

# Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – ein Zukunftsmodell?

Elisabeth M. Balint<sup>1</sup>, Jörn von Wietersheim<sup>1</sup>, Harald Gündel<sup>1,2</sup>, Michael Hölzer<sup>2,3</sup> & Eva Rothermund<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, <sup>2</sup>Zentrum für Seelische Gesundheit am Arbeitsplatz, Ulm (LPCU), <sup>3</sup>Sonnenberg Klinik Stuttgart

## Kurzfassung

Ziel des Artikels ist die Darstellung der Kernelemente und Möglichkeiten des Versorgungsmodells „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) sowie ähnlicher Modelle in Deutschland anhand publizierter Daten. Dazu bedienen wir uns einer selektiven Literaturübersicht. Mit dem Angebot einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb können Patienten in der Regel früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden als in der Regelversorgung: sie sind meist kürzer erkrankt, die Symptome sind weniger stark ausgeprägt und die Einschränkung von Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit ist noch nicht so stark wie in der Regelversorgung. Trotzdem ist diese frühe Interventionsmöglichkeit ebenso effektiv wie die bisherige Regelversorgung. Die PSIB erscheint ein vielversprechendes Modell zur frühen und effektiven Behandlung von psychischen Erkrankungen zu sein. Ähnliche Modelle werden an unterschiedlichen Stellen in Deutschland erprobt. Zur Weiterentwicklung und Beforschung ist die Etablierung von Kriterien zur Beschreibung dieser Modelle ein sinnvoller erster Schritt.

## Schlüsselwörter

Arbeit, Psychosomatik, integrierte Versorgung, Sprechstunde, psychische Erkrankungen

## Psychosomatic consultation in the workplace – A model for the future?

### Summary

The aim of this article is to describe the core elements and resulting possibilities of the care model “Psychosomatic consultation in the workplace” (PSIW) and similar models in Germany on the basis of published data. Thus, we performed a selective literature review. Offering psychosomatic consultation in the workplace usually helps to reach patients at an earlier stage of disease compared to regular care, thus, they have been suffering for a shorter time, symptoms are less severe and work ability and quality of life are not restricted as they are in regular care. In addition, this way of early intervention is just as efficient as regular care. PSIW seems to be a very promising model in order to early and effectively treat mental diseases. Similar models are currently being tested at different locations in Germany. In order to further develop and study this topic, the establishment of criteria for defining those models represents a useful first step.

### Keywords

Work, psychosomatic, early intervention, mental disorders, consultation

## 1. Hintergrund

Psychische und psychosomatische Erkrankungen<sup>1,2</sup> verursachen persönliches Leid und schränken die Lebensqualität der Betroffenen deutlich ein (Penner-Goeke et al., 2015). Sie führen zu einer Gefährdung der Teilhabe und vor allem ausgeprägte depressive Störungen

bergen ein erhöhtes Risiko für Arbeitsunfähigkeitszeiten (Bültmann et al., 2006). Schätzungen für einkommensstarke Länder gehen davon aus, dass bis zu 15% der erwerbstätigen Bevölkerung an psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen leiden (OECD, 2012). Man nimmt an, dass ein Teil dieser Gruppe trotz eingeschränkter Leistungsfähig-

<sup>1</sup> im Folgenden der Übersichtlichkeit halber psychische Erkrankungen genannt

<sup>2</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

keit am Arbeitsplatz erscheint. Dieses Phänomen nennt man Präsentismus (Steinke & Badura, 2011). Es findet zunehmend Eingang in die Debatte um Früherkennung und deren Kosten (Evans-Lacko et al., 2016), da sowohl Präsentismus als auch Abwesenheitszeiten beim Arbeitgeber Kosten entstehen lassen (Steinke & Badura, 2011). Gesamtgesellschaftlich betragen diese indirekten und direkten (z.B. Behandlungskosten) Kosten rund 3,5% des Bruttoinlandsproduktes für Deutschland (OECD, 2015).

Obwohl es auch ohne Behandlung bei einem Teil der Betroffenen zu einer Remission der Symptome kommen kann (Wang et al., 2017), erscheinen frühe und niedrigschwellige Interventionen sinnvoll (Rothermund & Gündel, 2016), da unbehandelte Erkrankungen, die nicht spontan remittieren, höherer Therapiedosen bedürfen und es Hinweise für eine verschlechterte Prognose gibt. Einen Erklärungsansatz für eine ungünstige Entwicklung von Symptomen und Arbeitsfähigkeit liefert das Konzept „Arbeiten in Dissonanz“ (Danielsson et al., 2017). Die qualitative Untersuchung an Arbeitnehmern mit psychischen Beschwerden beschreibt zum Beispiel, wie über das Gefühl der Betroffenen, nicht wirklich teilzunehmen, ein Zustand entsteht, der von zunehmender Instabilität geprägt ist. Die Forscher konnten hierfür Merkmale wie den Verlust des Gefühls für Arbeitsrhythmus und -abläufe, das Gefühl einer Isolation trotz Zusammenarbeit und körperliches Unwohlsein beschreiben (Danielsson et al., 2017). Sozialer Schaden kann auch entstehen, wenn aufgrund von Leistungseinbußen Unverständnis auf Seiten der Kollegen und Vorgesetzten entsteht oder Motivationsprobleme angenommen werden (Ivancic et al., 2017).

Nur etwa 20% der Betroffenen in Deutschland begeben sich laut einer Untersuchung der WHO in Behandlung (Thornicroft et al., 2017). Wer dies nicht innerhalb des ersten Jahres tut, benötigt danach im Mittel 6 bis 7 Jahre, um in Behandlung zu kommen (Mack et al., 2014). Die Gründe für eine späte Inanspruchnahme sind vielfältig. Die Angst vor Stigmatisierung, Scham sowie eingeschränktes Wissen über die Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen (Rüsch et al., 2014; Schomerus et al., 2013) können Gründe sein, genauso jedoch ob man in einer Region lebt, in der man leichten Zugang zu Behandlungsangeboten hat (Magaard et al., 2017). Auch die Umsetzung von Therapiemaßnahmen ist verbesserungswürdig: 20% der Psychotherapien und 30-50% der Psychopharmakotherapien werden abgebrochen (Swift et al., 2017).

Der Arbeitsplatz kann als Zugangsweg für präventive Maßnahmen dienen, da Kennzeichen seelischer Belastungen und unspezifische chronische Stressbeschwerden hier früh wahrnehmbar werden können (Martin & Fisher, 2014). Konstrukte wie das Burnout-Syndrom oder Mobbing stellen ätiologische Modelle für arbeitsbezogene Stressoren dar; damit wird deutlich, dass eine Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb nicht nur eine frühe, sondern eventuell auch eine direkte „vor Ort“ Intervention sein kann. Solche oft erst einmal als körperliche Beschwerden vorgetragene Symptome führen in unserem sektorierten Gesundheitssystem leicht zu einer einseitig körperlichen Behandlung. Dies kann durch die vielen Schnittstellen zwischen dem Betrieb mit seinem Betriebsarzt, dem Hausarzt, dem niedergelassenem Facharzt und Psychotherapeuten, den Krankenhäusern und Reha-Kliniken erschwert werden (Wege & Angerer, 2013).

Daher erscheinen der Arbeitsplatz und die Betriebsärzte als dem Arbeitsplatz am nächsten stehende Arztgruppe als wichtiger Ansatz für Prävention und es werden verstärkt neue Modelle der Zusammenarbeit gefordert, die am Arbeitsplatz ansetzen.

In einer 2016 veröffentlichten Modellberechnung, die weitgehend auf Zahlen aus Deutschland basiert, demonstrieren Evans-Lacko und Kollegen, dass sich das Screening und die Behandlung depressiver Störungen am Arbeitsplatz aus ökonomischer Sicht lohnen. Sie legten sowohl die Kosten für Screening und Behandlung als auch Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Präsentismus zugrunde. Als Behandlungsoptionen wurden Pharmakotherapie, Psychotherapie und eine Kombination aus beidem berechnet. Psychotherapie erwies sich in dieser Modellberechnung als die kosteneffektivste Variante (Evans-Lacko et al., 2016).

Vor diesem Hintergrund erscheint es nachvollziehbar, dass es in Deutschland an vielen Orten in der Regel von großen Unternehmen ausgehend Projekte gibt, die sich mit dem Thema Frühintervention und Früherkennung psychischer Erkrankungen befassen (Rothermund & Gündel, 2016).

Wissenschaftliche Literatur gibt es hierzu jedoch wenig. Wir gehen davon aus, dass viele örtliche Pilotmodelle und das Wissen um deren Form und Wirksamkeit oft nur jeweils den regionalen Gestaltern zugänglich sind. Wahrscheinliche Gründe hierfür sind, dass Unternehmen ihr Engagement im Bereich psychischer Erkrankungen nicht publik machen möchten aus Sorge vor negativer Presse. Ein weiterer Grund kann sein, dass ein Studiendesign, mit dem die Wirksamkeit einer

Maßnahme untersucht werden kann, in der Regel die Schaffung einer zufälligen Kontrollgruppe erfordert. Aus ethischen und Gründen der Gerechtigkeit im Unternehmen wird dies von den Initiatoren meist abgelehnt. Mit einem neuen Versorgungsmodell möchten die Beteiligten eine Verbesserung der Versorgungssituation schaffen und haben meist kein primäres Interesse an einer wissenschaftlich validen Wirksamkeitsüberprüfung. Dies macht die Nutzbarmachung für das Gesundheitssystem und die Übertragung in andere Betriebe schwierig. Hinzu kommt, dass ein einheitliches Verfahren, mit dem derartige Modelle nach bestimmten Kriterien beschrieben werden können, erst am Anfang steht. Dies macht sowohl den Austausch als auch die Beforschung momentan noch schwierig.

Auf wissenschaftlichen und praxis-orientierten Veranstaltungen, zum Teil initiiert durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ([https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Betriebliches-Gesundheitsmanagement/Psychosomatische-Sprechstunde-im-Betrieb/Psychosomatische-Sprechstunde-im-Betrieb\\_node.html](https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Betriebliches-Gesundheitsmanagement/Psychosomatische-Sprechstunde-im-Betrieb/Psychosomatische-Sprechstunde-im-Betrieb_node.html)) entstand hierzu ein Diskussionsforum auf nationaler Ebene.

Im Folgenden listen wir einige Modelle und soweit zugänglich deren Quellen auf. Weiter beschreiben wir mögliche Kooperationspart-

ner und welche konkreten Bestandteile das Angebot auf der Ebene des Zugangs, der Zielgruppe, der Schnittstellenorganisation und des Inhaltes ausmachen. Wir konzentrieren uns dabei auf Modelle, die mit dem Betrieb vernetzt sind und als Zielgruppe Erwerbstätige mit manifesten oder beginnenden psychischen Erkrankungen haben.

## 2. Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke wie die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“

### 2.1 Definition

Es handelt sich je nach vertraglicher Grundlage um eine Kooperation zwischen einem Betrieb oder einem Betriebsarzt und einem lokalen Anbieter für seelische Gesundheit, bei dem die betriebliche Versorgung durch einen externen Experten für psychische Gesundheit erweitert wird.

Die Qualifikation sollte dem eines Facharztes oder approbierten Psychologen entsprechen bzw. sollten sich die Experten am Ende ihrer Weiterbildungszeit befinden und durch einen Facharzt supervidiert werden. Die hierfür in Frage kommenden Fachdisziplinen sind Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

**Tabelle 1**

Übersicht verschiedener Angebote in Deutschland

Bundesland	Name des Angebotes	Quellen *
Baden-Württemberg: Stuttgart und Ulm	„Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“	Mayer et al., 2010, Hölzer et al., 2012, Preiser et al., 2015, 2016, Wege et al., 2015, Rothermund et al., 2012, 2014, 2016, 2017
Bayern: München	Psychotherapeutisches Früh- und Kurzinterventionsprogramm im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	Poster auf dem Kongress des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2016 (Allwang et al., 2016)
Freie und Hansestadt Hamburg	„Stay at work“– Sprechstunde seelische Gesundheit	<a href="https://www.asklepios.com/connecting-health/angebot-uebersicht/angebot/sprechstunde/">https://www.asklepios.com/connecting-health/angebot-uebersicht/angebot/sprechstunde/</a>
Niedersachsen: Landkreis Schaumburg	„Präventives Gesundheitscoaching“	Flyer mit Beschreibung des Angebotes <a href="http://www.burghof-klinik.de/images/pdf/BAuA%20_web.pdf">http://www.burghof-klinik.de/images/pdf/BAuA%20_web.pdf</a> Beschreibung des Forschungsvorhabens <a href="https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Forschung/Forschungsprojekte/f2397.html">https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Forschung/Forschungsprojekte/f2397.html</a>
Niedersachsen: Salzgitter und Braunschweig	„Diagnostische Beratung - Salzgitter-Modell“	Bode et al., 2016
Nordrhein-Westfalen: Düsseldorf	„Düsseldorfer Modell – Integrierte Versorgung“ Betriebsnahe Versorgungsnetzwerk	Wege & Angerer, 2013 Wege 2015

\* Veröffentlichungen im wissenschaftlichen Bereich – sofern diese noch nicht vorlagen, verweisen wir auf Ankündigungen auf der Website und dort erhältliche Flyer, die die Angebote beschreiben

Durch räumliche und organisatorische Nähe ist der externe Experte näher an Arbeitsthemen und kann spezifischer auf Bedürfnisse an dieser Schnittstelle eingehen.

Je nach Modell besteht ein fest beschriebener Prozess für Rücksprache und Austausch mit dem Unternehmen oder dies geschieht nach Bedarf. In jedem Falle ist der Austausch an eine ausdrückliche Erlaubnis des Patienten gebunden und in jedem Falle ist der Betriebsarzt und/oder betriebliche Sozialdienst der Kommunikationspartner zwischen Betrieb und externem Experten.

## 2.2 Kooperierende Berufsgruppen und Strukturen

Die Kooperation erfolgt bei diesen Modellen in der Regel zwischen einem groß- oder mittelständischen Betrieb und einem lokalen Anbieter für seelische Gesundheit, z.B. einer psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik oder einer Psychotherapieambulanz einer Universität. Kooperationen mit Betrieben aus folgenden Branchen sind bislang bekannt:

Rohstoffverarbeitende Schwerindustrie (Bode et al., 2016), pharmazeutische Industrie, Versicherungsbranche und Metallverarbeitung (Hölzer, 2012), metallverarbeitende Betriebe, Betriebe zu Sicherheitstechnik (Rothermund et al., 2014) und Chemieunternehmen (Wege et al., 2015). Unveröffentlichte Erfahrungen bestehen darüber hinaus mit Einrichtungen der Behindertentherapie sowie städtischen Einrichtungen und Unternehmen aus dem Bereich Transport und Verkehr.

Der Kontakt kann direkt zwischen Klinik und Betrieb, Klinik und Betriebskrankenkasse oder indirekt mit dem Betrieb über eine Betriebskrankenkasse bestehen (Bode et al., 2016; Hölzer, 2012; Preiser et al., 2015; Rothermund et al., 2014; Wege et al., 2015). Auch gibt es ein Modell, bei dem die Kooperation mit einem Betriebsarzt besteht, der mehrere kleinere Betriebe versorgt. Im „Düsseldorfer Modell“ besteht eine Integrierter Versorgungs (IGV-) Vertrag zwischen dem betriebsärztlichen Dienst eines Unternehmens, einer Betriebskrankenkasse und einem Klinikverbund (Wege et al., 2015).

Um gute Arbeit leisten zu können, ist nach unserer Erfahrung eine enge Zusammenarbeit mit den betrieblichen Versorgern wesentlich, insbesondere mit dem Betriebsarzt, der Sozialberatung, dem betrieblichen Eingliederungsmanagement, kurz BEM-Managern, und in Gesundheitszirkeln. Diese praktische Erfahrung spiegelt sich in systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalyse, die belegen, dass Interventionen dann besonders wirksam

sind, wenn sie nicht nur die Mitarbeiter-Ebene, sondern mehrere Ebenen in einem Unternehmen adressieren (Montano et al., 2014; Nielsen et al., 2017). Im Idealfall ist die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb ein Baustein eines funktionierenden betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Unternehmen, das offen ist für psychische Fragestellungen und in dem die Teamebene z.B. über Gesundheitszirkel, die Führungskräfte z.B. über Führungskräfte-schulungen und die Gesamtorganisation durch regelmäßige Kommunikation mit der Gesamtleitung einbezogen werden kann (Mayer et al., 2010). Die Betriebsärzte spielen dabei durch ihre Verankerung gleichzeitig im medizinischen als auch betrieblichen Kontext eine zentrale Rolle (van der Feltz-Cornelis et al., 2010; Henderson et al., 2011; Preiser et al., 2016).

Durchführender der PSIB ist ein externer Experte für Fachpsychotherapie und Psychosomatik, in der Regel ein Team aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. So kann der Mitarbeiter optimal psychosomatisch betreut werden und im Gesamtbild seiner körperlichen und psychischen Beschwerden unterstützt werden.

Die Wartezeiten sollten möglichst kurz sein und werden über die publizierten Angebote hinweg als unter im Mittel 14 Tagen berichtet (Bode et al., 2016; Wege et al., 2015).

Wesentlich ist bei aller Zusammenarbeit die Wahrung der Anonymität und strikte Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, damit die Basis für die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Mitarbeiter vorhanden ist. In den Fällen, in denen ein gemeinsames Gespräch oder eine Rücksprache mit Führungskräften oder BEM-Managern notwendig ist, wird immer eine schriftliche Schweigepflichtentbindung vom Mitarbeiter eingeholt. Immer wieder bitten Mitarbeiter selbst um Rücksprache; dann ist das Einholen der Schweigepflichtentbindung eine einfache, aber wichtige Formalie (eigene Erfahrung).

## 2.3 Zugang

Als Zuweiser fungiert in den meisten beschriebenen Modellen der Betriebsarzt als zentraler Akteur (Bode et al., 2016), aber auch der Sozialdienst (Wege et al., 2015), BEM-Manager und die Personalabteilung vermitteln Fälle. Je nach Vereinbarung ist auch eine direkte Anmeldung durch den Mitarbeiter möglich (Rothermund et al., 2014). Dies senkt zusätzlich die Hemmschwelle, da kein weiterer Akteur im Betrieb aufgesucht werden muss, macht jedoch die Vernetzung

schwieriger. Entsprechend den Zugangswegen ist die Art und Weise, wie die Mitarbeiter über die Sprechstunde informiert werden, verschieden und reicht von nur direkt über den Betriebsarzt oder andere Zuweisungsbefugte bis zur Vorstellung in Betriebsversammlungen (Preiser et al., 2015), der Information über Flyer und/oder im Intranet.

## 2.4 Zielgruppe

Folglich reicht die Zielgruppe von Mitarbeitern mit lediglich einem Risiko zu erkranken (primärpräventiv) über Mitarbeiter mit (ersten) Symptomen (sekundärpräventiv), die teilweise noch arbeiten, teilweise bereits arbeitsunfähig sind, bis zu längerfristig erkrankten Mitarbeitern mit dem Ziel, die stabile Wiedereingliederung zu erreichen (tertiärpräventiv).

Für die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb in Baden-Württemberg (Wege et al., 2015) konnten wir in einer ersten Studie belegen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sich Betroffene früher im Erkrankungsverlauf in Behandlung begeben, im Betrieb höher ist als in der Regelversorgung für die Region (Rothermund et al., 2017). Hierzu untersuchten wir, inwieweit sich das Nutzerprofil einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb von einer Psychosomatischen Sprechstunde in der Klinik unterscheidet. Bei 367 Nutzern, die etwa zur Hälfte das eine und das andere Angebot aufsuchten, führten wir eine latente Profilanalyse in Bezug auf selbstberichtete Arbeitsfähigkeit, psychische Symptome wie Angst, Somatisierung und Depression, Lebensqualität und Arbeitsstress durch. Etwa 37 % aller Nutzer der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb wiesen ein Risikoprofil, jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit noch keine Diagnose auf, rund 46% waren moderat betroffen und wiesen mit großer Wahrscheinlichkeit eine milde bis moderat ausgeprägte Diagnose auf und bei 17% wies das Profil auf eine ausgeprägte Diagnose und deutliche Einschränkungen im Alltag hin (Rothermund et al., 2017). Da Daten für die Studie mittels Selbstbeurteilung erhoben wurden und aufgrund des Studiendesigns und ethischer Erwägungen nicht mit der Diagnostik- und Behandlungsdokumentation zusammengeführt werden konnten, können hier keine genaueren Angaben gemacht werden (Rothermund et al., 2012). Keine Schweregradeinteilung, jedoch ob die Empfehlung des Arbeitsmediziners zur Vergabe einer Diagnose in der dort benannten Diagnostischen Beratung führte, untersuchten Bode et al. 2016. Sie fanden ähnlich zu den 37% bei Rothermund et al. 2017 beschriebenen Nutzern

mit Risikoprofil eine Gruppe von 32% ohne Diagnose. Die vergebenen Diagnosen waren am häufigsten affektive, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Bode et al., 2016), was einem Diagnoseprofil in einer vorangegangenen Untersuchung der Sprechstunde im Betrieb ähnlich war (Rothermund et al., 2014). Im Düsseldorfer Modell beobachteten Wege et al. 2015 94% depressive Störungen.

Neben der Aussicht, Betroffene allgemein früh im Erkrankungsverlauf anzusprechen, birgt das Modell Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb die Möglichkeit, die Nutzergruppe Männer zu adressieren. Mittels der bereits oben beschriebenen Studie von Rothermund et al. 2017 konnten wir belegen, dass Männer entsprechend der demografischen Geschlechterverteilung eines Betriebes Hilfe suchten. Im Fall der von uns untersuchten Sprechstunde waren dies ein Männeranteil von 70% (Rothermund et al., 2017). Für die Allgemeinbevölkerung bzw. Angebote der Regelversorgung beobachtet man eine Inanspruchnahme von rund 30% Männern bei psychotherapeutisch-psychosomatisch-psychiatrischen Angeboten und entsprechend rund 70% Frauen (Mack et al., 2014; Smith et al., 2013).

Erste Daten im Düsseldorfer-Modell beschreiben einen Männeranteil von 62% in der Sprechstunde, ein Kurzzeitpsychotherapieangebot einen Männeranteil von 84% (Hölzer, 2012) und die Diagnostische Beratung in einem Stahlkonzern erreichte 60% männliche Beschäftigte (Bode et al., 2016).

Einige der Angebote untersuchten, inwieweit die Nutzer bereits mit diesem Teil des Versorgungssystems vertraut waren oder erstmalig Kontakt mit einem psychotherapeutisch-psychosomatisch-psychiatrischen Angebot im Sinne einer „Erstnutzung“ aufnahmen. Im Vergleich zur Regelversorgung beobachteten wir in der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb 65% Erstnutzer, wohingegen es in der Psychosomatischen Sprechstunde der Klinik mit 45% signifikant weniger Erstnutzer waren (Rothermund et al., 2017). Bode et al. konnten auf die Daten der Betriebskrankenkasse zurückgreifen, berichten zwar nicht, ob jemals ein diagnostischer oder Beratungstermin stattgefunden hatte, konnten jedoch zeigen, dass kein Nutzer der Diagnostischen Beratung vorab in psychotherapeutischer Behandlung war.

Die von uns durchgeführte Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb findet teilweise auf dem Firmengelände, z.B. in den Räumen des Betriebsarztes statt (Rothermund et al., 2014). Wahrscheinlich erleichtert dies das erstmalige Aufsuchen der Sprechstunde, da man ja „nur“

zum Betriebsarzt geht. In manchen Betrieben, in denen mehr Misstrauen und Angst vor Datenweiterleitung im Unternehmen herrschen, oder es keine geeigneten Räumlichkeiten gibt, kann auch ein alternativer Zugangsweg in den Räumen des externen Anbieters sinnvoll sein. Ein weiterer Vorteil der letztgenannten Möglichkeit ist, dass hier Termine in der Regel flexibler vereinbart werden können, während in den Räumen des Betriebsarztes die Termine meist als Block zur Verfügung gestellt werden und damit weniger zeitliche Flexibilität gegeben ist (Preiser et al., 2015). Die Kollegen der Diagnostischen Beratung im Salzgitter-Modell berichten, dass der Empfehlung für einen Termin durch den Betriebsarzt mit einer Häufigkeit von 87% nachgekommen wurde, obwohl diese rund 20 km vom Betrieb entfernt war (Bode et al., 2016).

## 2.5 Therapeutische Maßnahmen und Elemente

Durch den Kontext und die Schnittstelle ergeben sich andere Möglichkeiten und Herausforderungen als in der Regelversorgung. Seit dem Beginn der Sprechstunde in Ulm 2010 mit zunächst einem Betrieb sind über zehn weitere Betriebe hinzugekommen. Aus der langjährigen Arbeit und zahlreichen Inter- und Supervisionen mit verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch und systemisch verorteten Kollegen haben sich folgende Hauptpunkte kristallisiert:

- Arbeitsbündnis: Herstellung eines stabilen Arbeitsbündnisses als wesentliche Grundlage für ein offenes Gespräch und alle weiteren Prozesse (Hölzer, 2012) mit einem frühzeitigen Mitansprechen des Arbeitsplatzes oder -verhältnisses (Lagerveld et al., 2012). Arbeit bedeutet in diesem Kontext meist Stressor oder Problemfeld, kann jedoch auch als Ressource dienen.
- Diagnostik, wobei in unseren Augen im Vordergrund nicht eine bis ins letzte Detail gehende Differentialdiagnostik steht, sondern eher ein sozialmedizinischer Fokus gesetzt wird mit Klärung der vorliegenden Probleme/Störung unter Einbezug der Frage, ob der Arbeitsplatz als Ressource, neutral oder als belastend wahrgenommen wird und wie es um die funktionellen Beeinträchtigungen des Mitarbeiters steht; dagegen wurde zum Beispiel im Salzgitter-Modell zur Diagnostik das strukturierte klinische Interview für DSM-IV verwendet (Bode et al., 2016).
- Identifikation des Hauptproblems, dabei gleichzeitig Ressourcenorientierung und Unterstützung des Mitarbeiters, seinen eigenen aktiven Beitrag zum Problem, aber auch zur möglichen Problemlösung wahrnehmen zu können im Sinne einer Stärkung der Selbstwirksamkeit.
- Bei Indikation weiteres Verweisen in die externe psychosomatische/psychotherapeutische/psychiatrische Regelversorgung, was durch den Arztbrief (meist in Kopie an den Patienten) erleichtert wird. Ggf. kann auch direkt zu niedergelassenen Kollegen oder in eine kooperierende Klinik eingewiesen werden. In unterschiedlicher Ausprägung und je nach finanziellem Rahmen sind um die Sprechstunde selbst Kurzinterventionen entstanden (s.u.) und teilweise spezifische gruppentherapeutisch-ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote, in die die Sprechstunden aus dem Betrieb einsteuern.
- Kurzintervention (je Finanzierungsrahmen) von max. 4 bis 10 Stunden, die in der Regel vom gleichen Therapeuten durchgeführt wird. Dabei ist eine klare Fokussierung wichtig. In anderen Fällen dient die Kurzintervention als Überbrückung, bis eine Behandlung in der Regelversorgung möglich ist, um die Arbeitsfähigkeit bestmöglich zu erhalten, oder zur Motivation, eine weitere Behandlung überhaupt aufzunehmen, da durch den niedrigschwelligen Ansatz sich auch immer wieder Mitarbeiter vorstellen, die psychischen Erkrankungen und Behandlungen mit vielen Vorbehalten gegenüberstehen. Trotz der Fokussierung auf die Arbeit sollten auch private Konfliktfelder und Ressourcen mit einbezogen werden, zumal die Erfahrung zeigt, dass sich zwischenmenschliche Probleme oft im Beruflichen wie im Privaten zeigen. Auch kann eine Entspannung in einem Bereich sich positiv auf den anderen auswirken (Clark et al., 2012).
- Dieses Angebot kann die reguläre Psychotherapie nicht ersetzen, aber die Patienten niederschwellig erreichen. Bei einem Teil der Patienten führen die Kurzinterventionen auch zu einer ausreichenden Stabilisierung, so dass keine weitere Behandlung notwendig ist.

## 2.6 Ergebnisse der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb: Zufriedenheit und Akzeptanz, Wirksamkeit unter Routinebedingungen und Umsetzung der Empfehlungen

Die Zufriedenheit und Akzeptanz mit der Maßnahme wird in der Regel als hoch berichtet (Hölzer, 2012; Rothermund et al., 2014; Wege et al., 2015). Einschränkend muss erwähnt werden, dass diese Fragestellung keinem speziellen Design folgt und nicht kritisch hinsichtlich sozialer Erwünschtheit überprüft ist.

Bislang wurden keine Daten ganz speziell zur Wirksamkeit des Modells Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb im Sinne einer randomisierten, kontrollierten Untersuchung publiziert. Eine regelmäßig aktualisierte Übersichtsarbeit (Nieuwenhuijsen et al., 2014) schloss 23 randomisierte kontrollierte Studien ein und kam zu dem Ergebnis, dass sich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verringerte, wenn Maßnahmen zur Symptomreduktion durch arbeitsplatzbezogene Maßnahmen ergänzt wurden. Auch waren die Modelle besonders erfolgreich hinsichtlich Symptomreduktion und Verbesserung der Teilhabe und Arbeitsfähigkeit, bei denen eine Zusammenarbeit zwischen Arbeitsmedizinern und Fachpsychotherapeuten stattgefunden hatte. Keinen Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe konnten hingegen Dalgaard und Kollegen (Dalgaard et al., 2017) bei einem zusätzlich arbeitsbezogenen Angebot referieren. Dies ist in Einklang mit dem Ergebnis unserer zwar nicht randomisierten, aber kontrollierten Studie zur Wirksamkeit der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb. Wir untersuchten, ob sich die Ergebnisse der Intervention zwischen dem Angebot im betrieblichen Setting und der Klinik-Ambulanz unterschieden. Hierfür wurden beide Gruppen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung (T1) und nach 12 Wochen (T2) zu ihrem Befinden befragt. Es zeigte sich in beiden Gruppen eine signifikante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, der depressiven und ängstlichen Symptomatik ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Rothermund et al., 2016). Die Studie zeigte auch, dass die Beschwerden bei den Nutzern der Klinik-Ambulanz durchgehend stärker ausgeprägt waren als bei den Nutzern der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb. Wie aber unter Zielgruppe (siehe oben) beschrieben, kamen in die Sprechstunde im Betrieb mehr Männer, mehr Menschen, die zum ersten Mal das System nutzten, sowie Betroffene zu

einem früheren Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf (Rothermund et al., 2017).

Zur Umsetzung der Therapieempfehlungen bestehen bislang nur Daten aus dem Salzgitter-Modell. Dort wurde die Empfehlung und das Angebot einer psychotherapeutischen Weiterbehandlung von 93% der Mitarbeiter umgesetzt bzw. angenommen (Bode et al., 2016). Im Rahmen des Modellprojektes waren zwei Sitzungen Diagnostik möglich, der Übergang zur ambulanten Psychotherapie war durch direkte Einbindung in die durchführende Psychotherapie-Ambulanz im zeitlichen Anschluss vereinfacht, sodass für die Patienten die aufwendige Therapeutensuche entfiel, weshalb sie aus unserer Sicht eher den Charakter einer spezifischen Kurzintervention hat als mit der Empfehlung zu einer extern durchgeführten ambulanten Psychotherapie vergleichbar ist. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass die Herstellung einer guten Arbeitsbeziehung für Adhärenz eine große Rolle spielt und die Mitarbeiter das Therapieangebot von einem bereits bekannten Institut mit einiger Wahrscheinlichkeit besser annehmen, als wenn sie sich erst selbst auf die Suche nach einem in der Regel unbekanntem Therapeuten begeben müssen.

## 2.7 Ausblick

Die eng mit dem Betrieb vernetzte Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb erscheint geeignet, erkrankte Mitarbeiter früher zu erreichen und einen niedrighwelligen Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten zu bieten. Wesentliche Elemente dabei sind Diagnostik, fokaltherapeutische Behandlung und Motivation zu und Überleitung in die reguläre Versorgung. Inwieweit die Rückmeldung von Erkenntnissen zu belastenden Arbeitsbedingungen an betriebliche Akteure stattfindet, wird ebenfalls nicht einheitlich, zum Teil nicht berichtet und sollte ebenfalls durch einen Kriterienkatalog erfasst und vergleichbar werden. Dass die Wirksamkeit und Kosteneffektivität dieses Angebotes der bisherigen Praxis überlegen ist, wird vermutet und in Modellberechnungen postuliert. Zur Bestandsaufnahme der Wirksamkeit und Weiterentwicklung hin zu einem innovativen Versorgungsmodell benötigen wir eine zunehmend konsentrierte Definition dieser Modelle, kritische Rückmeldungen zum Modell im Rahmen qualitativer Untersuchungen, randomisierte kontrollierte Studien und Berechnungen zur Kosteneffektivität real bestehender Modelle. Wichtig ist die Entwicklung von Modellen für die Finanzierung, die bis-

her vorwiegend durch die Betriebe geleistet wird.

## Literatur

- Allwang, C., Marten-Mittag, B. & Lahmann, C. (2016). Ein psychotherapeutisches Früh- und Kurzinterventionsprogramm im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements, follow up. *DKPM Postersession* (S. 1). Potsdam.
- Bode, K., Wunsch, E.-M., Finger, F. & Kröger, C. (2016). Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells [Interdisciplinary Care of Employees with Mental Disorders: A Fact Check Using the Salzgitter-Model as an Example]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66 (6), 235–241.
- Bültmann, U., Rugulies, R., Lund, T., Christensen, K. B., Labriola, M. & Burr, H. (2006). Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: A prospective study among 4747 employees in Denmark. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (11), 875–880. doi:10.1007/s00127-006-0110-y
- Clark, C., Pike, C., McManus, S., Harris, J., Bebbington, P., Brugha, T. et al. (2012). The contribution of work and non-work stressors to common mental disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological medicine*, 42 (4), 829–842. doi:10.1017/S0033291711001759
- Dalgaard, V. L., Andersen, L. P. S., Andersen, J. H., Willert, M. V., Carstensen, O. & Glasscock, D. J. (2017). Work-focused cognitive behavioral intervention for psychological complaints in patients on sick leave due to work-related stress: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Negative Results in BioMedicine*, 16 (1), 13. *Journal of Negative Results in BioMedicine*. doi:10.1186/s12952-017-0078-z
- Danielsson, L., Bertilsson, M., Holmgren, K. & Hensing, G. (2017). Working in dissonance: experiences of work instability in workers with common mental disorders. *BMC Public Health*, 17 (1), 472. *BMC Public Health*. doi:10.1186/s12889-017-4388-3
- Evans-Lacko, S., Koeser, L., Knapp, M., Longhitano, C., Zohar, J. & Kuhn, K. (2016). Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace. *European Neuropsychopharmacology*, 26 (6), 1004–1013. Elsevier. doi:10.1016/j.euroneuro.2016.03.005
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., de Jong, F. J., Meeuwissen, J. A., Drewes, H. W., van der Laan, N. C. et al. (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, 375–85.
- Henderson, M., Harvey, S. B., Overland, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104 (5), 198–207. doi:10.1258/jrsm.2011.100231
- Hölzer, M. (2012). Psychische Gesundheit im Betrieb. *Psychotherapie im Dialog*, 13 (3), 52–55.
- Ivancic, I., Kamenov, K., Rojas, D., Cerón, G., Nowak, D. & Sabariego, C. (2017). Determinants of Work Performance in Workers with Depression and Anxiety: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (5), 466. doi:10.3390/ijerph14050466
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L. & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17 (2), 220–234. doi:10.1037/a0027049
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A. et al. (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*, 23 (3), 289–303. doi:10.1002/mpr
- Magaard, J. L., Seeralan, T., Schulz, H., Levke, A. & Tt, B. (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLoS One*, 12 (5), e0176730. doi:10.1371/journal.pone.0176730
- Martin, A. & Fisher, C. D. (2014). Understanding and Improving Managers' Responses to Employee Depression. *Industrial and Organizational Psychology*, 7 (2), 270–274. doi:DOI:10.1111/iops.12147
- Mayer, D., Schmidt, H. & Hoelzer, M. (2010). „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“. [„Psychosomatic consultation“ and „Basic Psychosomatic care in occupational medicine“]. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.*, 45 (10), 593–597.
- Montano, D., Hoven, H. & Siegrist, J. (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health*, 14 (1), 135. *BMC Public Health*. doi:10.1186/1471-2458-14-135
- Nielsen, K., Nielsen, M. B., Ogbonnaya, C., Känslä, M., Saari, E. & Isaksson, K. (2017). Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*, 0 (0), 1–20. Taylor & Francis. doi:10.1080/02678373.2017.1304463
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C. et al. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *The Cochrane data-*

- base of systematic reviews, 12 (12). doi:10.1002/14651858.CD006237.pub3
- OECD. (2012). *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*. (OECD, Hrsg.) Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing. doi:http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en
- OECD. (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. Paris. doi:http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en
- Penner-Goeke, K., Henriksen, C. A., Chateau, D., Latimer, E., Sareen, J. & Katz, L. Y. (2015). Reductions in Quality of Life Associated With Common Mental Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76 (11), 1506–1512. doi:10.4088/JCP.14m09271
- Preiser, C., Rothermund, E., Wittich, A., Gündel, H. & Rieger, M. A. (2016). Psychosomatic consultation in the workplace – opportunities and limitations of the services offered. Results of a qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*, 89, 599–608. doi:10.1007/s00420-015-1098-y
- Preiser, C., Wittich, A. & Rieger, M. A. (2015). Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Gestaltungsformen des Angebots Psychosomatic consultation in the workplace – description and modelling of a new health-related service. *Gesundheitswesen*, 77 (11), 166–71. doi:10.1055/s-0034-1384611
- Rothermund, E. & Gündel, H. (2016). Früherkennung und Frühintervention bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen von Beschäftigten. In M.A. Rieger, S. Hildenbrand, T. Nessler, S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin*. Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (1. Auflage, S. 219–233). Landsberg am Lech, Germany: ecomed Medizin. Verfügbar unter: <http://www.ecomed-storck.de/Medizin/Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Umweltmedizin-Hygiene/Praevention-und-Gesundheitsfoerderung-an-der-Schnittstelle-zwischen-kurativer-und-Arbeitsmedizin-Softcover.html>
- Rothermund, E., Gündel, H., Kilian, R., Hölzer, M., Reiter, B., Mauss, D. et al. (2014). 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*, 60, 177–189.
- Rothermund, E., Gündel, H., Rottler, E., Hölzer, M., Mayer, D., Rieger, M. et al. (2016). Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health*, 16 (1), 891. BMC Public Health. doi:10.1186/s12889-016-3567-y
- Rothermund, E., Kilian, R., Hoelzer, M., Mayer, D., Mauss, D., Krueger, M. et al. (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. doi:10.1186/1471-2458-12-780
- Rothermund, E., Kilian, R., Rottler, E., Hölzer, M., Mayer, D., Rieger, M. A. et al. (2017). Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial. *PloS one*, 12 (1), e0169559. doi:10.1371/journal.pone.0169559
- Rüsch, N., Nordt, C., Ph, D., Brantschen, E., Sc, M., Bärtzsch, B. et al. (2014). Work-Related Discrimination and Change in Self-Stigma Among People With Mental Illness During Supported Employment. *Psychiatric Services*, 65 (12), 1496–8. doi:10.1176/appi.ps.201400073
- Schomerus, G., Appel, K., Meffert, P. J., Luppä, M., Andersen, R. M., Grabe, H. J. et al. (2013). Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the Behavioral Model of Health Services Use. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48 (11), 1809–17. doi:10.1007/s00127-012-0643-1
- Smith, K. L. W., Matheson, F. I., Moineddin, R., Dunn, J. R., Lu, H., Cairney, J. et al. (2013). Gender differences in mental health service utilization among respondents reporting depression in a national health survey. *Health*, 5 (10), 1561–1571. doi:http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.510212
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus*. Ein Review zum Stand der Forschung. baa Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A. & Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54 (1), 47–57. doi:10.1037/pst0000104
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S. et al. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210 (2), 119–124. doi:10.1192/bjp.bp.116.188078
- Wang, Y., Henriksen, C. A., ten Have, M., de Graaf, R., Stein, M. B., Enns, M. W. et al. (2017). Common Mental Disorder Diagnosis and Need for Treatment are Not the Same: Findings from the NEMESIS Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44 (4), 572–581. Springer US. doi:10.1007/s10488-016-0745-2
- 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. (2015). Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke – Beispiele guter Praxis in Deutschland. In P. Angerer, J. Glaser, H. Gündel, P. Henningsen, C. Lahmann, S. Letzel et al. (Hrsg.), *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit* (1. Auflage, S. 299–308). Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed Medizin.

***Dr. Eva Rothermund***

*Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Leadership Personality Center Ulm (LPCU).  
Kompetenzzentrum für seelische  
Gesundheit am Arbeitsplatz  
Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Kornhausgasse 9  
89073 Ulm  
eva.rothermund@uni-ulm.de*