

## Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Angebot mit Konsiliarcharakter

Eva Rothermund, Michael Hölzer, Uta Wegewitz

Durch eine psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSIB) können Mitarbeiter früher im Erkrankungsverlauf erreicht werden. Durch die rechtzeitige Weichenstellung und Begleitung der Beschäftigten kann die Chronifizierung verhindert werden. Der Beitrag plädiert für die Einbettung der PSIB in das betriebliche Gesundheitsmanagement und zeigt, wie Vorsorge- und Früherkennungsangebote für die Gesundheit im Arbeitsalltag genutzt werden können.

### Betriebliches Gesundheitsmanagement

Psychische Gesundheit im Betrieb umfasst Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, die idealerweise eng im betrieblichen Gesundheitsmanagement verknüpft sein sollten. Hierzu gehören die gesetzlich verpflichtenden Bausteine Arbeitsschutz, arbeitsmedizinische Vorsorge sowie das betriebliche Eingliederungsmanagement, die um Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Früherkennung ergänzt werden können [1][2].

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Lebensqualität und hängen i. d. R. mit Leistungsminderung zusammen [3]. Sie sind der zweithäufigste Grund für Fehltage, machen 17% am Volumen der Arbeitsunfähigkeitstage aus [4] und sind mit 42% die häufigste Ursache für Frühberentungen [5]. Die Früherkennung und -intervention bei psychischen und psychosomatischen Beschwerden ist entscheidend für die Prognose [6]. Die Arbeitswelt kann hier ein geeignetes Setting für Interventionen sein [2][7][8][9].

Erste Erfahrungen mit innovativen Versorgungsmodellen zeigen, dass die engmaschige Zusammenarbeit der entsprechenden Akteure eine frühzeitige Behandlung vor allem derjenigen ermöglicht, die bisher keinen Kontakt

zum medizinisch-therapeutischen System hatten [3][7][10][11].

### Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSIB)

Als PSIB wird eine Kooperation zwischen einem Betrieb oder einem Betriebsarzt und einem externen Experten für seelische Gesundheit bezeichnet [3][10][11] (s. Infobox). **► Abb. 1** gibt einen Überblick über die Verortung der PSIB an der Schnittstelle zwischen Betrieb und medizinisch-therapeutischem System. Die aktuellen Modelle haben Pilotcharakter und bilden sich noch nicht in der Sozialgesetzgebung ab. Deshalb hängt die Finanzierung von einer jeweils individuellen Vereinbarung ab und wird häufig vom Betrieb selbst getragen.

Der externe Experte ist „fachpsychotherapeutisch“ qualifiziert. Die Qualifikation sollte dem eines Facharztes oder approbierten Psychologischen Psychotherapeuten entsprechen bzw. die Experten sollten sich am Ende ihrer Weiterbildungszeit befinden und durch einen Facharzt supervidiert werden. Die hierfür in Frage kommenden Fachdisziplinen sind Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychotherapie und Psychiatrie.

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 unter Berücksichtigung der Vereinbarungen zur Schweigepflicht.

#### Merke

**Die Regelung zur Schweigepflicht sollte für den Mitarbeiter transparent sein und am Anfang des Gesprächs vom Behandler angesprochen werden.**

#### INFOBOX

##### Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSIB)

Die PSIB ist ein betrieblich initiiertes Angebot, das sich an Beschäftigte mit einer drohenden, beginnenden oder manifesten psychischen Erkrankung richtet. Sie ist Teil betriebsnaher Versorgungsnetzwerke und beinhaltet eine Kooperation zwischen dem Betrieb und einem externen Experten für seelische Gesundheit. Die Beratung erfolgt durch medizinische oder psychologische Fachpsychotherapeuten. Betriebsärzte und die innerbetriebliche Sozialberatung übernehmen dabei oft eine Vermittlungsrolle.



► **Abb. 1** Die Psychosomatische Sprechstunde an der Schnittstelle zwischen betrieblichem und medizinisch-therapeutischem System.

Auch wenn dies vordergründig banal erscheint, bedarf der Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht an der Schnittstelle besonderer Sorgfalt. Die Akzeptanz unter den Mitarbeitern hängt ganz entscheidend davon ab und wird stark durch Mund-zu-Mund Propaganda beeinflusst.

Die Wirksamkeit dieses Angebotes ist vergleichbar mit der bisherigen Praxis [12]. Die Kosteneffektivität dieses Angebotes wird vermutet und in Modellberechnungen postuliert [13].

## Sozialer Schaden

Durch einen Teufelskreis aus Symptomen, eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, zwischenmenschlichen Reibungen, eingeschränkter Leistungsfähigkeit und vermindertem Selbstwert kann sich eine Abwärtsspirale entwickeln. Sie kann zu großem sozialen Schaden führen, z. B. der Verschlechterung des Arbeitsklimas bis hin zur Zerrüttung der Beziehungen am Arbeitsplatz, sowie eine Chronifizierung der Beschwerden befördern.

### Merke

**Frühinterventionen können dazu beitragen, die Abwärtsspirale sozialen Schadens bei der Entwicklung einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung zu stoppen.**

Das Konzept „Arbeiten in Dissonanz“ [14] liefert hierfür einen Erklärungsansatz. Die qualitative Untersuchung an Arbeitnehmern mit psychischen Beschwerden beschreibt, wie über das Gefühl der Betroffenen, nicht wirklich teilzunehmen, ein Zustand entsteht, der von zunehmender Instabilität geprägt ist. Danielsson et al. konnten hierfür Merkmale identifizieren, z. B. den Verlust des Gefühls für Arbeitsrhythmus und -abläufe, das Gefühl einer Isolation trotz Zusammenarbeit und körperliches Unwohlsein [14].

### FALLBEISPIEL

Der 39-jährige türkischstämmige Herr G. wird von einer besorgten Werksärztin der Sprechstunde zugewiesen, leide er doch seit Längerem unter einer quälenden Kopfschmerzsymptomatik, einer Bing-Horton-Neuralgie, die in den letzten 1½ Jahren erheblich an Intensität und Häufigkeit zugenommen habe. Sie frage sich, ob die medikamentöse Einstellung stimme oder ob nicht eher seelische Probleme die Symptomatik mit verursachen würden.

Der großgewachsene, stämmige Mechatroniker berichtet über massive nächtliche Schmerzattacken, die in den letzten Monaten an Intensität zugenommen hätten: „Manche schlagen ja mit dem Kopf an die Wand, ich versuche dagegen anzukämpfen, aber die Schmerzen sind trotz Medikation fast unerträglich.“ Die Medikation wirke adäquat. Der Interviewer wundert sich lediglich über das unruhig-angespannte Ausdrucksverhalten des Patienten, der situativ keine Schmerzen angibt. Auf Nachfragen berichtet Herr G., dass er „schon jahrelang“ unter einer quälenden inneren Unruhe leide, unter Ängsten vor jeder Art von geschlossenen Räumen („Ich fühle mich dann wie im Gefängnis“) sowie unter massiven vegetativen Angstäquivalenten, vor allem „plötzlich auftretendes“ Herzrasen, Schweißausbrüche und Schwindelgefühle. Dass diese Symptomatik Ausdruck einer Angststörung sein könnte, könne er sich „eigentlich nicht vorstellen“.

Im weiteren Gesprächsverlauf wird dann deutlich, wie angepasst der ausgesprochen leistungsorientierte und jederzeit hilfsbereite Mitarbeiter seinen Alltag gestaltet, die Mutter, bei der er noch mit seinen beiden älteren Schwestern wohne, wie eine „Heilige“ verehrend. Die drei Frauen habe er als

Jüngster immer versucht, vor dem gewalttätigen und alkoholkranken Vater zu beschützen, bis er Letzteren schließlich aus der Wohnung habe „schmeißen“ müssen. Später habe ihn das Schicksal des Vaters so gequält, dass er sich massiv für ihn eingesetzt habe. Überhaupt sei er ein Mensch, der sich für andere einsetze, wenn es nur die Kopfschmerzen zuließen. Sehr nachdenklich reagiert der Patient auf die Überlegung des Interviewers, dass seine Verausgabungsbereitschaft wohl eine Schattenseite der Vereinnahmung durch andere mit sich bringen dürfte. Seine Freundlichkeit habe er jedenfalls bislang nie mit einer Hemmung jedweder Abgrenzung gegenüber in Verbindung gebracht. Die Idee, einen weitergehenden Kontakt zu einem Psychotherapeuten herzustellen, fände er sehr interessant, auch wenn dadurch eher die Angstsymptome als der Kopfschmerz adressiert würden.

#### Kommentar

Typisch an dieser Sprechstundensituation ist, dass ein türkischstämmiger Mitarbeiter vorgestellt wird, der zunächst „Psychotherapie“ als beschämend erlebt, weil es seinem kulturell verankerten Männerbild nicht entspricht, irgendwelche „Schwächen“ zu haben. Typisch auch, dass eine vom Patienten zunächst schamhaft verschwiegene Problematik (trotz erheblicher Beeinträchtigungen und eines entsprechenden Leidensdrucks) thematisiert wurde und er motiviert werden konnte, weiterführende Therapie bzw. Beratung aufzusuchen. Nicht zuletzt dürfte auch die Werksärztin von der Nachbesprechung profitieren, im Sinne einer klärenden Differenzialdiagnose zwischen eher somatisch (Bing-Horton-Neuralgie) bzw. eher psychosozial bedingten Symptomen (Angststörung).

## Therapeutische Elemente an der zeitlich begrenzten Schnittstelle

### Konzept

Der Rahmen (Kürze der Begegnung, Ort und Kontext der Begegnung) bestimmt den Inhalt der Intervention stärker

#### INFOBOX

##### Zentrale therapeutische Elemente in der PSIB

1. Herstellen einer Beziehung zwischen Beschäftigtem und Behandler
2. diagnostische Einschätzung
3. Befähigung des Patienten zu Selbstmanagement
4. Motivation und Unterstützung für weitere Schritte

als die Therapieschule der Behandler. Die Kollegen berichten, meist eine aktive und supportive Rolle einzunehmen. Beziehungsförderndes Verhalten wie freundlich-aufmerksame Zuwendung, Wertschätzung und unkonditionales Akzeptieren im Sinne der Gesprächstherapie nach Rogers prägen den Kontakt. Transparenz im Vorgehen und Wissensvermittlung zielen auf eine Erhöhung des Grundbedürfnisses nach Kontrolle und Orientierung. Die Befähigung des Patienten, eine aktive Rolle im weiteren Prozess zu übernehmen, wird zudem durch eine starke Ressourcenorientierung angestrebt.

Der Charakter der Begegnung „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ wird größtenteils durch das von Gill 1954 erstmalig als „initial psychiatric interview“ oder im Deutschen „Erstinterview“ [15] definierte Konzept gefasst und umfasst 4 zentrale Elemente (s. Infobox):

1. Herstellen einer Beziehung zwischen Beschäftigtem und Behandler: Die Herstellung einer „Beziehung zwischen zwei Fremden, von denen der eine eine professionelle Person und der andere ein menschliches Wesen ist, das seelisch leidet und oft andere leiden macht“ [15]. In der Sprechstunde im Betrieb haben wir im Vergleich zu unserer Hochschulambulanz eine größere Anzahl von Menschen, die erstmalig Kontakt mit dem psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungsangebot machen, beobachtet [7]. Deshalb wird hier mit dem Kontakt zum Fachpsychotherapeuten auch oft ein erster Kontakt zu einem Vertreter eines immer noch vielfach mit Stigma behafteten Teils des Versorgungssystems gemacht.
2. Diagnostische Einschätzung: Die Einschätzung in Bezug auf Diagnose, psychosoziale Situation des Patienten und funktionale Beeinträchtigungen. Dabei wird geklärt, inwieweit der Arbeitsplatz als Ressource, neutral oder als belastend wahrgenommen wird. Dies kontrastiert zu anderen Modellen dieser Art, bei denen die strukturierte Erfassung der Diagnose, z. B. mittels SKID, im Vordergrund steht [16].
3. Befähigung des Patienten zu Selbstmanagement: Der Therapeut klärt patientengerecht über die im diagnostischen Assessment gewonnene Einschätzung auf und liefert Informationen über die Störung und ihre Behandlung. Dieses Element bezeichnet man als Psychoedukation. Neben einem positiven Einfluss auf Einstellungen zum Inanspruchnahmeverhalten [17] ist ein positiver Einfluss auf den Behandlungserfolg z. B. für Depression belegt.
4. Motivation und Unterstützung für weitere Schritte: Entsprechend der gewonnenen Einschätzung besteht die Aufgabe darin, Behandlungsmöglichkeiten zu skizzieren und den Patienten in einem partizipativen Prozess (s. 3.) zu befähigen, eine Motivation für eine ggf. notwendige Behandlung zu entwickeln, sowie ihn bei der Behandlungsaufnahme zu unterstützen.

## Weiterer Verlauf

Auch wenn Beschäftigte nach einer PSIB weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen eine positivere Haltung entgegenbringen, führt das nicht dazu, dass sich die Betroffenen häufiger in Behandlung begeben (eigene Ergebnisse in Vorbereitung [17]). Kurzinterventionen, die sich direkt an die Sprechstunde anschließen und je nach Finanzierungsrahmen 2–10 zusätzliche Sitzungen umfassen, könnten dieses Problem lösen [18][19]. Sie werden häufig vom gleichen Therapeuten durchgeführt.

In anderen Fällen dient die Kurzintervention als Überbrückung, bis eine Behandlung in der Regelversorgung möglich ist, oder der Motivation, eine weitere Behandlung aufzunehmen.

Dieses Angebot sollte die reguläre Psychotherapie nicht ersetzen [20], aber die Patienten niederschwellig erreichen. Bei einem Teil der Patienten führen die Kurzinterventionen (bis 10 Stunden) auch zu einer ausreichenden Stabilisierung, so dass keine weitere Behandlung notwendig ist.

Bislang nicht beforscht und wenig praktiziert – aber sehr aussichtsreich – erscheint eine Vernetzung der PSIB auch in den Rehabilitationsbereich. Wesentliche Elemente dabei sind das Herstellen einer guten Beziehung zu Vertretern des psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Behandlungssystems, umfassende Diagnostik, Information und Motivation zu und Überleitung in die reguläre Versorgung im Sinne eines partizipativen Prozesses. Weitere Vorteile sehen wir im nahen Arbeitsbezug.

### FAZIT

Die betriebliche psychosomatische Sprechstunde öffnet Türen für weitergehende Interventionen. Trotz der Fokussierung auf die Arbeit sollte sie jedoch auch private Konfliktfelder und Ressourcen mit einbeziehen, da die Erfahrung zeigt, dass zwischenmenschliche Probleme oft im Beruflichen wie im Privaten bestehen. Eine Entspannung in einem Lebensbereich kann sich auch positiv auf den anderen auswirken.

## Interessenkonflikt

Vorträge, Seminare oder Workshops (ER, MH) in verschiedenen Firmen im Bereich „Arbeit und seelische Gesundheit“; Leitungstätigkeit (ER) bzw. Leiter (MH) in/von Kliniken, die an Kooperationsvereinbarungen mit Firmen zur Einrichtung einer „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ beteiligt sind. BAuA (UW): Forschung zu Return to Work nach psychischen Erkrankungen: Projektförderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Hans-Böckler-Stiftung

## Autorinnen/Autoren



### Eva Rothermund

Dr. med.; 1995–2004 Studium und Promotion Charité Berlin. Seit 2013 Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm. Seit 2014 leitend tätig in verschiedenen Settings in Klinik und Forschung, aktuell im Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz, Universität Ulm. Wissenschaftliche Schwerpunkte: klinische Versorgungsforschung, komplexe Interventionen, Gruppentherapieangebote, Schmerztherapie und Psychosomatische Gesundheit und soziale Interaktion.



### Michael Hölzer

Priv. Doz. Dr. med., Jahrgang 1956; Studium der Medizin und Facharztausbildung (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) an der Universität Ulm sowie im ZfP Bad Schussenried, Psychoanalytiker und Gruppenpsychoanalytiker, MBA an der Fachhochschule Weingarten, Ärztlicher

Direktor und Medizinischer Geschäftsführer an der Sonnenberg Klinik in Stuttgart und an der Schussental Klinik in Aulendorf, Fachleitung des SINOVA Kliniken Verbundes der Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie.



### Uta Wegewitz

Dr. rer. nat., MPH, promovierte Ernährungswissenschaftlerin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH); seit 2013 Leiterin der Gruppe Evidenzbasierte Arbeitsmedizin, Betriebliches Gesundheitsmanagement an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin; Forschungsschwerpunkte: Return-to-Work-Forschung und Methoden der Evidenzbasierten Medizin.

## Korrespondenzadresse

### Dr. med. Eva Rothermund

Universität Ulm  
Kompetenzzentrum für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz  
Leadership Personality Center Ulm, LPCU  
Kornhausgasse 9  
89073 Ulm  
E-Mail: eva.rothermund@uni-ulm.de

## Literatur

- [1] Rothe I, Adolph L, Beermann B, Schütte M, Windel A, Grewer A, Lenhardt U, Michel J, Thomson B, Formazin M. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. Dortmund: BAUA; 2017
- [2] Stegmann R, Schröder U. Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer; 2018
- [3] Wege N, Angerer P. Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. Die Psychiatr 2013; 10: 71–81

- [4] Marschall J, Hildebrandt S, Sydow H, Nolting H-D, Burgart E, Woköck T. Gesundheitsreport 2017. Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Hamburg: medhochzwei; 2017
- [5] Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. 2013: 1–66
- [6] Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6: 177–185
- [7] Rothermund E, Kilian R, Rottler E et al. Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial. *PLoS One* 2017; 12: e0169559
- [8] Barrech A, Kilian R, Rottler E et al. Do working conditions of patients in psychotherapeutic consultation in the workplace differ from those in outpatient care? Results from an observational study. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 227
- [9] Rothermund E, Michaelis M, Jarczok MN et al. Prevention of Common Mental Disorders in Employees. Perspectives on Collaboration from Three Health Care Professions. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 1–13
- [10] Rothermund E, Gündel H, Kilian R et al. Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten. *Z Psychosom Med Psychother* 2014; 60: 177–189
- [11] Mayer D, Schmidt H, Hoelzer M. „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2010; 45: 593–597
- [12] Rothermund E, Gündel H, Rottler E et al. Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health* 2016; 16: 891
- [13] Evans-Lacko S, Koeser L, Knapp M et al. Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016; 26: 1004–1013
- [14] Danielsson L, Bertilsson M, Holmgren K et al. Working in dissonance: experiences of work instability in workers with common mental disorders. *BMC Publ Health* 2017; 17: 472
- [15] Thomä H, Kächele H. *Psychoanalytische Therapie. Grundlagen*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer; 2006
- [16] Bode K, Wunsch E-M, Finger F et al. Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 235–241
- [17] Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H et al. A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress (structured abstract). *BMC Psychiatry* 2012; 12: 81
- [18] Hölzer M. Psychische Gesundheit im Betrieb. *Psychother im Dialog* 2012; 13: 52–55
- [19] Kröger C, Bode K, Wunsch E et al. Work-Related Treatment for Major Depressive Disorder and Incapacity to Work: Preliminary Findings of a Controlled, Matched Study. *J Occ Health Psychol* 2014; 20. doi:10.1037/a0038341
- [20] Preiser C, Rothermund E, Wittich A et al. Psychosomatic consultation in the workplace – opportunities and limitations of the services offered. Results of a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2016; 89: 599–608

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0556-2632>  
 PiD - Psychotherapie im Dialog 2018; 19: 50–54  
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
 ISSN 1438–7026