

5.4 Früherkennung und Frühintervention bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen von Beschäftigten

E. ROTHERMUND UND H. GÜNDEL

5.4.1 Einleitung

Der Bereich Früherkennung von psychischen Erkrankungen, gerade auch im Arbeitskontext, erfährt aktuell viel Aufmerksamkeit. Besonders allgemeine psychische Erkrankungen (common mental disorder, CMD) wie Angst oder Depression gewinnen aufgrund ihrer steigenden Prävalenz – aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass 20 % der Erwerbstätigen betroffen sind (OECD 2015) – enorm an gesundheitspolitischer Relevanz. Organisationen wie z. B. die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (englisch: Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD), aber auch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in Deutschland signalisieren einen breiten Konsens, dass „frühes Erkennen und Behandeln“ psychischer Symptome ein essentieller Ansatzpunkt für die Bewältigung dieser Herausforderung sein wird. Der Arbeitsplatz, an dem viele Menschen oft zwischen vier und acht, nicht selten auch mehr Stunden täglich verbringen, wird dabei naturgemäß als ein wichtiger Lebensbereich, an dem dies stattfinden kann und muss, wahrgenommen (OECD 2015, Hillert 2015).

Dass tatsächlich ein dringender Handlungsbedarf besteht, belegen folgende Zahlen: Psychische Erkrankungen waren in den vergangenen Jahren für eine steigende Anzahl von Arbeitsunfähigkeitszeiten verantwortlich (Bundespsychotherapeutenkammer 2015) und mit ca. 40 % häufigsten Ursache für Frühverrentung (Bundespsychotherapeutenkammer 2013). Sie verursachten 2010 in Deutschland Kosten in Höhe von 3,5 % des Bruttosozialproduktes (OECD 2015). Unternehmen haben auch daher die Bedeutung psychosozialer Stressoren und den Bedarf an niedrigschwelligen Beratungsangeboten in diesem Bereich erkannt (EU-OSHA 2015). Gerade Arbeits- und Betriebsmediziner werden überwiegend als für diesen Bereich zuständig wahrgenommen; eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit psychotherapeutisch versierten medizinischen oder psychologischen Vertretern steht erst am Beginn, wie die zweite

Europäische Unternehmensbefragung zu neuen und neu aufkommenden Risiken (ESENER-2) der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) illustriert (EU-OSHA 2015).

Es ist meistens schwer möglich, private und arbeitsplatzassoziierte Faktoren, die letztlich zur Manifestation einer psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz führen, zu trennen. Nach unserer klinischen Erfahrung sind in der Genese psychischer und psychosomatischer Erkrankungen private, d. h. eine Summe aus biographischen und aktuellen Belastungsfaktoren, häufig wichtiger als arbeitsplatzbezogene Faktoren. Nichtsdestoweniger gibt es klar definierte arbeitsplatzbezogene Stressmodelle (Angerer et al. 2014). Unabhängig von der Frage des genauen Anteils privater und arbeitsplatzbezogener Stressoren im Einzelfall gibt es neben einer entsprechenden wirtschaftsethischen Haltung weitere Gründe für Betriebe, sich im Bereich seelischer Gesundheit zu engagieren: CMD verursachen dem Unternehmen direkte Kosten. Ebenso wichtig sind indirekte Kosten, wie z. B. durch Präsentismus i. S. des Verhaltens von Mitarbeitern, trotz Erkrankung zur Arbeit zu gehen (Steinke u. Badura 2011). Für einen Prognosezeitraum bis 2025 wird zudem von einer demografisch bedingten Reduktion des Erwerbsspersonenpotenzials in Deutschland von ca. 3,6 Mio. Personen ausgegangen. Bei ansteigendem Bedarf an Arbeitskräften wird nachvollziehbar, dass ein Fachkräftemangel damit absehbar erscheint (Fuchs u. Zika 2010).

Daraus entsteht u. a. eine zusätzliche Motivation und Notwendigkeit, Mitarbeiter möglichst lange und gesund im Betrieb zu halten. Aus ökonomischer, politischer und praktischer Perspektive rückt damit der Arbeitsplatz als idealer sozialer Kontext für frühes Erkennen und Intervenieren bei psychischen Problemen in den Vordergrund (Weinberg u. Creed 2000, Leka u. Cox 2008, Leka et al. 2004).

5.4.2 Was bedeutet „früh“ an der Schnittstelle von arbeitsmedizinischer Versorgung und seelischer Gesundheit

Die möglichen frühen Kennzeichen seelischer Belastungen reichen von unspezifischen chronischen Stressbeschwerden und nicht-klinischen Konstrukten wie dem Burnout-Syndrom (Martin u. Fisher 2014) oder Mobbing, bis hin zur Symptomatologie allgemeiner psychischer Erkrankungen wie Depression, Angsterkrankungen oder Somatisierungsstörungen. Burnout und Mobbing sind dabei beide in der ICD-10 (International Classification of Disease, Version 10) lediglich als Diagnosezusätze im Sinne Erkrankung auslösender, aufrechterhaltender oder chronifizierender Faktoren aufgeführt.

An der Schnittstelle „psychische Erkrankungen im Arbeitskontext“ entsteht ein Austausch zwischen verschiedenen Sektoren und damit unterschiedlichen Kulturen. Eine Aufzählung der unterschiedlichen Perspektiven von „früh“ bezüglich „Früherkennung“ und „früher Intervention“ ist deshalb unumgänglich:

- „Früh“ im Sinne von **vor der Erkrankung** (Zielgruppe sind Gesunde), ist in der Regel nur bei den primärpräventiven Maßnahmen zu finden und steht nicht im Fokus des Kapitels. Es handelt sich hier entweder um verhältnispräventive Maß-

nahmen (Martin u. Fisher 2014) oder primärpräventive Interventionsformen wie Stresspräventionsseminare oder Seminare zum Thema „Gesund-Führen“ (Richardson u. Rothstein 2008, Gündel et al. 2015). Hintergrund für verhältnispräventive Maßnahmen sind Modelle und Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen psychosozialen Stressoren durch Arbeitsbedingungen und seelischen Erkrankungen (siehe Abschnitt Zielgruppe).

- „Früh“ kann bedeuten **„in einem frühen Stadium der Erkrankung“ im Sinne von subsyndromaler Ausprägung (Sekundärprävention)**. Zum Beispiel sind bei den Betroffenen bereits einige Symptome vorhanden, aber noch nicht die Anzahl, die die Vergabe der manifesten Diagnose rechtfertigt. Oder es werden zwar viele Symptome berichtet, diese sind aber jeweils nur gering ausgeprägt. Auch das kann bedeuten, dass der Betreffende noch keine Diagnose erhält und „nur“ von psychischen oder psychosomatischen Beschwerden gesprochen werden kann. Es kann aber auch bedeuten, dass in diesem Stadium bereits die Diagnose einer Anpassungsstörung mit z. B. depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.2) vergeben wird, die im Gegensatz zur depressiven Störung (ICD-10: F32.x) eine geringere Ausprägung von Symptomen besitzt. Teilweise, aber nicht regelhaft geht eine leichtere Ausprägung der Erkrankung mit einem frühen Stadium einher. Eine Schweregradeinteilung besteht in dem in Deutschland gängigen Diagnosekatalog ICD-10 jedoch nur für die Gruppe der unipolaren depressiven Störungen in leicht, mittel und schwer. Ansonsten werden die einzelnen Störungen je nach individueller Ausprägung oder aktueller Exazerbation mehr in Richtung leicht oder schwer eingeordnet; eine formale Einteilung bezüglich des Schweregrades ist im Diagnosesystem der ICD-10 jedoch nicht abgebildet.
- „Früh“ kann ebenso bedeuten, **„die Erkrankung dauert noch nicht lange an“**. Es wurde also eine Diagnose gestellt, die noch nicht lange besteht. Da für die Vergabe einer krankheitswertigen Diagnose z. B. bei der depressiven Störung mindestens zwei Wochen anhaltende Symptome bestehen müssen, für eine somatoforme Störung über jedoch mindestens sechs Monate, wird deutlich, dass bei kurzer Erkrankungsdauer ein Zeitraum von zwei Wochen bis zu sechs Monate gemeint sein kann.
- Im tertiärpräventiven Sinn kann „früh“ bedeuten, dass **„früh begonnen wird, manifesten Erkrankungsfolgen zu begegnen“** – in der Regel stehen hier Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oder intensiven Akutbehandlung mit nachfolgender beruflicher Wiedereingliederung (return to work).
- Oder es besteht die Gefahr eines **Rückfalls, dem früh begegnet, also vorgebeugt wird, oder auf Frühwarnzeichen eines Rückfalls** hin erfolgt eine intervenierende Reaktion.

Der Betriebsarzt übernimmt im Betrieb häufig mit einer primärärztlichen Rolle, ist also nah am Mitarbeiter und kann in die fachärztliche Behandlung vermitteln, je nach Kommunikationsmöglichkeiten besteht Potenzial, die ggf. notwendige psychotherapeutische o. ä. Behandlung, und ggf. auch den Übergang in die Wiedereingliederung

in den Arbeitsprozess mit zu gestalten. Er moderiert damit immer wieder die Schnittstelle zwischen primärärztlicher und fachspezifischer Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.

5.4.3 Zielgruppe – Eingrenzung, Erreichbarkeit und Barrieren

Trotz einer Vielzahl an Angeboten im Gesundheitssystem haben in Deutschland nur 1/3 aller durch seelische Erkrankungen Betroffenen Kontakt zu adäquaten Behandlungsangeboten (Wittchen u. Jacobi 2012, Jacobi et al. 2014). Besonders Männer nehmen trotz Bedarf seltener allgemeinärztliche und fachpsychotherapeutische Leistungen in Anspruch (Smith et al. 2013, Mack et al. 2014).

Die Angst vor Stigmatisierung scheint eine wichtige Barriere in diesem Zusammenhang zu sein (Brohan et al. 2012, Rüscher et al. 2005, Szeto u. Dobson 2010).

Der Arbeitsplatz rückt vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit und synergistischer Interessen damit als sozialer Kontext, um Betroffene früh und niedrigschwellig zu erreichen in den Mittelpunkt.

Eine Strategie, um kritische Belastungskonfigurationen im Sinne von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz zu identifizieren, ist die Anwendung theoretischer Arbeitsstressmodelle, die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischer Belastung herstellen (Angerer et al. 2014). Sie ermöglichen abzulesen, welche Bedingungsgefüge das Risiko an einer psychischen oder psychosomatischen Störung zu erkranken erhöhen. Bekannt ist beispielsweise das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek (2008). Es beinhaltet, dass bei einem Zuviel an Anforderung und gleichzeitig sehr niedriger Möglichkeit des Individuums, Kontrolle über den Arbeitsprozess zu haben, ein deutlich erhöhtes Risiko für seelische Erkrankungen entsteht. Ebenfalls verbreitet ist das Effort-Reward-Modell nach Siegrist (1996), das impliziert, dass ein dauerhaftes Ungleichgewicht zwischen Einsatz und Belohnung zur Ausbildung von Symptomen führt. „Organisationale Gerechtigkeit“ (Kivimäki et al. 2003) bzw. deren Fehlen hat sich als weiteres wichtiges Konzept in der Beschreibung von ungünstigen Arbeitsbedingungen etabliert (Nieuwenhuijsen et al. 2010, Bonde 2008).

Vom Individuum aus betrachtet haben sich aus klinischer Erfahrung folgende häufige Warnzeichen oder Risikofaktoren für beginnende psychische Erkrankung und drohende Arbeitsunfähigkeit herauskristallisiert: vermehrte muskuloskeletale Beschwerden, Depressivität, vermehrte psychosoziale Stressoren, Erschöpfung, Schlafschwierigkeiten, Tagesmüdigkeit, Antriebsschwierigkeiten und eine negative Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit (Kant et al. 2009, Taimela et al. 2007). Daraus lässt sich ableiten, dass Führungskräften und Betriebsärzten eine wichtige Rolle in der Früherkennung zukommt. Um dieses Potenzial zu nutzen, werden zunehmend Führungskräftebildungen (z. B. „Gesund Führen“) und die Fort- und Weiterbildung von Betriebsärzten in Psychosomatischer Grundversorgung angeboten.

Interaktionelle Schwierigkeiten werden immer häufiger als Hauptverursacher arbeitsbezogener Probleme benannt. Aus organisationaler Perspektive scheinen

eine Betriebsgröße > 100 Mitarbeiter sowie Konflikte mit dem Vorgesetzten maßgebliche Risikofaktoren für erhöhte AU-Zeiten zu sein (Clark et al. 2009, Arends et al. 2013).

5.4.4 Integrative Versorgungsleistungen zwischen Unternehmen und bestehendem Gesundheitssystem

Seit wenigen Jahren etablieren sich Kooperationsmodelle zwischen vor allem groß- und mittelständischen Betrieben und lokalen Anbietern für seelische Gesundheit, teils sogar mit Unterstützung von (Betriebs-)Krankenkassen. Es existieren aber auch lokale Kooperationen von psychosozialen Einrichtungen (z. B. Psychosomatischen Kliniken) und niedergelassenen Betriebsärzten, die ihrerseits dann die entsprechende Versorgung auch von Kleinbetrieben koordinieren und organisieren. Es handelt sich dabei in der Regel um Pilotprojekte und lokale Lösungen, im Sinne „betriebsnaher Versorgungsnetzwerke“ (Wege u. Angerer 2013). Dabei wird i. d. R. eine in der Regelversorgung bestehende fachpsychotherapeutische Gesundheitsleistung unter Vermittlung des Betriebsarztes als primären Ansprechpartner im Sinne eines betrieblichen „Hausarztmodells“ in bestehende betriebliche Strukturen integriert. Dazu ist im Unternehmen eine Haltung notwendig, die psychischen Erkrankungen gegenüber offen und interessiert ist.

Erste eigene Erfahrungen mit solchen Versorgungsmodellen zeigen, dass das Angebot einer „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) oft als ein Baustein eines bereits funktionierenden betrieblichen Gesundheitsmanagements entsteht und es i. d. R. Interessensvertreter in der Gesamtleitung, im Bereich Personalmanagement, Betriebsräte, Sozialdienst und Betriebsmedizin bedarf, um eine Implementierung im Betrieb erfolgreich zu gewährleisten (Rothermund et al., Publikation in Vorbereitung). Eine wichtige Rolle kommt dabei den Betriebsmedizinerinnen zu (Preiser et al. 2015), die vom einzelnen Mitarbeiter oft als erste konsultiert werden, oder auch aktiv ansprechen und zu einer entsprechenden weitergehenden Beratung motivieren. Oft wird das Angebot über die Mitnutzung betriebsärztlich aufgebauter Strukturen wie Räumlichkeiten, Terminvereinbarungen etc. praktisch umgesetzt. Ein neben der praktischen Niedrigschwelligkeit bestehender ideeller Wert dieses Vorgehens ist, dass damit ein bereits vertrauter Ansprechpartner, der Betriebsarzt signalisiert: „Das Angebot ist ok.“ Charakteristisch für diese Beratungsangebote ist eine niedrigschwellige Möglichkeit zum Erstkontakt. Dabei kann dann eine fundierte Diagnostik erfolgen, und bei fehlender Krankheitseinsicht der Versuch, spezifisch zu motivieren und zu informieren. Letzteres ist oft bereits der erste Therapiebaustein „Psychoedukation“ einer nicht selten indizierten Kurzzeit-Psychotherapie. Teilweise stehen nach den 1–2 Sitzungen dauernden beratenden Erstkontakt bereits kurzzeitpsychotherapeutische Angebote von bis zu zehn weiteren Sitzungen zur Verfügung (Wege u. Angerer 2013, Hölzer 2012). Bei entsprechender Indikation ist deshalb die Vermittlung des betroffenen Ratsuchenden/Patienten in das bestehende Versorgungssystem abschließende Aufgabe (Mayer et al. 2010, Hölzer 2012, Rothermund et al. 2014a, Preiser et al. 2014, Preiser u. Rieger 2012).

5.4.5 Spezielle Anforderungen an der Schnittstelle

Das Konzept betriebsnaher Versorgungsnetzwerke ist, durch die Nähe zum Arbeitsprozess (Henderson et al. 2011) rasche Hilfe für einfacher behandelbare, da noch nicht chronifizierte Beschwerden zu bieten, anstatt durch lange Wartezeiten einen Verunsicherungs- und Chronifizierungsprozess zu fördern. Dabei können positive Faktoren des Arbeitsumfeldes, wie z. B. Tagesstrukturierung, Sinn der Tätigkeit und naturgemäße soziale Kontakte, hilfreich sein, die bei Menschen, die bereits krankgeschrieben sind, nicht mehr wirksam werden können. Der medizinische bzw. psychosomatisch-psychotherapeutische Anspruch sollte dabei sein, bereits Erkrankte früher im Erkrankungsprozess zu erreichen und den Übergang in notwendige Behandlung zu verbessern (Preiser et al. 2015). Konsens besteht, dass ein früher Behandlungsbeginn in Bezug auf die Erkrankungsdauer, Prognose und Therapiedosis günstig ist (OECD 2015; Dell’Osso et al. 2013, Cosci u. Fava 2013). Gleichzeitig rückt der Arbeitsplatz als Lebensraum, an dem seelische Erkrankungen quasi berufsbegleitend früh erkannt und behandelt werden können, zunehmend in den Mittelpunkt des auch (sekundär-)präventiven Interesses. Erste Hinweise belegen, dass betroffene Mitarbeiter damit tatsächlich früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden, vor allem Personen, die sonst zwischen primärärztlicher und fachärztlicher Versorgung „verloren gehen“ (Burman-Roy et al. 2013, Rothermund et al. Publikation in Vorbereitung, Preiser et al. 2015).

Dazu untersuchten wir sowohl Nutzer von etablierten Angeboten, in denen ein Erstkontakt stattfinden kann, als auch von neu etablierten „Psychosomatischen Sprechstunden im Betrieb“ (s. a. oben). Die Nutzer wurden bezüglich wahrgenommener Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität, zu arbeitsbedingtem Stresserleben und zu klinischen Parametern befragt. Ebenso zu bisherigen Erfahrungen und Kontakt zum Gesundheitssystem in Bezug auf seelische Erkrankungen (Rothermund et al. Publikation in Vorbereitung).

Insgesamt wurden mit der Sprechstunde im Betrieb häufiger Menschen erreicht, die aufgrund seelischer Beschwerden bisher noch keinen Kontakt zum Gesundheitssystem gesucht hatten. Dass vor allem Männer weniger häufig Behandlung suchen, belegen Zahlen zur Inanspruchnahme von psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Angeboten, die einen Männeranteil von um die 30 % belegen (Mack et al. 2014, Smith et al. 2013). Mit dem niedrighwelligeren Angebot „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ wurden, entsprechend der demografischen Verteilung im jeweiligen Betrieb, jedoch ca. 70 % Männer erreicht.

Für das Gelingen eines solchen Sprechstunden-Angebotes ist der sorgfältige Umgang mit inner- und außerbetrieblich entstehenden Spannungsfeldern entscheidend: Die Nähe eines Sprechstundenangebotes zum Betrieb kann vom Mitarbeiter einerseits als umfassende Fürsorge des Betriebes für den einzelnen Mitarbeiter angesehen werden. Gleichzeitig kann dadurch aber auch Angst vor Daten- und Informationsweiterleitung, „Abhängigkeit“ vom Betrieb und „totaler Kontrolle“ durch den Arbeitgeber entstehen bzw. verstärkt werden. Gute innerbetriebliche Koordination und Ko-

operation, transparente Kommunikation und strikte Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht sind für die Akzeptanz einer Sprechstunde im Betrieb zentral. Ganz sicher kann es oft hilfreich sein, wenn Psychosomatiker bzw. Psychotherapeut, Betriebsmediziner und ggfs. noch andere Akteure im Betrieb einen „komplizierten Fall besprechen können und gemeinsam Lösungsvorschläge entwickeln“. Dieser Ansatz verkürzt nachgewiesenermaßen z. B. die Zeitspanne bis zur beruflichen Reintegration (Vlasveld et al. 2012). Der Ratsuchende muss seine Zustimmung (schriftlich) geben. So kann die PSIB eine sinnvolle klinische Erweiterung und Ergänzung bestehender Angebote wie z. B. Sozialdienst, Sozialberatung sein, kann diese jedoch nicht ersetzen.

Die Schnittstelle in die externe psychiatrisch-/psychotherapeutische Regelversorgung kann konstruktiv synergistisch genutzt werden i. S. einer raschen Übernahme von gut vorbereiteten Patienten durch niedergelassene Fachkollegen. Beachten sollte man, dass im Licht einer sehr positiven Wahrnehmung bzw. Begeisterung für das neue Angebot manchmal bestehende Angebote oder Strukturen ungerechtfertigt überkritisch beurteilt werden, z. B. *externe Angebote haben viel zu lange Wartezeiten oder werden als ineffizient* beschrieben im Kontrast zur PSIB, die u. U. als sehr effizient beschrieben oder als *reines Diagnosetool* eingeordnet, aber auch abgewertet wird (Rothermund et al. Publikation in Vorbereitung).

Insgesamt wird in der Praxis deutlich, dass durch das Aufeinandertreffen ganz unterschiedlicher Kulturen – ökonomisch-effizientes, ziel- und lösungsorientiertes Denken und Handeln auf Seiten des Unternehmens – oft präventiver Ansatz des Betriebsmediziners – und Sicht auf den Arbeitnehmer als „Patient“ von den externen psychosomatisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen Ärzten und Psychologen – kreative, synergistische Versorgungsmodelle entstehen können – dass das Spannungsfeld gleichzeitig aber auch viel Potenzial zum Scheitern birgt.

Die Beschreibung funktionierender PSIB-Modelle (Mayer et al. 2010, Wege et al. 2014, Rothermund et al. 2014b) lässt vermuten, dass ein sorgfältig abgestimmter und gut kommunizierter Rahmen bezüglich infrastruktureller und inhaltlicher Aspekte unter Beachtung und Einbeziehung der Rollen wichtigen „Player“ (Betriebsmediziner, externer Konsiliarius, Firmenkultur) geeignet ist die Spannung konstruktiv zu nutzen (Rothermund et al. 2012, Preiser u. Rieger 2012, Rothermund et al. Publikation in Vorbereitung).

Zum Beispiel wurde in einem Betrieb auf Initiative eines „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. Fallkonferenzen finden bei Bedarf nach Rücksprache statt.

In einem anderen Betrieb 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 Krisenintervention, Überbrückung bis zum Beginn einer weiterführenden Behandlung, oder als Kurzzeitintervention (Modell 2 + 10). 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 (Rothermund et al. 2014a).

Psychosoziale Stressoren werden zunehmend als Motoren psychischer Erkrankungen wahrgenommen (EU-OSHA 2015). Häufige Themen sind interpersonelle Konflikte mit Kollegen (Clark et al. 2009) und Vorgesetzten (Arends et al. 2013).

Unter der Vorgabe von Effizienz stellt sich auch im betrieblichen Rahmen die Frage, inwieweit eine Kostensenkung von entsprechenden Beratungsleistungen über die Nutzung von Telefon und Internet geschehen kann, wobei deutlich wird, dass zumindest einmalig ein persönlicher Kontakt notwendig erscheint (Wang et al. 2007, O'Connor et al. 2009).

5.4.6 Bewertung des Nutzens integrierter Modelle in der Früherkennung und -intervention

Der Erfolg dieser Bemühungen wird derzeit vor allem anhand von drei zentralen Konzepten bemessen: den Arbeitsunfähigkeitszeiten, anhand von klinischen Parametern wie Depressivitäts- oder Angstscores und anhand des Konstrukts Arbeitsfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeit, also Tage, an denen der Arbeitnehmer aufgrund von Erkrankung nicht am Arbeitsplatz erschien (Absentismus), sind ein unmissverständlich zu messendes und damit sehr klares Kriterium. Nicht beachtet wird dabei das Phänomen Präsentismus: Erkrankte, die trotz Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz erscheinen. Die Messung von Absentismus setzt voraus, dass Arbeitsunfähigkeit besteht oder bestand. Deshalb kann sie in Bezug auf Früherkennung vor allem durch eine frühe Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess untersucht werden. Oder ein frühes Erkennen von und Intervenieren bei Rückfällen. Integrierte psychosoziale/psychotherapeutische Angebote begünstigten kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten. Sie konnten zeigen, dass Beschäftigte tatsächlich früher wieder in den Arbeitsprozess einstiegen (Kant et al. 2008, Taimela et al. 2008a, 2008b, van der Feltz-Cornelis et al. 2010, Vlasveld et al. 2012). Eine niederländische Gruppe nahm die Zeit nach dem Wiedereingliederungsprozess in den Fokus. Menschen mit allgemeinen psychischen Erkrankungen haben auch nach erfolgreicher Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ein deutlich erhöhtes Risiko für eine erneute Erkrankungsepisode. Betriebsärzte wurden daher geschult, eine kognitive, problemlösende Intervention mit Beschäftigten, die wieder in den Arbeitsprozess zurückkehrten, durchzuführen. Ein wichtiges Element der Intervention war eine inhaltliche Rücksprache zwischen betroffenem Mitarbeiter und nächstem Vorgesetzten. Die Intervention musste innerhalb der ersten zwei Wochen nach erfolgter Wiedereingliederung beginnen. Aufgabe des

Betriebsarzt war, den Beschäftigten anzuleiten und zu unterstützen, die einzelnen Schritte der Problemlösung durchzuführen. Dafür wurden zwischen 2–5 Kontakte empfohlen. Es zeigte sich, dass dieses Vorgehen die Anzahl der Rückfälle verringerte und die rückfallfreie Zeit verlängerte (Arends et al. 2013).

Bezüglich klinischer Parameter wird für allgemeine psychische Erkrankungen vor allem Depressivität beobachtet. Da eine Verbesserung klinischer Parameter nicht automatisch mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einhergeht (Buist-Bouwman et al. 2004), wird häufig auch die Auswirkung des jeweiligen Angebotes auf das das Konstrukt „Arbeitsfähigkeit“ (Bertilsson 2013), z. B. gemessen mit dem work ability index (Tuomi et al. 1998), untersucht.

Bessere Ergebnisse durch ein integriertes Angebot mit früher Vermittlung in die Versorgung bei bereits Erkrankten wurden bereits beschrieben (Wang et al. 2007, Kaila et al. 2012). Ganz neu ist der Ansatz einer japanischen Gruppe: Imamura und Kollegen untersuchten prospektiv die Entwicklung von Depressivität nach Teilnahme an einer kognitiven Verhaltenstherapie für Depression über das Internet. Einer Gruppe von gesunden Mitarbeitern wurde randomisiert eine internetbasierte kognitive Therapie von sechs Sitzungen über sechs Wochen angeboten. Ein Jahr später waren in der Interventionsgruppe im Gegensatz zur (Warte-)Kontrollgruppe deutlich weniger Mitarbeiter an einer manifesten Depression erkrankt (Imamura et al. 2015).

5.4.7 Ausblick

Es ist deutlich geworden, dass ein Angebot der Früherkennung und Frühintervention unter realen Bedingungen im Betrieb derzeit eine sehr heterogene Zielgruppe betrifft, denen in unterschiedlichen Stadien „früh“ ein Angebot gemacht werden kann. Daraus lassen sich für die Praxis und weitere Forschung folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- Herausforderung für die Wissenschaft ist es, eine Balance zu finden zwischen ethischen, ökonomischen, klinischen und auch evidenzbasierten Aspekten – randomisierte Interventionsstudien scheitern häufig daran, dass die Interessensvertreter im Unternehmen aus ihrer Sicht verständlicherweise von Beginn an eine gleich gute Behandlung für alle Mitarbeiter wünschen. Wenn also ein neues Angebot z. B. einer PSIB eingeführt wird, gehört zur Bekanntmachung auch das Bewerben und die Kommunikation der Vorzüge und Chancen. Gleichzeitig aus rein wissenschaftlich-methodischen Gründen eine Kontrollbedingung als Angebot zu machen („um den Nutzen des neuen Angebotes zu testen, weisen wir sie per Zufall der neuen oder bereits bestehenden Behandlungsform zu“), ist nicht mit der Bewerbung eines neuen Angebotes und schwer mit organisationaler Gerechtigkeit zu vereinen. Verschiedene Interessensvertreter im Unternehmen, ohne deren Zustimmung eine Beforschung in Deutschland in der Regel nicht möglich ist, entscheiden sich aus diesen Gründen häufig gegen eine randomisierte kontrollierte Studie und für ein von Beginn an praktikables und sinnvolles neues Beratungs- bzw. Interventionsangebot für die gesamte Zielgruppe.

- Die Toolbox eines externen psychosomatisch-psychotherapeutischen Konsiliarius sollte die üblichen Instrumente wie Diagnostik, Indikation und ggf. Motivation sowie Krisenintervention enthalten. Darüber hinaus sollte der Blick bereits in der Erstgesprächsphase ressourcenorientiert auf das Thema Selbstwertregulation und -stabilisierung gehen; eine problemorientierte Vorbereitung wird auf das Thema Interaktionsschwierigkeiten bzw. Persönlichkeitsstil abzielen.
- Betriebsärzten kommt eine zentrale Rolle zu. Um eine Kultur im Betrieb zu schaffen, in der das Thema seelische Gesundheit wahrgenommen, jedoch nicht stigmatisiert wird, ist die gute Ausbildung in psychosomatischer Grundversorgung für Betriebsärzte zentral. Damit kann aus dem Unternehmen heraus das Ausmaß einer Kooperation mit externen Behandlern kompetent initiiert und gesteuert werden.

Literatur

- Angerer P, Gündel H, Siegrist K (2014). Stress: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Depression. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139 (24): 1315–1320. <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0034-1370112>
- Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U (2013). Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health* 32 (1): 67–74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048675> (Accessed September 23, 2013)
- Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U (2013). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine*: 21–29 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24158311> (Accessed November 26, 2013)
- Bertilsson M (2013). Work capacity and mental health – the phenomena and their importance in return to work. *Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg*. <http://hdl.handle.net/2077/33122>
- Bonde JPE (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and environmental medicine* 65 (7): 438–445
- Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley EA, Mike Slade M, Thornicroft G (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry* 12 (1): 11. <http://discovery.ucl.ac.uk/1346898/>
- Buist-Bouwman, MA, Ormel J, de Graaf R, Vollebergh WA (2004). Functioning after a major depressive episode: Complete or incomplete recovery? *Journal of Affective Disorders* 82 (3): 363–371
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung: 1–66

- Bundespsychotherapeutenkammer (2015). BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und Burnout. Veröffentlichung der Bundespsychotherapeutenkammer: 37
- Burman-Roy S, Butterworth M, Madan I, Henderson M, Harvey SB (2013). Which patients are seen by an occupational psychiatry service? *Occupational medicine* 63(7): 507–509. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23990507> (Accessed August 29, 2014)
- Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy* 47: 910–920
- Cosci F, Fava GA (2013). Staging of mental disorders: systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics* 82 (1): 20–34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23147126>
- Dell’Osso B, Glick ID, Baldwin DS, Altamura AC (2013). Can long-term outcomes be improved by shortening the duration of untreated illness in psychiatric disorders? A conceptual framework. *Psychopathology* 46 (1): 14–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22890286> (Accessed April 9, 2013)
- EU-OSHA (2015). Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2) Main findings, Bilbao, Spain. <http://osha.europa.eu>
- Van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ (2010). 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* 6: 375–385. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2938286&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Fuchs J, Zika G (2010). Arbeitsmarktbilanz bis 2025: Demografie gibt die Richtung vor. IAB-Kurzbericht. Aktuelle Analysen und Kommentare aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 12: 1–8
- Gündel H, Limm H, Heinmüller B, Marten-Mittag B, Nater UM, Angerer P (2015). Prävention stressbedingter Gesundheitsschäden in einem Industriebetrieb bei Männern mit erhöhtem Risiko. *Das Gesundheitswesen* 77 (S 01): 97–98. <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1331252>
- Henderson M, Harvey SB, Overland S, Mykletun A, Hotopf M (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine* 104 (5): 198–207. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3089873&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Hillert A (2015). Psychische Erkrankungen: OECD fordert Politik zum Handeln auf. *Deutsches Ärzteblatt, News Politik*: 537. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62033>
- Hölzer M (2012). Psychische Gesundheit im Betrieb. *Psychotherapie im Dialog* 13 (3): 52–55
- Imamura K, Kawakami N, Furukawa TA, Matsuyama Y, Shimazu A, Umanodan R, Kawakami S, Kasai K (2015). Does Internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) prevent major depressive episode for workers? A 12-month follow-up of a rando-

- mized controlled trial. *Psychological Medicine*: 1–11. http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291714003006
- Jacobi F, Höfler M, Siebert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany : the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (published online)
- Kaila E, Väisänen A, Leino T, Laamanen A, Vihtonen T, Hyvärinen HK, Varjonen J (2012). Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa (Effective model for the treatment of depression in occupational health services) Helsinki, Finland. <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/ToMaHoK.pdf>
- Kant IJ, Jansen NWH, van Amelsvoort L, van Leusden R, Berkouwer A (2008). Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of occupational rehabilitation* 18 (1): 79–86. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2668565&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (Accessed November 18, 2012)
- Kant IJ, Jansen NW, van Amelsvoort LG, Swaen GM, van Leusden R, Berkouwer A (2009). Screening questionnaire Balansmeter proved successful in predicting future long-term sickness absence in office workers. *Journal of clinical epidemiology* 62 (4): 408–414. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18986798> (Accessed December 15, 2013)
- Karasek R (2008). Low social control and physiological deregulation – the stress – disequilibrium theory, towards a new demand – control model. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. Suppl 6: 117–135
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie J, Theorell T (2003). Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occupational and environmental medicine* 60 (1): 27–33; discussion 33–34
- Leka S, Cox T (2008). The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. In: Leka S, Cox T (eds): Institute of Work, Health and Organisation, Nottingham, UK
- Leka S, Griffiths A, Cox T (2004). Protecting workers' health series No 3: work organization & stress, WHO?
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen HU (2014). 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*: DOI:10.1002/mpr.1438
- Martin A, Fisher CD (2014). Understanding and Improving Managers' Responses to Employee Depression. *Industrial and Organizational Psychology* 7 (2): 270–274

- Mayer D, Schmidt H, Hoelzer M (2010). „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 45 (10): 593–597
- Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational medicine (Oxford, England)* 60 (4): 277–286
- O’Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL (2009). Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36403/> (Accessed February 16, 2013)
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris
- Preiser C, Rothermund E, Wittich A, Gündel H, Rieger MA (2015). Psychosomatic consultation in the workplace – opportunities and limitations of the services offered. Results of a qualitative study. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*. DOI:10.1007/s00420-015-1098-y
- Preiser C, Rieger MA (2012). Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Chancen und Grenzen der Versorgung von Beschäftigten mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden – Ergebnisse einer qualitativen Studie. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137 (S 03): A262. <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1323425> (Accessed September 30, 2012)
- Preiser C, Wittich A, Rieger MA (2014). Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Gestaltungsformen des Angebots. *Gesundheitswesen* 76: 1–3
- Richardson KM, Rothstein HR (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of occupational health psychology* 13 (1): 69–93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18211170> (Accessed December 12, 2013)
- Rothermund E, Gündel H, Kilian R (2014a). Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60: 177–189
- Rothermund E, Gündel H, Wege N (2014b). Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke bei allgemeinen psychischen Störungen – Überblick und internationale Studienlage. In: Angerer P et al. (Hrsg): *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. ecomed Medizin, Landsberg
- Rothermund E, Kilian R, Hoelzer M, Mayer D, Mauss D, Krueger M, Rieger MA, 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 (1): 780. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/780> (Accessed September 15, 2012)
- Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry: the journal of the As-*

- sociation of European Psychiatrists 20 (8): 529–39. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16171984> (Accessed March 5, 2012).
- Siegrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology* 1 (1): 27–41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9547031>
- Smith KLW, Matheson FI, Moineddin R, Dunn JR, Lu H, Cairney J, Glazier RH (2013). Gender differences in mental health service utilization among respondents reporting depression in a national health survey. *Health* 5 (10): 1561–1571
- Steinke M, Badura B (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*, Dortmund, Berlin, Dresden
- Szeto ACH, Dobson KS (2010). Reducing the stigma of mental disorders at work: A review of current workplace anti-stigma intervention programs. *Applied and Preventive Psychology* 14 (1–4): 41–56. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0962184911000047> (Accessed June 14, 2014)
- Taimela S, Malmivaara A, Justén S, Läärä E, Sintonen H, Tiekso J, Aro T (2008a). The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occupational and environmental medicine* 65 (4): 236–241. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2564865&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (Accessed December 7, 2013)
- Taimela S, Justén S, Aronen P, Sintonen H, Läärä E, Malmivaara A, Tiekso J, Aro T (2008b). An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine* 65 (4): 242–248. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2564864&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (Accessed November 23, 2013)
- Taimela S, Läärä E, Malmivaara A, Tiekso J, Sintonen H, Justén S, Aro T (2007). Self-reported health problems and sickness absence in different age groups predominantly engaged in physical work. *Occupational and environmental medicine* 64 (11): 739–746. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2078413&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (Accessed November 22, 2013)
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A (1998). *Work Ability Index 2nd ed.*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT (2012). Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *The British journal of psychiatry* 200 (6): 510–511. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22116977> (Accessed September 5, 2012)
- Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, Petukhova MZ, Kessler RC (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA* 298 (12): 1401–1411. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2859667&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (Accessed November 18, 2012)

- Wege N, Angerer P (2013). Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Die Psychiatrie* 10 (2): 71–81
- Wege N, Janssen B, Rothermund E (2014). Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke – Beispiele guter Praxis in Deutschland. In: Angerer P et al. (Hrsg): *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. ecomed Medizin, Landsberg
- Weinberg A, Creed F (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 355 (9203): 533–537. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10683003>
- Wittchen HU, Jacobi F (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? DEGS1 und DEGS1-MH (Mental Health): 1–18