

Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten

Eva Rothermund¹, Harald Gündel¹, Reinhold Kilian², Michael Hölzer³, Bernhard Reiter⁴, Daniel Mauss⁵, Monika Annemarie Rieger⁶, Jutta Müller-Nübling⁷, Andreas Wörner⁷, Jörn von Wietersheim¹, Petra Beschoner¹

Summary

Treatment of psychosomatic disorders occurring in the vocational context – Concept and first findings

Objectives: Psychosomatic symptoms often present within the vocational context. The unmet need for easily accessible and early interventions led to the development of a variety of offers in this area. From a scientific point of view, the question of how such a “psychosomatic consultation in the workplace” (PCIW) is best conceptualized remains open.

Methods: We analysed treatment documentation for all patients of two recently established PCIW from January 2011 to January 2012 both descriptively and by qualitative content analysis.

Results: A total of 67 patients were seen, 75 % of whom were male. For 75 % of users PCIW constituted the first contact with psychosomatic-psychotherapeutic-psychiatric services. For about 80 % of the patients a work-related aetiology could be considered. 40 % of patients were recommended to outpatient psychotherapeutic care.

Conclusions: PCIW represents an easily accessible therapeutic offer in the vocational context. There often is a mix of work-related and personal problems that suggests the cooperation of occupational and psychosomatic physicians.

Z Psychosom Med Psychother 60/2014, 177–189

Keywords

Psychosomatic Consultation in the Workplace – Qualitative Research – Outpatient Care – Health Services Research – Work-related Psychological Symptoms

Zusammenfassung

Fragestellung: Psychische Störungen manifestieren sich auch innerhalb des beruflichen Umfeldes. Der steigende Bedarf an leicht zugänglicher Erstberatung und Frühinterventionen führt

¹ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm.

² Klinik für Psychiatrie II, Universitätsklinikum Ulm.

³ Sonnenbergklinik Stuttgart, ZfP Südwürttemberg.

⁴ Betriebsärztlicher Dienst, in Fa. CASSIDIAN an EADS Company, Ulm.

⁵ Betriebsärztlicher Dienst, Allianz Deutschland, München.

⁶ Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen.

⁷ Werksärztlicher Dienst Wieland-Werke AG, Ulm und Vöhringen.

te zur Entstehung einer Vielzahl von Angeboten in diesem Bereich. Wissenschaftlich fundierte Auswertungen der konzeptuellen Umsetzung fehlen bisher weitgehend.

Methode: Deskriptive sowie qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung der bisherigen Behandlungsdokumentation von zwei neu eingerichteten „Psychosomatischen Sprechstunden im Betrieb“ (PSIB) im Zeitraum Januar 2011 bis Januar 2012.

Ergebnisse: 67 Patienten, davon 75 % Männer, nutzten die PSIB. Für 75 % der Patienten war die PSIB der erste Kontakt zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung. Arbeitsbezogene Ursachen spielten bei 80 % der Nutzer eine Rolle in der Genese der Beschwerden. 40 % der Patienten wurde eine ambulante Psychotherapie empfohlen.

Diskussion: Die PSIB stellt ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot dar. Häufig bestehen sowohl arbeitsplatzbezogene als auch private beziehungsweise persönlichkeitsimmanente Probleme. Eine Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzten und Psychosomatikern erscheint deshalb sinnvoll.

1. Einleitung

Psychische Erkrankungen nehmen an Bedeutung zu. Obwohl die Arbeitsunfähigkeitszahlen in Deutschland insgesamt rückläufig sind, steigen Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen an (Grobe u. Dörning 2011). Sie stellen mit rund 40 % die Hauptdiagnosegruppe für Frühberentungen (Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund 2010). Arbeitsbedingungen können durch eine voranschreitende Verdichtung der Arbeitstätigkeit und häufige innerbetriebliche Umstrukturierungen die Entstehung psychischer Erkrankungen mitbedingen (Lohmann-Haislah 2012). In diesem Kontext hat das Konstrukt „Burnout-Syndrom“ als der Versuch, die Kombination von primär arbeitsbezogenen Stressoren und Persönlichkeit bei der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen in ein gemeinsames Modell zu bringen, eine wachsende Popularität erlangt. Relevanz als auch Unschärfe des Begriffes Burnout werden sichtbar in Prävalenzdaten zum „Personal Burnout“, einem Erschöpfungszustand der als „unabhängig von Arbeits- beziehungsweise beruflichem Kontext“ definiert wird, und 6 % der deutschen Bevölkerung betrifft (Stöbel-Richter et al. 2013).

Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) konzentrieren sich Unternehmen meist auf die Verhältnisprävention (Gestaltung der Arbeitsbedingungen) und die verhaltenspräventive Stärkung individueller salutogener Ressourcen für gesunde Mitarbeiter. Für die frühe Beratung und psychotherapeutische Versorgung von Mitarbeitern mit psychischen Beeinträchtigungen existieren nur wenige Versorgungsangebote, deren Evaluation derzeit beginnt (Limm et al. 2011; Preiser u. Rieger 2012; Rothermund et al. 2012; Hölzer 2012). Hinzu kommt, dass eine reine Sensibilisierung für das Thema „seelische Erkrankung“ in der Regel den Zugang zu früher psychotherapeutischer Therapie nicht erleichtert (Doering 2009); entsprechende Früherkennungsprogramme führen zu keiner Besserung, wenn sie nicht mit entsprechenden Behandlungsangeboten verzahnt sind (O'Connor et al. 2009).

Deshalb initiierten Betriebsmediziner in verschiedenen Unternehmen Kooperationen mit psychosomatischen oder psychiatrischen Ansprechpartnern im Sinne einer „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB, Bundesverband der Be-

etriebskrankenkassen 2013). In der medizinisch-psychologischen Fachliteratur ist nur ein Konzept beschrieben (Mayer et al. 2010). Daten zur Charakterisierung der Nutzer sowie zu seiner Position zur Regelversorgung fehlen weitgehend.

Vor dem Hintergrund der plakativen und unkritischen Verwendung des Begriffes Burnout bei gleichzeitiger Unklarheit bezüglich seiner Definition (Kaschke et al. 2011) wird deutlich, dass für eine Charakterisierung des Nutzerprofils einer PSIB eine sorgfältige Analyse des Arbeitsbezuges der Beschwerden erfolgen sollte. Deshalb wurden in der vorgelegten Studie die Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse statt psychometrischer Instrumente erhoben.

Ziel des Artikels ist die Beschreibung der konzeptuellen Umsetzung des sektorenübergreifend angelegten Versorgungsbausteins PSIB in zwei Unternehmen. Illustriert werden Zielgruppe, Kommunikationswege et cetera anhand folgender Fragestellung:

1. Wie lange bestehen die Beschwerden bei Aufsuchen der PSIB? Welche ICD-10-Diagnosen werden wie häufig vergeben?
2. Wie häufig sind die Beschwerden primär arbeitsbezogen, aufgrund derer eine PSIB aufgesucht wurde?
3. Welches Inanspruchnahmeverhalten zeigen die Nutzer der Sprechstunde? Wie gestaltet sich die Verzahnung mit der Regelversorgung?

2. Methode

Die vorliegenden Daten speisen sich aus ersten Erfahrungen mit der PSIB von Januar 2011 bis Januar 2012 mit insgesamt $n = 67$ Patienten in zwei Betrieben (s. Tab. 1).

In Unternehmen A bestand das Angebot seit Oktober 2011; in Unternehmen B seit Januar 2011. Es wurden $n = 23$ beziehungsweise $n = 44$ Patienten behandelt. Die Rekrutierung für die vorliegende Untersuchung erfolgte konsekutiv aus allen Mitarbeitern, die die PSIB in Anspruch nahmen.

2.1. Setting und Konzept der PSIB

Die Charakteristika der beiden teilnehmenden Betriebe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die PSIB fand in einem Raum des jeweiligen Betriebsärztlichen Dienstes, alternativ in einem Raum der kooperierenden Psychosomatischen Klinik statt. Jeder Patient unterschrieb eine Einwilligungserklärung für die Datenspeicherung in der Klinik. Zudem entschied er darüber, ob Werks- und/oder Haus- /Facharzt einen Kurzbericht erhielten.

Konzept Betrieb A:

In Betrieb A ging die Initiative für die Einrichtung einer PSIB von den Werksärzten und der Betriebskrankenkasse aus. Der Zugang erfolgt in der Regel über die Werksärzte. Für jeden Patienten stehen bis zu zwei Sitzungen à 50 Minuten zur Verfügung. Anschließend können bis zu zehn weitere Sitzungen angeboten werden zur Krisen-

Tabelle 1: Setting-Merkmale in den beiden untersuchten Betrieben mit Psychosomatischer Sprechstunde (PSIB)

	Betrieb A	Betrieb B
Art und Größe des Gesamtbetriebes	Regional ansässiges, international tätiges Großunternehmen	Regionales Werk eines international tätigen Großunternehmens
Branche	Metallverarbeitung	Sicherheitstechnik
Kennzeichen einbezogener Standorte		
Größe	ca. 4000 Mitarbeiter	ca. 3000 Mitarbeiter
Schwerpunkte	Vorwiegend Produktion	Vorwiegend Entwicklung
laufende BGM-Maßnahmen	Führungskräfteschulungen: Psychische Gesundheit und gesund Führen, Trainingsprogramme zur muskuloskelettalen Prävention, Suchtprävention und -hilfe, Gesunderhaltung von Schichtarbeitern, Ernährungsberatung	Fitness-Center, regelmäßige groß angelegte medizinische Untersuchungsreihen, Mitarbeiterbefragungen, systematische Führungskräfteschulungen, Gesundheitszirkel, jährliche Gesundheitswoche, ärztliche Sprechstunde während Kernarbeitszeit, Sozialberatung, Suchthilfe
Mitarbeiterstruktur einbezogener Standorte		
Altersdurchschnitt in Jahren (MW; SD)	42.7; 8.1	44.8; 8.9
Anteil Männer	88 %	80 %

intervention, Überbrückung bis zum Beginn einer weiterführenden Behandlung oder als Kurzzeitintervention (Modell 2 + 10).

Jeder Patient unterschreibt eine Einwilligungserklärung bezüglich der Weiterleitung seiner Daten zu Abrechnungszwecken an die Betriebskrankenkasse. Monatlich finden mit den Werksärzten Fallkonferenzen statt, in denen mögliche weitere Schritte wie zum Beispiel Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz, Herausnahme aus dem Schichtbetrieb oder Wiedereingliederungsmaßnahmen thematisiert werden.

Konzept Betrieb B:

In Betrieb B wurde auf Initiative des „Arbeitskreis Gesundheit“ (Standortleitung, Personalleitung, Betriebsrat, Betriebsarzt, Sozialberatung) das Angebot einer PSIB eingerichtet, die sowohl durch Eigeninitiative als auch nach Indikationsstellung vom Betriebsarzt oder der Sozialberatung in Anspruch genommen werden kann. Das Angebot wurde über Betriebsversammlungen, Intranet und Flyer kommuniziert. Der Betrieb finanziert bis zu zwei Sitzungen à 50 Minuten zur Diagnostik und Beratung. Im Rahmen der psychosomatischen Hochschulambulanz können zwei weitere Sitzungen zur Vertiefung, Krisenintervention oder Überbrückung angeschlossen werden. Fallkonferenzen finden bei Bedarf nach Rücksprache statt.

2.2. Datenerhebung

Das Ausgangsmaterial bildeten Anmeldebögen, handschriftliche Verlaufsdocumentation und Arztbriefe. Um das reichhaltige und heterogene Material aufgrund unserer Fragestellung einzuschätzen und zu strukturieren, war ein Instrument nötig, das sowohl ein systematisches Vorgehen als auch eine Anpassung an den Forschungsgegenstand ermöglicht. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring vereinigt diese Anforderungen. Die Auswertung erfolgte deduktiv anhand vorab festgelegter Regeln der Textanalyse, die individuell dem konkreten Forschungsgegenstand angepasst wurden (s. u.) (Mayring 2010). Alle Auswertungen wurden von Erst- (ER) und Letztautorin (PB) durchgeführt.

Der grundsätzliche Interpretationsvorgang bestand aus der qualitativen Technik „Strukturierung“ mit den Schritten „Definition der Kategorien“, „Ankerbeispiele“ und „Festlegung von Kodierregeln“, das auf die Strukturdimension „Arbeitsplatzbezug der psychosomatischen Beschwerden“ angewandt wurde. Das Kategoriensystem und die Definitionen wurden überarbeitet, revidiert und mündeten in den unten beschriebenen Variablen. Diese wurden einer Häufigkeitsanalyse unterzogen.

Soziodemographische Daten

Erfasst wurden Alter in Jahren, Geschlecht, Schulbildung und berufliche Tätigkeit.

Psychische Symptome und Erkrankung

Die psychischen (F-) Diagnosen wurden nach ICD-10-Kriterien durch eine Fachärztin (PB) beziehungsweise eine erfahrene Assistenzärztin (ER) unter oberärztlicher Supervision vergeben. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Anamnesegespräche ohne zusätzliche Diagnoseinstrumente. Die Symptombdauer wurde für die Beschwerden, die zum Aufsuchen der Sprechstunde geführt hatten, in Monaten erhoben. Vorangegangene Episoden psychischer Erkrankung wurden erfragt. Aufgrund der unscharfen Vergabekriterien wurde von einer Benennung von „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (ICD-10: Z70-Z76) abgesehen.

Arbeitsplatzbezug der psychosomatischen Beschwerden

Durch die Technik „skalierende Strukturierung“ wurde untersucht, in welchem Ausmaß arbeitsbezogene Ursachen bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Verschlechterung der psychosomatischen Beschwerden eine Rolle spielten. Nach Bestimmung der Analyseeinheiten und Festlegung der Einschätzungsdimensionen erfolgte die Bestimmung der Ausprägungen, die vier Kategorien ergaben, die folgend mit Definition, Ankerbeispiel und Kodierregel dargestellt sind:

Kategorie 1 „reiner Arbeitsplatzkonflikt“ ist definiert für Patienten, die außer dem Arbeitsplatz keine anderen Problembereiche angaben, deren Beschwerden auch nach bestem klinischen Eindruck mit einer Änderung am Arbeitsplatz zusammenhängen,

und bei denen der Untersucher den Eindruck hatte oder beobachten konnte, dass mit Verbesserung der Arbeitsplatzsituation die psychischen Beschwerden vollständig remittierten. Ankerbeispiel: Ein 50-jähriger leitender Angestellter berichtet zunehmend Sodbrennen, gestörten Schlaf und vermehrtes Leiden unter dem seit längerem bestehenden Tinnitus. Er berichtet Sorge, erneut eine depressive Episode zu erleben, bei zwei Episoden in der Vorgeschichte. Seine aktuelle Belastung werde durch die Versetzung an einen anderen Standort gespeist, die er inhaltlich nicht nachvollziehen könne, er fühle sich dort fehl am Platz. Kurz nach dem Gespräch änderten sich die Arbeitsverhältnisse, die Symptome sistierten. Kodierregel: Alle drei Aspekte der Definition müssen positiv beantwortet werden können, sonst wird Kategorie 2 oder 3 vergeben.

Kategorie 2 „Arbeitsplatzkonflikt steht im Vordergrund“, wurde vergeben, wenn der Arbeitsplatzkonflikt wesentlichen, jedoch nicht ausschließlichen Anteil an der Genese der Störung zu haben schien. Ankerbeispiel: Es bestand ein Konflikt mit dem Vorgesetzten, der den Patienten stark belastete. Trotz seit längerem bestehenden psychosozialen Belastungen (Spannungen in der Partnerschaft, 3 Kinder, von denen 2 in der Pubertät sind und mit den Eltern Autonomiekonflikte austragen) sind die psychischen Beschwerden erst mit dem Arbeitsplatzkonflikt aufgetreten: Er leidet unter Schlafstörungen, Grübelneigung und Erschöpfungsgefühl. Nachdem der Patient Schritte für einen Arbeitsplatzwechsel eingeleitet hat, verbessern sich die Symptome. Kodierregel: es müssen sowohl arbeitsbezogene als auch private Belastungsfaktoren genannt werden. Die psychischen Beschwerden müssen in zeitlichem Zusammenhang mit einem Arbeitsplatzproblem stehen.

Kategorie 3 „Arbeitsplatzkonflikt ist Teil der psychosozialen Belastung“ wurde vergeben, wenn im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells durch eine Häufung an negativen Ereignissen die Kompensationsfähigkeit des Einzelnen überfordert schien. Ankerbeispiel: eine 50-jährige Angestellte beschreibt an psychosozialen Belastungen die Trennung vom Partner, damit verbunden wirtschaftliche Belastungen und sozialen Rückzug vom Freundeskreis. Hinzu käme die zunehmende Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern. Umstrukturierungen am Arbeitsplatz führten zu einem erhöhten Arbeitsvolumen, unter anderem durch neue Aufgabenbereiche, in denen sie sich noch unsicher fühle. Obwohl das Klima am Arbeitsplatz prinzipiell gut sei, fühle sie sich ständig erschöpft, habe den Eindruck immer hinterherzuhinken und wenig effektiv arbeiten zu können. Es gelinge ihr abends kaum einzuschlafen, da ihre Gedanken von einem Problem zum nächsten wanderten, obwohl sie todmüde sei. Kodierregeln: Es müssen sowohl arbeitsbezogene als auch ein oder mehrere private Problembereiche definiert sein; es darf kein direkter Zusammenhang zwischen dem Auftreten des arbeitsbezogenen Problems und den geklagten psychischen Beschwerden bestehen.

Die *Kategorie 4 „kein Arbeitsplatzkonflikt“* wurde vergeben, wenn der Betreffende deutliche psychische Belastungen schilderte, der Arbeitsplatz jedoch als neutral oder stabilisierend beschrieben wurde. Ankerbeispiel: 50-jähriger leitender Angestellter berichtet somatoforme Beschwerden, Schlafstörungen, Tinnitus und depressive

Stimmung seit die Partnerin an einem Rezidiv eines Malignoms erkrankt ist, kurz nach dem Tod zweier weiterer naher Angehöriger. Während der ambulanten Chemotherapie war eine zeitweise Reduktion der Arbeitszeit möglich, um die Partnerin besser unterstützen zu können. Der Patient beschreibt den Arbeitsplatz als Rückzug in die Normalität, ein Platz, an dem er seine gewohnte Rolle spielen könne, auch wenn es ihn aktuell mehr Energie als früher kostete. Kodierregeln: Auch auf Nachfrage wurden keine arbeitsbezogenen Belastungen beschrieben.

Inanspruchnahmeverhalten

Anamnestiche Vorkontakte zum psychotherapeutischen Versorgungssystem sowie Inanspruchnahmeverhalten wurden im Rahmen der Intervention mittels strukturierter, offener Fragen erhoben. Im vorliegenden Kontext bedeutete das eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Psychologen, Ärzte und/oder nervenärztlich-psychiatrische Versorgung mit einem pharmakotherapeutischen Behandlungsschwerpunkt. Im teilstationären und stationären Versorgungsangebot beinhaltet der Begriff Psych*System sowohl psychosomatisch-psychotherapeutische als auch psychiatrische Behandlung.

Empfehlungen für das weitere Vorgehen wurden erhoben.

2.3. Gütekriterien

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den von Mayring 2002 (in Lamnek 2010, S. 131f) beschriebenen sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung: 1. Verfahrensdokumentation, 2. argumentative Interpretationsabsicherung (consensual agreement zwischen ER und PB), 3. Regelgeleitetheit (siehe Strukturdimension „Arbeitsplatzbezug der psychosomatischen Beschwerden“), 4. Nähe zum Gegenstand und 5. kommunikative Validierung, das als umstrittenes Gütekriterium gilt; es sieht vor, die Befragten mit den Interpretationen zu konfrontieren, um aus diesem Dialog wichtige Argumente für die Relevanz der Daten zu gewinnen. Da in der vorliegenden Arbeit indirekt über die schriftliche Dokumentation geforscht wurde, wurde dieses Kriterium nicht erfüllt. 6. Triangulation, auf Ebene der Forscher durch Einbezug von HG bei Diskussionen, in denen durch zwei Rater kein consensual agreement hergestellt werden konnte.

Das positive Votum der Ethikkommission der Universität Ulm lag vor.

2.4. Statistik

Die quantitative Auswertung der Ergebnisse erfolgte deskriptiv unterstützt durch SPSS, Version 20, die Darstellung in Form von Häufigkeitsangaben. Ein Gruppenvergleich erfolgte pro Betrieb zwischen der Grundgesamtheit und der Gruppe der Nutzer der Sprechstunde bezüglich Alter (T-Test) und Geschlecht (χ^2 -Test). Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert < 0.05 festgelegt.

3. Ergebnisse

3.1. Soziodemographische Daten

Die Nutzer der PSIB wurden mit soziodemographischen Kennzeichen der Grundgesamtheit im Betrieb: Alter (Einstichproben-T-Test) und Geschlecht (Chi-Quadrat-Einzeltest) verglichen. Bezüglich Geschlecht ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Nutzern der Sprechstunde und der Grundgesamtheit bei einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$. Ebenso verhielt es sich mit dem Alter in Betrieb A: Die Nutzer der PSIB entsprachen dem Altersdurchschnitt der Grundgesamtheit des Betriebes. In Betrieb B waren die Nutzer der PSIB ($n = 44$) im Schnitt etwas älter (49 Jahre, SD 9.3) als die Grundgesamtheit (45.8 Jahre, SD 8.9). Die soziodemographischen Daten der Stichprobe sind in Tabelle 2 aufgeführt.

3.2. Psychische Symptome und Erkrankung

Für jeden Patienten ($n = 67$) wurde die Vergabe einer ICD-10-Diagnose geprüft. Am häufigsten waren unipolare depressive Störungen (F32.x, F33.x) mit 31 % der Fälle, es folgten Anpassungsstörungen (F43.x) mit 24 % und somatoforme und Angststörungen (F45.x, F40.x, F41.x) mit 11 %. Suchterkrankungen (F10.1/2) spielten bei knapp 5 % der Betroffenen eine Rolle. In einer Restkategorie zusammengefasst wur-

Tabelle 2: Soziodemographische Daten der Nutzer der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB)

	Betrieb A	Betrieb B
Anzahl (n)	23	44
Alter in Jahren (MW, SD)	43 (7.8)	49 (9.3)
Geschlecht (Männer in %)	82 %	70 %
Schichtarbeit	52 %	–
Schulabschluss		
Haupt- oder Volksschule	52 %	9 %
Realschule	30 %	14 %
Gymnasium	17 %	77 %
derzeitige Tätigkeit		
Ungelernter Arbeiter	4 %	5 %
Gelernter Arbeiter/Facharbeiter	57 %	2 %
Angestellter mit einfacher Tätigkeit	0 %	14 %
Angestellter mit qualifizierter Tätigkeit	35 %	11 %
Angestellter mit hochqualifizierter Tätigkeit	4 %	43 %
Angestellter mit Führungsaufgaben	0 %	25 %

den Schlafstörungen, Tinnitus und Essstörungen. Keine Diagnose nach ICD-10 erhielten 7.5 % der Betroffenen.

Die Symptomdauer ($n = 67$) reichte in Betrieb A von unter einem Monat und in Betrieb B von zwei Monaten bis in beiden Gruppen über fünf Jahre. Der Median in Gruppe A (4 Monate) unterschied sich signifikant vom dem der Gruppe B (7 Monate) ($p < 0.05$).

3.3. Arbeitsplatzbezug der psychosomatischen Beschwerden

Die Häufigkeiten der extrahierten Kategorien sind in Tabelle 3 dargestellt. Bei rund 80 % ($n = 52$) der Patienten wurden arbeitsbezogene Ursachen für die Störung festgestellt. Von einer ausschließlich arbeitsbezogenen Genese (Kategorie 1, s. Tabelle 3) konnte man bei 30 % ausgehen. Bei weiteren 10 % spielten arbeitsplatzbezogene Probleme in der Genese der psychischen Beschwerden eine wichtige Rolle (Kategorie 2). Bei rund der Hälfte der Gruppe, bei der arbeitsbezogene Störungen relevant wurden, waren diese nicht ausschlaggebend, sondern wurden als Teil der allgemeinen psychosozialen Belastung gewertet (Kategorie 3).

Tabelle 3: Arbeitsplatzbezug der psychosomatischen Beschwerden

Kategorie	Häufigkeit in % ($n = 67$)
Kategorie 1: „reiner Arbeitsplatzkonflikt“	30 %
Kategorie 2: „Arbeitsplatzkonflikt steht im Vordergrund“	10 %
Kategorie 3: „Arbeitsplatzkonflikt ist Teil der psychosozialen Belastung“	38 %
Kategorie 4: „kein Arbeitsplatzkonflikt“	22 %

3.4. Inanspruchnahmeverhalten

Der Ort der Konsultation war in Betrieb B zu 100 % betriebsintern. In Betrieb B nutzen 82 % der Patienten die Möglichkeit, betriebsintern zur PSIB zu gehen. 18 % stellten sich in externen Räumen vor.

Rund 75 % der Nutzer der PSIB hatten bis zum Erhebungszeitpunkt keinen Kontakt zu psychosomatisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen. Rund 20 % dieser Nutzer berichteten, dass sie sich trotz bereits früher in der Lebensgeschichte bestehender psychischer Beschwerden bislang gegen die Inanspruchnahme eines psychotherapeutischen Angebotes entschieden hätten. Einzelne Angaben hierzu waren: „Ich dachte nicht, dass mir das helfen würde“; „Ich habe doch körperliche Beschwerden, was sollte ich da bei den Psychos“; „Mein Hausarzt hat mir schon dazu geraten, aber beim Therapeuten war immer nur der Anrufbeantworter dran.“ 7.5 % der Nutzer der PSIB hatten wegen psychischer Beschwerden Hilfe im Medizin- und/oder Beratungssystem gesucht, jedoch keine für sie passende oder für die Störung angemessene Unterstützung erhalten. 16 % waren bereits mit dem System in Kontakt gekommen und adäquat versorgt worden.

Empfehlungen nach Konsultation der PSIB (Mehrfachnennungen)

47 Patienten (70 %) wurde nicht-stationäre Psychotherapie empfohlen: davon 16 Patienten (24 %) ausschließlich eine ambulante Richtlinienpsychotherapie von mindestens 25 Sitzungen, zehn Patienten (15 %) eine Kurzzeitpsychotherapie im Rahmen der PSIB mit anschließender ambulanter Psychotherapie. Bei 21 Patienten (30 %) erschien eine Kurzzeitpsychotherapie ausreichend. Stationäre Therapie wurde zehn Patienten (15 %) empfohlen. Acht Mal (12 %) wurde außerdem das Aufsuchen einer Beratungsstelle (Adipositasambulanz, Paar- und Familienberatungsstelle, Tinnitus-Sprechstunde, Suchtberatungsstelle) empfohlen. Für zehn Patienten (15 %) war die PSIB mit einer bis vier Stunden ausreichend, sie erhielten keine weitere Empfehlung.

4. Diskussion

Die Auswertung der ersten Konsultationen (n = 67) aus zwei Betrieben zeigt eine Inanspruchnahme des Angebotes zu 75 % durch Männer. Der hohe Männeranteil spricht für die Niedrigschwelligkeit des Angebotes. Er repräsentiert – vergleichbar mit bisher beschriebenen Modellen (Hölzer 2012) – das Geschlechterverhältnis unter den Beschäftigten. Denn obwohl beide Geschlechter mit jeweils rund 30 % gleich häufig an psychischen Erkrankungen leiden, nehmen Männer nur halb so oft wie Frauen fachliche Versorgung in Anspruch (Larisch et al. 2013), außer sie werden im Rahmen eines speziellen Modells angesprochen (Schäfer et al. 2008). Die Wahl des Konsultationsortes mit 100 % beziehungsweise 82 % im Betrieb zeigt, dass bei Zusage der Vertraulichkeit eine PSIB direkt im Betrieb hohe Akzeptanz bei den Betroffenen genießt. Ein weiteres Argument für den Setting-Ansatz ist, dass mit der PSIB 75 % „Erstnutzer“ des Psych*-Versorgungssystems erreicht wurden (vgl. Burnus et al. 2012), im Vergleich zu knapp 50 % in der regionalen Regelversorgung (unveröffentlichte Daten Hochschulambulanz Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, Erhebungszeitraum 01–12/2011, n = 679). Mayer (2010) und Hölzer (2012) beschreiben, dass durch die unmittelbare und kontinuierliche fallbezogene Zusammenarbeit von Betriebsmedizinern und Psychosomatikern das interdisziplinäre Verständnis steigt, was wir auf dem Boden unserer Erfahrungen bestätigen können. Rund 50 % der Nutzer der Sprechstunde wurde über die PSIB hinaus eine ambulante oder stationäre Psychotherapie empfohlen, was den Zahlen in vergleichbaren Modellen entspricht (Hölzer 2012).

Im Diagnosespektrum stehen die unipolaren depressiven Störungen im Vordergrund (F32.x, F33.x). Es folgten Anpassungsstörungen (F43.x) mit 24 % und somatoforme und Angststörungen (F45.x, F40.x, F41.x) mit 11 %. Dies kontrastiert zu den Prävalenzdaten der Studie zur „Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit“ (DEGS-MH, Wittchen u. Jacobi 2012), die für Männer Substanzstörungen an erster Stelle nennen. In der PSIB spielt die Diagnose Substanzstörung mit einer Vergabehäufigkeit von knapp 5 % eine nachrangige

Rolle, was daran liegen mag, dass durch spezialisierte Angebote in beiden Betrieben andere Versorgungswege etabliert sind.

Die durchschnittliche Symptombdauer der aktuellen Beschwerden beim Aufsuchen der PSIB betrug sechs Monate. Das ist kurz im Gegensatz zur Datenlage, die von einer Latenz zwischen Auftreten psychosomatischer Beschwerden bis zum Kontakt zu einer adäquaten Behandlungseinrichtung von etwa sieben Jahren ausgeht (Kruse u. Herzog 2012). Da die Dauer der Nicht-Behandlung einen negativen Einfluss auf den Erkrankungsverlauf hat (Dell'Osso et al. 2013), kann man eine Intervention zu einem frühen Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf als vielversprechende Maßnahme gegen eine Chronifizierung ansehen.

Bei 80 % der Betroffenen ($n = 67$) waren berufliche Faktoren ursächlich, begleitend oder als Folge psychischer Belastung relevant. Bei nur 40 % aller Patienten wurden arbeitsplatzbezogene Themen als hauptsächlicher Problembereich für die Entwicklung der psychischen Beschwerden eingestuft. Hier hatten wir eine deutlichere Selektion durch das Setting erwartet: Einerseits wegen der aktuellen Popularität des Begriffes Burnout, andererseits wegen des im Begriff Burnout enthaltenen ätiologischen Konzepts. Letzteres beinhaltet speziell den Arbeitsplatzbezug als Mitverursacher psychischer Beschwerden, die in eine Depression oder andere psychosomatische Störungen münden können (Söllner 2012). Dieser Arbeitsplatzbezug wird nicht als ICD-10-Diagnose, sondern in der Restkategorie „Z73, Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ subsummiert (Kaschka et al. 2011). Aus diesem Grund fehlt eine konsentrierte Definition; die aktuellen Diagnosesysteme tragen dem bio-psycho-sozialen Paradigma wenig Rechnung. Die Symptomcluster des Burnout-Syndroms (Kaschka et al. 2011) überlappen zum Beispiel in den Kategorien Erschöpfung, reduziertes Engagement oder Verflachung des emotionalen, sozialen und geistigen Lebens mit zum Beispiel der Diagnose „Depressive Störung“ der ICD-10. Insgesamt erscheint uns der Begriff Burnout hilfreich, indem er die Anerkennung von arbeitsbedingten Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen ermöglicht. Das führt zu einer Verminderung von Schuldgefühlen und fördert die soziale Anerkennung.

Clark et al. (2012) konnten zeigen, dass die psychische Gesundheit der Betroffenen durch arbeitsbezogene Interventionen verbessert werden konnte, auch wenn private Belastungen weiter bestanden. Dies ist ein Argument dafür, Burnout im Einklang mit der psychiatrischen Position (Berger et al. 2012) als Zusatzdiagnose zu vergeben. Für eine effiziente Behandlungsplanung (Söllner 2012) plädieren wir darüber hinaus für eine differenzierte Abstufung, die sich an den hier vorgestellten Kategorien orientieren sollte.

Zentrale Stärke der Arbeit ist, dass durch die qualitative Methodik bei der Auswertung der patientenbezogenen Dokumentation eine sorgfältigere Analyse des Themas „Arbeitsplatzbezug der psychosomatischen Beschwerden“ möglich wird. Das Ergebnis relativiert eine vorrangig oder gar ausschließlich arbeitsbezogene Perspektive seelischer Erkrankungen. Einschränkungen unserer Studie ergeben sich durch die Besetzung der Durchführenden und Forschenden durch dieselben Personen (ER, PB). Darüber hinaus stellt die geringe Größe der Stichprobe und die Beschränkung

auf zwei Unternehmen eine Einschränkung im Hinblick auf die quantifizierende Analyse der Beratungsanlässe und die Übertragbarkeit der Ergebnisse dar. Dies gilt umso mehr, als wir auf die Erfassung der ICD-10-Diagnosen mittels eines strukturierten Interviews verzichtet haben, um gerade in der sensiblen Anlaufphase des Angebotes PSIB das Beratungsangebot so klinisch wie möglich zu gestalten. Von einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse kann nicht ausgegangen werden. Die Befunde liefern jedoch erste Anhalte für die Planung und Weiterentwicklung klinischer Angebote und deren wissenschaftlicher Begleitung.⁸

Literatur

- Berger, M., Linden, M., Voderholzer, U., Hillert, A., Schramm, E., Maier, W. (2012): Burnout – Risikokonstellation oder bereits Krankheit? Positionspapier der DGPPN. DGPPN Hauptstadtsymposium, S. 1–34. Berlin.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Projektleitung) (2013): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (PsyGA). Good practice. Praxisbeispiele aus Unternehmen. Retrieved from <http://psyga.info/ihre-schritte/good-practice/Zugriff> 15.08.2013
- Burnus, M., Benner, V., Kirchner, D., Drabik, A., Stock, S. (2012): Comparison of two access portals of an employee assistance program at an insurance corporation targeted to reduce stress levels of employees. *Versicherungsmedizin* 64, 17–22.
- Clark, C., Pike, C., McManus, S., Harris, J., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Meltzer, H., Weich, S., Stansfeld, S. (2012): The contribution of work and non-work stressors to common mental disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med* 42, 829–842.
- Dell’Osso, B., Glick, I. D., Baldwin, D. S., Altamura, A. C. (2013): Can long-term outcomes be improved by shortening the duration of untreated illness in psychiatric disorders? A conceptual framework. *Psychopathology* 46, 14–21.
- Doering, S. (2009): Behandlungsvorbereitung in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 55, 27–36.
- Grobe, T., Dörning, H. (2011): Gesundheitsreport 2011. Veröffentlichungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse – Band 26. Hamburg.
- Hölzer, M. (2012): Psychische Gesundheit im Betrieb. *Psychotherapie im Dialog* 13, 52–55.
- Kaschka, W. P., Korczak, D., Broich, K. (2011): Burnout – a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 108, 781–787.
- Kruse, J., Herzog, W. (2012): Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz – Zwischenbericht 2012, S. 1–86. Berlin.
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Larisch, A., Heuft, G., Engbrink, S., Brähler, E., Herzog, W. (2013): Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 59, 153–169.
- Limm, H., Gündel, H., Heinmüller, M., Marten-Mittag, B., Nater, U. M., Siegrist, J., Angerer, P. (2011): Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 68, 126–133.

⁸ Danksagung: Besonders danken möchten wir E. Rottler für die statistische Beratung.

- Lohmann-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Mayer, D., Schmidt, H., Hölzer, M. (2010): „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 45, 593–597.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. 11. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- O'Connor, E., Whitlock, E., Gaynes, B., Beil, T. (2009): Screening for depression in adults and older adults in primary care: An updated systematic review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36403/>
- Preiser, C., Rieger, M. A. (2012): Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Erfahrungen, Chancen, Grenzen. Transferierbarkeit in kleine und mittlere Unternehmen. Dokumentation zur 52. Jahrestagung der DGAUM, S. 423–426. Göttingen: Eigenverlag.
- Rothermund, E., Kilian, R., Hölzer, M., Mayer, D., Mauss, D., Krüger, M., Rieger M. A., Gündel, H. (2012): „Psychosomatic consultation in the workplace“ – a new model of care at the interface of company-supported mental health care and consultation-liaison psychosomatics: design of a mixed methods implementation study. *BMC Public Health* 12, 780–787.
- Schäfer, A., Nehring, C., Subic-Wrana, C., Michal, M., Beutel, M. (2008): Konsiliar-Liaisondienst und Ambulanz einer Psychosomatischen Universitätsklinik: Patientenzuweisung, Anlass der Vorstellung, Empfehlungen. *Z Psychosom Med Psychother* 46, 150–63.
- Söllner, W. (2012): Burnout und Depression. *Psychologische Medizin* 23, 9–10.
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund (2010): Rentenversicherung in Zeitreihen 2010–3. Rentenzugang nach ausgewählten Diagnosegruppen, S. 45–127. Berlin. Retrieved from <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de>
- Stöbel-Richter, Y., Daig, I., Brähler, E., Zenger, M. (2013): Prävalenz von psychischer und physischer Erschöpfung in der deutschen Bevölkerung und deren Zusammenhang mit weiteren psychischen und somatischen Beschwerden. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63, 109–114.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? DEGS1 und DEGS1-MH (Mental Health). DEGS Symposium 14.06.2012. Robert Koch-Institut. Berlin.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Eva Rothermund, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, D-89081 Ulm, E-Mail: eva.rothermund@uni-ulm.de