

## **Präventionskonzept „Betriebliche Netzwerke“**

### **10 Netzwerke und Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. Chancen und Grenzen eines innovativen Versorgungsmodells**

Eva Rothermund

Psychische und psychosomatische Erkrankungen<sup>2,3</sup> treten mit einer Häufigkeit von um die 15 % bei Erwerbstätigen auf (OECD, 2014). Sie verursachen für die Betroffenen persönliches Leid und erhöhen das Risiko für Arbeitslosigkeit (ROSSOM et al., 2016) und Frühberentung (SELL et al., 2009).

Durch psychische Erkrankungen entstehen gesamtgesellschaftlich direkte und indirekte Kosten in Höhe von rund 3,5 % des Bruttosozialproduktes in Deutschland (OECD, 2015). Obwohl unbehandelte psychische Erkrankungen mit zunehmender Chronifizierung eine ungünstige Prognose zeigen (COSCI & FAVA, 2013), sind in Deutschland nur ein Drittel aller Betroffenen in Kontakt mit einer adäquaten Behandlungseinrichtung. Besonders Männer nehmen trotz Bedarf seltener allgemeinärztliche und fachpsychotherapeutische Leistungen in Anspruch (MACK et al., 2014). Scham und geringes Wissen über die Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen sind vermutlich entscheidende Faktoren (RÜSCH et al., 2014), die das Inanspruchnahmeverhalten behindern. Gelangen Betroffene nach im Schnitt 6-7 Jahren endlich in Behandlung brechen immerhin noch 20 % eine Psychotherapie ab, bei medikamentöser Behandlung sind dies sogar 30-50 % (SWIFT et al., 2017). Der Bedarf diese Versorgungslücke mit niedrighschwelligem Frühinterventionsangeboten im Arbeitskontext zu adressieren wird gefordert und propagiert (OECD, 2015). Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke (WEGE & ANGERER, 2013) werden vereinzelt bereits im Sinne einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb beschrieben (BODE et al., 2016; ROTHERMUND et al., 2014). Im Kern handelt es sich dabei um interdisziplinäre, integrierte Versorgungskonstrukte, die an Konsiliarmodelle oder „collaborative chronic care modells“ im anglo-amerikanischen Raum erinnern. Charakteristisch ist ein sehr enger Bezug zum Arbeitsplatz, durch Finanzierung, Initiierung und/oder räumliche Nähe. Ein zentrales Merkmal ist, dass zur betrieblich-medizinischen Primärversorgung durch den Betriebsarzt ein externer Experte für Fachpsychotherapie, in der Regel ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut, das Angebot durchführt, sowie die enge Verzahnung in die bestehende Versorgungslandschaft. Trotz zunehmender Beschreibung derartiger Modelle fehlen aussagekräftige Studien zu Erreichbarkeit, Inanspruchnahme und Wirksamkeit unter Routinebedingungen.

Aus diesem Grund untersuchten wir im Rahmen einer drittmittelgeförderten <sup>4</sup>Studie

<sup>2</sup> im Folgenden der Übersichtlichkeit halber psychische Erkrankungen genannt

<sup>3</sup> im Sinne von „common mental disorders“ in Abgrenzung zu „severe mental disorders“ werden in der Regel überwiegend Depression ohne psychotische Symptome, Angsterkrankungen, somatoforme Störungen und Anpassungsstörungen eingeordnet

<sup>4</sup> Nachwuchsakademie des Netzwerks 'Versorgungsforschung Baden-Württemberg', gefördert vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

das innovative Versorgungsmodell „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“. Die Ergebnisse der querschnittlichen Untersuchung finden sich ausführlich in der Publikation „Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial“ (ROTHERMUND et al., 2017). 3 Betriebe aus zwei Branchen, Metallverarbeitung und Sicherheitstechnik sowie zwei Ambulanzen von Kliniken, die das Modell in umliegenden Betrieben etablierten nahmen an der Studie teil. Konsekutiv wurden insgesamt 367 Patienten rekrutiert. Davon  $n=174$  in der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSIB) und  $n=193$  in der jeweiligen regionalen Regelversorgung (RV). Das Durchschnittsalter insgesamt lag bei 43 (SA 11) Jahren in der Sprechstunde im Betrieb bei 45 (SA 10) Jahren, in der ortsüblichen Regelversorgung mit 40 (SA 12) Jahren signifikant niedriger ( $p < 0,001$ ). Im Betrieb nahmen 70 % Männer teil, in der Regelversorgung 34 %.

Die Symptombdauer war im Betrieb mit im Mittel 38 Monaten (Spannweite 0-65) zwar kürzer als 51 Monate (Spannweite 0-73) in der Regelversorgung, aufgrund der starken Streuung waren die Unterschiede jedoch nicht signifikant. Hingegen suchten im Betrieb 70 % „Erstnutzer“ das Angebot auf, in der Regelversorgung waren dies nur 47 %. Mit „Erstnutzer“ sind hier Menschen bezeichnet, die bislang noch keinen Kontakt mit psychologischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Angeboten hatten. Mittels latenter Profilanalyse identifizierten wir vier unterschiedliche Nutzergruppen. Innerhalb einer Gruppe bestanden zwischen den einzelnen Personen starke Ähnlichkeiten bezüglich ihres Profils. Das Profil wurde durch die Kriterien Arbeitsfähigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychische Erkrankung und arbeitsbezogene Stressoren erstellt. An unterschiedlichen Profilen fanden wir eine „Risikogruppe“, zwei mittelgradig belastete Gruppen, die mit großer Wahrscheinlichkeit bereits klinisch relevant eingeschränkt waren und eine „schwer belastete/ranke Gruppe“. Die Risikogruppe suchte überwiegend im Betrieb medizinische Hilfe, die Gruppe der schwer Erkrankten vor allem in der Regelversorgung.

Basierend auf dem Ergebnis, dass im betrieblichen Kontext Patienten früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden können, sich also hinsichtlich unterschiedlicher Belastungsfaktoren deutlich von den Nutzern in der herkömmlichen Versorgung unterscheiden, wurde in einem weiteren Schritt untersucht, wie die Intervention, die in beiden Settings nicht unterschiedlich konzeptualisiert war wirkte.

Im Zeitraum zwischen „vor der Intervention“ (T1) und „12 Wochen nach erstem Kontakt“ (T2) beobachteten wir, dass sich beide Gruppen signifikant bezüglich der Arbeitsfähigkeit besserten. Die Gruppen zeigten zu T1 bereits signifikante Unterschiede in der Ausprägung von Einschränkungen und Beschwerden und zeigten im Verlauf keine Gruppenunterschiede. Daraus schlussfolgern wir, dass das Angebot im Betrieb so wirksam ist wie unter ursprünglichen Bedingungen, sogar für weniger stark beeinträchtigte Nutzer. Bemerkenswert ist, dass, wie weiter oben beschrieben, Beschäftigte früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden können. Die Ergebnisse der kontrollierten Beobachtungsstudie sind ausführlich dargestellt in der Publikation „Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial“ (ROTHERMUND et al., 2016).

Interventionen, die sowohl auf das persönliche Wohlbefinden von Mitarbeitern zielen, als auch auf eine verbesserte Leistungsfähigkeit sind dann besonders wirksam, wenn sie mehrere Ebenen in einem Unternehmen adressieren (MONTANO et al.,

2014). Damit sind die Ebenen Individuum, Gruppen und Teams, Führungskräfte und die gesamte Organisation gemeint. Die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in dem von uns untersuchten Modell zielt vor allem auf das Individuum. Etabliert und implementiert wurden diese Modelle jedoch nicht isoliert: vielmehr zeigt sich, dass eine Maßnahme wie die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in der Regel ein Baustein eines funktionierenden betrieblichen Gesundheitsmanagements ist, dieses vervollständigt und mit einiger Wahrscheinlichkeit ohne die Maßnahmen auf der Teamebene (z. B. Gesundheitszirkel, Gesundheitstage), der Führungskräfte (z. B. Gesund führen) und der Gesamtorganisation (Entscheidung für Maßnahmen, top down) weder Erfolg, noch Verstetigung erfahren würden. Zentral ist dabei die enge Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten (HENDERSON et al., 2011; VAN DER FELTZ-CORNELIS et al., 2010). Weitere Ergebnisse in Bezug auf Umsetzung der Behandlungsempfehlungen, Kosten-Nutzen-Analyse sowie qualitativer Analyse der Zusammenhänge des Konzepts sind in Vorbereitung.

## Literatur

Bode, K.; Wunsch, E.-M.; Finger, F.; Kröger, C.: Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen : Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modell. Bode, K.; Wunsch, E.-M.; Finger, F.; Kröger, C.: Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen : Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2016, 66(6): 235–241

Cosci, F.; Fava, G.A.: Staging of mental disorders: systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2013, 82(1): 20–34. <http://doi.org/10.1159/000342243>

Henderson, M.; Harvey, S.B.; Overland, S.; Mykletun, A.; Hotopf, M.: Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2011, 104(5): 198–207. <http://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231>

Mack, S.; Jacobi, F.; Gerschler, A.; Strehle, J.; Höfler, M.; Busch, M.A.; Maske, U.E.; Hapke, U.; Seiffert, I.; Gaebel, W.; Ziesalek, J.; Maier, W.; Wittchen, H.-U.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs ? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2014, 23(3): 289–303. <http://doi.org/10.1002/mpr>

Montano, D.; Hoven, H.; Siegrist, J.: Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health* 2014, 14(1): 135. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-135>

OECD: Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing 2014. Retrieved from [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count\\_9789264208445-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en)

OECD: Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work, Paris: OECD Publishing 2015

Rossom, R.C.; Solberg, L.I.; Vazquez-Benitez, G.; Whitebird, R.R.; Crain, A.L.; Beck, A.; Unützer, J.: Predictors of Poor Response to Depression Treatment in Primary Care. *Psychiatric Services* 2016, 67(12): 1362–1367. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201400285>

Rothermund, E.; Bündel, H.; Kilian, R.; Hölzer, M.; Reiter, B.; Mauss, D.; Beschoner, P.: Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext - Konzept und erste Daten. [Treatment of psychosomatic disorders occurring in the vocational context – concept and first findings]. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie* 2014, 60: 177–189

Rothermund, E.; Bündel, H.; Rottler, E.; Hölzer, M.; Mayer, D.; Rieger, M.; Kilian, R.: Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health* 2016, 16(1): 891. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3567-y>

Rothermund, E.; Kilian, R.; Rottler, E.; Hölzer, M.; Mayer, D.; Rieger, M.A.; Bündel, H.: Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial. *PloS One* 2017, 12(1): e0169559. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0169559>

Rüsch, N.; Müller, M.; Ajdacic-Gross, V.; Rodgers, S.; Corrigan, P.W.; Rössler, W.: Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2014, 23(2): 177–87. <http://doi.org/10.1017/S204579601300036X>

Sell, L.; Bültmann, U.; Rugulies, R.; Villadsen, E.; Faber, A.; Søgaard, K.: Predicting long-term sickness absence and early retirement pension from self-reported work ability. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2009, 82(9): 1133–8. <http://doi.org/10.1007/s00420-009-0417-6>

Swift, J.K.; Greenberg, R.P.; Tompkins, K.A.; & Parkin, S.R.: Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 2017, 54(1): 47–57. <http://doi.org/10.1037/pst0000104>

van der Feltz-Cornelis, C.M.; Hoedeman, R.; de Jong, F.J.; Meeuwissen, J.A.; Drewes, H.W.; van der Laan, N.C.; Adèr, H.J.: Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2010, 6: 375–85. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2938286&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Wege, N.; Angerer, P.: Psychische Erkrankungen - Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie* 2013, 10(2): 71–81.