

## Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb

E. Balint

Psychische Erkrankungen sind häufig. Die 12-Monats-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung beträgt 28%. Davon sind lediglich 10-40% in Behandlung [1]. Ein Teil der Erkrankungen remittiert spontan; ein beträchtlicher Teil jedoch chronifiziert. Chronische psychische Erkrankungen münden in der Regel in langwierige Behandlungsverläufe. Je länger Erkrankte der Arbeit fern bleiben, umso unwahrscheinlicher ist eine Rückkehr ins Erwerbsleben [2]. Die Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit durch psychische Erkrankungen steigen.

Welche Gründe gibt es für die niedrige Inanspruchnahme von Behandlungen bei psychischer Erkrankung? Ein Grund ist die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Betroffene haben Angst, verurteilt und ausgegrenzt zu werden [3]. Den helfenden Berufen fällt es besonders schwer, Hilfebedarf zuzugeben und einzufordern. Ein intensives Einfordern ist bei Wartezeiten von drei bis sechs Monaten auf einen ambulanten Psychotherapie-Platz bzw. einen stationären Therapieplatz jedoch notwendig [4]. Darüber hinaus werden insbesondere Männer schwer erreicht. Ein Grund hierfür ist das nach wie vor bestehende Bild, dass Männer stark seien und keine Probleme hätten [5].

Die Herausforderung besteht also darin, ein Angebot zu schaffen, das die Hemmschwelle senkt, Betroffene früher erreicht und Betroffene erreicht, die von sich aus keine Hilfe in Anspruch nehmen würden. Der Arbeitsplatz erscheint als geeigneter Ort für solche frühen Interventionen, da die Mehrheit der Bevölkerung erwerbstätig ist und Probleme dort frühzeitig sichtbar werden. Eine Sprechstunde in den Räumlichkeiten der Betriebsmedizin vereinfacht zusätzlich den Zugang. Personen, die sich von sich aus nicht auf die Suche nach diesem Angebot gemacht hätten, können über den Betriebsarzt, Betriebs- und Personalrat, den Sozialdienst, das BEM-Management oder die Führungskraft erreicht und zugewiesen werden.

Darüber hinaus heißt die Sprechstunde bewusst psychosomatisch. Der Begriff umschließt sämtliche Wechselwirkungen zwischen Körper und Geist sowie Zusammenhänge zur Umwelt und sozialen Situation. So ist z.B. bekannt, dass Stress am Arbeitsplatz in Zusammenhang steht mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen wie Angststörung und Depression [6], aber auch für körperliche Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit und Diabetes [7]. Beispiele dafür, wie gedankliche und emotionale Zustände sich im Körper ausdrücken, finden wir in der Umgangssprache in Sätzen wie „Das liegt mir wie

#### IV. Psychische Belastungen und Beanspruchungen und Abhängigkeitserkrankungen

ein Stein im Magen.“ oder „Jemand hat schwer an etwas zu tragen.“. Mögliche Erkrankungen sind hier eine Gastritis, die nicht abheilt trotz Protonenpumpen-Hemmer und Diät, oder Rückenschmerzen, deren Schmerzgrad je nach der Höhe des Stapels auf dem Arbeitstisch variiert. In diesen Bereich fallen auch somatoforme Störungen. Die bekanntesten Vertreter hier sind die somatoformen Schmerzstörungen, die besonders zu „Medikalisierung“ und chronischen Verläufen neigen. Im Bereich der psychosomatischen Sprechstunde war es uns besonders wichtig, auch Betroffene zu adressieren, die unter eher unspezifischen, körperlichen Stress-Symptomen wie Schlafstörungen und Unruhe leiden und keine „klassische“ psychische Erkrankung zeigen.

Das Angebot wurde zusammen mit Betriebsärzten und Betrieben entwickelt. Am Anfang steht ein Vertrag zwischen dem Klinikum und dem jeweiligen Betrieb, der Betriebskrankenkasse oder dem Betriebsarzt, in der die Stundenzahl, die möglichen Zuweisungswege und die Bezahlung festgelegt werden. Die Bezahlung erfolgt durch die Betriebskrankenkasse oder den Betrieb; in letzterem Fall erfolgt die Abrechnung pseudonymisiert. Es ist sehr wichtig, dass keine Daten an den Arbeitgeber ohne das Einverständnis der Mitarbeiter weitergegeben werden. Ansonsten ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht möglich. In der Regel bieten wir einen Austausch mit dem Zuweisenden (Betriebsarzt) an, der jedoch auch nur nach Schweigepflichts-Entbindung durch den Mitarbeiter möglich ist. Durchgeführt wird die Sprechstunde von Psychologen und Ärzten mit fortgeschrittener oder abgeschlossener Psychotherapie-Ausbildung aus dem Team der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“. Als Ort dienen - wenn möglich - die Räume des Betriebsarztes im Betrieb vor Ort, aber auch eine Durchführung im Universitätsklinikum ist möglich, falls vom Betrieb oder vom Mitarbeiter gewünscht.

Die erste Stunde dient der Anamnese und Diagnosefindung. Hierbei spielt die arbeitsbezogene Anamnese eine wichtige Rolle. Die Nähe zum Betrieb und die Kenntnis der Arbeitsabläufe und Strukturen vor Ort erleichtert dies. In der Regel ist eine zweite Stunde notwendig, um die weiteren Möglichkeiten bzw. Therapieempfehlungen zu besprechen und zu erläutern. Nach Absprache und je nach Regelung der Betriebe sind weitere Stunden (maximal zwölf Stunden gesamt) im Sinne einer Kurzintervention möglich. Die Kurzintervention wird insbesondere dann durchgeführt, wenn es einen konkreten Fokus wie z.B. einen Konflikt mit einem Vorgesetzten gibt, der umschrieben ist und unmittelbar bearbeitet werden kann. Hierbei arbeiten wir je nach Grundausrichtung des Therapeuten mit verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Elementen. Als Kernstück sehen wir den Aufbau einer tragfähigen Beziehung, von der aus der Patient zu Veränderungen seiner gewohnten Muster im Alltag motiviert wird. Ressourcen-Orientierung spielt eine wichtige Rolle. Muss durch

die Stunden die Zeit bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie oder einem Aufenthalt in einer Klinik überbrückt werden, wird vorwiegend ich-stützend gearbeitet [8].

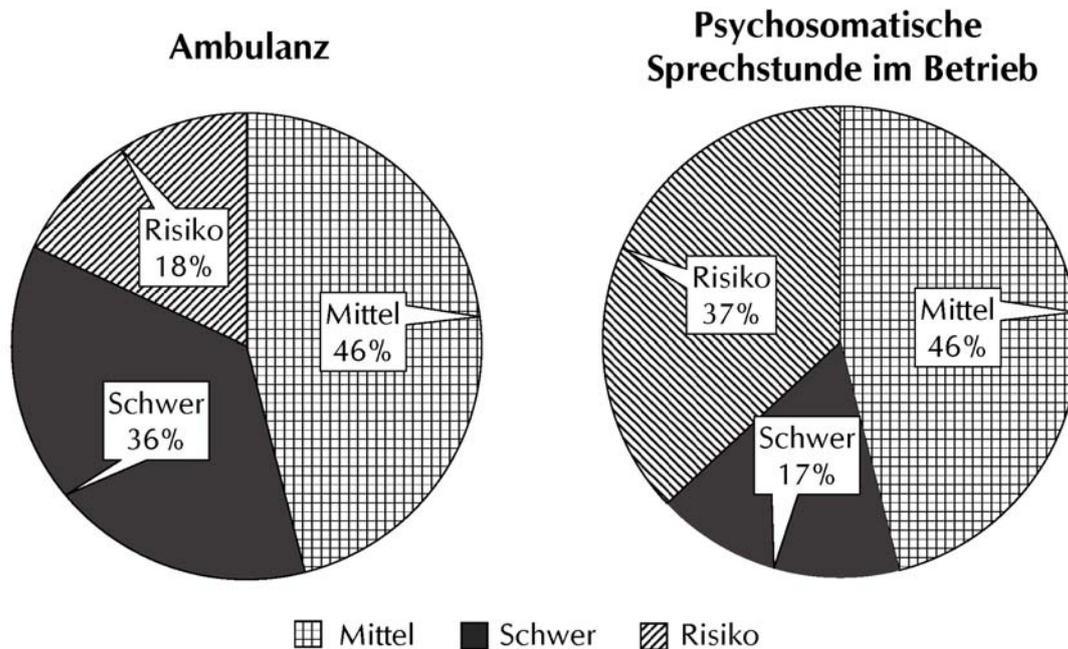
Eine besondere Stärke der Sprechstunde liegt in der Nähe zum Betrieb und den betrieblichen Akteuren, allen voran dem Betriebsarzt. Eine gute Zusammenarbeit hilft, Betroffene zu erreichen, die selber dieses Angebot für sich nicht in Anspruch nehmen würden. Hierfür ist ein psychosomatisches Grundwissen beim Betriebsarzt notwendig, welches z.B. über Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung erworben kann, aber auch in der regelmäßigen Zusammenarbeit und Rückmeldung klinisch-praktisch gefestigt wird.

Bei allen Vorteilen hat das Angebot auch Grenzen. Psychische Störungen entstehen trotzdem und können nicht immer durch frühe Intervention verhindert werden. Gerade bei schwereren Störungen oder Persönlichkeitsstörungen kann eine notwendige längerfristige Psychotherapie durch die Kurzintervention nicht ersetzt werden. Außerdem können strukturelle Probleme nicht gelöst werden, weder die des Gesundheitssystems noch des Betriebs. Im Betrieb besteht bei Etablierung der Sprechstunde immerhin die Möglichkeit, durch eine Teilnahme an Sitzungen (z.B. des BEM-Managements) Erfahrungen einzubringen und in der Sprechstunde offensichtlich werdende Problembereiche zu thematisieren. Auch werden durch den Kontakt mitunter weiterführende Angebote angeregt wie z.B. Schulungen für Führungskräfte zum Thema Arbeit und psychosomatische Zusammenhänge.

Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb wird von uns kontinuierlich beforscht. Wir verglichen Patienten aus der Hochschulambulanz der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulms sowie der Ambulanz der Sonnenbergklinik in Stuttgart mit den Patienten der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb aus einem Betrieb der Automobilindustrie, Metallverarbeitung sowie Sicherheitstechnik. Die Patienten wurden entsprechend der Selbstbeurteilungs-Fragebögen eingeteilt in die Klassen „Risiko“ (reduzierte Arbeitsfähigkeit, aber nur milde klinische Symptome, gute Lebensqualität), „mittel“ (reduzierte Arbeitsfähigkeit, reduzierte Lebensqualität) und „schwer belastet“ (stark reduzierte Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität). Die Patienten der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb waren häufiger der „Risiko“-Gruppe und seltener der schwer belasteten Gruppe zugeordnet als die Patienten der Ambulanzen. Außerdem hatten die Patienten der Sprechstunde im Betrieb seltener bereits vorher Kontakt mit jemandem aus dem „Psych“-Bereich des Gesundheitssystems wie einem Psychiater oder einem Psychotherapeuten [9]. Die Patienten schätzten sich zwölf Wochen nach dem Aufsuchen der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb in der Selbstbeur-

#### IV. Psychische Belastungen und Beanspruchungen und Abhängigkeitserkrankungen

teilung durchweg als arbeitsfähiger ein und zeigten gebesserte Beschwerden als zum Zeitpunkt des Aufsuchens der Sprechstunde [10]. Die Zufriedenheit der Patienten war in der Sprechstunde im Betrieb höher als in der Ambulanz [11].



**Abb. 1:** Verteilung der Gruppen „Risiko“, „Mittel“ und „Schwer belastet“ unter Patienten der Ambulanz und der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb

Mittlerweile sind weitere Betriebe, auch aus dem Pflege-Bereich, hinzugekommen. Eine Zusammenschau der Daten über die letzten Jahre und verschiedene Betriebe hinweg zeigt folgende Basis-Charakteristika [12]):

Basisdokumentation	Anteil/Mittelwert (Standardabweichung)
Männer	46%
Alter	45 (11,2)
Realschulabschluss	40%
Lehre	58%
Bisher keine ambulante Psychotherapie	59%
Bisher kein Klinikaufenthalt in Psychosomatik oder Psychiatrie	77%

**Tab. 1:** Basisdokumentation der Nutzer der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb über einen Zeitraum von drei Jahren (N = 275)

Besonders erfreulich ist der hohe Anteil an Männern, die die Sprechstunde aufsuchen. Des Weiteren untersuchten wir, wie häufig die Empfehlungen, die die Therapeuten in der Ambulanz und in der Sprechstunde den Patienten geben, umgesetzt werden. Hier zeigte sich, dass in der Sprechstunde insbesondere die Empfehlung zur Kurzintervention durchgehend umgesetzt wurde. Wir gehen davon aus, dass hierbei die Möglichkeit, beim selben Therapeuten zu bleiben und nicht wechseln bzw. sich erneut auf Therapeutensuche begeben zu müssen, eine wesentliche Rolle spielt [13].

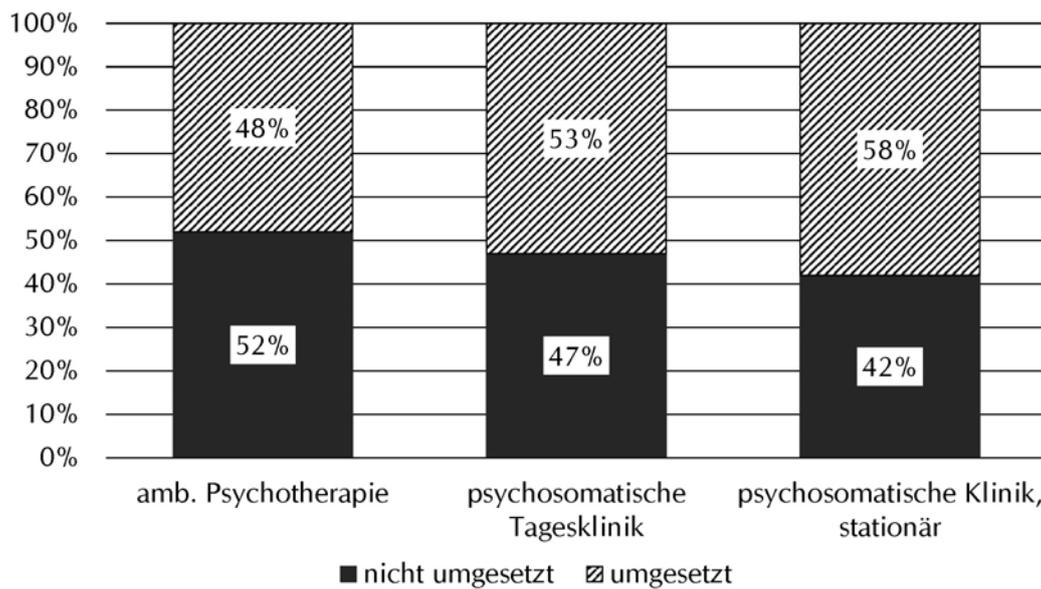


Abb. 2a: Empfehlungen der Therapeuten in der Ambulanz (Hochschulambulanz: N = 91 [13])

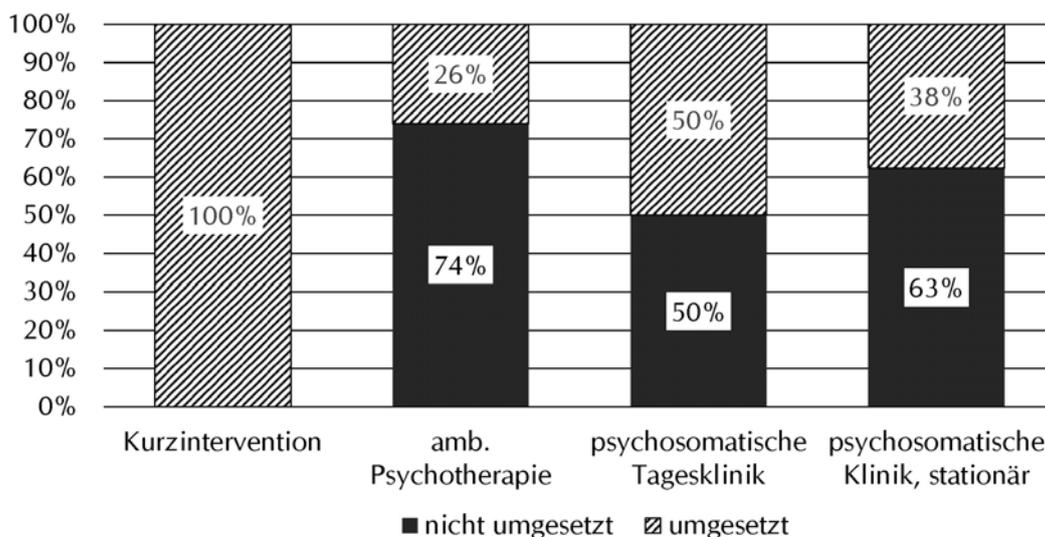
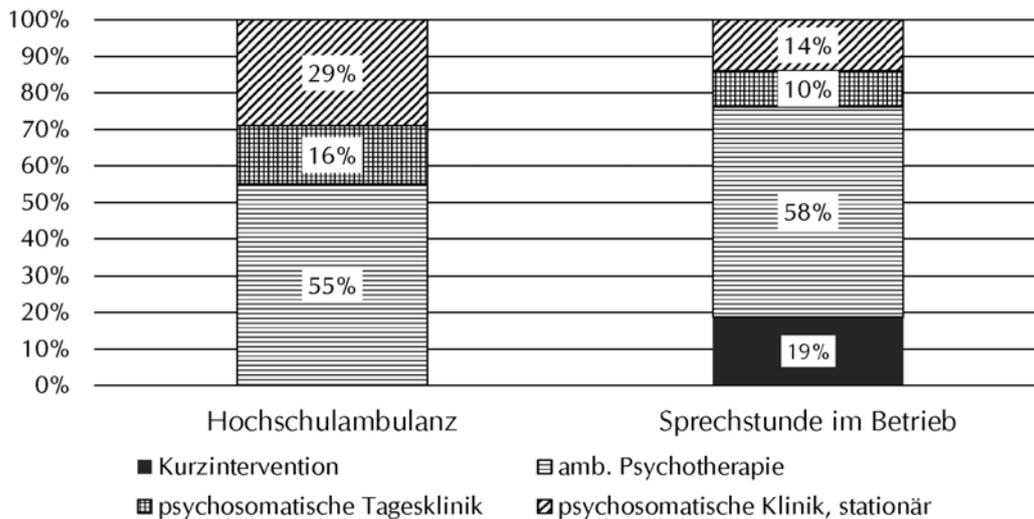


Abb. 2b: Empfehlungen der Therapeuten in der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (Sprechstunde im Betrieb: N = 59 [13])

#### IV. Psychische Belastungen und Beanspruchungen und Abhängigkeitserkrankungen



**Abb. 2c: Umsetzung der Empfehlungen der Therapeuten in der Ambulanz und in der psychosomatischen Sprechstunde durch die Patienten (Hochschulambulanz: N = 91 / Sprechstunde im Betrieb: N = 59 [13])**

Insgesamt weisen die bisherigen Studienergebnisse darauf hin, dass wir unserem Ziel, Betroffene früher und niederschwelliger zu erreichen, näher gekommen sind. Auch für die Zukunft erscheint eine enge Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt vor Ort und die Weiterbildung der Betriebsärzte in Psychosomatischer Medizin wichtig.

#### Literatur

1. JACOBI, F., HÖFLER, M., STREHLE, J., et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 85: 77-87 (2014)
2. KIVIMAKI, M., FORMA, P., WIKSTRÖM, J. et al.: Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58 (8): 710-711 (2004)
3. CLEMENT, S., SCHAUMAN, O., GRAHAM, T. et al.: What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine* 45 (1): 11-27 (2015)
4. KRUSE, J., HERZOG, W.: Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland - Formen der Versorgung und ihre Effizienz - Zwischenbericht 2012. Berlin (2012)
5. HARRIS, M., BAXTER, A.J., REAVLEY, N.: Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance use disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiology and Psychiatric Science* 25 (6): 548-561 (2016)
6. ANGERER, P., GÜNDEL, H., SIEGRIST, K.: Stress: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Depression. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 139: 1315-1320 (2014)

7. HERACLIDES, A., CHANDOLA, T., WITTE, D.R. et al.: Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: Evidence from the Whitehall II study. *Diabetes Care* 32 (12): 2230-2235 (2009)
8. BALINT, E., VON WIETERSHEIM, J., GÜNDEL, H. et al.: Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb - ein Zukunftsmodell? *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 101 (31): 38-47 (2018)
9. ROTHERMUND, E., KILIAN, R., ROTTLE, E. et al.: Improving Access to Mental Health Care by Delivering Psychotherapeutic Care in the Workplace: A Cross-Sectional Exploratory Trial. *PLoS One* 12 (1): 1-16 (2017)
10. ROTHERMUND, E., GÜNDEL, H., ROTTLE, E. et al.: Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health* 16: 891 (2016)
11. ROTHERMUND, E., KILIAN, R., BALINT, E.M. et al.: Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 62 (2): 186-194 (2019)
12. BALINT, E., GANTNER, M., HANKE, T. et al.: Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb - von wem wird sie aufgesucht? *Symposium des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin*. Berlin (2019)
13. ROTHERMUND, E., ROTTLE, E., KILIAN, R., et al.: Compliance bezüglich der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen bei Nutzern eines Frühinterventionsangebotes am Arbeitsplatz im Vergleich zu den Nutzern einer Hochschulambulanz. *Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Berlin 154 (2017)

**Anschrift der Verfasserin**

Dr. med. Elisabeth Balint  
Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Albert-Einstein-Allee 23  
89081 Ulm