als Studierende, die sich gegen eine Therapie entscheiden. Die Voraussetzungen für einen t-Test für unabhängige Stichproben waren gegeben; von einer Normalverteilung wird ausgegangen, da der Kolmogorov-Smirnov-Test nicht signifikant wird.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik (Mittelwert ADS-K t-Werte Annehmer=64.9, Mittelwert ADS-K t- Werte Ablehner= 65.6),  $t(148.37) < 1$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 1l)

Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, geben eine signifikant höhere Belastung im Alltag an als Klienten, die sich gegen eine Therapie entscheiden.

Die Voraussetzungen für einen t-Test für unabhängige Stichproben waren nicht gegeben, es kann von keiner Normalverteilung ausgegangen werden. Klienten, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, haben keine signifikant höhere Belastung im Alltag (Median=8), als Klienten, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden (Median=9),  $U=4,953.00$ ,  $z=1.751$ ,  $r=.12$ ,  $p=.080$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

### *Einfluss des Umfelds auf das Entscheidungsverhalten*

#### Hypothese 1m)

Klienten, deren Umfeld eine Psychotherapie empfiehlt, entscheiden sich eher für eine Psychotherapie als Klienten, deren Umfeld nicht zu einer Psychotherapie rät.

Annehmer (80 hatten eine Empfehlung aus ihrem Umfeld, 52 hatten keine Empfehlung) unterscheiden sich nach der Alpha-Adjustierung nicht signifikant von den Ablehnern (24 hatten eine Empfehlung, 30 keine Empfehlung). Der Trend zeigt, dass sich Personen, die eine Empfehlung aus ihrem Umfeld hatten, sich eher zu einer Psychotherapie entschlossen,  $\chi^2(1, N=186)=4.061, p=.044$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 1n)

Klienten, in deren Umfeld Personen bereits selbst eine Psychotherapie gemacht haben, entscheiden sich eher für eine Psychotherapie als Klienten, in deren Umfeld es bisher keine Selbsterfahrung mit Psychotherapie gibt.

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Studienteilnehmern, deren Umfeld bereits Erfahrung mit Psychotherapie gemacht hat (Annehmer 99, Ablehner 27) und Studienteilnehmern, deren Umfeld keine Erfahrung mit Psychotherapie gemacht hat (Annehmer 30, Ablehner 27),  $\chi^2(1, N=183)=12.70, p<.001$ . Die Nullhypothese wird abgelehnt.

#### *Zusammenfassung:*

Aus Berechnungen zu Unterschieden bezüglich soziodemografischer Variablen, Diagnose und spezifischer Patientendaten wird deutlich, dass sich die Positiv-Entscheider nur hinsichtlich weniger Charakteristika signifikant von den Negativ-Entscheidern unterscheiden.

Nach der Bonferroni-Holm-Korrektur für 14 durchgeführte Tests werden außer ‚Umfeld hat Erfahrung mit Psychotherapie‘ keine weiteren Unterschiede signifikant. Es zeigten sich jedoch bei Migrationshintergrund, Studienzufriedenheit, Studiengang und Nebentätigkeit Tendenzen, dass diese Variablen für das Entscheidungsverhalten bedeutsam sind.

In einem nächsten, inkludierenden Schritt wurde eine binär logistische Regression als Voraussagemodell gerechnet.

### *Binär logistische Regression*

Die logistische Regressionsanalyse wird verwendet um die Gruppenzugehörigkeit (Indikation Psychotherapie befolgt vs. abgelehnt) zu prognostizieren. Da es sich um eine dichotome abhängige Gruppenvariable handelt wird eine binär logistische Regressionsanalyse verwendet. Die unabhängigen Variablen sind sowohl kategorial als auch metrisch. Multikollinearität zwischen den Prädiktoren liegt nicht vor. Verteilungsannahmen sind für die logistische Regressionsanalyse nicht erforderlich. Mit einem N=150 liegt eine ausreichend große Stichprobe vor. Geeignete Variablen wurden aus den bereits gerechneten Kreuztabellen und inhaltlichen Überlegungen ausgewählt.

Die binär logistische Regression erzielt eine Varianzaufklärung von 16% (Nagelkerkes R-Quadrat). Tabelle 40 stellt die in das Modell aufgenommenen Variablen dar:

*Tabelle 40:* In das Regressionsmodell aufgenommene Variablen (N=150)

|                             | B     | Standardfehler | Wald  | Sig.  | Exp(B) |
|-----------------------------|-------|----------------|-------|-------|--------|
| 1. Schritt <sup>a</sup>     |       |                |       |       |        |
| Umfeld hat Erfahrung mit PT | 1.14  | 0.38           | 8.97  | .003  | 3.13   |
| Konstante                   | -2.46 | 0.56           | 18.97 | <.001 | .09    |
| 2. Schritt <sup>b</sup>     |       |                |       |       |        |
| Umfeld hat Erfahrung mit PT | 1.18  | 0.39           | 9.18  | .002  | 3.26   |
| Zufriedenheit Studium zu t0 | 0.39  | 0.18           | 4.59  | .032  | 1.47   |
| Konstante                   | -3.83 | 0.89           | 18.64 | <.001 | .02    |
| 3. Schritt <sup>c</sup>     |       |                |       |       |        |
| Studiengang                 | 0.22  | 0.11           | 4.16  | .041  | 1.24   |
| Umfeld hat Erfahrung mit PT | 1.24  | 0.40           | 9.66  | .002  | 3.47   |
| Zufriedenheit Studium zu t0 | 0.42  | 0.19           | 4.90  | .027  | 1.52   |
| Konstante                   | -4.67 | 1.04           | 20.34 | <.001 | .01    |

Anmerkungen: R=.08 für Schritt 1, R=.13 für Schritt 2, R=.16 für Schritt 3. PT=Psychotherapie

Die Ergebnisse der durchgeführten Post-hoc Tests für den Studiengang wurden bereits bei Hypothese 1e) berichtet. Tabelle 41 stellt die nicht in das Regressionsmodell aufgenommenen Variablen dar.

*Tabelle 41: Nicht in das Regressionsmodell aufgenommene Variablen*

|                               | Wert  | Sig. |
|-------------------------------|-------|------|
| Schritt 3                     |       |      |
| Beschwerdedauer zu t0         | 2.637 | .104 |
| Alter                         | .026  | .873 |
| Migrationshintergrund         | .113  | .737 |
| Nebentätigkeit zu t0          | 3.723 | .054 |
| Umfeld empfahl Psychotherapie | .699  | .403 |
| BSI, GSI-Wert                 | 1.097 | .295 |

Damit zeichnet sich ein ähnliches Bild wie in den vorangegangenen Einzeltests ab: Die Variable ‚Umfeld hat Erfahrung mit Psychotherapie‘ stellt sich auch hier wieder als bedeutend für die Entscheidung eine Psychotherapie zu machen heraus. Prädiktoren zum Störungsgrad und Beeinträchtigung sind nicht vorhersagekräftig, Indizes zum Studienverlauf (gewählter Studiengang und Studienzufriedenheit) beeinflussen das Entscheidungsverhalten gering. Das vorliegende Modell kann lediglich 16% Varianz aufklären.

### 4.3.2 Hypothesenblock 2: Suchaktivität und Wartezeit

Im zweiten Hypothesenblock werden Zusammenhänge zwischen Suchaktivität, Therapie-motivation und Wartezeit untersucht.

Hypothese 2a)

Je höher die Suchaktivität des Klienten, desto kürzer muss er auf einen Therapieplatz warten. Für die Operationalisierung der Suchaktivität wurde sowohl die Anzahl an kontaktierten Therapeuten durch die Suchenden, als auch die von ihnen geschätzte Stundenanzahl, die sie für die Suche aufgewendet hatten, verwendet. Die Wartezeit in Wochen bildet die abhängige Variable. Die deskriptive Statistik findet sich in Tabelle 42, es fällt die große Streuung bei ‚Anzahl kontaktierter Therapeuten‘ auf.

Tabelle 42: Deskriptive Darstellung der Suchaktivität und Wartezeit

|                                  | N   | Mittelwert | SD    |
|----------------------------------|-----|------------|-------|
| Anzahl kontaktierter Therapeuten | 125 | 9.96       | 10.25 |
| geschätzte Stunden               | 96  | 3.67       | 5.05  |
| Wartezeit in Wochen              | 112 | 8.82       | 6.37  |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung

Für eine lineare Regression wurde als Kriterium die Variable ‚Wartezeit in Wochen‘ gewählt, als Prädiktoren gingen die Anzahl kontaktierter Therapeuten und die geschätzten Stunden ein. Die lineare Regression nimmt keine Variablen in das Modell auf, es findet sich kein linearer Zusammenhang zwischen Suchaktivität und der Wartezeit. Die Nullhypothese wird beibehalten. In einem zweiten Schritt wurde ein t-Test auf Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ‚Therapieplatz gefunden‘ und ‚trotz Suchaktivität keinen Therapieplatz gefunden‘ gerechnet.

Der t-Test für unabhängige Stichproben (Tabelle 43) zeigt, dass es zwischen den Klienten, die einen Therapieplatz erhalten hatten, und jenen, die keinen Therapieplatz erhalten hatten, keinen signifikanten Unterschied im Hinblick auf die Anzahl der kontaktierten Therapeuten (auf Anrufbeantworter gesprochen oder Ansage abgehört, Email geschrieben oder persönlich erreicht) gab,  $t(105)=1.32$ ,  $p=.191$ . Jedoch unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant in der tatsächlich erzielten persönlichen Kontaktaufnahme (persönlich erreicht, Rückruf des Therapeuten),  $t(79) = 2.34$ ,  $p=.022$ . Die praktische Bedeutsamkeit ist mit einer Effektstärke von  $d=.17$  als gering zu bewerten.

Tabelle 43: t-Test für unabhängige Stichproben

|                                  | N  | M     | SD    | t-Wert | sign            |
|----------------------------------|----|-------|-------|--------|-----------------|
| Anzahl kontaktierter Therapeuten |    |       |       |        |                 |
| Therapieplatz erhalten           | 87 | 10.95 | 10.15 | 1.32   | n.s.            |
| keinen Therapieplatz erhalten    | 20 | 7.50  | 12.31 |        |                 |
| persönliche Kontaktaufnahme      |    |       |       |        |                 |
| Therapieplatz erhalten           | 61 | 5.16  | 4.41  | 2.34   | sign.<br>p=.022 |
| keinen Therapieplatz erhalten    | 20 | 2.55  | 4.15  |        |                 |

Anmerkung: M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, sign=Signifikanz.

#### Hypothese 2b)

Je höher die Therapiemotivation, desto höher die Suchaktivität.

Je motivierter die Klienten auf eine Psychotherapie sind, desto intensiver werden sie auch nach einem Psychotherapeuten suchen.

Anhand der Korrelationsmatrix (Tabelle 38) lässt sich erkennen, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Psychotherapiemotivation und der Suchaktivität gibt. Es zeigt sich lediglich eine signifikante Korrelation zwischen der Skala Wissen des FPTM und der geschätzten Suchstunden. Da dieser Einzelfaktor jedoch nicht die allgemeine Therapiemotivation abbilden kann, wird er vernachlässigt. Es kann daher keine lineare Regression gerechnet werden. Die Nullhypothese wird beibehalten. Das Ergebnis wird im Diskussionsteil betrachtet.

### **4.3.3 Hypothesenblock 3: Unterschiede zwischen den Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ vs. ‚keine Therapie gemacht‘ nach 1,5 Jahren**

Zum Zeitpunkt t3 gibt es Personen, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben und Personen, die sich gegen eine Psychotherapie entschieden haben (vgl. Abbildung 4: Gruppen I.1, I.4 und II.1). Der Hypothesenblock untersucht, welche Unterschiede es zwischen den beiden Gruppen 1,5 Jahre nach Indikationsstellung gibt.

Die untersuchte Gruppe ist nicht zu verwechseln mit den Annehmern und Ablehnern aus Hypothesenblock 1. Einige Annehmer waren 1,5 Jahre später nicht in Therapie und die Gruppe derjenigen, die sich noch in laufender Therapie befanden oder die Therapie abgebrochen hatten, wurde nicht in die Berechnungen mitaufgenommen (vgl. Abbildung 3: Gruppen I.2 - I.4 und II.2). Ebenso wurden die Teilnehmer, die zu t3 in der PBS oder stationär in Behandlung waren aus der Gruppe ‚Keine Therapie gemacht‘ herausgenommen (vgl. Tabelle 16). Zur Kontrolle wurden Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen gerechnet. Bei dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten unterscheiden sich die beiden Gruppen in der Variable ‚Umfeld empfahl Psychotherapie‘, außerdem unterscheiden sie sich signifikant in ihrer Beschwerdedauer. Patienten, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten, gaben zu t0 eine signifikant kürzere Beschwerdedauer an (Median=12 Monate), als Patienten, die keine Psychotherapie gemacht haben (Median=24 Monate). Tendenzen, die noch beim Entscheidungsverhalten zu t0 auftraten (vgl. Hypothesenblock 1), zeigen sich in dieser Subgruppe nicht mehr (Übersichtstabelle siehe Anhang Ergebnisse, Tabelle 57).

Tabelle 44 gibt einen Überblick über die untersuchten Unterschiede. Darauf aufbauend werden die Hypothesen gesondert betrachtet. Als unabhängige Variable dient das Inanspruchnahmeverhalten (Therapie regulär beendet/keine Therapie begonnen). Die Rechnungen wurden für Nominaldaten mittels nonparametrischer Tests (Chi<sup>2</sup>-Test, Fishers-Exakter-Test) durchgeführt. Bei intervallskalierten Variablen, bei denen die Voraussetzungen gegeben waren, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben verwendet. Da bei einigen intervallskalierten Variablen keine Normalverteilung gegeben war (Studienzufriedenheit und Anzahl Hausarztbesuche) wurde in diesen Fällen anstelle des t-Tests der Mann-Whitney-U Test gerechnet. Zur Verwendung der Zusammenhangsmaße s. S. 106.

Tabelle 44: Darstellung der Unterschiede zwischen der Gruppe ‚Psychotherapie gemacht‘ und der Gruppe ‚keine Psychotherapie gemacht‘ zu t3

| Abhängige Variable   | Therapie<br>regulär<br>beendet | Keine<br>Therapie<br>begonnen | Test und<br>Zusammen-<br>hangsmaß | p-Wert |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------|
| <b>medizinisches Inanspruchnahmeverhalten</b>                  |                                |                               |                                   |        |
| Besuch Hausarzt  | N=49<br>Median=4               | N =67<br>Median=3             | U=1,304.000<br>Z=-1.783, r=1.78   | .121   |
| Besuch Psychiater/Neurologe                                    | % (n)                          | % (n)                         | $\chi^2$ (df)                     |        |
| ja   | 12.2 (6)                       | 10.3 (7)                      | .110 (1)                          | .772   |
| nein   | 87.8 (43)                      | 89.7 (61)                     | Phi= .031                         |        |
| Einnahme von Psychopharmaka                                    |                                |                               |                                   |        |
| Einnahme   | 10.0 (5)                       | 13.4 (9)                      | 0.32 (1)                          | .571   |
| keine Einnahme   | 90.0 (45)                      | 86.6 (58)                     | Phi= -.052                        |        |
| sonstige Medikamente   |                                |                               |                                   |        |
| regelmäß. Einnahme   | 14.0 (6)                       | 3.8 (2)                       | Test nach Fisher: p=.135          |        |
| keine Einnahme   | 86.0 (37)                      | 96.2 (50)                     | Cramer-V= .181                    |        |
| <b>Studien- und Lebenssituation</b>                            |                                |                               |                                   |        |
| Studienzufriedenheit t3  | N=40<br>Median=2.5             | N =47<br>Median=3.0           | U=1,105.000<br>Z=-1.474, r=.16    | .141   |
| Prüfungsleistungen   | % (n)                          | % (n)                         |                                   |        |
| keine Prüfungsleistung   | 2.0 (1)                        | 15.4 (11)                     | Test nach Fisher: p=.023          |        |
| Prüfungsleistung erbracht                                      | 98.0 (84)                      | 84.6 (55)                     | Cramer-V=.224                     |        |
| Fach- und/oder Uni- Wechsel                                    | % (n)                          | % (n)                         |                                   |        |
| ja   | 4.2 (2)                        | 16.7 (10)                     | Test nach Fisher: p=.062          |        |
| nein   | 95.8 (46)                      | 83.3 (50)                     | Cramer-V= .198                    |        |
| Lebenszufriedenheit  | n= 49<br>M=3.57<br>SD=1.67     | n=56<br>M=3.82<br>SD=1.69     | t= -.761 (103)<br>d=0.09          | .448   |
| <b>Psychische Beeinträchtigung, ADS-K, Belastung im Alltag</b> |                                |                               |                                   |        |
| werden gesondert betrachtet                                    |                                |                               |                                   |        |

Anmerkungen: M=Mittelwert, SD=Standardabweichung.

### *Medizinisches Inanspruchnahmeverhalten*

#### Hypothese 3a)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, konsultieren seltener ihren Hausarzt als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Anzahl der Hausarztbesuche bei Therapieabsolventen (Median=4) und der Anzahl der Hausarztbesuche bei Ablehnern einer Therapie (Median=3),  $U=1.304$ ,  $z=1.78$ ,  $r=.17$ ,  $p=.121$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 3b)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, konsultieren seltener einen Psychiater oder Neurologen als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Studierende, die sich für eine Psychotherapie entschieden (6 konsultierten zusätzlich einen Psychiater und/oder Neurologen, 43 hatten keine zusätzliche fachärztliche Behandlung) unterscheiden sich nicht signifikant von Studierenden, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden (7 in psychiatrischer/neurologischer Behandlung, 61 ohne Behandlung),  $\chi^2(1, N=117)=.110$ ;  $p=.772$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 3c)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, nehmen seltener Psychopharmaka ein als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Es gibt keinen Unterschied in der Einnahme von Psychopharmaka zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten (5 nahmen Psychopharmaka ein, 45 nahmen keine Psychopharmaka) und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht hatten (9 nahmen Psychopharmaka ein, 58 nahmen keine Psychopharmaka ein),  $\chi^2(1, N=117)=.32$ ;  $p=.571$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 3d)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, nehmen seltener Medikamente allgemein ein als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Es gibt keinen Unterschied in der regelmäßigen Einnahme von sonstigen Medikamenten (nicht Psychopharmaka) zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten (6 nahmen regelmäßig Medikamente ein, 37 nahmen keine ein) und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht hatten (2 nahmen Medikamente ein, 50 nahmen keine Medikamente

ein), Exakter Test nach Fisher (N=95).  $p=.135$ , Cramer V: .181. Die Nullhypothese wird beibehalten.

### *Studienverlaufs und Lebenssituation*

#### Hypothese 3e)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, sind zufriedener mit ihrem Studium als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied in der Studienzufriedenheit von Therapieabsolventen (Median=2,5) und der Studienzufriedenheit bei Ablehnern (Median=3,0),  $U=1,105$ ,  $z=1.47$ ,  $r=.16$ ,  $p=.141$ . Die Nullhypothese wird beibehalten.

#### Hypothese 3f)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, haben häufiger Prüfungsleistungen im Rahmen ihres Studiengangs erbracht als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Nach der Alpha-Adjustierung ergibt sich kein signifikanter Unterschied in den erbrachten Prüfungsleistungen zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten (1 Person hatte keine, 84 hatten eine Prüfungsleistung erbracht) und Studierenden, die keine Psychotherapie gemacht haben (11 hatten keine, 55 hatten eine Prüfungsleistung erbracht), Exakter Test nach Fisher (N=151),  $p=.023$ , Cramer V: .224. Die Nullhypothese wird beibehalten, wenngleich sich eine Tendenz abzeichnet, dass Therapieabsolventen eher Prüfungsleistungen erbringen.

#### Hypothese 3g)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, haben seltener ihr Studienfach und/oder die Universität gewechselt als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied im Studienverlauf zwischen Studierenden, die eine Therapie gemacht haben (2 Teilnehmer hatten die Uni und/oder den Studiengang gewechselt, 46 hatten keinen Wechsel) und Studierenden, die sich dagegen entschieden haben (10 Studierende hatten die Universität und/oder den Studiengang gewechselt, 50 hatten keinen Wechsel), Exakter Test nach Fisher (N=108).  $p=.068$ , Cramer V: .198. Die Nullhypothese wird beibehalten.

Hypothese 3h)

Studierende, die eine Psychotherapie abgeschlossen haben, sind zufriedener mit ihrem Leben als Studierende, die keine Psychotherapie gemacht haben.

Es gibt keinen Unterschied in der Lebenszufriedenheit zwischen Studierenden, die eine Therapie gemacht haben (Mittelwert 3.57, Standardabweichung 1.67) und Studierenden, die sich dagegen entschieden haben (Mittelwert 3.83, Standardabweichung 1.69), t-Test (103) < 1. Die Nullhypothese wird beibehalten.

Es zeigte sich, dass die beiden Gruppen sich nicht hinsichtlich medizinischem Inanspruchnahmeverhalten und Lebenszufriedenheit signifikant unterscheiden. Lediglich bei der studienbezogenen Variablen ‚Prüfungsleistungen erbracht‘ zeigt sich eine Tendenz hin zu einer höheren Leistungsfähigkeit derjenigen, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten.

## *Psychische Beeinträchtigung*

### Hypothese 3i)

Klienten, die eine Psychotherapie gemacht haben, sind anderthalb Jahre nach Indikationsstellung psychisch signifikant weniger belastet als Klienten, die sich gegen eine Therapie entschieden haben.

Um die Hypothese zu prüfen, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor über die beiden Gruppen ‚Psychotherapie gemacht‘ und ‚Psychotherapie nicht gemacht‘ sowie über den Faktor Zeit (t0 und t3) gerechnet. Als abhängige Variable wurden die t-Werte des GSI Gesamtscore des BSI verwendet.

Die Voraussetzungen für die Varianzanalyse mit Messwiederholung sind erfüllt. Die Überprüfung der Voraussetzung der normalverteilten abhängigen Variablen erfolgte mit dem sensitiven Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, dieser wurde nicht signifikant. Die Annahme der Varianzhomogenität über die Gruppen hinweg wurde mit dem Levene-Test überprüft. Die Gleichheit der Fehlervarianz liegt bei den BSI t-Werten zu t0 ( $F(1, 100) = 0.92$ ,  $p=.339$ ) und bei den BSI t- Werten zu t3 ( $F(1,100)= 1.66$ ,  $p=.201$ ) vor. Daher kann eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt werden. Da es sich um nur zwei Messzeitpunkte handelt, ist die Überprüfung der Sphärizität nicht von Bedeutung. Tabelle 45 stellt die deskriptive Statistik dar. Dabei zeigt sich bereits ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten. Während die Werte bei beiden Gruppen zu t0 deutlich im klinischen Bereich liegen, sind sie zu t3 um mehr als eine Standardabweichung gesunken.

*Tabelle 45:* Deskriptive Statistik der BSI GSI t-Werte zu t0 und t3, getrennt nach Gruppen

|                          | N   | Mittelwert | SD    |
|--------------------------|-----|------------|-------|
| BSI zu t0                |     |            |       |
| Therapie regulär beendet | 47  | 62.81      | 7.82  |
| keine Therapie gemacht   | 55  | 66.44      | 7.61  |
| Gesamt                   | 102 | 64.76      | 7.88  |
| BSI zu t3                |     |            |       |
| Therapie regulär beendet | 47  | 49.09      | 10.76 |
| keine Therapie gemacht   | 55  | 54.13      | 12.01 |
| Gesamt                   | 102 | 51.80      | 11.67 |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung.

Die psychische Beeinträchtigung der Teilnehmer wurde mittels einer 2 (Therapieinanspruchnahme) x 2 (Zeit) faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit untersucht. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 46 dargestellt. Die

Tabelle der Zwischensubjekteffekte ist im Anhang aufgeführt (Tabelle 59). Es ergab sich ein signifikanter Effekt für den Faktor Zeit,  $F(1, 100)=8587.41$ ,  $p<.001$ ,  $\eta_p^2=.568$ , nicht aber für den Faktor Therapieinanspruchnahme und die Zeit x Therapieinanspruchnahme-Interaktion. D.h. unabhängig von der Inanspruchnahme einer Therapie nahm die Belastung in beiden Gruppen über den Zeitraum von 1,5 Jahren signifikant ab. Einen graphischen Überblick gibt Abbildung 10. Die Nullhypothese wird beibehalten.

Gründe für den ähnlichen Verlauf der psychischen Beeinträchtigung über die beiden Gruppen hinweg werden im Diskussionsteil erörtert.

Tabelle 46: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, BSI GSI, Tests der Innersubjekteffekte

|                    | Quadrat-summe | df  | Mittel der Quadrate | F       | p     | $\eta_p^2$ |
|--------------------|---------------|-----|---------------------|---------|-------|------------|
| Zeit               | 8587.41       | 1   | 8587.41             | 131.495 | <.001 | .568       |
| Zeit *             | 25.35         | 1   | 25.35               | .388**  | .535  | .004       |
| Inanspruchnahme PT |               |     |                     |         |       |            |
| Fehler(Zeit)       | 6530.58       | 100 | 65.31               |         |       |            |

Anmerkungen: Sphärizität angenommen,  $\eta_p^2$ =partielles Eta Quadrat \*= signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*= hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung. PT=Psychotherapie.

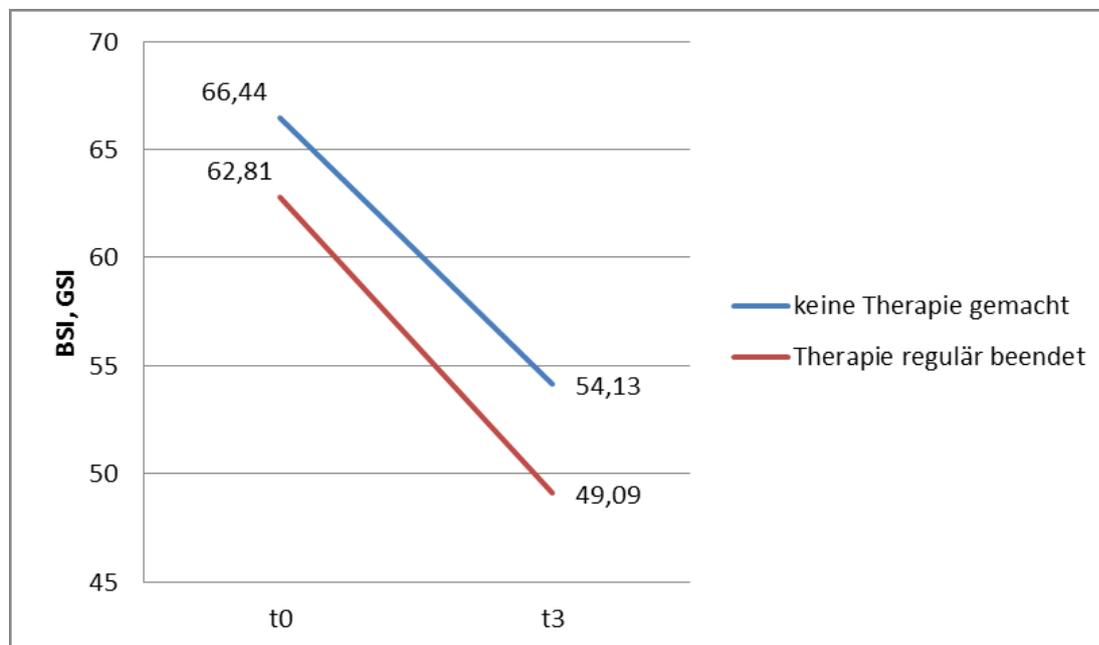


Abbildung 10: Profildiagramm der BSI t-Werte vor Beratungsbeginn zu t0 und zu t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘.

In einem zweiten Schritt wurden die Daten zu Beratungsende in der PBS mit in die Rechnung aufgenommen, so dass sich ein Verlauf über drei Messzeitpunkte hinweg ergab. Diese Daten

stammen aus der Basisdokumentation der PBS und werden nach Beratungsende erhoben. Diese Hinzunahme war nicht im Design vorgesehen und daher können die Ergebnisse nur explorativ betrachtet werden. Durch das zusätzliche Aufnehmen eines dritten Messzeitpunktes verringerte sich die Anzahl gültiger Fälle auf  $N_{\text{gesamt}}=50$ . Dies liegt zum einen daran, dass nur Klienten, die mehr als zwei Sitzungen in der PBS wahrnehmen, gebeten werden, den Fragebogen auszufüllen. Zum anderen ist hier erfahrungsgemäß von einer hohen drop out Rate auszugehen. Die beiden Gruppen ‚alle drei Messzeitpunkte vorhanden‘ vs. ‚keine vollständige Messzeitpunkte vorhanden‘ unterscheiden sich daher auch signifikant in der Anzahl der wahrgenommenen Sitzungen in der PBS (t-Test (85,66)=5.34,  $p < .001$ ). Die Personen, von denen zu allen drei Messzeitpunkten Daten vorhanden sind, haben mit fünf Sitzungen im Durchschnitt zwei Sitzungen in der PBS mehr wahrgenommen als Klienten mit nur zwei Werten, die im Durchschnitt zu drei Sitzungen in der PBS waren. Die beiden Gruppen unterscheiden sich sonst in keiner kontrollierten Variablen signifikant (Alter, Geschlecht, Studienzufriedenheit, Prüfungsleistungen absolviert, Fach- und/oder Uniwechsel, medizinische Inanspruchnahme). Zur Übersicht siehe Anlage Ergebnisteil, Tabelle 58. Tabelle 47 gibt einen Überblick der deskriptiven Statistik. Die Mittelwerte zeigen, dass sich die Werte der Gruppe ‚Therapie regulär beendet‘ sowohl zum Beratungsende in der PBS, als auch zum Messzeitpunkt t3 verringern. Die Werte der Gruppe ‚keine Therapie gemacht‘ reduzieren sich ebenfalls zu Beratungsende in der PBS, bleiben dann aber relativ stabil bis zu t3.

*Tabelle 47: Deskriptive Statistik der BSI GSI t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3*

|                              | N  | Mittelwert | SD    |
|------------------------------|----|------------|-------|
| <b>BSI t0</b>                |    |            |       |
| Therapie regulär beendet     | 28 | 62.64      | 8.67  |
| keine Therapie gemacht       | 22 | 66.05      | 7.87  |
| Gesamt                       | 50 | 64.14      | 8.42  |
| <b>BSI Beratungsende PBS</b> |    |            |       |
| Therapie regulär beendet     | 28 | 56.82      | 9.48  |
| keine Therapie gemacht       | 22 | 57.09      | 9.59  |
| Gesamt                       | 50 | 56.94      | 9.42  |
| <b>BSI zu t3</b>             |    |            |       |
| Therapie regulär beendet     | 28 | 48.75      | 11.44 |
| keine Therapie gemacht       | 22 | 56.45      | 11.06 |
| Gesamt                       | 50 | 52.14      | 11.81 |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung.

Die Voraussetzungen für die Varianzanalyse mit Messwiederholung bleiben trotz dem geringen Stichprobenumfang erhalten. Die Überprüfung der Voraussetzung der Normal-

verteilung erfolgte mit dem sensitiven Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, dieser wurde nicht signifikant. Die Annahme der Varianzhomogenität über die Gruppen hinweg wurde mit dem Levene-Test überprüft. Die Gleichheit der Fehlervarianz liegt bei den BSI t-Werte zu t0 ( $F(1,48) = 1.125, p=.294$ ), bei den BSI t-Werten nach Beratungsende PBS ( $F(1,48) = .002, p=.964$ ) und bei den BSI t- Werten zu t3 ( $F(1,48) = .063, p=.803$ ) vor. Daher kann eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt werden. Der Mauchly-Test auf Sphärizität ergab ebenfalls kein signifikantes Ergebnis, so dass die Voraussetzung der Sphärizität gegeben ist.

Die psychische Beeinträchtigung der Teilnehmer wurde mittels einer 2 (Therapieinanspruchnahme) x 3 (Zeit) faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit untersucht. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 48 dargestellt. Es ergab sich ein signifikanter Effekt für den Faktor Zeit,  $F(1, 48)=31,942, p<.001, \eta_p^2=.400$ , sowie für den Faktor Zeit x Therapieinanspruchnahme-Interaktion,  $F(2, 48)=3,158, p=0.047, \eta_p^2=.062$ .

*Tabelle 48: Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, BSI GSI, Tests der Innersubjekteffekte*

|                    | Quadrat-summe | df | Mittel der Quadrate | F        | p     | $\eta_p^2$ |
|--------------------|---------------|----|---------------------|----------|-------|------------|
| Zeit               | 3472.77       | 2  | 1736.39             | 31,942** | <.001 | .400       |
| Zeit *             | 343.33        | 2  | 171.67              | 3,158*   | .047  | .062       |
| Inanspruchnahme PT |               |    |                     |          |       |            |
| Fehler(Zeit)       | 5218.67       | 96 | 54.36               |          |       |            |

Anmerkungen: Sphärizität angenommen,  $\eta_p^2$ =partielles Eta Quadrat \*= signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*= hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung. PT=Psychotherapie.

Der post-hoc Vergleich durch t-Tests bei unabhängigen Stichproben zeigt, dass sich die beiden Gruppen weder zu t0 noch zu Beratungsende in der PBS bei der psychischen Beeinträchtigung signifikant unterscheiden. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zum Zeitpunkt t3, (Mittelwert Gruppe ‚Therapie regulär beendet‘, BSI t-Wert=48.75, Standardabweichung 11.44 und Mittelwert Gruppe ‚keine Psychotherapie gemacht‘ BSI t-Wert=56.45, Standardabweichung 11.06), t-Test (48) =-2.399,  $p=.020, d=0.68$ . Damit zeigt sich bei der praktischen Bedeutsamkeit ein mittlerer Effekt. Bei den durchgeführten t-Tests bei gepaarten Stichproben (Anhang Ergebnisse, Tabelle 68) findet sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten t0 und Beratungsende PBS (t-Test (26) = 5,36,  $p<.001, d=1.2$ ), sowie zwischen den Messzeitpunkten t0 und t3 (t-Test (21)=3,94,  $p=.001, d=1.0$ ) in beiden Gruppen. Auch die Effektstärke zeigt einen starken Effekt an. Es findet keine signifikante Veränderung zwischen Beratungsende und t3 statt ( $t(21)<1$ ),

vielmehr zeigt sich ein stabilisierender Effekt. Einen graphischen Überblick gibt Abbildung 11.

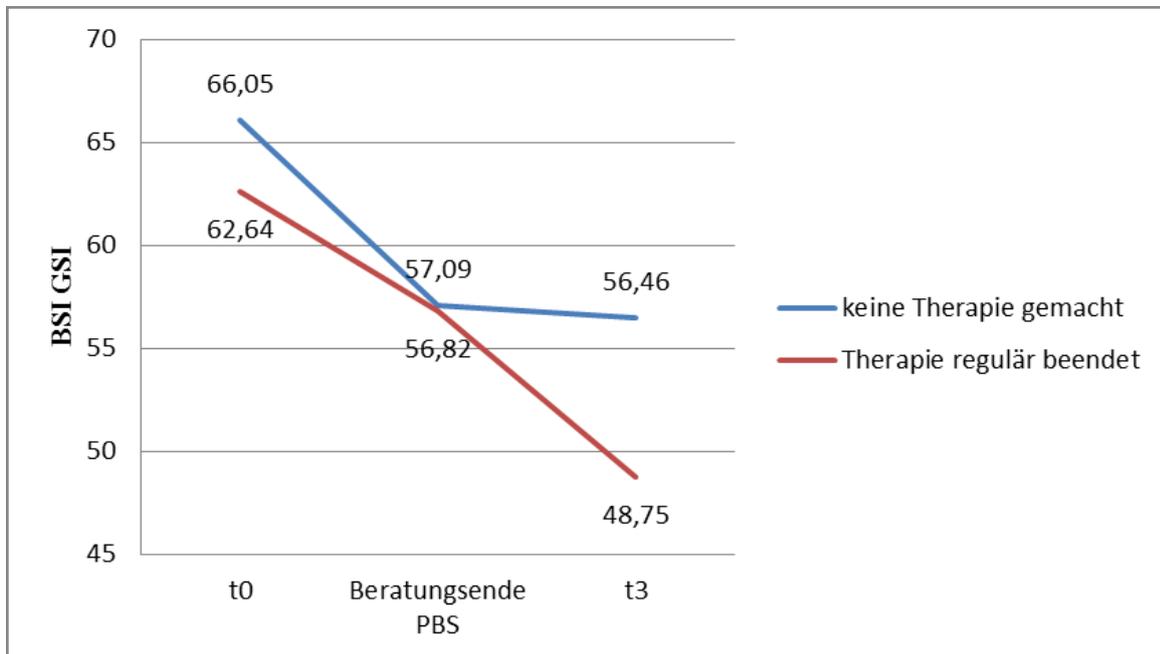


Abbildung 11: Profildiagramm der BSI t-Werte vor Beratungsbeginn zu t0, zu Beratungsende in der PBS und zu t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘

Aufgrund der Ergebnisse wird die Nullhypothese beibehalten, die Ergebnisse liefern dennoch wichtige zusätzliche Informationen über den Verlauf der Werte, die im Diskussionsteil zu erörtern sein werden.

### Hypothese 3j)

Studierende, die eine Psychotherapie gemacht haben, zeigen anderthalb Jahre nach Indikationsstellung eine signifikant geringere depressive Symptomatik als Studierende, die sich gegen eine Therapie entschieden haben.

Die Voraussetzung für die Varianzanalyse mit Messwiederholung ist gegeben. Die Überprüfung der Voraussetzung der abhängigen Variablen (t-Werte ADS-K) erfolgte mit dem sensitiven Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, dieser wurde nicht signifikant. Die Annahme der Varianzhomogenität über die Gruppen hinweg wurde mit dem Levene-Test überprüft. Die Gleichheit der Fehlervarianz liegt bei den ADS-K t-Werten zu t0 nicht vor ( $F(1, 102) = 8.1, p=.005$ ) bei den ADS-K t- Werten zu t3 ist sie gegeben ( $F(1,102)= 0.12, p=.731$ ). Dennoch wird die Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt, da es sich um normalverteilte Daten handelt und die Gruppen (Therapie beendet N=49 und keine Therapie gemacht N=55) annähernd gleich groß sind. Da es sich um nur zwei Messzeitpunkte handelt, ist die Überprüfung der Sphärizität nicht von Bedeutung. Tabelle 49 stellt die deskriptive Statistik dar. Dabei zeigt sich bereits ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten. Während die Werte bei beiden Gruppen zu t0 deutlich im klinischen Bereich liegen, sind sie zu t3 um circa eine Standardabweichung gesunken.

*Tabelle 49:* Deskriptive Statistik der ADS-k t-Werte zu t0 und t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘

|                          | N   | Mittelwert | SD   |
|--------------------------|-----|------------|------|
| ADS t-Werte t0           |     |            |      |
| Therapie regulär beendet | 49  | 64.25      | 9.53 |
| keine Therapie gemacht   | 55  | 64.84      | 6.59 |
| Gesamt                   | 104 | 64.56      | 8.07 |
| ADS t-Wert t3            |     |            |      |
| Therapie regulär beendet | 49  | 51.94      | 7.32 |
| keine Therapie gemacht   | 55  | 53.58      | 8.33 |
| Gesamt                   | 104 | 52.81      | 7.87 |

Anmerkungen: SD=Standardabweichung.

Die Depressivität der Teilnehmer wurde mittels einer 2 (Therapieinanspruchnahme) x 2 (Zeit) faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit untersucht. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 50 dargestellt. Es ergab sich ein signifikanter Effekt für den Faktor Zeit,  $F(1, 102)=137,30, p<.001, \eta_p^2= .574$ , nicht aber für den Faktor

Therapieinanspruchnahme und die Zeit x Therapieinanspruchnahme-Interaktion. Einen graphischen Überblick gibt Abbildung 12. Die Nullhypothese wird beibehalten.

Tabelle 50: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, ADS-K, Tests der Innersubjekteffekte

|                    | Quadrat-summe | df  | Mittel der Quadrate | F        | p     | $\eta_p^2$ |
|--------------------|---------------|-----|---------------------|----------|-------|------------|
| Zeit               | 7192.35       | 1   | 7192.35             | 137.29** | <.001 | .574       |
| Zeit *             | 14.33         | 1   | 14.33               | .274     | .602  | .003       |
| Inanspruchnahme PT |               |     |                     |          |       |            |
| Fehler(Zeit)       | 5343.42       | 102 | 52.39               |          |       |            |

Anmerkungen: Sphärizität angenommen,  $\eta_p^2$ =partielles Eta Quadrat \*= signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*= hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung. PT=Psychotherapie.

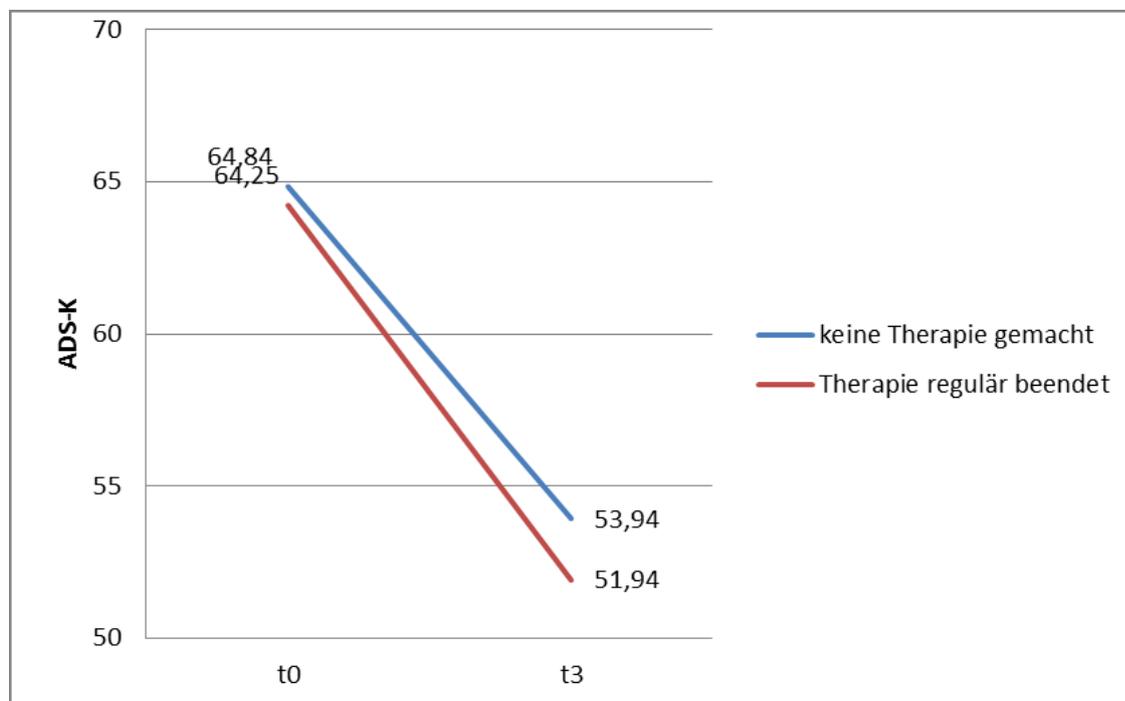


Abbildung 12: Profildiagramm der ADS-K t-Werte zu t0 und zu t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘

In einem zweiten Schritt wurden erneut die Daten zu Beratungsende in der PBS mit in die Rechnung aufgenommen, so dass sich ein Verlauf über drei Messzeitpunkte hinweg ergab. Durch das zusätzliche Aufnehmen eines dritten Messzeitpunktes verringerte sich die Anzahl gültiger Fälle auf N=52. Tabelle 51 zeigt die deskriptive Statistik.

*Tabelle 51:* Deskriptive Statistik der ADS-K t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘

|                          | N  | Mittelwert | SD    |
|--------------------------|----|------------|-------|
| ADS t-Werte t0           |    |            |       |
| Therapie regulär beendet | 29 | 64.86      | 10.52 |
| keine Therapie gemacht   | 23 | 63.61      | 6.37  |
| Gesamt                   | 52 | 64.30      | 8.87  |
| ADS t-Werte post         |    |            |       |
| Therapie regulär beendet | 29 | 53.31      | 9.88  |
| keine Therapie gemacht   | 23 | 53.61      | 10.30 |
| Gesamt                   | 52 | 53.44      | 9.97  |
| ADS t-Wert t3            |    |            |       |
| Therapie regulär beendet | 29 | 53.24      | 6.98  |
| keine Therapie gemacht   | 23 | 54.74      | 8.43  |
| Gesamt                   | 52 | 53.90      | 7.62  |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung.

Die Voraussetzungen für die Varianzanalyse mit Messwiederholung blieben trotz geringem Stichprobenumfang erhalten. Die Überprüfung der Voraussetzung der Normalverteilung erfolgte mit dem sensitiven Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, dieser wurde nicht signifikant. Die Annahme der Varianzhomogenität über die Gruppen hinweg wurde mit dem Levene-Test überprüft. Die Gleichheit der Fehlervarianz liegt bei den ADS-K t-Werten zu t0 ( $F(1,50) = 4.426, p=.054$ ), bei den ADS-K t-Werten nach Beratungsende PBS ( $F(1,50) = .009, p=.924$ ) und bei den ADS-K t-Werten zu t3 ( $F(1,50) = .138, p=.711$ ) vor. Daher kann eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt werden. Der Mauchly-Test auf Sphärizität ergab kein signifikantes Ergebnis, so dass die Voraussetzung der Sphärizität gegeben ist.

Die Veränderung der depressiven Symptomatik der Teilnehmer wurde mittels einer 2 (Therapieanspruchnahme) x 3 (Zeit) faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit untersucht. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 52 dargestellt. Es ergab sich ein hoch signifikanter Effekt für den Faktor Zeit,  $F(2, 50)=30.635, <.001, \eta_p^2 = .380$ . Für die Zeit x Therapieanspruchnahme-Interaktion ergab sich keine Signifikanz. Das Profildiagramm wird in Abbildung 13 dargestellt.

Tabelle 52: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, ADS-K, Tests der Innersubjekteffekte

|                        | Quadratsumme | df  | Mittel der Quadrate | F       | p     | $\eta_p^2$ |
|------------------------|--------------|-----|---------------------|---------|-------|------------|
| Zeit                   | 3785.88      | 2   | 1892.94             | 30.64** | <.001 | .380       |
| Zeit * Inanspruchnahme | 48.81        | 2   | 24.40               | .39     | .675  | .008       |
| PT                     |              |     |                     |         |       |            |
| Fehler(Zeit)           | 6179.03      | 100 | 61.79               |         |       |            |

Anmerkungen: Sphärizität angenommen,  $\eta_p^2$ =partielles Eta Quadrat \*= signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*= hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung. PT=Psychotherapie.

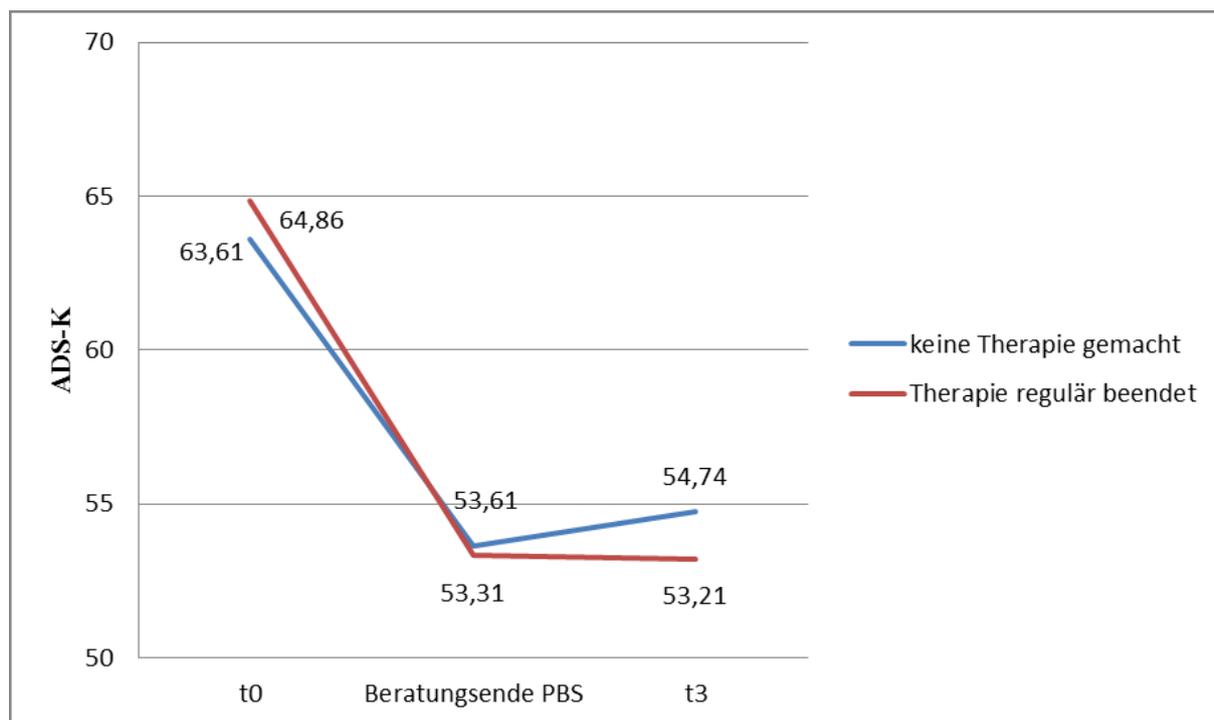


Abbildung 13: Profildiagramm der ADS-K t-Werte vor Beratungsbeginn zu t0, nach Beratungsende in der PBS und zu t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘

Der Post hoc Vergleich durch t-Tests bei unabhängigen Stichproben (s. Anhang Ergebnisse, Tabelle 64) zeigt, dass sich die beiden Gruppen zu keinem Messzeitpunkt in ihrer depressiven Symptomatik signifikant unterscheiden. Die durchgeführten t-Tests bei gepaarten Stichproben (s. Anhang Ergebnisse, Tabelle 65) zeigen signifikante Unterschiede innerhalb der Zeit. Es findet sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten t0 und zu Beratungsende PBS (t-Test (29) = 5.63,  $p < .001$ ,  $d = 1.25$ ), sowie zwischen den Messzeitpunkten t0 und t3 (t-Test (22) = 4.44,  $p < .001$ ,  $d = 1.17$ ). Es finden keine signifikante Veränderung zwischen Beratungsende und t3 statt ( $t(22) < 1$ ), obwohl die Mittelwerte der Gruppe ‚keine Therapie gemacht‘ sich verschlechtern und bei der Gruppe ‚Therapie gemacht‘ ein stabilisierender Effekt beschrieben wird.

### Hypothese 3k)

Studierende, die eine Psychotherapie gemacht haben, geben anderthalb Jahre nach Indikationsstellung eine signifikant geringere Belastung im Alltag an, als Studierende, die sich gegen eine Therapie entschieden haben.

Die Voraussetzungen für die Varianzanalyse mit Messwiederholung sind erfüllt. Die Überprüfung der Normalverteilung der abhängigen Variablen erfolgte mit dem sensitiven Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, dieser wurde nicht signifikant. Die Annahme der Varianzhomogenität über die Gruppen hinweg wurde mit dem Levene-Test überprüft. Die Gleichheit der Fehlervarianz liegt bei den Belastungswerten zu t0 ( $F(1, 102)=0.12, p=.914$ ) und bei den Belastungswerten zu t3 ( $F(1,102)=0.89, p=.348$ ) vor. Daher kann eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt werden. Da es sich um nur zwei Messzeitpunkte handelt, ist die Überprüfung der Sphärizität nicht von Bedeutung. Tabelle 53 stellt die deskriptive Statistik dar. Die Belastung ist über beide Gruppen hinweg ähnlich hoch (Therapie regulär beendet 8.0 und keine Therapie gemacht 8.6). Die Werte verändern sich zu t3 in keiner der beiden Gruppen. Der Mittelwert über beide Gruppen hinweg ist zu beiden Messzeitpunkten 8.3.

*Tabelle 53:* Deskriptive Statistik der Summenwerte Belastung zu den Messzeitpunkten t0 und t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘

|                          | N   | Mittelwert | SD   |
|--------------------------|-----|------------|------|
| Belastung t0             |     |            |      |
| Therapie regulär beendet | 49  | 7.96       | 2.22 |
| keine Therapie gemacht   | 55  | 8.60       | 2.27 |
| Gesamt                   | 104 | 8.30       | 2.26 |
| Belastung t3             |     |            |      |
| Therapie regulär beendet | 49  | 8.02       | 2.26 |
| keine Therapie gemacht   | 55  | 8.55       | 2.59 |
| Gesamt                   | 104 | 8.30       | 2.44 |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung.

Die Belastung der Teilnehmer wurde mittels einer 2 (Therapieinanspruchnahme) x 2 (Zeit) faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit untersucht. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 54 dargestellt. Die Tests der Zwischen-subjekteffekte finden sich im Anhang Ergebnisse, Tabelle 66.

Es ergab sich kein signifikanter Effekt für den Faktor Zeit,  $F(1, 102)=0,00$ ,  $p=0,99$ ,  $\eta_p^2=.00$ , und auch kein signifikanter Effekt auf dem Faktor Therapieinanspruchnahme oder der Zeit x Therapieinanspruchnahme-Interaktion. Einen graphischen Überblick gibt Abbildung 14.

Tabelle 54: Varianzanalyse mit Messwiederholung, Summenwerte Belastung, Tests der Innersubjekteffekte

|                    | Quadrat-summe | df  | Mittel der Quadrate | F   | p    | $\eta_p^2$ |
|--------------------|---------------|-----|---------------------|-----|------|------------|
| Zeit               | .00           | 1   | .00                 | .00 | .991 | 0.00       |
| Zeit *             | .17           | 1   | .17                 | .04 | .840 | 0.00       |
| Inanspruchnahme PT |               |     |                     |     |      |            |
| Fehler(Zeit)       | 429.83        | 102 | 4.21                |     |      |            |

Anmerkungen: Sphärizität angenommen,  $\eta_p^2$ =partielles Eta Quadrat \*= signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*= hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung. PT=Psychotherapie.

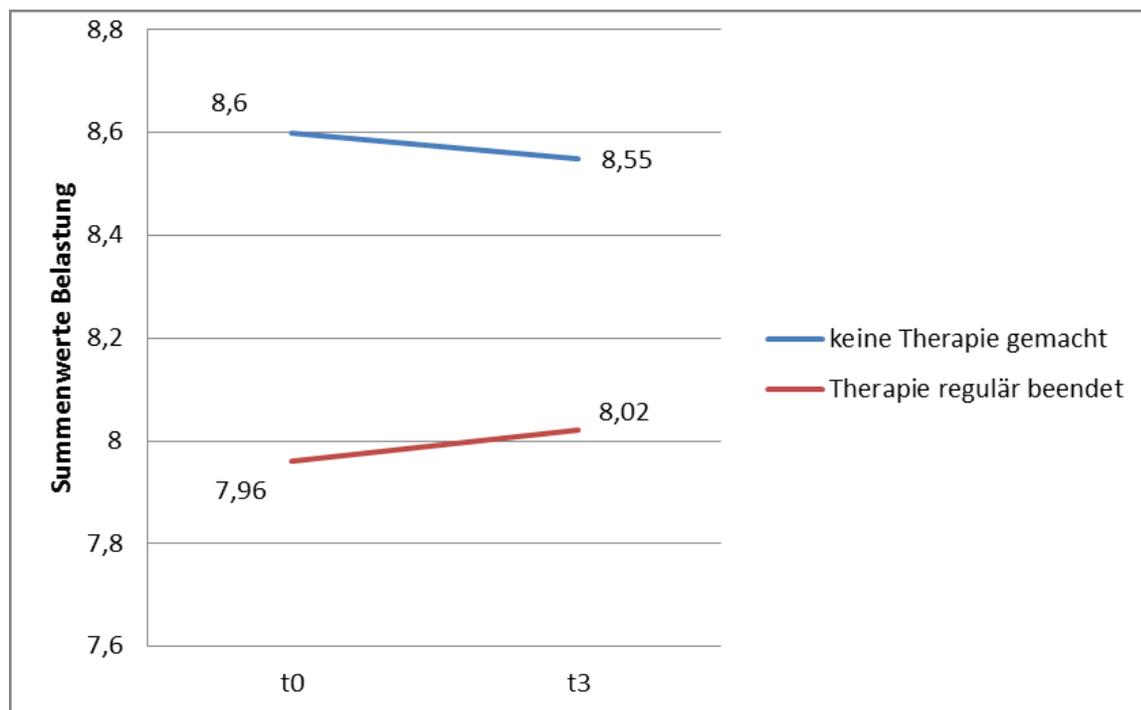


Abbildung 14: Profildiagramm der Belastungsmittelwerte vor Beratungsbeginn zu t0 und zu t3, getrennt nach Gruppen ,Therapie regulär beendet‘ und ,keine Therapie gemacht‘.

Da keine ausreichend große Anzahl an Belastungswerten zum Zeitpunkt Beratungsende PBS vorlag ( $N < 20$ ), wurde hier keine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt, sondern einzelne t-Tests gerechnet. Einen Überblick über die deskriptive Statistik gibt Tabelle 55 (sowie Tabelle 67 im Anhang Ergebnisse). Die Mittelwerte der beiden Gruppen reduzieren sich zu Beratungsende in der PBS etwas (Therapie regulär beendet 6.9, keine Therapie

gemacht 6.7) , steigen jedoch bei beiden wieder zum dritten Messzeitpunkt (Therapie regulär beendet 8.0, keine Therapie gemacht 8.8).

*Tabelle 55:* deskriptive Statistik Belastungswerte zu t0, Beratungsende PBS und t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘

|                                    | N  | Mittelwert | SD   |
|------------------------------------|----|------------|------|
| <b>Belastung</b>                   |    |            |      |
| Therapie regulär beendet           | 21 | 7.48       | 2.34 |
| keine Therapie gemacht             | 19 | 8.05       | 2.39 |
| <b>Belastung Beratungsende PBS</b> |    |            |      |
| Therapie regulär beendet           | 21 | 6.86       | 2.63 |
| keine Therapie gemacht             | 19 | 6.74       | 2.83 |
| <b>Belastung t3</b>                |    |            |      |
| Therapie regulär beendet           | 21 | 7.95       | 1.86 |
| keine Therapie gemacht             | 19 | 8.79       | 2.57 |

Anmerkungen: SD=Standardabweichung.

Die t-Tests ergaben signifikante Unterschiede zwischen t0 und Beratungsende ( $t(24)=3.27$ ,  $p=.003$ ,  $d=0.8$ ) und zwischen Beratungsende PBS und Belastungswerten zu t3 ( $t(18)=-3.20$ ,  $p=.005$ ,  $d=0.8$ ). Damit ergeben sich zu beiden Zeiträumen auch große praktisch bedeutsame Effekte. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen dem erstem Messzeitpunkt zu t0 und dem letzten Messzeitpunkt zu t3 (Tabelle 56). Das bedeutet, dass sich die beiden Gruppen während der Behandlung in der PBS verbessern und nach der Behandlung wieder signifikant verschlechtern. Zwischen den beiden Gruppen finden sich keine signifikanten Unterschiede.

*Tabelle 56:* t-Test für gepaarte Stichproben, Belastungswerte

|   | Mittelwert | SD   | T     | df | p    |
|---|------------|------|-------|----|------|
| <b>Paaren 1</b>                               |            |      |       |    |      |
| Belastung t0 –<br>Belastung Beratungsende PBS | 2.20       | 3.37 | 3.27  | 24 | .003 |
| <b>Paaren 2</b>                               |            |      |       |    |      |
| Belastung Beratungsende PBS –<br>Belastung t3 | -2.05      | 2.79 | -3.19 | 18 | .005 |
| <b>Paaren 3</b>                               |            |      |       |    |      |
| Belastung t0 - Belastung t3                   | -.74       | 2.68 | -1.19 | 18 | .247 |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘ kaum unterscheiden. Jedoch lassen sich bei den psychopathologischen Werten positive Veränderungen über die Zeit hinweg feststellen, die fast

gänzlich unabhängig von der Therapieinanspruchnahme zu sein scheinen. Die ergänzenden Rechnungen mit Werten zum Beratungsende in der PBS lassen die wichtigen Veränderungen in dieser kurzen Zeit der Beratung erkennen. Dies wird im nun folgenden Diskussionsteil weiter vertieft.

## 5 Diskussion

Die Datenlage zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ist bislang unzureichend. In den letzten Jahren nahm sich die Versorgungsforschung dieses blinden Flecks in der Forschung an und erhob Daten zu Wartezeiten und der allgemeinen Versorgungssituation in Deutschland. Die vorliegende Arbeit wurde in das theoretische Gerüst der Versorgungsforschung eingebettet und bringt hier neue Erkenntnisse ein. Da dieses Feld relativ jung ist, konnten bisher zahlreiche Fragen noch nicht detailliert erforscht werden. Auch die vorliegende Studie muss daher als Pionierstudie gewertet werden.

Die Untersuchung begleitete Studierende auf ihrem Weg in und ggf. durch eine ambulante Psychotherapie und befasste sich insbesondere mit dem Entscheidungsverhalten, der Suchaktivität, mit der daraus resultierenden Wartezeit und mit den Unterschieden in der psychischen Beeinträchtigung bzw. im Alltagsleben zwischen Studierenden, die eine Psychotherapie in Anspruch nahmen und Studierende, die sich gegen eine Psychotherapie entschieden. All den Studierenden war gemein, dass sie sich aufgrund psychischer Probleme ratsuchend an die PBS gewandt hatten und nach der dortigen Eingangsdiagnostik eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie gestellt bekamen.

Die Studie orientierte sich in der theoretischen Einbettung am systemtheoretischen Modell (Pfaff, 2003), das den Weg eines Patienten durch die medizinische Versorgung in verschiedene Phasen gliedert (Input - Throughput - Output - Outcome). In dieser Untersuchung standen insbesondere (1) der Versorgungsweg durch psychotherapeutische Einrichtungen und (2) Barrieren innerhalb der Versorgungslandschaft im Vordergrund. Gerade diese beiden Punkte wurden 2008 von einem Expertenpanel (Bramesfeld & Riedel, 2008) zu den dringlichsten Fragestellungen gezählt, der sich die Versorgungsforschung annehmen sollte.

Bevor im nachfolgenden Diskussionsteil die Ergebnisse, sowie die Methodik der Arbeit diskutiert und abschließend Implikationen für die Beratung in der Alltagspraxis aufgeführt werden, wird zunächst auf diese beiden spezifischen Fragestellungen der Versorgungsforschung eingegangen.

Zum ersten Punkt der Versorgungswege („Wer entscheidet, wie wann er wo (sic!) medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, wo sind Stellen an denen Personen im Versorgungssystem gefiltert werden?“, Bramesfeld & Riedel, 2008) konnte an der erhobenen

Stichprobe gezeigt werden, dass die PBS eine wichtige Stelle der Eintrittsmöglichkeit in und Wegweiser durch die psychotherapeutische Versorgung ist. Diese Funktion ist in der aktuellen Unübersichtlichkeit der Versorgung psychisch Kranker nicht zu unterschätzen und erleichtert den Klienten die für sie adäquate Unterstützung zu finden. An jeglicher Schnittstelle von einer Institution zur nächsten ist die Gefahr, dass Klienten aus dem System fallen am höchsten. Daher bietet sich eine engmaschige Überleitung an. Die PBS richtet sich an den Bedarfen der jeweiligen Klienten aus und kann flexibel und zeitnah individuelle Angebote bereitstellen oder anbahnen. Dies kann das niederschwellige Kursangebot, Einzelberatung, ambulante Psychotherapie bis hin zur stationäre Aufnahme sein (s. auch 5.4 Implikationen für die Praxis, Stepped Care Modell).

Die persönliche Motivation und Entscheidung, eine Psychotherapie zu beginnen, wird hauptsächlich durch das Umfeld des Betroffenen, durch die Offenheit über psychische Probleme zu reden und eigene Hilfsbedürfnisse anzusprechen, beeinflusst. Die Ermutigung des Umfelds und dessen eigenen Erfahrungen, beeinflussen am Stärksten die Entscheidung des Klienten (s. 5.1.1 Diskussion des ersten Hypothesenblocks - das Entscheidungsverhalten).

Neben diesen persönlichen Fragen begegnen den Patienten zusätzliche (2) organisatorische und systemimmanente Barrieren, wie zu Therapeuten Kontakt aufzunehmen und ein Termin für ein Erstgespräch zu erhalten. Hierbei schnitt die Stichprobe etwas positiver als der Bundesdurchschnitt ab. Mit acht Wochen Wartezeit mussten die Patienten 1,3 Wochen kürzer warten als die Population in Kernstädten. Dennoch gaben 46% an, dass sie die Suche als (etwas bis sehr) schwer empfunden haben. Nur weil jemand kürzer sucht als der Durchschnitt, heißt dies noch nicht, dass es sich hierbei um eine angemessene Wartezeit handelt. (s. 5.1.2 Diskussion des zweiten Hypothesenblocks - Suchaktivität und Wartezeit).

Die Studie zeigt auch, dass es für eine Psychotherapie in Deutschland heute meist noch einen langen Atem braucht. Lediglich 26% der Ausgangsstichprobe mit Psychotherapieindikation zu Beginn hatten anderthalb Jahre später ihre Therapie abgeschlossen. 24% befanden sich noch in laufender Therapie, mit der Option, dass von dieser Gruppe noch Personen die Therapie abrechnen könnten. Nimmt man hinzu, dass die Beschwerden der Patienten, wenn sie in die PBS kommen im Schnitt bereits 32 Monate (knapp 3 Jahre!) andauern, so zeigt sich, dass die Versorgung psychisch Kranker noch zu schleppend und wenig zielführend verläuft. Ein Patient, der bereits jahrelang unter psychischen Beschwerden leidet und in der PBS einen ersten Ansprechpartner gefunden hat, muss mindestens nochmals mit anderthalb Jahren

rechnen, bis er eine erste therapeutische Behandlung abgeschlossen hat. Dies erscheint der Autorin angesichts bestehender Angebote, die es ja gibt und erfolgreichen Kurzzeittherapien zu lang. Es gilt für die Klienten passende Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten und damit Unter- wie auch Überversorgung zu vermeiden.

Die Frage, was es den Patienten erleichtert, eine für sie passende Therapie aufzunehmen, konnte teilweise beantwortet werden. Sicherlich ist es das bereits angesprochene Umfeld und dessen positiven Erfahrungen ein wichtiger Faktor. Darüber hinaus ist eine klientenorientierte Aufklärung, was Psychotherapie ist und welche Möglichkeiten sie dem betreffenden Klienten bieten kann notwendig. Der freie Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung ohne negative Konsequenzen für den Betroffenen ist Grundvoraussetzung eine Therapie überhaupt zu beginnen. Patienten, die privat über ihre Eltern versichert waren mussten sich gegen eine Psychotherapie entscheiden, wenn ihre Eltern nichts von ihrer Erkrankung wissen sollten und auch manche Lehramtsstudierende hatten Angst vor einer erschwerten Verbeamtung.

Gründe, weswegen keine Therapie in Anspruch genommen wird, sind vielfältig. Hier spiegeln sich sowohl die persönlichen, als auch die organisatorischen Hürden wider. Ein großer Teil (30%) hält Psychotherapie als für sie nicht die richtige Behandlung, ebenso viele (32%) haben sich aus sachlich-organisatorischen Gründen dagegen entschieden oder trotz Suche keinen Platz bekommen. Der dritte große Block (22%) zögerte aufgrund eigener oder fremder Vorbehalte (s. hierzu Tabelle 14). Anhand der Outcome-Ergebnisse zeigt sich jedoch auch, dass nicht jeder verloren geglaubte Patient sich auch als solcher sieht und einschätzt. Die Ergebnisse zeigen, dass es im Schnitt auch denjenigen, die sich bewusst gegen eine Psychotherapie entschieden hat, nach den anderthalb Jahren besser geht (5.1.3 Diskussion des dritten Hypothesenblocks). Hierbei sei erneut darauf hingewiesen, dass es im Vorfeld durch Beratung zu einer bewussten Entscheidung kam und dem Patienten dadurch überhaupt erst die tatsächliche Verantwortung für seinen Weg gegeben wurde. Diese Personengruppe ist nicht zu vergleichen mit Personen, die sich diese erste Anlaufstelle einer kompetenten Person im psychosozialen Versorgungssystem erst gar nicht erschließen können.

## 5.1 Diskussion der Ergebnisse

### 5.1.1 Diskussion des ersten Hypothesenblocks - das Entscheidungsverhalten

Ausgehend vom Ende der Beratung in der PBS entscheidet sich die Mehrheit von 70% der Studienteilnehmer für eine Psychotherapie und folgt damit dem Vorschlag der Beraterin. 30% entscheiden sich, trotz Indikation und Empfehlung eines Experten, gegen die ihnen angeratene Psychotherapie.

Verglichen mit ähnlichen Studiendesigns, die die Übernahme von Therapieempfehlungen untersuchen (Franz et al., 1999; Jordan, Sapper, Schimke, & Schulz, 1989; Strauß et al., 1991a), ist die vorliegende Compliancerate mit 70% sehr hoch. Die erwähnten Studien sind alle aus dem Kontext psychosomatischer Konsilambulanzen und berichten von etwa 50% - 55% Annehmern der Empfehlungen. Zieht man die tatsächliche Inanspruchnahme der Empfehlung in Betracht, zeigt sich ein ähnliches Bild: 60% der Studienteilnehmer hatten zu t3 einen Therapieplatz gefunden, 40% hatten keine Therapie begonnen. Dies zeigt die schon im Theorieteil dargestellt zwei wesentlichen Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten: Die Veränderungsprozesse, die seitens des Patienten notwendig sind, um sich in eine Therapie zu begeben (s. Prochaska et al., 1992), als auch die äußeren Rahmenbedingungen, die für einige Klienten auf dem Weg in eine Psychotherapie ein unüberwindbares Hindernis bleiben.

#### *Entscheidungsverhalten*

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass von den untersuchten Variablen nur drei Einflussfaktoren auf das Entscheidungsverhalten haben:

1. Der Studiengang
2. Die Studienzufriedenheit
3. Erfahrungen des Umfelds mit Psychotherapie

Wie im Theorieteil dargestellt und in den Hypothesen operationalisiert, werden in der Forschung unterschiedliche Behandlungs- und Patientenmerkmale der Compliance (Meichenbaum & Turk, 1994) und damit auch beim Entscheidungsverhalten diskutiert. Als Behandlungsmerkmale wurden Fehldiagnosen, mangelnde Aufklärung seitens der Diagnostizierenden (häufig Hausärzte), hohe Latenzzeiten und lange Wartezeiten genannt. In der vorliegenden Stichprobe konnten Fehldiagnosen und fehlende Aufklärung weitgehendst ausgeschlossen werden. In der PBS wird von Fachleuten eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt und bei einer Psychotherapieindikation ausreichend über die Möglichkeiten der ambulanten Psychotherapie informiert. Dieser Befund wird durch die direkte Befragung der

Klienten gestützt, bei der sich lediglich 23% weitere Maßnahmen von Seiten der PBS wünschten, um sie auf der Suche zu unterstützen; für 77% war die Betreuung in der PBS ausreichend (N gesamt von 99). Die Literatur (Potreck-Rose & Koch, 1994; Zielke, 1993) spricht von 5-10 Jahren Latenzzeit, bis eine adäquate Behandlung durchgeführt wird; die Personengruppe, die Rat in der PBS sucht, hat im Durchschnitt eine Beschwerdedauer von 32 Monaten, was weit unter den in der Literatur angegebenen Zahlen liegt. Diese kürzere Beschwerdedauer mag zum einen am geringen Durchschnittsalter (26 Jahre) der Klienten liegen, so dass sich lange Latenzzeiten nur schwer erreichen lassen. Zum anderen liegt es auch an der Besonderheit der Stichprobe, die sich in mehreren Merkmalen (Flexibilität, Motivation, kognitive Ressourcen) von der Allgemeinbevölkerung abhebt. Hierauf wird in einem späteren Abschnitt (5.2 Diskussion der Methodik) nochmals eingegangen. Der Einfluss des Behandlungsmerkmals ‚lange Wartezeiten‘ wird im gesonderten Abschnitt zur Diskussion des zweiten Hypothesenblocks diskutiert.

Neben den Behandlungsmerkmalen stellen die Patientenmerkmale einen zweiten wichtigen Bereich bei der Inanspruchnahme dar. Bei den soziodemographischen Variablen wurde ein geringes Alter als positiv für die Inanspruchnahme gesehen (Cube, 1983; Peters et al., 2000). Dies wurde in keiner Hypothese geprüft, da davon ausgegangen wurde, dass die Stichprobe in sich zu homogen jung ist, um einen signifikanten Unterschied ausmachen zu können. Post-hoc betrachtet unterscheiden sich die beiden Mediane (Annehmer einer Psychotherapie Median Alter=25 und Ablehner einer Psychotherapie Median Alter=26) signifikant voneinander,  $U=5.251$ ,  $z=2.015$ ,  $p=.044$ ,  $r=.14$ . Es lässt sich somit auch an der insgesamt sehr jungen Stichprobe zumindest eine Tendenz erkennen, dass jüngere Personen sich eher für eine Psychotherapie entscheiden als Ältere.

Allgemein wird in der Literatur (Albani et al., 2009; Hartmann & Zepf, 2004) angenommen, dass sich Frauen häufiger für eine Psychotherapie entscheiden. Diese Befunde ließen sich in der vorliegenden Studie nicht bestätigen. Vielmehr schließt sie sich den wenigen Studien an, die ebenfalls keinen Einfluss des Geschlechts auf das Entscheidungsverhalten gefunden haben (Brähler & Brähler, 1986; Schneider, 1990). Zu beachten ist aber, dass wesentlich mehr Frauen die Beratung in der PBS in Anspruch nehmen als Männer. Evt. ist dies die tatsächliche Hürde (sich erstmalig die eigene Hilfsbedürftigkeit einzugestehen und konkret Hilfe zu suchen). Wenn Männer genauso wie Frauen diesen Schritt hin zur Beratung vollzogen haben, dann entscheidet das Geschlecht nicht mehr über weitere Schritte der Inanspruchnahme.

Der Migrationshintergrund ist ein noch vernachlässigter Faktor bei der Untersuchung der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Versorgung. Studien (Schouler-Ocak et al.,

2008) zeigten, dass im stationären Versorgungskontext Patienten mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert sind. Demgegenüber steht eine überproportional häufige Zwangseinweisung in Psychiatrien (Lindert et al., 2008b). Es ist anzunehmen, dass Personen mit Migrationshintergrund zum einen größere Schwierigkeiten haben, frühzeitig Zugang zu einer adäquaten Versorgung zu finden, zum anderen – und das zeigen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie – entscheiden sich trotz Indikationsstellung Klienten mit Migrationshintergrund seltener für eine ambulante, weiterführende Psychotherapie. Hauptgründe sind Informationsdefizite der Migranten, die sich in einer fehlenden Orientierung über das psychiatrisch-psychotherapeutische System zeigen und Verständigungs- und Sprachprobleme. Auch kann von einer erhöhten Stigmatisierung von Psychotherapie in manchen Kulturkreisen ausgegangen werden. Calliess und Kollegen (Calliess, Schmid-Ott, Akguel, Jaeger, & Ziegenbein, 2007) zeigten, dass eine Stichprobe türkischer Staatsangehöriger negativer gegenüber psychotherapeutischer Versorgung eingestellt ist als eine vergleichbare deutsche Stichprobe. Da in der vorliegenden Studie Sprachschwierigkeiten aufgrund der geforderten Sprachkompetenz bei Studierenden weitgehend ausgeschlossen werden können, ist bei Klienten mit Migrationshintergrund in der Praxis zukünftig vermehrt auf eine ausführliche, niederschwellige Aufklärung zu achten und ggf. sensibel auf Stigmatisierungsängste und Vorbehalte zu reagieren.

Als wichtige Patientenmerkmale werden des Weiteren Diagnose und Krankheitsgeschichte angesehen. Jacobi et al. (2004) zeigte, dass die Behandlungsprävalenz psychischer Störungen maßgeblich von der Art der Störung abhängt. Patienten mit Panikstörungen und generalisierten Angststörungen sind gegenüber Patienten mit Suchterkrankungen oder somatoformen Störungen häufiger in Behandlung. In der vorliegenden Studie wurde dennoch die Hypothese formuliert, dass die Diagnose keinen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten ausübt, da in der Stichprobe kaum Suchterkrankungen oder somatoforme Störungen diagnostiziert worden waren (der Großteil der vergebenen Störungen waren depressive Erkrankungen). Jacobi und Kollegen sprechen außerdem von der Behandlungsprävalenz, also der Anzahl an Personen mit einer Erkrankung, die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt in Behandlung befinden. Wird aber -wie in der vorliegenden Studie- das Entscheidungsverhalten des Patienten betrachtet, wurden andere Ergebnisse erwartet, die sich auch bestätigten: Das Entscheidungsverhalten war nicht abhängig von der vergebenen Diagnose. Hierbei wurden auch Zweit- und Dritt Diagnosen beachtet, sowie Komorbiditäten. Auch in anderen Studien, die sich explizit mit der Inanspruchnahme beschäftigen (Fischer-Kern et al., 2006; Schweickhardt et al., 2005; Strauß et al., 1991a), konnte die Diagnose nicht als Vorhersage

für die spätere Inanspruchnahme dienen. Die Annahme, dass psychische Beeinträchtigung und ein damit einhergehender steigender Leidensdruck das Entscheidungsverhalten beeinflussen, ist naheliegend. Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch in keiner der beiden Gruppen (Annehmer und Ablehner) signifikante Unterschiede der psychischen Beeinträchtigung zu Beginn oder zum Ende der Beratung in der PBS. Auch in der depressiven Symptomatik und in der Belastungseinschätzung im Alltag gab es keine signifikanten Unterschiede. Damit wird die Studie von Franz (1997) bestätigt, der ebenfalls keinen Einfluss der psychischen Beeinträchtigung auf das Entscheidungsverhalten feststellen konnte. Es unterscheiden sich jedoch die BSI (GSI) und ADS-K Werte vor und nach Beratung in der PBS zu den zwei Messzeitpunkten signifikant. In der Diskussion des dritten Hypothesenblocks wird der Verlauf der psychischen Beeinträchtigung nochmals aufgegriffen und detaillierter dargestellt.

Beim Entscheidungsverhalten konnten -neben der Bedeutung des Umfelds- tendenziell Unterschiede in den studienbezogenen Angaben festgestellt werden. So zeigte sich, dass die Tatsache, ob ein Student einen Nebenjob hat oder nicht, das Entscheidungsverhalten mitbeeinflusst. Studierende, die keine zusätzliche zeitliche und/oder organisatorische Belastung in Form einer Nebentätigkeit hatten, entschieden sich (wenn auch nicht signifikant, sondern nur tendenziell) öfter für eine Psychotherapie. Dies erscheint naheliegend, da sie über mehr freie Zeiteinteilung verfügen und eine zeitintensive Behandlung damit besser in den Studienalltag zu integrieren ist. Auch die Studienzufriedenheit spielte beim Entscheidungsverhalten eine Rolle. Als Tendenz zeigte sich, dass Annehmer zufriedener mit ihrem Studium waren als Ablehner. Das könnte bedeuten, dass die Annehmer einer Psychotherapie nicht grundlegend an ihrer momentanen Situation zweifeln, sondern sich in einem enger umkreisten Bereich Probleme ergeben. Ablehner hadern evt. mit ihrer Lebenssituation generell und sehen psychische Beeinträchtigungen eher der allgemein unbefriedigenden Situation geschuldet. Damit läge für diese Personengruppe der Fokus eher darauf, an der Studiensituation etwas zu verändern (Studienabbruch oder -wechsel) und dadurch auch die psychischen Schwierigkeiten zu bewältigen. Es sind der Autorin keine ähnlichen Studien bekannt, um diese Ergebnisse einzuordnen. Ebenfalls lassen sich signifikante Unterschiede bei den Studiengängen feststellen. Post-hoc Tests zeigten folgende signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Studiengängen: Sprach- und Kulturwissenschaftler sowie Studierende der theoretischen Naturwissenschaften nahmen die Entscheidung für eine Psychotherapie eher an, als Studierende der Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Lehramtsstudierende waren generell ebenfalls eher zurückhaltend in

ihrer Entscheidung für eine Psychotherapie. Dies kann gut an der (auch so formulierten) Sorge liegen, mit einer in Anspruch genommenen Psychotherapie die Verbeamtung zu gefährden.

Hatten Personen aus dem Umfeld bereits Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht, so war dies der stärkste Prädiktor, dass sich Studienteilnehmer ebenfalls für eine Psychotherapie entschieden. Petermann (1998) hebt generell die große Bedeutung des sozialen Umfelds für die Krankheitsbewältigung hervor. Die Erfahrung des Umfelds scheint schon sehr früh, nämlich bei der Entscheidung, Hilfe in Anspruch zu nehmen, eine wichtige Rolle zu spielen. Jandl-Jäger (2000) beschrieb bereits die Bedeutung des Umfelds auf die Therapiemotivation: Diejenigen, die von ihrem Umfeld zur Psychotherapie ermutigt wurden, hatten eine signifikant höhere Therapiemotivation, als jene, die von öffentlichen Einrichtungen überwiesen wurden. Mit der vorliegenden Studie konnten diese Ergebnisse zur Therapiemotivation aufgrund des Studiendesigns nicht bestätigt werden (die Therapiemotivation wurde nur bei Personen, die sich für eine Psychotherapie entschieden hatten, erhoben). Der Einfluss des Umfelds zeigte sich jedoch eindrücklich im Entscheidungs- und auch im späteren Inanspruchnahmeverhalten.

Da Personen aus dem Umfeld einen deutlichen Einfluss auf das Entscheidungsverhalten bei der vorliegenden Stichprobe hatten, gilt es in weiteren Studien, die Bedeutung des sozialen Umfelds im gesamten Versorgungsprozess und gleichzeitig den Stellenwert eines positiven Bildes von Psychotherapie in der Öffentlichkeit näher zu beleuchten. Positiv zu werten ist die Tatsache, dass jene, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten, alle Psychotherapie als Behandlungsform an Freunde und Bekannte weiter empfehlen würden. Sie würden für Personen aus ihrem Umfeld als Multiplikatoren dienen, wie schon viele den Nutzen einer Psychotherapie im Vorfeld von ihrem Umfeld erfahren hatten.

Franz (1997) nahm in seine Studie zu „Einflussfaktoren des Inanspruchnahmeverhaltens psychogen erkrankter Patienten“ zusätzlich Persönlichkeitsmerkmale mit auf. Es zeigte sich, dass Annehmer eine geringere Frustrationstoleranz hatten, gleichzeitig aber über eine stärkere internale Kontrollüberzeugung verfügten. Die Ablehner orientierten sich dagegen stark am sozial Erwünschten. Personen, die sich für eine Psychotherapie entschieden, waren eventuell überzeugt, durch das eigene Verhalten in einer Therapie positive Ergebnisse zu erzielen. In Kombination mit der geringen Frustrationstoleranz könnte es die Annehmer zu einem schnellen Verändern der Situation gedrängt und aufgrund dessen das Aufsuchen professioneller Ansprechpartner beschleunigt haben. Gleichzeitig kann diese Hypothese in

Frage gestellt werden, da Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung eher davon ausgehen, ihr Problem alleine in den Griff zu bekommen und sich daher seltener Hilfe holen würden.

### *Ablehner*

Im Gegensatz zum Design anderer Studien (Meichenbaum & Turk, 1994; Reinecker & Kanfer, 1996; Schepank, 1990) wurden die Ablehner einer Therapie in der PBS über die Notwendigkeit einer Psychotherapie aus Beratersicht informiert und ihnen durch das Mitgeben der Psychotherapeutenlisten weitere Unterstützung angeboten. Außerdem hatten sie bereits durch das Aufsuchen der Beratungsstelle selbst ein Hilfsangebot wahrgenommen. Wurde die Therapie dennoch abgelehnt, wird ein ‚bewusstes Entscheiden‘ gegen eine Psychotherapie angenommen, das nicht auf mangelnde Information oder fehlendes Handlungswissen zurückzuführen ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesen Fällen die strukturellen Bedingungen einer unübersichtlichen psychotherapeutischen Versorgungssituation nur eine geringe Bedeutung haben, aber persönliche Einstellungen und negative Konnotationen in Zusammenhang mit Psychotherapie stärker ins Gewicht fallen. Dies spiegelt die eigene Mündigkeit der Patienten, wenn die Ergebnisse des dritten Hypothesenblocks hinzugezogen werden (vgl. Seite 150). Der RKI Bericht zur Gesundheitsberichterstattung (Schulz, 2008) schätzt „gezielte Aufklärung und Information“ als dringende Voraussetzung dafür ein, dass es zu einer „deutliche(n) Erhöhung der Inanspruchnahme“ kommt. Die Autorin sieht die umfassende Aufklärung als Voraussetzung dafür an, eine bewusste Entscheidung von Seiten der Klienten überhaupt zu ermöglichen.

Im vergangenen Abschnitt wurde diskutiert, dass sich nur wenige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen Ablehnern und Annehmern finden ließen und die wenigen signifikanten Unterschiede näher beleuchtet. Im Folgenden werden nochmals die Gründe der Ablehnung näher betrachtet.

Viele Klienten (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986) entscheiden sich, nach nur wenigen Kontakten mit dem psychosozialen Versorgungssystem, ihre Probleme ohne dessen Hilfe zu lösen. Howard et al. forderten deshalb, die Entwicklung jener, die schon früh das System wieder verlassen, und jener, die in Therapie bleiben, näher zu betrachten. Es zeigte sich, dass eine negative Einstellung gegenüber der Therapie oder dem Therapeuten die wichtigste Variable war. Dieser Befund konnte auch in den vorliegenden Ergebnissen bestätigt werden: 11% versprachen sich durch eine psychotherapeutische Behandlung keine Besserung, 10% der Therapieabbrecher entschieden sich erst nach den probatorischen

Sitzungen gegen eine Psychotherapie. Es ist davon auszugehen, dass diese Personengruppe überzeugt war, bei dem Therapeuten keine Hilfe zu erhalten, oder zu dem Schluss kam, Psychotherapie sei generell nicht die geeignete Therapiemethode für ihre Problematik. Weitere 11% hatten Angst vor den Reaktionen des Umfelds. Hier zeigt sich die noch immer vorherrschende Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen und deren Behandlung in einer Psychotherapie. Diesen vermeintlichen ‚Makel‘ in der Gesellschaft zu thematisieren und Vorurteile abzubauen, ist eines der dringendsten Handlungsfelder des psychotherapeutischen Berufsstandes.

Bereits Felber et al. (2005) stellten die Frage, in welcher Phase des Entscheidungsprozesses dem Suchenden professionelle Hilfe angeboten werden muss, um Klienten den Weg zu einem für sie passenden Hilfsangebot zu erleichtern. Hierfür gibt die vorliegende Studie wertvolle Hinweise. Zwei Handlungsempfehlungen sind herauszustreichen: erstens die gründliche und entstigmatisierende Aufklärung über Psychotherapie, ihre Effektivität und Wirkungsweise und zweitens die Notwendigkeit Klienten mit anderen Betroffenen ins Gespräch kommen zu lassen, zum Austausch zu ermutigen und diesen in einer möglichst frühen Phase anzuregen. Hier zeigt sich, dass die PBS in einer wichtigen Schlüsselposition ist, deren Effektivität sich bestätigte.

Es stellt sich also auch hier die Frage, worin sich die beiden Gruppen der Annehmer und der Ablehner unterscheiden und ob die Beratung in der PBS unterschiedliche Bewertungen provoziert. Die Frage bleibt, warum sich die einen, trotz Verbesserung in der PBS, von einer Psychotherapie keinen weiteren Gewinn versprechen, die anderen aber schon.

#### *Anspruch anderer Hilfen*

Ein großer Teil, nämlich über ein Viertel derjenigen, die sich gegen eine Psychotherapie entschieden, fand Unterstützung durch Gespräche mit Bekannten und Freunden. Auch Badura und Kollegen (2001) sprechen dem sogenannten Laiensystem eine hohe Bedeutung zu, wenn sie berichten, dass der größte Teil der Klienten mit leichtem Störungsgrad ohne Inanspruchnahme des professionellen Gesundheitssystems ‚behandelt‘ wird. Die Autoren beziehen diesen Begriff vor allem auch auf Selbsthilfegruppen. Diese wurden in der untersuchten Stichprobe jedoch nur höchst selten in Anspruch genommen und sind bei der Ergebnisdarstellung unter ‚Sonstiges‘ mit einem Prozentsatz von zwölf Prozent kategorisiert worden. Die Organisation in Selbsthilfegruppen ist wahrscheinlich für die Gruppe der Studierenden nicht besonders relevant oder attraktiv, weil sie in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis genügend andere Personen mit ähnlichen Problemen oder in ähnlichen

Situationen kennen, die eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe obsolet machen. Außerdem gibt es im Bereich psychischer Störungen, im Vergleich zu chronischen Erkrankungen, kein großes Angebot an Selbsthilfegruppen.

Auch Borgetto & Trojan (2007) haben belegt, dass im derzeitigen Gesundheitssystem ein Großteil aller Krankheiten alleine, ohne Inanspruchnahme medizinischer oder psychotherapeutischer Hilfe, bewältigt wird oder bewältigt werden muss. Daher ist es von großer Bedeutung, dass in der Beratung eine Ressourcenaktivierung stattfindet. Wie die Ergebnisse zeigen, können diese dann auch erfolgreich eingesetzt werden. In der momentanen Diskussion über Wirkfaktoren der Psychotherapie (u.a. Bozok & Bühler, 1988) wird versucht, spezifische und unspezifische Faktoren aufzudecken. Der Erfolg der Lientherapie spricht sicherlich für die Wichtigkeit von unspezifischen, d.h. nicht an Therapieschulen festzumachenden, Faktoren. Hervorzuheben sind dabei gemachte affektive Erfahrungen, eine positive Beziehungsgestaltung und das Vermitteln von Problemlösestrategien. Es ist davon auszugehen, dass auch andere Hilfen als so wirksam erlebt werden können, dass eine Psychotherapie nicht notwendig erscheint oder ist.

Wie Felber und ihre Arbeitsgruppe (2005) zeigte, setzt sich diese ‚niederschwellige‘ oder alternative Inanspruchnahme auch nach einem Therapiebeginn fort. In ihrer Untersuchung, die den Prozess vom positiven Entschluss für eine Psychotherapie bis zum Erstkontakt retrospektiv nachzeichnet ergab sich, dass -bevor ein Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten stattfand- etwa 80% den Austausch mit Freunden und Angehörigen suchten. Diese Quote steigerte sich sogar nach dem ersten Therapeutenkontakt. Lediglich die Kontaktanzahl mit dem Hausarzt verringerte sich nach dem Finden eines Therapieplatzes, alle anderen Inanspruchnahmemöglichkeiten (fernöstliche Methoden, Seminare, Entspannungstechniken, Alternativmedizin, Literatur) nahmen mit Therapiebeginn zu. In der vorliegenden Studie wurde kein Verlauf erhoben. Die Studierenden, die sich gegen eine Psychotherapie entschieden, nahmen jedoch zu einem großen Teil (60%) ebenfalls andere Hilfen (Familie und Freunde mit eingeschlossen sogar 80%) in Anspruch. Ob auch diejenigen Teilnehmer, die sich für eine Psychotherapie entschieden, andere Hilfsangebote zusätzlich nutzten, wurde nicht erhoben. Es ist aber anzunehmen, dass sie sich intensiv mit ihrem Umfeld austauschten, da 89% angaben, dass ihr Umfeld um ihre Psychotherapie weiß oder wusste.

### **5.1.2 Diskussion des zweiten Hypothesenblocks - Suchaktivität und Wartezeit**

Der nachfolgende Abschnitt beschäftigt sich mit denjenigen Studienteilnehmern, die sich für eine Psychotherapie entschieden haben, bündelt die Wartezeit in den aktuellen Forschungsstand ein und diskutiert Erwartungen an einen Therapeuten.

Die Studierenden mussten im Schnitt 8,8 Wochen auf einen Psychotherapieplatz warten. Diese Wartezeit mag auf den ersten Blick, im Vergleich zu anderen Wartezeit-Erhebungen relativ kurz erscheinen. Viele Studien wurden jedoch in Ostdeutschland durchgeführt (Peikert et al., 2011; Zepf et al., 2003), dort wird aufgrund der Siedlungsstruktur von einer wesentlich schlechteren Versorgungsdichte ausgegangen. Mainz dagegen ist eine Kernstadt. Und tatsächlich spricht die BPtK in ihrer aktuellen Studie (2011) von einer durchschnittlichen Wartezeit von 9,3 Wochen in den Kernstädten, eine nur unwesentlich höhere Zahl als in der vorliegenden Studie. Hinzu kommt, dass in vielen Studien die Therapeuten angefragt werden und nicht die Klienten. Generell sind die aus Patientensicht erfassten Wartezeiten (vgl. u.a. Albani et al., 2010) kürzer als in den bereits zitierten Studien. Dies mag daran liegen, dass die Patienten, anders als die Therapeuten, den ‚Glück-Faktor‘ bemerken. Laut BPtK-Studie (2011) führen 53,6% der Psychotherapeuten eine Warteliste. Die andere Hälfte der Therapeuten weist Patienten ab, wenn sie keinen Platz frei hat, und nimmt den nächsten Anrufer an, wenn ein Platz frei ist. Dieser Patient erhält somit relativ kurzfristig (manchmal innerhalb weniger Tage) einen Platz. Die BPtK-Studie erfasste nur Therapeuten, die mit einer Warteliste arbeiten, da hier Wartezeiten relativ genau angegeben werden können. Werden nun Patienten befragt, so sind darunter auch diejenigen, die einen Therapeuten ohne Warteliste angerufen haben, der gerade einen Platz kurzfristig vergeben konnte. Dies drückt die durchschnittliche Wartezeit dieser Stichproben nach unten. Bei Albani et al. (2010), die die Patienten befragten, konnten 53% der Befragten innerhalb von vier Wochen mit ihrer Therapie beginnen, 87% mussten ein bis drei Monate warten und nach sieben Monaten hatten 96% eine Therapie begonnen. Diese Studien (Klingenberg et al., 2011) haben daher eine hohe Varianz bei der Wartezeit auf einen Therapieplatz; manche Patienten bekommen innerhalb weniger Tage ein erstes Gespräch angeboten, andere warten bis zu einem halben Jahr und länger. Diese Ergebnisse werden auch in der vorliegenden Studie bestätigt.

Bei den vorliegenden Zahlen zur Wartezeit fällt die sehr kurze Zeitspanne zwischen probatorischer Phase und Therapiebeginn auf. Die Studienteilnehmer mussten im Schnitt lediglich 2,3 Wochen warten; viele gaben sogar einen nahtlosen Übergang zwischen den beiden Phasen an. Diese kurze Wartephase, die gegen bisher erhobene Daten spricht, kann mehrere Gründe haben: Erstens zeugt sie von einer guten Praxisorganisation der Therapeuten

mit einem guten Zeitmanagement, zweitens könnte es an dem bereits vorgestellten YAVIS-Konzept liegen, dass die Therapeuten gerne mit den Studierenden arbeiten und sich um einen schnellen Therapiebeginn bemühen, drittens könnte es auch an einer fehlenden Unkenntnis der Klienten zwischen dem Unterschied von probatorischer Phase und Therapiebeginn liegen.

Im Gegensatz zu bisherigen Untersuchungen war es durch die besondere Stichprobe möglich, Klienten schon vor der Aufnahme einer Therapie zu begleiten. Hierdurch konnte direkt und unmittelbar Einsicht in die Suchaktivität der Teilnehmer gewonnen werden. Eine Verfälschung der Ergebnisse durch retrospektive Angaben wurde damit vermieden. Gerade der Aspekt der Suchaktivität und deren Operationalisierung stellte sich als eine Möglichkeit heraus, auch in zukünftigen Studien Personen bei ihrer Suche zeitnah zu begleiten.

Die Suchaktivität hatte keine Auswirkungen auf die Wartezeit. Es zeigte sich lediglich ein signifikanter Unterschied in der Art der Kontaktaufnahme zwischen jenen, die einen Therapieplatz letztendlich erhalten hatten, und jenen, die trotz Suche keinen Platz erhielten. Die erste Gruppe erreichte mehr Therapeuten persönlich, d.h. sie riefen z.B. so lange an, bis sie den Therapeuten direkt erreichten oder sie baten auf dem Anrufbeantworter wiederholt um Rückruf. Vereinzelt warteten sie auch im Wartezimmer, um den Therapeuten zwischen zwei Sitzungen persönlich zu sprechen. Personen, die nicht erfolgreich waren, bemühten sich nicht so stark um den persönlichen Kontakt. Die vorliegende Studie zeigt aber, dass es gerade dieser persönliche Kontakt ist, der zum Erfolg führt. Klingenberg und Kollegen (2011) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie nahmen an, dass die Anzahl der Kontakte mit der Dauer der Suche linear ansteigen würde. Die Studie (Klingenberg et al., 2011) zeigte eine recht hohe Anzahl an kontaktierten Therapeuten gleich zu Beginn der ersten sechs Monate (5,1) und dass diese Kontaktaufnahme -je länger gewartet wurde- stagnierte, bzw. rückläufig war. Hier kann von mangelnder Suchaktivität derjenigen ausgegangen werden, die keinen Therapieplatz finden.

Überraschender Weise hatte bei den Studienteilnehmern die Therapiemotivation weder Einfluss auf die Suchaktivität noch auf die Wartezeit. Dies ist wahrscheinlich auf das Design zurückzuführen, da nur bei jenen die Therapiemotivation erhoben wurde, die sich für eine Psychotherapie entschieden. Bei den anderen wurde die Motivation nicht erfasst, da durch das negative Entscheidungsverhalten auch von einer fehlenden Motivation ausgegangen wurde. Diejenigen, die sich für eine Psychotherapie entschieden, sind hoch motiviert und eine zu homogene Gruppe, um Unterschiede finden zu können. Neben dem methodischen Gesichtspunkt ist auch eine inhaltliche Interpretation möglich. Derjenige, der eine hohe

Therapiemotivation aufweist, verkauft sich besser am Telefon, ist überzeugender, drängender. Daher findet diese Personengruppe schneller einen Platz, sucht also auch kürzer. Somit wären die Suchaktivität und die Anzahl der Kontaktaufnahmen keine Indikatoren für die Therapiemotivation, sondern nur die Wartezeit. Bei dieser Argumentation müsste allerdings die Wartezeit dementsprechend kürzer sein. Auch dies ist in der vorliegenden Studie nicht der Fall. Es ist anzunehmen, dass ab einem gewissen Grad an Therapiemotivation und damit dem Willen, an seiner Situation durch eine Therapie etwas zu ändern, das Konstrukt nur noch geringfügig Wartezeiten vorhersagen kann. Es ist auch vorstellbar, dass mit der Therapiemotivation höhere Ansprüche an einen Therapieplatz einhergehen. Die Klienten suchen aktiver, lassen sich bei der Wahl ihres Therapeuten aber auch mehr Zeit. Sie haben von Beginn der Suche an eine klare Vorstellung davon, welche Art von therapeutischer Beziehung sie eingehen wollen und welche Kriterien ihr Therapeut erfüllen sollte. So gab es manche -wenn auch wenige- Klienten, die zu drei, vier Erstgesprächen bei unterschiedlichen Psychotherapeuten gingen, ohne sich danach für einen der Therapeuten zu entscheiden.

Lediglich die Skala ‚Wissen‘ des FPTM korreliert positiv mit den geschätzten Suchstunden der Studienteilnehmer. Dies weist darauf hin, dass Personen, die um den Prozess der Suche und des Therapieverlaufs wissen, auch mit einer intensiveren Suche rechnen und dies aktiv umsetzen.

Es konnten in den Studien keine personellen Variablen gefunden werden, die Einfluss auf die Wartezeit nahmen. In der Studie von Schweickhardt und Kollegen (2005) ergaben sich ebenfalls nur für das Kriterium Kontaktaufnahme Skalen des FPTM (Hoffnung und Leidensdruck) als signifikante Prädiktoren, für das Kriterium Therapiebeginn fand sich kein signifikanter Prädiktor. Das legt den Schluss nahe, dass die äußeren, strukturellen Bedingungen einen größeren Einfluss haben. Bei allgemeiner Knappheit an Therapieplätzen, kann die individuelle Herangehensweise nur in einem kleinen, evtl. nicht messbaren Bereich Einfluss nehmen. Der unbestimmbare Faktor Glück oder Zufall fällt weitaus mehr ins Gewicht.

### *Hilfen bei der Suche*

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Studierenden die ihnen angebotenen Hilfen (Psychotherapeutenlisten und Ratschläge der Beraterin) gerne annehmen und durchweg als für sie hilfreich bewerten. Darüber hinaus werden eigene Unterstützungsmöglichkeiten gesucht und aktiviert, so zum Beispiel wertvolle Kontakte, die Beziehungen zu Therapeuten herstellen können, oder Tipps von Bekannten, welche Therapeuten noch freie Plätze haben.

Privatversicherte sind sich darüber einig, dass sie durch ihren Versichertenstatus schneller einen Platz bekommen. Tatsächlich warten die Privatversicherten mit im Durchschnitt 4,4 Wochen halb so lange wie ihre gesetzlich versicherten Kommilitonen auf einen Therapieplatz.

### *Anforderungen an Therapeuten*

Die Klienten, die aus der Beratungsstelle kommen, haben häufig eine sehr genaue Vorstellung davon, wie ihr zukünftiger Therapeut sein sollte. 60% befanden das Geschlecht des Therapeuten als relevantes Kriterium: 52% legten bei ihrer Suche Wert auf eine Frau, nur 8% wollten einen männlichen Therapeuten. Auch Felber und ihre Arbeitsgruppe berichten davon, dass 60% das Geschlecht als relevantes Kriterium ansehen (Felber et al., 2005). Interessant ist, dass dem Geschlecht eine so große Bedeutung von Seiten der Patienten zugesprochen wird, während die Wenigsten (nur 8%) Wert auf eine besondere Spezialisierung für ihre Störung oder Situation legten. Alle Suchenden hatten eine Verfahrensrichtung als Präferenz; was der bisherigen Literatur (Felber et al., 2005; Ogris, 1999) nicht entspricht. Dies ist insofern erklärbar, als dass in der PBS bereits eine ausführliche Aufklärung über die verschiedenen Psychotherapiemethoden erfolgt und die Klienten aufgefordert werden, sich bereits im Vorfeld Gedanken über die für sie geeignetste Methode zu machen. Interessant im Zeitalter von Internet und Facebook ist, dass sich nur 8% der Studierenden im Internet nach den Therapeuten erkundigten und Wert auf eine eigene Homepage des Therapeuten legten.

### **5.1.3 Diskussion des dritten Hypothesenblocks - Unterschiede zwischen den Gruppen ,Therapie regulär beendet‘ vs. ,keine Therapie gemacht‘ nach 1,5 Jahren**

Die Ergebnisse des dritten Hypothesenblocks widersprechen zum Teil der bisherigen Forschung. Psychotherapie gilt als ein sehr wirksames Mittel für die Behandlung von psychischen Störungen, ihre Wirksamkeit ist in einer Vielzahl an Studien (Chambless & Ollendick, 2001; Grawe et al., 1994; Lambert & Ogles, 2004) belegt und kann und soll hier nicht in Frage gestellt werden. Einen Überblick (nach Störungsbild und Verfahren getrennt) findet sich bei Margraf (2009). Im Folgenden werden mögliche Gründe für die teils widersprüchlichen Ergebnisse erörtert.

Der Hypothesenblock zeigte, dass sich beide Gruppen (Psychotherapie gemacht und Psychotherapie nicht gemacht) in ihrer psychischen Beeinträchtigung und in ihrer depressiven Symptomatik über die Zeit hinweg signifikant verbesserten. Werden die Daten zu Beratungsende in der PBS hinzugenommen, so findet sich auch ein hoch signifikanter Unterschied der gesamten Stichprobe zwischen Beratungsanfang und Beratungsende in der PBS. Es ist eine deutliche Besserung zu erkennen. Es ist jedoch keine Differenzierung zwischen den beiden Gruppen möglich. Zu t3 kommt es beim BSI (GSI-Wert) zu einer weiteren Verbesserung jener Gruppe, die eine Psychotherapie abgeschlossen hat, und zugleich stabilisieren sich die Depressivitätswerte.

Es ist zu beachten, dass die Ergebnisse, die mit den Daten zu Beratungsende in der PBS erhalten wurden, nur eingeschränkt zu interpretieren sind, da sie erstens nicht von Beginn an im Untersuchungsdesign vorgesehen waren, sondern nachträglich in die Berechnungen mitaufgenommen wurden. Dadurch wurde in der Standardevaluation der PBS nicht vermehrt auf das Ausfüllen der Fragebögen geachtet. Zweitens verringerte sich durch eine hohe drop-out Rate der Stichprobenumfang erheblich, war bei den t- Werten des BSI und des ADS-K jedoch noch ausreichend groß. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Gespräche in der PBS bereits so unterstützend für die Klienten sind, dass eine weitergehende Psychotherapie für einen großen Teil nicht mehr unbedingt notwendig erscheint. Diese Annahme stützt sich auf das Aufwand-Wirkungsmodell der Psychotherapie und das Phasenmodell der Veränderung. Howard et al. (1999) stellten in einer Metaanalyse zur Verbesserungsrate im Verlauf einer Psychotherapie (Aufwand- Wirkungsrelation) eine „negativ beschleunigte Kurve in Relation zur Anzahl der Sitzungen“ fest. Andere Studien beschäftigten sich ebenfalls mit diesem Effekt (Lambert & Ogles, 2004; Lutz, Stulz, Smart, & Lambert, 2007). Sie zeigen, dass die größte Symptomreduktion in den ersten Sitzungen der Therapie geschieht. Die Wirksamkeit flacht

dann im weiteren Verlauf ab und hat bei circa 60 Sitzungen den durchschnittlichen maximalen Effekt erreicht. Für die in der vorliegenden Studie untersuchte Stichprobe würde dies bedeuten, dass die Sitzungen in der Beratungsstelle bereits diesen großen Effekt haben und eine weitergehende Psychotherapie unter Umständen nur noch eine flache Verbesserungskurven zeigt.

Der Großteil der in der Stichprobe vergebenen Diagnosen ist dem depressiven Störungsbild zuzuordnen. Um die gefundenen Ergebnisse einordnen und kritisch diskutieren zu können, wird im Folgenden auf die große Fülle von Verlaufsstudien zu Depressionen zurückgegriffen.

Bei Depressionen handelt es sich um Störungsbilder, die in den selteneren Fällen nur einmalig auftreten. Die meisten Patienten erkranken wiederkehrend an depressiven Episoden (Hautzinger, 2008). Bei etwa 70-80% der depressiven Störungen handelt es sich um rezidivierende Störungen (Wolfersdorf, 2001), in etwa 15-30% der Fälle entwickelt sich ein chronischer Erkrankungsverlauf. Bei etwa der Hälfte aller Erkrankten klingt die Symptomatik innerhalb eines Jahres vollständig ab, 30% remittieren innerhalb der ersten zwei Jahre. Bei 15-20% kommt es zu einer wesentlich späteren oder keiner Remission. Wird dies auch für die vorliegende Studie angenommen, ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil der Teilnehmer auch ohne Behandlung eine Symptomreduktion oder sogar eine vollständige Remission erfährt. Eine katamnestiche Untersuchung in einem wesentlich längeren Zeitabschnitt (in fünf oder zehn Jahren) würde zeigen, ob es zu einer Selbstselektion in der Stichprobe kam (die, die vollständig remittierten, hatten sich gegen eine Psychotherapie entschlossen) oder ob es bei denjenigen, die keine Psychotherapie gemacht haben, signifikant häufiger zu einem wiederkehrenden Verlauf der Depression kam. Anzunehmen ist, dass die Unterstützungsgespräche der PBS den Klienten in der Zeit unmittelbar nach Behandlung sehr helfen, dieser positive Effekt aber abklingt und es ohne eine stabilisierende Psychotherapie zu einer erneuten Episode kommt. Der positive Effekt der PBS hält sich jedoch den Ergebnissen der Studie zufolge mindestens 18 Monate.

Nach den Leitlinien zur Depressionsbehandlung (Hautzinger, 2008) ist bei der Diagnostik einer depressiven Episode gestuft vorzugehen. In einem ersten Schritt -und bei Ausschluss von akuter Suizidalität- gilt es durch unterstützende Gespräche eine Symptomreduktion zu erreichen. Dies wird mittels Unterstützungsgesprächen und Psychoedukation erreicht. Hierbei reicht oft ein Beratungssetting aus. Sollte es innerhalb von zwei Wochen zu keiner Besserung gekommen sein, so gilt es, den Klienten zügig einer weiterführenden Psychotherapie zuzuführen. Die PBS ist im Sinne der Leitlinien die passende Clearing-Stelle in einer solchen Situation. Die Beraterinnen sind sowohl kompetent in der Diagnostik der psychischen

Störungen, als auch in der Erstintervention. Da die Indikationsstellung für eine Psychotherapie bereits in der Phase der Eingangsdiagnostik erfolgt, sollte sie nach den Interventionssitzungen nochmals kritisch im Hinblick auf eine weiter bestehende Notwendigkeit einer ambulanten Psychotherapie überprüft werden. Evt. verbessert sich ein Teil der Klienten durch die Beratung so stark, dass eine Psychotherapie nicht mehr notwendig ist.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen gilt als bewiesen. In zahlreichen Studien (Hautzinger, 2008; Margraf, 2009; Schauenburg et al., 1999) konnte gezeigt werden, dass es den Patienten ein oder zwei Jahre nach abgeschlossener Behandlung allgemein besser ging und sie weniger rückfällig wurden als Klienten ohne Therapie. Unterstützende Therapie kann ebenfalls als sehr wirksam und effektiv erlebt werden. So haben Minimalinterventionen gegenüber Wartekontrollgruppen eine erhöhte Wirksamkeit unter Beweis gestellt (Mains & Scogin, 2003; McKendree-Smith, Floyd, & Scogin, 2003). Inhalte dieser unterstützenden Sitzungen sind Diagnostik, Information und Psychoedukation zur Erkrankung und ihrem Verlauf und sind somit Hilfen zur Selbsthilfe. Damit beinhalten sie wesentliche Elemente der Beratungssitzungen in der PBS. Auch in Studien mit kognitiver Verhaltenstherapie als Treatmentgruppe ließ sich ein vergleichbarer Effekt mit einer unterstützenden Therapie erzielen (Hautzinger & Welz, 2008).

Die Stärke der kognitiven Verhaltenstherapie erweist sich gegenüber verschiedenen anderen Bedingungen jedoch in ihrer längerfristigen Effektivität (Hautzinger, 2008). Daher ist zu vermuten, dass sich diejenigen Klienten, die sich zu t3 noch nicht signifikant von der Gruppe der Therapieabsolventen unterscheiden, dies in fünf bis zehn Jahren tun werden.

#### *Medizinische Inanspruchnahme, Psychopharmaka*

Die Hypothese, dass Therapieablehner häufiger medizinische Dienste wie ihren Hausarzt, Fachärzte für Psychiatrie oder Neurologie beanspruchen, Psychopharmaka und andere Medikamente einnehmen, konnte nicht bestätigt werden. Studien, die die Inanspruchnahme vor und während/nach einer Psychotherapie erhoben, konnten jedoch eine deutliche Abnahme im Verlauf der Inanspruchnahme konstatieren. Baltensperger und Grewe (2001) stellen in einem Übersichtsartikel deutliche Einsparungen im Verlauf eines Jahres fest. So reduzieren sich die Arztbesuche aus diagnostischen Gründen um 26%. In die Sekundäranalyse wurden auch Studien mit Treatmentgruppe (Psychotherapie) und Kontrollgruppen aufgenommen. Hier zeigte sich unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten. Nicht nur, dass die sich in psychotherapeutischer Behandlung befindenden Patienten weniger Arztkontakte hatten,

sondern es stieg im gleichen Zeitraum auch die Inanspruchnahme derjenigen, die keine Psychotherapie bekamen. Die vorliegende Studie erfasst die medizinische Versorgung der Teilnehmer nicht im Verlauf. Damit kann sie keine Veränderungen abbilden. Der vermutete Unterschied zwischen Therapieabsolventen und Personen, die keine Psychotherapie gemacht haben, konnte nicht festgestellt werden. Das spricht wieder für das bewusste Entscheidungsverhalten der Studierenden, die selbst am besten wissen, welche Hilfsangebote für ihre momentane Situation am geeignetsten sind.

### *Studienverlauf und -leistung*

Studierende befinden sich aufgrund ihrer Lebenssituation in einer besonderen Situation. Sie stehen in keinem festen Arbeitsverhältnis und die Erfassung von Leistungsfähigkeit ist schwer zu realisieren. Ausfalltage, in der Literatur häufig als Indizes psychischer Erkrankungen genutzt (GBE Bund, 2011; Versorgungsmanagement DAK, 2005), können nicht erfasst werden. Studien zeigen jedoch eindeutig, dass Patienten, die in einer Psychotherapie sind, nicht nur weniger Gesundheitskosten verursachen (Kraft et al., 2006), sondern mit ihren remittierten Störungen keine Unterschiede in den Ausfalltagen zu gesunden Personen aufweisen (Jacobi et al., 2004). In den Daten zum Studienverlauf ließen sich keine Unterschiede zwischen den Personen, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten, und den Personen, die keine Psychotherapie angefangen hatten, finden. Der Grund hierfür ist vermutlich im Studiendesign zu finden, da es schwer ist, einheitliche, standardisierte Daten für das Studium (wie eben Ausfalltage bei Beschäftigten) zu erheben. Studienverläufe und Studiengänge sind zu unterschiedlich, so dass nachträglich festgestellt werden muss, dass kein geeigneter Indikator gefunden werden konnte. Als möglicher brauchbarer Indikator ist die Prüfungsleistung heranzuziehen. Hier zeigte sich in der Tendenz bereits Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘. Personen, die eine Psychotherapie gemacht hatten, hatten auch häufiger Prüfungsleistungen erbracht. Werden die Ergebnisse des deskriptiven Teils hinzugezogen, so zeigt sich, dass diejenigen, die eine Psychotherapie gemacht haben zu 57% angaben, ihre Studienleistungen hätten sich (sehr) verbessert. In dieser Gruppe fanden sich keine Personen, die eine Verschlechterung der Studienleistung angaben.

### *Fazit*

Unterscheidungsmerkmale zwischen denjenigen Studienteilnehmern, die sich für eine Psychotherapie entschieden haben, und denjenigen, die sich dagegen entschieden haben, konnten nicht gefunden werden. Der Umstand, dass sich keinerlei Unterschiede, weder in der medizinischen Inanspruchnahme, noch in der aktuellen Lebenssituation, Lebenszufriedenheit, noch im Studienverlauf finden, verstärkt das Argument der hohen Wirksamkeit der Beratungsgespräche und der Mündigkeit des Klienten. Es ist davon auszugehen, dass die Hauptveränderung in den Beratungssitzungen stattfand.

Nicht auszuschließen ist, dass sich die Personen in anderen, nicht erhobenen, Variablen unterscheiden, so zum Beispiel in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und der erhaltenen Ressourcenaktivierung: es wird Personen geben, die zum Ende der Beratung bereits eine Verbesserung des Wohlbefindens verspürten und denen diese Verbesserung ausreichte, bzw. sie vielleicht auch von keiner möglichen weiteren Verbesserung ausgingen. Diese werden nicht noch weiter in eine ambulante Therapie gehen. Andere bemerken ebenfalls, dass ihnen die Beratung gut tat und erwarten, dass eine ambulante Psychotherapie weitere Verbesserungen nach sich ziehen wird. Damit hing die Entscheidung nicht mehr von der rein subjektiv empfundenen Beeinträchtigung und deren Besserung ab, sondern von der eigenen Bewertung und dem Zutrauen, was Psychotherapie kann. Diese Bewertung zeigt sich auch in der abgegebenen Evaluation der gemachten Psychotherapie. Hier wird ein sehr positives Bild von Psychotherapie beschrieben, welches vermuten lässt, dass die Klienten sie als sehr bereichernd und wertvoll für ihren weiteren Lebensweg einschätzen. Wie hätten die Ablehner, hätten sie doch eine Psychotherapie gemacht, geantwortet?

## 5.2 Diskussion der Methodik und sich anschließende Fragestellungen

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Pionierstudie. Die nachfolgenden Kritikpunkte bezüglich der Methodik der Arbeit können als wichtige Veränderungsvorschläge für künftige Studien dienen.

### *Stichprobe*

Die Stichprobe von Studierenden kann nicht als repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung bewertet werden: die Lebenssituation der Studierenden ist stark vom Wandel, häufigen Veränderungen und großer Flexibilität geprägt (vgl. 2.5 Studierende - eine besondere Stichprobe). Zudem gehören sie gebildeteren Schichten an, die häufiger aktive Bewältigungsformen zeigen und stärkere Informationssuche betreiben (Rau & Pauli, 2004). Sie übernehmen eher individuelle Verantwortung, verhalten sich zukunftsorientiert und handeln zuverlässig. Diese Faktoren beeinflussen die Suche nach adäquater Hilfe und die Krankheitsbewältigung positiv. Auch das junge Alter spielt eine positive Rolle bei der Inanspruchnahme von Behandlungen und den vergleichbar kurzen Latenzzeiten. Immer noch wird das Konzept des YAVIS-Patienten (Young-Attractive-Verbal-Intelligent and Successful) in der Literatur diskutiert (Lewis, Davis, Walker, & Jennings, 1981; Margraf, 2009). Bei diesen Klienten, so die Argumentation, erreicht Psychotherapie die besten Erfolge und die Personengruppe profitiert stark von Psychotherapie. Hinter diesen Attributen stecken aber auch motivierte und offene Klienten, die zur Selbstreflexion und für Änderungsprozesse bereit sind.

### *Datenerhebung*

Die telefonischen Interviews (t1, t2 und t3) konnten nicht anonym stattfinden, sondern wurden erst im Nachhinein mittels Code-Nummern anonymisiert. In manchen Fällen fand deshalb unter Umständen ein Beantworten der Fragen hin zu sozial erwünschten Antworten statt. In anderen Fällen kann von einer kognitiven Dissonanz ausgegangen werden; hervorgerufen dadurch, dass die Klienten eine Entscheidung getroffen hatten (hier die Nicht-Inanspruchnahme einer Psychotherapie), die sich anschließend als Fehlentscheidung erwies. Im Sinne der Dissonanzreduktion wurde versucht, die Kognitionen mit der bestehenden Situation oder Einstellung in Einklang zu bringen und die Notwendigkeit einer Therapie herunterzuspielen. Antworten könnten damit wesentlich positiver ausfallen, als sich die tatsächliche Situation gestaltet.

Durch die Erhebungsdauer von 18 Monaten konnten etliche Patienten nicht in die Endrechnung mitaufgenommen werden, da sie ihre Psychotherapie noch nicht beendet hatten. Mit einer längeren Untersuchungsdauer könnten auch diejenigen in die Analyse miteingehen, die die Therapie 1,5 Jahre später noch nicht beendet hatten. Mit 23% der Gesamtstichprobe wäre damit eine wichtige Substichprobe einbezogen. Die Darstellung der Therapieverläufe zeigt, dass diejenigen, die sich zu t3 noch in Therapie befanden, annähernd genauso viele Therapiestunden absolviert hatten, wie diejenigen, die sie bereits abgeschlossen hatten. Evt. brauchen die, die noch in Therapie sind, dringender die Therapie und profitieren später noch stärker von ihr. Damit ergäbe sich nach Abschluss ihrer Therapie für diese Gruppe eine wesentlich größere psychische Symptomreduktion gegenüber der Gruppe, die keine Psychotherapie in Anspruch genommen hat.

#### *Fehlende Kontrollgruppe*

Im Rahmen der Studie wurde keine Kontrollgruppe rekrutiert. Sie hätte es ermöglicht, die Unterstützungserfahrungen und mögliche andere Effekte, hervorgerufen durch die Beratung in der PBS, zu kontrollieren. Die Teilnehmenden verfügten alle initial über eine gewisse Eigenmotivation, da sie die Beratungsstelle aufgesucht haben. Damit haben sie bereits Suchstrategien angewandt und für sie passende Unterstützungsmöglichkeiten aufgetan. Nach dem Sechs-Stadien Konzept von Prochaska et al. (1992) haben die Studierenden damit bereits (1) das Stadium der Sorglosigkeit, (2) das Stadium des Bewusstwerdens, sowie (3) das Stadium der Vorbereitung durchlaufen und befanden sich mit der Beratung in der PBS bereits im (4) Stadium der Handlung (vorgestellt im Theorieteil, S. 11). Damit hatten die Klienten wichtige Schritte des Prozesses bereits eigenständig durchlaufen und waren in der Krankheitsbewältigung weiter fortgeschritten als eine Person, die zwar eine ähnliche Diagnose und Störungsschwere hat, sich bisher aber nicht um Hilfe bemühte.

#### *Keine Intention-to-treat Analyse*

Es wurden bei der Datenauswertung Completer-Analysen gerechnet und die Therapieabbrecher nicht mit in die Berechnungen aufgenommen. Es handelt sich bei der Studie um kein randomisiertes Studiendesign, sondern um eine praxisnahe Feldforschung, in der v.a. der Unterschied zwischen den beiden Gruppen „Therapie regulär beendet“ und „keine Therapie“ im Vordergrund standen. Da auch die Gruppe der Patienten in laufender Therapie noch zu Therapieabbrecher werden konnten, wurde sich gegen die Aufnahme der Therapieabbrecher entschieden. Dadurch, dass nur die Gruppe derjenigen berücksichtigt wurde, die ihre Therapie regulär abgeschlossen haben, schränkt es die Aussagen zum Therapieerfolg etwas ein und es

kann ein leicht ‚falsch positives‘ Studienergebnis (Typ-1-Fehler) nicht ausgeschlossen werden.

#### *Zusätzlich zu erhebende Variablen*

Faktoren im Zusammenhang mit der Hilfeinanspruchnahme, wie zum Beispiel die Selbstwirksamkeit oder Kontrollüberzeugung der Studierenden, werden im Nachhinein als wichtige zu erhebende Variablen erachtet. Über welche internale Kontrollüberzeugung verfügen Annehmer und Ablehner vor und nach den Beratungssitzungen? Verfügen die Studierenden, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, über eine geringere Selbstwirksamkeit und bedürfen mehr externer Hilfen? Es kann vermutet werden, dass die Ablehner durch die Beratungssitzungen bereits wieder mehr internale Kontrollüberzeugung erlangt hatten und sich deshalb die Problembewältigung ohne weitere Hilfe zutrauten. Auch der Grad der Mobilisierung, den die Beratungen in der PBS erreichten, und die erreichte Ressourcenaktivierung sollten in zukünftigen Studien erfasst werden. Im Sinne der spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren von Beratung und Psychotherapie wäre es interessant, die Beratungsinhalte bei Indikationsgesprächen genauer zu untersuchen und dabei besonders wichtige Bausteine zu identifizieren.

#### *Erfassung Therapieerfolg*

Der Therapieerfolg wurde multimodal erfasst. Durch die Selbsteinschätzung des Patienten wurden sowohl relevante funktionale Lebensbereiche der Patienten (Arbeit, soziale, familiäre und interpersonale Aspekte), als auch psychopathologische Werte erhoben. Fremdeinschätzungen durch den behandelnden Therapeuten oder auch direkte Beobachtungsdaten konnten nicht erfasst werden. Für Folgestudien wäre eine erneute Diagnostik von Seiten des Studienleiters oder des Therapeuten aussagekräftig. Durch die Fokussierung auf die Ebene des Patientenurteils gewinnt die Studie wichtige Erkenntnisse zum Prozessverlauf aus Sicht der betroffenen Klienten, die Ergebnisse erfahren dadurch aber auch eine Begrenzung und wichtige, objektivere Daten können nicht in die Analyse mit einbezogen werden.

#### *Geringe Stichprobengröße Beratungsende PBS*

Die Untersuchung nahm nachträglich bereits erhobene Daten der PBS zu Beratungsende mit in die Berechnungen auf. Es handelte sich dabei um die abhängigen Variablen BSI, ADS-K und Belastung. Diese Daten werden in der Basisdokumentation der PBS nach Beratungsende erhoben, wenn mindestens zwei Beratungen stattfanden. Sie ermöglichen die Evaluation

anhand der Symptomreduktion. In der vorliegenden Studie wurden sie aufgenommen, um den Einfluss der PBS auf die Stichprobe aufzuzeigen. Leider lagen die Daten nicht für alle Studienteilnehmer vollständig vor. Das lag an dem Mindestumfang von zwei Sitzungen, die wahrgenommen werden mussten; dadurch, dass diese Fragebögen erst nach Beratungsschluss ausgegeben werden, kommt es zu einem besonders hohen drop out. Die beiden Gruppen (,zu allen drei Messzeitpunkten liegen Werte vor‘ vs. ,Messzeitpunkte liegen nicht vor‘) wurden hinsichtlich wichtiger Variablen kontrolliert; es fanden sich keine signifikanten Unterschiede (s. Anhang Tabelle 58). Die Daten wären wesentlich aussagekräftiger wenn es gelänge sie für einen noch größeren Teil der Klienten zu erheben.

### 5.3 Stärken der Studie

Neben den bereits dargestellten Optimierungsmöglichkeiten zeichnet sich die vorliegende Untersuchung auch durch einige innovative Aspekte aus.

Der Prozess des bewussten Entscheidens für oder gegen eine Psychotherapie wurde in den Blickpunkt gerückt. Es kann festgestellt werden, dass die Gründe für eine Ablehnung meist wohlüberlegt waren und die Klienten sich bewusst nach Lösungsalternativen jenseits einer Psychotherapie umsahen.

In der Studie wurde der gesamte Verlauf ab dem Entschluss bis 1,5 Jahre nach Indikationsstellung aus Patientensicht erhoben. Diese Sicht ist dringend erforderlich, da Psychotherapie primär den Menschen, die sie benötigen, dienen soll. Die Ergebnisse zeigen, wie sehr die tatsächliche Inanspruchnahme von Psychotherapie von ihrer Akzeptanz und dem offenen Umgang mit ihr abhängt. Hier den Blick für die Klienten und deren Lebenswelt zu verlieren, wäre fatal für die Psychotherapie.

Die direkte Erfassung der Suchaktivität ermöglicht einen guten Überblick über Suchstrategien und Hindernisse bei der Suche nach einem Therapieplatz. Die unmittelbare Erhebung der Wartezeiten und der Anzahl an Kontakten liefert dabei weitaus reliablere Daten als eine retrospektive Erfassung.

Durch die Studie zeigt sich die Effektivität der PBS nicht nur unmittelbar nach Beratungsende, sondern auch in einem längeren Verlauf. Sowohl Annehmer als auch Ablehner einer Psychotherapie konnten von den wenigen Sitzungen in der PBS sowohl kurz- als auch langfristig profitieren.

Nicht zuletzt zeigt die Untersuchung die Mündigkeit des Klienten und arbeitet heraus, dass die meisten Studierenden mit ihren mitgebrachten Ressourcen eigene für sie gangbare Problemlösestrategien entwickeln. Wenn es noch besser gelänge, jene herauszufiltern, die dazu nicht in der Lage sind, so könnten die Ressourcen der PBS besser ausgenutzt und noch sinnvoller eingesetzt werden.

Aus der Untersuchung können neben den wissenschaftlichen Ergebnissen auch Implikationen für die praktische Arbeit in der PBS und ähnlichen Beratungseinrichtungen an Universitäten und Fachhochschulen abgeleitet werden.

## 5.4 Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, welche wichtige Funktion die PBS im Prozess der psychotherapeutischen Versorgung der ratsuchenden Studierenden einnimmt. Sie ist für viele erste niederschwellige Anlaufstelle bei ihren studien- und alltagsbedingten Problemen. Wie auch die eigenen Evaluationsergebnisse der PBS zeigen (Psychotherapeutische Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2010), ist von einer hohen Wirksamkeit der Gespräche auszugehen. Auch die vorliegenden Ergebnisse stützen diesen Befund. Die PBS ist darüber hinaus wichtige Schnittstelle für eine Weiterverweisung in ambulante Praxen und unterstützt die Studierenden auf ihrer Suche nach einem Therapieplatz. Diejenigen, die sich gegen eine Psychotherapie entscheiden, wurden dank der Beratungen in der PBS soweit gestützt, dass es ihnen signifikant besser geht als zu Beratungsanfang - auch anderthalb Jahre nach Indikationsstellung.

Für die Praxis in der PBS können aufgrund der Untersuchungsergebnisse weitere Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Dabei kann zum einen am Entscheidungsverhalten angesetzt werden, zum anderen die Suchaktivität der Studierenden stärker unterstützt werden.

### *Entscheidungsverhalten/Vorgehen bei Indikationsstellung*

Personen, die eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie bekommen, sind weiterhin in der gebotenen Gründlichkeit über Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Attribuiert der Klient seine Situation stark auf äußere Gegebenheiten (z.B. Prüfungen, Abschlussarbeiten), so ist zu thematisieren, dass sich zwar die Symptomatik nach dem Durchstehen der Situation verbessern kann, jedoch eine erhöhte Vulnerabilität besteht, dass die Störungen in belastenden Situationen wieder auftreten können und eine Psychotherapie dem für die Zukunft entgegenwirken kann. Sollte der Klient, wie in der Stichprobe häufig der Fall, der Meinung sein, dass die Gespräche in der PBS bereits eine ausreichende Verbesserung gebracht haben, so wäre zu betonen, dass eine sich anschließende Psychotherapie zumindest einen stabilisierenden Effekt hätte.

In einem zweiten Schritt sollten die Klienten von der Beraterin zum Austausch mit Freunden, Kommilitonen und Familienangehörigen ermutigt werden. Zum einen kann es zu einem Erfahrungsaustausch mit Kommilitonen in ähnlichen Situationen (Prüfungsphase, Beziehungsprobleme, Unzufriedenheit mit dem Studium) kommen und sich daraus auch gegenseitige Unterstützung ergeben; Klienten würden sehen, wie andere mit ähnlichen Problematiken umgehen. Zum anderen können Personen, die bereits eine Psychotherapie

gemacht und ggf. davon profitiert haben, Betroffene motivieren, selbst eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Die Ergebnisse zum Entscheidungsverhalten zeigen, dass die berichteten Erfahrungen anderer positiv mit der eigenen Entscheidung für eine Psychotherapie zusammenhängen. Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Ermutigung zum Austausch im Freundes- und Bekanntenkreis sollte in der Beratung vorangetrieben werden. Hier gäbe es auch die Möglichkeit, Erfahrungsberichte von ehemaligen Klienten der PBS, die sich für eine Psychotherapie entschieden haben, zu sammeln und Unentschlossenen zur Verfügung zu stellen. Eventuell ließen sich für die verschiedenen Ausgangssituationen (Diagnose, Migrationshintergrund, Vorbehandlung) passende Erfahrungsberichte sammeln, die als Denkanstöße dienen könnten. Vorstellbar und weiter auszuarbeiten wäre auch ein Gruppenangebot für diesen Personenkreis. Die Kursangebote der PBS erfahren große Resonanz und sind ein wichtiger Baustein im Beratungsangebot der PBS. Eine Gruppe mit Ablehnern einer Psychotherapie zusammenzufassen, die den gegenseitigen Austausch fördert, hätte vermutlich einen entlastenden und entstigmatisierenden Effekt.

Der Entschluss Studierender, trotz Indikation und gründlicher Aufklärung keine Psychotherapie zu beginnen, mag manchem Berater als Mislingen seiner Beratung erscheinen. Zur ihrer eigenen Entlastung können sie, das zeigt die Studie, auf die Mündigkeit des Klienten vertrauen. Er sollte als Experte seiner Krankheitsbewältigung respektiert werden, der die für sich passenden Unterstützungssysteme findet. Dies stärkt die eigene Selbstwirksamkeitseinschätzung und übergibt die Kontrolle wieder in die Hände des Klienten. Sollte dennoch die dringende Notwendigkeit einer Therapie gesehen werden, so können in einem ersten Schritt alternative, niederschwellige Angebote aufgezeigt und gesammelt werden. Die Gruppe der Studierenden stellt sich als eine Personengruppe dar, die über reichhaltige Ressourcen verfügt. Neben den ihnen zur Verfügung stehenden kognitiven Fähigkeiten, verfügen die meisten über eine hohe Flexibilität und Veränderungsbereitschaft. Sie lassen sich auf neue Erfahrungen ein und sind kaum vorbelastet durch evt. weniger erfolgreiche Therapien im Vorfeld.

Klienten, die wenig motiviert für eine Psychotherapie sind, der Beraterin aber eine Psychotherapie dringend angezeigt erscheint, sollten Motivationsgespräche angeboten werden. In einer Analyse der potentiellen Determinanten der Compliance-Rate zeigten Strauß et al. (1991a), dass die Auffassung des Therapeuten, ein Patient sei motiviert, sich gut zur Vorhersage der Compliance eignete. Insofern, so die Autoren, sei es eine Hauptaufgabe der Beratung, Motivationsarbeit zu leisten. Wenn Therapeuten sogar Hilfe im Sinne von konkreten Empfehlungen gaben, erhöhte dies die Compliance-Rate weiter. Prädiktive

Faktoren für die Annahme der Behandlungsempfehlung waren hier auch keine soziodemographischen oder klinischen Merkmale der Patienten, sondern die Einschätzung der initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung im Erstgespräch durch den Therapeuten. In der dieser Arbeit vorausgegangenen Diplomarbeit konnte gezeigt werden, dass Überbrückungsgespräche die Therapiemotivation deutlich steigern (Seidl, 2009). Die Überbrückungsgespräche sind bisher für Personen gedacht, die sich für eine Psychotherapie entscheiden, bis zu Beginn der Therapie jedoch Sitzungen zur Überbrückung in der PBS angeboten bekommen. Anzudenken wäre es, sogenannte Motivierungsgespräche für Klienten, die sich vorerst gegen eine Psychotherapie entscheiden, in das Konzept der PBS aufzunehmen. Bereits Franz (1997) zeigte, dass es mit wenigen Motivierungsgesprächen zu einer erheblichen Steigerung der Inanspruchnahmerate von Psychotherapie von 3% auf 33% innerhalb eines Jahres kam. Zu beachten ist hierbei, dass den Patienten ein Therapieplatz bereitgehalten wurde. Bei den Gesprächen kommt vor allem die positive Erfahrung in der Therapeut-Patienten-Interaktion (Huber, Henrich, & v. Rad, 2000), die Vermittlung von Wissen über Psychotherapie und die Veränderung der Krankheitsattribution zum Tragen (Schneider, 1990).

Ein besonderes Augenmerk sollten die Beraterinnen auf Studierende mit Migrationshintergrund legen, da sich diese tendenziell seltener zu einer Psychotherapie entschließen als Studierende ohne Migrationshintergrund. Hier spielen sicherlich auch die Einstellungen des Umfelds eine wesentliche Rolle.

### *Suchaktivität*

Die gängige Praxis, Psychotherapeutenlisten bei Beginn der Suche auszugeben, erwies sich als äußerst hilfreich für die Studierenden und wurde dankbar angenommen. Dieses Instrument sollte auf jeden Fall weiter eingesetzt werden. Anzudenken wäre zusätzlich ein Flyer mit Tipps zur effektiven Psychotherapieplatzsuche. Darin sollte auf gängige Schwierigkeiten hingewiesen und Tipps zur erfolgreichen Suche gegeben werden. Für die Erhebung der Suchaktivität wurde im Rahmen der Untersuchung ein Arbeitsblatt konzipiert, auf welchem der aktuelle Stand der Suche notiert werden konnte (s. Anhang Messinstrumente). Damit hatten die Klienten einen Überblick, welche Therapeuten sie bereits angerufen hatten, bei wem sie auf der Warteliste standen oder wann sie sich wo wieder melden sollten. Die Studienteilnehmer hoben mehrfach den Nutzen dieses Tools hervor. Es erscheint daher sinnvoll eine überarbeitete Version den Klienten standardmäßig auszugeben. Auch ein E-Mail-Reminder vier Wochen nach Suchbeginn könnte die Suchaktivität nochmals steigern und die Therapiemotivation fördern.

Die Ergebnisse zeigten, dass der persönliche Kontakt mit dem Therapeuten bei der Suche ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Therapieaufnahme war. Darüber sollten die Beraterinnen die Klienten informieren und sie ermutigen den persönlichen Kontakt zu suchen. Hierbei ist vor allem wichtig, vorhandene Hemmungen gegenüber psychotherapeutischen Einrichtungen abzubauen und zur Beziehungsaufnahme hinzuführen. Immerhin gaben 12% der Suchenden an, Hemmungen gehabt zu haben, die Suche überhaupt zu beginnen und den ersten Schritt zu gehen. Bei sozial unsicheren Patienten kann es sich als hilfreich erweisen die Kontaktaufnahme im Rollenspiel zu üben und Eingangssätze vorzuformulieren. Auch ein erstes Telefongespräch mit einem Therapeuten gemeinsam mit dem Berater in einer Sitzung zu führen, kann Klienten, für die die Kontaktaufnahme extrem angstbesetzt ist, helfen.

Ein anderes Problem bei der Suche waren unklare Auswahlkriterien für Therapeuten seitens der Klienten. Es findet in der PBS zwar eine Aufklärung über die verschiedenen Psychotherapierichtungen statt, eventuell fehlen den Klienten neben der Therapierichtung jedoch auch Auswahlkriterien für ihre spezifische Diagnose. Etliche Klienten gingen davon aus, dass es innerhalb der Therapeuten nochmals Spezialisierungen für die einzelnen Störungsbilder (depressive Störungen, Angststörungen, PTSD) gäbe und ihnen in diesem Zusammenhang wichtige Informationen fehlen würden.

### *Stepped Care Modell*

Das Stepped Care Modell (SCM) wird in Forschung und Praxis immer populärer. Das SCM versucht mittels unterschiedlicher Interventionen (von geringer bis hoher Intensität) Diagnose und Störungsgrad zeitnah festzustellen, für den Einzelnen passende Interventionsstufen zu implementieren und dadurch die Gesundheitsversorgung kranker Menschen zu verbessern. Mittels des gestuften Vorgehens werden sich auch Einsparungen für das Gesundheitssystem erhofft. Das Modell kann z.B. folgende Stufen vorsehen: Selbsthilfe, begleitendes Beobachten, Bibliothherapie oder auch telefonische/computergestützte Beratung, ambulante Psychotherapie, ggf. Ergänzung mit Psychopharmaka, stationäre Aufnahme. D.h. die begrenzten psychotherapeutischen Behandlungsplätze stehen Patienten zur Verfügung, denen vorausgegangene Behandlungen nicht ausreichend geholfen haben. Solch ein gestuftes Versorgungskonzept sieht ein fortlaufendes Screening vor und erfordert eine gute Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen. Die PBS könnte in einer weiteren Untersuchung überprüfen, ob sich solch ein SCM nicht auch mit ihren Möglichkeiten umsetzen ließe. Die Eingangsdiagnostik entschiede, wie bisher auch, über empfohlene Interventionen. Bei geringen Störungsgraden empföhlen sich erst einmal eine gezielte Bibliothherapie und eine computergestützte Begleitung durch die Beraterin. Dies ließe sich

dann durch die bewährten Kurs- und Gruppenangebote steigern, hin zu Einzelgesprächen. Durch eine wiederholte Diagnostik ließen sich Symptomverlauf und –schwere erneut einschätzen und weitere Schritte hin zu einer ambulanten oder stationären Psychotherapie abwägen.

Die Beratungsstelle nimmt, wie gezeigt werden konnte, eine wichtige Position in der Behandlung und bei der Weiterverweisung von psychisch belasteten Studierenden ein. Mit einem noch stärkeren Blick auf ihre Clearing-Funktion könnte sie Studierende noch effektiver in ambulante Psychotherapien oder andere Unterstützungsmöglichkeiten überweisen.

Die Studie zeigte erneut, wie schwer es ist, in der Versorgungsforschung als Feldforschung umfassende Antworten geben zu können. Die Untersuchungen richten sich immer an der Praxis und deren Bedürfnisse aus und können nicht dem Anspruch randomisierter, kontrollierter Studien genügen. Sie helfen jedoch in der Praxis, vor Ort erste wichtige Schritte zu gehen und Weichen zu stellen, um den Patienten den Weg durch die Psychotherapie bestmöglich zu ebnen und den einzelnen Klienten optimal auf seinem Weg zu begleiten.

## 6 Zusammenfassung

Die psychotherapeutische Versorgungsforschung hat in den vergangenen Jahren in der gesundheitspolitischen, wissenschaftlichen und nicht zuletzt auch in der öffentlichen Diskussion an Bedeutung gewonnen. Dabei wurde vermehrt die Forderung nach Feldstudien zur Inanspruchnahme von Psychotherapie gestellt, um damit Einblicke in reale Therapieverläufe und -ergebnisse zu erhalten.

Die vorliegende Studie begleitete Klienten (N=206) der Psychotherapeutischen Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz [PBS], die nach einer Eingangsdiagnostik eine Psychotherapie Empfehlung ausgesprochen bekamen. Diese Studierenden wurden in einer längsschnittlichen Studie 1,5 Jahre über drei Messzeitpunkte hinweg begleitet, um Prädiktoren des Entscheidungsverhaltens für eine Psychotherapie zu identifizieren, die Wartezeit, sowie die Suchaktivität zu erheben und Unterschiede, zwischen Teilnehmern, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten und Teilnehmer, die keine Psychotherapie gemacht hatten, zu erfassen.

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie stellte sich der Einfluss des Umfelds als entscheidend heraus. Hatten Personen aus dem Umfeld der Klienten bereits Erfahrung mit Psychotherapie, so entschlossen sie sich häufiger zu einer Psychotherapie. Prädiktoren zum Störungsgrad und Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung waren keine vorhersagekräftigen Prädiktoren, der Studienverlauf (Studiengang und Studienzufriedenheit) beeinflussten das Entscheidungsverhalten gering.

Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz entsprach mit 8,8 Wochen dem aktuellen Durchschnitt von Kernstädten. Die persönliche Kontaktaufnahme mit potenziellen Therapeuten war bei der Suche wichtiger als die reine Anzahl an Therapeutenkontakten.

Personen, die eine Psychotherapie abgeschlossen hatten und Personen, die sich gegen eine Psychotherapie entschieden, unterschieden sich 1,5 Jahre nach Indikationsstellung nicht in ihrem medizinischen Inanspruchnahmeverhalten und in ihrer allgemeinen Lebens- und Studiensituation. Alle Teilnehmer verbesserten sich im Durchschnitt hinsichtlich psychischer Beeinträchtigungen signifikant über den Untersuchungszeitraum hinweg. Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung beider Gruppen in der Beratung bei der PBS, die eine nachhaltige Symptomreduktion mit sich brachte.

Die Beratungsstelle nimmt, wie gezeigt werden konnte, eine wichtige Position in der Behandlung und der Weiterverweisung von psychisch belasteten Studierenden ein.

## 7 Abstract

In the recent years the research in psychotherapeutic health services has gained increased attention in the scientific, public and political debate. There is still an increasing demand for field studies of psychotherapy to obtain knowledge of therapy processes and outcomes.

The present explorative study examined clients of the psychotherapeutic counseling service for students (at the University of Mainz) who received an indication for psychotherapy after the entry diagnosis. The longitudinal design with three measuring times over 1,5 years focused on the following variables: (1) Predictors of decision making, 2) the duration of waiting time before beginning a psychotherapy, (3) the search activity for a place on a therapy and (4) the differences between acceptors of psychotherapy and those who refused regarding their psychological symptoms, medical consultations and the course of their studies.

Results: The decision for or against psychotherapy was highly influenced by the social environment of the clients. If someone in their social network had experience with psychotherapy, the clients tended to choose psychotherapy more often. The average duration of the waiting time before beginning psychotherapy was eight weeks. This is in accordance with the mean duration for German core cities. The mode of the contact (personal, answering machine, no call-back, email) with the therapist had a higher impact on the waiting time than the number of contacts. The personal contact turned out to be the most effective one. 1,5 years after the first session in the counseling service, there was no difference between the two groups, who completed an ambulant psychotherapy and who declined, regarding the number of medical consultations and their general life and study situation. All subjects scored lower on the scales for BSI and the depression scale. Both groups benefited substantially from the psychotherapeutic counseling service.

This dissertation shows once again the importance of field studies for the improvement of psychotherapeutic health service. Nevertheless further research is needed to address the question of optimal support for people with mental illness.

## 8 Literaturverzeichnis

- Agras, W. S. (1987). So where do we go from here? *Behavior Therapy*, (18), 203–217.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten: Teil I: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55, 503-514.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil II: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*, 56(1), 51-60.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Goldschmidt, S., & Brähler, E. (2009). Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 59(07), 281-283.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 47-54.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M., Katz, S., Haro, J., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British journal of psychiatry*, 190(4), 299-306.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Edition*. New York: Macmillan Us.
- Appelbaum, A. (1972). A critical re-examination of the concept motivation for change in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, (53), 51-59.
- Arbeitskreis Versorgungsforschung beim wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (2004). *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung*. Retrieved June 15, 2009, from <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=6.3289.3293>.
- Badura, B., Schaeffer, D., & Troschke, J. (2001). Versorgungsforschung in Deutschland: Fragestellungen und Förderbedarf. *Journal of Public Health*, 9(4), 294-311.
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C., & Rist, F. (2008). Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58, 423-429.
- Baltensperger, C., & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(1), 10-21.
- Baune, B. T., & Arolt, V. (2005). Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. *Der Nervenarzt*, 76(5), 633-646.
- Bermejo, I., Friedrich, C., & Härtner, M. (2008). Ambulante psychotherapeutische Versorgung depressiver Patienten: Ergebnisse einer standardisierten Befragung in psychotherapeutischen Praxen. *Psychotherapeut*, 53, 260-267.
- Borgetto, B., & Trojan, A. (2007). Versorgungsforschung und Laiensystem. In C. Janßen, B. Borgetto, & G. Heller (Eds.), *Gesundheitsforschung. Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde* (pp. 25-43). Weinheim: Juventa.
- Bormann, C. (2007). Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung. In C. Janßen, B. Borgetto, & G. Heller (Eds.), *Gesundheitsforschung. Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde* (pp. 13-23). Weinheim: Juventa.

- Bortz, J., & Weber, R. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler: Mit 242 Tabellen* (6., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Bozok, B., & Bühler, K. E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie-spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 56(4), 119-132.
- Brähler, C., & Brähler, E. (1986). Der Einfluss von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme: eine katamnestiche Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview. *Psychosom Med Psychother*, 32, 140-160.
- Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2008). Prioritäre Themen in der Versorgungsforschung zur psychischen Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 35(07), 315-317.
- Bühring, P. (2003). Psychotherapeutische Versorgung: Mangel an Therapieplätzen. *Deutsches Ärzteblatt*, 2(7), 303-305.
- Bundes Psychotherapeuten Kammer [BPtK] (2008). *Psychotherapeutengesetz-ein Meilenstein für psychisch Kranke*. Berlin.
- Bundespsychotherapeuten Kammer [BPtK] (Ed.) (2011). *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK*. Berlin.
- Bundessozialgericht (1997). Vergleich AZ 6 RKa 15/97.
- Bundesverband BKK. (2006). *BKK Gesundheitsreport 2006*, Essen.
- Butler, T., Giordano, S., & Neren, S. (1985). Gender and sex-role attributes as predictors of utilization of natural support systems during personal stress events. *Sex Roles*, 13(9), 515-524.
- Calliess, I., Schmid-Ott, G., Akguel, G., Jaeger, B., & Ziegenbein, M. (2007). Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 34(7), 343-348.
- Chambless, D., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clarkin, J., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert, A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194-226). New York: Wiley.
- Crits-Cristoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., et al. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 419-430.
- Cube, T. v. (1983). Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. *Psychosom Med Psychother*, 32, 140-160.
- Cunningham-Williams, R., Cottler, L., Compton, W. M., & Spitznagel, E. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders-results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88(7), 1093-1096.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, (55), 34-43.

- Diener, E. & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed., pp. 325–337). New York: Guilford Press.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, (49), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, (24), 25-41.
- Eisen, J., Pinto, A., Mancebo, M., Dyck, I., Orlando, M., & Rasmussen, S. (2010). A 2-Year Prospective Follow-Up Study of the Course of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(8), 1033-1039.
- Eng, W., Coles, M., Heimberg, R., & Safren, S. (2001). Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Depression and Anxiety*, 192-193.
- Eng, W., Coles, M., Heimberg, R., & Safren, S. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(2), 143-156.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fawzy, F.I., Canada, A., Fawzy, N. (2003) Malignant melanoma – effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 100–103.
- Felber, M., Hagleitner, J., Lang, M., Margreiter, U., Schwentner, G., & Wohlgenannt, M. (2005). Wege zur Psychotherapie: eine Untersuchung an Psychotherapie-Klientinnen und Klienten. *Psychotherapie Forum*, 81-87.
- Fernández, A., Haro, J. M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 172-173.
- Festinger, D. S., Lamb, R. J., Kountz, M. R., Kirby, K. C., & Marlowe, D. (1995). Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addictive Behaviors*, 20(1), 111-115.
- Fiedler, P. (2003). Eine Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie*, 8(1), 258-270.
- Fischer-Kern, M., Sluneko, T., Leithner, K., Löffler-Stastka, H., & Ponocny-Seliger, E. (2006). Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. *Nervenarzt*, (77), 309-317.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., & Hand, I. (2000). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 1, 191-203.
- Foa, E. B., & Emmelkamp, P. M. G. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis: Kurzform der SCL-90-R Deutsche Version*. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franz, M. (1997). Einflußfaktoren des Inanspruchnahmeverhaltens psychogen erkrankter Patienten. In R. Weitkunat, J. Haisch, & M. Kessler (Eds.), *Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (pp. 449-462). Bern: Hans Huber.
- Franz, M., Kuns, M., & Schmitz, N. (1999). Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? Eine

- katamnestische Untersuchung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 45(2), 95-112.
- Freud, S. (1955). *Tatbestandsdiagnostik und Psychoanalyse. Ges. Werke: VII*. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Fydrich, T., & Schneider, S. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52(1), 55-68.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H., & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(6), 414-423.
- Gallas, C., Puschner, B., Kühn, A., & Kordy, H. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychotherapie*, 60, 5-13.
- Garfield, S. E. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190–228). New York: Wiley.
- GBE Bund (2011). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)*. Abgerufen am 25.04.2012 von [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
- Graupe, S. R. (1978). Quantitative Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren. Die Dimension Patient. In H. Strotzka (Ed.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. (pp.56-77). München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*: Verl. für Psychologie, Göttingen: Hogrefe.
- Gruyters, T., Priebe, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten-Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatr. Prax*, 21, 88-95.
- Hahne, R., Lohmann, R., Krzyszycha, K., Österreich, S., & App, A. (1999). *Studium und psychische Probleme: Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks*. Bonn.
- Halder, P. (1977). *Verhaltenstherapie und Patientenerwartung*. Bern: Hans Huber.
- Hannöver, W., Dogs, C., & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit-ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45(5), 292-300.
- Hartmann, S., & Zepf, S. (2004). Verbesserung psychischer Allgmeinfunktionen durch Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49(1), 27-36.
- Hautzinger, M. (2008). Psychotherapie der Depression. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(4), 422-429.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1992). *ADS, Allgemeine Depressions Skala: Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Hautzinger, M., & Reimer, C. (2007). Psychotherapie alter Menschen. *Psychotherapie*, 631-648.
- Hautzinger, M., & Welz, S. (2008). Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(1), 52-60.
- Helbig, S., Hähnel, A., Weigel, B., & Hoyer, J. (2004). Wartezeit für Psychotherapiepatienten- und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie*, (14), 294-302.
- Hiller, W., Bleichhardt, G., & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 7-22.

- Hormel, U., & Scherr, A. (Eds.) (2010). *Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hornung, R., & Fabian, C. (2001). Belastungen und Ressourcen im Studium. In R. Holm-Hadulla (Ed.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. (pp. 133-158). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Howard, K. I., Kopta, M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, (41), 159-164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1999). The cost-effectiveness of psychotherapy: Dose-response and phase models. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy. A guide for practitioners, researchers, and policymakers* (pp. 143-152). New York: Oxford University Press.
- Huber, D., Henrich, G., & Rad, M. v. (2000). Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol*, 50, 147-156.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1992). Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(4), 275-278.
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 426-433.
- Isserstedt, W., & Middendorf, E. (2010). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009: 19. Sozialerhebung des Deutschen Studierendenwerks*. Berlin/Bonn.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34(1), 16-28.
- Jacobi, F., Hoyer, J., & Wittchen, H. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(4), 251-260.
- Jacobi, F., Klose, M., & Wittchen, H. U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47(8), 736-744.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Müller, N., Pfister, H., & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Johannes Gutenberg-Universität (2011). *Zahlenspiegel 2011*. Mainz. Retrieved January 12, 2012, from [http://www.puc.verwaltung.uni-mainz.de/Dateien/20111130\\_Bericht\\_des\\_Praesidenten\\_2010.pdf](http://www.puc.verwaltung.uni-mainz.de/Dateien/20111130_Bericht_des_Praesidenten_2010.pdf).
- Jong-Meyer, R. de (2005). Depressive Störungen: Klassifikation und Diagnostik. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie* (3rd ed., pp. 852-862). Bern: Huber.
- Jordan, J., Sapper, H., Schimke, H., & Schulz, W. (1989). Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Bericht über eine katamnestische Untersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 39(3-4), 127-134.
- Kächele, H. (2000). Wege und Umwege zur Psychotherapie-und Irrwege. *Psychotherapie Forum*, 14-21.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2001). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Heidelberg: Springer.

- Kaplan, E., & Johri, M. (2000). Treatment on demand: an operational model. *Health Care Management Science*, 3(3), 171-183.
- Keefe, F. (2000). Can cognitive-behavioral therapies succeed where medical treatments fail? In: M. Devor, M. Rowbotham, Z. Wiesenfeld-Hallin (Eds.), *Proceedings of the 9th World Congress on Pain: Progress in Pain Research and Management* 16. Seattle, Washington, IASP Press, 1069–1084.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R., Brown, R., & Broman, C. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 49-64.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J., & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. *Psychotherapeut*, 53(1), 49–62.
- Klerman, G. L., Olfson, M., Leon, A. C., & Weissman, M. M. (1992). Measuring the need for mental health care. *Health Affairs*, 11(3), 23-33.
- Klingenberg, A., Lahme, M., Rabe-Menssen, C., & Willms, S. (2011). Wie finden Patienten Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie?: Ergebnisse einer schriftlichen Patientenbefragung in psychotherapeutischen Praxen. *Psychotherapie Aktuell*, 1, 18-23.
- Knapp, M., Beecham, J., Fenyo, A., & Hallam, A. (1995). Community mental health care for former hospital in-patients. Predicting costs from needs and diagnoses. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (27), 10-18.
- Knigge-Illner, H. (2002). Psychosoziale Probleme Studierender im Wandel der Zeiten aus der Sicht Psychologischer Beratung. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 33(1), 43-56.
- Köcher, D. (1982). *Patienten-Compliance im psychosomatischen Konsiliardienst: Ausmaß und Einflußgrößen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Kolip, P. (2010). Wartezeiten auf Psychotherapie bei Bremer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Bremen. *Psychotherapeutenjournal*, 199-200.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung: Health service research in the psychosocial area. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung A scientific and political challenge. *Psychotherapeut*, (4), 245-253.
- Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M. J., & Kordy, H. (2006). Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(2), 241-249.
- Krause, M. (1966). A cognitive Theory of Motivation for treatment. *Journal General Psychology*, 75, 9-19.
- Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 49(1), 14-21.
- Künzel, R. (1979). *Therapiemotivation: Eine psychologische Ergänzung des soziologischen Labeling-Ansatzes*, Universität Bochum, Bochum.
- Laessle, R. G., & Kim, J. (2009). Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3rd ed., pp. 281-299). Heidelberg: Springer Medizin.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert, A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.

- Leaf, P., Bruce, M., Tischler, G., & Holzer, C. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15(2), 275-284.
- Lewis, K., Davis, C., Walker, B., & Jennings, R. (1981). Attractive versus unattractive clients: Mediating influences on counselor's perceptions. *Journal of Counseling Psychology*, 28(4), 309-314.
- Lieb, R., Schreier, A., & Müller, N. (2003). Epidemiologie von Angststörungen. *Psychotherapie*, 8, 86-102.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Lieberz, K., Franz, M., Adamek, L., & Schepank, H. (2011). *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf - Die Mannheimer Kohortenstudie: Ein 25-Jahres-Follow-up : Heinz Schepank zum 80. Geburtstag*. Berlin: Springer.
- Linden, M., & Helmchen, H. (1995). Results from the Berlin Centre. In T. B. Üstün & N. Sartorius (Eds.), *Mental Illness in General Health Care*. Wiley: Chichester.
- Linden, M., Förster, R., Oel, M., & Schlötelborg, R. (1993). Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie*, 3(2), 101-111.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M., & Heinz, A. (2008b). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, (58), 123-129.
- Löcherbach, P., & Weber, I. (2000). Versorgungspolitische Auswirkungen - Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben. *Journal für Psychologie*, 8(4), 27-40.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmerer, H., Kinstler, H. J., & Knopp-Vater, M. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit: Vol. 125*. Baden-Baden: Nomos.
- Loumidis, K., & Shropshire, J. M. (1997). The effects of waiting time on appointment attendance and length of psychological treatment. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 14(2), 49-54.
- Lovell, K. & Richards, D. (2000). Multiple Access Points and Levels of Entry (MAPLE): ensuring choice, accessibility and equity for CBT services. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 379-391.
- Lutz, W., Stulz, N., Smart, D., & Lambert, M. (2007). Die Identifikation früher Veränderungsmuster in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(2), 93-104.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48(2003), 132-149.
- Mains, J., & Scogin, F. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of clinical psychology*, 59(2), 237-246.
- Margraf, J. (2003). Verhaltenstherapie und Gesellschaft. *Verhaltenstherapie*, 13(2), 93-95.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie: Eine kritische Literaturlauswertung; mit 36 Tabellen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. überarbeitete). Berlin: Springer.
- Margraf, J. (Ed.) (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (2nd ed.). Berlin: Springer.

- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- Maurischat, C. (2001). *Erfassung der "Stages of change" im transtheoretischen Modell Prochaska's: Eine Bestandsaufnahme*. Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- McCarthy, K., McGee, H. M., & O Boyle, C. A. (2000). Outpatient clinic waiting times and non-attendance as indicators of quality. *Psychology health and medicine*, 5(3), 287-294.
- McKendree-Smith, N., Floyd, M., & Scogin, F. (2003). Self-administered treatments for depression: A review. *Journal of clinical psychology*, 59(3), 275-288.
- McNeilly, Ch. L., & Howard, K.I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1(1), 74-78.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten: Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie; ein Handbuch* (1. Aufl). Bern: Huber.
- Meier, S., Mikolajczyk, R. T., Helmer, S., Akmatov, M. K., Steinke, B., & Krämer, A. (2010). Prävalenz von Erkrankungen und Beschwerden bei Studierenden in NRW: Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Präv Gesundheitsf*, 5, 257-264.
- Meyer, A. E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J., & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie Frauen und Gesundheit.
- Michalak, J., & Willutzki, U. (2005). Methoden der Motivierung. In F. Petermann & H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (pp. 375-383). Göttingen: Hogrefe.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F., & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 94-103.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 77-84.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz - aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, (3), 239-252.
- Nübling, R. (2011). Psychotherapeutische Versorgungsforschung- Versorgungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 57-61.
- Nübling, R., Jürgensen, R., Schmidt, J., & Wittmann, W. W. (2007). Erfahrungen mit dem Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation. *Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis*, 202-204.
- Ogris, C. (1999). *Individuelle Herangehensweisen und Erfahrungsberichte von Klienten auf der Suche nach einem Psychotherapeuten: Diplomarbeit*, Institut für Soziologie, Universität Wien, Wien.
- Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H., & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 1(2011), 43-50.
- Pekarik, G., & Wolff, C. (1996). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(2), 202-208.
- Perrez, M., & Baumann, U. (Eds.) (2005). *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie* (3., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

- Petermann, F. (1998). *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Peters, M., Lange, C., & Radebold, H. (2000). Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik: Eine empirische Studie. *Psychosomatische Medizin*, 46, 259-272.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung- Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann, & M. Halber (Eds.), *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung* (1st ed., pp. 13-23). Bern: Huber.
- Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K. W., Engelmann, U., & Halber, M. (Eds.) (2003). *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Potreck-Rose, F., & Koch, U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten: Ergebnisse einer Expertise*. Stuttgart: Schattauer.
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Psychotherapeutische Beratungsstelle der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2010). *Jahresbericht 2010*, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz.
- Puschner, B., & Kordy, H. (2010). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie. *Psychother Psych. Med*, 60, 350-357.
- Puschner, B., & Kraft, S. (2008). Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(4), 268-276.
- Pütz, A. (1980). *Therapiemotivation und Selbstkontrolle. Klinische Psychologie: Vol. 6*. Frankfurt a.M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Pyne, J., Patterson, T., Kaplan, R., Gillin, J., Koch, W., & Grant, I. (1997). Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatric Services; Psychiatric Services*, 224-230.
- Ramsay, R. W. (1975). Research on anxiety and phobic reactions. In C. D. H. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 95-111). Washington, D.C: Taylor&Francis.
- Rau, H., & Pauli, P. (2004). *Medizinische Psychologie, medizinische Soziologie systematisch* (2. Aufl.). *Klinische Lehrbuchreihe*. Bremen: UNI-MED.
- Regier, D. A., Burke, J. D., Manderscheid, R. W., & Burns, B. J. (1985). The chronically mentally ill in primary care. *Psychological Medicine*, 265-273.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., et al. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(1), 35-47.
- Reinecker, H., & Kanfer, F. (1996). *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Reuther-Dommer, W., Sattler, N., & Neef, R. (2007). Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis: Ausgewählte Ergebnisse einer schriftlichen Mitgliederbefragung der hessischen Landeskammer für PP/KJP über Einschätzungen zur Qualitätssicherung. *Psychotherapeutenjournal*, (3), 240-250.
- Riedel, W. (1990). Therapiemotivation und Therapieerfolg im stationären Heilverfahren. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung. *Psychotherapie und Rehabilitation*, 163-176.
- Rugulies, R., Siegrist, J. (2002): *Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der koronaren Herzkrankheit*. Verlag für Akademische Schriften: Frankfurt

- Rumpold, G., Janecke, N., Smrekar, U., Schüßler, G., & Doering, S. (2004). Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinkambulanz und des späteren Therapieverlaufs. *Psychosom Med Psychother*, (50), 171-189.
- Rustenbach S.J. (2003): *Metaanalyse. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Verlag Hans Huber: Bern.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). *Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker* (1. Aufl). *Gutachten / Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: 2000/2001*. Baden-Baden: Nomos.
- Schaeffer, D. (1997). Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker: Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, (5), 85-97.
- Schauenburg, H., Beutel, M., Bronisch, T., Hautzinger, M., Leichsenring, F., Reimer, C., et al. (1999). Zur Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 44, 127-136.
- Schepank, H. (1990). *Verläufe - Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Berlin: Springer.
- Schneider, W. (1990). Die Psychotherapiemotivation – Behandlungsvoraussetzungen oder ein zu vernachlässigendes Konstrukt. *Indikationen zur Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme*, 183-201.
- Schneider, W. (2001). Symptom Level, Treatment Motivation, and the Effects of Inpatient Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11(2), 153-167.
- Schneider, W. (2006). Wem gehört die Psychotherapie? *Psychodyn Psychother*, 2, 65-77.
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L., & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70(3), 240-249.
- Schouler-Ocak, M., Bretz, H., Penka, S., Koch, E., Hartkamp, N., Siefen, R., et al. (2008). Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities: A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *European Psychiatry*, 23 (S1), 21-27.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, (12), 374-393.
- Schulte, D., & Lauterbach, W. (2002). Neue Therapeuten braucht das Land! Wie groß wird der Bedarf an Psychologischen Psychotherapeuten in Zukunft sein? *Psychotherapeutische Praxis*, (3), 108-110.
- Schulz, H., Barghaan, T., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B., & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2(49), 175-187.
- Schulz, H., Berghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung* (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes No. 42). Berlin: Robert Koch Institut.
- Schulz, H., Nübling, R., & Rüdell, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, (5), 89-95.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2003). SWLS-Satisfaction with Life Scale. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler (Eds.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (pp. 305–309). Göttingen: Hogrefe.
- Schweickhardt, A., Leta, R., & Bauer, J. (2005). Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychother Psych Med*, 55(08), 378-385.
- Schweiger, U., Sipos, V., & Hohagen, F. (2007). Diagnostik und Therapie chronischer Depressionen. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 1(2), 117-129.

- Seidl, S. (2009). *Der lange Weg zur Psychotherapie? Analyse der Wartezeiten von Studierenden auf einen Psychotherapieplatz*. unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Koblenz-Landau, Landau.
- Seiffge-Krenke, J. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In R. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Eds.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (pp. 29-45). Stuttgart: Enke.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Sifneos, P. E. (1978). Motivation for Change A Prognostic Guide for Successful Psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 29(1-4), 293-298.
- Silverman, S. (1964). The role of motivation in psychotherapeutic treatment. *American Journal of Psychotherapy*, (18), 212-229.
- Siponen, U., & Välimäki, M. (2003). Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 129-135.
- Stamm, K., Salize, H. J., Härter, M., Brand, S., Sitta, P., Berger, M., et al. (2007). Ressourcenverbrauch stationärer Episoden bei depressiven Störungen. *Der Nervenarzt*, 78(6), 665-671.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W., & Nübling, R. (2007). *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie*. Bern: Huber.
- Strauß, B., Speidel, H., Probst, P., & Seifert, A. (1991a). Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. II, Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 41(2), 53-60.
- Strauß, B., Speidel, H., Seifert, A., & Probst, P. (1991b). Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. I, Rückblickende Bewertung durch die Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 41(2), 43-52.
- Üstün, T. B. (1996). A new paradigm – assessment of functioning and the WHO's ICIDH. *South African Medical Journal*, 86, 1575.
- van de Loo, M. (2004). *Qualitätssicherung in der psychologischen Beratung: Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Beratungsqualität*. unveröffentlichte Diplomarbeit, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mainz.
- Versorgungsmanagement, D.A.K. (2005). *DAK-Gesundheitsbericht 2005-Schwerpunkt Angst und Depressionen*. Hamburg.
- Vocks, S., Joormann, J., Michalak, J., Kosfelder, J., & Meyer, F. (2005). Diagnostik und Erfolgsmessung in der ambulanten Psychotherapie-Ein Vorschlag. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks, & U. Willutzki (Eds.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 89-112). Göttingen: Hogrefe.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., & Jahn, R. (2011). *Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Forschungsbericht*. Duisburg-Essen: Universität Duisburg-Essen, from www.dptv.de.
- Waxman, H., Carrier, E., & Klein, M. (1984). Underutilization of mental health professionals by community elderly. *The Gerontologist*, 24(1), 23-30.
- Williams, M., Latta, J., & Conversano, P. (2008). Eliminating the wait for mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 35(1), 107-114.

- Willutzki, U., Teismann, T., & Schulte, D. (2011). Zur Psychotherapie sozialer Ängste. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(1), 53-58.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H., Essau, C., Zerssen, D., Krieg, J., & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241(4), 247-258.
- Wittchen, H., Kessler, R., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(suppl. 8), 24-34.
- Wittchen, H.-U., & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 17(1), 1-11.
- Wittchen, H.-U., Essau, C., & Krieg, J. (1991). Anxiety disorders: Similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *British Journal of Psychiatry*, 12, 23-33.
- Wolfersdorf, M. (2001). *Krankheit Depression*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zepf, S., Mengele, U., & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psych Med*, 53, 152-162.
- Zepf, S., Mengele, U., & Marx, U. (2002). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zielke, M. (1993). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

## 9 Abbildungsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: <i>Das systemtheoretische Modell der Versorgungsforschung (Pfaff, 2003)</i> .....  | 6   |
| Abbildung 2: <i>Studiendesign</i> .....   | 60  |
| Abbildung 3: <i>Stichprobenentwicklung/drop-out</i> .....   | 71  |
| Abbildung 4: <i>Annehmer und Ablehner einer Psychotherapie im Verlauf</i> .....   | 79  |
| Abbildung 5: <i>Häufigkeiten der Wartezeiten auf ein Erstgespräch in Wochen (N=112)</i> .....   | 83  |
| Abbildung 6: <i>Ergebnisse des Mainzer Evaluationsbogens, N= 49 (Therapie regulär beendet), N=16 (Therapie abgebrochen)</i> .....   | 96  |
| Abbildung 7: <i>subjektiver Einfluss der Psychotherapie auf die Studienleistungen, Angaben in Prozent</i>   | 98  |
| Abbildung 8: <i>Einfluss der Psychotherapie auf die Sozialbeziehungen, Angaben in Prozent</i> .....   | 99  |
| Abbildung 9: <i>Einfluss der Psychotherapie auf die Zukunftspläne, Angaben in Prozent</i> .....   | 100 |
| Abbildung 10: <i>Profildiagramm der BSI t-Werte vor Beratungsbeginn zu t0 und zu t3, getrennt nach Gruppen ,Therapie regulär beendet‘ und ,keine Therapie gemacht‘.</i> .....                                 | 123 |
| Abbildung 11: <i>Profildiagramm der BSI t-Werte vor Beratungsbeginn zu t0, zu Beratungsende in der PBS und zu t3, getrennt nach Gruppen ,Therapie regulär beendet‘ und ,keine Therapie gemacht‘ ...</i>       | 126 |
| Abbildung 12: <i>Profildiagramm der ADS-K t-Werte zu t0 und zu t3, getrennt nach Gruppen ,Therapie regulär beendet‘ und ,keine Therapie gemacht‘</i> .....  | 128 |
| Abbildung 13: <i>Profildiagramm der ADS-K t-Werte vor Beratungsbeginn zu t0, nach Beratungsende in der PBS und zu t3, getrennt nach Gruppen ,Therapie regulär beendet‘ und ,keine Therapie gemacht‘</i> ..... | 130 |
| Abbildung 14: <i>Profildiagramm der Belastungsmittelwerte vor Beratungsbeginn zu t0 und zu t3, getrennt nach Gruppen ,Therapie regulär beendet‘ und ,keine Therapie gemacht‘.</i> .....                       | 132 |

## 10 Tabellenverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| <i>Tabelle 1:</i> Prädiktoren für die Annahme eines Psychotherapieplatzes. Untersuchungsüberblick .....  | 21  |
| <i>Tabelle 2:</i> Berichtete Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Überblick aus BPTK-Studie, 2011).....                     | 25  |
| <i>Tabelle 3:</i> Erhobene Variablen und deren Operationalisierung .....   | 61  |
| <i>Tabelle 4:</i> Beispiele für die Umformulierung einzelner FPTM-Items.....   | 65  |
| <i>Tabelle 5:</i> Alter, Semester- und Studienanzahl der Teilnehmer zu t0.....   | 72  |
| <i>Tabelle 6:</i> Soziodemografische Merkmale der Untersuchungsgruppe.....   | 73  |
| <i>Tabelle 7:</i> Psychische Erstdiagnose (N=225) mit ICD-10 Codes .....   | 74  |
| <i>Tabelle 8:</i> Beschwerdedauer in Monaten und Anzahl der Sitzungen in der PBS .....   | 74  |
| <i>Tabelle 9:</i> Krankenversicherung, Häufigkeit und Art der Vorbehandlung .....  | 75  |
| <i>Tabelle 10:</i> Medikamenteneinnahme zu t0 .....  | 75  |
| <i>Tabelle 11:</i> t-Werte BSI (GSI), t-Werte ADS-K, Summenwerte Belastung zu t0.....  | 76  |
| <i>Tabelle 12:</i> t-Werte BSI, t-Werte ADS, Summenwerte Belastung zu t3 .....   | 77  |
| <i>Tabelle 13:</i> Lebenszufriedenheit zu t3 .....   | 78  |
| <i>Tabelle 14:</i> Gründe gegen eine Therapieaufnahme.....   | 80  |
| <i>Tabelle 15:</i> Genutzte Hilfsangebote, bei Nichtinanspruchnahme einer Psychotherapie.....  | 82  |
| <i>Tabelle 16:</i> ambulante Psychotherapie in Überlegung zu t3 (Gruppe Ablehner zu t0).....   | 82  |
| <i>Tabelle 17:</i> Therapiemotivation: Skalen FPTM und Einzelitems .....   | 84  |
| <i>Tabelle 18:</i> Suchaktivität.....  | 84  |
| <i>Tabelle 19:</i> Klienteneinschätzung der Therapiesuche.....   | 85  |
| <i>Tabelle 20:</i> Erlebte Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Therapieplatz .....  | 85  |
| <i>Tabelle 21:</i> Hilfen bei der Suche nach einem Therapieplatz.....  | 86  |
| <i>Tabelle 22:</i> Anforderungen an Psychotherapeuten.....   | 87  |
| <i>Tabelle 23:</i> Darstellung soziodemographischer Variablen der Stichprobe zu t3 .....   | 89  |
| <i>Tabelle 24:</i> Studien- und Fachsemester .....   | 90  |
| <i>Tabelle 25:</i> Darstellung studienbezogener Variablen der Stichprobe zu t3 .....   | 91  |
| <i>Tabelle 26:</i> Darstellung krankheitsbezogener Variablen der Stichprobe zu t3 .....  | 92  |
| <i>Tabelle 27:</i> Angaben zu Therapieverläufen .....  | 93  |
| <i>Tabelle 28:</i> Angaben zu Fortsetzungsanträgen .....   | 94  |
| <i>Tabelle 29:</i> gewählte Verfahrensrichtungen .....   | 94  |
| <i>Tabelle 30:</i> angegebene Gründe für einen Therapieabbruch.....  | 95  |
| <i>Tabelle 31:</i> Beschreibung einzelner Items des Mainzer Evaluationsfragebogen, N=49 (Therapie regulär beendet).....                                | 97  |
| <i>Tabelle 32:</i> Einfluss der Psychotherapie auf das Studium, kategorisiert .....  | 98  |
| <i>Tabelle 33:</i> Einfluss der Psychotherapie auf die Beziehung, kategorisiert .....  | 99  |
| <i>Tabelle 34:</i> Einfluss der Psychotherapie auf die Zukunftspläne, kategorisiert.....   | 101 |
| <i>Tabelle 35:</i> Darstellung der offenen Frage, welche Aspekte der Psychotherapie als hilfreich wahrgenommen wurden, kategorisiert .....             | 102 |
| <i>Tabelle 36:</i> Darstellung der offenen Frage, welche Aspekte der Psychotherapie als schwierig wahrgenommen wurden, kategorisiert .....             | 103 |
| <i>Tabelle 37:</i> abschließende Evaluation. N=49 (Gruppe Therapie regulär beendet) .....  | 103 |
| <i>Tabelle 38:</i> Korrelationsmatrix der erhobenen Variablen.....   | 104 |
| <i>Tabelle 39:</i> Überblick über erhobene Variablen und deren Einfluss auf das Entscheidungsverhalten (AV) zu t0.....                                 | 107 |
| <i>Tabelle 40:</i> In das Regressionsmodell aufgenommene Variablen (N=150).....  | 113 |
| <i>Tabelle 41:</i> Nicht in das Regressionsmodell aufgenommene Variablen.....  | 114 |
| <i>Tabelle 42:</i> Deskriptive Darstellung der Suchaktivität und Wartezeit.....  | 115 |
| <i>Tabelle 43:</i> t-Test für unabhängige Stichproben .....  | 116 |
| <i>Tabelle 44:</i> Darstellung der Unterschiede zwischen der Gruppe ‚Psychotherapie gemacht‘ und der Gruppe ‚keine Psychotherapie gemacht‘ zu t3 ..... | 118 |
| <i>Tabelle 45:</i> Deskriptive Statistik der BSI GSI t-Werte zu t0 und t3, getrennt nach Gruppen.....  | 122 |
| <i>Tabelle 46:</i> Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, BSI GSI, Tests der Innersubjekteffekte .....               | 123 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Tabelle 47:</i> Deskriptive Statistik der BSI GSI t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3 .....  | 124 |
| <i>Tabelle 48:</i> Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, BSI GSI, Tests der<br>Innersubjekteffekte .....   | 125 |
| <i>Tabelle 49:</i> Deskriptive Statistik der ADS-k t-Werte zu t0 und t3, getrennt nach Gruppen ‚Therapie<br>regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘ .....                             | 127 |
| <i>Tabelle 50:</i> Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, ADS-K,<br>Tests der Innersubjekteffekte .....   | 128 |
| <i>Tabelle 51:</i> Deskriptive Statistik der ADS-K t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3, getrennt nach<br>Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘ .....          | 129 |
| <i>Tabelle 52:</i> Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit, ADS-K,<br>Tests der Innersubjekteffekte .....   | 130 |
| <i>Tabelle 53:</i> Deskriptive Statistik der Summenwerte Belastung zu den Messzeitpunkten t0 und t3,<br>getrennt nach Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘ ..... | 131 |
| <i>Tabelle 54:</i> Varianzanalyse mit Messwiederholung, Summenwerte Belastung, Tests der<br>Innersubjekteffekte .....   | 132 |
| <i>Tabelle 55:</i> deskriptive Statistik Belastungswerte zu t0, Beratungsende PBS und t3, getrennt nach<br>Gruppen ‚Therapie regulär beendet‘ und ‚keine Therapie gemacht‘ .....            | 133 |
| <i>Tabelle 56:</i> t-Test für gepaarte Stichproben, Belastungswerte.....  | 133 |
| <i>Tabelle 57:</i> Überblick über Kontrollvariablen (t0) zum Hypothesenblock 3: Psychotherapie regulär<br>beendet vs. keine Psychotherapie gemacht .....                                    | 182 |
| <i>Tabelle 58:</i> Untersuchte Kontrollvariablen für die beiden Unterstichproben im Hypothesenblock 3   | 184 |
| <i>Tabelle 59:</i> Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Zwischensubjekteffekte .....  | 185 |
| <i>Tabelle 60:</i> t-Test für unabhängige Stichproben, Gruppe ‚Therapie gemacht‘ vs. Gruppe ‚keine<br>Therapie gemacht‘, BSI-t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3. ....                  | 185 |
| <i>Tabelle 61:</i> deskriptive Statistik und t- Test für gepaarte Stichprobe der BSI t-Werte .....  | 185 |
| <i>Tabelle 62:</i> Varianzanalyse mit Messwiederholung, ADS-K, Tests der Zwischensubjekteffekte.....  | 186 |
| <i>Tabelle 63:</i> deskriptive Statistik der ADS-K t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3, getrennt nach<br>Gruppen 'Therapie gemacht' vs 'Therapie nicht gemacht' .....                   | 186 |
| <i>Tabelle 64:</i> t- Test für unabhängige Stichproben, Gruppe ‚Therapie gemacht‘ vs. Gruppe ‚keine<br>Therapie gemacht‘, ADS-K t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3 .....               | 186 |
| <i>Tabelle 65:</i> deskriptive Statistik und t-Test für gepaarte Stichprobe der ADS-K t-Werte.....  | 186 |
| <i>Tabelle 66:</i> Varianzanalyse mit Messwiederholung, Summenwerte Belastung, Test der<br>Zwischensubjekteffekte.....  | 187 |
| <i>Tabelle 67:</i> deskriptive Statistik für gepaarte Stichproben, Belastung Summenwerte zu t0,<br>Beratungsende PBS und zu t3 .....  | 187 |
| <i>Tabelle 68:</i> t-Test für gepaarte Stichproben, BSI t-Werte.....  | 187 |

## 11 Anhang

### 11.1 Anhang Ergebnisse

*Tabelle 57:* Überblick über Kontrollvariablen (t0) zum Hypothesenblock 3: Psychotherapie regulär beendet vs. keine Psychotherapie gemacht

| Unabhängige Variable                              | PT regulär<br>beendet | Keine PT<br>gemacht | Test und<br>Zusammen-<br>hangsmaß | p-Wert                      |      |
|---|-----------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|
| soziodemographische Angaben                       |                       | % (n)               | % (n)                             | $\chi^2$ (df)               |      |
| <b>Geschlecht</b>                                 |                       |                     |                                   |                             |      |
| weiblich  | 64.8 (35)             | 67.1 (49)           | 0.74 (1)                          | .786                        |      |
| männlich  | 35.2 (19)             | 32.9 (24)           | Phi = -.024                       |                             |      |
| <b>Migrationshintergrund</b>                      |                       |                     |                                   |                             |      |
| ja  | 11.1 (6)              | 23.3 (17)           | 3.103 (1)                         | .103                        |      |
| nein  | 88.9 (48)             | 76.7 (56)           | Phi= -.156                        |                             |      |
| <b>Partnerschaft</b>                              |                       |                     |                                   |                             |      |
| ja  | 50.0 (27)             | 52.1 (38)           | .82 (1)                           | .819                        |      |
| nein  | 50.0 (27)             | 47.9 (35)           | Phi = -.02                        |                             |      |
| <b>Studienbezogene Angaben</b>                    |                       |                     |                                   |                             |      |
| Studiengang                                       |                       | % (n)               | % (n)                             | $\chi^2$ (df)               |      |
| Sprach- und<br>Kulturwissenschaften               |                       | 33.3 (18)           | 39.7 (29)                         | .115                        |      |
| Theoretische<br>Naturwissenschaften               |                       | 22.2 (12)           | 6.8 (5)                           | 7.429 (4)<br>Cramer V= .242 |      |
| Rechts-, Wirtschafts- und<br>Sozialwissenschaften |                       | 27.8 (32)           | 32.9 (24)                         |                             |      |
| Medizin und Gesundheit                            |                       | 9.3 (5)             | 6.8 (5)                           |                             |      |
| Lehramt   |                       | 7.4 (4)             | 13.7 (10)                         |                             |      |
| Arbeit neben dem Studium                          |                       | % (n)               | % (n)                             | $\chi^2$ (df)               |      |
| ja  | 59.3 (32)             | 68.1 (49)           | 1.040(1)                          | .308                        |      |
| nein  | 40.7 (22)             | 31.9 (23)           | Phi = -.091                       |                             |      |
| <b>Diagnose und Beschwerdedauer</b>               |                       |                     |                                   |                             |      |
| Beschwerdedauer                                   |                       | n= 53<br>Median=12  | n=67<br>Median=24                 | U=2,169, z=2.089            | .037 |
| Vorbehandlung                                     |                       | % (n)               | % (n)                             | $\chi^2$ (df)               |      |
| ja  | 37.0 (20)             | 37.0 (27)           | .000 (1)                          | .995                        |      |
| nein  | 63.0 (34)             | 63.0 (46)           | Phi= .001                         |                             |      |
| Diagnose  |                       | % (n)               | % (n)                             | $\chi^2$ (df)               |      |
| affektive Störung<br>F30-F34                      |                       | 37.1 (13)           | 62.9 (22)                         | .243                        |      |
| Angststörungen F 40-42<br>rezidivierend F33       |                       | 29.6 (16)           | 15.1 (11)                         | 5.46 (3)<br>Cramer-V=.207   |      |
| Sonstige Störungen                                |                       | 22.2 (12)           | 34.2 (25)                         |                             |      |
|   |                       | 22.2 (12)           | 17.8 (13)                         |                             |      |

| Umfeld                             | % (n)     | % (n)     | $\chi^2$ (df)     |       |
|------------------------------------|-----------|-----------|-------------------|-------|
| <b>Umfeld empfahl PT</b>           |           |           |                   |       |
| ja                                 | 57.1 (28) | 46.2 (30) | 1.350 (1)         | .245  |
| nein                               | 42.9 (21) | 53.8 (35) | Phi=1.350         |       |
| <b>Umfeld hat Erfahrung mit PT</b> |           |           |                   |       |
| ja                                 | 83.0 (39) | 56.9 (37) | 8.490 (1)*        | 0.004 |
| nein                               | 17.0 (8)  | 43.1 (28) | Phi=.275          |       |
| <b>Psychische Beeinträchtigung</b> |           |           |                   |       |
| BSI, GSI-Wert                      | n=52      | n=71      | t=-2.11 (121)     | .411  |
|                                    | M= 63.2   | M= 66.1   |                   |       |
|                                    | SD = 9.16 | SD= 6.90  |                   |       |
| ADS-K                              | n=54      | n=72      | t= -.793 (94,839) | .430  |
|                                    | M= 64.1   | M= 65.2   |                   |       |
|                                    | SD = 9.16 | SD= 6.90  |                   |       |
| Belastung                          | n=54      | n=71      | t=-.825 (124)     | .060  |
|                                    | M= 8.1    | M= 8.9    |                   |       |
|                                    | SD = 2.24 | SD= 2.50  |                   |       |

Anmerkungen: M=Mittewert, SD=Standardabweichung, \*=signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*=hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung.

Tabelle 58: Untersuchte Kontrollvariablen für die beiden Unterstichproben im Hypothesenblock 3

| Abhängige Variable                            | Daten zu drei<br>Messzeit-<br>punkten<br>vorhanden | Daten zu zwei<br>Messzeit-<br>punkten<br>vorhanden | Test und<br>Zusammen-<br>hangsmaß          | p-Wert |
|---|--|--|--|--------|
| <b>medizinisches Inanspruchnahmeverhalten</b> |  |  |  |        |
| Besuch Hausarzt                               | n=45<br>Median=4                                   | n=70<br>Median=3                                   | U=1,650.500<br>z =.436                     | .663   |
| Besuch Psychiater/Neurologe                   | % (n)  | % (n)  | $\chi^2$ (df)                              |        |
| ja  | 17.8 (8)   | 6.9 (5)  | 3.291 (1)                                  | .070   |
| nein  | 82.2 (37)  | 93.1 (67)  | Phi= .168                                  |        |
| Einnahme von Psychopharmaka                   |  |  |  |        |
| Einnahme                                      | 20.0 (9)   | 6.9 (5)  | 4.481 (1)                                  | .043   |
| keine Einnahme                                | 80.0 (36)  | 93.1 (67)  | Phi= .196                                  |        |
| sonstige Medikamente                          |  |  |  |        |
| regelmäß. Einnahme                            | 11.4 (4)   | 6.7 (4)  | Test nach Fisher: p=.461<br>Cramer-V= .083 |        |
| keine Einnahme                                | 88.6 (31)  | 93.3 (56)  |  |        |
| Sitzungen in der PBS                          | n=50<br>M=5.42<br>SD=2.63                          | n=77<br>M=3.08<br>SD=2.02                          | t=5.344 (85,658)*                          | <0.001 |
| <b>Studien- und Lebenssituation</b>           |  |  |  |        |
| Studienzufriedenheit t3                       | n=43<br>M=2.8<br>SD=1.04                           | n =44<br>M=2.7<br>SD=1.1                           | t=.783 (85)                                | .436   |
| Prüfungsleistungen                            | % (n)  | % (n)  |  |        |
| keine Prüfungsleistung                        | 4.2 (2)  | 13.6 (9)   | Test nach Fisher: p=.115<br>Cramer-V=.158  |        |
| Prüfungsleistung erbracht                     | 95.8 (46)  | 86.4 (57)  |  |        |
| Fach- und/oder Uni- Wechsel                   | % (n)  | % (n)  | $\chi^2$ (df)                              |        |
| ja  | 4.3 (2)  | 16.1 (10)  | 3.711                                      | .067   |
| nein  | 95.7 (44)  | 83.9 (52)  | Phi=-.185                                  |        |
| Lebenszufriedenheit                           | n= 50<br>M=4.12<br>SD=1.69                         | n=55<br>M=3.33<br>SD=1.59                          | t= 2.481 (103)                             | .015   |

Anmerkungen: M=Mittewert, SD=Standardabweichung, \*=signifikant nach Alpha-Adjustierung, \*\*=hoch signifikant nach Alpha-Adjustierung.

Hypothesenblock 3: Hypothese 3i), psychische Beeinträchtigung (BSI), Ergänzungen

Table 59: Varianzanalyse mit Messwiederholung, Tests der Zwischensubjekteffekte

|                           | Quadrat-<br>summe | df  | Mittel der<br>Quadrate | F        | p       |
|---------------------------|-------------------|-----|------------------------|----------|---------|
| Konstanter Term           | 684725.63         | 1   | 684725.63              | 5466.436 | <.001** |
| Inanspruchnahme-verhalten | 952.51            | 1   | 952.51                 | 7.604    | .007    |
| Fehler                    | 12525.99.         | 100 | 125.26                 |          |         |

Anmerkungen: \*=signifikant, p<.05, \*\*hoch signifikant, p<.01.

Table 60: t-Test für unabhängige Stichproben, Gruppe ‚Therapie gemacht‘ vs. Gruppe ‚keine Therapie gemacht‘, BSI-t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3.

|                       | T     | df | Sig. (2-seitig) | 95% Konfidenzintervall der<br>Differenz |       |
|-----------------------|-------|----|-----------------|---|-------|
|                       |       |    |                 | Untere                                  | Obere |
| BSI                   | -1.59 | 56 | .123            | -7.74                                   | .94   |
| Varianzen sind gleich |       |    |                 |   |       |
| BSI Beratungsende PBS | .53   | 56 | .597            | -3.71                                   | 6.40  |
| Varianzen sind gleich |       |    |                 |   |       |
| BSI zu t3             | -2.40 | 48 | .020*           | -14.16                                  | -1.25 |
| Varianzen sind gleich |       |    |                 |   |       |

Anmerkungen: \*=signifikant, p<.05, \*\*hoch signifikant, p<.01.

Table 61: deskriptive Statistik und t- Test für gepaarte Stichprobe der BSI t-Werte

|              | M     | N  | SD    | T    | df | p      |
|--------------|-------|----|-------|------|----|--------|
| Paaren 1     |       |    |       |      |    |        |
| BSI t0       | 66.59 | 27 | 7.97  |      |    |        |
| BSI post PBS | 55.85 | 27 | 9.98  | 5.36 | 26 | <.001* |
| Paaren 2     |       |    |       |      |    |        |
| BSI post PBS | 57.09 | 22 | 9.59  |      |    |        |
| BSI zu t3    | 56.45 | 22 | 11.06 | .23  | 21 | .818   |
| Paaren 3     |       |    |       |      |    |        |
| BSI t0       | 66.05 | 22 | 7.87  |      |    |        |
| BSI zu t3    | 56.45 | 22 | 11.06 | 3.94 | 21 | .001** |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung. \*=signifikant, p<.05, \*\*hoch signifikant, p<.01.

Hypothesenblock 3: Hypothese 3j), depressive Symptomatik (ADS-K), Ergänzungen

Tabelle 62: Varianzanalyse mit Messwiederholung, ADS-K, Tests der Zwischensubjekteffekte

|                          | Quadrat-<br>summe | df  | Mittel der<br>Quadrate | F       | p       |
|--------------------------|-------------------|-----|------------------------|---------|---------|
| Konstanter Term          | 713112.94         | 1   | 713112.94              | 9479.22 | <.001** |
| Inanspruchnahmeverhalten | 64.69             | 1   | 64.69                  | .860    | .356    |
| Fehler                   | 7673.36           | 102 | 75.23                  |         |         |

Anmerkungen: \*=signifikant,  $p < .05$ , \*\*hoch signifikant,  $p < .01$ .

Tabelle 63: deskriptive Statistik der ADS-K t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3, getrennt nach Gruppen 'Therapie gemacht' vs 'Therapie nicht gemacht'

| t-Werte ADS-K     | Inanspruchnahmeverhalten | N  | Mittelwert | SD    |
|-------------------|--------------------------|----|------------|-------|
| ADS-K             | Therapie regulär beendet | 32 | 64.63      | 10.13 |
| t-Werte t0        | keine Therapie gemacht   | 30 | 64.13      | 6.54  |
| ADS-K t-Werte     | Therapie regulär beendet | 32 | 53.78      | 9.62  |
| Beratungsende PBS | keine Therapie gemacht   | 30 | 53.93      | 9.50  |
| ADS-K             | Therapie regulär beendet | 29 | 53.24      | 6.98  |
| t-Wert t3         | keine Therapie gemacht   | 23 | 54.74      | 8.43  |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung.

Tabelle 64: t- Test für unabhängige Stichproben, Gruppe ‚Therapie gemacht‘ vs. Gruppe ‚keine Therapie gemacht‘, ADS-K t-Werte zu t0, Beratungsende PBS und t3

|                                 | F    | T     | df | p    |
|---------------------------------|------|-------|----|------|
| ADS-K t-Werte zu t0             | 3.66 | .225  | 60 | .822 |
| Varianzen sind gleich           |      |       |    |      |
| ADS-K t-Werte Beratungsende PBS | .105 | -.063 | 60 | .950 |
| Varianzen sind gleich           |      |       |    |      |
| ADS-K t-Wert zu t3              | .138 | -.701 | 50 | .487 |
| Varianzen sind gleich           |      |       |    |      |

Tabelle 65: deskriptive Statistik und t-Test für gepaarte Stichprobe der ADS-K t-Werte

|                               | M     | N  | SD    | T     | df | p       |
|-------------------------------|-------|----|-------|-------|----|---------|
| Paaren 1                      |       |    |       |       |    |         |
| ADS-K t-Werte t0              | 64.13 | 30 | 6.54  | 5.63  | 29 | <.001** |
| ADS t-Werte Beratungsende PBS | 53.93 | 30 | 9.50  |       |    |         |
| Paaren 2                      |       |    |       |       |    |         |
| ADS t-Werte Beratungsende PBS | 53.61 | 23 | 10.30 | -.434 | 22 | .669    |
| ADS-K t-Wert t3               | 54.74 | 23 | 8.43  |       |    |         |
| Paaren 3                      |       |    |       |       |    |         |
| ADS-K t-Werte t0              | 63.61 | 23 | 6.37  | 4.43  | 22 | <.001** |
| ADS t-Wert t3                 | 54.74 | 23 | 8.43  |       |    |         |

Anmerkungen: M= Mittelwert, SD= Standardabweichung \*=signifikant,  $p < .05$ , \*\*hoch signifikant,  $p < .01$ .

Hypothesenblock 3: Hypothese 3k), Belastung und Einschränkungen im Alltag (Belastung),  
Ergänzungen

*Tabelle 66:* Varianzanalyse mit Messwiederholung, Summenwerte Belastung, Test der  
Zwischensubjekteffekte

|                          | Quadrat-<br>summe | df  | Mittel der<br>Quadrate | F        | p.     |
|--------------------------|-------------------|-----|------------------------|----------|--------|
| Konstanter Term          | 14217.01          | 1   | 14217.02               | 2095.850 | <.001* |
| Inanspruchnahmeverhalten | 17.61             | 1   | 17.61                  | 2.596    | .110   |
| Fehler                   | 691.91            | 102 | 6.78                   |          |        |

Anmerkungen: \*=signifikant,  $p < .05$ , \*\*hoch signifikant,  $p < .01$ .

*Tabelle 67:* deskriptive Statistik für gepaarte Stichproben, Belastung Summenwerte zu t0,  
Beratungsende PBS und zu t3

|                                      | Mittelwert | N  | SD   |
|--------------------------------------|------------|----|------|
| Paaren 1 Belastung zu t0             | 8.40       | 25 | 2.78 |
| Belastung Beratungsende PBS          | 6.20       | 25 | 2.81 |
| Paaren 2 Belastung Beratungsende PBS | 6.74       | 19 | 2.83 |
| Belastung zu t3                      | 8.79       | 19 | 2.57 |
| Paaren 3 Belastung zu t0             | 8.05       | 19 | 2.39 |
| Belastung zu t3                      | 8.79       | 19 | 2.57 |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung.

*Tabelle 68:* t-Test für gepaarte Stichproben, BSI t-Werte

|   | Mittelwert | SD   | T     | df | Sig. (2-<br>seitig) |
|---|------------|------|-------|----|---------------------|
| Paaren 1 Belastung zu t0 –<br>Belastung Beratungsende PBS | 2.20       | 3.37 | 3.27  | 24 | .003**              |
| Paaren 2 Belastung Beratungsende PBS-<br>Belastung zu t3  | -2.05      | 2.80 | -3.20 | 18 | .005**              |
| Paaren 3 Belastung zu t0 -<br>Belastung zu t3             | -.74       | 2.68 | -1.20 | 18 | .247                |

Anmerkungen: SD= Standardabweichung, \*=signifikant,  $p < .05$ , \*\*hoch signifikant,  $p < .01$ .

## 11.2 Anhang Messinstrumente

|   |     |
|---|-----|
| Anhang 1: Dokumentationsbogen .....   | 189 |
| Anhang 2: Anamnesebogen PBS .....   | 190 |
| Anhang 3: Fragebogen PBS Belastung/Einschränkung .....                            | 192 |
| Anhang 4: Verlaufsdokumentation Klient .....                                      | 193 |
| Anhang 5: Fragebogen telefonisches Interview Wartezeit zu t1 .....                | 195 |
| Anhang 6: Fragebogen telefonisches Interview Wartezeit zu t2 .....                | 197 |
| Anhang 7: FPTM Fragebogen .....   | 198 |
| Anhang 8: Fragebogen telefonisches Interview zu t3 - Psychotherapie gemacht ..... | 200 |
| Anhang 9: Telefonisches Interview t3 - keine Psychotherapie gemacht .....         | 203 |
| Anhang 10: Soziodemographische Angaben t3 .....                                   | 204 |
| Anhang 11: Onlineumfrage - Therapie gemacht .....                                 | 206 |
| Anhang 12: Evaluationsbogen .....   | 206 |

## Anhang 1: Dokumentationsbogen

|  |  |
|--|--|
| <b>Name Klient/in:</b> _____<br><div style="text-align: center;">Nachname, Vorname</div> <b>Telefon:</b> _____<br><b>e-mail:</b> _____<br><b>Adresse:</b> _____<br><div style="text-align: center;">Straße, PLZ, Ort</div> <b>ggf. Anlass:</b> _____ | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m<br><br>Berater/in: _____<br>Anmeldedatum: _____<br>Kennnummer: _____ |
|--|--|

**Krankenvers. / Name:**     gesetzlich: \_\_\_\_\_     privat: \_\_\_\_\_     Sonstige: \_\_\_\_\_  
**Vorbehandlungen:**     keine     ambulante PT     stationäre Behandlung     Beratungen  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Notfalltermin:**     ja     nein    **Ausländische/r Studierende/r:**     ja     nein

**Diagnostik:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leistungsprobleme<br><br><input type="checkbox"/> Probleme im Zush. mit dem Studium<br><br><input type="checkbox"/> Schreibprobleme<br><input type="checkbox"/> Prüfungsangst<br><input type="checkbox"/> Redeangst<br><input type="checkbox"/> Allgemeine Ängste<br><input type="checkbox"/> Essstörungen<br><br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Probl. in der Beziehung zu anderen (Partnerschaft, Freunde, Bekannte)<br><input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie<br><br><input type="checkbox"/> depr. Verstimmung/ Symptome<br><input type="checkbox"/> Suizidgedanken<br><input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden<br><input type="checkbox"/> belastende Lebenssituation<br><input type="checkbox"/> Probl. m. Drogen einschl. Alkohol<br><input type="checkbox"/> Überlastung |
|--|---|

|                      | prä   | post  |
|----------------------|-------|-------|
| ADS                  | _____ | _____ |
| Belastung            | _____ | _____ |
| BSI (T-GSI)          | _____ | _____ |
| BDI                  | _____ | _____ |
| Veränderung B 1-7    | _____ | _____ |
| Veränderung KL 1-7   | _____ | _____ |
| Evaluation F1 Verän  | _____ | /     |
| Evaluation F2 Bez    | _____ | /     |
| Evaluation F3 Gesamt | _____ | /     |

psychische Störung (en): \_\_\_\_\_  
 (F-Nr. und Name n.Priorität)

Verdachtsdiagnosen nach ICD-10

**Beratung/ Empfehlungen:**

- |  |   |                               |            |                             |                               |
|--|---|-------------------------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Während der Indikationsphase abgebrochen                       | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | SLK-Diagn. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Weitere Beratung PBS   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | SLK-Berat. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <i>wenn ja:</i> <input type="checkbox"/> regulär abgeschlossen | <input type="checkbox"/> nicht abgeschlossen  |                               | KuZ-PT Dep | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|  |   |                               | KuZ-PT     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gruppe/ Kurs PBS empfohlen                                     | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | ÜG-PT      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psychiatrische Abklärung empfohlen                             | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | Attest     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Indikation Psychotherapie > 10                                 | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |            |                             |                               |
| <i>wenn ja:</i>  | <input type="checkbox"/> abgelehnt, kein Interesse <input type="checkbox"/> befindet sich bereits in PT<br><input type="checkbox"/> kein Bemühen innerhalb von _____ Wochen<br><input type="checkbox"/> keinen Therapieplatz erhalten innerhalb von _____ Wochen<br><input type="checkbox"/> Therapieplatz erhalten/in Aussicht bei _____ innerhalb von: _____ Wochen |                               |            |                             |                               |

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**Fall aus vorherigem Jahr übernommen:**     ja     nein

**Indikationsgespräche:**

| EG | E 2 | E 3 | E 4 | E 5 | E 6 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    |     |     |     |     |     |

| S1          | S2          | S3          | S4          |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
|             |             |             |             |
| <b>Coq1</b> | <b>Coq2</b> | <b>Coq3</b> | <b>Coq4</b> |
|             |             |             |             |

**Beratungsgespräche:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



|                |   |  |  |
|----------------|---|--|--|
| Familienstand: | <input type="radio"/> ledig<br><input type="radio"/> verheiratet<br><input type="radio"/> geschieden                      | Partnerschaft:   | <input type="radio"/> Partnerschaft<br><input type="radio"/> Paarbeziehung zur Zeit keine feste Partnerschaft<br><input type="radio"/> Beziehung |
| Kinder:        | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>   | Wenn ja, Anzahl und Alter: _____   |  |
| Wohnsituation: | <input type="radio"/> Studentenwohnheim<br><input type="radio"/> bei den Eltern<br><input type="radio"/> Wohngemeinschaft | <input type="radio"/> mit Partner/Partnerin in gemeinsamer Wohnung<br><input type="radio"/> allein lebend in eigener Wohnung/Zimmer<br><input type="radio"/> sonstiges |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Anlass der Beratung:</b>  | <input type="radio"/> Leistungsprobleme<br><input type="radio"/> Probleme im Zusammenhang mit dem Studium<br><input type="radio"/> Schreibprobleme<br><input type="radio"/> Prüfungsangst<br><input type="radio"/> Redeangst<br><input type="radio"/> Allgemeine Ängste<br><input type="radio"/> Essstörungen | <input type="radio"/> Probleme in der Beziehung zu anderen (Partnerschaft, Freunde, Bekannte)<br><input type="radio"/> Probleme mit der Familie<br><input type="radio"/> depressive Verstimmungen<br><input type="radio"/> körperliche Beschwerden<br><input type="radio"/> belastende Lebenssituation<br><input type="radio"/> Probleme mit Drogen einschließlich Alkohol<br><input type="radio"/> Überlastung |
|  | <input type="radio"/> Sonstiges _____   |   |
| <b>Seit wann besteht das Problem/die Probleme?</b> _____<br>(in Wochen, Monaten oder Jahren) |   |   |

|   |
|---|
| <b>Ihre Krankenkasse:</b> _____   |
| <b>Waren Sie wegen dieser oder ähnlicher Beschwerden schon einmal in Beratung/Behandlung?</b> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| <b>Wenn ja, welcher Art war die Beratung/Behandlung?</b> _____  |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | <b>Wenn ja, welche?</b> _____ |
|---|-------------------------------|

|   |
|---|
| <b>Auf die Beratungsstelle wurde ich aufmerksam durch:</b>  |
| <input type="radio"/> Homepage<br><input type="radio"/> Empfehlung durch Dozenten<br><input type="radio"/> Empfehlung durch Prüfungsamt<br><input type="radio"/> Flyer<br><input type="radio"/> Empfehlung durch Personen, die schon einmal in der Beratungsstelle waren<br><input type="radio"/> Empfehlung durch andere |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____  |
| <b>Von der Beratung erwarte ich:</b>  |
| _____   |
| _____   |
| _____   |

### Anhang 3: Fragebogen PBS Belastung/Einschränkung

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

#### Belastung/ Einschränkung

Bitte geben Sie auf dieser Seite an, wie stark Sie durch Ihr Problem bzw. Ihre Probleme in Ihrem Studium, Ihrer Arbeit und Freizeit sowie in Ihrem Sozialleben und bei häuslichen Pflichten beeinträchtigt werden bzw. sich eingeschränkt fühlen. Kreuzen Sie zu diesem Zweck für jeden der folgenden Bereiche die Zahl an, die am besten auf Sie zutrifft. Die Bedeutung der Zahlen ist jeweils unter den Zahlen angegeben.

#### 1. Studium

Schätzen Sie Ihre **Beeinträchtigung** in Ihrem Studium auf dieser 0 - 4 –Skala ein:

|                          |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>                             |
| <b>0</b>                 | <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>   |
| <b>gar nicht</b>         | <b>ein wenig</b>         | <b>mäßig</b>             | <b>schwer</b>            | <b>sehr schwer/massiv<br/>(kann nicht studieren)</b> |

#### 2. Freizeit bzw. Sozialleben

Zum Beispiel Zusammenkünfte mit Freunden, Feste, Ausgehen, Unterhaltung, Theater, Kino, Konzerte, Besuche, Vereine, Sport, Urlaub etc.

Schätzen Sie Ihre **Beeinträchtigung** in Ihrer Freizeit auf dieser 0 - 4 –Skala ein:

|                          |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>                              |
| <b>0</b>                 | <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>  |
| <b>gar nicht</b>         | <b>ein wenig</b>         | <b>mäßig</b>             | <b>schwer</b>            | <b>sehr schwer/massiv<br/>(kann nichts davon tun)</b> |

#### 3. Familienleben, Partnerschaft

Zum Beispiel Ihr Verhältnis zu anderen Familienmitgliedern und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin.

Schätzen Sie Ihre **Beeinträchtigung** in Familienleben bzw. Partnerschaft auf dieser 0 - 4 –Skala ein:

|                          |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>                              |
| <b>0</b>                 | <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>  |
| <b>gar nicht</b>         | <b>ein wenig</b>         | <b>mäßig</b>             | <b>schwer</b>            | <b>sehr schwer/massiv<br/>(kann nichts davon tun)</b> |

#### 4. Alltägliche Aufgaben

Zum Beispiel Hausarbeiten, Rechnungen bezahlen, Einkaufen, Besorgungen, Saubermachen etc.

Schätzen Sie Ihre **Beeinträchtigung** in Ihren häuslichen Pflichten auf dieser 0 - 4 –Skala ein:

|                          |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>                              |
| <b>0</b>                 | <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>  |
| <b>gar nicht</b>         | <b>ein wenig</b>         | <b>mäßig</b>             | <b>schwer</b>            | <b>sehr schwer/massiv<br/>(kann nichts davon tun)</b> |

Modifiziert nach Schneider & Margraf (2000)

#### Anhang 4: Verlaufsdokumentation Klient

Liebe Klientin, lieber Klient,

vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Studie!

Um Ihnen und uns die Erhebung der Daten zu erleichtern, bitten wir Sie, untenstehende Angaben im Laufe Ihrer Suche nach einem Therapieplatz kontinuierlich auszufüllen. So haben Sie bei dem geplanten Telefoninterview alle Daten schnell und vollständig zur Hand und behalten auch für sich persönlich den Überblick über Ihre Suche.

Das erste Telefoninterview wird vier Wochen, ein eventuell zweites Telefonat acht Wochen nach Beginn Ihrer Suche stattfinden. Wir haben daher untenstehend einen Kalender von neun Wochen abgebildet. So können Sie an jedem Tag, an dem Sie einen Therapeuten kontaktiert haben dies eintragen; auf der Rückseite finden Sie zudem noch Platz um getroffene Terminvereinbarungen zu notieren.

Bitte benutzen Sie folgende Kennzeichnung:

Therapeuten angerufen und persönlich erreicht: **P**

Therapeuten auf Anrufbeantworter gesprochen: **AB**

Rückruf des Therapeuten: **R**

Bitte kennzeichnen Sie die Therapeuten mit einer laufenden Nummer (z.Bsp.: P1, P2, AB3, R3 etc), so dass Sie auch gleich die Anzahl der bisher kontaktierten Therapeuten ablesen können.

|   | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|---|--------|----------|----------|------------|---------|
| 1. Woche<br>Bitte Beginn der<br>Suche mit<br>Datum<br>eintragen |        |          |          |            |         |
| 2. Woche  |        |          |          |            |         |
| 3. Woche  |        |          |          |            |         |
| 4. Woche  |        |          |          |            |         |

*Bitte wenden*

|          | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|----------|--------|----------|----------|------------|---------|
| 5. Woche |        |          |          |            |         |
| 6. Woche |        |          |          |            |         |
| 7. Woche |        |          |          |            |         |
| 8. Woche |        |          |          |            |         |
| 9. Woche |        |          |          |            |         |

Therapeuten angerufen und persönlich erreicht: **P**  
 Therapeuten auf Anrufbeantworter gesprochen: **AB**  
 Rückruf des Therapeuten: **R**

Ich bin auf einer Warteliste und soll mich in \_\_\_\_\_ Wochen wieder melden.

Ich habe einen Termin für ein Erstgespräch am \_\_\_\_\_

Hat Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin Angaben über den Beginn der eigentlichen Therapie gemacht?

nein

ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Ich bin in laufender Therapie seit dem \_\_\_\_\_

## Anhang 5:Fragebogen telefonisches Interview Wartezeit zu t1

Name/Code: \_\_\_\_\_ TelNummer: \_\_\_\_\_  
Datum t0: \_\_\_\_\_ Datum t1: \_\_\_\_\_

T1

### Telefoninterview zur Suchaktivität

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

heute sind etwa vier Wochen nach dem Beginn Ihrer Suche nach einem Therapieplatz vergangen. Wie bereits angekündigt, rufe ich Sie daher heute nochmals an, um mich nach dem Verlauf Ihrer Suche zu erkundigen. Ich werde Ihnen im Folgenden einige Fragen stellen, die Sie bitte so genau wie möglich beantworten. Nehmen Sie dazu auch bitte, falls ausgefüllt, den Bogen zur Hand, auf dem Sie Ihre Suche dokumentiert haben.

#### 1. Wie erfolgreich ist Ihre Suche nach einem Therapieplatz?

- 1 Ich bin noch auf der Suche
- 2 Ich bin auf einer Warteliste, ich soll mich wieder am \_\_\_\_\_ melden.
- 3 Ich habe einen Termin für ein EG am \_\_\_\_\_
- 4 Ich habe eine feste Zusage bekommen; das EG war am \_\_\_\_\_ →  
hat Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin Angaben über den Zeitraum eines ersten Gespräches und der  
eigentlichen Therapie gemacht?  
 nein  
 ja, nämlich: \_\_\_\_\_
- 5 Ich bin bereits in laufender Therapie seit dem \_\_\_\_\_
- 6 Ich bin nicht mehr auf der Suche, weil \_\_\_\_\_

#### 2. Seit wann suchen Sie einen Therapieplatz? / Wie lange haben Sie einen Therapieplatz gesucht? Angaben in Wochen: \_\_\_\_\_

#### 3. Im Folgenden geht es um die Kontaktaufnahme zu Therapeuten.

Wie viele Therapeuten haben Sie bisher insgesamt kontaktiert? (Summe) \_\_\_\_\_

Wie viel Therapeuten davon haben Sie angerufen und diese auch persönlich erreicht? \_\_\_\_\_

Wie viel Therapeuten davon haben Sie auf den Anrufbeantworter gesprochen? \_\_\_\_\_

Wie viel Therapeuten davon haben Sie daraufhin zurückgerufen? \_\_\_\_\_

#### 4. Haben Sie bestimmte Anforderungen an Ihren Therapeuten, wie

- |                  |                                   |   |                               |
|------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|
| Geschlecht       | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich               | <input type="checkbox"/> egal |
| Fachrichtung     | <input type="checkbox"/> Arzt     | <input type="checkbox"/> Psych. Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> egal |
| Internetauftritt | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein                   | <input type="checkbox"/> egal |
| Spezialisierung  | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein                   | <input type="checkbox"/> egal |
| Sonstiges        | _____                             |   |                               |

#### 5. Für welche Therapierichtung haben Sie sich entschieden?

- 1 Verhaltenstherapie
- 2 Psychoanalyse
- 3 Tiefenpsychologisch fundiert

#### 6. Sind Sie in der Terminvereinbarung zeitlich flexibel (z.Bsp. Termine auch morgens möglich)?

- 1 ja
- 2 nein

#### 7. Wie weit würden Sie zur Praxis Ihres Therapeuten fahren?

- 1 Ca 0-5 km
- 2 5-10 km
- 3 10-15km
- 4 15- 20 km
- 5 mehr als 20km

8. Wie viele Stunden haben Sie sich aktiv um einen Therapieplatz bemüht (geschätzte Stunden)

- 1 weniger als 1h
- 2 1h
- 3 1-2h
- 4 mehr als 2 h

9. Haben Sie sich auch bei der Psychotherapeutischen Ambulanz der Uni Mainz angemeldet?

- 1 ja, die Wartezeit beträgt: \_\_\_\_\_
- 2 nein

10. Fühlten Sie sich durch Ihren Berater / Ihre Beraterin genügend aufgeklärt darüber, was eine Psychotherapie ist?

- 1 ja
- 2 nein

11. Wenn nein: zu welchem Aspekt hätten Sie sich noch genauere Informationen gewünscht?

- 1 Unterschiede der Therapierichtung
- 2 Vorgehen bei der Suche nach einem Therapieplatz
- 3 genereller Ablauf einer Psychotherapie
- 4 Sonstiges, nämlich: \_\_\_\_\_

## Anhang 6: Fragebogen telefonisches Interview Wartezeit zu t2

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

heute sind etwa acht Wochen nach dem Beginn Ihrer Suche nach einem Therapieplatz vergangen, vor vier Wochen haben wir bereits ein erstes Mal miteinander telefoniert. Wie damals angekündigt, rufe ich Sie heute nochmals an, um mich nach dem Verlauf Ihrer Suche zu erkundigen. Ich werde Ihnen im Folgenden einige Fragen stellen, die Sie bitte so genau wie möglich beantworten.

### 1. Was macht Ihre Suche nach einem Therapieplatz?

- Ich bin noch auf der Suche
- Ich bin auf einer Warteliste
- Ich habe ein Termin für ein EG am \_\_\_\_\_
- Ich habe eine feste Zusage bekommen, das EG war am \_\_\_\_\_  
→ hat Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin Angaben über den Zeitraum eines ersten Gesprächs und der eigentlichen Therapie gemacht?
- Ich bin bereits in laufender Therapie seit dem \_\_\_\_\_
- Ich bin nicht mehr auf der Suche, weil \_\_\_\_\_

### 2. Seit wann suchen Sie einen Therapieplatz? / wie lange haben Sie einen Therapieplatz gesucht?

### 3. Im Folgenden geht es um die Kontaktaufnahme zu Therapeuten.

Wie viel Therapeuten haben Sie angerufen und diese auch persönlich erreicht? \_\_\_\_\_

Wie viel Therapeuten haben Sie angerufen und auf den Anrufbeantworter gesprochen? \_\_\_\_\_

Wie viel Therapeuten haben Sie daraufhin zurückgerufen?

Wie viele Therapeuten haben Sie bisher kontaktiert? (Summe eigentlich)

### 4. Haben Sie nach einem bereits geführten Erstgespräch den Therapeuten, die Therapeutin gewechselt?

- ja, 1 mal
- ja, 2 mal
- ja, mehr als 2 mal
- nein
- nein, ich hatte noch kein EG

### 5. Haben Sie bestimmte Anforderungen an Ihren Therapeuten, wie

- Geschlecht weiblich männlich egal
- Fachrichtung Arzt Psychologe egal
- Internetauftritt ja nein egal
- Spezialisierung ja nein egal
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 6. Für welche Therapierichtung haben Sie sich entschieden?

- VT
- PA
- TP

### 7. Wie weit würden Sie zur Praxis Ihres Therapeuten fahren?

- 1 Ca 0-5 km
- 2 5-10 km
- 3 10-15km
- 4 15- 20 km
- 5 mehr als 20km

### 7. Wie viele Stunden haben Sie sich aktiv um einen Therapieplatz bemüht (geschätzte Stunden)

- 1h
- 1-5 h
- 5-10h
- mehr als 10h

## Anhang 7: FPTM Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Beschwerden, Probleme, Erwartungen, Einstellungen, Psychotherapie, Studium/Beruf und die Zukunft beziehen.

Bitte bewerten Sie jede einzelne Aussagen auf einer Skala von

**1 = „stimmt nicht“ bis 4 = „stimmt“.**

|    |   | Stimmt nicht | Stimmt eher nicht | Stimmt eher | Stimmt |
|----|---|--------------|-------------------|-------------|--------|
| 1  | Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 2  | Ich bin mir unsicher, ob eine Psychotherapie einem helfen kann.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 3  | Trotz meiner Beschwerden bin ich alles in allem mit meinem Leben zufrieden.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 4  | Ich glaube kaum, dass eine Psychotherapie etwas für einen tun kann.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 5  | Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche.                                   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 6  | Ich habe mich selbst darum bemüht, hier eine Behandlung zu erhalten.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 7  | Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurechtzukommen.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 8  | Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden.                                      | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 9  | Wenn ich meine Beschwerden habe, erlauben mir andere (Partner, Familie etc.) eher als sonst, dass ich mich schone.            | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 10 | Es gäbe sicherlich weit weniger seelische Krankheiten, wenn sich die Menschen mehr unter Kontrolle hätten.                    | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 11 | Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meinen Beschwerden etwas verändert.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 12 | Ich fühle mich oft niedergeschlagen und bedrückt.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 13 | Ich war schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung. (Beratung in der Beratungsstelle nicht mit eingeschlossen)          | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 14 | Wenn ich meine Beschwerden habe, kommt es häufiger vor als sonst, dass sich jemand um mich kümmert.                           | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 15 | Es war nicht meine eigene Entscheidung hierher zu kommen: andere (z.B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten.               | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 16 | Über Psychotherapie habe ich mich ausführlich informiert.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 17 | Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 18 | Ich habe keine seelischen Probleme.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 19 | Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um hierher kommen zu können.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 20 | Es gibt zu viele Dinge, die mir Sorgen bereiten.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 21 | Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 22 | Dass ich hier bin, ist auf mein eigenes Bemühen zurückzuführen.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 23 | Ich habe Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung gemacht. (Beratung in der Beratungsstelle nicht mit eingeschlossen) | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 24 | Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige, Kommilitonen usw.) verständnisvoller als sonst.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 25 | Ich habe das Gefühl, dass Psychotherapie einem nicht helfen kann.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 26 | Wenn ich krank bin, habe ich eher jemanden, der für mich da ist.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |

Bitte wenden

© R. Nübling (1992); Schulz, Nübling und Rüdell (1995), FPTM, leicht modifiziert

Name: \_

Datum: \_\_\_\_\_

|    |   | Stimmt nicht | Stimmt eher nicht | Stimmt eher | Stimmt |
|----|---|--------------|-------------------|-------------|--------|
| 27 | Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig.                 | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 28 | Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kommilitonen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 29 | Es bereitet mir oft Kopfzerbrechen, wie es mit mir weitergehen soll.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 30 | Meine Angehörigen verhalten sich, wenn ich meine Beschwerden/Krankheit habe, mir gegenüber verständnisvoller als sonst. | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 31 | Ich habe das deutliche Gefühl, dass Psychotherapie einem helfen kann  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 32 | Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien.            | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 33 | Man sollte sich nicht durch das Besprechen seiner Probleme mit anderen eine Blöße geben.                                | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 34 | Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine Psychotherapie ist.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 35 | Ich leide stark unter seelischen Problemen.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 36 | Ich weiß wenig über Psychotherapie.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 37 | In Bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen.  | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 38 | Ich habe Probleme, mit denen ich allein nicht fertig werde.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |
| 39 | Ich habe Angst vor der Zukunft.   | 1            | 2                 | 3           | 4      |

Ich denke ich bin im folgenden Maße für eine Psychotherapie motiviert:

1            2            3            4            5  
Gar nicht      wenig            durchschnittlich      sehr            überaus

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens, geben Sie ihn bitte im Sekretariat ab.

© R. Nübling (1992); Schulz, Nübling und Rüdell (1995), FPTM, leicht modifiziert

## Anhang 8: Fragebogen telefonisches Interview zu t3 - Psychotherapie gemacht

Name/Code: \_\_\_\_\_ TelNummer: \_\_\_\_\_  
Datum t0: \_\_\_\_\_ Datum t3: \_\_\_\_\_

t3

### Telefonisches Interview t3 – PT gemacht

Vor etwa anderthalb Jahren haben Sie sich auf die Suche nach einem Psychotherapieplatz gemacht, wir haben Sie bei dieser Suche etwa acht Wochen lang begleitet. In diesem Interview würde ich nun gerne von Ihnen wissen, wie sich Ihre Suche entwickelt hat und was ggf. aus Ihrer Therapie geworden ist. Dauer circa 10 Minuten.

#### 1. Stand der Suche nach t1/t2:

Nach unseren Angaben haben Sie zum Zeitpunkt des letzten Kontakts (vor Gesprächsbeginn ausfüllen):

- a) Einen Therapieplatz gefunden
- b) Waren noch auf der Suche nach einem Therapieplatz

Therapieplatz gefunden?

Ja

Wann Therapiebeginn (Kalendereintragung)? \_\_\_\_\_

Nein

- c) Sich gegen einen Therapieplatz entschieden

Grund exploriert:

- unzureichende Informationen (unzureichende Aufklärung, unzureichende Motivationsarbeit)
- sachlich- organisatorische Gründe (Zeitproblem, Entfernung, Prüfungen)
- Therapie erscheint nicht notwendig (Verbesserung, Lösung, mangelnder Leidensdruck)
- negative Einstellung zur PT (nicht hilfreich, zu mühselig, schlechte Erfahrungen)
- Angst vor Stigmatisierung

Haben Sie in der Zwischenzeit eine Therapie aufgenommen?

Ja → springen zu a)

Nein → springen zu  
soziodemographische Angaben.

Auf der Suche

- d) Es konnte vor einem Jahr kein Kontakt hergestellt werden.

Endgültige Therapierichtung:

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundiert
- Psychoanalyse
- Andere:

#### 2. Therapieverlauf

Im Folgenden benötige ich einige Angaben zu Ihrem Therapieverlauf:

- a) Therapie regulär beendet      Stundenanzahl:
- b) noch in laufender Therapie      Dauer der Therapie (in Monaten):  
bisherige Stundenanzahl:
- c) Therapie abgebrochen      voraussichtliches Ende:  
Stundenanzahl:
- d) Keine Therapie begonnen      Gründe für den Abbruch:

Kam es zu einem Therapeutenwechsel?

- Ja, weil: \_\_\_\_\_ . → Weiter mit Therapieverlauf  
 Nein

Frequenz (Anzahl der Sitzungen pro Woche): \_\_\_\_\_

Fortsetzungsantrag gestellt?  Ja  nein

Wenn ja, bewilligt worden?

- ja, (Umfang: \_\_\_\_\_ )  nein  noch nicht entschieden

### 3. Therapiezufriedenheit

1. Was empfanden Sie als besonders hilfreich in der Therapie?
2. Was empfanden Sie als besonders schwierig in der Therapie?
3. Zu Beginn Ihrer Suche nach einem Therapieplatz waren Sie \_\_\_\_\_ (im Vorhinein mit Hilfe des FPTM-FB auszufüllen) motiviert.

Kam es während der Therapie zu einer Veränderung Ihrer Motivation? Veränderung hin zu:

„Ich denke, ich bin in folgendem Maße für eine Psychotherapie motiviert (gewesen)“:

- 1 2 3 4 5  
Gar nicht wenig durchschnittlich sehr sehr stark

### 4. Therapiesuche

1. Wie empfanden Sie ganz generell die Suche nach einem Therapeuten (Schulnoten 1-6)?
2. Was empfanden Sie als schwierig?
3. Was empfanden Sie als hilfreich bei der Suche?

Psychotherapeutenlisten

- 1 2 3 4 5  
Gar nicht wenig neutral hilfreich sehr hilfreich

Tipps meiner Beraterin

- 1 2 3 4 5  
Gar nicht wenig neutral hilfreich sehr hilfreich

Sonstiges, nämlich: \_\_\_\_\_

- 1 2 3 4 5  
Gar nicht wenig neutral hilfreich sehr hilfreich

4. Hätten Sie sich noch weitere Maßnahmen von Seitens der PBS gewünscht, um Sie bei Ihrer Suche zu unterstützen?  
 Ja, nämlich: \_\_\_\_\_  
 Nein
5. Wurde Ihnen von Personen aus Ihrem Umfeld eine Psychotherapie empfohlen?  
 ja  nein

6. Gab/Gibt es in Ihrem Umfeld Personen, die auch eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben?
- ja                       nein
7. Hat Ihr Umfeld gewusst, dass Sie eine Psychotherapie gemacht haben?
- ja                       nein

Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer momentanen Situation im Studium:  
s. Bogen Studium.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

## Anhang 9: Telefonisches Interview t3 - keine Psychotherapie gemacht

Name/Code: \_\_\_\_\_ TelNummer: \_\_\_\_\_  
Datum t0: \_\_\_\_\_ Datum t3: \_\_\_\_\_

t3

### Telefonisches Interview t3 keine PT

Vor etwa anderthalb Jahren haben Sie in der Beratungsstelle die Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie bekommen, sich jedoch dagegen entschieden. In diesem Interview würde ich nun gerne von Ihnen wissen, ob sie bei diesem Entschluss geblieben sind oder in der Zwischenzeit doch eine Therapie angefangen haben.

#### 1. Stand der Suche nach t1/t2:

Nach unseren Angaben haben Sie zum Zeitpunkt des letzten Kontakts (vor Gesprächsbeginn ausfüllen):

Sich gegen einen Therapieplatz entschieden

Grund exploriert:

- unzureichende Informationen (unzureichende Aufklärung, unzureichende Motivationsarbeit)

- sachlich- organisatorische Gründe (Zeitproblem, Entfernung, Prüfungen)

- Therapie erscheint nicht notwendig (Verbesserung, Lösung, mangelnder Leidensdruck)

- negative Einstellung zur PT (nicht hilfreich, zu mühselig, schlechte Erfahrungen)

- Angst vor Stigmatisierung

Haben Sie sich andersweitig Hilfe gesucht?

Ja

nein

Freunde/Bekannte

Seelsorge

Literatur

Kurse PBS

Selbsthilfegruppe

Sonstiges:

8. Wurde Ihnen von Personen aus Ihrem Umfeld eine Psychotherapie empfohlen?

ja

nein

9. Gab/Gibt es in Ihrem Umfeld Personen, die eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben?

ja

nein

Haben Sie in der Zwischenzeit eine Therapie aufgenommen?

Ja → springen zu anderem Fragebogen für Klienten mit Therapie.

Nein → springen zu soziodemographische Angaben.

Stationär in der Zwischenzeit aufgenommen worden

Wieder in Überlegung

Nochmal PBS

Auf der Suche

## Anhang 10: Soziodemographische Angaben t3

Code: \_\_\_\_\_

t3

Datum: \_\_\_\_\_

### Soziodemographische Angaben

Im Folgenden bitten wir Sie einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer momentanen Lebenssituation zu machen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

#### Status:

|                          |                             |                               |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Eingeschriebener Student | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wiss. MA                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Promotionsphase          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Habilitationsphase       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Studium beendet in den letzten 1,5 Jahren?

- nein (weiter mit Prüfungen allgemein)
- ja, regulär abgeschlossen (Prüfungen bestanden)
  - Arbeitsverhältnis
  - Promotion angeschlossen
  - Elternzeit
  - Arbeitssuchend
- ja, abgebrochen
- ja, Abschlussprüfung jedoch nicht bestanden.

Hatten Sie in den vergangenen 1,5 Jahren Prüfungen (Scheinerwerb)?

- Nein, keine Prüfungen, kein Scheinerwerb
- Ja, waren in der Prüfungsordnung vorgesehen, jedoch nicht gemacht.
- Ja, bestanden. Prüfungsleistung erbracht.
- Ja, jedoch nicht bestanden.

#### Studienfach:

Fach: \_\_\_\_\_ Fach-Semesterzahl: \_\_\_\_\_ Studien-Semesterzahl: \_\_\_\_\_

Kam es zu einem Fachwechsel in den vergangenen 1,5 Jahren?  ja  nein

Haben Sie die Hochschule seit dem Ende der Beratung in der PBS gewechselt?  Ja  nein

#### In welchem Abschnitt Ihres Studiums stehen Sie momentan?

Grundstudium  Hauptstudium oder  
 Bachelor- Studium  Master-Studium

Kurz vor einer Prüfung:  ja  nein

Kurz vor Abschlussarbeit:  ja  nein

**Familienstand:**

- Ledig
- Verheiratet
- Geschieden

**Partnerschaft:**

- Partnerschaft
- zurzeit keine feste Partnerschaft

Endete oder begann seit der letzten Sitzung in der PBS eine Partnerschaft?  Ja  nein

Gab es andere, größere Veränderungen in der Beziehung zu anderen (Trennung, Tod, Besserung einer Ihnen wichtigen Beziehung)?  Ja  nein

**Medikamente:**

- Nehmen Sie Psychopharmaka?  ja  nein  
Andere Medikamente  ja  nein

**Arztbesuche**

Wie oft haben Sie in den vergangenen 1,5 Jahren Ihren Hausarzt aufgesucht:  
Gehen Sie zu einem Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie?  Ja  nein

**Wohnsituation:**

- Studentenwohnheim
- Bei den Eltern
- Wohngemeinschaft
- mit Partner/Partnerin in gemeinsamer Wohnung
- allein lebend in eigener Wohnung/Zimmer
- Sonstiges

Sind Sie in den vergangenen 1,5 Jahren umgezogen/ änderte sich etwas an Ihrer Wohnsituation?  
 ja, nämlich: \_\_\_\_\_  nein

Gibt es sonst etwas, was sich im vergangenen Jahr bei Ihnen wesentlich geändert hat?  
 ja, nämlich: \_\_\_\_\_  nein

Ich würde Sie gerne einladen, online noch anschließend einige Fragen zu beantworten. (10 Min)

Sind Sie damit einverstanden?  ja  nein

Post-/E-Mail-Adresse ggf. aktualisieren.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

## Anhang 11: Onlineumfrage - Therapie gemacht

Bitte geben Sie in untenstehendes Feld Ihren Code ein. Diesen finden Sie in der Email, die Sie zu dieser Umfrage eingeladen hat.

Nachfolgend werden Sie gebeten, einige Angaben zu Ihrem Studium bzw. zu Ihrer Arbeit und Ihrer allgemeinen Lebenssituation zu machen. Beziehen Sie sich dabei bitte auf Ihre momentane Situation.

Nächster angestrebter Abschluss:

- Diplom       Staatsexamen       Magister  
 Bachelor       Lehramt       Master  
 Promotion       Studium abgeschlossen (weiter mit Fragen zum Therapieeinfluss)

Wie zufrieden sind sie momentan mit Ihrem Studium?

Sehr zufrieden                        sehr unzufrieden

Arbeiten Sie neben dem Studium?

- ja                       nein

Wenn ja, wie viele Wochenstunden?

- 1     2     3  
 4     5     6  
 7     8     9  
 10     mehr als 10

Hatte die Therapie Einfluss...

...auf Ihre Studienleistungen? Sie wurden...

viel besser                        viel schlechter

Beschreiben Sie die konkreten Auswirkungen (bsp. Fachwechsel, Prüfung bestanden, (un)zufriedener mit dem Studium etc.)

...auf Ihre Sozialbeziehungen? Sie wurden...

viel besser                        viel schlechter

Beschreiben Sie die konkreten Auswirkungen (bsp. Trennung oder neue Partnerschaft, neue Freundschaften etc.)

...auf Ihre Zukunftspläne? Sie wurden...

viel konkreter                        viel diffuser

Beschreiben Sie die konkreten Auswirkungen (bsp. konkrete Vorstellungen von der späteren Arbeitsstelle, Spezialisierung im Studium, Neuorientierung, etc.)

Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Bitte antworten Sie offen und ehrlich.

|  | Stimme<br>völlig zu      | Stimme zu                | Stimme eher<br>zu        | Weder/noch               | Stimme eher<br>nicht zu  | Stimme nicht<br>zu       | Stimme<br>überhaupt<br>nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.            | <input type="checkbox"/>        |
| Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.  | <input type="checkbox"/>        |
| Ich bin mit meinem Leben zufrieden.  | <input type="checkbox"/>        |
| Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche. | <input type="checkbox"/>        |
| Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.           | <input type="checkbox"/>        |

## Anhang 12: Evaluationsbogen

Evaluationsbogen

Bitte schätzen Sie mit Hilfe der folgenden Fragen die Therapie insgesamt ein.

|  | Stimmt<br>genau          |                          |                          |                          |                          | Stimmt gar<br>nicht      |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Das Verhalten der Therapeutin/des Therapeuten drückte Verständnis für mich und mein Anliegen aus. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Den Kontakt mit der Therapeutin/dem Therapeuten habe ich als angenehm empfunden.                  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die Therapeutin/den Therapeuten habe ich als kompetent erlebt.                                    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Während der Therapie habe ich mich wohl gefühlt.  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe in der Therapie neue Möglichkeiten zur Bewältigung meines Problems kennen gelernt.       | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe neue Anregungen bekommen, wie ich mein Leben verändern kann.                             | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich sehe nun einige Dinge in neuem Licht.   | <input type="checkbox"/> |
| 8. Die Therapie hat zur Lösung mancher Probleme beigetragen.   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich kann jetzt besser selber Schwierigkeiten überwinden.  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich habe nun mehr Vertrauen zu mir selbst.   | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich glaube, ich bin nun einen Schritt weiter gekommen.   | <input type="checkbox"/> |
| 12. Mein Anliegen wurde einfühlsam behandelt.  | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich habe ein inneres Verständnis für mich und meine Probleme entwickelt.                         | <input type="checkbox"/> |
| 14. Meine Zukunftsängste wurden abgebaut.  | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich bin selbstbewusster geworden.  | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich habe Vertrauen zur Therapeutin/zum Therapeuten entwickelt.                                   | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich fühlte mich akzeptiert und ernst genommen.   | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich fühlte mich gut aufgehoben.  | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich habe den Eindruck, durch die Therapie in Zukunft meine Probleme besser bewältigen zu können. | <input type="checkbox"/> |

F1 Verän \_\_\_\_\_ ÷11 \_\_\_\_\_  
 F2 Bez \_\_\_\_\_ ÷8 \_\_\_\_\_  
 F3 Gesamt \_\_\_\_\_ ÷19 \_\_\_\_\_

|     |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|     |   |                          |                          |                          | Sehr<br>unzufrieden      |                          |                          |                          |                          | Sehr<br>zufrieden        |
| 20. | Ich war mit der Anzahl der Sitzungen                    |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Insgesamt bin ich mit der Therapie                      |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Im Vergleich zum Beginn der Therapie geht es mir heute: |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
|     | Sehr viel<br>schlechter                                 | Viel<br>schlechter       | Etwas<br>schlechter      | Unverändert              | Etwas<br>besser          |                          | Viel besser              |                          | Sehr viel<br>besser      |                          |
|     | 1   | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |                          | 6                        |                          | 7                        |                          |

positiv an der Therapie fand ich:

negativ an der Therapie fand ich:

Vielen Dank!