

Universitätsklinikum Ulm  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Bündel

**Umsetzung von Therapieempfehlungen in einer Hochschulambulanz und  
zwei  
Betriebsambulanzen**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Michelle Bardosch  
Nürnberg  
2018

Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian

Tag der Promotion: 12.07.2019

*Für meine Mutter Jana Bardosch und meinen Bruder Alexander Bardosch,  
für meinen Lebensgefährten Jonas Eberhardt,  
für meinen Vater Peter Bardosch,  
für meine Großeltern,  
für meine Freunde und meine zweite Familie,  
und für das, was die Schönheit Ulms ausmacht.*

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>III</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Aktueller Wissenstand zur Umsetzung von Therapieempfehlungen .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Entwicklung und Forschungsstand der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Fragestellung und Hypothesen .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Material und Methoden.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Rahmenbedingungen der Untersuchung.....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Die Hochschulambulanz der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm .....	16
2.1.2 Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb bei den Firmen A und B.....	16
<b>2.2 Studiendesign und Datenerhebung .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 Stichprobe, Ausschlusskriterien und Zeitrahmen.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 Instrumente der Datenerhebung .....</b>	<b>19</b>
2.4.1 T1 Fragebogen .....	19
2.4.2 T2 Fragebogen .....	20
2.4.3 Arztbriefe .....	20
<b>2.5 Statistische Methodik .....</b>	<b>23</b>
2.5.1 Statistische Verfahren .....	26
<b>2.6 Stichprobe und Verlauf der Datenerhebung .....</b>	<b>26</b>
<b>2.7 Soziodemografische Merkmale der drei Einrichtungen .....</b>	<b>27</b>
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Vergleich der Hochschulambulanz und den Betriebsambulanzen hinsichtlich des Schweregrads der Erkrankung .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Vergleich der Hochschulambulanz und Betriebsambulanzen hinsichtlich im Arztbrief genannter Probleme.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Darstellung der zusammengefassten Empfehlungen in den drei Einrichtungen .....</b>	<b>37</b>
<b>3.4. Darstellung der Empfehlungsumsetzung in den drei Einrichtungen Hochschulambulanz, Firma A und Firma B.....</b>	<b>41</b>
<b>3.5 Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Art der Empfehlung und Empfehlungsumsetzung .....</b>	<b>42</b>
<b>3.6 Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung zwischen Männern und Frauen .....</b>	<b>47</b>
<b>3.7 Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung zwischen einzelnen Schulabschlüssen ....</b>	<b>48</b>

<b>4. Diskussion .....</b>	<b>50</b>
<b>4.1 Diskussion der Methodik .....</b>	<b>50</b>
<b>4.2 Diskussion zur ersten Hypothese .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3 Diskussion zur zweiten Hypothese .....</b>	<b>54</b>
<b>4.4 Diskussion zur dritten Hypothese .....</b>	<b>58</b>
<b>4.5 Diskussion zur vierten Hypothese .....</b>	<b>60</b>
<b>4.6 Diskussion zur fünften Hypothese .....</b>	<b>64</b>
<b>4.7 Diskussion zur sechsten Hypothese.....</b>	<b>65</b>
<b>4.8 Schlussfolgerungen und Ausblick:.....</b>	<b>66</b>
<b>5. Zusammenfassung .....</b>	<b>69</b>
<b>6. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>71</b>
<b>Curriculum Vitae Michelle Bardosch.....</b>	<b>78</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>79</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

%	Prozentueller Anteil
Amb. Psychoth.	Ambulante Psychotherapie
Amb. Psychother.	Ambulante Psychotherapie
Amb. Psychotherapie	Ambulante Psychotherapie
Anz.Psych.Diagnosen	Anzahl psychischer Diagnosen
Anz.Som.Diagnosen	Anzahl somatischer Diagnosen
Anz.Vorbehandlungen	Anzahl psychischer Vorbehandlungen
AU	Arbeitsunfähigkeit
BKK	Betriebskrankenkasse
Hauptschul.	Hauptschulabschluss
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MW	Mittelwert
n	Stichprobenanzahl bzw. Patientenzahl
n.s.	nicht signifikant
p	Signifikanzwert
PSIB	Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb
Realschul.	Realschulabschluss
SD	Standardabweichung
Sonderschul.	Sonderschulabschluss
Stat. Psychosom.	Stationäre Psychosomatik
Stat. Psychosomatik	Stationäre Psychosomatik
TK Psychosom.	Psychosomatische Tagesklinik
TK Psychosomatik	Psychosomatische Tagesklinik

## 1. Einleitung

Bei circa einem Drittel der 18 bis 65-jährigen Europäer wurde in den letzten 12 Monaten eine psychische Diagnose gestellt. Fast jede zweite Person in Europa ist oder war im Laufe ihres Lebens bereits von einem seelischen Leiden betroffen. Landes-übergreifende Studien weisen darauf hin, dass psychische Erkrankungen in europäischen Gesundheitssystemen mangelhaft erkannt bzw. diagnostiziert werden. Selten erhalten Kranke eine adäquate Behandlung (Wittchen u. Jacobi 2005). Diese Zahlen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in Europa werden in Studien über Deutschland bestätigt: Fast 30% der erwachsenen Deutschen sind von psychischen Erkrankungen betroffen (Jacobi et al. 2014). In den letzten 10 Jahren mehrten sich Hinweise dafür, dass die Prävalenz psychischer Erkrankung nicht nur statistisch zunimmt, sondern dass sich die Krankheiten auch mit einer höheren Krankheitslast präsentieren als früher erwartet wurde (Jacobi et al. 2014; Wittchen u. Jacobi 2005; Wittchen et al. 2011). Diese epidemiologischen Angaben sind besorgniserregend, doch auch auf der Versorgerseite gibt es Probleme. Psychotherapeutensuche und Terminvereinbarung gestalten sich schwer in der Bundesrepublik: Im Durchschnitt wartet ein Patient auf ein ambulantes psychotherapeutisches Erstgespräch 12,5 Wochen, in Großstädten zwei bis drei Monate und in ländlichen Gebieten knapp 4 Monate. Dies führt dazu, dass lediglich *„51,6 Prozent der Patienten, denen ein Erstgespräch angeboten wird, auch eine Behandlung aufnehmen“* (Bundespsychotherapeutenkammer 2011, S. 6). Als Konsequenz der langen Wartezeit und dem nicht zustande kommen von notwendiger Therapie folgt letztendlich, dass Kranke das Gesundheitssystem, Unternehmen und Krankenkassen durch erhöhte Kosten belasten und es zu mehr Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) kommt (Berger et al. 2013; Knieps et al. 2015; Rothermund et al. 2016; Unger u. Richter 2013). In den letzten zehn Jahren haben sich berufliche Fehltage aufgrund psychischer Störungen mehr als verdoppelt und waren 2015 der Grund von 16,2% aller Fehltage. Miteinher gehen Produktionsausfallkosten von 8,2 Mrd. Euro wegen Absentismus, medizinischen Kosten und frühzeitiger Berentung (Knieps et al. 2016; Unger u. Richter 2013).

Wegen der steigenden Fehltage durch psychische Störungen und der damit verbundenen Kosten bemühen sich Betriebe zunehmend um die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter, unabhängig davon, ob die Ursache der psychischen Beschwerden ihrer Mitarbeiter Probleme am Arbeitsplatz oder Konflikte im Privatleben sind (Knieps et al. 2016).

„Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung [sollten] den Fokus u. a. auf den Abbau von psychosozialen Belastungen wie chronischer Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Überforderung etc. legen“ (Marschall et al., S.139). Es wäre nötig zu verhindern, dass der Arbeitsplatz unter den Folgen psychischer Erkrankungen leidet und dass weniger psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz entstehen.

Betriebsärzte bejahen, dass sie diese Problematik zunehmend am Arbeitsplatz feststellen können (Preiser et al. 2015): „Der Anstieg der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen ist eine der auffälligsten Entwicklungen in Bezug auf die Krankenstandskennziffern in den letzten Jahren“ (Marschall et al., S.22). „Um zu verhindern, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen lange arbeits- oder gar erwerbsunfähig werden, bedarf es zukünftig einer Verbesserung der Prävention, Kuration und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen“ (Unger u. Richter 2015, S.204).

An dieser Schnittstelle von Beruf und Gesundheit greifen u.a. die psychosomatische Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und besonders das neue Versorgungsmodell „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) an. Die vorliegende Arbeit dient der Untersuchung der bisher erst in einer einzigen Studie von Rothermund et al. (Rothermund et al. 2012) untersuchten Wirksamkeit einer „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ im Vergleich zur Sprechstunde einer psychosomatischen Hochschulambulanz.

Die Hauptfragestellung dieser Arbeit ist, wie sich Nutzer einer „psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ im Vergleich zu Patienten einer psychosomatischen Ambulanz in ihrer Umsetzung von Therapieempfehlungen unterscheiden und ob diese Umsetzung womöglich von der Art der empfohlenen Therapie abhängt. Daneben wird ein Augenmerk auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes und die Kategorisierung psychischer Krankheitsursachen in den beiden Gruppen (Hochschulambulanz bzw. PSIB) gerichtet. Zum Schluss wird noch eruiert, ob sich Männer und Frauen bzw. Patienten mit verschieden hohem Bildungsabschluss bezüglich ihrer Empfehlungsumsetzung unterschiedlich verhalten.

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit soll im Rahmen einer Darstellung des aktuellen Forschungsstandes ein Überblick zu den Themengebieten „Umsetzung von Therapieempfehlungen“ und Entstehung des neuen Versorgungsmodells „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ gegeben werden. Anschließend wird die durchgeführte Studie in Methodik, Ergebnissen und Diskussion ausführlich beschrieben.



## 1.1 Aktueller Wissenstand zur Umsetzung von Therapieempfehlungen

Es existieren bislang nur wenige Veröffentlichungen über psychosomatische Hochschulambulanzen und die Umsetzung erhaltener Therapieempfehlungen nach (Erst-)Therapiegespräch. Es finden sich einige Studien, welche das psychosomatische Konsil und seinen Nutzen beleuchten (Franz et al. 1999; Seibel et al. 2009; Sommer 2010) ebenso wie andere Arbeiten, welche versuchen, Patientenmerkmale zu definieren, die eine Weiterbehandlung oder eine Therapieaufnahme nach einer Psychotherapieempfehlung vorhersagen lassen. Weiterhin gibt es relevante Dissertationen, die Patienten und Qualität von universitären psychosomatischen Hochschulambulanzen beschreiben (Danner 2005; Seifert 1993; Sommer 2010).

Eine erste retrospektive Untersuchung zur Wirkung psychotherapeutischer Beratungsgespräche findet sich 1983 bei Thomas von Cube (von Cube 1983). In seiner Arbeit „*Katanamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München*“, die eine Stichprobe von 234 Ambulanzpatienten der Münchner Klinik für Psychiatrie 14-16 Monate nach deren Erstkontakt analysierte, behandelte er, wie Patienten ihre Beratungsgespräche wahrnahmen, auf diese reagierten und ob sie Therapievorschlüsse annahmen und genau die empfohlene Therapie umsetzten. Ebenfalls suchte er nach prädiktiven Merkmalen dieser Patienten im Zusammenhang mit der Aufnahme einer therapeutischen Weiterbehandlung und die Abhängigkeit der Therapieaufnahme von der Art der Vermittlung. Ein weiterer Studienfokus lag auf den Gründen der Ablehnung einer Weiterbehandlung.

Bei der Hälfte von Cubes Studienteilnehmern kam eine empfohlene Weiterbehandlung zustande. Weiterhin kam er zu dem interessanten Ergebnis, dass zu den wichtigen Prädiktoren für einen Überweisungserfolg weibliches Geschlecht, junges Alter, höhere Schulbildung und spontane Vorstellung in der psychosomatischen Ambulanz gezählt werden konnten (eine spontane Vorstellung ist in der Ulmer Hochschulambulanz nur bei Selbstzahlern möglich, Patienten benötigen für die Übernahme der Behandlungskosten durch ihre Krankenkassen eine von Fach- oder Hausarzt ausgestellte Überweisung). Die unterschiedlichen Arten der empfohlenen Therapien konnten bei von Cube nicht als Faktor für das zustande kommen einer Weiterbehandlung identifiziert werden. Im Gegensatz zu unserer Studie wurde von Cubes Patienten bei der Vermittlung eines Therapieplatzes

geholfen (Ausgaben von Adressen durch die psychosomatische Abteilung; Patienten der PSIB und der Hochschulambulanz bekamen eine Empfehlung ausgesprochen, die auch im Arztbrief dokumentiert wurde, eine direkte Zuweisung zu einem bestimmten Therapeuten fand nicht statt).

Brähler und Brähler (Brähler u. Brähler 1986) betrachteten 100 Patienten der psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz des Zentrums für psychosomatische Medizin Gießen sechs bis acht Jahre nach deren Erstinterview. Die Compliance (hier: Aufnahme einer Psychotherapie) sowie ob und in welchem zeitlichen Verlauf eine Weiterbehandlung stattgefunden hatte, waren wichtige Forschungsfragen. Gründe für eine mögliche Therapieablehnung wurden ebenfalls wie bei von Cube (von Cube 1983) näher erörtert. Die Empfehlung aus dem Erstgespräch wurde bei Brähler und Brähler nicht genauer als die „Aufnahme einer Psychotherapie“ definiert. In unserer Arbeit wird dagegen die Art der Empfehlung differenzierter und genauer behandelt. Mit Hilfe einer Korrelationsanalyse versuchten die beiden Forscher, Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen bzw. Interviewverlauf und Vorhersagekraft zur Psychotherapieaufnahme herzustellen. Mit Psychotherapieaufnahme korrelierten abschließend in ihrer Arbeit männliches Geschlecht, jüngeres Alter und Depressivität positiv. Es fand sich insgesamt eine Therapiecompliance von 51,5%.

Franz et. al (Franz et al. 1999) eruierten 1995 am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf die Umsetzung von Empfehlungen zur Aufnahme einer Psychotherapie, die im Rahmen einer psychosomatischen Konsiliaruntersuchung und bei Gesprächen in einer psychosomatischen Ambulanz an 285 Patienten vergeben wurde. Die Studienteilnehmer wurden ein Jahr nach ihrem Gespräch per Post kontaktiert und detailliert zu ihrer Empfehlungsumsetzung bzw. Ablehnung der Weiterbehandlung befragt. 49,2% hatten eine Weiterbehandlung begonnen. In der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz des Instituts und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, untersuchten Huber et. al. (Huber et al. 2000) den Einfluss von Qualität und Güte eines Beratungsgesprächs respektive einer Therapeut-Patienten-Beziehung auf die Therapieakzeptanz des Patienten. Die Therapieakzeptanz wurde als der Beginn einer empfohlenen Weiterbehandlung festgelegt.

Von besonderem Interesse an der Arbeit von Huber et al. ist, dass explizit die Art der Vermittlung eines Therapieplatzes beim Folgebehandler im Zusammenhang mit der Therapieakzeptanz analysiert wurde. Es wurde unterschieden, ob der Therapeut in der

Ambulanz selbst den Platz beim nachbehandelndem Therapeuten ausgemacht, er nur eine Adresse ausgehändigt oder lediglich eine Empfehlung ausgestellt hatte. Hier stellten Huber et al. eine hochsignifikante Überlegenheit der ad personam Überweisung mit einer Therapieakzeptanz von 88% im Gegensatz zum Aushändigen einer Therapeutenanschrift (Therapieakzeptanz 69%) und der alleinigen Aussprache einer Empfehlung (Therapieakzeptanz 51%) dar.

Ebenfalls zum Nutzen von psychosomatischen Konsilen betrachteten Seibel et. al. (Seibel et al. 2009) Daten von 401 ehemals stationären Patienten der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Münster. Ihre Fragestellung „*Wie erfolgreich sind Psychotherapieempfehlungen, die neurologischen Patienten im Rahmen eines psychosomatischen Konsils erteilt wurden?*“ kam zu dem Ergebnis, dass 54,5% der Studienteilnehmer ihre Empfehlung umgesetzt hatte. Es konnte kein geschlechtsspezifischer Unterschied zur Empfehlungsumsetzung gefunden werden. Bei den Empfehlungsumsetzern stellte sich ein signifikant besserer Beschwerdeverlauf ein als bei Therapieablehnern. Schlussendlich konnte damit die Aussage getroffen werden, dass die gestellten psychosomatischen Konsile sinnvoll und erfolgreich waren.

Rumpold et. al. (Rumpold et al. 2004) untersuchten in ihrer Studie an 215 unselektierten Patienten des Routinebetriebs der psychotherapeutischen Ambulanz der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck (ähnlich wie von Cube (von Cube 1983) und Brähler und Brähler (Brähler u. Brähler 1986)) welche Prädiktoren es für den Überweisungserfolg (Beginn einer empfohlenen Psychotherapie) bei den Patienten gab. Zwei Jahre nach Überweisung von einer psychotherapeutischen Ambulanz zu einem Psychotherapeuten wurden Telefoninterviews mit den teilnehmenden Patienten und den behandelnden Psychotherapeuten geführt, in denen erfragt wurde, ob eine empfohlene Psychotherapie begonnen wurde und bei welchem Therapeuten in welchem zeitlichen Ausmaß (Patienteninterview) diese stattgefunden hatte. Der Therapeut wurde zu Therapieabbruch durch den Patienten sowie Therapieerfolg befragt. 57,1% der Teilnehmer hatten ihre empfohlene Weiterbehandlung begonnen, tendenziell waren Umsetzer eher weiblichen Geschlechts.

In einer anderen Arbeit aus Österreich von Löffler-Stastka et al. (Löffler-Stastka et al. 2010) wurden die Überweisungserfolge bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung behandelt. Das Ziel dieser Arbeit war die Bestimmung von Patientenfaktoren, die bei der Vorhersage einer erfolgreichen Überweisung helfen könnten. Dazu wurden Persönlichkeitsvariablen von 297 Patienten der ambulant psychoanalytisch-psychotherapeutischen Einrichtung der

Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, mit Hilfe eines Telefoninterviews erhoben sowie überprüft, ob eine gegebenen Therapieempfehlungen umgesetzt wurde. Es konnten 59,3% der Patienten beschrieben werden, die eine empfohlene Psychotherapie in Anspruch genommen hatten. Zudem wurde Bildung als einflussreicher Faktor auf den Überweisungserfolg dokumentiert. Je höher der Bildungsstand, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Patienten in Behandlung begaben und verblieben.

In den beiden österreichischen Studien von Rumpold et al. und Löffler-Stastka et al. (Löffler-Stastka et al. 2010; Rumpold et al. 2004) wurden die Patienten wie teilweise bei Seibel et al. (Seibel et al. 2009) ad personam an einen Therapeuten mit freien Behandlungsplatz überwiesen. Die Patienten mussten, damit es einen Überweisungserfolg (tatsächlicher Beginn der Nachbehandlung) gab, einen Therapietermin ausmachen und die Behandlung antreten.

Die Umsetzung gesundheitsfördernder Empfehlungen mit einer „Face to Face“ oder telefonischen Nachsorge beforchten Braunger et al. (Braunger et al. 2015). In ihrer Studie wurden psychosomatische Rehabilitanden per Zufall einer Gruppe mit Nachsorge per Telefon bzw. „Face to Face“ oder einer Gruppe ohne Nachsorge zugeteilt. Die im Entlassungsbericht der Rehaklinik genannte Empfehlung wurde drei bzw. neun Monate nach abgeschlossenem Rehabilitations-Aufenthalt in beiden Gruppen bezüglich ihrer Umsetzung erfragt. Braunger et al. kamen zu dem Ergebnis, dass in der Gruppe mit Nachsorge die Empfehlungen zu körperlicher Betätigung und ambulanter Psychotherapie besser umgesetzt wurden als in der Vergleichsgruppe ohne Nachsorge. Drei Monate nach Abschluss der psychosomatischen Rehabilitation hatten 52% ohne Nachsorge und 59% mit Nachsorge ihre Therapieempfehlung umgesetzt, neun Monate später waren es 53% der Rehabilitanden ohne und 75% mit Nachsorge. Dabei stellte sich die telefonische Nachsorge als ökonomischer dar, weiterhin wurde dem Geschlecht keine signifikante Rolle für die Empfehlungsumsetzung zuerkannt.

Seifert (Seifert 1993) stellte 1993 in ihrer medizinischen Dissertation die rückblickende Bewertung von Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz des Zentrums für Nervenheilkunde des Klinikums des Christian-Albrechts-Universität zu Kiel dar. Mit einer Katanamnesestichprobe von 125 Patienten, die maximal drei Kontakte zur Ambulanz hatten, sollten genau die Patienten in ihrer Studie eingeschlossen werden, die nur einen kurzen Ambulanzkontakt hatten und nach wenigen Gesprächen mit einer Empfehlung

zur Weiterbehandlung entlassen wurden. Ihr Fokus lag auf der qualitativen Bewertung der Ambulanz, sie erhob, wie therapeutische Gespräche bewertet wurden und wie sich entlassene Patienten bezüglich Lebenssituation und -zufriedenheit entwickelt hatten. Für diese Arbeit interessant ist die Information, dass 49% der Studienteilnehmer ihre Therapieempfehlung angenommen hatten.

In einer weiteren Dissertation der medizinischen Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg im Breisgau, befasste sich Sommer (Sommer 2010) mit 56 Patienten unterschiedlicher medizinischer Abteilungen, die ein psychosomatisches Konsil mit Psychotherapieempfehlung erhalten hatten und darauf folgender Inanspruchnahme von Psychotherapie. Ihrer Definition nach waren Patienten „therapiecompliant“, wenn sie Kontakt zu einem Nachbehandler aufgenommen hatten. Es wurden vor allem die Einflussfaktoren (Diagnosen, Vorbehandlungen, konkrete Empfehlungen) für die Übernahme psychotherapeutischer Weiterbehandlung nach Empfehlung durch den psychosomatischen Konsiliardienst eruiert. Als Ergebnis hielt sie fest, dass bestimmte Störungsbilder, der Erhalt einer konkreten Empfehlung (hier im Sinne der Weitervermittlung: Weitergabe einer Adresse oder Nennung von Therapeuten bzw. Kliniken) positiv mit der Empfehlungsumsetzung korrelierten, während das Geschlecht negativ korrelierte. Daten zur Schulbildung wurden nicht erhoben. Interessant ist die Feststellung, dass bei ihren Studienteilnehmern eine schwere körperliche Beeinträchtigung zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Empfehlungsumsetzung führte.

An der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm erörterte Danner (Danner 2005) die Qualität und Versorgung der Ulmer psychosomatischen Ambulanz. Ihr Ziel war es unter anderem, Arbeit und Klientel dieser Ambulanz zu charakterisieren und von Therapeuten nach Ende des Erstgespräches erteilte Therapieempfehlungen auf ihre Umsetzung zu überprüfen. Die verschiedenen Arten der Therapieempfehlungen wurden dokumentiert. In ihrer Arbeit setzten 73,2% der Studienteilnehmer die erhaltene Therapieempfehlung um.

## **1.2 Entwicklung und Forschungsstand der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“**

Arbeitnehmer stehen heutzutage einer zunehmenden psychischen Belastung in ihrem Berufsalltag gegenüber. Entscheidungen sollen möglichst schnell getroffen werden, neue Informations- und Kommunikationstechnologien entwickeln sich rasant und erfordern eine ständige Anpassung. Ungewohnte Organisationsformen treten auf, soziale Kompetenzen im Umgang mit Mitarbeitern und Vorgesetzten nehmen einen zunehmend höheren Stellenwert ein, ebenso wächst der Material-, Zeit-, Kosten- und Termindruck in den Betrieben und die Angst vor Arbeitslosigkeit ist oft präsent (Knieps et al. 2016). Diese Punkte lassen sich als „negativer Stress“ am Arbeitsplatz zusammenfassen und stehen im Verdacht, psychische und psychosomatische Beschwerden zu verursachen. Wie bereits beschrieben (siehe oben) sind Arbeitsunfähigkeit, Krankheitsfälle und damit verbundene Arbeits- und Produktionsausfälle wegen psychischen Störungen im letzten Jahrzehnt stark angestiegen. Arbeitsunfähige Mitarbeiter leiden häufig unter den sekundären psychischen Folgen einer langwierigen somatischen Erkrankung. Frustrane Versuche von Mitarbeitern, eine adäquate fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zu finden, scheitern oft an langen Wartezeiten und an der Terminvereinbarung, was möglicherweise zu einer Chronifizierung und Verschlimmerung der Erkrankung führen kann und wiederum die Betriebe durch noch längeren Arbeitsausfall belasten kann. Damit sind für den Betrieb wieder höhere Kosten durch noch längere Ausfallzeiten verbunden.

2002 initiierte der Health & Safety Bereich des Werksärztlichen Dienstes der Daimler AG in Stuttgart, unter Leitung von Dr. med. Helmut Schmidt, vor dem Hintergrund der wachsenden Problematik psychogener Erkrankungen am Arbeitsplatz eine Kooperation mit der Psychosomatischen Sonnenberg-Klinik, Stuttgart (Direktor: Priv.-Doz. Dr. med. Michael Hölzer).

Nach vorrausgehendem Austausch der Betriebsmediziner zur Relevanz psychosomatischer Erkrankungen im arbeitsmedizinischem Kontext und der Notwendigkeit des Ausbaus einer psychosomatischen Versorgung für ihre Arbeitnehmer wurde erstmals eine „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ initiiert.

Diese neue Art der Sprechstunde wurde daraufhin in den Mercedes-Benz-Werken Stuttgart und Sindelfingen eröffnet. Der erste Schritt in dieser neuen Kooperation war die Einrichtung der neuartigen Sprechstunde in den Räumlichkeiten der Arbeitsmedizin. Innerhalb dieser

war es möglich, psychisch auffällige und an der PSIB interessierte Arbeitnehmer konsiliarisch in einem Erstgespräch zu sehen und die (psychosomatische) Krankheitsursache zu explorieren.

In einem zweiten Schritt wurde dann nach Patienteneinwilligung zusammen mit den Betriebsärzten (und je nach Fall mit der Sozialberatung) die vorliegende problematische Angelegenheit im Rahmen eines Qualitätszirkels beratschlagt. Der Beratungsaspekt der psychosomatischen Sprechstunde wurde dann noch durch eine mögliche Vermittlungshilfe ergänzt, falls eine Indikation zu einer nachfolgenden ambulanten oder stationären Therapie gestellt wurde. Weiterhin konnte die allgemeine Belastbarkeit des Mitarbeiters geprüft werden und über die Grundlagen der psychosomatischen Medizin sowie psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten informiert werden.

Ein niedrigschwelliger Zugang zu ambulanter Diagnosestellung, das Erreichen der Patienten während der Prodromalphase einer psychischen Erkrankung, die Verhinderung der Chronifizierung von Krankheiten durch Überbrückung von Wartezeiten auf einen Facharzttermin und das Initiieren von Interventionen nach Indikationsstellung (dadurch auch Verzahnung von ambulanter und stationärer Therapie) konnten als Hauptziele der psychischen Sprechstunde im Betrieb definiert werden.

*„Kriterien zur Vorstellung von Mitarbeitern in der, Psychosomatischen Sprechstunde' sind unspezifische Auffälligkeiten dieser Mitarbeiter bei Routineuntersuchungen, spontane Klagen, die seelische oder psychosomatische Sachverhalte von Krankheitswert vermuten lassen, diagnostische bzw. differenzialdiagnostische Unsicherheiten bei schon festgestellter psychischer Erkrankung, auch längere Phasen der Arbeitsunfähigkeit [die] zu psychischen Beschwerden geführt haben“ (Mayer et al. 2010, S.596).*

Durch die nachfolgende positive Resonanz zur psychosomatischen Sprechstunde kam es zu einem Kurs für die Werksärzte und Sozialberater der Daimler AG zur psychosomatischen Grundversorgung in der Arbeitsmedizin und der Wunsch, *„ein sich erweiterndes Netzwerk interessierter Kollegen mit entsprechenden Psychotherapeuten und Kliniken vor Ort wachsen zu lassen (Mayer et al. 2010, S.596) wurde geäußert.*

2012 veröffentlichte der Direktor der kooperierenden psychosomatischen Klinik, Priv.-Doz. Dr. med. Michael Hölzer, einen weiteren Artikel zur Entwicklung der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ (Hölzer 2012): Erste Forschungsergebnisse zeigten, dass für 40% der Patienten der PSIB ein Beratungsgespräch genügte, während es bei 60% der Patienten weiteren Gesprächs- bzw. Therapiebedarf gab. Dies waren hauptsächlich Patienten mit bereits bestehender ausgeprägter oder sich entwickelnder psychosomatischer Symptomatik

oder Mitarbeiter, die an einer Therapieaufnahme wegen bekannter Problematik (Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) gescheitert waren. Als große Weiterentwicklung der PSIB wurde daher eine „Psychosomatische Kurzzeittherapie“ mit ins Angebot der Sprechstunde genommen, definiert als *„eine zeitnah einsetzende, bewältigungs- und lösungsorientierte psychotherapeutische Kurzzeitpsychotherapie mit bis zu maximal acht ambulanten Einzelterminen“*. Im Vordergrund stand die Herstellung einer vertrauensbasierten Therapeuten-Patientenbeziehung, die dem Patienten Raum gab, offen seine Probleme zu kommunizieren, eine Möglichkeit zur weiteren Abklärung der Beschwerden mit differenzierter Diagnosestellung, eine psychotherapeutische Behandlung und falls notwendig eine erfolgreiche Vermittlung in eine nachfolgende Behandlung.

In Ulm entstand 2011 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Harald Bündel (Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm) und Dr. Eva Rothermund (Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm) im Rahmen des Forschungsbereichs „Arbeit und Gesundheit“ eine Kooperation zwischen der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm, und zwei großen regionalen Betrieben. Zusätzlich zur Daimler AG in Stuttgart bzw. Sindelfingen wurde das Konsiliarmodell „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in Ulm bei Wieland und Cassidian konstituiert und durch die Ulmer Wissenschaftler beforscht.

Nach den Untersuchungen von Mayer et al. (Mayer et al. 2010) und Hölzer (Hölzer 2012) entwickelten Rothermund et al. (Rothermund et al. 2012) ein Studiendesign, um die Nutzerprofile und die Auswirkungen dieses neuen Versorgungsmodells zu erforschen:

Diese Untersuchung fand in zwei Regionen Baden-Württembergs statt, in denen jeweils eine Firma (in Ulm zwei) eine neuartige „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in Zusammenarbeit mit einer Psychosomatischen Ambulanz anbot. Daraus konnten vier Settings (2 x 2 Studiendesign) generiert werden. Nach Initialkonsultation (Zeitpunkt T1, baseline) kam es zu einer ersten Umfrage und 12 Wochen später (Zeitpunkt T2, follow-up) zu einer weiteren, bei welcher Fragebögen per Post verschickt wurden. Die Daten der Studienteilnehmer wurden von November 2011 bis September 2012 erhoben. Die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ gab es bei der einen Firma (Daimler AG, Stuttgart) zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits seit sechs Jahren (siehe oben). In den Ulmer Betrieben wurde das Angebot im Januar 2011 initiiert. Für alle Gruppen (Teilnehmer der PSIB und Besucher der psychosomatischen Ambulanzen) enthielt das Angebot ein



Erstgespräch, eine Diagnostik, eine Krisenintervention bei Bedarf und eine Unterstützung bei der Weitervermittlung in eine Nachbehandlung (ambulante Psychotherapie, Besuch einer psychosomatischen Tagesklinik, etc.).

Mit dem T1 Fragebogen wurden demographische Angaben (Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl eigener Kinder, Anzahl eigener Kinder im Haushalt, Bildungsstand und Arbeitsstand) sowie Anzahl vorhergehender Kontakte mit dem psychisch-psychiatriisch-psychosomatischen Versorgungssystem erfasst. Art und Dauer vorheriger psychotherapeutischer Behandlungen wurden in Monaten definiert und standardisiert. Die Symptombdauer wurde vom Interviewer notiert und in Monaten dargestellt. Der T2 Fragebogen beinhaltete zusätzliche Fragen zur (psychotherapeutischen) Nachbehandlung der Patienten, der Umsetzung von Therapieempfehlungen und die Patientenzufriedenheit. Es wurden drei Forschungsfragen aufgestellt:

1. Gibt es Unterschiede zwischen Patienten der Betriebsambulanzen und Patienten der Hochschulambulanzen bezüglich demografischer, klinischer und psychometrischer Merkmale? Erreicht das neue Versorgungsmodell erfolgreich psychisch erkrankte Arbeitnehmer in einer frühen Phase ihrer Erkrankung im Vergleich zu Patienten, die konventionell Hilfe in der Hochschulambulanz ersuchen? (Querschnittsstudie)
2. Welche Veränderung lassen sich bei einer Follow-up-Untersuchung nach drei Monaten bei Nutzern der PSIB finden? Weichen diese von denen der konventionellen Hochschulambulanz ab? (Vorher-Nachher-Vergleich)
3. Welches Feedback (Bewertung, Haltung, Kritik, etc.) erhalten wir von Personen, die mit dem Angebot der „psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ involviert sind? (Qualitative Auswertung)

Da es bisher wenig Informationen über die Haltung der Betriebsärzte und Interessensvertreter der Betriebe zu dem möglichen Beitrag dieses neuen Versorgungsmodells zu ihrer Tätigkeit innerhalb des Bereichs Psychischer Gesundheit und Arbeit gab, betrachteten Preiser et al. (Preiser et al. 2015) in einer weiteren Arbeit zu der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“, welche Möglichkeiten und Grenzen dieses Angebot beinhaltete. Untersucht wurden fünf Interessensvertreter und zwei

Betriebsärztegruppen (mit einer Anzahl von jeweils fünf Betriebsärzten mit bzw. ohne Erfahrung zur PSIB).

Als Ergebnis wurde festgehalten, dass psychische Störungen gehäuft vorzukommen scheinen aber immer noch mit einem Stigma behaftet sind. Die PSIB bietet den Mitarbeitern einen schnellen Zugang zu einem unabhängigen Psychotherapeuten und kann helfen, Chronifizierung psychischer Störungen und längere Intervalle von Absentismus (und Präsentismus) zu vermeiden. Die Befragten waren der Meinung, dass laufende Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen Fachpersonal Betriebsärzte zum Erkennen von psychischen Erkrankungen in Mitarbeitern sensibilisieren kann und eine Grundversorgung leisten kann. Die PSIB wurde als ein früher, einfacher und schneller Zugang zu Psychotherapie genannt. Jedoch ist ihr Nutzen eingeschränkt, wenn nötige strukturelle Veränderungen zur Reduktion negativer Stressoren im Betrieb nicht implementiert werden. Zudem sollte sie einen strengen zeitlichen Rahmen besitzen und kann nicht die Vorteile des deutschen Gesundheitssystems ersetzen.

Insgesamt wurde sie jedoch als vielversprechendes Hilfsmittel zur Überbrückung von betriebsärztlicher bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung und Sekundärprävention bezeichnet.

Preiser et al. (Preiser et al. 2015) beschrieben im Jahre 2015 mögliche Gestaltungsformen der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ in einem explorativen Forschungsdesign durch Einzelinterviews mit innerbetrieblichen Interessenvertretern und Betriebsärzten (sechs Ärzte mit, fünf ohne Erfahrung mit der PSIB). Sie nannten zwei Modelle, zwischen welchen Raum für Ausgestaltung der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ geboten wurde:

Der Zuweisungsmodus zur „Psychosomatischen Sprechstunde“ kann sich unter den anbietenden Betrieben unterscheiden, es wurde zum einen ein restriktives und ein liberales Modell unterschieden. Im restriktiven Modell verfügte der Betriebsarzt darüber, welche seiner Meinung nach betroffenen Arbeitnehmer von der PSIB erfahren und diese in Anspruch nehmen konnten. Die Sprechstunden fanden im Betrieb statt und der Arbeitgeber übernahm die Kosten für einen Termin. Das liberale Modell entzog dem Betriebsarzt die Verantwortung, alle Arbeitnehmer wurden unabhängig von ihrer Belastung über die PSIB unterrichtet und konnten sich mit ihrer Nachfrage direkt oder über einen Zuweiser (Betriebsarzt, Betriebsräte, Mitarbeiter der Personalabteilung, etc.) an die Sprechstunde wenden. Speziell wenn der Betriebsarzt sich nur sporadisch im Betrieb aufhält, bietet sich

das liberale Modell an, wobei der Betriebsarzt nicht ausgeschlossen werden sollte. Findet die PSIB in den Räumlichkeiten des Betriebsarztes statt, kommt dies den Anonymitätsansprüchen entgegen, da sie offen zugänglich für alle – nicht nur seelische – Probleme der Mitarbeiter war. Zudem besteht eine gewisse Kontrolle über die entstehenden Kosten durch die Sprechstunde. Bisher wird die PSIB entweder vom Arbeitgeber oder der Betriebskrankenkasse übernommen, bei der zunehmenden positiven Resonanz und weiterer Forschung spekulierten Preiser et. al darauf, dass dieses neue Versorgungsmodell jedoch auf lange Sicht von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert werden könnte.

2016 erschien eine Studie von Rothermund et al. (Rothermund et al. 2016) zum Vergleich der Patienten einer „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ mit einer psychosomatischen Hochschulambulanz, die sich auf das Studiendesign ihrer Studie von 2012 bezieht (Rothermund et al. 2012).

Diese Arbeit stellte die Wirksamkeit der „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ der ambulanten psychosomatischen Versorgung (in Deutschland) am Beispiel von 2 Ambulanzen gegenüber, wobei mit diversen standardisierten, internationalen in der Psychotherapie anerkannten Fragebögen und den eigenen Fragebögen T1 und T2 gearbeitet wurde (siehe oben). Insgesamt konnten 228 Arbeitnehmer aus teilnehmenden Betrieben und 649 Ambulanzpatienten für die Studie rekrutiert werden, wegen Teilnahmeverweigerung fanden sich zur „baseline“ Analyse 174 PSIB Patienten und 193 Ambulanzpatienten, nach Follow-up (t2) reduzierte sich die Stichprobe auf insgesamt 116 (PSIB) bzw. 117 (psychosomatische Ambulanz) Studienteilnehmer.

Ein erster Vergleich ergab, dass die PSIB Gruppe geringfügig älter war als die Vergleichsgruppe und Teilnehmer der PSIB tendenziell kürzer unter ihren Beschwerden gelitten hatten als Ambulanzpatienten. Männer präsentierten den Großteil der PSIB Patienten (70%, Ambulanz 34%). Weiterhin beschrieben 65% Nutzer der PSIB gegenüber 45% der Nutzer einer psychosomatischen Ambulanz diese als ihren Erstkontakt zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung. Insgesamt schienen nach Rothermund et al. (2016) die Patienten einer PSIB gesünder zu sein als Patienten einer psychosomatischen Hochschulambulanz. Sie deutete aus diesen und weiteren Ergebnissen, dass die „psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ gleichermaßen effektiv für die Verbesserung des funktionellen und klinischen Gesundheitszustands eines Patienten ist wie die Versorgung in einer Ambulanz. Ebenfalls wiesen sie darauf hin, dass betriebliche Interventionen Patienten zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Erkrankung erreichen konnten als die Maßnahmen der ambulanten Versorgung. Diese Studie konkludierte, dass dieses neue

Versorgungsmodell „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ als eine frühe, niederschwellige und wirkungsvolle Art der psychischen Gesundheitsversorgung betrachtet werden kann.

### **1.3 Fragestellung und Hypothesen**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Umsetzung der Therapieempfehlungen der Patienten der psychosomatischen Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Ulm mit den Patienten der psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb zu vergleichen. Hierbei soll zum einen ein Beitrag zur Untersuchung der noch sehr jungen psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb, zum anderen auch zu der Forschung von Empfehlungsumsetzungen geleistet werden. Die Untersuchung basiert auf der Studie von Rothermund et al. (siehe oben) und stützt sich auf die Annahme, dass die Patienten der Hochschulambulanz kränker sind als die Patienten der PSIB's. Die Hypothesen untersuchen zudem, wie stark die beiden Gruppen belastet sind und welche Unterschiede sich zur Empfehlungsumsetzung ergeben.

Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

Fragestellungen:

1. Sind Patienten einer Hochschulambulanz stärker beeinträchtigt als Patienten einer PSIB? Unterscheiden sie sich in der Häufigkeit ihrer psychischen bzw. somatischen Diagnosen und der Anzahl an psychotherapeutischen Vorbehandlungen?
2. Haben Patienten einer Hochschulambulanz mehr psychische bzw. somatische Diagnosen und eine höhere Anzahl an Vorbehandlungen als Patienten der PSIB?
3. Finden sich bei Patienten einer Hochschulambulanz mehr Probleme im Privatleben und bei Patienten der PSIB mehr im Arbeitsbereich?
4. Gibt es Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung zwischen Ambulanzpatienten und PSIB Patienten?
5. Ist die Therapieumsetzung für unterschiedliche Therapiearten (ambulant, stationär, tagesklinisch etc.) verschieden?
6. Unterscheiden sich Männer und Frauen in ihrer Empfehlungsumsetzung?
7. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem höchsten Schulabschluss und der Empfehlungsumsetzung?

Hypothesen:

1. Patienten einer Hochschulambulanz sind stärker beeinträchtigt als Patienten der PSIB.
2. Patienten der Hochschulambulanz und der PSIB unterscheiden sich in der Häufigkeit von Arbeits- bzw. Privatproblemen.
3. Patienten der Hochschulambulanz und der PSIBs unterscheiden sich in ihrer Empfehlungsumsetzung.
4. Es gibt Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung zwischen den verschiedenen Arten (ambulant, stationär, tagesklinisch etc.) der Therapieempfehlungen.
5. Männer und Frauen unterscheiden sich in der Häufigkeit ihrer Empfehlungsumsetzung.
6. Patienten mit verschiedenen höchsten Schulabschlüssen unterscheiden sich in ihrer Empfehlungsumsetzung.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1 Rahmenbedingungen der Untersuchung**

Untersucht wurden Datensätze von Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm und den PSIB's der Firmen A und B. Das Ethikvotum mit dem Aktenzeichen 224/11 liegt vor.

#### **2.1.1 Die Hochschulambulanz der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm**

Die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm bietet ihren Patienten eine stationäre und tagesklinische Behandlung. Ein weiterer Bestandteil der Klinik ist die Hochschulambulanz.

„Die Hochschulambulanz für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie dient schwerpunktmäßig sowohl der Forschung, Lehre, Aus- bzw. Weiterbildung als auch der Diagnostik und Weitervermittlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Behandlungsbedürftigen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, welche sich mit psychotherapeutischen Methoden therapieren oder unterstützen lassen“ (Universitätsklinikum Ulm, 2016).

Die psychosomatische Ambulanz bietet ihren Patienten Sprechstunden von Montag bis Freitag und zusätzlich dienstags eine Telefonsprechstunde an. Um sich in der Ambulanz vorstellen zu können, benötigt der Patient einen Überweisungsschein von seinem Haus- bzw. einem Facharzt. Nach erfolgreicher Terminvergabe findet zunächst eine Initialkonsultation statt. Bei dieser Erstkonsultation wird in ungefähr zwei Stunden durch Fragebögen wie den PHQ (Patient Health Questionnaire) und den ISR (ICD-10-Symptom-Rating) gefolgt von einem eingehenden Gespräch mit einem Psychotherapeuten versucht, eine Diagnose zu stellen und eine Therapieempfehlung zu geben.

#### **2.1.2 Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb bei den Firmen A und B**

Als Besonderheit kooperiert die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Betrieben im Umkreis und bietet zusammen mit diesen psychosomatischen Sprechstunden im Betrieb an. In Ulm findet sich dieses Konzept bei inzwischen mehr als 10

Firmen. In diese Studie gingen die Daten von zwei Firmen ein, die im Folgenden Firma A und Firma B genannt werden. Nachdem die Leiter der Betriebe A und B durch unter anderem großangelegte Gefährdungsbeurteilungen feststellten, dass es nicht gut um die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter steht, sahen sie eine Notwendigkeit zur Intervention (Rothermund 2017). Nach Kontaktaufnahme mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie wurde gefördert von der Nachwuchsakademie für Versorgungsforschung Baden – Württemberg und unter Projektleitung von Herrn Professor Gündl zusammen mit Frau Dr. Rothermund ein Konsiliarmodell für die psychosomatische Betreuung am Arbeitsplatz beforcht.

Die Arbeitnehmer können direkt in einem Raum des Betriebsärztlichen Dienstes oder in einem Raum der kooperierenden Psychosomatischen Klinik Beratungs- bzw. Kurzzeittherapieangebote wahrnehmen, die durch Ärzte oder Psychologen der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt werden.

Zu den beiden Betrieben:

Die Firma A ist ein regional ansässiges Unternehmen, das weltweit 6800 Mitarbeiter, davon ungefähr 4000 vor Ort, beschäftigt. Der Großbetrieb gehört der metallverarbeitenden Branche an und die Mitarbeiter sind vorwiegend in der Metallproduktion tätig.

Neben der seit Oktober 2011 bestehenden PSIB gibt es noch weitere Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wie Führungskräftebildungen, Trainingsprogramme zur muskuloskelettalen Prävention, Suchtprävention und –Hilfe, Gesunderhaltung von Schichtarbeitern sowie Ernährungsberatung.

Die Einrichtung der PSIB bei Firma A wurde von den Betriebsärzten und der Betriebskrankenkasse initiiert, die Finanzierung erfolgt über die Betriebskrankenkasse. Nach Kontaktaufnahme mit den Betriebsärzten können die Mitarbeiter diese PSIB aufsuchen.

Es werden für jeden Patienten bis zu zwei Sitzungen á 50min zur Verfügung gestellt. In der Folge können dann bis zu zehn weitere Sitzungen als Kurzzeittherapie, zur Überbrückung bis zum Start einer weiterführenden Behandlung oder als Kurzzeitintervention angeboten werden (Modell 2 + 10 Stunden).

Zu Abrechnungszwecken unterschreiben alle Patienten eine Einwilligungserklärung hinsichtlich der Weiterleitung ihrer Daten an die Betriebskrankenkasse. Jeden Monat finden Fallkonferenzen mit den Betriebsärzten statt, in denen Themen wie mögliche weitere Schritte wie zum Beispiel Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz, Entfernung aus dem Schichtbetrieb oder Wiedereingliederungsmaßnahmen besprochen werden.

Die Firma B ist ein regionales Werk eines international tätigen Großunternehmens. Sie beschäftigt ungefähr 3000 Mitarbeiter hauptsächlich in der Entwicklung von Sicherheitstechnik und in der Rüstungsindustrie. Zusätzlich zur im Januar 2011 eingeführten PSIB werden den Mitarbeitern im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements unter anderem ein Fitness – Center, Gesundheitszirkel, Gesundheitswochen, Sozialberatung, Suchthilfe und großangelegte medizinische Untersuchungsreihen angeboten.

Die Initiative zur Einrichtung der PSIB kam bei Firma B vom „Arbeitskreis Gesundheit“ (Standortleitung, Personalleitung, Betriebsrat, Betriebsarzt, Sozialberatung). Die Mitarbeiter können durch Eigeninitiative als auch nach Indikationsstellung von Betriebsarzt oder Sozialberatung die PSIB in Anspruch nehmen. Es werden bis zu zwei Sitzungen á 50min direkt vom Betrieb finanziert. Fallkonferenzen gibt es nach Bedarf und nach Rücksprache. Für die Datenspeicherung in der Klinik unterschreiben die Patienten eine Einwilligungserklärung und entscheiden darüber, ob Betriebs- und/oder Haus-/Facharzt einen Kurzarztbrief nach Abschluss der ersten Sitzungen in der PSIB bzw. der Hochschulambulanz erhalten. Dieser Arztbrief enthält wie üblich Angaben zur Störung, Diagnosen und Empfehlungen. Die Betriebe werden über keine gestellten Diagnosen in Kenntnis gesetzt.

### **2.2 Studiendesign und Datenerhebung**

Aus der Rothermund et al. (2012, 2016) Studie lagen bereits Daten vor, die übernommen wurden. Es sind zum einen Daten aus einem T1 Fragebogen, welchen die Patienten nach Erstkontakt mit der PSIB bzw. vor dem Erstgespräch in der Hochschulambulanz ausfüllten. Er enthält vor allem Fragen zu Basisdaten (u.a. Geschlecht, Alter, Bildungsstand) und Angaben zu bisheriger wie auch aktueller Behandlung.

Der T2 Fragebogen wurde 12 Wochen nach Erstkonsultation per Post verschickt und erfragte die wahrgenommenen Therapien nach dem Erstgespräch, ob die Patienten nach Abschluss ihrer Gespräche sich um eine Folgetherapie bemüht haben sowie Angaben zu Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.

Weitere Daten wurden aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz und den beiden Betriebsambulanzen gewonnen (siehe unten).



### **2.3 Stichprobe, Ausschlusskriterien und Zeitrahmen**

Die Auswahl der Patienten unterlag den folgenden Kriterien:

- Mindestalter 18 Jahre
- Fähigkeit Deutsch zu schreiben und zu verstehen
- Berufstätigkeit
- Teilnehmer der PSIB Gruppe mussten bei Firma A bzw. B beschäftigt sein

Der Erhebungszeitraum für die beiden Fragebögen in den PSIB Gruppen war November 2011 bis Juni 2013, in der Hochschulambulanzgruppe Juni 2012 bis Januar 2013.

Die beiden Fragebögen dienten dazu, den klinischen Status der Patienten zu erfassen, ein soziodemografisches Profil zu erstellen und verwertbare Daten (Vorbehandlungen, Weiterbehandlung) zur weiteren Erforschung von zum Beispiel der Umsetzung von Therapieempfehlungen zu gewinnen.

### **2.4 Instrumente der Datenerhebung**

Daten wurden aus den weiter oben genannten Fragebögen T1 und T2 sowie den Arztbriefen entnommen.

#### **2.4.1 T1 Fragebogen**

Der T1 Fragebogen gliedert sich in die Abschnitte A, B, C und D. Er erfasst im Abschnitt A neben soziodemografischen Basisdaten wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinderzahl, höchsten Schul- und Berufsabschluss auch Daten zur Arbeit wie Berufsgruppenzugehörigkeit und Erwerbsumfang.

Im Abschnitt B folgen dann Fragen zu psychotherapeutischer Vorbehandlung und Anzahl von Besuchen, welchen Spezialisten die Teilnehmer bei medizinischen Problemen, seelischen oder körperlichen Beschwerden oder Beeinträchtigung des Wohlbefindens aufgesucht haben. Im Abschnitt C werden Art der Arbeit (geistig oder körperlich), Arbeitsfähigkeit in Bezug auf Arbeitsanforderungen und Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen 12 Monaten erfasst.

Für diese Arbeit wurden ausschließlich Daten aus dem soziodemografischen Abschnitt A

(Geschlecht, Alter und Schulabschluss) verwendet.

### **2.4.2 T2 Fragebogen**

Der T2 Fragebogen gliedert sich in die Abschnitte A, B, C, D und E.

Im Abschnitt A werden Angaben zur Therapie nach dem ersten Kontakt in der Sprechstunde erfasst. Dazu zählen Sitzungsanzahl, Inanspruchnahme einer weiteren Therapie nach Abschluss der Sitzungen im Rahmen der PSIB bzw. der Ambulanzgespräche, Gründe für Weiterbehandlung, Pläne für weitere Behandlung, Therapieplatzsuche, Gründe für keine weitere Behandlung und Selbsteinschätzung zu Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe. Im Teil B geht es um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Es folgen wie auch im T1 Fragebogen Fragen zu Psychotherapeutischer Vorbehandlung und wer bei medizinischen Problemen, seelischen oder körperlichen Beschwerden oder Beeinträchtigung des Wohlbefindens aufgesucht wurde.

Im Abschnitt C werden die derzeitige und beste je erreichte Arbeitsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit in Bezug auf Arbeitsanforderung, Krankenstand der vergangenen 12 Monate, Anzahl und Art der ärztlich bzw. selbst diagnostizierten Krankheiten, Einschätzung der Beeinträchtigung durch die Krankheit, psychische Leistungsreserve, psychosomatische Beschwerden und Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes erfasst.

Im Abschnitt D wird die Art der Arbeit durch den Probanden genannt.

Im letzten Abschnitt E wird die Zufriedenheit mit der PSIB abgefragt.

### **2.4.3 Arztbriefe**

Die Arztbriefe wurde von den Therapeuten (Ärzte und psychologische Psychotherapeuten der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm) der PSIB und der Hochschulambulanz nach Abschluss der Sitzungen geschrieben. Die Briefe wurden den Patienten für Ihre privaten Dokumente mitgegeben, von den Ärzten in digitaler oder auch gedruckter Form aufbewahrt und archiviert (siehe oben). Für das Herausarbeiten der im folgenden genannten Variablen wurden die digitalisierten Arztbriefe analysiert. Zuvor mussten alle nicht digital hinterlegten Arztbriefe aus den Patientenakten der PSIB bzw. der Hochschulambulanz herausgesucht und eingescannt werden. Aus diesen Arztbriefen wurden dann die Sitzungsanzahl, bis zu acht vorliegende Diagnosen nach ICD-10, die Symptombdauer, Art und Anzahl der Vorbehandlungen, Vorliegen eines privaten und / oder

beruflichen Konflikts, die Sicherheit über das Vorliegen eines privaten und / oder beruflichen Konflikts sowie (Therapie-) Empfehlung herausgearbeitet.

In einzelnen Fällen, in denen die Diagnosen im Brief nicht nach ICD-10 kodiert waren, wurde Kontakt zum urhebenden Arzt hergestellt und eine Kodierung nach ICD-10 nachträglich durchgeführt.

Es wurden auch Z – Diagnosen (Z = Symptomloser Endzustand nach Überstehen der kodierten Erkrankung) in der Diagnoseanzahl festgehalten, sofern sie psychischer.

Die Arztbriefe sind je nach Urheber etwas unterschiedlich geschrieben, orientieren sich meistens aber an der folgenden Struktur:

- Kopfteil mit Daten zu den Sitzungen und der Sitzungsanzahl
- Diagnoseteil (Diagnosen ausgeschrieben und nach ICD-10 kodiert)
- Aktuelle Beschwerden des Patienten
- Somatische Anamnese (hier findet sich meistens auch die Medikation des Patienten und, falls nicht im Diagnoseteil beschrieben, die somatischen Diagnosen nach ICD-10)
- Vorgeschichte und Vorbehandlungen
- Biografie und Sozialanamnese
- Psychischer Befund
- Zusammenfassung und (Therapie-)Empfehlung

Für diese Arbeit relevante Informationen waren Sitzungsanzahl, Vorbehandlungsart, Diagnosen, Vorliegen eines Privat- bzw. Arbeitsplatzproblems und schließlich die Therapieempfehlung,

Die Sitzungsanzahl ließ sich anhand der Sitzungsdaten zusammenzählen, die im Kopfteil der Entlassungsbriefe festgehalten wurden.

Die Diagnosen, Vorbehandlungen sowie Therapieempfehlungen waren direkt dem Brief zu entnehmen.

Die Briefe wurden dann noch auf das Vorliegen eines Arbeits- bzw. Privatkonfliktes untersucht. Es wurde eine Einschätzung abgegeben, mit welcher Sicherheit dieser Konflikt besteht. Dazu wurden die Privat- bzw. Arbeitskonflikte in fünf Kategorien eingeteilt:

- 1 = Keine Information zum Vorliegen eines Konfliktes
- 2 = Konflikt ist Hauptursache des psychischen Problems
- 3 = Konflikt ist Mitursache des psychischen Problems
- 4 = Keine Privat- bzw. Arbeitsproblematik vorhanden
- 5 = Arbeit bzw. Privatleben wirkt stabilisierend auf die psychische Gesundheit

Die Informationen zum Vorliegen eines Privat- bzw. Arbeitsproblems fanden sich unter „Aktuelle Beschwerden“, „Vorgeschichte“, „Biografie und Sozialanamnese“ und in „Zusammenfassung und Empfehlung“.

Diese Einschätzung wurde dann noch weiter hinsichtlich der Sicherheit mit einer der drei folgenden Aussagen versehen:

- 1 = Keine Information zum Konflikt
- 2 = Keine sichere Aussage über Art und Bedeutsamkeit des Konflikts möglich
- 3 = Sichere Aussage über Art und Bedeutsamkeit des Konflikts möglich

Es folgen Beispiele für Privat- bzw. Arbeitsprobleme, wie sie ähnlich in den Arztbriefen gefunden wurden:

Privatproblem ist Hauptursache des psychischen Problems:

*„Herr A. berichtet, dass seine Frau inzwischen die Scheidung eingereicht habe und dass sie nun auch das alleinige Sorgerecht für ihren gemeinsamen Sohn errungen hat. Dies sei sehr schmerzhaft für ihn, er könne die Situation getrennt von seinem Kind zu leben nicht akzeptieren. Wenn er nach der Arbeit in seine Wohnung kommt, fühlt er sich sehr alleine und findet auch kaum mehr Spaß an seinen Hobbies. In der Arbeit sind seine Kollegen sehr verständnisvoll und er fühle sich am Arbeitsplatz gut abgelenkt von seinem belastenden Privatleben.“*

Arbeit ist Hauptursache des psychischen Problems:

*„Als auslösend für Ihre aktuelle Situation sehen Sie eine seit mehreren Jahren andauernde Überforderungssituation am Arbeitsplatz, die z.T. damit zutun hat, dass Sie pendeln, z.T. mit der Aufgabe am Arbeitsplatz zusammenhängt. Bislang war das für sie ausgleichbar, da es*

*einen Vorgesetzten gab, der Ihnen unterstützend zur Seite stand. Seit dieser in Rente gegangen ist, fühlen sie sich am Arbeitsplatz nicht mehr wohl und kommen auch nicht so gut mit seinem neuen Nachfolger klar, da sie sich von diesem unter großen Druck gesetzt fühlen und ihre Möglichkeit, das Arbeitsplatzklima auszuhalten oder zu kompensieren, mittlerweile aufgebraucht scheint. Sie berichten davon, dass ihr Ehemann sie zuhause unterstützt und ihnen Arbeiten im Haushalt abnimmt. Die Beziehung wird als gut beschrieben.“*

Arbeit und Privatleben sind Mitursache des psychischen Problems:

*„Er habe Stress in der Arbeit und daheim. Er arbeitet im 2-Schichtbetrieb als Führende Kraft, von der Nachschicht sei er aus gesundheitlichen Gründen befreit. Doch auch die 2-Schicht werde für ihn immer schwieriger, er habe Schlafstörungen und fühle sich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Zu Hause gebe es öfter Spannungen mit seiner Ehefrau. In seiner Arbeit fühlt er sich zunehmend weniger leistungsfähig und zu Hause kann er, aufgrund verschiedener Arbeiten in Haus und Garten den Spannungen mit seiner Ehefrau, nur bedingt Erholung finden.“*

Nach abgeschlossener qualitativer Auswertung der Arztbriefe wurden die Daten statistisch bearbeitet.

### **2.5 Statistische Methodik**

Die Datensätze aus den beiden Fragebögen T1 und T2 lagen aus der Studie von Rothermund et al. (2012,2016) in digitaler Form vor.

Die erhobenen Daten aus den Arztbriefen wurden als erstes in MS-Excel-Tabellen erfasst und dann mit dem Statistikprogramm SPSS Version 20 verarbeitet.

Die MS-Excel-Tabellen wurden nach folgenden Kriterien erstellt:

- Sitzungsanzahl
- Anzahl und ICD-10 Code der Diagnosen
- Symptombdauer in Monaten
- Art der Vorbehandlung - bis zu vier Vorbehandlungen wurden notiert und nach folgendem Schema kodiert:

1 = keine

2 = Kurzzeittherapie

3 = ambulante Psychotherapie

- 4 = Tagesklinik Psychosomatik
  - 5 = Beratungsstelle
  - 6 = Reha Psychosomatik
  - 7 = Psychopharmaka
  - 8 = Ambulante Psychiatrie
  - 9 = Stationäre Psychiatrie
  - 10 = Sonstige
- Art der Empfehlung – bis zu vier Empfehlungen wurden notiert und nachfolgendem Schema kodiert
    - 1 = keine -
    - 2 = Kurzzeittherapie
    - 3 = ambulante Psychotherapie
    - 4 = Tagesklinik Psychosomatik
    - 5 = Beratungsstelle
    - 6 = Reha Psychosomatik
    - 7 = Psychopharmaka
    - 8 = Ambulante Psychiatrie
    - 9 = Stationäre Psychiatrie
    - 10 = Sonstige
  - Arbeitsproblem – kodiert nach folgendem Schema
    - 1 = keine Information
    - 2 = Hauptursache
    - 3 = Mitursache
    - 4 = Keine Arbeitsplatzproblematik
    - 5 = Stabilisierend
  - Privatproblem – kodiert nach folgendem Schema
    - 6 = keine Information
    - 7 = Hauptursache
    - 8 = Mitursache
    - 9 = Keine Privatproblematik
    - 10 = Stabilisierend
  - Sicherheit der Einschätzung des Problems – kodiert nach folgendem Schema
    - 4 = Keine Information
    - 5 = Nicht sicher

6 = Sicher

Im Anschluss wurde die im Arztbrief empfohlene Therapie mit den Daten zur Weiterbehandlung aus dem T2 Frage verglichen und dadurch die Empfehlungsumsetzung generiert:

- Grad Empfehlungsumsetzung – kodiert nach folgendem Schema

1. = Empfehlung nicht umgesetzt
2. = Empfehlung weniger umgesetzt
3. = Empfehlung vollständig umgesetzt
4. = Empfehlung mehr umgesetzt

beziehungsweise

- Empfehlungsumsetzung – kodiert nach folgendem Schema

1. = Empfehlung nicht umgesetzt
2. = Empfehlung umgesetzt

Es folgen Beispiele, die den Grad der Empfehlungsumsetzung näher beschreiben:

*„Empfehlung nicht umgesetzt“:*

Der Patient hat im Arztbrief die Empfehlung zu einer ambulanten Psychotherapie erhalten, im T2 Fragebogen wurde angegeben, dass keine Weiterbehandlung folgte.

*„Empfehlung weniger umgesetzt“:*

Der Patient hat im Arztbrief einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik empfohlen bekommen, im T2 Fragebogen wurde als Weiterbehandlung „ambulante Psychotherapie“ angegeben.

*„Empfehlung wurde vollständig umgesetzt“:*

Der Patient hat im Arztbrief eine Kurzzeittherapie empfohlen bekommen, im T2 Fragebogen wurde als Weiterbehandlung Kurzzeittherapie angegeben.

*„Empfehlung mehr umgesetzt“:*

Der Patient hat im Arztbrief eine ambulante Psychotherapie empfohlen bekommen, im T2 Fragebogen wurde als Weiterbehandlung der stationäre Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik angegeben.

Für manche Untersuchungen wurde die Empfehlungsumsetzung übersichtshalber in „*Empfehlung nicht umgesetzt*“ und „*Empfehlung umgesetzt*“ (umgesetzt wurde so definiert, dass die drei der Grade der Empfehlungsumsetzung „*weniger*“ oder „*vollständig*“ oder „*mehr umgesetzt*“ gewertet wurden) aufgeteilt.

### 2.5.1 Statistische Verfahren

Die vollständigen Datensätze wurden zunächst deskriptiv mit Angaben zu absoluter und relativer Häufigkeit beschrieben. Einmal wurde das gesamte Kollektiv als eine Gruppe betrachtet, dann in zwei Gruppen – Hochschulambulanz und Firma - und zuletzt gegliedert in drei Gruppen - Hochschulambulanz, Firma A und Firma B.

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS Version 24 in drei Schritten:

1. Erstellung der deskriptiven Statistik, Häufigkeitsverteilungen, Berechnung der Mittelwerte sowie der Standardabweichungen
2. Testung der Daten mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung, mit dem Ergebnis, dass die Daten nicht-normalverteilt sind
3. Festlegen des Signifikanzlevels auf  $p < 0,05$

Es folgte die Erstellung von Kreuztabellen und die Prüfung der Daten auf Signifikanz mit den folgenden nicht-parametrischen Test:

- Chi-Quadrat-Test nach Pearson: Tabelle 3, 4, 7, 8, 9 sowie Abbildung 4
- Mann-Whitney-U-Test: Tabelle 2
- Kruskal-Wallis-H-Test: Tabelle 6

### 2.6 Stichprobe und Verlauf der Datenerhebung

Die erste Phase der Datenerhebung mit der Analyse der Arztbriefe wurde im Dezember 2015 begonnen. Vorweg musste überprüft werden, ob von allen Patienten vollständige Datensätze vorliegen.

Vollständig bedeutet in diesem Fall, dass sowohl Arztbrief als auch die Fragebögen T1 und T2 vorhanden waren. Listenweise wurden für die Hochschulambulanz, die Firma A und die



Firma B anhand des Studiencodes und dem Datum der Arztbrieferstellung auf den Servern der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zunächst die Arztbriefe beschafft. Da alle Patienten an der Rothermund et al. (2012, 2016) Studie teilgenommen hatten, existierten für das gesamte Kollektiv bereits digitalisiert die Antworten aus den Fragebögen. Die Arztbriefe lagen aus den Zeitraum von 2011 bis 2013 vor. Zu Beginn betrug die Gesamtanzahl des Kollektivs  $n = 176$ . Davon waren 98 Patienten der Ulmer Ambulanz, 42 Patienten der Firma A und 36 Patienten der Firma B zugehörig.

31 der Arztbriefe waren nicht in den digitalen Speichermedien zu finden. Davon gehörten 18 der Hochschulambulanz, 4 der Firma A und 9 der Firma B an. Dank der Hilfe der Sekretärinnen der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie konnten von den fehlenden Briefen alle bis auf drei aus der Hochschulambulanz und einer aus der Firma A aus den geführten Akten beschafft werden. Diese vier Fehlenden wurden, obwohl von Ihnen die ausgefüllten Fragebögen vorhanden waren, ausgeschlossen. Damit ergab sich die Anzahl des endgültigen Kollektivs von  $n = 172$ .

Nachdem alle benötigten Arztbriefe präsent waren, wurden diese bis Februar 2016 bearbeitet. Es ergaben sich 172 vollständige Datensätze, 95 aus der Hochschulambulanz, 41 aus der Betriebsprechstunde der Firma A und 36 aus der Sprechstunde der Firma B. Alle Daten wurden streng vertraulich behandelt.

### **2.7 Soziodemografische Merkmale der drei Einrichtungen**

Der Frauenanteil unterschied sich in den drei Gruppen. Die meisten Frauen fanden sich in der Hochschulambulanz.

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei circa 46 Jahren.

In der Hochschulambulanz gab es ähnlich viele Patienten mit Hauptschul- bzw. Realschulabschluss wie Abiturienten. Die wenigsten Patienten mit Abitur fanden sich bei Firma A, die meisten bei Firma B.

Der Großteil der Patienten der Hochschulambulanz und bei Firma A schloss eine Lehre ab bzw. besuchte eine Fachhochschule. Der Akademikeranteil lag bei Firma B mit 58,3% am höchsten.

Fast alle Patienten der beiden Betriebe Firma A und Firma B arbeiteten mehr als 34 Stunden die Woche, ein Drittel der Patienten der Hochschulambulanz hatten einen geringeren Erwerbsumfang mit 15 bis 34 Stunden pro Woche.

Zusammenfassen lässt sich aus den soziodemografischen Merkmalen der drei Einrichtungen ableiten, dass es Unterschiede in Geschlechtsverteilung und Bildungsstand (Schul- und Berufsabschluss) gab. Der Erwerbsumfang und das Alter der Patienten waren in den drei Gruppen ähnlich verteilt.

Die fehlenden Angaben zu Schulabschluss (Firma B) und Berufsabschluss (Hochschulambulanz) lassen sich durch nicht – ausfüllen des Items A7 („Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?“) bzw. A8 („Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?“) aus dem T1 Fragebogen begründen.

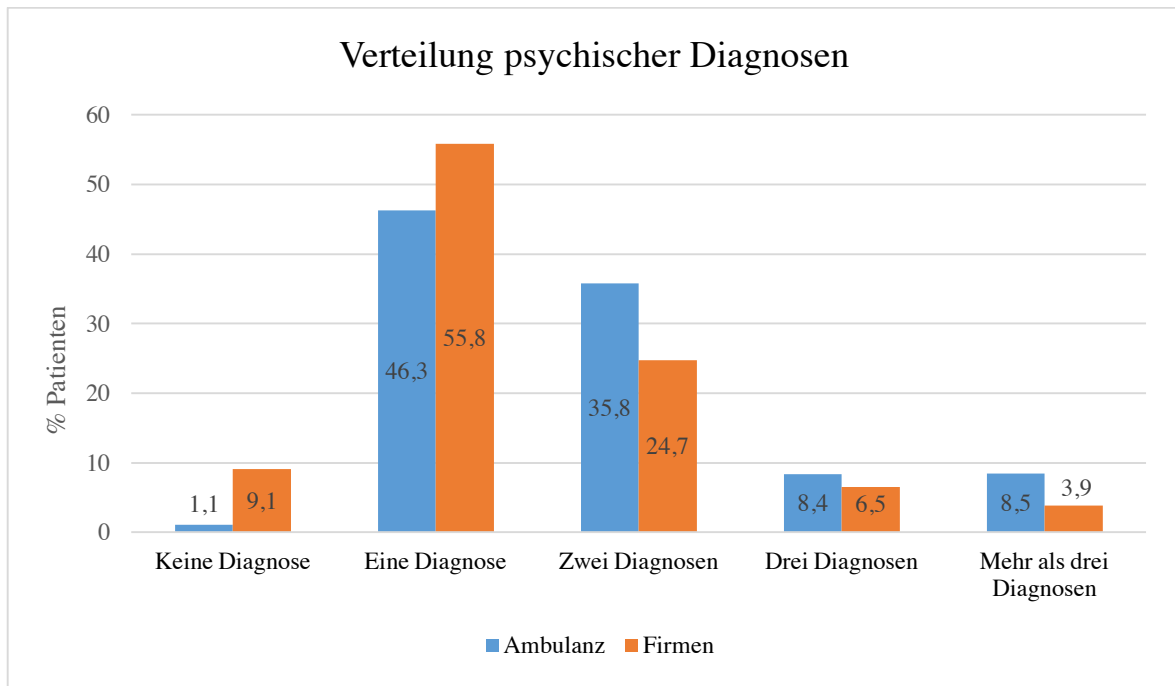
**Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Ulm und zweier Betriebsambulanzen** (aus dem T1 Fragebogen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Erhebungszeitraum Juni 2012 bis Januar 2013 und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum November 2011 bis Juni 2013)

=: Prozentualer Anteil

<b>Soziodemografisches Merkmal</b>	<b>Ambulanz</b>	<b>Firma A</b>	<b>Firma B</b>
<b>Geschlechtsverteilung (%)</b>			
Frauenanteil	62,1	24,4	41,7
<b>Alter (in Jahren)</b>			
Mittelwert	42,87	46,46	49,86
Standardabweichung	10,73	10,89	8,82
Range	18 – 73	21 – 62	26 - 61
<b>Schulabschluss (%)</b>			
Ohne Schulabschluss	0,0	2,4	0,0
Sonderschule	2,1	0,0	0,0
Hauptschulabschluss	28,4	43,9	16,7
Realschulabschluss	41,1	41,5	19,4
Abitur	27,4	12,2	61,1
Sonstiger Abschluss	1,1	0,0	0,0
<b>Berufsabschluss (%)</b>			
Noch in der Berufsausbildung	4,2	0,0	0,0
Lehre / Fachhochschule	55,8	65,9	27,8
Meister	7,4	9,8	2,8
Fachhochschule / Universität	17,9	4,9	58,3
Ohne Berufsabschluss	1,1	7,3	8,3
Sonstiger Abschluss	7,4	12,2	2,8
<b>Erwerbsumfang (%)</b>			
Mehr als 34 Stunden	65,3	87,8	83,3
15 – 34 Stunden	29,5	12,2	16,7
Weniger als 15 Stunden	5,3	0,0	0,0

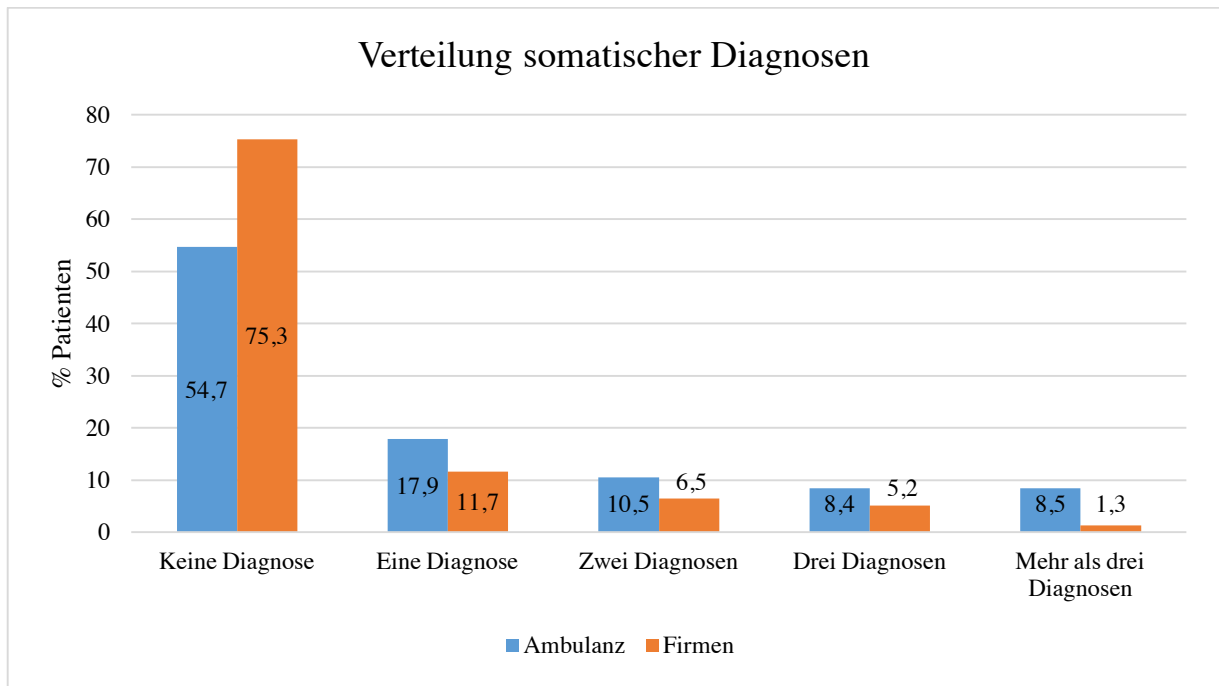
Anm.: Firma B: Eine fehlende Angabe zum Schulabschluss. Hochschulambulanz: Sechs fehlende Angaben zum Berufsabschluss.





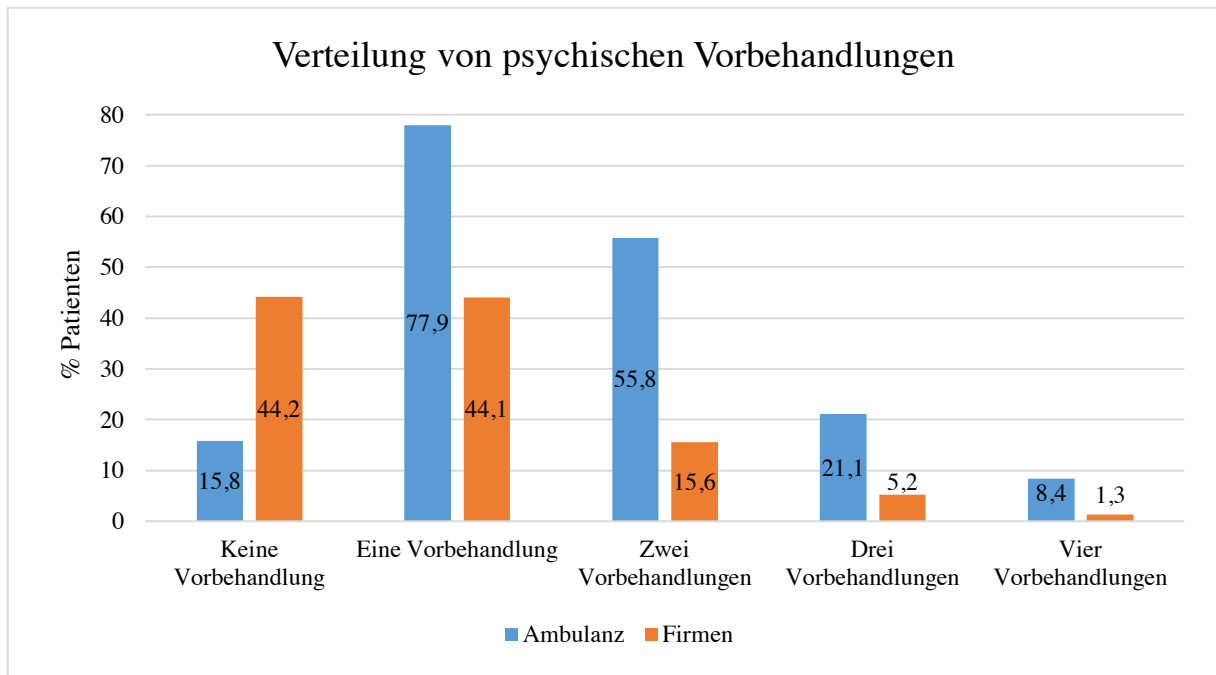
**Abbildung 1: Verteilung psychischer Diagnosen** (aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

In der Hochschulambulanz gab es 1,1% Patienten ohne psychische Diagnosen, fast die Hälfte hatte zwei psychische Diagnosen und mehr als ein Drittel sogar drei psychische Diagnosen. Unter 10% der Patienten hatten noch drei oder mehr psychische Diagnosen. In den PSIB's hatten fast ein Zehntel der Patienten keine eingetragene psychische Diagnose, mehr als die Hälfte eine und circa ein Viertel der Patienten zwei psychische Diagnosen.



**Abbildung 2: Verteilung somatischer Diagnosen** (aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

In der Hochschulambulanz waren etwas mehr als die Hälfte der Patienten nach Arztbrief körperlich gesund, ohne somatische Diagnosen. Eine somatische Diagnose besaß fast ein Fünftel, zwei und mehr Diagnosen ungefähr jeder 10. Patient. Ohne somatische Diagnosen waren drei Viertel der PSIB'ler, um die 10% hatten eine diagnostizierte somatische Erkrankung und unter 7% waren mit zwei oder mehr somatischen Diagnosen belastet.



**Abbildung 3: Verteilung psychischer Vorbehandlungen** (aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

In der Hochschulambulanz fanden sich 15,8% an Patienten, die noch nie eine Behandlung aus dem psychisch-psychosomatisch-psychiatrischen Versorgungssystem in Anspruch genommen haben. Bei den Patienten der PSIB's waren es mit 44,2% mehr ohne jegliche Vorbehandlung. Tendenziell hatten die Patienten der Hochschulambulanz eine höhere Anzahl an Vorbehandlungen als die PSIB Patienten.

Die Auswertung des A7 Items aus dem T2 Fragebogen („Meinen Sie, dass Sie derzeit psychotherapeutische Hilfe nötig haben?“) zeigte, dass 69,5% der Ambulanz- und 58,0% der PSIB Patienten bejahen, psychische Hilfe zu benötigen.

Die aufgestellte Hypothese H1 *„Patienten einer Hochschulambulanz sind stärker beeinträchtigt als Patienten der PSIB“* kann damit (hoch)signifikant bestätigt werden.

### 3.2 Vergleich der Hochschulambulanz und Betriebsambulanzen hinsichtlich im Arztbrief genannter Probleme

Aus den Arztbriefen der Patienten wurde herausgearbeitet, inwiefern eine Problematik am Arbeitsplatz bzw. im Privatleben ursächlich für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung war (siehe auch **2.4.3 Arztbriefe**). Es wurde auf Signifikanz mit dem Chi-Quadrat-Test getestet. Folgende in Tabelle 3 und Tabelle 4 dargestellten Ergebnisse konnten festgehalten werden:

**Tabelle 3: Einfluss von Arbeit auf psychische Erkrankung in einer Hochschulambulanz und in Betriebsambulanzen** (aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Keine Problematik:	Es liegt kein Problem am Arbeitsplatz vor	
Hauptursache:	Ein Problem am Arbeitsplatz ist die Hauptursache für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung	=: Prozentueller Anteil
Mitursache:	Ein Problem am Arbeitsplatz ist Mitursache für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung	p: Signifikanz (Chi-Quadrat-Test)
		n.s.: nicht signifikant
Stabilisierend:	Die Arbeit wirkt stabilisierend auf die psychische Gesundheit	

	Ambulanz		Betriebe		p
	n	%	n	%	
<b>Keine Problematik</b>	14	14,7	9	11,7	n.s.
<b>Mitursache</b>	27	28,4	26	33,8	
<b>Hauptursache</b>	22	23,2	20	26,0	
<b>Stabilisierend</b>	6	6,3	8	10,4	
<b>Fehlende Angaben</b>	26	27,3	14	18,2	
<b>Gesamt</b>	95	100,0	77	100,0	



Für mehr als die Hälfte der Patienten der Hochschulambulanz als auch der Betriebsambulanzen war ein Problem am Arbeitsplatz mindestens Mitursache bzw. sogar Hauptursache für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung. In den Betriebsambulanzen war ein Problem am Arbeitsplatz nur geringfügig häufiger Haupt- bzw. Mitursache für eine psychische Erkrankung als in der Hochschulambulanz. In beiden Gruppen wurde der Arbeitsplatz in wenigen Fällen als eine stabilisierende Ressource angegeben, etwas zahlreicher aber in den Betriebsambulanzen. Lediglich für weniger als ein Fünftel der Patienten war der Arbeitsplatz nicht mit dem Vorliegen eines dortigen Konflikts behaftet. Es gab keine signifikanten Unterschiede zum Einfluss eines Problems am Arbeitsplatz auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zwischen der Hochschulambulanz und den Betriebsambulanzen.

Zusätzlich wurde die Einschätzung vergeben, mit welcher Sicherheit das jeweilige (Kein Problem / Mitursache / Hauptursache / stabilisierend) Problem am Arbeitsplatz vorliegt.

Bei den Patienten der Hochschulambulanz wurde zu 69,5% das Problem sicher eingestuft, bei den PSIB – Patienten zu 80,5%.

**Tabelle 4: Einfluss von Privatleben auf psychische Erkrankung in einer Hochschulambulanz und in Betriebsambulanzen** (aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Keine Problematik:	Es liegt kein Problem im Privatleben vor		
Hauptursache:	Ein Problem im Privatleben ist die Hauptursache für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung	%:	Prozentueller Anteil
Mitursache:	Ein Problem im Privatleben ist Mitursache für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung	p:	Signifikanz (Chi-Quadrat-Test)
		n.s.:	nicht signifikant
Stabilisierend:	Das Privatleben wirkt stabilisierend auf die psychische Gesundheit		

	Ambulanz		Betriebe		p
	n	%	n	%	
<b>Keine Problematik</b>	7	7,4	15	19,5	0,012
<b>Mitursache</b>	33	34,7	30	39,0	
<b>Hauptursache</b>	22	23,2	12	15,6	
<b>Stabilisierend</b>	3	3,2	6	7,8	
<b>Fehlende Angaben</b>	30	31,6	14	18,2	
<b>Gesamt</b>	95	100,0	77	100,0	

Mehr als die Hälfte der Patienten in Hochschulambulanz und Betriebsambulanz gaben an, dass ein Problem im Privatleben Mit – oder Hauptursache für ihre psychische Erkrankung war. Patienten der Hochschulambulanz gaben öfter an, dass ein Problem im Privatleben ein Grund für ihre psychische Erkrankung war. Unter 10% der Patienten beider Gruppen sahen ihr Privatleben als eine Stütze an, wobei es in den PSIB's häufiger kein Problem im Privatleben gab als in der Hochschulambulanz. Es gab einen signifikanten Unterschied zum Einfluss eines Problems im Privatleben auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zwischen der Hochschulambulanz und den Betriebsambulanzen. Zusätzlich wurde die Einschätzung vergeben, mit welcher Sicherheit das jeweilige (Kein Problem / Mitursache / Hauptursache / stabilisierend) Problem im Privatleben vorliegt. Bei den Patienten der Hochschulambulanz wurde das Problem zu 65,3% sicher

eingestuft,

bei den PSIB – Patienten zu 76,6%.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Probleme am Arbeitsplatz bzw. im Privatleben einen ähnlich starken Einfluss auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in beiden Gruppen hatten.

Arbeit und Privatleben wurden in den Arztbriefen in seltenen Fällen als stabilisierend beschrieben, etwas häufiger wurde keine Problematik in den beiden Bereichen genannt. Es fanden sich ein signifikanter Unterschiede bezüglich der Häufung von Privatproblemen, nicht jedoch von Arbeitsproblemen, zwischen den Ambulanzpatienten und den Patienten der PSIB. Die Hypothese H2 „Patienten der Hochschulambulanz und der PSIB unterscheiden sich in der Häufigkeit von Arbeits- bzw. Privatproblemen“ wird daher für die Privatproblematik signifikant bestätigt.

### **3.3 Darstellung der zusammengefassten Empfehlungen in den drei Einrichtungen**

Jedem Patienten wurden eine bis drei Empfehlungen in seinem Arztbrief gegeben. Wegen unterschiedlicher Empfehlungsmöglichkeiten werden die beiden Betriebe getrennt dargestellt. Die verschiedenen Arten der Empfehlungen und ihre Verteilung sind in Tabelle 5 zu sehen:

**Tabelle 5: Therapieempfehlungen der Hochschulambulanz und den Betriebsambulanzen** (aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

n: Patientenzahl

‰: Prozentueller Anteil

	Hochschulambulanz		Firma A		Firma B	
	n	‰	n	‰	n	‰
<b>Keine Empfehlung</b>	0	0,0	1	2,4	1	2,8
<b>Kurzzeittherapie</b>	1	1,1	17	41,5	3	8,4
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	64	67,4	15	36,6	21	58,3
<b>Psychosomatische Tagesklinik</b>	18	19,0	3	7,3	3	8,4
<b>Stationäre Psychosomatik</b>	25	26,4	4	9,7	3	8,3
<b>Beratungsstelle</b>	9	9,5	0	0,0	1	2,8
<b>Psychosomatische Rehabilitation</b>	1	1,1	0	0,0	0	0,0
<b>Psychopharmaka</b>	4	4,2	1	2,4	3	8,3
<b>Ambulante Psychiatrie</b>	7	7,4	1	2,4	0	0,0
<b>Stationäre Psychiatrie</b>	0	0,0	1	2,4	0	0,0
<b>Sonstige Empfehlung</b>	9	9,5	13	31,8	2	33,4
<b>Gesamt</b>	95	100,0	41	100,0	36	100,0

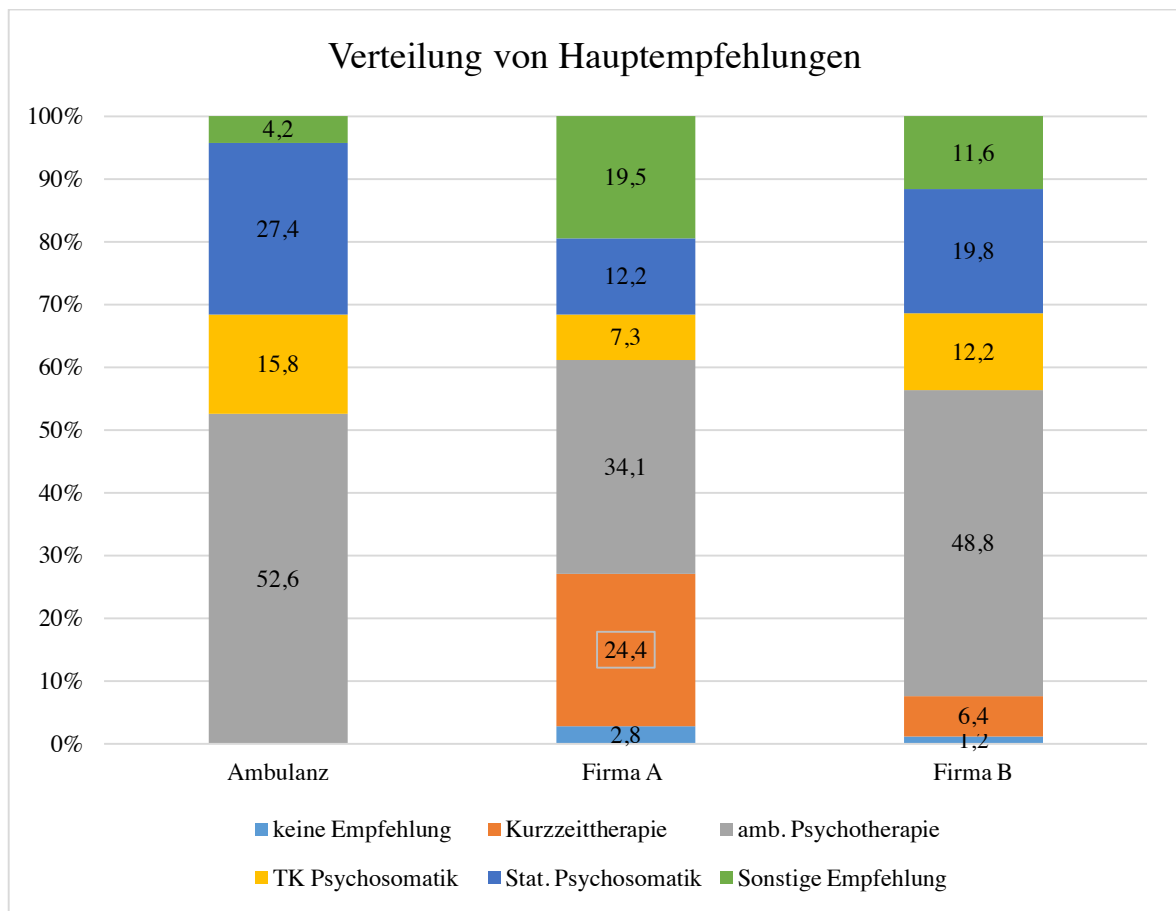
Diese Empfehlungen wurden auf fünf Hauptempfehlungen reduziert. Die Hauptempfehlungen waren:

- Keine Empfehlung
- Kurzzeittherapie
- Ambulante Psychotherapie
- Psychosomatische Tagesklinik
- Stationäre Psychosomatik

- Sonstige Empfehlung (umfasste Beratungsstelle, Psychosomatische Rehabilitation, Psychopharmaka, Ambulante Psychiatrie, Stationäre Psychiatrie, Sonstige Empfehlungen)

Die Verteilung der Hauptempfehlungen in den drei Einrichtungen wurde mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson auf Signifikanz untersucht.

Die Hauptempfehlungen sind in ihrer Verteilung in Abbildung 4 zu sehen:



Amb. Psychotherapie:    Ambulante Psychotherapie  
 TK Psychosomatik:     Psychosomatische Tagesklinik  
 Stat. Psychosomatik:   Stationäre Psychosomatik

**Abbildung 4: Verteilung von Haupttherapieempfehlungen** (aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Ambulante Psychotherapie wurde in allen drei Einrichtungen am häufigsten empfohlen. In der Hochschulambulanz folgten auf Platz zwei und drei eine stationäre Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik bzw. der Besuch der psychosomatischen Tagesklinik als Therapieempfehlung. Bei Firma A wurde am zweithäufigsten Kurzzeittherapie gefolgt von sonstiger Empfehlung und stationärer Therapie in der Psychosomatischen Klinik empfohlen. Bei Firma B wurden in absteigender Reihenfolge die Therapieempfehlungen stationäre Psychosomatik, psychosomatische Tagesklinik und sonstige Empfehlungen gegeben. Die drei Einrichtungen unterschieden sich in ihren Therapieempfehlungen auf dem Signifikanzniveau  $p = 0,000$  hochsignifikant.

### 3.4. Darstellung der Empfehlungsumsetzung in den drei Einrichtungen Hochschulambulanz, Firma A und Firma B

Die Empfehlungsumsetzung wurde aus den Informationen der Arztbriefe (dort fand man die jeweilige Therapieempfehlung) und aus dem T2 Fragebogen – Item A2 gewonnen. Nach Vergleich von Empfehlung und jeweiliger Inanspruchnahme einer Weiterbehandlung wurde festgehalten, ob ein Patient seine Therapieempfehlung nicht / weniger / vollständig oder mehr umgesetzt hat. Abschließend wurde die Empfehlungsumsetzung mit dem Kruskal-Wallis und Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz untersucht.

In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse für die drei Einrichtungen zusammengefasst:

**Tabelle 6: Umsetzung von Therapieempfehlungen** (aus dem T2 Fragebogen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Erhebungszeitraum Juni 2012 bis Januar 2013 und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum November 2011 bis Juni 2013 und aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Nicht:	Empfehlung nicht umgesetzt	n:	Patientenanzahl
Weniger:	Empfehlung weniger umgesetzt	%:	Prozentueller Anteil
Vollständig:	Empfehlung vollständig umgesetzt	p:	Signifikanz (Kruskal-Wallis, Chi-Quadrat-Test)
Mehr:	Empfehlung mehr umgesetzt	n.s.:	nicht signifikant

	Ambulanz		Firma A		Firma B		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Nicht</b>	45	47,4	15	36,6	18	50,0	n.s.
<b>Weniger</b>	6	6,3	2	4,9	1	2,8	
<b>Vollständig</b>	36	37,9	15	36,6	8	22,2	
<b>Mehr</b>	6	6,3	1	2,4	2	5,6	
<b>Gesamt</b>	95	100,0	41	100,0	36	100,0	

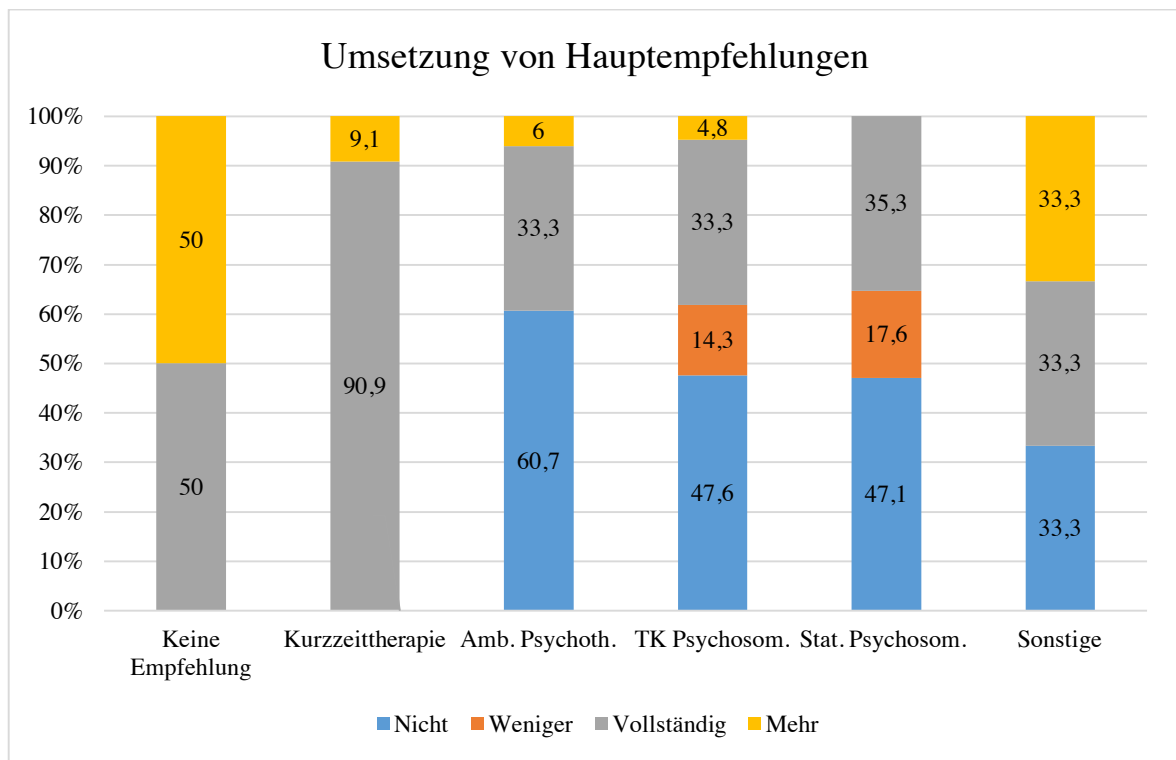
In Ambulanz und Firma B setzten ungefähr die Hälfte der Patienten, in Firma A etwas mehr als ein Drittel, ihre Empfehlungen nicht um. Fast 4 von 10 Patienten der Ambulanz und von Firma A setzten ihre Therapieempfehlung vollständig um, in Firma B dagegen etwa 2 von 10.

Mehr bzw. weniger wurden die Therapieempfehlungen in allen drei Einrichtungen von weniger als einem Zehntel der Patienten umgesetzt. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede für die Empfehlungsumsetzung in den drei Einrichtungen. Damit muss die Hypothese H3 „Patienten der Hochschulambulanz und der PSIBs unterscheiden sich in ihrer Empfehlungsumsetzung“ verworfen werden.

### **3.5 Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Art der Empfehlung und Empfehlungsumsetzung**

Es wurde untersucht, ob der Grad der Empfehlungsumsetzung von der Art der Empfehlung abhängt. Nach Erstellen von Kreuztabellen und Signifikanztestung (Chi-Quadrat nach Pearson) lassen sich die folgenden Ergebnisse festhalten:



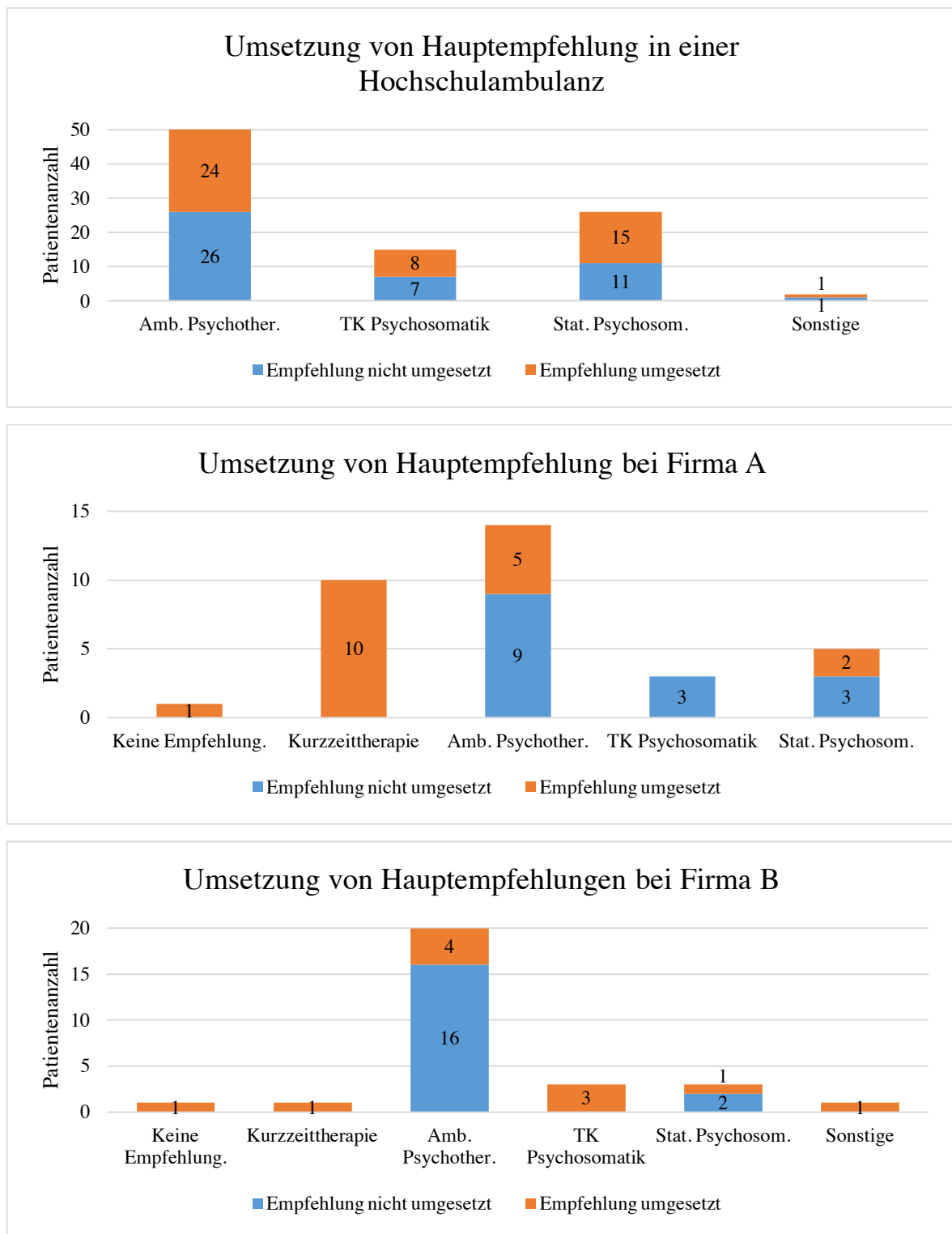


Nicht:	Empfehlung nicht umgesetzt	Amb.	Ambulante Psychotherapie
		Psychoth.:	
Weniger:	Empfehlung weniger umgesetzt	TK	Psychosomatische Tagesklinik
		Psychosom.:	
Vollständig:	Empfehlung vollständig umgesetzt	Stat.	Stationäre Psychosomatik
		Psychosom.:	
Mehr:	Empfehlung mehr umgesetzt		

**Abbildung 5: Umsetzung einzelner Arten von Therapieempfehlungen** (aus den T2 Fragebögen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Erhebungszeitraum Juni 2012 bis Januar 2013 und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum November 2011 bis Juni 2013 und aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Von den beiden Patienten, die keine Empfehlung bekamen, trat einer trotzdem eine Weiterbehandlung an. Eine Kurzzeittherapie wurde von allen elf Patienten vollständig bzw. mehr angenommen. Fast zwei Drittel derer, denen eine ambulante Psychotherapie vorgeschlagen wurde, traten diese Weiterbehandlung nicht an, der Rest hingegen schon. Aus den Gruppe derer, denen eine Behandlung in der psychosomatischen Tagesklinik bzw. ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik empfohlen wurden, nahmen diese

Art der Weiterbehandlung ungefähr die Hälfte nicht und etwa ein Drittel in Anspruch. Sonstige Weiterbehandlungsmöglichkeiten wurden zu je einem Drittel nicht, vollständig bzw. mehr umgesetzt. Es fand sich zwar kein Unterschied in der Empfehlungsumsetzung zwischen den einzelnen Gruppen, jedoch wurden innerhalb dieser die Empfehlungen je nach ihrer Art unterschiedlich umgesetzt:



**Abbildung 6: Umsetzung einzelner Arten von Therapieempfehlungen in den einzelnen Gruppen** (aus den T2 Fragebögen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Erhebungszeitraum Juni 2012 bis Januar 2013 und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum November 2011 bis Juni 2013 und aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und den Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Zur Verdeutlichung wurden die Ergebnisse noch einmal tabellarisch dargestellt:

**Tabelle 7: Umsetzung von Hauptempfehlungen** (aus den T2 Fragebögen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Erhebungszeitraum Juni 2012 bis Januar 2013 und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum November 2011 bis Juni 2013 und aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Amb.                    Ambulante Psychotherapie                    %:            Prozentueller Anteil  
 Psychoth.:  
 TK                      Psychosomatische Tagesklinik                    p:            Signifikanz (Chi-Quadrat-Test)  
 Psychosomatik:  
 Stat.                    Stationäre Psychosomatik                    n.s.:        nicht signifikant  
 Psychosom.

	Ambulanz				Firma A				Firma B			
	Empfehlung nicht umgesetzt		Empfehlung umgesetzt		Empfehlung nicht umgesetzt		Empfehlung umgesetzt		Empfehlung nicht umgesetzt		Empfehlung umgesetzt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Keine Empfehlung</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	9,1
<b>Kurzzeittherapie</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	55,6	0	0,0	1	9,1
<b>Amb. Psychother.</b>	26	57,8	24	50,0	9	60,0	5	27,8	16	88,9	4	36,4
<b>TK Psychosomatik</b>	7	15,6	8	16,7	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	27,3
<b>Stat. Psychosom.</b>	11	24,4	15	31,3	3	2,0	2	11,1	2	11,1	1	9,1
<b>Sonstige</b>	1	2,2	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
<b>Gesamt</b>	45	100,0	48	100,0	15	100,0	18	100,0	18	100,0	11	100,0
<b>p</b>	n.s.				0,004				0,028			

In der Hochschulambulanz wurde die ambulante Psychotherapie am schlechtesten umgesetzt gefolgt von einer stationären Aufnahme in der psychosomatischen Klinik und einem Aufenthalt in der psychosomatischen Tagesklinik. Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Therapieempfehlungen und der Empfehlungsumsetzung.

In der Betriebsambulanz von Firma A wurde die Kurzzeittherapie am besten umgesetzt. Dahinter folgten ambulante Psychotherapie und eine stationäre Aufnahme in der Psychosomatik. Es fanden sich hochsignifikante Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung der einzelnen Therapieempfehlungen.

Am häufigsten nicht umgesetzt und umgesetzt wurde bei Firma B die ambulante Psychotherapie. Ungefähr ein Viertel der Patienten setzten noch den Besuch der psychosomatischen Tagesklinik um, die restlichen Empfehlungen wurden von etwas weniger als einem Zehntel angenommen. Für die einzelnen Therapieempfehlungen fand man hochsignifikante Unterschiede in deren Umsetzung.

Die aufgestellte Hypothese H4 *„Es gibt Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung zwischen den verschiedenen Arten (ambulant, stationär, tagesklinisch etc.) der Therapieempfehlungen“* wird damit bestätigt.

### **3.6 Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung zwischen Männern und Frauen**

Im T1 Fragebogen wurde das Geschlecht der Patienten erfragt. Die Therapieempfehlungen wurden den Arztbriefen entnommen und die Daten zur Umsetzung der Therapieempfehlung wurden aus dem T2 Fragebogen gewonnen.

**Tabelle 8: Umsetzung von Therapieempfehlungen im Geschlechtsunterschied** (Daten aus dem T1 Fragebogen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Erhebungszeitraum Juni 2012 bis Januar 2013 sowie zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum November 2011 bis Juni 2013, aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

n: Absolute Zahl  
 n.s.: nicht signifikant  
 %: Prozentueller Anteil  
 Signifikanzniveau:  $p < 0,05$   
 p: Signifikanzwert (Chi-Quadrat-Test nach Pearson)

	Männer		Frauen		p
	n	%	n	%	
<b>Empfehlung nicht umgesetzt</b>	38	52,1	40	48,8	n.s.
<b>Empfehlung umgesetzt</b>	35	47,9	42	51,2	
<b>Gesamt</b>	73	100,0	82	100,0	

Ungefähr die Hälfte der Frauen und Männer setzten ihre Therapieempfehlungen um, die andere Hälfte setzte sie nicht um.

Folglich lässt sich aus Tabelle 9 schließen, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Umsetzung der Therapieempfehlung bestand.

Damit müssen wir unsere Hypothese H5 „Männer und Frauen unterscheiden sich in der Häufigkeit ihrer Empfehlungsumsetzung“ ablehnen.

### 3.7 Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung zwischen einzelnen Schulabschlüssen

Im T1 Fragebogen wurde der Schulabschluss der Patienten erfragt. Die Therapieempfehlung wurde aus den Arztbriefen und die Empfehlungsumsetzung aus dem T2 Fragebogen entnommen. Nach Darstellung der deskriptiven Häufigkeit des Schulabschlusses und der Empfehlungsumsetzung wurde noch eine Kreuztabelle erstellt. Auf einen signifikanten Unterschied wurde mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson getestet.

**Tabelle 9: Umsetzung von Therapieempfehlungen in unterschiedlichen höchsten Schulabschlüssen**

(Daten aus dem T1 Fragebogen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, Erhebungszeitraum Juni 2012 bis Januar 2013 und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum November 2011 bis Juni 2013; aus den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm und zweier Betriebsambulanzen, Erhebungszeitraum Dezember 2015 bis Februar 2016)

Ohne/sonstiger: Ohne bzw. sonstiger Schulabschluss n: Patientenzahl  
 Sonderschul.: Sonderschulabschluss %: Prozentueller Anteil  
 Hauptschul.: Hauptschulabschluss n.s.: nicht signifikant  
 Realschul.: Realschulabschluss Signifikanzniveau:  $p < 0,05$

	Ohne/sonstiger		Sonderschul.		Hauptschul.		Realschul.		Abitur		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Empfehlung nicht umgesetzt</b>	2	100,0	0	0,0	27	57,4	27	48,2	21	44,7	n.s.
<b>Empfehlung umgesetzt</b>	0	0,0	2	100,0	20	42,6	29	51,8	26	55,3	
<b>Gesamt</b>	2	100,0	2	100,0	47	100,0	56	100,0	47	100,0	

Ungefähr die Hälfte der Patienten mit Hauptschulabschluss, Realschulabschluss sowie Abitur setzten ihre Therapieempfehlung um. Beide Patienten ohne Schulabschluss bzw. mit sonstigem Schulabschluss setzten ihre Therapieempfehlung nicht um, alle mit Sonderschulabschluss setzten ihre Therapieempfehlung um.

Es waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den höchsten Schulabschlüssen und der Empfehlungsumsetzung nachweisbar. Die aufgestellte Hypothese H6 „*Patienten mit verschiedenen höchsten Schulabschlüssen unterscheiden sich in ihrer Empfehlungsumsetzung*“ muss daher verworfen werden.

Es waren keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der Therapiemotivation zwischen beiden Gruppen nachzuweisen

## 4. Diskussion

### 4.1 Diskussion der Methodik

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die vollständigen Datensätze der Studie von Rothermund et al. (2012, 2016). Die Rücklaufquoten lagen dort bei ca. 60% d.h. es gab einen deutlichen Schwund im Verlauf der Datenerhebung. Wie im Methoden-Teil geschildert, lagen anfänglich die Daten von 176 Probanden vor, von welchen vier aufgrund fehlender Arztbriefe von dieser Arbeit exkludiert und damit die Zahl der Gesamtstichprobe auf  $n = 172$  reduziert wurde. Die drei Gruppen „Hochschulambulanz“ mit 95, „Firma A“ mit 41 und „Firma B“ mit 36 Teilnehmer entsprechen einer Gruppengröße von jeweils mehr als 30 Teilnehmern und erscheinen als groß genug, um aus den Ergebnissen Aussagen abzuleiten. Die Größe der Stichprobe kann damit als angemessen betrachtet werden.

Die gewählten Instrumente der Datenerhebung (Fragebögen) scheinen sinnvoll, da sie von den Patienten einen geringen zeitlichen Aufwand und per Post verschickt werden können und für die Forscher die Erhebung ökonomisch ist. Die zusätzlich analysierten Arztbriefe konnten gut zur Bearbeitung und Analyse genutzt werden, die für die Studie relevanten Informationen ließen sich dort zuverlässig erheben.

Es stellt sich die Frage, inwiefern die Ergebnisse der Studie repräsentativ sind. Eine Limitation ist, dass die Teilnehmer ausschließlich Arbeitnehmer sind und aus dem Großraum Ulm stammen. Durch das Einschlusskriterium „Mindestalter 18 Jahre“ konnten nur sehr wenige Auszubildende inkludiert werden. Die beiden PSIB der Betriebe A und B sind eine spezielle Art von psychosomatischer Sprechstunde und die beiden Betriebe (Firma A spezialisiert auf Metallverarbeitung, Firma B auf Sicherheitstechnik) gehören zum sekundärem Industriesektor, welcher in Deutschland nur 24,7% ausmacht (Bundeszentrale für politische Bildung, Stand 2012). Damit ist es schwierig, die Ergebnisse auf andere Sektoren zu verallgemeinern. Die Beschäftigten von Firma B könnten einer besonderen Belastung durch für manche schwere Vereinbarkeit von Arbeit im Sicherheitsbereich bzw. Rüstungsindustrie und eigenem Gewissen und Moralvorstellung unterliegen, während in Firma A eher schwere körperliche Arbeit verrichtet wird. Es bleibt jedoch offen, ob und welchen Einfluss das auf das Hauptziel der Arbeit (Befolgung von Therapieempfehlungen) hat.

Insgesamt ist das Geschlechterverhältnis mit 88 Männern und 84 Frauen ausgewogen, wobei der Frauenanteil in den einzelnen Gruppen stark variiert und vor allem bei Firma A mit nur 24% gering ist. Das Durchschnittsalter von 45 Jahren mit den jüngsten Patienten mit 18



Jahren und den ältesten mit 73 Jahren entspricht Arbeitern von Arbeitslebenseintritt bis Renteneintritt. Bezüglich höchstem Schulabschluss ist die Stichprobe gut balanciert, die Hochschulambulanz ist gut gemischt und die beiden Firmen spiegeln einmal eine Arbeiterfirma (Betrieb A) und einmal eine Akademikerfirma (Betrieb B).

Kritik an der Aussagekraft dieser Ergebnisse könnte sein, dass es sich nur um Patienten aus dem Bundesland Baden – Württemberg handelt, welche allesamt Arbeitnehmer sind. Jedoch sieht man an dem Vergleich mit den psychosomatischen Ambulanzen der Universitätskliniken München und Mainz (mit Arbeit nehmenden und arbeitslosen Patienten) übereinstimmende Zahlen zu den untersuchten Variablen Vorbehandlungen, psychische und somatische Diagnoseanzahl.

Für zukünftige Arbeiten wäre es von Interesse, die Erwartungen und den Wissenstand der PSIB Patient zum psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystem und der Ambulanzpatienten zu Ihrer Erkrankung zu untersuchen.

Das Thema der Arbeit ist bisher sehr wenig beforscht, trotzdem konnte relevante Vergleichsliteratur gefunden werden. Insgesamt ist zu vermuten, dass diese Ergebnisse auch in anderen Ambulanzen und in anderen Betrieben gefunden werden können, dieses wäre aber wissenschaftlich zu überprüfen.

#### **4.2 Diskussion zur ersten Hypothese**

*H1: Patienten einer Hochschulambulanz sind stärker beeinträchtigt als Patienten der PSIB*

Die erste Hypothese, ob Patienten der Hochschulambulanz im Vergleich zu denen der Betriebsambulanzen schwerer erkrankt waren, konnte bestätigt werden.

Gemessen wurde dieser von uns festgelegte Schweregrad der Erkrankung an der Anzahl der Vorbehandlungen, psychischen und somatischen Diagnosen. In der Gruppe der Hochschulambulanz gab es doppelt so viele Vorbehandlungen (MW 1,6) und somatische Diagnosen (MW 1,0) als in den PSIB's. Zudem gab es mehr psychische Diagnosen in der Hochschulambulanz (MW 1,9) als in den PSIB's (MW 1,4). Als Ergebnis ließ sich festhalten, dass in den Arztbriefen der Patienten der Hochschulambulanz (hoch)signifikant mehr Vorbehandlungen und Diagnosen vermerkt waren, die Ambulanzpatienten also nach unserer Definition kränker waren.

Ein weiterer Punkt, der diese Hypothese unterstützt, findet sich bei der Betrachtung des Anteils der Patienten ohne psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatische Vorbehandlung:

Der Anteil der Patienten ohne Vorbehandlungen war in den PSIB's geringer (44,2%) als in der Hochschulambulanz (15,8%). Auch in der Anzahl der Patienten ohne psychische Diagnosen gab es nennenswerte Unterschiede: Während nur 1,1% der Patienten aus der Hochschulambulanz keine psychische Diagnose in ihrem Arztbrief vermerkt hatten, waren es in den Arztbriefen der PSIB Gruppe 9,1%. Bei den somatischen Diagnosen stellte sich eine annähernd gleiche Tendenz dar: Keine somatische Diagnose hatten 54,7% der Ambulanzpatienten aber 75,3% der PSIB-Patienten

Die Antworten auf das Item A7 aus dem T2 Fragebogen stützen die erste Hypothese:

„Meinen Sie, dass Sie derzeitig psychotherapeutische Hilfe nötig haben?“

69,5% der Patienten der Hochschulambulanz und 58,0% der Patienten der PSIB's bejahten diese Aussage.

Gründe für die schwerwiegendere Erkrankung der Hochschulambulanzpatienten könnten sein, dass für Patienten der PSIB's diese Sprechstunden der erste Kontakt „mit dem psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystem“ (Rothermund et al. 2011) überhaupt ist, was die Niederschwelligkeit dieses Angebotes bestätigt.

In anderen psychosomatischen Ambulanzen finden sich entsprechende Ergebnisse:

In der Münchner Hochschulambulanz waren 51,16% der Patienten noch in fortlaufender ambulanter Psychotherapie oder hatten schon einmal diese Therapieform in Anspruch genommen (Pöttsch 2010).

Bei Betrachtung der Anzahl der psychischen Diagnosen, findet man in der Literatur ähnliche Werte: In der psychosomatischen Hochschulambulanz in München wurde bei 37,79% der Patienten eine psychische Zweitdiagnose und bei 8,72% eine Drittdiagnose gestellt (Pöttsch 2010). In der Ulmer Hochschulambulanz ergaben sich fast gleiche Werte: 35,8% der Ambulanzpatienten hatten zwei psychische Diagnosen und 8,4% hatten drei psychische Diagnosen in ihren Arztbrief.

In der Ambulanz der Mainzer psychosomatischen Universitätsklinik kam man zu einer etwas anderen Verteilung: Bei 25,6 % wurden zwei psychische Diagnosen und bei 24,6 % drei psychische Diagnosen dokumentiert (Schäfer et al. 2008).

Die Verteilung der psychischen Diagnosen hängt sehr stark vom Arzt ab, der den Arztbrief verfasst und auch davon, ob Z – Diagnosen verwendet wurden oder nicht. Bei der

Untersuchung der Arztbriefe fiel auf, dass manche Ärzte sehr viele Z – Diagnosen vergeben und andere wiederum überhaupt keine. Die maximale Anzahl an Diagnosen wurde bei uns auf acht beschränkt, ein Patient des gesamten Kollektives hatte elf psychische Diagnosen (es wurden Z-Diagnosen mit psychischen Krankheitswert miteinbezogen).

Bei den somatischen Diagnosen finden sich jedoch große Unterschiede zwischen der psychosomatischen Hochschulambulanz in Ulm und der psychosomatischen Ambulanz der Münchner Universitätsklinik: Mehr Patienten der Münchner Hochschulambulanz hatten eine somatische Diagnose erhalten (22,51%) (Pötzsch 2010) als in Ulm (17,9%). Bei den Mainzer Ambulanzpatienten gab es etwas ähnlich viele Patienten ohne somatische Diagnosen (62,6%) (Schäfer et al. 2008) wie in Ulm (54,7%). In der PSIB gab es mehr Patienten ohne somatische Diagnosen (75,3%).

Da es bisher erst sehr wenig Literatur und Forschungsergebnisse zu von Betrieben ausgehenden psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Sprechstunden gibt, muss auf den Vergleich mit Arbeitnehmern, die an einer psychosomatischen Kurzzeittherapie teilnahmen, zurückgegriffen werden: In der Veröffentlichung „Psychische Gesundheit im Betrieb Die Psychosomatische Kurzzeittherapie“ (Hölzer 2012) berichtet Hölzer von 61% mit einer, 31% mit zwei und von 8% der Teilnehmer mit drei psychischen Diagnosen. In den kooperierenden PSIB's finden sich 55,8% mit einer, 24,7% mit zweien und 6,5% mit drei psychischen Diagnosen, also eine ähnliche Verteilung. Vergleiche von einem Konsiliar- und Liasondienst mit einer psychosomatischen Hochschulambulanz des Universitätsklinikums Mainz berichtet ebenfalls davon, dass in der Ambulanz mehr Patienten mit einer psychischen Grunderkrankung zu finden sind, welche auch öfter Erfahrung mit psychotherapeutischen Vorbehandlungen haben (Schäfer et al. 2008), also psychisch mehr belastet sind.

Das Wissen, dass Patienten einer psychosomatischen Hochschulambulanz kränker sind und mehr Erfahrung mit psychotherapeutischer Vorbehandlung haben als Patienten der PSIB's sowie anderen psychosomatischen Konsiliar- / Liasondiensten kann von Psychotherapeuten / Ärzten / Psychologen / Psychiatern der psychosomatischen Ambulanzen genutzt werden, um die Gespräche an das Klientel anzupassen. Während es bei den PSIB Patient wohl wichtiger ist, diese über ihre Krankheit aufzuklären, ist anzunehmen, dass die Ambulanzpatienten bereits mehr über ihre Krankheit wissen und eher über Therapiemöglichkeiten informiert werden sollten. Ebenfalls könnte man anstreben, den kränkeren Ambulanzpatienten schneller eine stationäre Therapie oder einen Platz in der psychosomatischen Tagesklinik zu vermitteln. Nachdem die PSIB Patienten weniger bzw.

keinen bisherigen Kontakt mit dem psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystem hatten, wäre es sinnvoll, neben der Psychoedukation ihnen auch von der zunehmenden Entstigmatisierung psychischer Krankheiten zu berichten. Christoph Kübel, Geschäftsführer und Arbeitsdirektor der Robert Bosch GmbH, berichtet in einem Interview mit dem BKK – Dachverband e.V.: *„[D]eshalb ist es mir besonders wichtig, darüber zu sprechen. Vor psychischen Fehlbelastungen ist niemand gefeit, Auslöser können auferlegter Druck oder auch Selbstüberforderung sein. Jeder Mensch geht dabei anders mit Stress- oder Drucksituationen um. Doch wer seelische Beschwerden anspricht, dem hängt schnell das Stigma des Makels an. Das wollen wir ändern. [...]*

*Wir klären unsere Beschäftigten über die Ursachen von psychischen Belastungen auf, wie sie diese beeinflussen und welche ihre Gesundheit dauerhaft beeinträchtigen können“* (Knieps et al. 2016).

### **4.3 Diskussion zur zweiten Hypothese**

*H2: Patienten der Hochschulambulanz und der PSIB unterscheiden sich in der Häufigkeit von Arbeits- bzw. Privatproblemen*

Die zweite Hypothese meiner Arbeit konnte für die Privatproblematik bestätigt werden. Wir hatten erwartet, dass Patienten der Hochschulambulanz weniger Probleme im Arbeitsbereich und dafür mehr im Privatleben angeben und Patienten der PSIB vice versa. Es fanden sich signifikante Unterschiede bei der Häufigkeit der Nennungen der Privatproblematik und keine signifikanten Unterschiede in der Arbeitsproblematik der Patienten in der psychosomatischen Hochschulambulanz und den PSIB's. Es lässt sich festhalten, dass für ungefähr die Hälfte der Patienten der Ambulanz und der Betriebe ein Konflikt am Arbeitsplatz Haupt- oder Mitursache ihrer psychischen Beschwerden ist. Der Arbeitsplatz hat auf die wenigsten Arbeitnehmer einen stabilisierenden Einfluss auf deren psychisches Wohlergehen.

Ein größerer Teil berichtet von keinerlei Problemen am Arbeitsplatz.

Mit dem Einfluss des Privatlebens auf die psychische Gesundheit verhält es sich nicht anders: Ebenfalls mehr als die Hälfte beider Gruppen sieht ein Problem im Privatleben als Hauptursache oder Mitursache ihrer psychischen Erkrankung. Ein positives Ergebnis ist jedoch, dass sich in den PSIB's ein höherer Anteil an Patienten ohne Probleme im Privatleben fand als derer, die in einem privaten Problem die Hauptursache für ihre

Erkrankung sehen. Erstaunlich ist, dass mehr Patienten ihre Arbeit (PSIB-Patienten 10,4%, Ambulanz 6,3%) als stabilisierenden Faktor ansehen als ihr Privatleben (PSIB-Patienten 7,8% Ambulanz 3,2%). Ein Grund dafür könnte sein, dass in unserer Gesellschaft Arbeit wichtig ist für die Eingliederung in eine soziale Statusgruppe.

Dass sich die beiden Gruppen nicht in ihren Problemen unterscheiden, ist ein wichtiges Ergebnis. Ein Großteil der Arbeiter hat anscheinend Probleme am Arbeitsplatz und im Privatleben, welche als Ursache der Betroffenen für ihre psychische Erkrankung berichtet werden. Die Probleme im Privatleben tangieren häufig das Thema alternder Eltern und Pflegebedürftigkeit jener, Kindeserziehung, Partnerschaft, Haushalt und Rollenverteilung. An unseren heutigen Arbeitsplatz findet sich kein Platz für solche Probleme, der Arbeitnehmer muss trotz seiner privaten Probleme seine vom Arbeitgeber formulierten Ziele erreichen. Vergleichbare Untersuchungen gibt es in sehr beschränkten Ausmaß. Rothermund et. al (2017) untersuchte dieselben Patienten der PSIB, ob und welche Art von Arbeitsplatzkonflikt vorliegt mit einem ähnlichen Ergebnis. Die vier Kategorien von Rothermund et al. (2017) lassen sich mit den von uns gewählten vergleichen:

- Kategorie 1: „reiner Arbeitsplatzkonflikt“ (30%) entspricht „Arbeit ist Hauptursache der psychischen Erkrankung“ (23% der Hochschulambulanzpatienten bzw. 26% der PSIB Patienten)
- Kategorie 2: „Arbeitsplatzkonflikt steht im Vordergrund“ (10%) und Kategorie 3: „Arbeitsplatzkonflikt ist Teil der psychosozialen Belastung“ (38%) kann mit „Arbeit ist Mitursache für die psychische Erkrankung“ (28% der Hochschulambulanzpatienten bzw. 34% der PSIB Patienten) und
- Kategorie 4: „kein Arbeitsplatzkonflikt“ (22%) kann mit „Arbeit ist stabilisierend für die psychische Gesundheit“ (6% der Hochschulambulanzpatienten bzw. 10% der PSIB Patienten) bzw. „kein Problem am Arbeitsplatz“ (15% der Hochschulambulanzpatienten bzw. 12% der PSIB Patienten) verglichen werden.

Letztendlich wird in der Arbeit von Rothermund *et al.* (2017) von 40% der Patienten ein bestehender Arbeitsplatzkonflikt als Ursache für die Entstehung einer psychischen Erkrankung beschrieben. Vergleicht man das mit unserer Kategorisierung, kommt man mit ungefähr 60% (Summe der Patientenanteile, die Arbeit als Mit- und Hauptursache für ihre psychischen Beschwerden angeben) auf eine noch höhere oder mit 26% (nur „Arbeit ist Hauptursache der psychischen Erkrankung“) auf eine geringe Zahl. Ein Grund dafür könnte sein, dass die von Rothermund *et al.* (2017) beschriebenen Kategorien feiner differenzieren und zwei ihrer Kategorien - Kategorie 2 („Arbeitsplatzkonflikt steht im Vordergrund“) und

3 („Arbeitsplatzkonflikt ist Teil der psychosozialen Belastung“) - einer in dieser Arbeit gewählten Kategorie „„Arbeit ist Mitursache für die psychische Erkrankung““ vergleichend gegenüberstehen.

Die Probleme der Arbeitnehmer, ob im Privatleben oder am Arbeitsplatz, bergen Potential für die Entstehung psychischer Erkrankungen. *„Die Wirkungszusammenhänge zwischen psychischen Belastungen durch die Arbeit und gesundheitlichen Beschwerden sind komplex und vielschichtig. Die Datenlage zur Analyse dieser Wirkungszusammenhänge ist lückenhaft“* (Biffel et al. 2011). Es ist schwierig zu messen, zu welchem Grad das Problem am Arbeitsplatz oder der Konflikt im Privatleben wirklich die Gründe für die Entstehung einer psychischen Erkrankung sind. Die vorliegenden Daten aus den Arztbriefen der Patienten geben die jeweiligen klinischen Einschätzungen der behandelnden Ärzte wieder. *„Wenn psychische Belastungen als Auslöser für physische Gesundheitsprobleme genannt werden (sogenannte psychosomatische Erkrankungen) ist eine genaue Diagnose und Ursache-Wirkungsanalyse nicht möglich“* (Biffel et al. 2011). Man kann Probleme objektivieren und grobe Problemfelder definieren, Zusammenhänge zu psychischen Erkrankungen untersuchen und Theorien zu Krankheitsgenesen aufstellen, aber ob und in welchem Grad wirklich eine psychische Erkrankung ausgebildet wird (Modell der Salutogenese nach Antonovsky, arbeitspsychologisches Modell nach Karasek und Theorell bzw. nach Siegrist), hängt von zahlreichen Faktoren ab und kann nicht in dieser Arbeit behandelt werden. Es ist wichtiger zu erforschen, welchen Nutzen uns die gewonnenen Ergebnisse liefern. Privatprobleme können belastend für das Individuum sein, und eine psychosomatische Sprechstunde am Arbeitsplatz bietet sich als eine sinnvolle ergänzende Maßnahme in unserem Gesundheitssystem an. Persönliche Probleme müssen erkannt und behandelt werden, sie betreffen den Arbeitsplatz insofern, da die Arbeitnehmer durch Präsentismus oder Absentismus auffallen, wenn sich ihre Probleme im Privatleben in einer Erkrankung manifestieren. Um diesem Vorzubeugen, würde es sich anbieten, auf regelmäßiger Basis betriebsinterne Gesundheitsbefragungen durchzuführen oder interne psychologisch-psychiatriisch-psychosomatische Sprechstunden anzubieten, wie es schon in Modellversuchen stattfindet. Es könnte von Hilfe sein, durch beispielsweise Supervisionen von Betriebs-Externen problematische Strukturen am Arbeitsplatz aufzudecken. *„Nicht weil Arbeit krank macht, sondern weil psychisch angeschlagene Arbeitnehmer in ihrer Arbeitsfähigkeit häufig eingeschränkt sind, auffällig werden durch krankheitsbedingte Leistungseinbußen (Präsentismus) oder ausfallen durch Arbeitsunfähigkeit (Absentismus), werden nicht zuletzt am Arbeitsplatz Dritte aufmerksam auf eine sich entwickelnde*

*Erkrankung bzw. einen davon betroffenen Mitarbeiter*“ (Hölzer 2012). Jeder siebte ausgefallene Arbeitstag geht auf eine psychische Erkrankung zurück (Michaelis et al. 2016). Im besten Fall kann eine psychische Krankheit in ihrer Entstehung unterbrochen oder bei dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung die Chronifizierung dieser verhindert werden. Arbeitgeber sollten sensibilisiert werden und mit der epidemiologischen Lage vertraut gemacht werden:

AU-Tage bedingt durch psychische Störungen haben sich zwischen 2005 bis 2015 mehr als verdoppelt und Muskel- und Skeletterkrankungen sind gemeinsam mit psychische Störungen für mehr als die Hälfte aller AU-Tage verantwortlich (Knieps et al. 2016). Es gibt in vielen Betrieben schon betriebsinterne Angebote zur Förderung körperlicher und psychischer Gesundheit, wobei psychisches Wohlergehen häufig eher mit Burn Out Prävention gleichgesetzt wird und nicht auf die anderen häufigsten psychischen Erkrankungen wie Angststörungen (15% in der Bevölkerung), Depression (9%) und Substanzmissbrauch (6%) (Michaelis et al. 2016) zielt. Jedoch haben psychosomatische Probleme multifaktorielle Ursachen und können nicht vollständig auf vorherrschende Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden können (Biffel *et al.*, 2011).

Es wäre wichtig zu ergründen, ob man diese Ergebnisse auf die gesamte arbeitende Bevölkerung anwenden kann. Unser Patientenkollektiv umfasste einen repräsentativen Überblick, von Aushilfskräften über Schichtarbeiter hin zu leitenden Angestellten. Eine qualitative Auswertung der Interviews mit den Patienten zu den verschiedenen Arten der Privat- bzw. Arbeitsprobleme wäre sinnvoll, um noch genauer über die Problemverteilung Bescheid zu wissen und gezielter zum Beispiel an deren Prophylaxe zu arbeiten. Zudem gibt es relevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Das Privatleben scheint für Männer eher stabilisierend und ausgleichend auf ihre Arbeit zu wirken, wohingegen für Frauen die Vereinbarung von Beruf und Privatleben häufig noch eine starke Belastung darstellt (Biffel et al. 2011). Diese Fragestellung wurde in dieser Arbeit nicht untersucht.

Zum Thema Arbeit und Gesundheit findet man zahlreiche wissenschaftliche Artikel, aber untersucht wurden Patienten aus Betriebsambulanzen bisher nur von *Rothermund et. al.*

Insgesamt lässt sich sagen, dass Probleme am Arbeitsplatz bzw. im Privatleben einen ähnlich starken Einfluss auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in beiden Gruppen hatten und sicherlich miteinander interagieren.

Arbeit und Privatleben wurden in den seltensten Fällen als stabilisierend gesehen und keine Problematik in den beiden Bereichen war ebenfalls eine rare Aussage.

#### 4.4 Diskussion zur dritten Hypothese

*H3 Patienten der Hochschulambulanz und der PSIBs unterscheiden sich in ihrer Empfehlungsumsetzung*

Die dritte Hypothese meiner Arbeit setzt sich mit der Frage auseinander, ob sich die drei Gruppen in ihrer Empfehlungsumsetzung unterscheiden. Es konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. In der Hochschulambulanz und bei Firma B setzten ungefähr die Hälfte der Patienten ihre Empfehlungen nicht um, bei Firma A etwas mehr als ein Drittel nicht. Im Schnitt wurden die Therapieempfehlungen weniger bzw. mehr von unter 10% der Patienten umgesetzt. Vollständige Empfehlungsumsetzung gab es bei Firma A und in der Hochschulambulanz bei mehr als einem Drittel der Patienten und bei Firma B nur von 22%.

Insgesamt wurden die Therapieempfehlungen am schlechtesten bei Firma B umgesetzt und in etwa gleich bei Firma A und in der Hochschulambulanz.

Zur Umsetzung von Therapieempfehlungen gibt es bisher sehr wenig Literatur. Diese „Umsetzung von Therapieempfehlungen“ kann auch als „Therapiecompliance“ umschrieben werden. Studien zu Therapiecompliance gibt es zahlreiche vor allem im Bereich der pharmakologischen Compliance aller möglichen somatischen Erkrankungen, die eine Dauermedikation benötigen. Dazu zählen zum Beispiel arterielle Hypertonie, Infektionen mit dem HI-Virus, chronische Hepatitis und viele weitere. In der Rehaforschung findet man Studien wie das RENA-Projekt zur Rehabilitationsnachsorge (Gerdes et al. 2004), welches sich mit den Nachsorgeempfehlungen der Rehatherapie beschäftigt. Auch in Rehabilitationsforschung scheint es kaum Informationen zum Grad der Empfehlungsumsetzung und deren Hindernissen zu geben (Gerdes et al. 2004). Im RENA-Projekt gaben ein Viertel der Studienteilnehmer an, ihre Empfehlung „voll und ganz“ umgesetzt zu haben. Diese Umsetzung war damit ähnlich hoch wie in unserer Studie nach einem stationären psychosomatischen Aufenthalt (35,3 %). Bei Braunger et al. (2015) bestanden ebenfalls keine signifikanten Unterschiede für die Umsetzung von Empfehlungen zwischen Telefon- und Face-to-Face-Gruppe. Die Patienten des RENA-Projektes hatte die Möglichkeit, auf die Frage „Konnten Sie insgesamt Ihre Nachsorgeempfehlungen nach dem Reha-Aufenthalt umsetzen?“ die Antwortmöglichkeiten „gar nicht“, „voll & ganz“ sowie „teilweise“ anzukreuzen. Bei uns wurde der Grad der Umsetzung aus dem Match von



Therapieempfehlung und Art der Weiterbehandlung generiert. Die 71% des RENA-Projektes, die ihre Nachsorgeempfehlung „teilweise“ umsetzten, können mit der Summe der in dieser Arbeit genutzten Kategorien „mehr“ bzw. „weniger“ verglichen werden, die sich zwischen 7% und 12% bewegen. Ein Grund für diese sehr große Diskrepanz könnte sein, dass sich das RENA-Projekt vorwiegend mit körperlichen Rehabilitationsmaßnahmen beschäftigt, nur etwa 5% der Nachsorgeempfehlungen sind Psychotherapie, im Vordergrund standen eher Heimtraining, ambulante Therapien und Maßnahmen zur Gewichtsreduktion bzw. gesunden Ernährung.

Zum Vergleich kann man auch mit dem in der Literatur etwas häufiger behandelten Thema „Überweisungserfolge“ arbeiten. In der „Wiener klinischen Wochenschrift“ veröffentlichten Löffler-Stastka *et. al.* 2010 den Artikel „Überweisungserfolg in Psychotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen – Therapeutische Konsequenzen“, welcher nur bedingt nutzbar ist, da der Artikel sich nicht mit psychisch erkrankten allgemein, sondern speziell mit Persönlichkeitsgestörten beschäftigt. In dieser Studie nahmen 59,3 % Psychotherapie in Anspruch und 40,7 % lehnten eine Therapie ab. Diese Werte kongruieren mit unseren Werten: Ungefähr 40%-50% nahmen trotz Therapieempfehlung keine Weiterbehandlung in Anspruch. Eine solche Tendenz findet sich auch bei Rumpold *et al.* (2004): Über die Hälfte der Studienteilnehmer begannen eine Ihnen empfohlene Psychotherapie, 67,5 % beendeten diese. In dieser Studie finden sich damit auch circa 40-50% an Therapieverweigerern.

Als Prädiktoren für den Überweisungserfolg wurden unter anderem niedrigeres Alter, weibliches Geschlecht und höhere Depressivität gefunden.

In ihrer Studie setzten sich auch Ayuso-Mateos *et al.* (2007) mit der Frage auseinander, welche Faktoren zur Therapieadhärenz von depressiven Patienten beitragen. Dazu wurden aus der –ODIN (Outcomes of Depression International Network)-Studie Daten ausgewertet. Eingeschlossen wurden nur Teilnehmer, denen eine bestimmten Art von psychologische Intervention zugewiesen wurden und es wurde untersucht, ob sie ihre Interventionen wahrnahmen oder nicht. Das Ergebnis war, dass von allen Patienten, denen man eine psychologische Intervention angeboten hatte, 69% mit dieser begannen und 54% sie beendeten (Ayuso-Mateos *et al.* 2007). Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem Anteil der Patienten aus dieser Arbeit, welche ihre Therapie abgeschlossen hatten (54%) und die Therapieumsetzer (ungefähr 50%), zeigen sich kongruierende Werte.

#### 4.5 Diskussion zur vierten Hypothese

*H4: Es gibt Unterschiede in der Therapieumsetzung zwischen den verschiedenen Arten der Therapieempfehlungen*

Die vierte Hypothese meiner Arbeit „Es gibt Unterschiede in der Therapieumsetzung zwischen den verschiedenen Arten der Therapieempfehlungen“ konnte bestätigt werden. Während die Umsetzung der Kurzzeittherapie (direkt im Anschluss an die Diagnostik und beim selben Therapeuten in der Firma) von allen Patienten, denen sie empfohlen, auch umgesetzt wurde, wurde die Empfehlung zu einer ambulanten Psychotherapie am schlechtesten umgesetzt. Lediglich etwa ein Drittel der Patienten, denen eine ambulante Therapie empfohlen wurde, führten diese Art der Weiterbehandlung auch tatsächlich durch. Bei den Empfehlungen der psychosomatischen Tagesklinik bzw. einer stationären Behandlung in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist festzustellen, dass circa die Hälfte der Patienten ihre Therapieempfehlung umsetzte. Sonstige Empfehlungen (drei Patienten) und keine Empfehlung (zwei Patienten) sind wegen ihrer mangelnden Aussagekraft bedingt durch die niedrige Anzahl an Patienten vernachlässigbar.

Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu einer der ersten Untersuchungen zur Wirkung von Psychotherapiegesprächen von Tomas von Cube aus dem Jahre 1983: In Cubes Studie fand sich kein Unterschied zwischen den einzelnen empfohlenen Therapien und Therapieaufnahme der Patienten (von Cube 1983).

Am besten wurde die Empfehlung zu einer Kurzzeittherapie umgesetzt. Diese Art der Weiterbehandlung ist eine Kurzzeitpsychotherapie, welche vor allem bei beginnenden psychisch-psychosomatisch-psychiatrischen Krankheiten oder bei nicht sehr schwerwiegenden Beschwerden häufig empfohlen wird. Diese Art von Empfehlung wurde ausschließlich in den Betrieben empfohlen (24,6% der Hauptempfehlungen bei Firma A und 6,4% bei Firma B), da sie als direkte Anschlusstherapie an die Initialsitzung der PSIB folgen konnte und Teil des Angebots der PSIB war. Bei Firma A bestand das Angebot, falls nötig, im Anschluss an die PSIB bis zu zehn weitere Sitzungen (à 50min) als Kurzzeittherapie in Anspruch zu nehmen. Bei Firma B konnten zwei weitere Sitzungen als Kurzzeittherapie angeschlossen werden. Besonders an dieser Therapieempfehlung ist, dass dem Patienten Wartezeit auf einen Termin, Suche und Kontaktaufnahme mit einem geeigneten

Therapeuten erspart bleiben. Der Patient muss also nur zur Kurzzeittherapie einwilligen und bekommt seine Therapie, er muss nicht selbst aktiv werden und sich nicht um seine Weiterbehandlung kümmern. Es ist also sehr einfach für den Patienten, seine Weiterbehandlung zu vollführen, was sich in der 100% -igen Therapieumsetzung niederschlägt. Auch scheint diese Art der Therapie erfolgreich zu sein: Hölzer untersuchte 2012 die psychosomatische Kurzzeittherapie mit dem Ergebnis, dass 40% der Patienten *„[d]urch eine auf acht Stunden begrenzte Kurzzeitintervention [...] zunächst so ausreichend behandelt werden, dass trotz eines teilweise erheblichen Leidensdruckes und signifikanter Krankheitsschwere zunächst keine weiteren Therapiemaßnahmen notwendig waren“* (Hölzer 2012).

Im Gegensatz dazu steht die Empfehlung zur ambulanten Psychotherapie mit einer Umsetzungsrate von 40%, die schlechteste in dieser Arbeit: Bekommt ein Patient diese Art von Therapie als Empfehlung, muss er sich einen Therapeuten suchen, einen Termin vereinbaren, auf den Termin bis zu drei Monate warten (Bundespsychotherapeutenkammer 2011) und am Tag den Termin dann auch wirklich wahrnehmen. Der Patient muss also sehr aktiv, selbstständig und motiviert sein, um eine Weiterbehandlung anzutreten. Die in der Literatur oft genannte „Therapiemotivation“ (Löffler-Stastka et al. 2010; Rumpold et al. 2004; Schwichtenberg u. Doering 2017) als Prädiktor einer erfolgreichen Weiterbehandlung wird auch in den Zusammenhang mit der Eigeninitiative der Patienten gesetzt: Von Cube (1983) berichtet, dass Patienten, die aus eigener Motivation ein Beratungsgespräch ersuchen, auch eher eine Weiterbehandlung in Anspruch nehmen (von Cube, 1983). Ein weiteres Hindernis findet sich bei der Suche nach einem geeigneten Therapieplatz in Deutschland, wie die Studie der Bundestherapeutenkammer 2011 zeigt (s.oben). Eine Kombination aus Eigeninitiative des Patienten und schlechter Versorgungslage können Gründe sein, weshalb ambulante Psychotherapie als Empfehlung am schlechtesten umgesetzt wird. Man findet ähnliche Zahlen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie in einer Dissertation der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau: 48% der Patienten eines psychosomatischen Konsiliardienstes nahmen Kontakt zu einer Nachbehandlungsinstitution auf (Sommer 2010). Zu besseren Ergebnissen kommt eine Studie, welche die Gesprächsqualität des Initialgespräches auf die Aufnahme einer Psychotherapie betrachtet: 78% der Patienten, welche ihr Erstberatungsgespräch als ausführlich wahrgenommen haben, begannen eine ambulante Weiterbehandlung und 60% derer mit einem nicht ausführlichen Gespräch (Löffler-Stastka et al. 2010) In einer weiteren Studie finden sich ähnliche Zahlen zur Therapieempfehlung und anschließendem Therapiebeginn: 75% Prozent der Patienten, die

eine ambulante Therapieempfehlung bekamen, fingen eine ambulante Therapie an (Huber et al. 2002). Ein wichtiger Unterschied zu den Patienten aus unserer Arbeit ist jedoch, dass bei Huber et. al die Patienten weitervermittelt wurden. Auch bei Huber, Henrich und Rad zeigte sich deutlich, dass die Weitervermittlung durch den Therapeuten hochsignifikant effektiver ist als die Ausgabe einer Therapieadresse oder nur eine alleinige Therapieempfehlung: Die Therapieakzeptanz sinkt von 88% (Kontaktaufnahme des nachbehandelnden Therapeuten durch Therapeuten) über 69% (Ausgabe einer Therapieadresse) auf 51% (alleinige Therapieempfehlung) (Huber et al. 2000). Jedoch werden hier nicht die konkreten Arten der Therapieempfehlungen genannt, was sich auf einen Vergleich zu dieser Arbeit limitierend auswirkt. Thomas von Cube kommt auf übereinstimmende Ergebnisse: Direkte Weitervermittlung durch den beratenden Therapeuten führt zu häufigerer Therapieaufnahme (von Cube 1983), was womöglich die niedrige Umsetzungsrate der ambulante Psychotherapie mit selbständiger Therapeutensuche und Terminvergabe erklären könnte.

Die Therapieempfehlungen zur tagesklinischen und stationären Behandlung in einer psychosomatischen Klinik wurden in dieser Studie fast gleich häufig umgesetzt: Ungefähr die Hälfte der Patienten fingen die empfohlenen Therapie an und setzten damit ihre Empfehlung um.

Ähnliche Zahlen findet man bei Huber et. al.: 58% der Patienten mit der Empfehlung zu einer stationären Psychotherapie nahmen eine stationäre Therapie auf (Huber et al. 2002).

In dieser Arbeit kommen wir zum Ergebnis, dass Empfehlungen zu Tagesklinischen bzw. Stationären Therapiemaßnahmen besser umgesetzt werden als Empfehlungen zu ambulanter Psychotherapie. Ähnliche Ergebnisse beschreiben auch Seibel et al. in ihrer Studie „Erfolg von Psychotherapieempfehlungen bei psychosomatischen Konsiliarpatienten einer neurologischen Station (2009)“: 64.5 der Studienteilnehmer, denen eine stationäre Behandlung sowie 51.2 % denen eine ambulante Psychotherapie empfohlen worden war, folgten ihrer Therapieempfehlung (Seibel et al. 2009).

Ein Grund für die bessere Umsetzung tagesklinischer bzw. stationärer Therapieempfehlung könnte die enge Verzahnung des Settings und des Beratungsgesprächs mit der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm sein. Die Betriebssprechstunden fanden teilweise auch in den Klinikräumen statt bzw. die Therapeuten kamen aus der Uniklinik, daher konnten die Patienten womöglich sich schon mit dem Gebäude und der Klinik-Atmosphäre vertraut machen oder einen zukünftigen behandelnden Stationsarzt kennen lernen. Dieses Wissen, was den Patienten erwartet, kann als Prädiktor für

Therapiecompliance genannt werden (Ayuso-Mateos et al. 2007). Diese Tatsache steht im Gegensatz zur ambulanten Psychotherapieempfehlung, wo der Patient weder die zukünftigen Therapeuten noch das Praxissetting kennt und möglicherweise eine gewisse Angst vor dem Unbekannten hat. Auch bei Seibel et al. (2009) wurden stationäre Empfehlungen besser umgesetzt als ambulante (64,5% stationäre Empfehlungen vs. 51,2% ambulante Empfehlung umgesetzt) (Seibel et al. 2009). Die Indikationen für die verschiedenen Arten der Therapieempfehlung könnten als Prädiktoren für die Empfehlungsumsetzung eine Rolle spielen: Stationäre Psychotherapie sowie eine Tagesklinische Behandlung wird eher Patienten empfohlen, welche schwerer Erkrankt sind wohingegen Kurzzeitintervention eher bei milderer Symptomausprägung empfohlen wird. Zudem wird Patienten mit schlechterem Gesundheitszustand und ausgeprägter Symptomatik eher eine stationäre als eine ambulante Therapie empfohlen (Huber et al. 2002). Definitionsgemäß dürfen nur Patienten stationär bzw. tagesklinisch behandelt werden, wenn Ihnen eine ambulante Therapie nicht ausreicht. Sie sind also schwerer krank.

Starke Depressivität wirkt sich laut Rumpold et al. positiv auf die Therapiecompliance aus (Rumpold et al. 2004). Von Cube (1983) beschreibt jedoch, dass Patienten mit einer schwereren Störung häufiger nicht dem Therapieverschlagn ihres Therapeuten folgten (von Cube 1983). Unsere Daten stimmen mit beiden (von Cube 1983 und Rumpold et al. 2004) nicht wirklich überein, wenn man annimmt, dass die Patienten, denen Kurzzeittherapie empfohlen wurde die am geringsten ausgeprägten Beschwerden hatten, ihre Empfehlung jedoch am besten umsetzten. Die demnach kränksten Patienten müssten die Empfehlung zur stationären Psychotherapie erhalten haben, diese wurde jedoch besser umgesetzt als ambulante Psychotherapieempfehlung, die nach Huber et al. (2002) die eher gesünderen Patienten erhalten.

Der Hauptgrund für die beste Therapieumsetzung der Kurzzeittherapie bleibt jedoch vermutlich, dass die Patienten direkt ohne Wartezeit vom selben Therapeuten weiterbehandelt wurden und nicht, dass sie die gesünderen Patienten sind. Dass die ambulante Psychotherapie am schlechtesten umgesetzt wird, liegt wohl daran, dass die Patienten eine starke Therapiemotivation, Eigeninitiative und Geduld mitbringen müssen, um ihre Weiterbehandlung zu bekommen.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass es auf dem Gebiet der Umsetzung von Therapieempfehlungen bisher erst sehr wenige Arbeiten gibt, die eher die Persönlichkeits- und soziodemografischen Variablen der Patienten untersuchen. Ein guter Ansatzpunkt scheinen Nachsorgegespräche, telefonisch oder „face-to-face“ (Braunger et al. 2015) zu

sein, die erfolgreich die Empfehlungsumsetzung nach einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme beeinflussten.

#### **4.6 Diskussion zur fünften Hypothese**

##### *H5: Männer und Frauen unterscheiden sich in ihrer Empfehlungsumsetzung*

Die fünfte Hypothese meiner Arbeit beschäftigt sich mit Frage, ob es Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Empfehlungsumsetzung gibt. In den Ergebnissen stellte sich heraus, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Studienteilnehmern gab. In beiden Geschlechtergruppen fand sich eine Umsetzungsrate von ungefähr 50%.

Vergleicht man diese Zahlen mit der Literatur, kommt man zu verschiedenen Ergebnissen: Von Cube hielt 1983 fest, dass Frauen eher eine psychotherapeutische Behandlung als Männer aufnehmen (von Cube 1983). Dieses Ergebnis entspricht auch weiteren Studien zur Voraussagbarkeit von Therapiecompliance : Der Faktor „weibliches Geschlecht“ wird auch von Ayuso-Mateos et al. (2007) zu den positiv prädiktiven Faktoren gezählt, der möglicherweise die Bereitschaft zur Teilnahme und den Behandlungsabschluss einer psychologischen Intervention erwarten lässt. Gründe dafür werden in der vermehrten Zugänglichkeit von Frauen zu psychotherapeutischer Hilfe gesehen und womöglich darin, dass Frauen es für nützlicher bzw. hilfreicher erachten, ihre Probleme mitzuteilen (Ayuso-Mateos et al. 2007). In der Studie von Seibel et al (2009) (siehe oben) wird jedoch kein Einfluss von Geschlecht hinsichtlich der Annahme einer Psychotherapieempfehlung gefunden (Seibel et al. 2009). Bei der Therapieinanspruchnahme zeigt sich ebenfalls, dass Frauen häufiger eine Psychotherapie in Anspruch nehmen als Männer, ein seit den siebziger Jahren sich abzeichnender Trend. Dies wird durch die Feminisierung des Berufsfeldes Psychotherapeut begründet (Strauß et al. 2002)

Weibliches Geschlecht scheint auch ein positiv prädiktiver Faktor für psychotherapeutische Hilfesuche zu sein (Schomerus et al. 2013) Diese Tendenz wurde auch von Rumpold et al. (Rumpold et al. 2004) beschrieben. Eine höhere Therapiebereitschaft bei männliche Patienten wurde in der Ambulanz der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München beschrieben (Pöttsch 2010).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass es verschiedene Ergebnisse zu Geschlecht und Therapieinanspruchnahme, -beginn und -fortsetzung gibt. Jedoch überwiegen

Studienergebnisse, die weibliches Geschlecht als positiv prädiktiven Faktor listen. Ein Argument für das gleiche Umsetzungsverhalten der in dieser Arbeit untersuchten Studienteilnehmer könnte sein, dass vor allem der Besuch der Betriebsprechstunde eine niedrighschwelligere Kontaktaufnahme ermöglicht, die sehr gut auch von Männer akzeptiert wird. Es scheint, als ob das Angebot der PSIB ansprechend ist, da der Patient nur einen Termin beim Betriebsarzt ausmachen muss und nicht einen evtl. subjektiv schwierigeren Psychotherapeutentermin.

#### **4.7 Diskussion zur sechsten Hypothese**

*H6: Patienten mit verschiedenen höchsten Schulabschlüssen unterscheiden sich in ihrer Empfehlungsumsetzung*

Die letzte Hypothese dieser Arbeit befasst sich mit der Frage, ob es Unterschiede in der Empfehlungsumsetzung bei den verschiedenen höchsten Schulabschlüssen gibt. Hier können jedoch nur Probanden mit Hauptschulabschluss, Realschulabschluss und Abitur betrachtet werden, da es nur jeweils zwei Teilnehmer ohne Schulabschluss bzw. Sonderschulabschluss gibt. Es können keine signifikanten Unterschiede zwischen dem höchsten Schulabschluss und der Empfehlungsumsetzung dargestellt werden. Wie bei Hypothese H5 zeigt sich auch bei den Schulabschlüssen ungefähr ein 50 zu 50 Verhältnis: Circa die Hälfte der Patienten mit Haupt- bzw. Realabschluss bzw. Abitur setzen ihre Therapieempfehlung um. Dieses Ergebnis widerspricht der bisher vorliegenden Literatur. Auch Seibel et. al. stellten fest, dass „ein qualifizierter Schulabschluss beziehungsweise Universitätsabschluss“ (Seibel et al. 2009) zu den positiv prädiktiven Faktoren für den Überweisungserfolg zählen (Rumpold et al. 2004). Der Bildungsstand korreliert mit der Therapie – Inanspruchnahme und dem Überweisungserfolg (Löffler-Stastka et al. 2010). Gründe für die widersprüchlichen Ergebnisse dieser Arbeit könnten einerseits die besondere Teilnehmergruppe sein, da es sich ausschließlich um Arbeitnehmer mit psychosomatischen Beschwerden handelt. Natürlich sind die PSIB Patienten anders zu betrachten als Besucher eines Krankenhauses oder einer Praxis für Psychotherapie: Die Schwelle, einen Betriebsarzt zu konsultieren, ist geringer als bei einem Psychotherapeuten einen Termin auszumachen. Die Möglichkeit der Konsultation vor Ort genießt hohe Akzeptanz bei gleichzeitiger Vertraulichkeit (Rothermund et al. 2014) und spricht für die PSIB. Womöglich ist die

Bereitschaft zu einer Psychotherapie aber auch in Schichten mit niedrigeren Schulabschluss inzwischen gewachsen.

#### **4.8 Schlussfolgerungen und Ausblick:**

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

Die Patienten der Hochschulambulanz und der beiden Firmen unterscheiden sich hochsignifikant im Schweregrad ihrer Erkrankung. Ambulanzpatienten kommen mit mehr psychischen und somatischen Diagnosen sowie einer größeren Anzahl von Vorbehandlungen in die psychosomatische Ambulanzsprechstunde. Die PSIB fängt Patienten also in einem früheren Stand ihrer Erkrankung bzw. vor Ausbruch der Erkrankung auf. Dies spricht für die Niederschwelligkeit des Angebots der PSIB und damit dem Schutz der Chronifizierung der Erkrankung. Die PSIB kann die Lebensqualität psychisch erkrankter Arbeitnehmer verbessern, die Wartezeit auf einen Therapieplatz überbrücken oder sogar im Rahmen der Kurzzeitintervention als Therapieraum genutzt werden. Trotzdem ist die PSIB ein Ansatz, der sich eher auf die Probleme des Individuums konzentriert und keine Umstrukturierungen eventuell problematischer Firmenstrukturen initiieren kann. Die Patienten, die sich in der psychosomatischen Hochschulambulanz vorstellen, kommen in einem späteren Stadium ihrer Erkrankung. Gründe dafür, konnten zum einen sein, dass es immer noch mit einem gewissen gesellschaftlichen Stigma behaftet ist, einen Termin in einer psychologisch-psychiatrisch-psychosomatischen Klinik auszumachen. Zum anderen müssen die Ambulanzpatienten im Gegensatz zu denen der PSIB einen externen Termin ausmachen, für den sie eine gewisse Wartezeit und Anreise in Kauf nehmen müssen.

Dass die Patienten der PSIB und der Hochschulambulanz sich nicht in der Häufigkeit des Vorliegens von Privat- bzw. Arbeitsproblemen unterscheiden, lässt eine weitere Konsequenz aus dieser Arbeit ableiten: Verallgemeinernd lässt sich damit wohl sagen, dass die Mehrzahl von Arbeitnehmern vom Konflikten in beiden Bereichen Privatleben und Arbeitsleben betroffen sind, die sich auch wechselseitig beeinflussen. Selten liegen nur Konflikte in einem der Bereiche vor. Arbeit und Privatleben in Einklang zu bringen ist ein Problem, das die gesamte arbeitende Gesellschaft heutzutage betrifft und gewiss auch zukünftige Generationen von Arbeitnehmern betreffen wird. Man kann hoffen, dass Betriebe in Zukunft häufiger Maßnahmen wie eine PSIB oder Supervisionen ihren Mitarbeitern anbieten werden und die Arbeitnehmer ein offenes Ohr für ihre Probleme finden werden.



In den drei Einrichtungen werden verschiedene Therapieempfehlungen gegeben. Während in der Hochschulambulanz vorwiegend ambulante Psychotherapie, Besuch der psychosomatischen Tagesklinik und stationäre Aufnahme in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie empfohlen werden, sind es in den Firmen eher die Kurzzeittherapie und die ambulante Psychotherapie. Ursachen für die Verordnung von eher stationärer Aufnahme bzw. Besuch einer Tagesklinik in der Hochschulambulanz könnten die schwerwiegenderen Erkrankungen der Ambulanzpatienten sein, für die Beliebtheit der Kurzzeittherapie in den Firmensprechstunden spricht zum einen, dass es teilweise zum erweiterten Konzept der PSIB (bei Firma A) gehört und zum anderen, dass die Patienten gesünder sind. In der Empfehlungsumsetzung spiegelt sich die Beliebtheit der verschiedenen Therapieangebote: Der Spitzenreiter ist die Kurzzeitintervention. Betrachtet man nochmal das Konzept dieses Therapievorschlags, lässt sich unschwer erkennen, wieso diese so gut bei den Patienten ankommt: Keine Wartezeit, eine direkte Terminvereinbarung meist innerhalb von einer Woche und bestenfalls in den Räumlichkeiten des Betriebes. Zudem die Kostenübernahme durch Betrieb bzw. Betriebskrankenkasse. Die Dauer dieser Intervention kann bei Firma A bis zu zehn Sitzungen andauern, bei Firma B konnten noch zwei weitere Sitzungen im Rahmen der Hochschulambulanz wahrgenommen werden. Die schlechte Umsetzung von Empfehlungen von ambulanter sowie stationärer Psychotherapie und der Tagesklinik Besuch können einerseits durch den stigmabehafteten Besuch einer psychiatrisch-psychologisch-psychosomatischen Einrichtung erklärt werden und der Therapiemotivation des Patienten. Um diese Empfehlungen umzusetzen, muss der Patient beispielsweise zunächst sich einen Überblick über Praxen mit freien Therapieplätze schaffen, dort anrufen um einen Termin auszumachen, eine Wartezeit in Kauf nehmen und dann am Tage des Termins erscheinen. Ein stationärer Aufenthalt in einer Psychiatrie oder psychosomatischen Klinik ist noch stärker mit einem Stigma behaftet als eine ambulante Therapie, trotz der heutigen Enttabuisierung vieler seelischer Erkrankungen. Man braucht mehr Raum für Akzeptanz in der Gesellschaft und am Arbeitsplatz für psychische Erkrankungen, ein Arbeitnehmer kann nur dann wie erwünscht funktionieren, wenn er geistig und körperlich fit ist.

Der durchweg positive Erfolg der Umsetzung der Kurzzeitintervention könnte genutzt werden, um dieses Angebot generell als Teil des PSIB Konzepts einzugliedern, wobei die Übernahme der Finanzierung durch Krankenkasse oder Betriebe geklärt werden müsste. Auch andere psychotherapeutisch – psychosomatische Sprechstunden könnten erwägen, bei passender Indikation dieses Therapiekonzept anzubieten, wobei dies natürlich genügend

geschultes Personal und bereitstehende Räumlichkeiten und Finanzierungsträger voraussetzt. Weiterbildungsmaßnahmen zu psychosozialen arbeitsbedingten Belastungsfaktoren, berufsgruppenspezifische Fortbildungen zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit für Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Betriebsärzte wäre ebenfalls wünschenswert. Sprechstunden verhindern keine psychischen Störungen und sind kein Ersatz für eine längerfristige Psychotherapie, sie können jedoch Wartezeiten überbrücken. Trotzdem braucht es auf langfristige Sicht eine Änderung im Gesundheitssystem. Die steigende Zahl psychischer Erkrankungen und die geringe Anzahl an verfügbaren Psychotherapeuten steht in eindeutiger Diskrepanz und reicht anscheinend nicht aus, um den Anstieg von Krankschreibung wegen psychischer Gründe zu kompensieren. Geplant sind Änderungen sowohl in der Psychotherapeutenausbildung als momentan neu auch in der Finanzierung von Kurz- und Gruppentherapien.

## 5. Zusammenfassung

In Deutschland besteht zurzeit eine Versorgungslücke in der ambulanten Therapie von psychischen sowie psychosomatischen Erkrankungen bei gleichzeitigem Anstieg der Krankschreibungen in diesem Bereich. Ein Ansatz, dem entgegenzuwirken, sind so genannte Psychosomatische Sprechstunden im Betrieb (PSIB). In dieser Arbeit wurde die Umsetzung von Behandlungsempfehlungen bei Besuchern der PSIB - ein Frühinterventionsangebot am Arbeitsplatz - in zwei Ulmer Betrieben im Vergleich zu den Patienten einer psychosomatischen Hochschulambulanz untersucht. Zudem wurde geprüft, ob sich die Patienten der PSIB und der Hochschulambulanz in ihrem Krankheitszustand und im Vorliegen von seelisch belastenden Konflikten im Privatleben und Arbeitsplatz unterscheiden.

Es wurde mit bereits vorliegenden Datensätzen aus einer Beobachtungsstudie gearbeitet. Nach der Erstvorstellung in Hochschulambulanz und PSIB wurde ein T1 Fragebogen (Basisdaten wie Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Angaben zu bisheriger und aktueller Behandlung) von den Patienten ausgefüllt. Nach 12 Wochen wurde im sogenannten „follow up“ mit dem T2 Fragebogen die wahrgenommenen Therapien nach dem Erstgespräch, ob die Patienten nach Abschluss ihrer Gespräche sich um eine Folgetherapie bemüht hatten sowie Angaben zu Gesundheit und Arbeitsfähigkeit eruiert. Aus den Arztbriefen wurden Diagnosen, Therapieart, Sitzungsanzahl, Vorliegen eines Privat- bzw. Arbeitsplatzproblems sowie die Therapieempfehlung herausgearbeitet. Insgesamt wurden Daten von 172 Patienten untersucht, aufgeteilt in drei Gruppen: „Hochschulambulanz“ mit 95, „Firma A“ mit 41 und „Firma B“ mit 36 Teilnehmern, was insgesamt eine angemessene Stichprobe zur statistischen Auswertung lieferte.

Die statistische Auswertung der Daten ergab, dass die Patienten der Hochschulambulanz signifikant kränker (gemessen an Anzahl somatischer und psychischer Diagnosen sowie psychotherapeutischer Vorbehandlungen) waren als die Nutzer der PSIB. Bezüglich der Empfehlungsumsetzung und dem Vorliegen von Arbeitsplatzproblematik konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Betrieben und der Hochschulambulanz gefunden werden, jedoch stellten sich hochsignifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten der Therapieempfehlung und der Therapieumsetzung dar. Am besten wurde die Empfehlung zur Krisenintervention mit einer Rate von 100%, gefolgt von einer Empfehlung zur stationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (stationär 53% bzw. tagesklinisch 52%) umgesetzt. Am

schlechtesten wurde die Empfehlung zu einer ambulanten Psychotherapie von den Patienten angenommen (Umsetzungsrate 39%). Die Umsetzung von Therapieempfehlungen war in beiden Behandlungsorten vergleichbar (Therapieempfehlung umgesetzt: Hochschulambulanz 47%, PSIB 43% der Patienten).

Eine sehr hohe Therapiecompliance bestand, wenn nahtlos an die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ eine Kurzintervention „Kurzzeittherapie“ angeboten wurde – also eine sehr starke Verzahnung von Erstgespräch und weiterführender Behandlung besteht.

Es ergaben sich keine Unterschiede der Umsetzung der Empfehlungen in Bezug auf Geschlecht sowie höchsten Schulabschluss.

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass die PSIB mit ihrem speziellen Setting einen niedrighwelligen und einfachen Zugang zur psychotherapeutischen Erstversorgung liefert und Patienten in einem früheren Krankheitsstadium bzw. vor Krankheitsbeginn auffangen kann. Schnelle und direkt verfügbare Therapieangebote wie die Kurzzeittherapie sollten wegen ihrer durchweg positiven Akzeptanz, wenn es möglich ist, häufiger angeboten werden. In weiteren Studien sollte geprüft werden, wie man die Zeit zwischen Initialgespräch und Therapiebeginn sinnvoll gestalten kann, um die Therapiemotivation des Patienten zu erhalten. Mit dieser Arbeit konnte ein Betrag zur Forschungslücke „Empfehlungsumsetzung“ und zur psychischen Sprechstunde im Betrieb geleistet werden. Weitere Studien zum Thema PSIB und Empfehlungsumsetzung bleiben jedoch dringend notwendig.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Ayuso-Mateos J L, Pereda A, Dunn G, Vazquez-Barquero J L, Casey P, Lehtinen V, Dalgard O, Wilkinson G, Dowrick C: Predictors of compliance with psychological interventions offered in the community. *Psychological medicine* 37: 717–25 (2007)
2. Berger M, Gravert C, Schneller C, Maier W: Prävention und Behandlung psychischer Störungen am Arbeitsplatz. *Der Nervenarzt* 11: 1291–1298 (2013)
3. Biffl G, Faustmann A, Gabriel D, Leoni T, Mayrhuber C, Rückert E: Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. <http://duweb.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/migrationglobalisierung/forschung/ak-wien-psychische-belastungen-2011.pdf> (04.06.2017)
4. Brähler C, Brähler E: Der Einfluss von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme - eine katamnestische Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 32: 140–160 (1986)
5. Braunger C, Kubiak N, Müller G, von Wietersheim J, Oster J: Wirksamkeit von Nachsorgegesprächen via Telefon- und Face-to-Face-Kontakten nach der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 54: 290–296 (2015)
6. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Suga-2013.pdf;jsessionid=E0F93522F656638168B13692BCF4F85A.s1t1?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Suga-2013.pdf;jsessionid=E0F93522F656638168B13692BCF4F85A.s1t1?__blob=publicationFile&v=5) (01.01.2018)

7. Bundespsychotherapeutenkammer: BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK, BPtK, 2011: [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Publicationen/BPtK-Studien/belastung\\_moderne\\_arbeitswelt/Wartezeiten\\_in\\_der\\_Psychotherapie/2011\\_0622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publicationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/2011_0622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf), (04.06.2017)
8. von Cube T: Katanamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München“. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 29: 49–75 (1983)
9. Danner M: Qualität und Ergebnis der psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Ulm im Jahre 2001, Med Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Ulm (2005)
10. Franz M, Kuns M, Schmitz N: Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 45: 95–112 (1999)
11. Gerdes N, Bührlen B, Lichtenberg S, Jäckel W H: REHABILITATIONSNACHSORGE (RENA-Projekt) 2004, <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=879FD1F8EC3EBDBBC1256E99002DE81F> (06.06.2017)
12. Hölzer M: Psychische Gesundheit im Betrieb. PiD - Psychotherapie im Dialog 13: 52–55 (2012)
13. Huber D, Brandl T, Heinrich G, Klug G: Ambulant oder stationär ?, Psychotherapeut 47: 16–23 (2002)

14. Huber D, Henrich G, von Rad M: Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch- psychotherapeutischen Ambulanz. PPM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 50: 147–56 (2000)
15. Jacobi F, Hofler M, Siegert J, Mack S, Gierschler A, Scholl L, Busch M A, Hapke U, Maske U, Seiffert U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H U: 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 23: 304-319 (2014)
16. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2015, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2015, [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport\\_2015/BKK\\_Gesundheitsreport\\_2015.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2015/BKK_Gesundheitsreport_2015.pdf) (01.01.2018)
17. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2016, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2016, [http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport\\_2016/BKK\\_Gesundheitsreport\\_2016.pdf](http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2016/BKK_Gesundheitsreport_2016.pdf) (01.01.2018)
18. Löffler-Stastka H, Frantal S, Jandl-Jäger E: Überweisungserfolg in Psychotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen – Therapeutische Konsequenzen. Wiener Klinische Wochenschrift 122: 165–172 (2010)
19. Marschall J, Hildebrandt S, Sydow H, Nolting H D: Gesundheitsreport 2016 Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit, 2016, <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2016---warum-frauen-und-maenner-anders-krank-sind-1782660.pdf> (04.06.2017)
20. Mayer D, Schmidt H, Hölzer M: ‚Psychosomatische Sprechstunde‘ und ‚Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin‘ Erfahrungen aus der Automobilindustrie. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 45: 593–597 (2010)

21. Michaelis M, Lange R, Junne F, Rothermund E, Zipfel S, Gündel H, Rieger M A: Prevention of common mental disorders in employees - Conception, study design and sample characteristics of a multi-target survey, *Mental Health and Prevention* 4: 88–95 (2016)
22. Pöttsch F: Die Ambulanz der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München - Patienten, Diagnosen und Ergebnisse, *Med Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München* (2010)
23. Preiser C, Rothermund E, Wittich A, Gündel H, Rieger M A: 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 (2015)
24. Rothermund E, Gündel H, Wege N :Tertiärpräventive Maßnahmen / berufliche Rehabilitation. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Nowak D (Hrsg) *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit : Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin, ecomed Medizin*, S. 288–298 (2011)
25. Rothermund E, Kilian R, Hoelzer M, Mayer D, Mauss D, Krueger M, Rieger M A, Guendel H: 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: 780 (2012)
26. Rothermund E, Gündel H, Kilian R, Hölzer M, Reiter B, Mauss D, Rieger M A, Müller-Nübling J, Wörner A, Von Wietersheim J, Beschoner P: Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext - Konzept und erste Daten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60: 177–189 (2014)



27. Rothermund E, Gündel H, Rottler E, Hölzer M, Mayer D, Rieger M, Kilian R: Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. *BMC Public Health* 16: 891 (2016)
28. Rothermund E (persönliche Mitteilung 2017)
29. Rumpold V G, Janecke N, Smrekar U, Schüßler G, Doering S: Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz und des späteren Therapieverlaufs. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50: 171–189 (2004)
30. Schäfer A, Nehring C, Subic-Wrana C, Michal M, M. Beutel M E: Konsiliar-Liaisondienst und Ambulanz einer Psychosomatischen Universitätsklinik: Patientenzuweisung, Anlass der Vorstellung, Empfehlungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54: 150–163 (2008)
31. Schomerus G, Appel K, Meffert P J, Luppä M, Andersen R M, Grabe H J, Baumeister S E: 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: 1809–1817 (2013)
32. Schwichtenberg V J, Doering S: Überweisungserfolg einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in der Zahnheilkunde“. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 54: 285–292 (2008)

33. Seibel I, Imai T, Holzapfel C, Husstedt I W, Heuft G, Schneider G: Erfolg von Psychotherapieempfehlungen bei psychosomatischen Konsiliarpatienten einer neurologischen Station. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 55: 382–392 (2009)
34. Seifert A: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz I. Rückblickende Bewertung durch die Patienten, Med Dissertation, Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (1993)
35. Sommer A: Inanspruchnahme von Psychotherapie nach Empfehlung durch den Psychosomatischen Konsildienst-Eine Katamnesestudie, Med Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau (2010)
36. Strauß B, Hartung J, Kächele H: Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Huber, Göttingen, S 533-547 (2002)
37. Unger T, Richter R: Epidemiologische Befunde zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen, [http://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Tagungsbaende/Dokumentationsband\\_DGA\\_UM\\_2015\\_END.pdf](http://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Tagungsbaende/Dokumentationsband_DGA_UM_2015_END.pdf), (01.01.2017)
38. Universitätsklinikum Ulm, Hochschulambulanz für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/home/klinische-bereiche/ambulanz.html> (20.01.2017)

39. Wittchen H U, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15: 357–376 (2005)
40. Wittchen H U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen H C: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21: 655–679 (2011)

**Curriculum Vitae Michelle Bardosch**

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt

## **Danksagung**

Ich möchte mich herzlich für die sehr gute Betreuung während der gesamten Doktorarbeitsphase bedanken.

An meinen Doktorvater Prof. Dr. phil. Jörn von Wietersheim, vielen Dank für die Unterstützung und die vielen motivierenden und orientierenden Besprechungen. Ich bedanke mich zudem für seine Geduld mit meiner am Anfang noch etwas weniger ausgereiften wissenschaftlichen Arbeitsweise, zu deren Entwicklung er zu einem großen Teil beigetragen hat.

An Frau Edith Rottler geht auch ein ganz großes Dankeschön, ohne ihre Betreuung wären die ganzen statistischen Probleme ungelöst geblieben! Ich bedanke mich für ihre Geduld und ihre Hilfe in vielerlei statistischen und formalen Problemen.

An Frau Dr. Eva Rothermund geht auch mein größter Dank, dass ich an Ihrer Arbeit anknüpfen und ihre erhobenen Daten einsehen und bearbeiten konnte! Vielen Dank an die Unterstützung bei der Auswertung der Arztbriefe.

Ein weiterer Dank geht an meinen Partner Jonas Eberhardt, der stets an meiner Seite stand und mit mir noch jedes Word-Problem lösen konnte.

Ein ebenfalls sehr großes Dankeschön geht an alle meine Freunde, die mich während der Arbeit unterstützt und Korrektur gelesen haben.