

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktor: Professor Dr. Peter Angerer

# Psychisches Befinden und Hilfsangebote im Betrieb

Eine Bedarfsanalyse zur  
Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
Franca Reineke

2022

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Angerer

Zweitgutachter: Prof. Dr. Matthias Franz

# I Zusammenfassung

Hintergrund: Psychische Erkrankungen sind in Deutschland mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 27,7 % häufig. Etwa jede dritte Frau und jeder fünfte Mann leidet innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Neben dem persönlichen Leid der Betroffenen stellen die ökonomischen Folgen durch Behandlungskosten und Produktivitätsausfälle eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Therapien sind effektiv, jedoch erhält nur ein Teil der Betroffenen eine Therapie. Forschungen zeigen, dass psychotherapeutische Angebote am Arbeitsplatz, wie die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSiB) geeignet sind, um Betroffene zu erreichen. Allerdings ist wenig über die Bedürfnisse und Präferenzen hinsichtlich psychotherapeutischer Angebote am Arbeitsplatz bekannt sowie über den wahrgenommenen Bedarf und die Absicht der Beschäftigten diese zu nutzen.

Fragestellung: Ziel der Arbeit war es zu erfahren, wie psychotherapeutische Angebote am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten gestaltet sein sollen (Ort, Zeit, Form, Umfang), ob Beschäftigte einen Bedarf an derartigen Angeboten sehen und wie groß die Absicht ist, das Angebot ggf. selbst zu nutzen. Weiterhin wurde untersucht, ob soziodemographische Faktoren, Depressivität und psychosoziale Arbeitsbelastungen die allgemeine Nutzungsabsicht und die Nutzungsabsicht für berufliche und private Belastungen beeinflussen.

Methode: Von den 785 Beschäftigten einer deutschen Hochschule, in der ein breites Spektrum verschiedener Professionen eine große Zahl unterschiedlicher Tätigkeiten ausübt, nahmen 155 an der fragebogenbasierten Umfrage teil. Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Arbeitsstress (Anstrengung, Belohnung und deren Verhältnis im Sinne des Gratifikationskrisenmodells), wurde mithilfe des ERI-Fragebogens, die Depressivität mit dem PHQ-9-Fragebogen abgebildet. Die Präferenzen zur Gestaltung der PSiB wurden mit einem selbstentwickelten Fragebogen erfasst. Zur Analyse möglicher Determinanten der Nutzungsabsicht wurden multiple lineare Regressionsmodelle berechnet.

Ergebnisse: Am häufigsten nahmen Beschäftigte im Alter von 46-55 Jahren an der Befragung teil. Die Teilnehmenden sind zu 56,8 % weiblichen Geschlechts. Im ‚Gesundheitsfragebogen für Patienten‘ (PHQ-9) wiesen die Teilnehmenden durchschnittlich einen Punktwert von 6,17 auf, was auf einer depressiven Störung mit mildem Schweregrad hindeutet. 90,3 % der Teilnehmenden wünschten eine PSiB und 89,6 % erklärten, das Angebot in einer psychisch belastenden Situation selbst nutzen zu wollen. Beschäftigte beabsichtigen häufiger eine Nutzung für berufliche Belastungen (92,9 %) als für private Belastungen (48 %). Die allgemeine Nutzungsabsicht steht in einem signifikanten Zusammenhang mit der beruflich erbrachten Anstrengung und dem Alter der Beschäftigten: Ältere Beschäftigte beabsichtigen häufiger das Angebot in einer psychisch belastenden Situation selbst zu nutzen. Es zeigt sich ein (grenzwertig signifikanter) Zusammenhang zwischen hoher beruflicher Anstrengung und der Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen. Zwischen der Nutzungsabsicht für private Belastungen und depressiven Symptomen sowie weiblichem Geschlecht konnte ein signifikanter Zusammenhang beobachtet werden. Die Beschäftigten gaben keine einheitliche Präferenz zur räumlichen und zeitlichen Gestaltung der PSiB an. Einem ausschließlichen Beratungs- und Diagnostikgespräch stimmten ca. 93 % zu, einer Erweiterung um die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung ca. 60 %.

Schlussfolgerung: Die Arbeit zeigt, dass psychotherapeutische Angebote am Arbeitsplatz von Beschäftigten, zumindest von einer interessierten Teilgruppe mit relativ hoher depressiver Symptombelastung, in hohem Maß akzeptiert werden. Die Ergebnisse bestätigen im Prinzip die Forschungsliteratur zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote und erweitern die Erkenntnisse im betrieblichen Bereich. Das Angebot sollte möglichst flexibel gestaltet werden, um unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Trotz möglicher Selektionseffekte durch die Teilnahmequote weist die Untersuchung darauf hin, dass Bedarf und Nutzungsabsicht höher sind als die tatsächliche Inanspruchnahme. Die Ergebnisse zur Ausgestaltung des Angebots können dazu beitragen, die tatsächliche Nutzung zu fördern.

## II Abstract

**Background:** Mental illness is common in Germany, with a 1-year prevalence of 27.7%. Around one in three women and one in five men suffer from a mental illness within a year. In addition to the individual suffering of those affected, the economic consequences due to treatment costs and lost productivity pose a social challenge. Therapies are effective, but only a proportion of sufferers receive treatment. Research shows that psychotherapeutic services in the workplace, are suitable for reaching sufferers. However, little is known about the needs and preferences for psychotherapeutic services in the workplace and the perceived need and intention of employees to use them.

**Research Question:** The aim of this study was to investigate how psychotherapeutic services at the workplace should be designed from the employees' point of view (place, time, form, scope), whether employees see a need for such services and how great the intention is to use the services themselves. Furthermore, we examined if social demographic factors, depressive symptoms and adverse occupational exposures influence in general the intention to use a psychotherapeutic workplace intervention as well as the intention to use it for private or work-related problems.

**Method:** Of the 785 employees of a university in Germany, 155 took part in the questionnaire-based survey. The adverse psychosocial work environment was measured by the Effort-Reward Imbalance Questionnaire and clinical symptoms of depression were assessed via the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). To examine the employees' preferences regarding the design of a workplace intervention, we used a self-developed questionnaire. By using multiple linear regression, we identified determinants of intention to use workplace interventions in general and for private and work-related problems in particular.

**Result:** Employees aged 46 to 55 years took part in the study the most. 56.8 % of the participants are women. The mean PHQ-Score was 6.17. This indicates that on average, the participants suffered from mild clinical symptoms of depression. 90.3 % of the participants perceived a need for a psychosomatic consultation in the workplace and 89.6 % reported an intention to use such an intervention in a situation of psychological distress. Employees showed a higher intention to use an intervention for work-related stress (92.9 %) than for private stress (48 %). There was a significant interaction between the age of employees and the intention of utilization: Employees at the age of 45 and older declared to use an intervention more frequently if needed. Moreover, numerically there was an interaction between adverse psychosocial exposures at work and the intention to use the workplace intervention for work-related problems, although this interaction was not significant. The intention to use the intervention for private problems showed a significant interaction with female gender and depressive symptoms. Employees reported varying needs for the location and time of an intervention. 93 % agreed to counselling and diagnostic intervention only, and 60 % agreed to a psychotherapy in the workplace intervention.

**Discussion:** This study shows that workplace interventions are accepted, especially by a group of employees experiencing depressive symptoms. The results support previous studies and expand knowledge in the field of workplace interventions. Psychotherapeutic services in the workplace should be designed in a flexible way to meet the employees' needs. Despite possible selection effects due to the response rate, this study shows that the need and the intention to use workplace interventions is higher than the current realized access is. The results about how workplace interventions should be designed from the employees' point of view could be used to increase the intention to seek professional help in the workplace.

### III Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
EAP	<i>Employee Assistance Program</i>
ERI	Effort-Reward-Imbalance
ERI-Fragebogen	Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen
ERI-Modell	Effort-Reward-Imbalance-Modell
ERI-Ratio	Effort-Reward-Imbalance Ratio
HSD	Hochschule Düsseldorf - University of Applied Sciences
k.A.	keine Angabe
n	Anzahl
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PSiB	Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb
RTW	<i>Return to work</i>
WAI	<i>Work ability index</i>
YLD	<i>Years Lost due to Disability</i> /durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre

# III Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Einführung.....	1
1.2	Psychische Gesundheit und Arbeit.....	3
1.3	Depressionen und affektive Störungen .....	7
1.4	Therapie depressiver Störungen.....	8
1.5	Gesellschaftliche Auswirkungen durch Arbeitsunfähigkeit.....	9
1.6	Versorgungssituation.....	11
1.7	Betriebliche Versorgung .....	14
1.7.1	Modelle betrieblicher Versorgung .....	14
1.7.2	Forschungsstand zu Modellen betrieblicher Versorgung.....	17
1.8	Ziele der Arbeit .....	19
2	Material und Methoden .....	21
2.1	Ablauf der Untersuchung .....	21
2.2	Statistische Analyse .....	22
2.3	Untersuchungsfeld.....	23
2.4	Fragebögen.....	24
2.4.1	Bedarf an psychologischer Beratung am Arbeitsplatz .....	25
2.4.2	Soziodemographische Daten.....	25
2.4.3	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9).....	26
2.4.4	Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen - Effort-Reward- Imbalance-Fragebogen .....	26
3	Ergebnisse .....	30
3.1	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe.....	30
3.2	Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit .....	31
3.3	Psychische Gesundheit und psychosoziale Arbeitsbelastungen der Stichprobe ....	34
3.4	Korrelation der erhobenen Messgrößen .....	37
3.5	Bedarf und präferierte Gestaltung der PSiB.....	38
3.6	Bedarf und Präferenzen einzelner Gruppen zur Gestaltung der PSiB.....	42

3.7	Nutzungsabsicht der PSiB.....	53
3.8	Determinanten der Nutzungsabsicht .....	55
4	Diskussion.....	60
4.1	Bewertung der Ergebnisse der Untersuchung .....	60
4.1.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	60
4.1.2	Bedürfnisse an die Gestaltung der PSiB .....	60
4.1.3	Wahrgenommener Bedarf .....	64
4.1.4	Nutzungsabsicht .....	66
4.1.5	Determinanten Nutzungsabsicht .....	68
4.1.6	Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse .....	71
4.2	Methodendiskussion und Limitationen .....	72
4.2.1	Stichprobenumfang .....	72
4.2.2	Studiendesign .....	73
4.2.3	Methodisches Vorgehen.....	75
4.2.4	Zusammenfassung der Limitationen .....	76
4.3	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	77
5	Anhang.....	94
6	Literatur- und Quellenverzeichnis falsch .....	94
7	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>	

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 27,7 % häufig (Jacobi et al., 2014). Etwa jede dritte Frau und jeder fünfte Mann leidet innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung (Jacobi et al., 2014). Besonders häufig treten Angststörungen und affektive Störungen auf. 15,3 % der Deutschen leiden im Laufe eines Jahres an einer Angststörung, 9,3 % an einer affektiven Störung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfasst in der *Global Burden of Disease Study* Gesundheitsverluste durch Krankheit und Verletzungen für alle Regionen der Welt. Die Maßeinheit *years lost due to disability* (YLD) gibt die durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre an (World Health Organization, 2008). In Europa sind Depressionen die zehnthäufigste Ursache für durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre (World Health Organization, 2018). Weltweit verursachen psychische Erkrankungen 30 % der durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre (World Health Organization, 2008).

Psychische Erkrankungen können bereits in einem jungen Erwachsenenalter auftreten. Erwachsene im erwerbsfähigen Alter sind häufiger von psychischen Störungen betroffen als ältere Menschen. In der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen liegt die 1-Jahres-Prävalenz für eine psychische Störung bei 36,7 % (Jacobi et al., 2014). Dagegen ist die Prävalenz in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen mit 20,3 % geringer (Jacobi et al., 2014). Es besteht also eine hohe Prävalenz in der Altersgruppe der Erwerbstätigen.

Neben dem persönlichen Leid der Betroffenen haben psychische Erkrankungen auch ökonomische Auswirkungen. Sie sind ein häufiger Grund für Arbeitsunfähigkeit, Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Arbeitslosigkeit und können mit reduzierter Leistungsfähigkeit einher gehen (Badura, 2018, Deutsche Rentenversicherung, 2019b, Jain et al., 2013, Lerner et al., 2004). Psychische Erkrankungen machten 11,2 % der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Jahr 2017 aus (Badura, 2018). Dabei variiert der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen verschiedenen Branchen (Badura, 2018). Die Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind im Durchschnitt länger als bei anderen Erkrankungen (Badura, 2018).

Neben den Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund psychischer Erkrankungen (Absentismus) hat auch der Verbleib am Arbeitsplatz bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit (Präsentismus) wirtschaftliche Auswirkungen (Layard, 2016, Wang, 2004). Je nach Störungsbild können „[a]bfallendes Leistungsniveau oder Leistungsschwankungen, mangelnder (bzw. fehlender) Antrieb, Abnahme der Konzentrationsfähigkeit, kognitive Einschränkungen, sozialer Rückzug

oder Vermeidung sozialer Kontakte“ die Folgen einer psychischen Erkrankung sein (Angerer und Wege, 2013). Weiterhin kann psychische Erkrankung zum Verlust des Arbeitsplatzes führen und den Wiedereinstieg ins Berufsleben nach Arbeitslosigkeit erschweren (Elkeles und Seifert, 1992, Lerner et al., 2004, Pech und Freude, 2010).

Durch eine evidenzbasierte Therapie kann die Teilhabe am Arbeitsleben erhöht und die Leistungsfähigkeit gesteigert werden (Layard, 2016). Jedoch bestehen bei der Behandlung psychischer Probleme bedeutende strukturelle Defizite (Alonso et al., 2007, Gaebel et al., 2013, Wang et al., 2004b). Die Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie ist lang (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018), was zu einer Verstärkung der Symptome (Huckert et al., 2012) und einer schlechteren Prognose führen kann (Ghio et al., 2014). Oft werden Betroffene ausschließlich vom Hausarzt/-ärztin versorgt ohne Behandlung durch Psychotherapeuten/-therapeutinnen oder Fachärzte/-ärztinnen für Psychiatrie (Gaebel et al., 2013).

Der Arbeitsplatz ist als Lebenswelt bzw. Setting für Hilfsangebote bei psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren in den Fokus gerückt (Mayer et al., 2010, OECD, 2015). Er soll als neue, die Regelversorgung ergänzende Kontaktstelle für psychologische Beratungsangebote dienen. Aktuelle Forschungen legen nahe, dass das Angebot psychologischer Hilfsangebote am Arbeitsplatz im deutschen Versorgungssystem generell umsetzbar und akzeptiert ist (Rothermund et al., 2012, Rothermund et al., 2017). In Deutschland gibt es bereits verschiedene Modelle, um Beschäftigten Beratung und je nach Modell auch eine psychotherapeutische Behandlung anzubieten. Die Vorteile derartiger Angebote sind kürzere Wartezeiten (Wege et al., 2013), interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteure im Versorgungssystem (Härter et al., 2015, Wege et al., 2013) und ein niederschwelliger Zugang (Bode et al., 2016). Derartige Angebote haben das Potenzial bei breiter Verfügbarkeit 33,4 Millionen sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Deutschland zu erreichen.

Allerdings ist bisher wenig über die Bedürfnisse und Präferenzen hinsichtlich psychologischer Unterstützungsangebote am Arbeitsplatz bekannt und über die Absicht der Beschäftigten, diese zu nutzen. Im untersuchten Betrieb lag die jährliche Nutzungsquote bei etwa 1 % (McEwen und Stellar, 1993) der Beschäftigten über einen Zeitraum von zwei Jahren, das heißt deutlich niedriger als die epidemiologisch erfasste Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen (Jacobi et al., 2014). Hier stellt sich die Frage, ob das Angebot einer psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb in seiner jetzigen Form die Bedürfnisse der Beschäftigten trifft.

Ziel dieser Arbeit ist es, eine datenbasierte Grundlage zu schaffen, um bedarfsgerechte Angebote für Beschäftigte anzubieten.

## 1.2 Psychische Gesundheit und Arbeit

Psychosoziale Arbeitsbedingungen können zu Arbeitsstress führen und sich auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirken (Theorell et al., 2015, Theorell et al., 2016). Der umgangssprachlich genutzte Begriff „Stress“ als Reaktion auf Zeitdruck oder eine hohe Ereignisdichte unterscheidet sich von dem in den folgenden Modellen verwendeten Begriff „Arbeitsstress“. Arbeitsstress kennzeichnet sich durch fehlende Bewältigungsmöglichkeiten und Verlust der Handlungskontrolle in herausfordernden Situationen (Siegrist und Dragano, 2008). Es folgt eine Reaktion des Organismus, die mit hormonellen Veränderungen und Aktivierung des sympathischen Nervensystems einhergeht und darauf abzielt, Ressourcen zur Bewältigung der Herausforderung bereitzustellen (Siegrist und Dragano, 2008). Diese entwicklungs geschichtlich alte Reaktion bereitet auf Kampf und Flucht vor (Siegrist und Dragano, 2008). In der modernen Arbeitswelt mündet die Aktivierungsenergie bei fehlendem Handlungsfreiraum z.B. körperlicher Betätigung und Pausen mit Entspannungsverfahren in psychische und körperliche Spannungszustände (Siegrist und Dragano, 2008). Bei dauerhafter oder chronischer Stressreaktion drohen negative gesundheitliche Konsequenzen (Harvey et al., 2017, McEwen und Stellar, 1993).

Die Arbeitsstressforschung untersuchte in den vergangenen Jahrzehnten die gesundheitlichen Auswirkungen psychosozialer Arbeitsbedingungen und den daraus resultierenden Arbeitsstress. Die folgenden drei Modelle postulieren einen - kausalen - Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und gesundheitlichen Folgen (Siegrist und Siegrist, 2014), der empirisch in zahlreichen Studien untermauert werden konnte:

- Modell der Gratifikationskrisen
- Anforderungs-Kontroll-Modell
- Modell der Organisationsgerechtigkeit

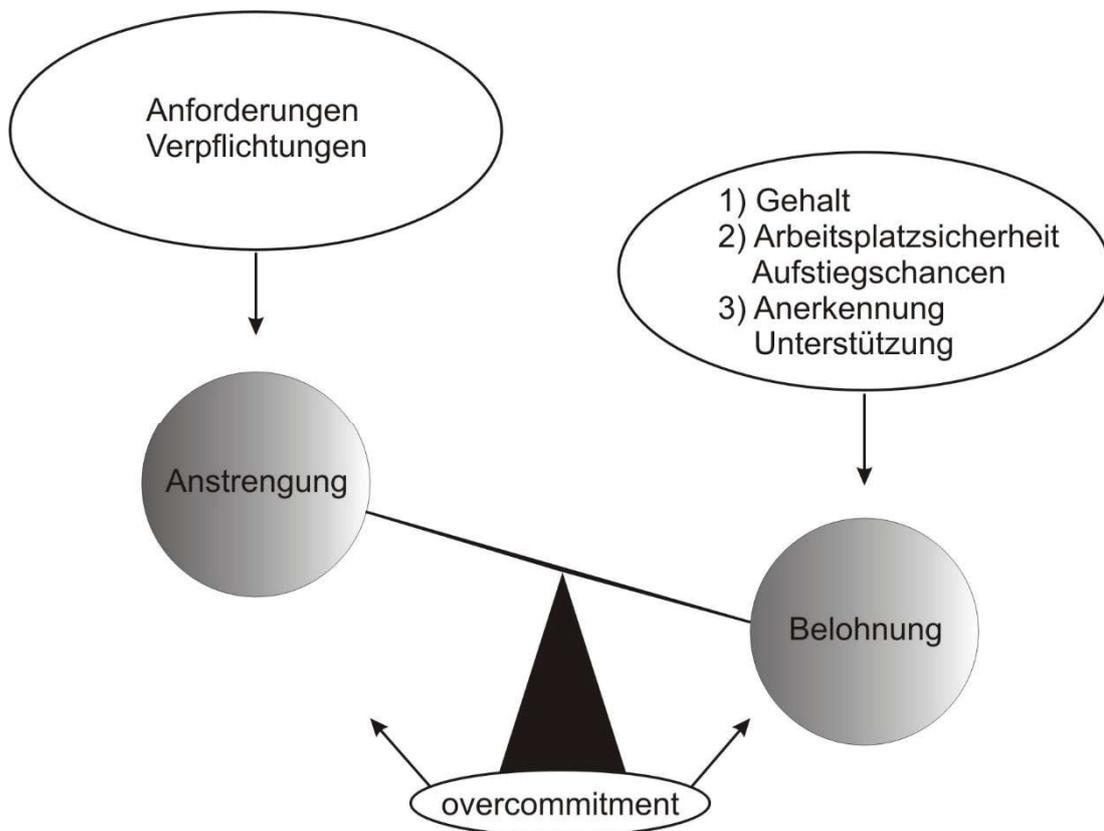
Allen drei Modellen liegt die Annahme zugrunde, dass Arbeitsstress durch unerfüllte Bedürfnisse entsteht. Die einzelnen Modelle betrachten dabei unterschiedliche Bedürfnisse, z. B. Arbeitsplatzsicherheit, Anerkennung, eine der Qualifikation entsprechenden Tätigkeit, Option zur Zugehörigkeit, faire und angemessene Behandlung, Streben nach selbstständigem, erfolgreichem Handeln (Siegrist und Marmot, 2004, Siegrist und Siegrist, 2014).

### Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen oder Effort-Reward-Imbalance-Modell (kurz: ERI-Modell) erklärt die Entstehung von chronischem Arbeitsstress durch eine mangelnde Reziprozität zwischen beruflich erbrachter Anstrengung und erhaltener Belohnung. Als Belohnung (Gratifikationen) begreift das Modell neben dem Gehalt u.a. Anerkennung und Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit (Siegrist, 1996b).

Die Abb. 1 veranschaulicht das Modell der Gratifikationskrisen. Bleibt dauerhaft trotz hohem Arbeitseinsatz eine Belohnung z. B. in Form verwehrtter Aufstiegschancen oder Anerkennung durch Vorgesetzte aus, entsteht eine Gratifikationskrise - auch Effort-Reward-Imbalance (ERI) bezeichnet. Es folgt eine biopsychologische Stressreaktion (Siegrist, 1996b). Berufliche Gratifikationskrisen treten meist über lange Zeit auf, werden verdrängt oder nicht bewusst wahrgenommen. Seltener kommt es zu bewusst erfahrenem Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung, z. B. bei Kündigung oder nicht erfolgter Beförderung (Siegrist und Siegrist, 2014). Dann können laut Siegrist drei Gründe zum Verbleib in der stressauslösenden Arbeitsplatzsituation führen: fehlende Job-Alternativen - häufig bei geringer beruflicher Qualifikation (Siegrist, 1996b); hohe intrinsische Verausgabungsbereitschaft (*overcommitment*), die zu hoher beruflich erbrachter Anstrengung trotz ausbleibender Belohnung führt (Siegrist und Marmot, 2004) oder vorübergehende Akzeptanz geringer Gratifikation als Strategie zum Erlangen höherer beruflicher Positionen (Siegrist, 1996b).

Bei einem Ungleichgewicht zwischen erbrachter Anstrengung und geringer Belohnung zeigten sich in Studien negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Eine hohe Arbeitsbelastung bei als angemessen empfundener Belohnung führte nicht zu vergleichbaren gesundheitlichen Folgen (Dragano et al., 2017, Siegrist, 1996b).



**Abb. 1 -Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach (Siegrist, 2002)**

## Anforderungs-Kontroll-Modell

Das Anforderungs-Kontroll-Modell beschreibt Arbeitsstressj als Folge hoher Anforderungen gepaart mit einem geringen Handlungs- und Gestaltungsspielraum und geringer Kontrollmöglichkeit über die berufliche Tätigkeit (Karasek, 1979). Arbeitsstress, im Modell als *Job strain* bezeichnet, entsteht dort, wo hohe quantitative Anforderungen mit geringer Kontrolle einhergehen, beispielsweise bei Fließbandarbeit und Arbeiten unter Zeitdruck. Aber auch in der Dienstleistungsbranche gibt es Tätigkeiten mit hohem Zeitdruck und wenig Autonomie, z. B. Kassierer/-innen oder Call-Center-Mitarbeiter/-innen (Siegrist, 2013a). Eine hohe Arbeitsverdichtung allein genügt bei ausreichender Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeit nicht um *Job strain* zu erfahren (Siegrist, 2013a). Im Gegenteil: Hohe Anforderungen zeigen bei vorhandener Kontrollmöglichkeit einen gesundheitsfördernden Effekt (Siegrist und Dragano, 2008).

## Modell der Organisationsgerechtigkeit

Die Grundlage des Modells der Organisationsgerechtigkeit besteht in der Erwartung von anderen gerecht behandelt zu werden. Dazu betrachtet das Modell Gerechtigkeit auf drei Ebenen (Angerer et al., 2014, Siegrist und Siegrist, 2014):

- Distributive Gerechtigkeit -Gerechtigkeit in der Verteilung von Ressourcen (z. B. Lohn, Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitsutensilien)
- Prozedurale Gerechtigkeit (z. B. gerechte Entscheidungsverfahren bei Beförderungen)
- Interaktionale Gerechtigkeit (z. B. angemessene Umgangsformen, Gleichstellung, gerechter Zugang zu Informationen).

Mangelnde Organisationsgerechtigkeit ist eine Ursache für Arbeitsstress und kann die körperliche und psychische Gesundheit negativ beeinflussen (Kivimaki et al., 2006, Ndjaboué et al., 2012). Zwei systematische Übersichtsarbeiten bestätigen, dass zwei Ebenen des Modells, die prozedurale und die interaktionale Gerechtigkeit in Verbindung mit psychischer Gesundheit stehen (Bonde, 2008, Ndjaboué et al., 2012, Nieuwenhuijsen et al., 2010). Der Einfluss bleibt auch nach Kontrolle für das ERI-Modell und das Anforderungs-Kontroll-Modell signifikant, sodass das Modell eine sinnvolle Ergänzung in der Arbeitsstressforschung darstellt (Ndjaboué et al., 2012).

## Gesundheitliche Folgen von Arbeitsstress

Für die drei zuvor genannten Arbeitsstressmodelle liegen zahlreiche empirische Studien vor, die einen Einfluss von Arbeitsstress auf die körperliche und psychische Gesundheit zeigen.

Einen Zusammenhang zwischen einer Gratifikationskrise und psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen wird von einer Vielzahl von Studien belegt (Angerer et al., 2008,

Bonde, 2008, Kivimäki et al., 2007, Larisch et al., 2003, Li et al., 2013, Niedhammer et al., 2004, Nieuwenhuijsen et al., 2010, Rau und Henkel, 2013, Tsutsumi et al., 2001).

Auf der Basis einer umfangreichen Studienlage schließen Angerer und Kollegen auf einen kausalen Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen und depressiven Störungen (Angerer et al., 2014). Die Autoren berücksichtigen Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten internationaler Längsschnittstudien (Nieuwenhuijsen et al., 2010, Siegrist et al., 2012), weiterer prospektiver Studien (Melchior et al., 2007, Stansfeld et al., 2008) Arbeiten, die eine Dosis-Wirkungs-Beziehung aufzeigen (Stansfeld et al., 2012) sowie Erklärungsansätze für neurobiologische Grundlagen des Zusammenhangs liefern (Grippe und Johnson, 2009). Jedoch ist unklar wie stark der relative Einfluss psychosozialer Arbeitsbedingungen auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen ist (Lohmann-Haislah, 2012), da von einer multifaktoriellen Pathogenese auszugehen ist (Angerer et al., 2014). Denkbar ist, dass Beschäftigte mit psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte vulnerabler sind und folglich Arbeitsstress einen stärkeren Einfluss auf die Entwicklung psychischer Störungen hat. Jedoch zeigen Forschungen, dass psychosoziale Arbeitsbelastungen ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen sind: Melchior et al. befragten 1037 Beschäftigte im Alter von 32 Jahren in Neuseeland zum psychischen Befinden, psychosozialer Arbeitsbelastung und psychischer Erkrankungen in der Kindheit und Jugend. Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitsstress ein Risikofaktor für depressive Erkrankungen sowie Angststörungen ist, unabhängig von vorangegangenen psychischen Störungen (Melchior et al., 2007). Auch eine Studie aus England zeigt keine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Arbeitsstress durch psychische Belastungen in der Kindheit und Jugend. Jedoch weisen die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass Beschäftigte, die psychische Belastungen in ihrer Kindheit und Jugend erfahren haben, häufiger an Arbeitsplätzen mit hoher psychosozialer Belastung tätig sind (Stansfeld et al., 2008).

Mit Bezug auf eine internationale Längsschnittstudie (Siegrist et al., 2012) gaben Angerer et al. eine Erhöhung des relativen Risikos von etwa 80 % für depressive Symptome bei psychosozialen Arbeitsbelastungen an (Angerer et al., 2014). Im Rahmen dieser Längsschnittstudie wurde die Arbeitsbelastung von erwerbstätigen Männern und Frauen in 17 Ländern anhand des Modells beruflicher Gratifikationskrisen und geringer Kontrollmöglichkeiten erfasst (Siegrist et al., 2012). Auf der Basis einer Übersichtsarbeit, die sieben Studien mit insgesamt über 80 000 Teilnehmenden umfasst, berichtet Siegrist von einer Verdopplung des relativen Risikos für depressive Symptome durch eine Gratifikationskrise bei einer Expositionsdauer von 2,7 Jahren (Siegrist, 2013b). Theorell et al. untersuchten in einem systematischen Review 59 Studien, die Arbeitsstress unterschiedlich operationalisierten, unter anderem mithilfe des Anforderungs-Kontroll-Modells und dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Weitere eingeschlossene Studien erfassten eine geringe Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, Arbeitsplatzunsicherheit oder Mobbing. Im Ergebnis zeigte sich ein höhere Chance für die

Entwicklung depressiver Symptome bei einer anhaltenden prekären Arbeitsplatzsituation über eine Expositionsdauer von mindestens einem Jahr (Odds Ratio= 1,74 bis 1,78) (Theorell et al., 2015).

Den Einfluss der psychosozialen Arbeitsbelastung auf die Entwicklung bestehender depressiver Erkrankungen zeigten de Vries et al. in einem Scoping Review, der 71 Studien umfasst. Beschäftigte, die hohe berufliche Anforderungen bei geringer Kontrollmöglichkeit erlebten, wiesen überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage auf (de Vries et al., 2018).

Neben dem Einfluss auf die psychische Gesundheit besteht eine umfangreiche Datenlage zum Zusammenhang von Arbeitsstress und weiteren gesundheitlichen Folgen. Eine Reihe von Veröffentlichungen berichten einen Zusammenhang zwischen einer Gratifikationskrise und einem reduzierten allgemeinen Gesundheitszustand (Niedhammer et al., 2004, Pikhart et al., 2001, Preckel et al., 2007, van Vegchel et al., 2005, Wege et al., 2008) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Backe et al., 2012, Dragano et al., 2017, Siegrist, 1996b, Theorell et al., 2016).

Der Arbeitsplatz stellt jedoch auch eine Ressource zur Krankheitsbewältigung psychischer Störungen dar. Betroffene können von einer geregelten Tagesstruktur und dem Austausch mit Kolleginnen und Kollegen profitieren (Baumann et al., 2010, Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2019). Weiterhin kann der Arbeitsplatz eine Quelle für Wertschätzung und erfahrene Selbstwirksamkeit sein (Angerer et al., 2014, Baumann et al., 2010, Bezborodovs und Thornicroft, 2013, Provencher et al., 2002).

### 1.3 Depressionen und affektive Störungen

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland häufig. Nach Angststörungen sind unipolare Depressionen die zweihäufigste psychische Störung (Jacobi et al., 2014). Depressionen werden im internationalen Klassifizierungssystem der ICD-10 den affektiven Störungen zugeordnet. Das Hauptsymptom affektiver Störungen ist eine Veränderung der Stimmung (Affektivität) und des Aktivitätsniveaus (DGPPN, 2015). Das Spektrum affektiver Störungen reicht von manischen Episoden mit gehobener Stimmung und erhöhtem Aktivitätsniveau bis hin zu depressiven Episoden mit gedrückter Stimmung und reduziertem Aktivitätsniveau. Auf syndromaler Ebene werden Depressionen von bipolaren Störungen und der Zylothymie unterschieden, bei denen auch manische oder hypomanische Phasen auftreten (DGPPN, 2015). Weiterhin werden Depressionen mit psychotischen Symptomen abgegrenzt. Eine Einteilung nach Schweregrad in leichte, mittelgradige oder schwere Depression ist möglich. Anhand von Dauer und Verlauf wird eine depressive Episode von rezidivierenden depressiven Störungen unterschieden. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung muss in der Vorgeschichte mindestens eine weitere depressive Episode über 14 Tage vorgelegen haben und anschließend eine vollständige Remission über mehrere Monate eingetreten sein (DGPPN, 2015).

Hauptsymptome einer depressiven Episode sind nach ICD-10 eine „depressive, gedrückte Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit, verminderter Antrieb mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkungen“ über mindestens 14 Tage (DGPPN, 2015). Zu den Zusatzsymptomen zählen Schlafstörungen, verminderte Konzentrationsfähigkeit, eine negative Zukunftsperspektive und Suizidgedanken oder Suizidhandlungen. Zusätzlich können die Merkmale einer Depression mit somatischem Syndrom vorliegen, wie frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit. Ein somatisches Syndrom erhöht das Risiko für einen schwereren Verlauf der depressiven Erkrankung (DGPPN, 2015). Zudem treten depressive Erkrankungen häufig gepaart mit weiteren psychischen Störungen auf (Jacobi et al., 2004). Die Arbeit von Jacobi et al. zeigt, dass die Komorbidität bei depressiven Erkrankungen hoch ist: 60,7 % aller Patienten leiden unter mindestens einer weiteren psychischen Störung. Häufige Komorbiditäten affektiver Störungen sind somatoforme Störungen (Gaebel et al., 2013). Patienten mit depressiven Erkrankungen leiden häufig unter weiteren somatischen Beschwerden. So zeigten Löwe et al., dass mehr als die Hälfte der ambulant behandelten Patienten mit einer Depression auch über somatische Symptome wie z. B. Rücken- und Gelenkschmerzen, Verdauungsbeschwerden oder Schwindel berichteten (Löwe et al., 2008).

## 1.4 Therapie depressiver Störungen

Zur Therapie einer Depression stehen medikamentöse, psychotherapeutische und nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren zur Verfügung, die die Krankheitsdauer verkürzen und einer Chronifizierung vorbeugen können (DGPPN, 2015). In der ‚S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression‘ sind die Therapiemethoden aufgeführt (DGPPN, 2015). Die Therapie einer leichten bis mittelschweren Depression kann ambulant durch Hausärzte/-ärztinnen, Fachärzte/-ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen und Psychoanalytiker/-innen erfolgen. Bleibt eine Besserung der Symptome bei einer hausärztlichen Behandlung über sechs Wochen aus, sollte eine fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung begonnen werden (DGPPN, 2015). Indikation für eine stationäre Therapie sind u.a. akute Suizidgefahr, Fremdgefährdung, erhebliche psychotische Symptome, drohende depressionsbedingte Isolation, unzureichende ambulante Therapiemöglichkeiten und Gefahr der Chronifizierung (DGPPN, 2015).

Die Indikation zur medikamentösen Therapie bei einer leichten depressiven Episode sollte nur nach kritischer Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnis gestellt werden (DGPPN, 2015). Hingegen sollte Patienten mit einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode, laut Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, eine medikamentöse Therapie angeboten werden (DGPPN, 2015).

Eine psychotherapeutische Behandlung bei depressiven Störungen ist effektiv (Roth et al., 1996). Studien zeigten, dass eine frühzeitige therapeutische Intervention zu besserem Therapieansprechen und einer höheren Remissionsrate führte (Ghio et al., 2014). Ohne Therapie dauert eine depressive Episode durchschnittlich 6 - 8 Monate (DGPPN, 2015). Der Krankheitsverlauf kann durch eine leitliniengerechte Therapie auf eine durchschnittliche Episodendauer von 16 Wochen verkürzt werden (DGPPN, 2015).

Beginnt eine Behandlung erst spät nach Symptombeginn ist dies mit einem schlechteren Therapieansprechen und einer schlechteren Prognose verbunden (DGPPN, 2015, Hung et al., 2017). In einem Review zeigten Dell'Osso et al., dass eine verzögerte medikamentöse Behandlung bei schweren depressiven Störungen mit einer verzögerten Remission, mehr Suizidversuchen und bei rezidivierenden Störungen mit einer Zunahme der Häufigkeit depressiver Episoden assoziiert ist. Dagegen geht eine verkürzte Latenz zum Beginn einer medikamentösen Therapie mit einer schnelleren Symptomreduktion einher. (Dell'Osso et al., 2013). Auch Cosci und Fava zeigten in einem systematischen Review einen besseren Therapieerfolg und eine gesenkte Frequenz depressiver Episoden bei rezidivierenden Störungen, wenn eine psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung frühzeitig beginnt (Cosci und Fava, 2013).

Durch eine evidenzbasierte Therapie kann die Teilhabe am Arbeitsleben erhöht und die Leistungsfähigkeit gesteigert werden (Layard, 2016). Dagegen führt eine lange Zeit der Symptombelastung vor Therapiebeginn zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine zeitnahe Rückkehr an den Arbeitsplatz (Brouwers et al., 2009). Jedoch führt die klinische Besserung einer depressiven Erkrankung nicht unmittelbar zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, da die Rückkehr von weiteren Faktoren wie z.B. den individuellen Arbeitsbedingungen beeinflusst wird (Angerer und Wege, 2013).

## 1.5 Gesellschaftliche Auswirkungen durch Arbeitsunfähigkeit

Neben dem Leid der Betroffenen führen psychische Erkrankungen zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Aufgrund der hohen Prävalenz sind die Behandlungskosten, die durch psychische Störungen bedingt sind, insgesamt hoch. Zusätzlich können psychische Erkrankungen mit langer Arbeitsunfähigkeit und Leistungsminderung einhergehen, was zur Produktivitätseinschränkung von Unternehmen führen kann (Layard, 2016). Die Krankheitskosten für psychische Störungen betragen im Jahr 2019 rund 44 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt, 2019). Damit verursachen psychische Erkrankungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die höchsten Krankheitskosten. Die Krankheitskosten umfassen die für Behandlungs-, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen verbrauchten Ressourcen für die jeweilige Krankheit. Durch verminderte Arbeitsproduktivität entstand 2018 ein

zusätzlicher Verlust der Bruttowertschöpfung von 22,8 Milliarden Euro (BAuA), 2020). Psychische Erkrankungen können sowohl den Alltag als auch die berufliche Tätigkeit beeinträchtigen und gehen mit einer hohen Anzahl an Einschränkungstagen einher (Jacobi et al., 2014). Psychische Erkrankungen treten häufig bereits in einem jungen Erwachsenenalter auf (Jacobi et al., 2014). Daher besteht eine hohe Prävalenz in der Altersgruppe der Erwerbstätigen. Die berufliche Entwicklung der Betroffenen kann durch die Erkrankungen maßgeblich beeinflusst werden. Daraus folgende lange Arbeitsunfähigkeitszeiten oder geminderte Erwerbsfähigkeiten stellen die Betroffenen und die Gesellschaft vor ökonomische Herausforderungen (Wedegartner et al., 2007).

Psychische Erkrankungen machten 11,2 % der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Jahr 2017 aus (Badura, 2018). Besonders häufig führen psychische Erkrankungen im tertiären Sektor, genauer in den Bereichen Gesundheits- und Sozialwesen, Erziehung und Bildung und Banken und Versicherungen zur Arbeitsunfähigkeit (Badura, 2018, Wieclaw et al., 2006). Hier gehen 15 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurück (Badura, 2018). Weniger häufig führen psychische Erkrankungen u. a. im Baugewerbe und in der Land- und Forstwirtschaft zur Arbeitsunfähigkeit. Die Zeit der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen ist lang, durchschnittlich 23 bis 29 Tage, je nach Branche (Badura, 2018). Zum Vergleich: Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit über alle Diagnosen hinweg beträgt 11,8 Tage (Badura, 2018). Auch die Versicherten der Barmer Krankenversicherung wiesen mit durchschnittlich 45 Tagen pro Fall lange Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Störungen auf. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit über alle Diagnosen hinweg lag bei Versicherten der Barmer Krankenversicherung bei 14,3 Tagen (Grobe und Frerk, 2020).

Berentungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen haben in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Im Jahr 2000 wurden ca. 51 000 Rentenzugänge wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung verzeichnet, im Jahr 2018 über 71 000 Rentenzugänge (Deutsche Rentenversicherung, 2019a). Damit waren psychische Erkrankungen im Jahr 2018 die häufigste Ursache für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung, 2019b). Betroffene sind durchschnittlich ca. 50,3 Jahre alt und somit jünger als Betroffene über alle Diagnosen hinweg. Männer, die im Jahr 2018 erstmals eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit erhielten, waren im Durchschnitt mit 52,7 Jahren ein Jahr älter als Frauen, bei denen das Durchschnittsalter 51,6 Jahre betrug (Deutsche Rentenversicherung, 2019b). Folgen der verkürzten Erwerbsfähigkeit der Betroffenen sind häufig ein geringeres privates Vermögen und lange Rentenbezüge mit geringeren Beträgen (Wedegartner et al., 2007).

Weiterhin kann eine psychische Erkrankung zum Verlust des Arbeitsplatzes führen und den Wiedereinstieg ins Berufsleben nach Arbeitslosigkeit erschweren (Elkeles und Seifert, 1992, Lerner et al., 2004, Pech und Freude, 2010). Lerner et al. verglichen die Häufigkeit von

Arbeitsplatzwechsel, Arbeitslosigkeit, krankheitsbedingten Fehltagen und eingeschränkter Leistungsfähigkeit bei erwerbstätigen Frauen und Männern mit depressiven Störungen in den USA. Die Ergebnisse wurden mit zwei Kontrollgruppen verglichen - mit gesunden Beschäftigten und mit Beschäftigten mit rheumatoider Arthritis. Nach sechs Monaten waren Beschäftigte mit depressiven Störungen häufiger arbeitslos, hatten häufiger den Arbeitsplatz gewechselt und waren an mehr Tagen arbeitsunfähig und in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt als Beschäftigte beider Kontrollgruppen (Lerner et al., 2004). Weitere Studien zeigten, dass psychische Störungen die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz einschränken können (Angerer und Wege, 2013, Jain et al., 2013, Mayer et al., 2010) und folglich zum Produktivitätsverlust von Unternehmen führen können (Baumann et al., 2010, Layard, 2016, Wang, 2004). Beispielsweise führte der Verbleib am Arbeitsplatz bei reduzierter Leistungsfähigkeit bei Beschäftigten einer Fluglinie und Beschäftigten im telefonischen Kundenservice zu einem Produktivitätsverlust von 2,3 Arbeitstagen pro Monat (Wang et al., 2004a).

## 1.6 Versorgungssituation

Studien zeigten, dass die Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme hinter dem in Bevölkerungsstudien erfassten Bedarf zurückbleibt (Alonso et al., 2007, Gaebel et al., 2013, Rommel et al., 2017, Wang et al., 2004b). Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch und eine Psychotherapie sind trotz Reform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017 lang. Durch die Reform hat sich zwar die Wartezeit auf ein Erstgespräch auf knapp sechs Wochen verkürzt, jedoch warten Betroffene durchschnittlich 19,9 Wochen auf den Beginn einer Richtlinien-therapie (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Zum Vergleich: Im Jahr 2011 betrug die Wartezeit bis zum Therapiebeginn 23,4 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Durch eine lange Wartezeit kann die Therapiemotivation der Betroffenen sinken (McGarry et al., 2008) und sich der Therapieerfolg und die Prognose verschlechtern (DGPPN, 2015, Ghio et al., 2014, Hung et al., 2017).

Nur ein Teil der Betroffenen wird durch Fachleute behandelt und erhält eine leitliniengerechte Therapie (Melchior et al., 2014). Gaebel et al. zeigten, dass nur etwa die Hälfte der Betroffenen eine Behandlung erhält und nur etwa ein Viertel derjenigen, die eine Behandlung erhalten, von Fachleuten behandelt wird (Gaebel et al., 2013). Ein Großteil der Patienten wird durch den bzw. die Hausarzt/ärztin oder von einem/einer Facharzt/-ärztin für somatische Medizin behandelt (Gaebel et al., 2013, Sielk et al., 2009). Die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression sieht Hausärzte/-ärztinnen als wichtige Akteure zur Versorgung Betroffener mit einer leichtgradigen depressiven Episode, fordert jedoch bei fehlender Besserung nach 6-wöchiger hausärztlicher Behandlung eine fachärztliche oder psychotherapeutische Konsultation (DGPPN, 2015).

Häufig nehmen Betroffene selbst keinen Kontakt zum Versorgungssystem auf. Jacobi berichtet, dass 68 % der Patienten mit einer einzelnen psychiatrischen Diagnose in den vergangenen 12 Monaten keinen Kontakt zum Versorgungssystem hatten. Dazu erfassten die Autoren die psychische Erkrankungen von 5317 in Deutschland lebenden Personen mithilfe eines klinischen Interviews (Composite International Diagnostic Interview) -basierend auf dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) im Rahmen der ‚Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland‘ (DEGS1) (Jacobi et al., 2014). Zusätzlich wurden die selbstberichteten Kontakte zum Versorgungssystem aufgrund psychischer Probleme erfasst (Jacobi et al., 2014). Mit zunehmender Anzahl psychiatrischer Diagnosen stieg die Kontaktrate. Betroffene mit vier oder mehr Diagnosen hatten innerhalb der vergangenen 12 Monaten zu 40 % Kontakt zum Versorgungssystem (Jacobi et al., 2014). Auch Rommel zeigte, dass zwei Drittel aller Erwachsenen mit depressiven Symptomen innerhalb eines Jahres keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatten (Rommel et al., 2017).

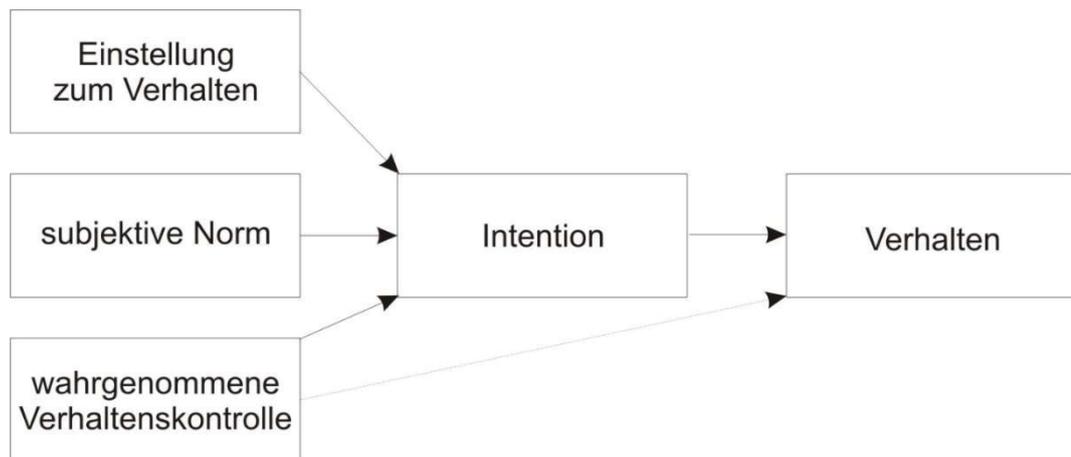
Die Ursachen des Missverhältnisses zwischen der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Versorgungssituation sind vielfältig. Einerseits schränken strukturelle Hürden die Zugangsmöglichkeit ein, andererseits werden Versorgungsangebote aufgrund von Angst vor Stigmatisierung und Vorbehalten gegenüber psychotherapeutischen Interventionen nicht aufgesucht (Clement et al., 2015). Weitere mögliche Ursachen sind lange Wartezeiten und falsche Zuweisungen im Gesundheitssystem (Hölzer, 2012).

Rommel und Kollegen identifizierten Einflussfaktoren der Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen (Rommel et al., 2017). Dazu wurden die Daten von über 24.000 Personen ausgewertet, die im Rahmen der Studie ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ (GEDA 2014/2015-EHIS) durch das Robert-Koch-Institut erhoben wurden. Die Autoren berichteten einen Zusammenhang zwischen einer hohen Inanspruchnahme und Geschlecht, Alter, chronischen Erkrankungen, sozialer Unterstützung und dem Familienstand (Rommel et al., 2017). Weiterhin wird die Inanspruchnahme durch eine regional ungleiche Verteilung von Psychotherapeuten und Fachärzten beeinflusst (Rommel et al., 2017). In vorangegangenen Untersuchungen wurde ebenfalls ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme und soziodemographischen Faktoren beobachtet. So zeigten Gallas et al. und Rattay et al., dass eine Psychotherapie häufiger von Personen im Alter von 40 bis 60 Jahren und von Personen mit hohem schulischen und beruflichen Bildungsniveau beantragt wird (Gallas et al., 2008, Rattay et al., 2013). Auch eine Studie in sechs europäischen Ländern kommt zu dem Ergebnis, dass eine hohe Inanspruchnahme einer Psychotherapie mit weiblichem Geschlecht, einem Alter zwischen 50 und 60 Jahren und einem hohen sozioökonomischen Status in Verbindung steht (ten Have et al., 2010).

Weiterhin beeinflusst die persönliche Einstellung gegenüber einer Psychotherapie und psychischen Erkrankungen die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Eine psychotherapie-averse Haltung geht mit einer geringeren Inanspruchnahme einher (Bohon et al., 2016, Petrowski et al., 2014, ten Have et al., 2010). Auch Sorge vor Stigmatisierung und Diskriminierung reduzieren - trotz hoher Therapiemotivation - die tatsächliche Inanspruchnahme (Clement et al., 2015, Corrigan, 2004, Edlund et al., 2002, Gulliver et al., 2010, Morton, 1995, Sareen et al., 2007, Thompson et al., 2004). Clement et al. bestätigten in einem systematischen Review, der 144 Studien mit insgesamt über 90 000 Teilnehmenden umfasst, dass Stigmatisierung ein Hindernis der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe ist. Es wurden Studien eingeschlossen, die negative Konsequenzen durch Stigmatisierung wie Sorge vor sozialer Diskriminierung und Diskriminierung am Arbeitsplatz untersuchten (Clement et al., 2015). Interventionen zur Förderung der Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe steigerten zwar die Absicht zur Inanspruchnahme und reduzierten eine ablehnende Einstellung gegenüber derartigen Angeboten, die tatsächliche Inanspruchnahme wurde jedoch nicht erhöht (Gulliver et al., 2012).

Forschungen zeigten, dass Ajzens Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985) zur Erklärung der Diskrepanz zwischen Absicht und tatsächlicher Inanspruchnahme beiträgt (Kauer et al., 2017a, Kauer et al., 2017b, Schomerus et al., 2009, Smith et al., 2008). Die Theorie ist eine Weiterentwicklung der von Ajzen und Fishbein entwickelten Theorie der überlegten Handlung (Ajzen und Fishbein, 1980, Graf, 2007). Die Theorie des geplanten Verhaltens erklärt zielgerichtetes Verhalten - Verhalten, das der Willenskontrolle unterliegt - und kann daher nicht für unbewusstes Verhalten oder Routinen angewendet werden (Graf, 2007). Die Theorie beschreibt drei Komponenten, die die Verhaltensabsicht, auch als Intention bezeichnet, beeinflussen (Graf, 2007). Die Intention bestimmt wesentlich, ob das zielgerichtete Verhalten schlussendlich umgesetzt wird (Graf, 2007). Die drei Komponenten, die die Intention beeinflussen, sind:

- Einstellung zum Verhalten: Diese wird von mit dem Verhalten verbundenen positiven oder negativen Affekten beeinflusst. Beispielsweise kann die Überlegung, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, positive oder negative Gefühle hervorrufen.
- subjektive Norm: Diese wird von der erwarteten Bewertung nahestehender Personen bestimmt. Beispielsweise kann die Inanspruchnahme einer Psychotherapie mit der Annahme verbunden sein, von anderen für weniger leistungsfähig gehalten zu werden.
- wahrgenommene Handlungskontrolle: Diese wird von subjektiv wahrgenommenen Hindernissen bestimmt. Beispielsweise führt die Annahme, keinen Therapieplatz zu finden, zu einer geringen wahrgenommenen Handlungskontrolle.



**Abb. 20 -Theorie des geplanten Verhaltens nach (Ajzen, 1991)**

Studien, die die Theorie des geplanten Verhaltens in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung untersuchten, zeigten, dass die Theorie zur Erklärung des Verhaltens, in diesem Fall der Inanspruchnahme einer Psychotherapie, geeignet ist (Schomerus et al., 2009, Smith et al., 2008): Schomerus et al. befragten telefonisch über 2 300 Personen in Deutschland, ob sie bei Symptomen einer Major Depression psychiatrische Hilfe aufsuchen würden. Im Ergebnis zeigte sich, dass die drei Komponenten der Theorie des geplanten Verhaltens - Einstellung, subjektive Norm und wahrgenommene Handlungskontrolle - die Intention Hilfe aufzusuchen beeinflussen. Bei Personen mit depressiven Symptomen wurde ein stärkerer Einfluss der subjektiven Norm beobachtet als bei Personen ohne depressive Symptome (Schomerus et al., 2009).

## 1.7 Betriebliche Versorgung

### 1.7.1 Modelle betrieblicher Versorgung

Um die Versorgung bei psychischen Erkrankungen zu verbessern, werden neue Wege gesucht Hilfsangebote niederschwellig, ohne lange Wartezeiten und Zugangshindernisse anzubieten. Der Arbeitsplatz ist dabei in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus gerückt. Am Arbeitsplatz können psychische Erkrankungen bereits früh auffallen (Baumann et al., 2010, UK Health and Safety Executive, 1995). Dazu beschrieben Balint et al. mögliche Frühindikatoren: „z. B. das Nachlassen der Arbeitsleistung, das Aufschieben auch einfacher Tätigkeiten, ein gereizt-ungehaltenes Auftreten oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte etc.“(Balint et al., 2018).

Daher bietet der Arbeitsplatz das Potenzial für frühe Diagnostik und Therapie (Rothermund et al., 2016). Vorgesetzte können Mitarbeiter bei der Suche passender Angebote unterstützen und eine Inanspruchnahme anregen (Badura et al., 2010, Otto et al., 2012).

Studien zeigten, dass der Arbeitsplatz ein geeignetes Setting für Früherkennung und erste Versorgungsangebote darstellt (Baumann et al., 2010, Pignata et al., 2016) und derartige Angebote im deutschen Versorgungssystem generell umsetzbar und akzeptiert sind (Rothermund et al., 2012, Rothermund et al., 2017).

In Deutschland bestehen verschiedene Modelle der betriebsnahen Versorgung, die sich hinsichtlich organisatorischer Merkmale wie Zugangswege, Umfang und Finanzierung unterscheiden (Angerer und Wege, 2013). Allen Modellen gemeinsam ist das Ziel ein zeit- und betriebsnahes Beratungs-, Diagnostik- und Therapieangebot für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Belastungen und Erkrankungen zu schaffen. Die Angebote werden von psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen und Ärzten/Ärztinnen mit entsprechender Weiterbildung (Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie) (Rothermund et al., 2018) durchgeführt, im Folgenden summarisch als "Experten/-innen" bezeichnet. Für derartige Angebote werden verschiedene Bezeichnungen genutzt. Ursprünglich wurden Sprechstunden - zur Problemklärung bei psychischen und körperlichen Beschwerden z. B. Erschöpfung - in Kooperation mit psychosomatischen Kliniken initiiert (Mayer et al., 2010). Daher ist der Begriff „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSiB) verbreitet (Balint et al., 2018, Hölzer et al., 2018, Rothermund et al., 2018) und wird in der vorliegenden Arbeit stellvertretend für die Vielzahl entsprechender Angebote genutzt.

Die PSiB umfasst ein Lotsengespräch mit Beratung und erster diagnostischer Einschätzung in ein bis zwei Sitzungen (Rothermund et al., 2019). Es wird geklärt, ob und welche weiteren Hilfen nötig sind. Wird ein Bedarf an weiteren Hilfen festgestellt, unterstützt der Experte den Betroffenen bei der selbstständigen Therapieaufnahme in der Regelversorgung (Rothermund et al., 2018). Andere Modelle der PSiB bieten eine Erweiterung um eine Kurzzeittherapie an, deren Umfang begrenzt ist - z. B. maximal acht Therapiesitzungen (Hölzer, 2012) oder vermitteln ambulante und stationäre Therapieplätze in kooperierenden Kliniken und Ambulanzen (Kröger et al., 2014). Um lange Wartezeiten zu vermeiden, wurde in dem von Kröger et al. untersuchten Modell die maximale Wartezeit zwischen dem ersten diagnostischen Beratungsgespräch im Rahmen der PSiB und dem Therapiebeginn definiert (Kröger et al., 2014). Ein weiteres Unterstützungsangebot bietet die PSiB bei Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Arbeitsunfähigkeit (*Return to work/RTW*). Der/die Experte/Expertin für psychische Gesundheit kann - bei Einverständnis des Beschäftigten - die Zusammenarbeit zwischen dem Beschäftigten selbst, Arbeitgebervertretenden, Behandelnden der Regelversorgung und Betriebsärzten/-

ärztinnen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements koordinieren (Kröger et al., 2014).

Die PSiB basiert inhaltlich auf dem „*initial psychiatric interview*“, im Deutschen als „Erstinterview“ bezeichnet, das von Gill 1954 beschrieben wurde (Rothermund et al., 2018). Zu den inhaltlichen Elementen zählen der Aufbau einer tragfähigen Beziehung (A) und die diagnostische Einschätzung psychischer Beschwerden unter Einbezug der psychosozialen Situation, um den Bedarf für weitere Diagnostik und Therapie zu klären (B). Ein Schwerpunkt liegt auf der Exploration der Arbeitsplatzsituation. Es wird ermittelt, ob diese überwiegend als Ressource, neutral oder belastend empfunden wird (Rothermund et al., 2018). Die anschließende „Befähigung zum Selbstmanagement“ (C) erfolgt durch Psychoedukation zu Modellen der Arbeitsstressforschung in patientengerechter Sprache. Beispielsweise kann „de[r] Einfluss von Führungskräfteverhalten auf das Arbeitsklima, de[r] erlebte Stress bzw. de[r] Zusammenhang von Arbeitsunsicherheit und stressassoziierten Erkrankungen“ thematisiert werden (Rothermund et al., 2019). Anschließend motiviert und unterstützt der Therapeut den Betroffenen bei weiteren Schritten (D) (Rothermund et al., 2019). Findet eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der PSiB statt, kann die Arbeitsplatzsituation in die Therapie einbezogen werden. Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt der PSiB kann auf der Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit liegen. Erstens kann der Beschäftigte sich mit Unterstützung des/der Experten/Expertin auf eine Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereiten. Zweitens kann der/die Experte/Expertin bei Gesprächen mit Vorgesetzten und anderen Akteuren im Betrieb vermitteln und beraten, wenn der Beschäftigte dies wünscht (Kröger et al., 2014).

Die PSiB richtet sich an alle Beschäftigte des Betriebs. Je nach Modell erfolgt der Zugang mittels Überweisung durch den betriebsärztlichen Dienst, über Mitarbeiter/-innen der kooperierenden Krankenkasse, Sozialbeauftragte im Betrieb oder informierte Beschäftigte suchen das Angebot selbstständig auf (Kröger et al., 2014, Rothermund et al., 2014, Rothermund et al., 2019). Auch die Mitglieder der Betriebsräte, Vorgesetzte und Kollegen/Kolleginnen können Betroffene auf das Angebot aufmerksam machen.

Zur Finanzierung der PSiB bestehen derzeit unterschiedliche Konzepte. Da die PSiB nicht im Sozialgesetzbuch verankert ist, finanzieren die Betriebe selbst oder Betriebskrankenkassen die PSiB (Rothermund et al., 2018). Möglich ist auch die Finanzierung über einen Verein (Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz e.V.). Die Betriebskrankenkassen können laut §140 SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung Verträge mit den Leistungserbringern der PSiB schließen (Bode et al., 2016).

Um die PSiB im Betrieb anzubieten nehmen Unternehmen die Experten/Expertinnen für psychische Gesundheit selbst unter Vertrag oder kooperieren mit Anbietern für *Employee Assistance Programs* (EAP), einem externen Unternehmen zur Mitarbeiterberatung. Die Leistungen der EAP umfassen je nach Anbieter persönliche und digitale Beratungsgespräche für

Mitarbeiter/-innen in psychisch belastenden Situationen, telefonische Krisenintervention, Unterstützung bei der Therapieplatzsuche, Schulungsprogramme für Führungskräfte zum Thema psychische Gesundheit und weitere Beratungsangebote wie Suchtmittelberatung, Familien- und Paarberatung, finanzielle Beratung und Rechtsberatung (Asklepios Kliniken, 2020, B·A·D, 2020, Fürstenberg Institut, 2020, INSITE-Interventions GmbH, 2020).

### 1.7.2 Forschungsstand zu Modellen betrieblicher Versorgung

Die PSiB wurde in einigen Studien bereits evaluiert. Es konnte gezeigt werden, dass Beschäftigte die PSiB nutzen (Kröger et al., 2014) und die Zufriedenheit höher ist als in der Regelversorgung (Hölzer, 2012, Rothermund et al., 2019). Die Nutzer der PSiB weisen durchschnittlich mildere depressive Symptome und eine geringere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf als Patienten bei einem Erstgespräch in der Regelversorgung (Rothermund et al., 2017). Betroffene nutzen betriebliche Angebote früher -durchschnittlich 6 Monate nach Symptombeginn - als Angebote der Regelversorgung (Barrech et al., 2018, Rothermund et al., 2014, Rothermund et al., 2017). Kruse und Herzog ermittelten eine Latenz von 7 Jahren zwischen dem Beginn psychosomatischer Beschwerden und dem Erstkontakt zur adäquaten Regelversorgung (Kruse und Herzog, 2012). Auch bei Angststörungen und affektiven Störungen liegen zwischen Symptombeginn und Aufnahme einer Therapie der Regelversorgung häufig mehrere Jahre (Mack et al., 2014).

Die PSiB erreicht häufiger Personen, die erstmals psychologische Hilfsangebote aufsuchen. Rothermund et al. zeigten, dass die PSiB in zwei untersuchten Betrieben zu 75 % von „Erstnutzern/-innen“ in Anspruch genommen wurde. Zum Vergleich: Beim Erstgespräch in der Regelversorgung machen „Erstnutzern/-innen“ einen Anteil von 50 % aus (Rothermund et al., 2014). Weiterhin nahmen Männer mit niedriger beruflicher Qualifikation die PSiB in Anspruch (Hölzer, 2012, Kröger et al., 2014, Wege et al., 2013), ein Personenkreis, der einer Psychotherapie häufig ablehnend gegenübersteht (Petrowski et al., 2014). Rothermund zeigte in einer Studie in zwei Betrieben, dass Männer sehr viel besser durch die PSiB erreicht werden können als durch die ambulante Regelversorgung. So liegt der Anteil mit 75 % Inanspruchnahme durch Männer nur knapp unterhalb dem Anteil der Männer in der Gesamtbelegschaft beider Betriebe (80 % und 88 %) (Rothermund et al., 2014). Auch die Nutzer der PSiB eines großen stahlverarbeitenden Betriebs waren mit 67 % überwiegend männlichen Geschlechts (Kröger et al., 2014).

Einige Studien untersuchten bereits die Wirksamkeit psychotherapeutischer Angebote im betrieblichen Umfeld. Denn eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nach klinisch erfolgreicher Behandlung einer psychischen Erkrankung hängt von weiteren Faktoren als der alleinigen klinischen Besserung der Symptome ab (Angerer und Wege, 2013). Ein systematischer Review zeigt, dass therapeutische Interventionen ohne Bezug zum Arbeitsplatz keinen Einfluss auf die Dauer bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz haben (Vogel et al., 2017). Werden jedoch eine

klinische Therapie und arbeitsplatzbezogene Interventionen kombiniert z.B. mit einer Veränderung der Arbeitsaufgaben oder einem Coaching, kehrten Betroffene früher an den Arbeitsplatz zurück (Nieuwenhuijsen et al., 2014). Van Vilsteren et al. zeigten jedoch, dass alleinige Arbeitsplatzinterventionen, z.B. eine Veränderung der Arbeitsgestaltung und -organisation oder eine Einbeziehung des Vorgesetzten, die Zeit bis zu einer ersten Rückkehr an den Arbeitsplatz zwar verkürzten, jedoch keinen Effekt auf das Anhalten der Rückkehr hatten. Die Autoren schließen, dass eine alleinige Arbeitsplatzintervention nicht ausreichend ist, um die Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigte mit depressiven Erkrankungen langfristig zu reduzieren. Zusätzlich zu Arbeitsplatzinterventionen ist eine klinische Therapie der Erkrankung notwendig (van Vilsteren et al., 2015).

Forschung zu Modellen der psychotherapeutischen Beratung bei der Arbeit, die eine arbeitsplatzbezogene psychotherapeutische Behandlung beinhalten, zeigten eine schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Arbeitsunfähigkeit (Reifferscheid et al., 2019). Das von Reifferscheid et al. untersuchte Modell umfasst u.a. eine erste Indikationsstellung durch den Betriebsarzt, eine umfassende psychotherapeutische Behandlung in einer Klinik oder Ambulanz und Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch den Sozialdienst des Betriebs. Einem Cochrane-Review zufolge, welcher auf 9 Studien und 1546 Teilnehmenden mit einer Anpassungsstörung fußt, führten Interventionen mit Problemlöseansätzen, auch als *Problem-solving therapy* bezeichnet, zu einer früheren Rückkehr an den Arbeitsplatz, jedoch bei reduzierter Wochenarbeitszeit. Im Gegensatz dazu zeigte der Review für eine reguläre kognitive Verhaltenstherapie - ohne Bezug zum Arbeitsplatz - keine signifikante Wirksamkeit (Arends, 2012). Eine *Problem-solving therapy* wird auch in der S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression als mögliche Behandlung bei leichten depressiven Episoden aufgeführt (DGPPN, 2015). Richmond et al. zeigten in einer Studie, in der 156 Beschäftigte in den USA ein *EAP* in Anspruch nahmen, dass Fehlzeiten und Präsentismus im Vergleich zur Kontrollgruppe reduziert wurden. Jedoch hatte die Intervention keinen Effekt auf die berichtete Stressbelastung am Arbeitsplatz (Richmond et al., 2017).

Weitere Studien zeigten eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage durch eine arbeitsplatzbezogene psychotherapeutische Behandlung (Gantner et al., 2018, Kröger et al., 2014, Reifferscheid et al., 2019). Eine Studie zur arbeitsplatzbezogenen Psychotherapie in einem großen metallverarbeitenden Betrieb zeigte, dass die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen nach erfolgter arbeitsplatzbezogener Psychotherapie von zuvor 13 Fehltagen pro 100 Arbeitstage auf 1 Fehltag pro 100 Arbeitstage gesenkt wurde (Kröger et al., 2014).

Jedoch zeigten Rothermund et al, dass die selbstberichtete Arbeitsfähigkeit -erfasst mit dem *Work ability index* (WAI) -durch eine psychotherapeutische Intervention am Arbeitsplatz oder der Regelversorgung im gleichen Maße steigt (Rothermund et al., 2016).

Gulliver et al. zeigten, dass zwar die Therapiemotivation durch Interventionen, wie eine Beratung im Rahmen der PSiB steigt, sich jedoch nicht auf die tatsächliche Therapieaufnahme auswirkt (Gulliver et al., 2012). Laut Rothermund kann eine Erweiterung der PSiB um eine Kurzzeitpsychotherapie, die wenn möglich durch den gleichen Therapeuten angeboten wird, die Wahrscheinlichkeit für eine tatsächliche Therapieaufnahme erhöhen (Rothermund et al., 2018). Findet im Anschluss an die PSiB eine Weiterbehandlung in der Regelversorgung oder im Rahmen der PSiB statt, steigt die Zufriedenheit der Nutzer (Rothermund et al., 2019).

## 1.8 Ziele der Arbeit

Mithilfe der Arbeit sollen folgenden Fragen beantwortet werden:

### I)

**(a) Sehen Beschäftigte einen Bedarf an einer PSiB und wie sollte das Angebote aus Sicht der Beschäftigten konzipiert sein?**

Es wurden die Präferenzen der Beschäftigten im Hinblick auf folgende Aspekte erfasst:

- Ort in den Räumlichkeiten des Betriebs und/oder außerhalb des Betriebs
- Zeit während der Arbeitszeit und/oder außerhalb der Arbeitszeit
- Form als persönliches Einzelgespräch und/oder als Telefonat und/oder als internetbasierter Dialog
- Umfang Diagnostik: Problemanalyse und ggf. Therapieempfehlungen und Vermittlung von Therapie- und Beratungsangeboten und/oder psychotherapeutische Behandlung

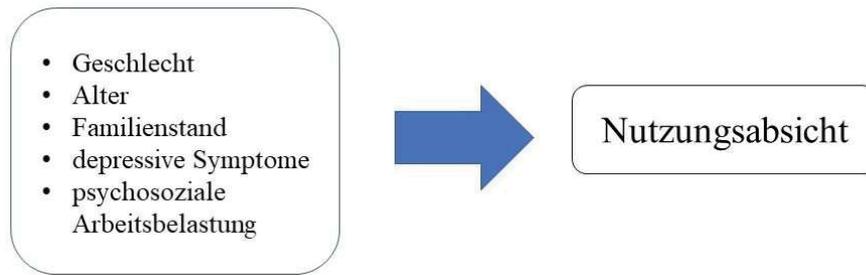
**(b) Unterscheidet sich die Einschätzung des Bedarfs und die präferierte Gestaltung der PSiB zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im Betrieb?**

### II)

**(a) Würden Beschäftigte die PSiB bei psychischen Problemen selbst nutzen und würden Beschäftigte das Angebot für private und berufliche Belastungen nutzen?**

**(b) Welche persönlichen Merkmale bestimmen die allgemeine Nutzungsabsicht und die Nutzungsabsichten für berufliche und private Belastungen?**

Als mögliche Determinanten wurden die soziodemographischen Merkmale Alter, Geschlecht und Familienstand sowie die aktuelle Belastung durch depressive Symptome und die psychosoziale Arbeitsbelastung erfasst (s. Abb. 2).



**Abb. 2 -Untersuchte Einflussfaktoren der Nutzungsabsicht**

Dargestellt sind die in dieser Arbeit untersuchten potenziellen Einflussfaktoren der Nutzungsabsicht.

## 2 Material und Methoden

### 2.1 Ablauf der Untersuchung

Die Beschäftigten der Hochschule Düsseldorf (HSD) wurden vom 12.06.2019 bis 30.09.2019 mit Hilfe eines Online-Fragebogens zum Bedarf an einer PSiB, zur Nutzungsabsicht und zur präferierten Gestaltung befragt. Dazu wurde ein Online-Fragebogen mithilfe des IT-Befragungsinstrument „Unipark“ des Anbieters Questback verwendet.

Vor Beginn der Bedarfsanalyse an der HSD wurde der Personalrat der Beschäftigten in Verwaltung und Technik und der wissenschaftlichen und künstlerischen Beschäftigten informiert. Die Bedarfsanalyse wurde durch das Präsidium der HSD und den Datenschutzbeauftragten genehmigt, sodass eine Durchführung mit Unterstützung des Dezernats Personal- und Organisationsentwicklung stattfinden konnte. Weiterhin wurde das Vorhaben der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf unter der Registrierungs-ID: 2017114502 und Studiennummer: 6195R vorgelegt. Es bestanden keine ethischen oder rechtlichen Bedenken.

Alle 785 Beschäftigten (Stand 01.08.2019) der Hochschule Düsseldorf wurden am 18.06.2019 per E-Mail zur Teilnahme eingeladen (s. Anhang: **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die E-Mail enthielt einen Link zum Online-Fragebogen und die Studieninformation im Anhang (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Studieninformation beinhaltete Angaben zum Ziel sowie Ablauf der Befragung und zum Umgang mit den erhobenen Daten. Zusätzlich wurden die beiden Möglichkeiten der anonymen und pseudonymisierten Teilnahme erläutert. Bei einer pseudonymisierten Teilnahme erklärten sich die Beschäftigten mit der Speicherung ihrer Kontaktdaten zur Kontaktaufnahme für weitere Forschungsprojekte zu psychischem Befinden und Hilfsangeboten im Betrieb einverstanden. Weiterhin wurde über einen jederzeit möglichen Widerspruch in die Speicherung und Nutzung der Kontaktdaten informiert. Daneben war auch eine anonymisierte Teilnahme ohne die Angabe von Kontaktdaten möglich. Die Einverständniserklärung mit den Informationen zum Datenschutz wurde ebenfalls online, vor Bearbeitung des Fragebogens, durch Setzen eines Hakens erteilt. Erneute Einladungen zur Teilnahme wurden am 01.08.2019 und 10 Tage vor Ende des Befragungszeitraum an alle Beschäftigte per E-Mail versendet. Durch Aktionen und mit Hilfe verschiedener Medien wurden die Mitarbeiter über die Möglichkeit zur Teilnahme informiert und eingeladen. Die Umfrage wurde am 28.05.2019 in der Arbeitssicherheitsausschusssitzung und am 03.07.2019 in der Personalversammlung der Beschäftigten in Technik und Verwaltung vorgestellt. Zudem wurde am 12.06.2019 und 04.09.2019 im monatlichen E-Mail-Newsletter der HSD über die Umfrage informiert. Über einen Link konnte eine ausführlichere Information (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) im Intranet der HSD aufgerufen werden. Diese Information

stand über den gesamten Befragungszeitraum zur Verfügung. Über Flyer und Plakate in den Räumlichkeiten des Betriebsärztlichen Diensts und Informationsflächen in den Gebäuden der HSD wurde auf die Bedarfsanalyse aufmerksam gemacht. Weiterhin wurden die Dekanatsassistenten/-assistentinnen per E-Mail auf die Bedarfsanalyse hingewiesen, mit der Bitte um Weitergabe der Informationen innerhalb der Dekanate.

## 2.2 Statistische Analyse

Die Auswertung erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 26. Den Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen wurden deskriptive Analysen vorangestellt. Zuerst wurden die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe erfasst und mit der Grundgesamtheit der Beschäftigten an der HSD verglichen, um zu untersuchen, ob die Stichprobe hinsichtlich dieser Merkmale repräsentativ ist. Mithilfe von Chi-Quadrat-Tests wurden Unterschiede zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe quantifiziert. Um Unterschiede zwischen der psychischen Gesundheit und der psychosozialen Arbeitsbelastung zwischen Frauen und Männern zu identifizieren, wurden die Mittelwerte der Skalen ‚PHQ-9‘ (Depressivität) und die Komponenten des ERI-Fragenbogens ‚Anstrengung‘, ‚Belohnung‘ und die ‚ERI-Ratio‘ mithilfe eines T-Tests verglichen.

Um die Ergebnisse zur präferierten Ausgestaltung der PSiB und den Bedarf unter Punkt ‚Bedarf und Präferenzen einzelner Gruppen

zur Gestaltung der PSiB‘ zu berichten, wurden die Kategorien aus Gründen der Übersichtlichkeit zusammengefasst. Dazu wurden die Zustimmungswerte der Kategorien *stimme überhaupt nicht zu* und *stimme eher nicht zu* zur Kategorie *Ablehnung* und die Kategorien *stimme etwas zu* und *stimme völlig zu* zur Kategorie *Zustimmung* zusammengefasst.

Um zu überprüfen, ob unterschiedliche Gruppen innerhalb der Beschäftigten verschiedene Bedürfnisse an die Gestaltung der PSiB haben, wurden die Ergebnisse des Fragebogens „Bedarf an psychologischer Beratung am Arbeitsplatz“ zwischen den durch Alter, Geschlecht, und Berufsabschluss definierten Gruppen verglichen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und der geringen Besetzung einzelner Kategorien wurde die fünfstufige Antwortskala in eine dreistufige Skala umkodiert. Die Antwortmöglichkeiten *stimme überhaupt nicht zu* und *stimme eher nicht zu* wurden zur Kategorie *Ablehnung* und die Antwortmöglichkeiten *stimme etwas zu* und *stimme völlig zu* zur Kategorie *Zustimmung* zusammengefasst. Die Antwortmöglichkeit *teils-teils* wurde als *neutral* kodiert.

Um die Fragestellungen II b „Welche persönlichen Merkmale bestimmen die allgemeine Nutzungsabsicht und die Nutzungsabsichten für berufliche und private Belastungen?“ zu beantworten, wurden mögliche Determinanten mithilfe hierarchischer multipler linearer

Regressionsanalysen ermittelt. Als Regressanden der Gleichungen wurden die Variablen ‚allgemeine Nutzungsabsicht‘, ‚Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen‘ und ‚Nutzungsabsicht für private Belastungen‘ aufgenommen. Anschließend wurden in einem ersten Schritt die Regressoren ‚Geschlecht‘ und ‚Alter‘ eingeführt. Im Folgenden werden diese Modelle -abhängig von der im zweiten Schritt eingefügte ERI-Komponente - als ‚Modell 1 a‘, ‚Modell 1b‘ und ‚Modell 1c‘ bezeichnet. In einem zweiten Schritt wurde das Modell um ‚Familienstand‘, ‚Depressivität‘ -erfasst mit dem PHQ-9 - und eine der folgenden Variablen des ERI-Fragebogens ergänzt: ‚ERI-Ratio‘ (Modell 2a) ‚Anstrengung‘ (Modell 2b) oder ‚Belohnung‘ (Modell 2c) ergänzt. So ergaben sich für jeden Regressanden drei Regressionsgleichungen. In beiden Schritten wurden die Variablen jeweils mittels der Methode ‚Einschluss‘ aufgenommen. Da einige Teilnehmer den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben, variiert die Anzahl gültiger Antworten zwischen den Merkmalen ‚Anstrengung‘, ‚Belohnung‘ und ‚ERI-Ratio‘. Daher ergeben sich auch für die Modelle 1a, b und c unterschiedliche Ergebnisse der Regressionsanalysen.

## 2.3 Untersuchungsfeld

Die HSD ist eine staatliche Fachhochschule mit 10.906 Studierenden im Wintersemester 2018/19 (Hochschule Düsseldorf Zentrale Webredaktion) und 785 Beschäftigten (Stand 01.08.2019). Die Beschäftigten der HSD sind sowohl in Verwaltung und Technik als auch wissenschaftlich und künstlerisch tätig. Aufgrund der verschiedenen Arbeitsaufgaben der Beschäftigten bietet die HSD als Untersuchungsfeld die Chance unterschiedliche Berufsgruppen zur befragen.

Die HSD bietet seit 2018 die PSiB in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Düsseldorf an. Die PSiB richtet sich an alle Beschäftigte der HSD. Eine psychologische Psychotherapeutin bietet Beratung in belastenden Situationen, bei ersten Anzeichen psychischer Beschwerden und Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Erkrankung an. Betroffene können das Angebot kostenfrei und ohne Wissen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen. Das Gespräch unterliegt der therapeutischen Schweigepflicht. Das Angebot soll einen niederschweligen und schnellen Zugang zu Beratung und Unterstützung für alle Beschäftigten ermöglichen. Aufgrund des bereits bestehenden Angebots eignet sich die HSD als Untersuchungsfeld, um die Fragestellungen dieser Arbeit zu beantworten.

Die nachfolgende

**Tabelle 1** stellt die Inanspruchnahme der PSiB im untersuchten Betrieb dar (Information aus dem betriebsärztlichen Dienst des Betriebes).

**Tabelle 1** - Nutzerzahlen der PSiB im untersuchten Betrieb

Jahr	Beschäftigte	Termine	Stunden	Nutzungsquote
2018	8	9	21	1 %
2019	14	18	45	1,8 %
2020	7	11	24	1 %

Die Nutzungsquote entspricht dem Anteil der Beschäftigten in Prozent, die die PSiB innerhalb eines Jahrs in Anspruch genommen haben.

Die Nutzer/-innen suchten die PSiB unterschiedlich häufig auf. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Kontakthäufigkeiten.

**Tabelle 2** - Anzahl der Kontakte pro Nutzer/-in im Rahmen der PSiB

Anzahl - Kontakte	Anzahl -Nutzer/-innen
Erstkontakt	20
2	4
3	3
4	1

Die Zeitdauer der einzelnen Kontakte im Rahmen der PSiB variierte zwischen einer Stunde und bis zu fünf Stunden. Durchschnittlich betrug die Beratungszeit zwei Stunden.

## 2.4 Fragebögen

Bei der Entwicklung des 41 Items umfassenden Fragebogens wurden selbst entwickelte Fragen und validierte Fragebögen verwendet:

- Bedarf an psychologischer Beratung bei der Arbeit
- Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)
- Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI-Fragebogen)
- soziodemographische Angaben

### 2.4.1 Bedarf an psychologischer Beratung am Arbeitsplatz

Es wurde ein 13 Items umfassender Fragebogen entwickelt, der den Bedarf, die Nutzungsabsicht und die Bedürfnisse der Beschäftigten zur Gestaltung eines psychotherapeutischen Angebots am Arbeitsplatz erfasst (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Neben der Frage, ob der Betrieb ein professionelles psychotherapeutisches Angebot für Beschäftigte - allgemein - zur Verfügung stellen sollte, war es ein Ziel der Bedarfsanalyse die persönlichen Bedürfnisse der Beschäftigten an die PSiB zu erfahren. Dazu wurden die Präferenzen zur inhaltlichen, räumlichen und zeitlichen Gestaltung und zum Umfang der PSiB erfragt. Beispielsweise wurde gefragt, ob das Angebot ausschließlich ein Lotsengespräch mit Vermittlung weiterer Hilfen bei Bedarf oder auch die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung umfassen sollte. Der Fragebogen enthält vier Freitextfelder für Anmerkungen zum Inhalt, zur Form, für Wünsche und Bedürfnisse sowie für weitere Bemerkungen zur PSiB. Die Fragen beinhalten z.T. Alternativen (Angebote innerhalb der Arbeitszeit und außerhalb der Arbeitszeit), die beide / alle separat beantwortet werden konnten.

### 2.4.2 Soziodemographische Daten

Die in dieser Arbeit erfassten Merkmale wurden in Bezug auf die Arbeit von Rommel et al. ausgewählt (Rommel et al., 2017). Rommel et al. identifizierten Determinanten der Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgungsangebote. Um zu untersuchen, ob die Absicht Versorgungsangebote im betrieblichen Umfeld zu nutzen von den gleichen Determinanten wie in der Regelversorgung bestimmt wird, wurden folgende Merkmale untersucht: Alter, Geschlecht, Familienstand und Belastung durch depressive Symptome. Da die Arbeit im beruflichen Kontext forscht, wurde zusätzlich die psychosoziale Arbeitsbelastung mithilfe des ERI-Fragebogens als möglicher Einflussfaktor erfasst. Der Fragebogen umfasst Angaben zu soziodemographischen Daten der Teilnehmenden. Mithilfe von vier Items wurde das Geschlecht, das Alter - aus Datenschutzgründen in Altersgruppen, der Familienstand und der Berufsabschluss erfasst (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Der Berufsabschluss wurde mithilfe der Items ‚noch in der Berufsausbildung‘, ‚Lehre/Fachschule‘, ‚Fachhochschule/Universität‘, ‚ohne Berufsabschluss‘ und ‚sonstiger Abschluss‘ erfasst. Zur Ermittlung des Familienstands wurden die Items ‚Ich bin verheiratet‘, ‚Ich bin in einer Partnerschaft‘ und ‚Ich bin alleinstehend‘ verwendet. Die Variable ‚Familienstand‘ wurde zur Untersuchung des Einflusses auf die Nutzungsabsicht in eine dichotome Variante umkodiert. Dazu wurden die beiden Antwortmöglichkeiten ‚Ich bin verheiratet oder in einer Partnerschaft‘ und ‚Ich bin alleinstehend‘ erstellt, indem die Antwortmöglichkeiten ‚Ich bin

verheiratet‘ und ‚Ich bin in einer Partnerschaft‘ zusammengefasst wurden. Rommel et al. identifizierten den Familienstand als signifikanten Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten der Regelversorgung (Rommel et al., 2017). Die vorliegende Arbeit untersuchte, ob der Familienstand auch einen Einfluss auf die Nutzungsabsicht von Hilfsangeboten im betrieblichen Umfeld hat.

### 2.4.3 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (Patient Health Questionnaire, PHQ) ist ein Fragebogen zur diagnostischen Einschätzung psychischer Erkrankungen anhand der Symptombelastung. Die Symptomschwere wird vom Patienten selbst angegeben. Die Kurzform, der PHQ-9 umfasst 9 Fragen und ermöglicht die Feststellung einer *Major Depression* und *anderer depressiver Syndrome* auf Syndromebene (Löwe et al., 2002). Um Störungsbilder nach ICD-10 zu diagnostizieren, reichen die Informationen des PHQ-9 allein nicht aus. Ein zusätzliches Anamnesegespräch ist nötig (Löwe et al., 2002). Allerdings kann mit dem PHQ-9-Fragebogen der Bedarf an psychologischer oder psychiatrischer Beratung und ggf. auch Therapie erfasst werden, der aus einer Belastung durch depressive Symptome resultieren kann (Rommel et al., 2017). Die Antworten werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala erfasst: 0 = *überhaupt nicht*, 1 = *an einzelnen Tagen*, 2 = *an mehr als der Hälfte der Tage*, 3 = *beinahe jeden Tag*. Der Summenscore von 0-27 kann erstens kontinuierlich und zweitens kategorial ausgewertet werden (Löwe et al., 2002). In der vorliegenden Arbeit wurde der Summenscore gebildet und kontinuierlich ausgewertet. Bei kontinuierlicher Auswertung kann bei einem Summenscore von 0-4 vom Fehlen einer depressiven Störung ausgegangen werden. Ein Summenscore von 5-10 Punkte weist auf eine depressive Störung milden Schweregrads, ein Summenscore über 10 Punkte auf eine Major Depression -eine depressive Störung mittleren bis schwersten Schweregrads hin (Löwe et al., 2002).

In der vorliegenden Arbeit wurde mit dem PHQ-9 die aktuelle Belastung der Teilnehmenden durch depressive Symptome erfasst, um zu klären, ob ein Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und der Nutzungsabsicht und dem wahrgenommenen Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten am Arbeitsplatz besteht.

### 2.4.4 Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen - Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen

Die psychosoziale Arbeitsbelastungen wurden mit dem Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen (ERI-Fragebogen) erfasst. Der ERI-Fragebogen misst das Verhältnis zwischen beruflich erbrachter Anstrengung (*effort*) und erhaltener Belohnung (*reward*). Er ist damit ein Maß für

Stress am Arbeitsplatz (Siegrist et al., 2004). Der Fragebogen basiert auf dem ERI-Modell von Johannes Siegrist (Siegrist, 1996a). Das Modell begreift Arbeitsstress als Folge eines andauernden Ungleichgewichts zwischen beruflich erbrachter Anstrengung und erwarteter Belohnung. Mit Hilfe des Fragebogens wurden die Merkmale ‚Anstrengung‘ und ‚Belohnung‘ und deren Verhältnis - die Effort-Reward-Imbalance-Ratio (ERI-Ratio) erfasst.

### Anstrengung

Die berufliche Anstrengung wurde mit drei Items gemessen, die Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen und Arbeitsmenge erfassen. Der Fragebogen beinhaltet eine vierstufige Likert-Skala mit folgenden Antwortmöglichkeiten: 1 = *stimme gar nicht zu*, 2 = *stimme nicht zu*, 3 = *stimme eher zu*, 4 = *stimme voll zu*. Daraus wurde der Summenscore mit möglichen Werten von 3 bis 12 gebildet. Maximal eine fehlende Angabe wurde durch den Mittelwert der gültigen Angaben ersetzt. Fehlte mehr als eine Angabe, wurde keine Summe gebildet. Der Fragebogen des Teilnehmenden wurde in der Auswertung nicht berücksichtigt. Ein hoher Summenscore deutet auf ein hohes Maß an beruflich erbrachter Anstrengung hin.

### Belohnung

Als Belohnung, auch als Gratifikationen bezeichnet, werden im Rahmen des ERI-Modells neben dem Gehalt auch Anerkennung von Vorgesetzten, Arbeitsplatzsicherheit, Aufstiegschancen und eine der beruflichen Qualifikation entsprechende Tätigkeit begriffen (Siegrist, 1996a). Die Frage ‚Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht‘ wurde zugunsten eines kürzeren Fragebogens ausgelassen. Der Fragebogen wurde intern mit mehreren Wissenschaftlern in kognitiven Interviews geprüft. Dabei wurde die Entscheidung getroffen diese Frage auszulassen, da die Frage ‚Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen‘ den Bereich Aufstiegschancen ausreichend abbildet. Die Belohnung wurde mit sechs Items und der gleichen vierstufigen Likert-Skala gemessen wie das Merkmal ‚Anstrengung‘ (siehe Punkt Anstrengung). Bei der Berechnung des Summenscores wurden die Items ‚Ich erfahre -oder erwarte -eine Verschlechterung meiner Arbeitsplatzsituation‘ und ‚Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet‘ invers kodiert. Der Summenscore für das Merkmal ‚Belohnung‘ variierte zwischen Werten von 6 bis 24. Bei maximal zwei fehlenden Angaben wurden diese durch den Mittelwert der gültigen Angaben ersetzt. Bei mehr als zwei fehlenden Angaben wurde kein Summenscore gebildet. Der Fragebogen des Teilnehmenden wurde in der Auswertung nicht berücksichtigt. Ein hoher Belohnungsscore deutet auf ein hohes Maß an erfahrener Belohnung hin.

## Effort-Reward-Ratio - berufliche Gratifikationskrise

Um das Verhältnis von erbrachter Anstrengung und erfahrener Belohnung zu messen wurde die Effort-Reward-Imbalance-Ratio (ERI-Ratio) als Quotient der Summenscores ‚Anstrengung‘ und ‚Belohnung‘ berechnet. Zur Interpretation der ERI-Ratio muss beachtet werden, dass die Skala ‚Anstrengung‘ mit 3 Items und die Skala ‚Belohnung‘ mit 6 Items erfasst wurde. Daher empfehlen die Autoren des ERI-Fragebogens die Anzahl der Items bei der Berechnung der ERI-Ratios zu berücksichtigen (Siegrist et al., 2019). Dazu wird ein Korrekturfaktor ‚c‘ als Quotient der Anzahl der Skalenelemente ‚Anstrengung‘ und ‚Belohnung‘ gebildet. Dieser Korrekturfaktor ‚c‘ wird bei der Berechnung der ERI-Ratios in die unten genannten Formel eingefügt. So ergibt sich bei einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen ‚Anstrengung‘ und ‚Belohnung‘ eine ERI-Ratio = 1. Dieses Vorgehen erlaubt den Vergleich des ERI-Ratios mit vorangegangenen Untersuchungen (Siegrist et al., 2019). Da in der vorliegenden Arbeit ausschließlich der interne Einfluss des ERI-Ratios auf die Nutzungsabsicht untersucht wurde, wurde von einer Berechnung mit Korrekturfaktor abgesehen. Für eine Vergleichbarkeit mit anderen Gruppen müssen die hier berechneten Werte mit dem Faktor zwei multipliziert werden. In der vorliegenden Arbeit stehen bei einer ERI-Ratio = 0,5 Anstrengung und erfahrene Belohnung im Gleichgewicht. Bei einer ERI-Ratio > 0,5 liegt die erbrachte Anstrengung über der erfahrenden Belohnung und deutet somit auf ein bestehendes Ungleichgewicht hin. Bei einer ERI-Ratio < 0,5 ist das Verhältnis Anstrengung-Belohnung invers. Eine ERI-Ratio = 0,5 stellt keinen klinisch validierten Schwellenwert dar. Daher wurde die ERI-Ratio in dieser Arbeit als kontinuierliche Variable verwendet, wie in verschiedenen Quellen empfohlen (Niedhammer et al., 2004, Pikhart et al., 2001).

$$\text{ERI - Ratio} = \frac{\text{Summenscore 'Anstrengung'}}{\text{Summenscore 'Belohnung'} \times \text{Korrekturfaktor c}}$$

### **Formel zur Berechnung der Effort-Reward-Imbalance-Ratio nach (Siegrist et al., 2019)**

Die Tabelle 1 zeigt die interne Konsistenz der verwendeten Skalen als Maß für die Reliabilität. Nunnally postuliert, dass ein Grenzwert für Cronbachs  $\alpha > 0,7$  als akzeptabel gewertet werden kann (Nunnally, 1978).

**Tabelle 1** -Reliabilität der verwendeten Skalen

Skala	gültige Fälle	Cronbachs $\alpha$	Anzahl der Items
PHQ-9	150	0,884	9
ERI	147	0,728 (effort)	3
	144	0,743 (reward)	6

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Von den 785 Beschäftigten (Stand 01.08.2019) nahmen 155 an der Umfrage teil. Damit erreichte die Befragung eine Rücklaufquote von 19,75 %. Der Fragebogen wurde von 149 Teilnehmenden ohne Unterbrechung des Programms, durchschnittlich in ca. 15 Minuten beantwortet. Sechs Teilnehmende unterbrachen die Bearbeitung des Fragebogens zwischenzeitlich, beantworteten den Fragebogen aber schließlich vollständig. Die Bearbeitungszeit dieser Teilnehmenden wurde nicht in die Berechnung der durchschnittlichen Bearbeitungszeit einbezogen.

In den folgenden Tabellen (Tabelle 2 - Tabelle 5) sind die Merkmale Geschlecht, Alter, Berufsabschluss und Familienstand der Stichprobe dargestellt.

**Tabelle 2** -Merkmal Geschlecht

Merkmal	Ausprägung	N	%
Geschlecht	männlich	60	38,7
	weiblich	88	56,8
	k. A.	7	4,5

56,8 % der Teilnehmenden sind weiblichen, 38,7 % männlichen Geschlechts (s. Tabelle 2).

**Tabelle 3** -Merkmal Alter in Altersgruppen

Merkmal	Ausprägung	N	%
Alter	≤ 25 Jahre	7	4,5
	26-35 Jahre	34	21,9
	36-45 Jahre	36	23,2
	46-55 Jahre	38	24,5
	≥ 55 Jahre	37	23,9
	k. A.	3	1,9

Am häufigsten nahmen Beschäftigte im Alter von 46-55 Jahren an der Befragung teil. Insgesamt sind die Anteile der vier Altersgruppen 26-35 Jahre, 36-45 Jahre, 46-55 Jahre und > 55 Jahre

gleichmäßig verteilt. Hingegen waren nur 4,5 % der Teilnehmenden jünger als 25 Jahre. 1,9 % der Teilnehmenden machten keine Angaben zum Alter (s. Tabelle 3).

**Tabelle 4** -Berufsabschluss

Merkmal	Ausprägung	N	%
Berufsabschluss	noch in der Berufsausbildung	1	0,6
	Lehre/Fachschule	32	20,6
	Fachhochschule/Universität	114	73,5
	ohne Berufsabschluss	1	0,6
	sonstiger Abschluss	4	2,6
	k. A.	3	1,9

Am häufigsten nahmen Beschäftigte mit einem abgeschlossenen Studium an einer Fachhochschule oder Universität (73,5 %) gefolgt von Beschäftigten mit einer abgeschlossenen Lehre oder einem Fachschulabschluss (20,6 %) an der Umfrage teil (s. **Tabelle 4**).

**Tabelle 5** -Familienstand

Merkmal	Ausprägung	Häufigkeit	%
Familienstand	verheiratet	74	47,7
	in einer Partnerschaft	51	32,9
	alleinstehend	27	17,4
	k. A.	3	1,9

Ein großer Teil der Teilnehmenden ist verheiratet (47,7 %) oder lebt in einer Partnerschaft (32,9 %) (s. **Tabelle 5**).

### 3.2 Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit

Im Folgenden werden die Merkmale Geschlecht, Alter und Berufsabschluss zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit der 785 Beschäftigten der HSD verglichen. Mittels Chi-Quadrat-Tests wurde festgestellt, ob die Grundgesamtheit durch die Stichprobe abgebildet werden kann oder signifikante Unterschiede bestehen. Als Datengrundlage der Grundgesamtheit

diente eine von der HSD bereitgestellte anonymisierte Personalliste. Das Merkmal Familienstand konnte nicht verglichen werden, da die HSD über keine Informationen zum Beziehungsstand der Beschäftigten verfügt.

In den folgenden Tabellen (**Tabelle 6** - **Tabelle 8**) wird die Häufigkeit der Merkmale Geschlecht, Alter und Berufsabschluss zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit aller Beschäftigten (im Folgenden ‚Gesamtheit‘ genannt) verglichen.

**Tabelle 6** -Vergleich des Merkmals ‚Geschlecht‘ zwischen der Stichprobe und der Gesamtheit

Merkmal	Population	Ausprägung	N	%	$\chi^2$	p
Geschlecht	Stichprobe	männlich	60	40,5	19,01	<0,01
		weiblich	88	59,5		
	Gesamtheit	männlich	457	58,22		
		weiblich	328	41,78		

Der Anteil der weiblichen Beschäftigten ist in der Stichprobe verglichen mit der Gesamtheit überrepräsentiert. Im Merkmal ‚Geschlecht‘ besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Stichprobe und Gesamtheit.

**Tabelle 7** -Vergleich des Merkmals ‚Alter in Gruppen‘ zwischen Stichprobe und Gesamtheit

Merkmal	Population	Ausprägung	N	%	$\chi^2$	p
Alter	Stichprobe	≤ 25 Jahre	7	4,6	0,601	0,963
		26-35 Jahre	34	22,4		
		36-45 Jahre	36	23,7		
		46-55 Jahre	38	25,0		
		≥ 55 Jahre	37	24,3		
	Gesamtheit	≤ 25 Jahre	37	4,7		
		26-35 Jahre	196	25,0		
		36-45 Jahre	177	22,5		
		46-55 Jahre	187	23,8		
		≥ 55 Jahre	188	23,9		

Für das Merkmal ‚Alter‘ konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Stichprobe und Gesamtheit festgestellt werden.

**Tabelle 8** -Vergleich des Merkmals Berufsabschluss zwischen Stichprobe und Gesamtheit

Merkmal	Population	Ausprägung	N	%	$\chi^2$	p
Berufsabschluss	Stichprobe	Lehre/Fachschule	32	21,1	0,335	0,846
		Fachhochschule/Universität	114	75,0		
		sonstiger Abschluss	6	3,9		
	Gesamtheit	Lehre/Fachschule	150	19,2		
		Fachhochschule/Universität	599	76,7		
		sonstiger Abschluss	32	4,1		

Anmerkung: Aufgrund geringer Häufigkeiten der Kategorien ‚noch in der Berufsausbildung‘, ‚kein Berufsabschluss‘ und ‚sonstiger Abschluss‘, wurden diese Kategorien als ‚sonstiger Abschluss‘ zusammengefasst, um eine gültige Teststatistik des Chi-Quadrattests zu erhalten.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Merkmal ‚Berufsabschluss‘ zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit.

### 3.3 Psychische Gesundheit und psychosoziale Arbeitsbelastungen der Stichprobe

Die nachfolgende **Tabelle 9** fasst die Ergebnisse des ‚Gesundheitsfragebogens für Patienten‘ (PHQ-9) und des ‚Fragebogens zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen‘ zusammen. Letztgenannter umfasst die Skalen ‚Anstrengung‘ und ‚Belohnung‘, aus deren Verhältnis das Anstrengungs-Belohnungs-Verhältnis, d.h. die ‚Effort-Reward-Imbalance-Ratio‘ (ERI-Ratio) berechnet wird. Die Berechnung der aufgeführten Minima, Maxima und Mittelwerte erfolgte aus den Rohdaten wie zuvor beschrieben (s. Punkt 2.4.3 und 2.4.4).

**Tabelle 9** -Mittelwerte von vier Skalen, die gültigen Fälle, minimale und maximale Skalenwerte

Skala	N	Min	Max	Mittelwert	SD
Anstrengung	153	3	12	8,47	2,23
Belohnung	151	6	24	16,66	3,86
ERI-Ratio	150	0,13	1,5	0,55	0,24
PHQ-9	154	0	24	6,18	5,2

Die berechneten Mittelwerte sind nicht direkt vergleichbar, da die Skalen verschiedene Antwortstufen aufweisen und die Minimal- und Maximalwerte der verwendeten Skalen stark variieren. Das Merkmal ‚Anstrengung‘ wurde mit drei Items und einer fünfstufigen Antwortskala erfasst. Der Mittelwert des Merkmals ‚Anstrengung‘ beträgt 8,47. Das ebenfalls mit einer fünfstufigen Antwortskala jedoch mit sechs Items erfasste Merkmal ‚Belohnung‘ zeigte einen Mittelwert von 16,66. Der Mittelwert der ERI-Ratio, des Quotienten der Skalensummen ‚Anstrengung‘ und ‚Belohnung‘, beträgt 0,55. Der Mittelwert der Skala ‚PHQ-9‘, der mit einer vierstufigen Antwortskala und neun Items erfasst wurde, liegt bei 6,17. Ein Summenscore von 5-10 Punkten weist auf eine depressive Störung mit mildem Schweregrad hin (Löwe et al., 2002).

Die **Tabelle 10** gibt einen Überblick über die Belastung der Teilnehmenden durch depressive Symptome -erfasst mit dem PHQ-9-Fragebogen.

**Tabelle 10** -Depressivität der Teilnehmenden

Syndrom	N	%
fehlender Hinweis auf depressive Störung	75	48,7
depressive Störung - milder Schweregrad	44	28,6
depressive Störung - mittlerer bis schwerster Schweregrad	35	22,7
gesamt	154	100

Einteilung des Summenscores des PHQ-9-Fragebogens: 0-4 Punkte= fehlender Hinweis auf depressive Störung; 5-9 Punkte= depressive Störung milden Schweregrads;  $\geq 10$  Punkte= depressive Störung mittleren bis schwersten Schweregrads.

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden berichtete eine Symptombelastung, die mit einer depressiven Störung vereinbar ist. Die andere Hälfte der Teilnehmer gibt keine oder geringe depressive Symptome an, sodass angenommen werden kann, dass keine depressive Störung vorliegt. Wichtig zu beachten ist, dass die Diagnosestellung einer depressiven Störung allein anhand des PHQ-9-Fragebogens nicht empfohlen wird (Löwe et al., 2002).

In der folgenden **Tabelle 11** werden die Ergebnisse des ‚Fragebogens zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen‘ und des ‚Gesundheitsfragebogens für Patienten‘ (PHQ-9) für Frauen und Männer getrennt berichtet. Mittels eines t-Tests wurde überprüft, ob sich die Mittelwerte der Skalen zwischen Frauen und Männer signifikant unterscheiden (s. **Tabelle 12**).

**Tabelle 11** - Mittelwerte von vier Skalen, die gültigen Fälle, minimale und maximale Skalenwerte für Frauen und Männer (Frauen und Männer sind in der Tabelle durch w = Frauen und m = Männer gekennzeichnet).

Skala	N		Min		Max		Mittelwert		SD	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
Anstrengung	87	60	3	3	12	12	8,26	8,9	2,2	2,18
Belohnung	85	59	9	8	24	24	17,48	15,6	3,5	3,8
ERI-Ratio	85	59	0,16	0,13	1,11	1,5	0,51	0,62	0,21	0,26
PHQ-9	88	60	0	6,97	24	21	5,73	6,97	4,91	5,46

**Tabelle 12** -Vergleich der Mittelwerte von vier Skalen zwischen Männern und Frauen

Skala	T	Signifikanz
Anstrengung	-1,75 (145)	0,08
Belohnung	3,07 (142)	0,03
ERI-Ratio	-2,92 (142)	0,04
PHQ-9	-1,44 (146)	0,15

Codierung des Geschlechts: 1= *Frauen*, 2= *Männer*.

Frauen berichteten durchschnittlich eine signifikant höhere erfahrene Belohnung und geringere für den Beruf erbrachte Anstrengung als ihre männlichen Kollegen. Damit übereinstimmend wies die ERI-Ratio der männlichen Teilnehmer einen signifikant höheren Quotienten auf. Eine hohe ERI-Ratio deutet auf ein Ungleichgewicht zwischen für den Beruf erbrachter Anstrengung und erfahrener Belohnung zugunsten der Anstrengung hin.

### 3.4 Korrelation der erhobenen Messgrößen

Die Zusammenhänge zwischen den im Rahmen dieser Arbeit erfassten Merkmalen sind in der folgenden Korrelationstabelle (**Tabelle 13**) dargestellt.

**Tabelle 13** -Korrelationen der soziodemographischen Merkmale, der Merkmale ‚Anstrengung‘, ‚Belohnung‘, ‚ERI-Ratio‘ des ERI-Fragebogens sowie des ‚PHQ-9‘ und des ‚Bedarfs‘ und der ‚Nutzungsabsicht‘ psychotherapeutischer Beratungsangebote am Arbeitsplatz für berufliche und private Belastungen (im Folgenden ‚Berufliches‘ und ‚Privates‘ genannt).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Bedarf	1										
2 Nutzungsabsicht	,334**	1									
3 Berufliches	,278**	,584**	1								
4 Privates	,146	,467**	,289**	1							
5 Geschlecht	,075	-,005	-,003	-,141	1						
6 Alter	,086	,227**	,157	-,054	,021	1					
7 Familienstand	-,007	-,039	-,042	,023	,089	-,062	1				
8 Anstrengung	,157	,267**	,201*	,079	,144	,235**	-,049	-,032	1		
9 Belohnung	-,12	-,032	,061	-,061	-,249**	-,089	-,132	-,053	-,361**	1	
10 ERI-Ratio	,145	,16	,072	,041	,238**	,215**	,018	,038	,785**	-,796**	1
11 PHQ-9	,161*	,161*	,139	,193*	,118	,131	,078	-,020	,256**	-,311**	,309**
**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von ,01 (2-seitig) signifikant. *. Die Korrelation ist auf dem Niveau von ,05 (2-seitig) signifikant.											

Codierung der kategorialen Variablen: Nr. 1-4 (Bedarf, Nutzungsabsicht allgemein, Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen ‚Berufliches‘, Nutzungsabsicht für private Belastungen ‚Privates‘): 1= *stimme überhaupt nicht zu*, 2= *stimme eher nicht zu*, 3= *teils-teils*, 4= *stimme etwas zu*, 5= *stimme völlig zu*, Nr. 5 (Geschlecht): 1= *weiblich*, 2= *männlich*, Nr. 6 (Alter): 1= *≤ 25 Jahre*, 2= *26-35 Jahre*, 3= *36-45 Jahre*, 4= *46-55 Jahre*, 5= *> 55 Jahre*, Nr. 7 (Familienstand): 1= *verheiratet oder in einer Partnerschaft*, 2= *alleinstehend*

Die ‚Nutzungsabsicht‘ korreliert schwach mit dem ‚Alter‘ ( $r = .227$ ;  $p < .01$ ) und der ‚beruflich erbrachten Anstrengung‘ ( $r = .267$ ;  $p < .01$ ).

Die ‚Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen‘ korreliert ebenfalls schwach mit der ‚beruflich erbrachten Anstrengung‘ ( $r = .2$ ;  $p = .013$ ), jedoch nicht mit der ‚ERI-Ratio‘ ( $r = .07$ ;  $p > .01$ ) und ‚Belohnung‘ ( $r = .06$ ;  $p > .05$ ).

Die ‚Nutzungsabsicht für private Belastungen‘ korreliert schwach mit ‚PHQ-9‘ ( $r = .193$ ;  $p < .05$ ), jedoch nicht mit ‚Anstrengung‘ ( $r = .08$ ;  $p > .05$ ), ‚Belohnung‘ ( $r = -.06$ ;  $p > .05$ ) oder ‚ERI-Ratio‘ ( $r = .04$ ;  $p > .05$ ).

Die Merkmale des ‚Fragebogens zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen‘ - ‚Anstrengung‘, ‚Belohnung‘ und ‚ERI-Ratio‘ korrelieren alle, teilweise stark und hoch signifikant miteinander. Weiterhin findet sich eine Korrelation zwischen diesen drei Merkmalen und ‚PHQ-9‘.

### 3.5 Bedarf und präferierte Gestaltung der PSiB

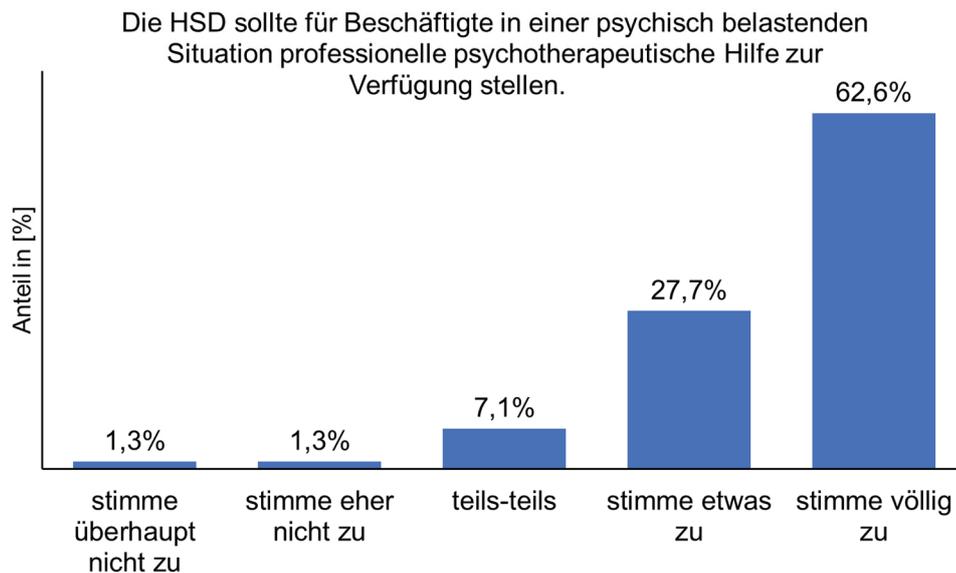
Um die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSiB) an die Bedürfnisse der Beschäftigten anzupassen, wurden der Bedarf an einer PSiB und die Präferenzen hinsichtlich der Gestaltung des Angebots mithilfe des Fragebogens ‚Bedarf an psychologischer Beratung bei der Arbeit‘ erfasst. Es wurde erfragt, ob ein Angebot innerhalb oder außerhalb des Betriebs, während oder außerhalb der Arbeitszeit bevorzugt wird und in welcher Form (persönliches Gespräch, Einzelgespräch am Telefon oder ein internetbasierter Dialog, z. B. Chat, E-Mail oder audiovisueller Dialog). Weiterhin wurde erfasst, ob die PSiB ausschließlich Beratung und Diagnostik oder darüber hinaus auch eine psychotherapeutische Behandlung umfassen sollte. Dazu wurden die Präferenzen jeweils mit einzelnen Fragen erfasst. Die Antwortenden konnten jeweils beiden oder allen drei Optionen zustimmen und mussten sich nicht für eine Präferenz - z.B. im Betrieb oder außerhalb des Betriebs - entscheiden. So sollte sichergestellt werden, dass das Angebot auch an flexible Bedürfnisse angepasst werden kann.

Im Folgenden werden die Ergebnisse berichtet, um die Fragestellung I (a) zu beantworten.

#### **Fragestellung I (a)**

**Sehen Beschäftigte einen Bedarf an einer PSiB und wie sollten derartige Angebote aus Sicht der Beschäftigten konzipiert sein?**

Die folgende Abb. 3 stellt den wahrgenommenen Bedarf der Beschäftigten an einer PSiB dar.



**Abb. 3 - Einschätzung des Bedarfs an einer PSiB**

Dargestellt sind die Zustimmungswerte zur Frage: „Die HSD sollte für Beschäftigte in einer psychisch belastenden Situation professionelle psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung stellen.“ Angaben in Prozent, n= 155

Der Frage „Die HSD sollte für Beschäftigte in einer psychisch belastenden Situation professionelle psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung stellen“ stimmte ein Großteil (90,3 %) der Befragten *etwas* oder *völlig* zu. Nur 2,6 % der Teilnehmenden stimmten einem psychotherapeutischen Angebot am Arbeitsplatz *überhaupt nicht* oder *eher nicht* zu.

Die Fragestellung I (a) kann somit beantwortet werden: Die Beschäftigten, die an der Umfrage teilgenommen haben, nehmen überwiegend einen Bedarf an der PSiB wahr.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur präferierten Ausgestaltung der PSiB berichtet. Dabei werden die Antwortkategorien *stimme etwas zu* und *stimme völlig zu* als ‚Zustimmung‘ und die Kategorien *stimme überhaupt nicht* und *stimme eher nicht zu* als ‚Ablehnung‘ zusammengefasst.

Es wurde erfragt, ob die PSiB in Räumlichkeiten des Betriebs und/oder außerhalb des Betriebs angeboten werden sollte. Dazu wurden zwei getrennte Fragen formuliert, sodass die Antwortenden beiden Optionen zustimmen konnten.

**Tabelle 14** -Präferenzen zum Ort der PSiB, Angaben in Prozent (%)

Kategorie	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu	N
im Betrieb	11,8	19,4	17,4	25,0	26,4	144
außerhalb des Betriebs	4,6	13,2	17,8	20,4	44,1	152

Die **Tabelle 14** zeigt, dass ein Großteil der Beschäftigten einer PSiB in den Räumen des Betriebs zustimmte (51,4 %). Jedoch lehnten über ein Drittel der Beschäftigten eine Beratung in den Räumen des Betriebs ab (31,2 %). Die Daten zeigen, dass 33 Teilnehmende (21 %) sowohl einem Angebot innerhalb als auch außerhalb des Betriebs zustimmten.

**Tabelle 15** -Präferenzen zum Zeitpunkt der PSiB, Angaben in Prozent (%)

Kategorie	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu	N
während der Arbeitszeit	4,0	6,7	19,3	18,7	51,3	150
außerhalb der Arbeitszeit	6,7	9,4	22,8	20,8	40,3	149

Die Beschäftigten wurden zu ihren Präferenzen hinsichtlich des Zeitpunkts der PSiB befragt. Wie **Tabelle 15** zeigt, stimmten 70 % der Teilnehmenden einem Angebot während der Arbeitszeit und 60,1 % einem Angebot außerhalb der Arbeitszeit zu. Nur 10,7 % der Teilnehmenden lehnten ein Angebot während der Arbeitszeit ab. Die Daten zeigen, dass 66 Teilnehmende (42,6 %) beiden Optionen *etwas* oder *völlig* zustimmten.

**Tabelle 16** -Präferenz zum Umfang der PSiB, Angaben in Prozent (%)

Kategorie	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu	N
Diagnostik	1,3	0,6	5,2	18,2	74,7	154
Behandlung	5,9	9,9	24,3	27,0	32,9	152

Die **Tabelle 16** zeigt, dass 92,9 % der Befragten einem Angebot zustimmten, das ausschließlich eine Beratung mit Diagnostik beinhaltet. Einem erweiterten Angebot mit der Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung stimmten 59,9 % der Teilnehmenden zu. Die Daten zeigen, dass 83 Teilnehmende (53 %) beiden Optionen zustimmten. Eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des Angebots wurde von 15,8 % der Teilnehmenden abgelehnt. Auch die Antworten aus den Freitextfeldern lassen erkennen, dass eine Gruppe von Beschäftigten therapeutische Angebote im Rahmen der PSiB wünscht. Diese Möglichkeit lehnten jedoch auch Beschäftigte ab und forderten Unterstützung bei der Therapieplatzsuche in der Regelversorgung. Die Teilnehmenden wünschten die Möglichkeit einer raschen Weiterbehandlung in der Regelversorgung ohne lange Wartezeiten.

**Tabelle 17** -Präferenzen zur Form der PSiB, Angaben in Prozent (%)

Kategorie	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu	N
persönliches Gespräch	-	-	0,6	9,7	89,7	155
Telefonat	14,2	18,2	19,6	26,4	21,6	148
internetbasierter Dialog	24,8	27,5	15,4	16,8	15,4	149

Die **Tabelle 17** gibt eine Übersicht über die präferierte Kommunikationsform der PSiB. Nahezu alle Befragten (99,4 %) stimmten der PSiB in Form eines persönlichen Gesprächs zu. Einem telefonischen Gespräch stimmten 48,0 % der Befragten zu, sie wurden jedoch von 32,4 % der Teilnehmenden abgelehnt. Einer PSiB per internetbasiertem Dialog, wie E-Mail, Chat oder audiovisueller Dialog, stimmten 32,2 % der Beschäftigten *etwas* oder *völlig* zu. Hingegen lehnten 52,3 % der Beschäftigten diese Form ab. Es stimmten 37 Teilnehmende (23,9 %) allen drei Kommunikationsformen zu.

Aus den Freitextantworten ging hervor, dass telefonische Gespräche und digitale Kommunikationswege als zusätzliche Möglichkeit zum persönlichen Gespräch gewünscht werden. Jedoch sollten sie die Möglichkeit zum persönlichen Gespräch nicht ersetzen. Mögliche Anwendungsbereiche digitaler Kommunikationswege sahen Beschäftigte in akuten Belastungssituationen. Diesbezüglich wird der Bedarf an kurzfristiger Unterstützung per internetbasiertem Dialog („Chat“) und in Form eines Telefonats genannt. Weiterhin erkennen Beschäftigte in internetbasierten Kommunikationsformen die Chance einer geschützten Kontaktaufnahme, die die Inanspruchnahme bei Scham und Angst vor Stigmatisierung erleichtern könnte.

### 3.6 Bedarf und Präferenzen einzelner Gruppen zur Gestaltung der PSiB

Um die PSiB bedarfsgerecht anzubieten, wurde analysiert, ob sich die Bedürfnisse verschiedener Gruppen unterscheiden. Die Einteilung der Gruppen erfolgte anhand der Merkmale ‚Geschlecht‘, ‚Alter‘ und ‚Berufsabschluss‘. Anschließend wurden die Zustimmungswerte zu Fragen des Bedarfs an psychologischer Beratung am Arbeitsplatz zwischen den Gruppen verglichen. Zur Darstellung der Gruppenunterschiede wurden die Ergebnisse der fünfstufigen Antwortskala in eine dreistufige Antwortskala mit den Ausprägungen *Zustimmung*, *neutral* und *Ablehnung* umkodiert, wie unter Punkt 2.2 beschrieben. Die Präferenzen der Beschäftigten, die sich ‚noch in der Berufsausbildung‘ befinden oder mit ‚sonstigem Berufsabschluss‘ oder ‚keinem Berufsabschluss‘ wurden aufgrund geringer Gruppengröße (N= 6) nicht in den Vergleich einbezogen.

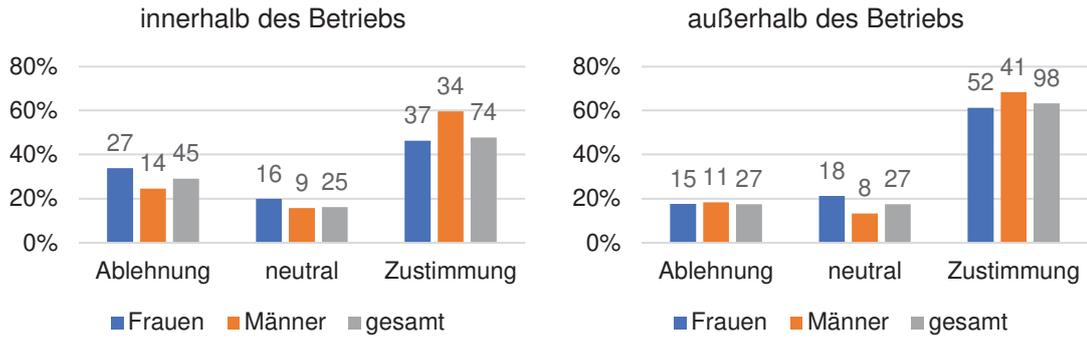
Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Fragen des Bedarfs an psychologischer Beratung am Arbeitsplatz nach Gruppen getrennt berichtet, um die Fragestellung I (b) zu beantworten.

#### **Fragestellung I (b)**

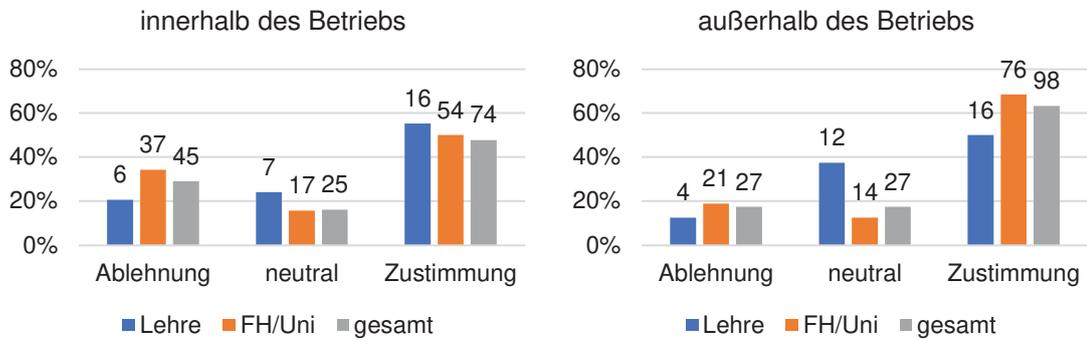
**Unterscheidet sich die Einschätzung des Bedarfs und die präferierte Gestaltung der PSiB zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im untersuchten Betrieb?**

In den folgenden Abbildungen (Abb. 4 - Abb. 6) werden die Präferenzen zum Ort der PSiB zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im untersuchten Betrieb verglichen. Die Höhe der Säulen im Diagramm entspricht den Zustimmungswerten in Prozent. Die Datenbeschriftung oberhalb der Säulen gibt die Anzahl der gültigen Antworten (N) an. Zum Vergleich zeigen die grauen Säulen in den folgenden Diagrammen die Verteilung der Antworten aller Teilnehmenden an. Dabei kann die Anzahl aller gültigen Antworten von der

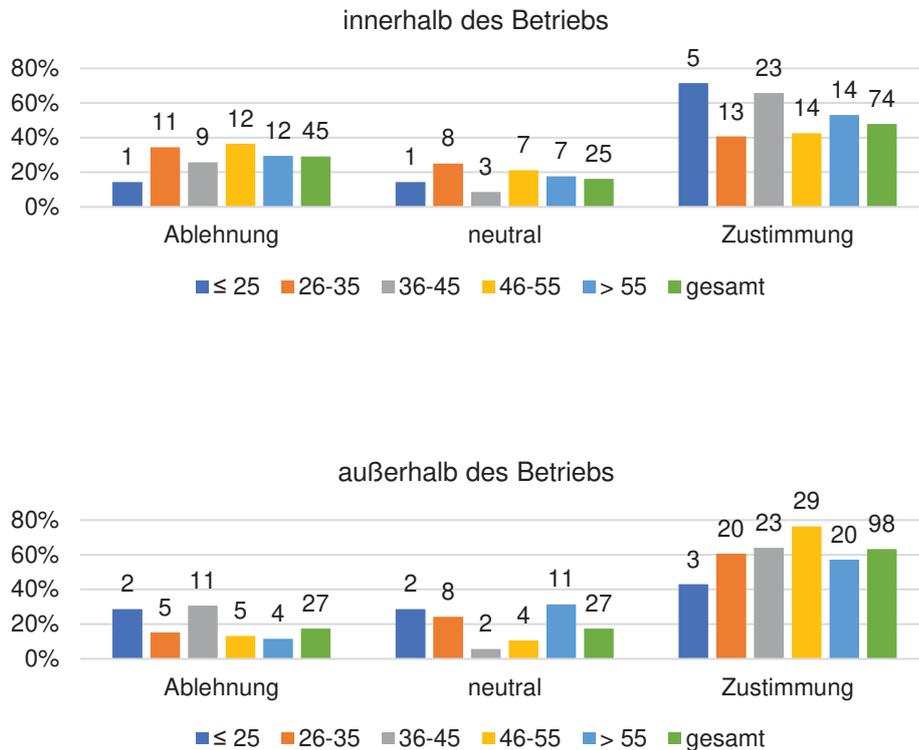
Summe der einzelnen Gruppen abweichen, da einige Teilnehmende keine Angabe zum Geschlecht, Berufsabschluss und Alter gemacht haben. Diese Teilnehmenden wurden jedoch in der Summe aller gültigen Antworten mitgezählt.



**Abb. 4 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Ort der PSiB zwischen Männern und Frauen.**



**Abb. 5 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Ort der PSiB zwischen den zwei Gruppen ‚Lehre/Fachschule‘ und ‚Fachhochschule/Hochschule‘. (Hier und in den folgenden Abbildung aus Platzgründen ‚Lehre‘ und ‚FH/Uni‘ genannt.)**



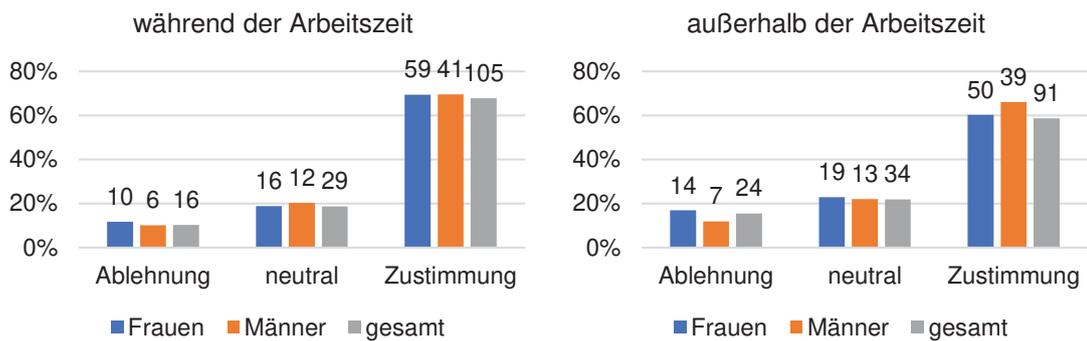
**Abb. 6 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Ort der PSiB zwischen den verschiedenen Altersgruppen, Altersangaben in Jahren.**

Es zeigten sich keine deutlichen Unterschiede bezüglich des präferierten Ortes einer PSiB zwischen Männern und Frauen. Männer (59,6 %) stimmten einem Angebot in den Räumlichkeiten des Betriebs etwas häufiger zu als Frauen (46,3 %). Allerdings stimmen Männer auch einem Angebot außerhalb des Betriebs häufiger zu als Frauen. Frauen lehnten ein Angebot im Betrieb häufiger ab als Männer, während ein Angebots außerhalb des Betriebs von beiden Geschlechtern ähnlich häufig abgelehnt wurde. Wichtig festzuhalten - insgesamt lehnten über ein Drittel der Beschäftigten, sowohl Frauen als auch Männer, eine Beratung innerhalb des Betriebs ab.

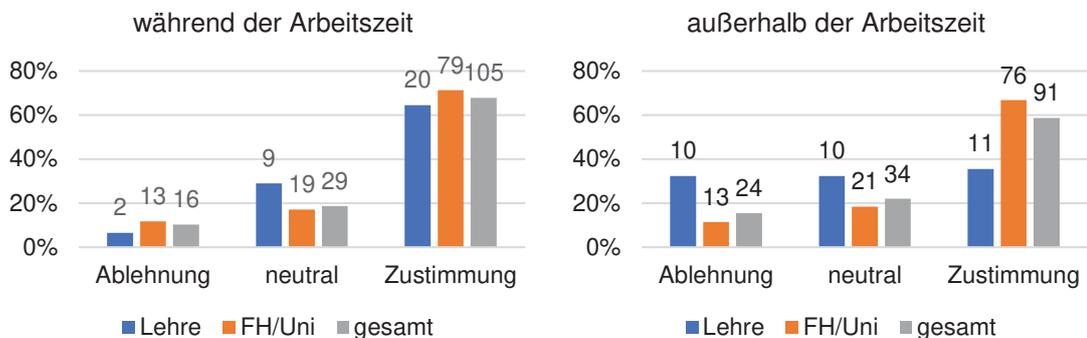
Beschäftigte mit akademischer Ausbildung stimmten einer PSiB außerhalb des Betriebs häufiger zu (68,5 %) als Beschäftigte mit abgeschlossener Lehre oder Fachschulabschluss (50,0 %). Ein Angebot außerhalb des Betriebs fand größte Zustimmung in der Gruppe der 46- bis 55-Jährigen (76,3 %), während sich die höchste Zustimmungsrate für eine Sprechstunde in den Räumen des Betriebes bei den unter 25-jährigen fand (71,4 %). Es zeigt sich jedoch keine eindeutige Veränderung der Präferenz zum Ort der PSiB mit zunehmendem Alter.

Weder lässt sich eine lineare Zunahme der Zustimmung zur PSiB innerhalb des Betriebs mit zunehmendem Alter erkennen noch eine häufigere Ablehnung der PSiB außerhalb des Betriebs.

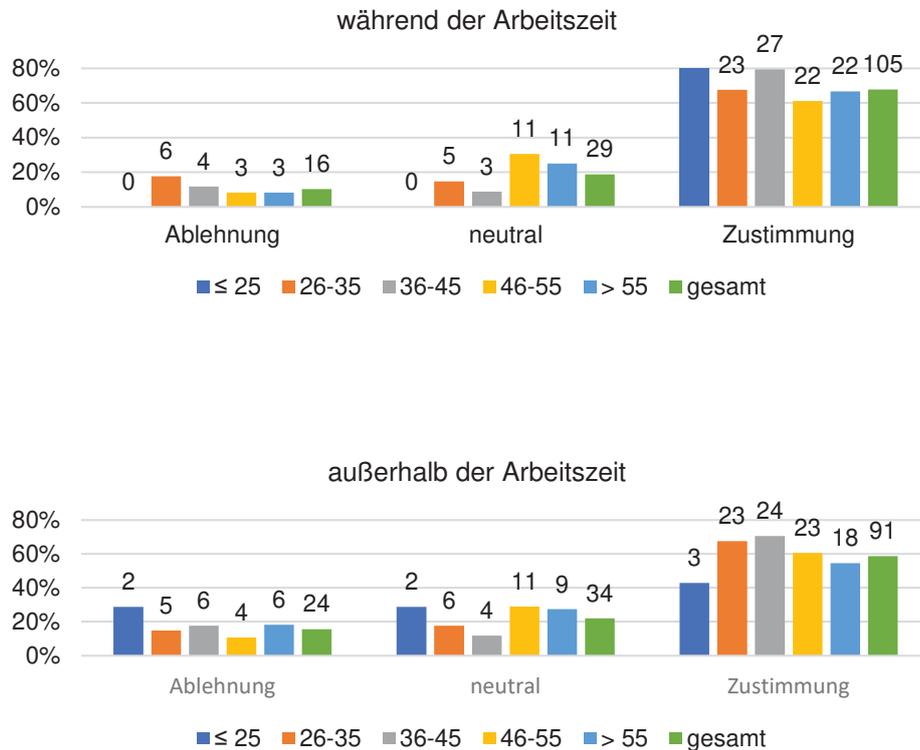
In den folgenden Abbildungen Nr. Abb. 7 - Abb. 9 werden die Präferenzen zum Zeitpunkt der PSiB zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im Betrieb verglichen.



**Abb. 7 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Zeitpunkt der PSiB zwischen Männern und Frauen.**



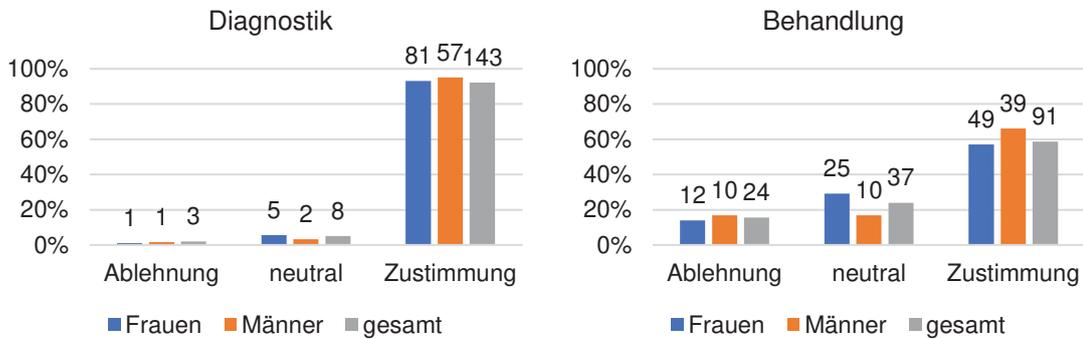
**Abb. 8 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Zeitpunkt der PSiB zwischen den zwei Gruppen ‚Lehre/Fachschule‘ und ‚Fachhochschule/Hochschule‘.**



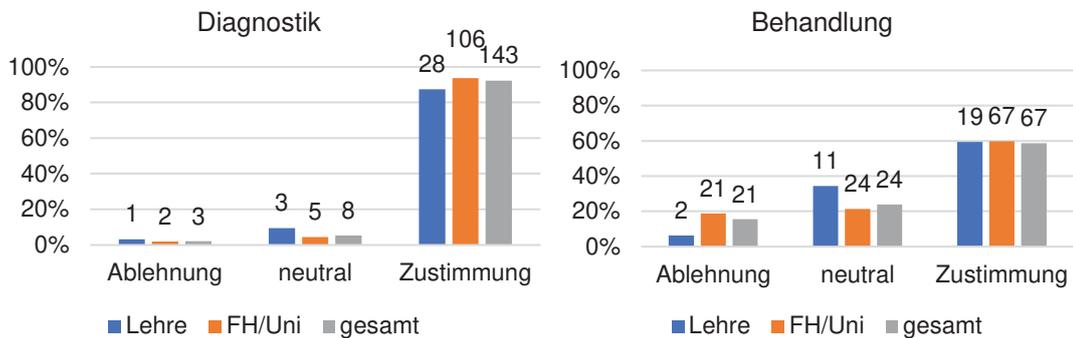
**Abb. 9 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Zeitpunkt der PSiB zwischen den verschiedenen Altersgruppen, Altersangaben in Jahren.**

Unterschiede bezüglich des gewünschten Zeitpunkts der PSiB zeigten sich zwischen Beschäftigten mit abgeschlossener Lehre oder Fachschulabschluss und Beschäftigten mit akademischer Ausbildung. Akademiker stimmten einem Angebot außerhalb der Arbeitszeit häufiger zu und lehnen es seltener ab. Demgegenüber wünschten die Beschäftigten mit abgeschlossener Lehre oder Fachschulabschluss seltener ein Angebot außerhalb der Arbeitszeit. Jüngere Beschäftigte stimmten einem Angebot während der Arbeitszeit häufiger zu als ältere Beschäftigte. Ältere Beschäftigte wünschten häufiger ein Angebot außerhalb der Arbeitszeit - verglichen mit der Altersgruppe der unter 25-Jährigen.

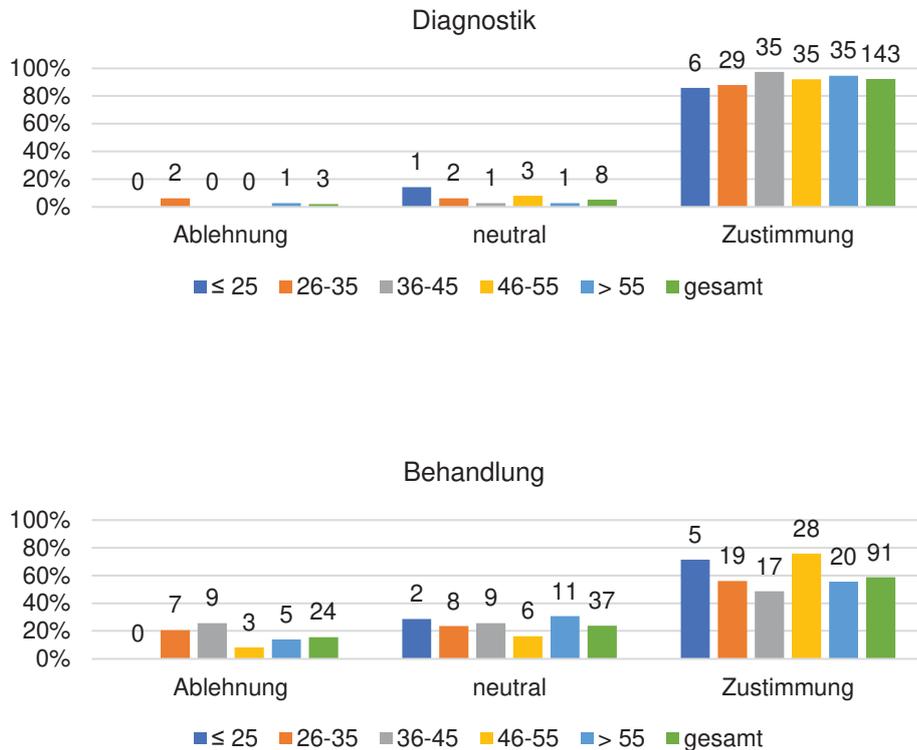
In den folgenden Abbildungen Abb. 10 - Abb. 12 werden die Präferenzen zum Umfang der PSiB zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im Betrieb verglichen. Dazu wurden die Beschäftigten gefragt, ob im Rahmen der PSiB ausschließlich eine Beratung und Diagnostik oder darüber hinaus auch eine psychotherapeutische Behandlung angeboten werden sollte.



**Abb. 10 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Umfang der PSiB zwischen Männern und Frauen.**



**Abb. 11 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Umfang der PSiB zwischen den zwei Gruppen ‚Lehre/Fachschule‘ und ‚Fachhochschule/Hochschule‘.**



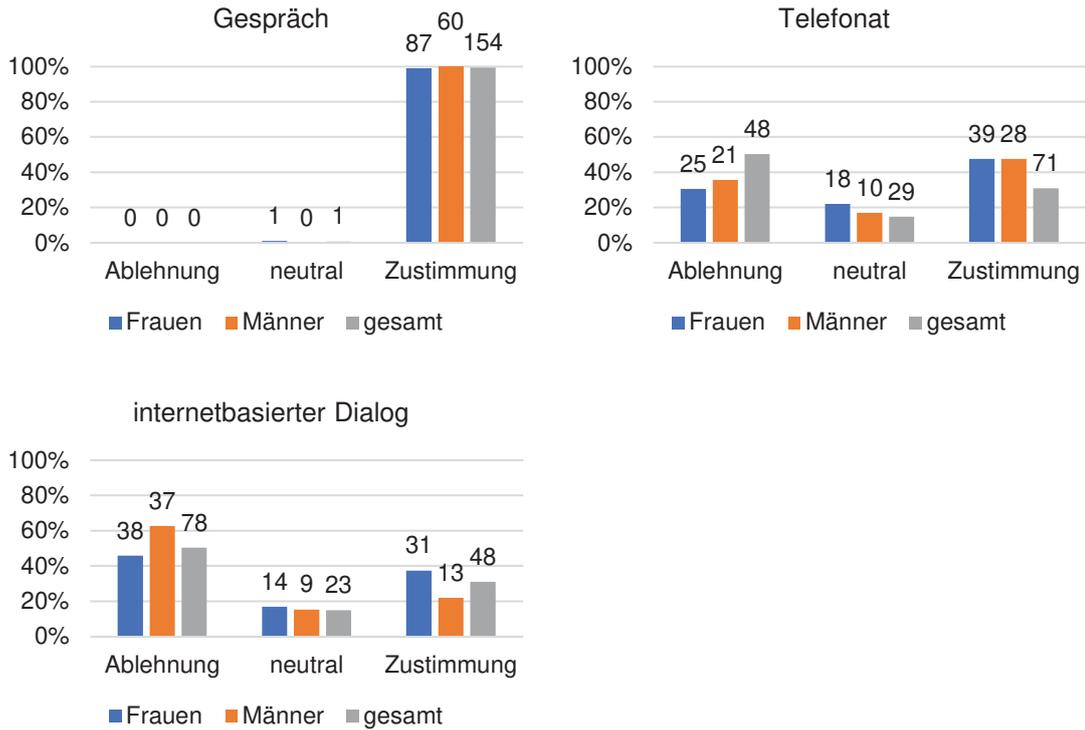
**Abb. 12 - Vergleich der Zustimmungswerte zum Umfang der PSiB zwischen den verschiedenen Altersgruppen, Altersangaben in Jahren.**

Männer stimmten einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der PSiB häufiger zu als Frauen. Frauen lehnten eine Behandlung zwar nicht häufiger ab, gaben jedoch häufiger eine neutrale Haltung gegenüber einer Behandlung an.

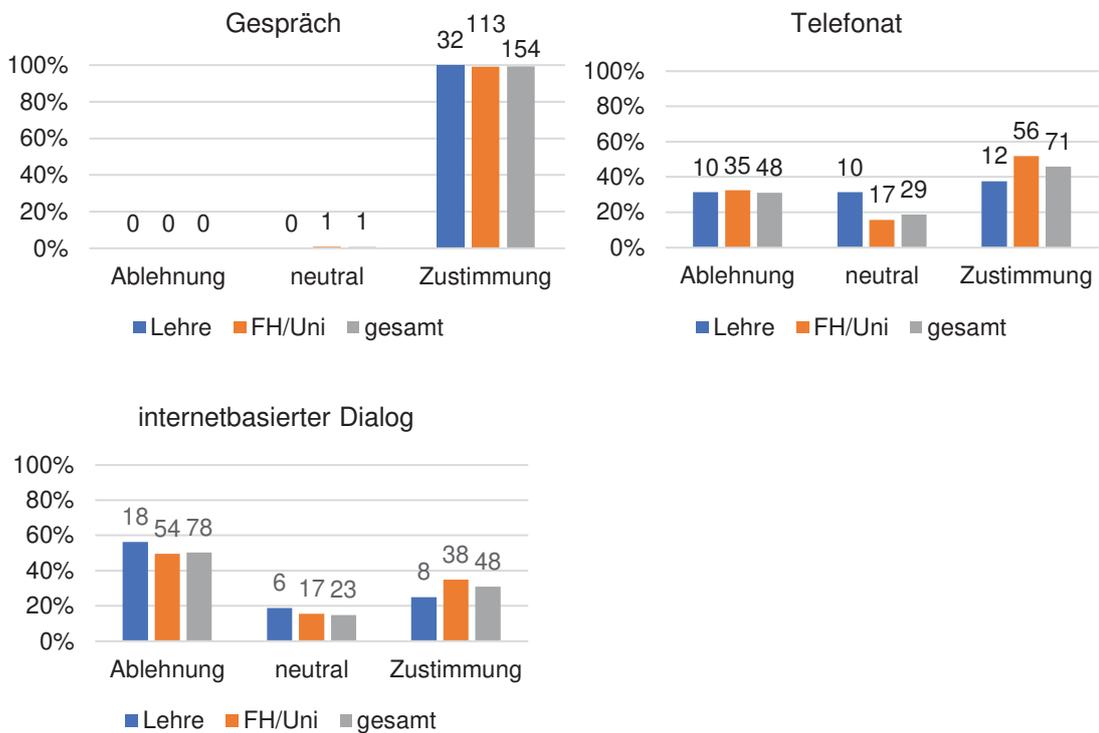
Beschäftigte mit abgeschlossener Lehre oder Fachschulabschluss lehnten eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der PSiB seltener ab (6,3 %) als Beschäftigte mit einem abgeschlossenem Hochschul- oder Fachhochschulstudium (18,8 %).

Auch zwischen den Altersgruppen zeigten sich unterschiedliche Präferenzen bezüglich des Umfangs der PSiB. Besonders häufig stimmten Beschäftigte unter 25 Jahren und Beschäftigte im Alter von 46-55 Jahren einer Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der PSiB zu. Beschäftigte im Alter von 26-35 Jahren und 36-45 Jahren lehnten eine Behandlung im Rahmen der PSiB häufiger ab als die Beschäftigten anderer Altersgruppen.

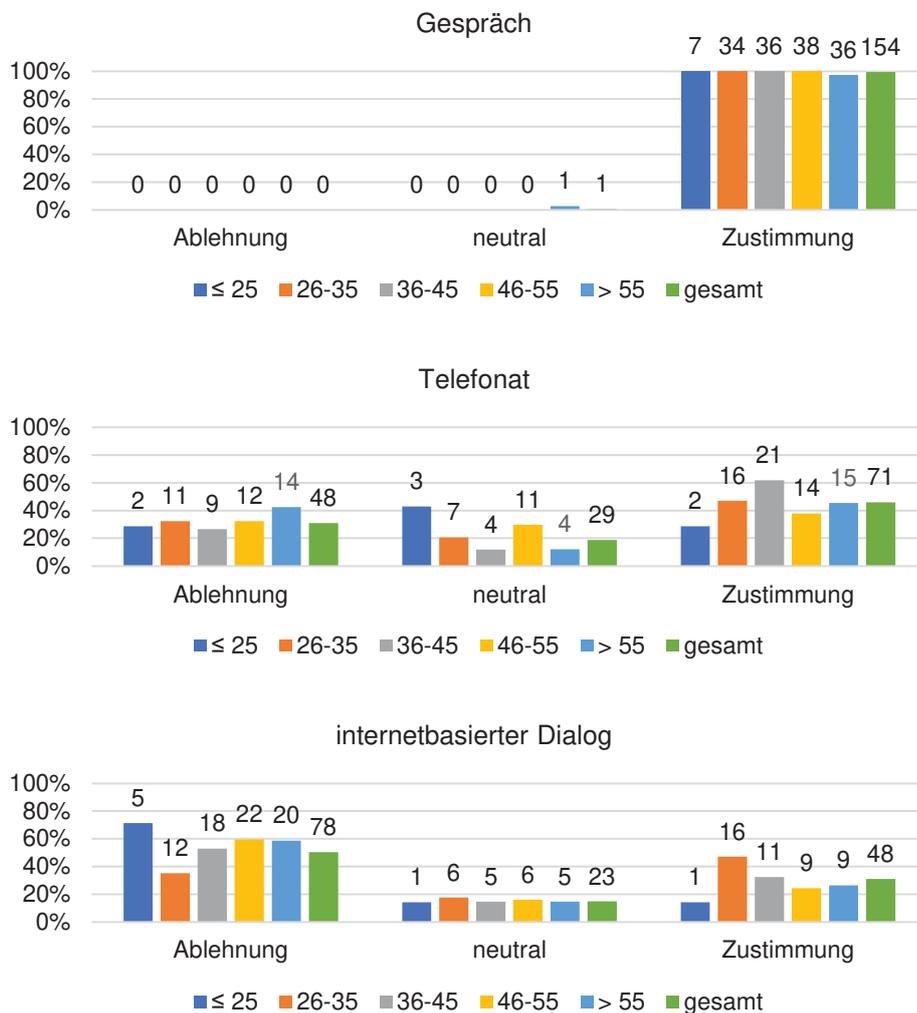
In den folgenden Abbildungen Abb. 13 - Abb. 15 werden die Präferenzen zur Form der PSiB zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im Betrieb verglichen.



**Abb. 13 - Vergleich der Zustimmungswerte zur Form der PSiB zwischen Männern und Frauen.**



**Abb. 14 - Vergleich der Zustimmungswerte zur Form der PSiB zwischen den zwei Gruppen ‚Lehre/Fachschule‘ und ‚Fachhochschule/Hochschule‘.**

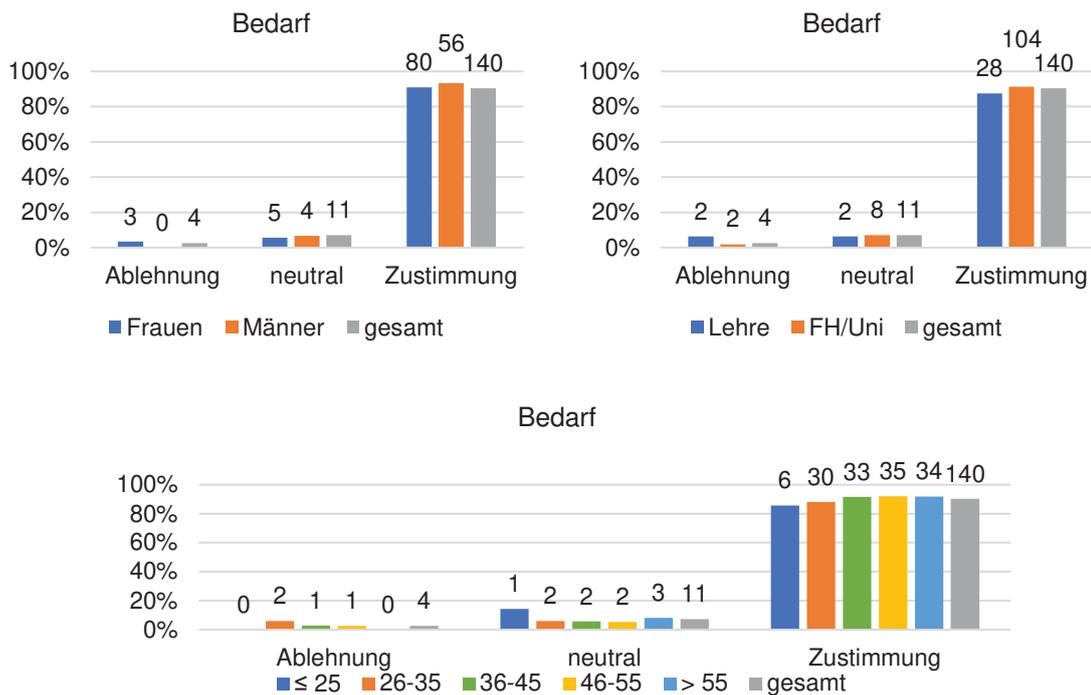


**Abb. 15 - Vergleich der Zustimmungswerte zur Form der PSiB zwischen verschiedenen Altersgruppen, Altersangaben in Jahren.**

Bezüglich der Akzeptanz internetbasierter Kommunikationsformen zeigten sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Altersgruppen und Beschäftigten mit unterschiedlichem Berufsabschluss. Männer lehnten die PSiB in Form eines internetbasierten Dialogs häufiger ab und stimmten dieser Form seltener zu als Frauen. Von den 26- bis 35-Jährigen stimmten fast die Hälfte einem internetbasierten Angebot zu, während es bei den über 46-Jährigen nur ein Viertel waren. Allerdings stimmten die jüngsten Teilnehmenden ( $\leq 25$  Jahre) einen internetbasierten Dialog nur zu 14,3 % zu und lehnten das Angebot verglichen mit den übrigen Altersgruppen am häufigsten ab (71,4 %). Folglich zeigt sich kein linearer Zusammenhang zwischen dem Alter und der Akzeptanz eines internetbasierten Angebots.

Beschäftigte mit einem abgeschlossenen Studium stimmten einer PSiB per Telefon oder per internetbasiertem Dialog häufiger zu als Beschäftigte mit abgeschlossener Lehre oder Fachschulabschluss.

Die Abb. 16 gibt einen Überblick über die Einschätzung des Bedarfs an einer PSiB zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im Betrieb.



**Abb. 16 - Vergleich der Einschätzung des Bedarfs an einer PSiB zwischen Männern und Frauen, den zwei Gruppen ‚Lehre/Fachschule‘ und ‚Fachhochschule/Hochschule‘ und den verschiedenen Altersgruppen, Altersangaben in Jahren.**

Die Einschätzung des Bedarfs war in allen durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen mit Zustimmungswerten von mindestens ca. 86 % hoch. Es zeigten sich nur geringe Unterschiede des eingeschätzten Bedarfs zwischen den verschiedenen Gruppen im Betrieb.

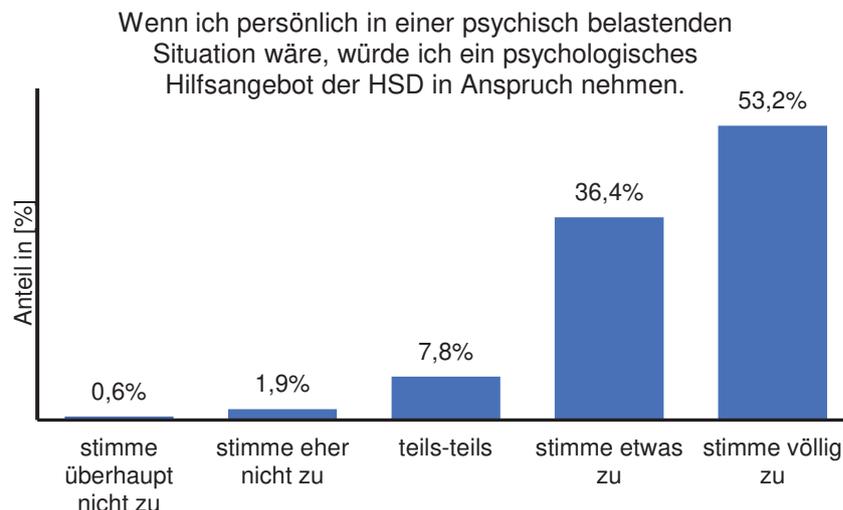
### 3.7 Nutzungsabsicht der PSiB

Die Beschäftigten wurden mithilfe des Fragebogens ‚Bedarf an psychologischer Beratung bei der Arbeit‘ zu ihrer Nutzungsabsicht der PSiB befragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse berichtet um die Fragestellung II (a) zu beantworten. Dabei werden die Antwortkategorien *stimme etwas zu* und *stimme völlig zu* als Zustimmung und die Kategorien *stimme überhaupt nicht* und *stimme eher nicht zu* als Ablehnung zusammengefasst, wie unter Punkt Statistische Analyse beschrieben.

#### Fragestellung II

##### (a) Würden Beschäftigte die PSiB bei psychischen Problemen selbst nutzen und würden Beschäftigte das Angebot für berufliche und private Belastungen nutzen?

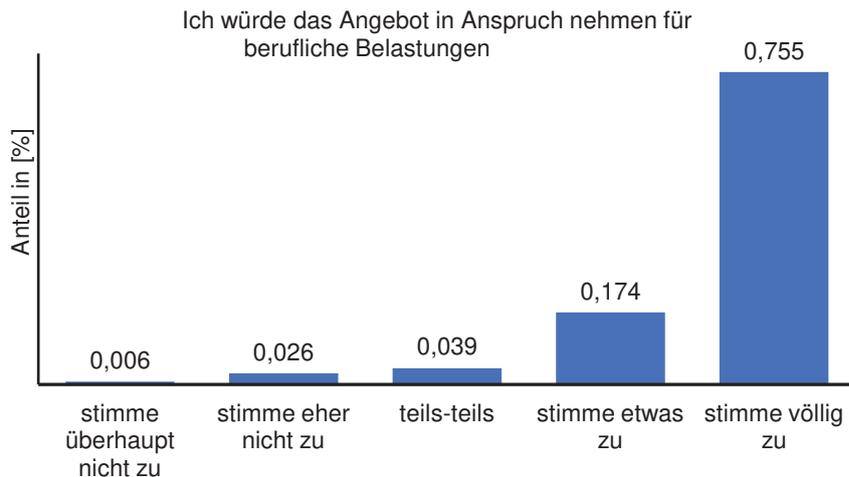
Die folgenden Abbildungen (Abb. 17 - Abb. 19) stellen die allgemeine Absicht die PSiB zu nutzen dar und die Nutzungsabsicht für berufliche und private Belastungen.



**Abb. 17 -allgemeine Nutzungsabsicht der PSiB**

Dargestellt sind die Zustimmungswerte zur Frage:“ Wenn ich persönlich in einer psychisch belastenden Situation wäre, würde ich ein psychologisches Hilfsangebot der HSD in Anspruch nehmen.“ Angaben in Prozent, n= 154

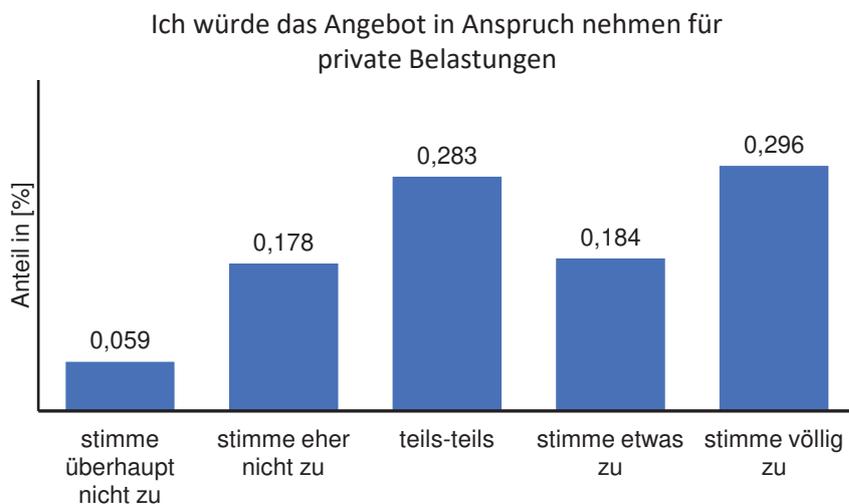
89,6 % der Beschäftigten stimmten zu die PSiB in einer psychisch belastenden Situation selbst nutzen zu wollen. Nur 2,5 % der Beschäftigten lehnten eine Nutzung ab.



**Abb. 18 -Nutzungsabsicht der PSiB für berufliche Belastungen**

Dargestellt sind die Zustimmungswerte zur Aussage: "Ich würde das Angebot in Anspruch nehmen für berufliche Belastungen." Angaben in Prozent, n= 155

Ein Großteil der Beschäftigten (92,9 %) stimmte einer Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen zu.



**Abb. 19 -Nutzungsabsicht der PSiB für private Belastungen**

Dargestellt sind die Zustimmungswerte zur Aussage: "Ich würde das Angebot in Anspruch nehmen für private Belastungen." Angaben in Prozent, n= 155

Einer Nutzungsabsicht für private Belastungen stimmten 48,0 % der Beschäftigten zu. Jedoch lehnten 23,9 % der Beschäftigten dies ab. Verglichen mit der allgemeinen Nutzungsabsicht und der Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen stimmten deutlich weniger Beschäftigte einer Nutzungsabsicht für private Belastungen zu. Auch die Antworten aus den Freitextfeldern bestätigen dieses Ergebnis: Einige Beschäftigte möchten in einer PSiB sowohl private als auch

berufliche Belastungen adressieren. Jedoch lehnten einige Teilnehmenden ein Hilfsangebot im betrieblichen Kontext für private Belastungen ab.

### 3.8 Determinanten der Nutzungsabsicht

Um zu untersuchen welche persönlichen Merkmale den Bedarf determinieren, wurden hierarchische Regressionsanalysen berechnet. Als Regressand der Rechnungen wurden die Variablen ‚allgemeine Nutzungsabsicht‘ und ‚Nutzungsabsicht für berufliche‘ und ‚private Belastungen‘ aufgenommen. Als Regressoren wurden in einem ersten Schritt die zwei Merkmale ‚Geschlecht‘ und ‚Alter‘ eingeführt und in einem zweiten Schritt um die drei Merkmale ‚Familienstand‘, ‚Depressivität‘ und eine der folgenden Variablen ergänzt: ‚ERI-Ratio‘ (Modell 2a) ‚Anstrengung‘ (Modell 2b) oder ‚Belohnung‘ (Modell 2c). Auch für die Regressionsanalysen der Modell 1a, 1b und 1c ergeben sich unterschiedliche Ergebnisse, da die Anzahl gültiger Antworten zwischen Variablen des ERI-Fragebogens variiert.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Regressionsanalysen berichtet, um die Fragestellung II (b) zu beantworten.

#### **Fragestellung II**

##### **(b) Welche persönlichen Merkmale bestimmen die allgemeine Nutzungsabsicht und die Nutzungsabsichten für berufliche und private Belastungen?**

Um Determinanten der ‚allgemeinen Nutzungsabsicht‘ zu identifizieren wurden drei Regressionsanalysen berechnet, wie unter Punkt Statistische Analyse beschrieben. Die drei Modelle lieferten eine Aufklärung der Varianz von 4,2 % (*Modell 2a*), 6,9 % (*Modell 2b*) und 7,3 % (*Modell 2c*).

Die **Tabelle 18** zeigt, dass das Alter in einem signifikanten Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht steht. Die Regressionskoeffizienten des Merkmals ‚Alter‘ variieren, abhängig von den aufgenommenen Variablen des ERI-Fragebogens. So ergibt sich bei kontrolliertem ‚ERI-Ratio‘ im *Modell 2a* ein größerer Regressionskoeffizient ( $\beta = .206, p < .05$ ) als für die Variablen ‚Anstrengung‘ ( $\beta = .171, p < .05$ ) oder ‚Belohnung‘ ( $\beta = .052, p < .01$ ). Die positiven Vorzeichen der Regressionskoeffizienten verdeutlichen, dass die Absicht die PSiB zu nutzen mit zunehmendem Alter steigt.

Weiterhin besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der allgemeinen Nutzungsabsicht und dem Merkmal ‚Anstrengung‘ des ERI-Fragebogens ( $\beta = .197, p < .05$ ). Die allgemeine Nutzungsabsicht steigt mit zunehmender für den Beruf erbrachter Anstrengung.

**Tabelle 18** - Zusammenfassung der hierarchischen multiplen linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable ‚allgemeine Nutzungsabsicht‘ (Methode: Einschluss)

Modell/Regressor	Regressionskoeffizient		P	Konfidenzintervall	
	B	Beta		Untergrenze	Obergrenze
<i>Modell 1a</i>					
Geschlecht	-,032	-,021	,799	-,284	,219
Alter	,150	,240	<b>,004</b>	,049	,251
R <sup>2</sup> = ,058	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,045				
<i>Modell 2a</i>					
Geschlecht	-,073	-,047	,580	-,332	,187
Alter	,128	,206	<b>,017</b>	,024	,233
Familienstand	-,094	-,047	,570	-,421	,233
PHQ-9	,013	,090	,301	-,012	,039
ERI-Ratio	,252	,077	,393	-,330	,833
R <sup>2</sup> = ,076	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,042				
<i>Modell 1b</i>					
Geschlecht	-,020	-,013	,878	-,276	,236
Alter	,150	,233	<b>,005</b>	,046	,253
R <sup>2</sup> = ,054	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,041				
<i>Modell 2b</i>					
Geschlecht	-,069	-,043	,596	-,326	,188
Alter	,110	,171	<b>,042</b>	,004	,216
Familienstand	-,057	-,028	,730	-,383	,269
PHQ-9	,011	,073	,387	-,014	,036
Anstrengung	,070	,197	<b>,023</b>	,010	,130
R <sup>2</sup> = ,101	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,069				
<i>Modell 1c</i>					
Geschlecht	-,032	-,021	,799	-,284	,219
Alter	,150	,240	<b>,004</b>	,049	,251
R <sup>2</sup> = ,058	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,045				
<i>Modell 2c</i>					
Geschlecht	-,036	,132	,786	-,296	,225
Alter	,139	,052	<b>,009</b>	,036	,242
Familienstand	-,084	,166	,614	-,412	,245
PHQ-9	,018	,013	,167	-,008	,044
Belohnung	,010	,018	,567	-,026	,047
R <sup>2</sup> = ,073	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,039				

Codierung der kategorialen Variablen: ‚allgemeine Nutzungsabsicht‘: 1= *stimme überhaupt nicht zu*, 2= *stimme eher nicht zu*, 3= *teils-teils*, 4= *stimme etwas zu*, 5= *stimme völlig zu*, ‚Geschlecht‘: 1= *weiblich*, 2= *männlich*, ‚Alter‘: 1= *≤ 25 Jahre*, 2= *26-35 Jahre*, 3= *36-45 Jahre*, 4= *46-55 Jahre*, 5= *> 55 Jahre*, ‚Familienstand‘: 1= *verheiratet* oder *in einer Partnerschaft*, 2= *alleinstehend*,

Codierung der kontinuierlichen Variablen: ‚PHQ-9‘: Ein hoher Summenscore weist auf eine höhere Belastung durch depressive Symptome hin. ‚ERI-Ratio‘: = 0,5 Anstrengung und erfahrene Belohnung im Gleichgewicht; > 0,5 die erbrachte Anstrengung liegt über der erfahrenden Belohnung; < 0,5 die erfahrene Belohnung liegt über der erbrachten Anstrengung. ‚Belohnung‘: Ein hoher Summenscore weist auf ein hohes Maß an erfahrener Belohnung hin. ‚Anstrengung‘: Ein hoher Summenscore deutet auf ein hohes Maß an beruflich erbrachter Anstrengung hin.

Um Determinanten der Nutzungsabsicht für berufliche und private Belastungen zu identifizieren wurden hierarchische multiple lineare Regressionsanalysen berechnet. Regressanden der Rechnungen waren die Variablen ‚Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen‘ und ‚Nutzungsabsicht für private Belastungen‘. Analog zur vorangegangenen Fragestellung wurden pro Regressand drei Regressionsanalysen mit gleichem Aufbau berechnet.

Die Tabelle 19 zeigt, dass insgesamt alle Determinanten des Modells nur einen schwachen Zusammenhang mit der ‚Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen‘ aufweisen. Die Varianzaufklärung beträgt 0,9 % (Modell a), 1,9 % (Modell b) und 2,4 % (Modell c). Aufgrund fehlender Signifikanz der Gesamtmodelle, kann kein signifikanter Zusammenhang zwischen der ‚Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen‘ und den im Rahmen dieser Arbeit erfassten möglichen Determinanten gezeigt werden. Die Tabelle 19 zeigt lediglich die Tendenz eines überzufälligen Zusammenhangs zwischen der ‚Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen‘ und ‚Anstrengung‘ -erfasst mit dem ERI-Fragebogen im *Modell 2b*. Wobei eine hohe beruflich erbrachte Anstrengung auf eine höhere Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen hinweist. Die Modelle mit den Regressoren ‚ERI-Ratio‘ (Modell a) und ‚Belohnung‘ (Modell c) zeigen keinen überzufällig häufigen Zusammenhang.

Die ‚Nutzungsabsicht für private Belastungen‘ steht in signifikantem Zusammenhang mit dem Geschlecht und der aktuellen Belastung durch depressive Symptome (‚PHQ-9‘), wie aus Tabelle 20 hervorgeht. Die Regressionsfaktoren der Variable ‚Geschlecht‘ weisen geringe Unterschiede zwischen den drei verschiedenen Regressionsmodellen auf. Den größten Regressionsfaktor ( $\beta = -192$ ,  $p < .05$ ) liefert das *Modell 2a*, das den Einfluss des ‚ERI-Ratio‘ kontrolliert. Frauen äußerten eine höhere Nutzungsabsicht für private Belastungen als Männer.

Bei einer höheren Belastung durch depressive Symptome (‚PHQ-9‘) ist die Nutzungsabsicht für private Belastungen erhöht. Die Regressionsfaktoren der Determinante ‚PHQ-9‘ variieren je nach enthaltener Komponente des ERI-Fragebogens. Die Modelle, die als Regressoren die ERI-Komponenten ‚Belohnung‘ (*Modell 2c*:  $\beta = .237$ ,  $p < .01$ ) und ‚ERI-Ratio‘ (*Modell 2a*  $\beta = .233$ ,  $p > .01$ ) einbeziehen, weisen ähnlichere Regressionsfaktoren auf als das *Modell 2b* ( $\beta = .196$ ,  $p < .05$ ). Das *Modell 2b* enthält ERI-Komponente ‚Anstrengung‘ als Regressor.

Die Varianzaufklärung der Modelle beträgt 5,8 % (*Modell 2a*), 4,2 % (*Modell 2b*) und 5,6 % (*Modell 2c*).

**Tabelle 19** - Zusammenfassung der blockweise multiplen linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable ‚Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen‘ (Methode: Einschluss)

Modell/Regressor	Regressionskoeffizient		P	Konfidenzintervall	
	B	Beta		Untergrenze	Obergrenze
<i>Modell 1a</i>					
Geschlecht	-,031	-,024	,774	-,245	,183
Alter	,070	,134	,110	-,016	,157
R <sup>2</sup> = ,018	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,005				
<i>Modell 2a</i>					
Geschlecht	-,054	-,041	,632	-,274	,167
Alter	,048	,091	,305	-,044	,139
Familienstand	-,105	-,123	,152	-,248	,039
PHQ-9	,015	,117	,184	-,007	,036
ERI-Ratio	,016	,006	,948	-,468	,499
R <sup>2</sup> = ,043	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,009				
<i>Modell 1b</i>					
Geschlecht	-,004	-,003	,970	-,238	,229
Alter	,076	,131	,116	-,019	,171
R <sup>2</sup> = ,017	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,003				
<i>Modell 2b</i>					
Geschlecht	-,044	-,031	,710	-,280	,191
Alter	,038	,066	,447	-,061	,138
Familienstand	-,071	-,076	,367	-,226	,084
PHQ-9	,009	,068	,425	-,014	,032
Anstrengung	,050	,158	<b>.072</b>	-,005	,105
R <sup>2</sup> = ,053	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,019				
<i>Modell 1c</i>					
Geschlecht	-,031	-,024	,774	-,245	,183
Alter	,070	,134	,110	-,016	,157
R <sup>2</sup> = ,018	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,005				
<i>Modell 2c</i>					
Geschlecht	-,016	-,012	,888	-,235	,204
Alter	,054	,103	,232	-,035	,143
Familienstand	-,089	-,105	,224	-,233	,055
PHQ-9	,019	,149	,091	-,003	,040
Belohnung	,022	,130	,148	-,008	,053
R <sup>2</sup> = ,058	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,024				

Codierung der kategorialen Variablen: ‚allgemeine Nutzungsabsicht‘: 1= *stimme überhaupt nicht zu*, 2= *stimme eher nicht zu*, 3= *teils-teils*, 4= *stimme etwas zu*, 5= *stimme völlig zu*, ‚Geschlecht‘: 1= *weiblich*, 2= *männlich*, ‚Alter‘: 1= *≤ 25 Jahre*, 2= *26-35 Jahre*, 3= *36-45 Jahre*, 4= *46-55 Jahre*, 5= *> 55 Jahre*, ‚Familienstand‘: 1= *verheiratet oder in einer Partnerschaft*, 2= *alleinstehend*,

Codierung der kontinuierlichen Variablen: ‚PHQ-9‘: Ein hoher Summenscore weist auf eine höhere Belastung durch depressive Symptome hin. ‚ERI-Ratio‘: = 0,5 Anstrengung und erfahrene Belohnung im Gleichgewicht; > 0,5 die erbrachte Anstrengung liegt über der erfahrenden Belohnung; < 0,5 die erfahrene Belohnung liegt über der erbrachten Anstrengung. ‚Belohnung‘: Ein hoher Summenscore weist auf ein hohes Maß an erfahrener Belohnung hin. ‚Anstrengung‘: Ein hoher Summenscore deutet auf ein hohes Maß an beruflich erbrachter Anstrengung hin.

**Tabelle 20** - Zusammenfassung der blockweise multiplen linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable ‚Nutzungsabsicht für private Belastungen‘ (Methode: Einschluss)

Modell/Regressor	Regressionskoeffizient		P	Konfidenzintervall	
	B	Beta		Untergrenze	Obergrenze
<i>Modell 1a</i>					
Geschlecht	-,365	-,147	,080	-,774	,045
Alter	-,083	-,083	,323	-,249	,082
R <sup>2</sup> = ,029	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,015				
<i>Modell 2a</i>					
Geschlecht	-,475	-,192	,025	-,889	-,061
Alter	-,135	-,135	,115	-,304	,033
Familienstand	,040	,012	,882	-,491	,571
PHQ-9	,055	,233	,008	,015	,096
ERI-Ratio	,320	,062	,485	-,583	1,224
R <sup>2</sup> = ,091	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,058				
<i>Modell 1b</i>					
Geschlecht	-,352	-,139	,096	-,768	,064
Alter	-,062	-,060	,471	-,231	,107
R <sup>2</sup> = ,023	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,010				
<i>Modell 2b</i>					
Geschlecht	-,438	-,173	,040	-,855	-,021
Alter	-,116	-,113	,188	-,290	,057
Familienstand	,032	,010	,908	-,508	,571
PHQ-9	,047	,196	,022	,007	,088
Anstrengung	,054	,095	,278	-,044	,151
R <sup>2</sup> = ,075	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,042				
<i>Modell 1c</i>					
Geschlecht	-,365	-,147	,080	-,774	,045
Alter	-,083	-,083	,323	-,249	,082
R <sup>2</sup> = ,029	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,015				
<i>Modell 2c</i>					
Geschlecht	-,463	-,187	,029	-,878	-,048
Alter	-,126	-,126	,136	-,291	,040
Familienstand	,032	,010	,907	-,502	,565
PHQ-9	,056	,237	,007	,016	,097
Belohnung	-,013	-,039	,663	-,069	,044
R <sup>2</sup> = ,089	korrigiertes R <sup>2</sup> = ,056				

Codierung der kategorialen Variablen: ‚allgemeine Nutzungsabsicht‘: 1= *stimme überhaupt nicht zu*, 2= *stimme eher nicht zu*, 3= *teils-teils*, 4= *stimme etwas zu*, 5= *stimme völlig zu*, ‚Geschlecht‘: 1= *weiblich*, 2= *männlich*, ‚Alter‘: 1= *≤ 25 Jahre*, 2= *26-35 Jahre*, 3= *36-45 Jahre*, 4= *46-55 Jahre*, 5= *> 55 Jahre*, ‚Familienstand‘: 1= *verheiratet oder in einer Partnerschaft*, 2= *alleinstehend*,

Codierung der kontinuierlichen Variablen: ‚PHQ-9‘: Ein hoher Summenscore weist auf eine hohe Belastung durch depressive Symptome hin. ‚ERI-Ratio‘: = 0,5 Anstrengung und erfahrene Belohnung im Gleichgewicht; > 0,5 die erbrachte Anstrengung liegt über der erfahrenden Belohnung; < 0,5 die erfahrene Belohnung liegt über der erbrachten Anstrengung. ‚Belohnung‘: Ein hoher Summenscore weist auf ein hohes Maß an erfahrener Belohnung hin. ‚Anstrengung‘: Ein hoher Summenscore deutet auf ein hohes Maß an beruflich erbrachter Anstrengung hin.

## 4 Diskussion

### 4.1 Bewertung der Ergebnisse der Untersuchung

#### 4.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Bedarf an psychologischen Hilfsangeboten im Betrieb und Präferenzen hinsichtlich der Gestaltung derartiger Angebote aus Sicht der Beschäftigten zu erfassen. Weiterhin wurden die Beschäftigten zu ihrer Absicht befragt, das Angebot selbst zu nutzen sowie der Einfluss soziodemographischer Merkmale, der psychischen Gesundheit und der psychosozialen Arbeitsbelastung auf die Nutzungsabsicht untersucht.

Von den 155 Teilnehmenden der Umfrage wünschten 90,3 % eine PSiB und 89,6 % erklärten, das Angebot in einer psychisch belastenden Situation selbst nutzen zu wollen. Beschäftigte beabsichtigen häufiger eine Nutzung für berufliche Belastungen (92,9 %) als für private Belastungen (48 %). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Beschäftigten und der allgemeinen Nutzungsabsicht: Ältere Beschäftigte gaben eine höhere Nutzungsabsicht an. Zudem steigt die allgemeine Nutzungsabsicht bei hoher ‚beruflich erbrachter Anstrengung‘ signifikant. Für die Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen zeigte sich nur die Tendenz eines Zusammenhangs mit hoher ‚beruflich erbrachter Anstrengung‘. Die Nutzungsabsicht für private Belastungen steht in einem signifikanten Zusammenhang mit depressiven Symptomen und weiblichem Geschlecht. Die Beschäftigten gaben keine einheitliche Tendenz zur räumlichen und zeitlichen Gestaltung der PSiB an. Die Beschäftigten stimmten sowohl einem Angebot in den Räumlichkeiten des Betriebs (51,4 %) als auch außerhalb (64,5 %) sowie während der Arbeitszeit (70 %) und außerhalb der Arbeitszeit (60,1 %) zu. Weiterhin wünschten Beschäftigte überwiegend ein Beratungs- und Diagnostikgespräch (92,9 %), während 59,9 % auch einer Erweiterung der PSiB um die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung zustimmten. Beschäftigte wünschten die PSiB überwiegend in Form eines persönlichen Gesprächs (99,4 %). Bezüglich der Kommunikationsform zeigten sich Unterschiede zwischen den Altersgruppen: Jüngere Beschäftigte stimmten einem internetbasierten Dialog häufiger zu als ihre älteren Kollegen und Kolleginnen.

#### 4.1.2 Bedürfnisse an die Gestaltung der PSiB

##### Ort

Die Präferenzen der Beschäftigten zur räumlichen Gestaltung der PSiB zeigten keine einheitliche Tendenz. Zwar stimmte ca. die Hälfte der Befragten einem Angebot innerhalb des Betriebs zu,

jedoch lehnten 31,2 % diese Option ab. Auch in vorangegangenen Untersuchungen nutzten Beschäftigte die PSiB an unterschiedlichen Orten: Rothermund zeigte, dass ein Beratungsangebot in den Räumlichkeiten des Betriebs angenommen wird und die Nutzerzufriedenheit hoch ist (Rothermund et al., 2019). Aber auch Beratungsangebote außerhalb des Betriebs beispielsweise in einer Psychotherapieambulanz werden akzeptiert (Bode et al., 2016). Preiser et al. zeigten in einer qualitativen Interviewstudie, dass auch Betriebsärzte/-ärztinnen und Akteure im betrieblichen Gesundheitsmanagement sowohl innerbetriebliche Angebote als auch eine Möglichkeit außerhalb des Betriebs unterstützen (Preiser et al., 2015). Den niederschweligen Zugang bei innerbetrieblichen Angeboten sahen die Befragten als Vorteil gegenüber einem Angebot außerhalb des Betriebs. Jedoch ist außerhalb des Betriebs eine anonyme Inanspruchnahme leichter sicherzustellen -bei andererseits größeren organisatorischen Hürden durch z.B. Fahrwege (Preiser et al., 2015).

Weiterhin ließen sich in der vorliegenden Arbeit geringe Unterschiede bezüglich der Ortspräferenz zwischen Männern und Frauen beobachten. Männer präferierten zu 59,6 % ein Angebot in den Räumlichkeiten des Betriebs, dagegen nur 46,3 % der Frauen. Es zeigten sich jedoch keine deutlichen geschlechterabhängigen Unterschiede in den Zustimmungswerten zu einem Angebot außerhalb des Betriebs. Daher ist es zu empfehlen ein Angebot -wenn möglich - sowohl innerhalb als auch außerhalb des Betriebs anzubieten.

### Zeitpunkt

Ebenso zeigte sich keine einheitliche Präferenz in Bezug auf den Zeitpunkt der PSiB. Die Beschäftigten stimmten sowohl einem Angebot während (70 %) als auch außerhalb der Arbeitszeit (60,1 %) völlig oder teilweise zu. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, könnte es hilfreich sein beide Optionen anzubieten.

Im untersuchten Unternehmen arbeiten die Beschäftigten überwiegend zur Normalarbeitszeit. In Unternehmen mit Arbeit im Schichtsystem könnte der Zeitpunkt der PSiB einen stärkeren Einfluss auf die Inanspruchnahme haben. Denn wechselnde Arbeitszeiten in einem Wechselschichtsystem können die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten in der Regelversorgung erschweren (Hölzer et al., 2018). Hier kann die PSiB eine Chance bieten, Beschäftigte in Schichtarbeit zu erreichen. Das Beispiel eines metallverarbeitenden Betriebs bestätigt, dass Schichtarbeiter durch die PSiB erreicht werden können: 52 % der Nutzer/-innen der PSiB arbeiteten im Schichtsystem (Rothermund et al., 2014).

### Umfang

Im Erkenntnisinteresse dieser Arbeit lag die Frage, in welchem Umfang die PSiB von Beschäftigten gewünscht wird. Es wurde erfragt, ob die PSiB ausschließlich ein Lotsengespräch mit Beratung, Diagnostik und Vermittlung weiterer Hilfen bei Bedarf oder darüber hinaus auch

die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung beinhalten sollte. Ein Großteil der Beschäftigten stimmte einem Lotsengespräch (92,9 %) und einer erweiterten Form mit Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung (59,9 %) zu. Eine erweiterte Form könnte dazu beitragen, dass sich Betroffene häufiger in psychotherapeutische Behandlung begeben, wenn der Bedarf im Beratungsgespräch festgestellt wurde. Eine systematische Übersichtsarbeit zeigte, dass Informations- und Beratungsangebote zwar die Absicht professionelle psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen erhöht, den tatsächliche Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung jedoch nicht im gleichen Maße erhöht (Gulliver et al., 2012). Denkbar ist, dass z.B. der organisatorische Aufwand die Betroffenen - auch bei hoher Therapiemotivation - von der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung abhält, wenn die Therapie nicht durch die gleiche Institution oder am gleichen Ort durchgeführt wird wie die Erstberatung.

Huber zeigte, dass sich nach einem psychosomatischen Erstgespräch mehr Patienten in psychotherapeutische Behandlung begeben, wenn der Therapeut bei der Therapieplatzsuche hilft und mit dem nachbehandelnden Therapeuten in Kontakt steht (Doering, 2009, Huber, 2000). Weiterhin empfehlen Rothermund et al., dass die Kurzzeittherapie sowie das Erstgespräch -wenn möglich durch den gleichen Therapeuten erfolgen sollte (Rothermund et al., 2018). So kann an die therapeutische Beziehung des Erstgesprächs angeknüpft werden und Hürden, wie ein erneuter Beziehungsaufbau mit dem nachbehandelnden Therapeuten, können umgangen werden. Weiterhin zeigte Rothermund, dass die Nutzerzufriedenheit bei erfolgter Weiterbehandlung steigt (Rothermund et al., 2019). Jedoch wurde dabei nicht zwischen einer externen Psychotherapie und einer Kurzzeittherapie im Rahmen der PSiB unterschieden. Hölzer et al. bezeichneten eine erweiterte PSiB als effiziente Form der Versorgung. Durch eine Erweiterung der PSiB um eine Kurzzeittherapie konnten monetäre Mittel effektiv genutzt werden: Für 40 % der Nutzer/-innen war eine durchschnittlich sechs Behandlungsstunden umfassende Therapie ausreichend (Hölzer, 2012).

Männliche Beschäftigte und Beschäftigte mit abgeschlossener Lehre oder Fachschule stimmten einer psychotherapeutischen Behandlung häufiger zu als ihre weiblichen Kolleginnen und Kollegen/Kolleginnen mit akademischer Ausbildung. Diese Beobachtung stimmt mit Beobachtungen von Hölzer überein. Hölzer zeigte in einer Arbeit zur Kurzzeittherapie im betrieblichen Umfeld, eine höhere Inanspruchnahme durch Männer und Nicht-Akademiker: Es nahmen 37 Männer und 8 Frauen das Angebot in Anspruch, und 60 % der Nutzer/-innen waren Arbeiter/-innen und Facharbeiter/-innen (Hölzer, 2012). Dabei gilt es zu beachten, dass der Anteil männlicher Beschäftigter in den untersuchten Betrieben überwog. Das Geschlechterverhältnis der Inanspruchnahme entsprach dem Anstellungsverhältnis (Hölzer, 2012). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die PSiB als ausreichend niederschwelliges Angebot das Potenzial bietet Männer

und Nicht-Akademiker zu erreichen -Gruppen, die in der psychotherapeutischen Regelversorgung unterrepräsentiert sind (Grobe et al., 2007, Rommel et al., 2017).

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Alter und gewünschtem Umfang des Angebots kann sich die hier vorliegende Studie an den bisherigen wissenschaftlichen Kenntnisstand anschließen. Jüngere Beschäftigte im Alter von 26 bis 45 Jahren lehnten eine Psychotherapie im Rahmen der PSiB häufiger ab als ihre älteren Kollegen/Kolleginnen. Aktuelle Forschung zeigte, dass sich in Deutschland am häufigsten Personen im Alter von 40 bis 59 Jahren in eine ambulante Psychotherapie begeben (Rattay et al., 2013, Rommel et al., 2017).

Jüngere Beschäftigte im Alter von  $\leq 25$  Jahren stimmten einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der PSiB seltener zu als ihre älteren Kollegen/Kolleginnen, die Zustimmung ist mit 71,4 % jedoch insgesamt hoch. Im Gegensatz dazu nahmen jüngere Erwachsene seltener eine ambulante Psychotherapie der Regelversorgung in Anspruch als Betroffene anderer Altersgruppen (Rommel et al., 2017). Bei der Übertragung der Ergebnisse auf andere Betriebe muss allerdings berücksichtigt werden, dass der Anteil von Beschäftigten unter 25 Jahren im untersuchten Betrieb mit 4,7 % niedrig ist. Nur sieben Personen im Alter von  $\leq 25$  Jahren nahmen an der Umfrage teil. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ( $n=7$ ) dieser Altersgruppe ist davon auszugehen, dass das Ergebnis nicht repräsentativ ist. Zudem erfasst die vorliegende Studie die Nutzungsabsicht, nicht die tatsächliche Inanspruchnahme. Damit die PSiB genutzt wird müssen sowohl eine Bereitschaft als auch ein Bedarf z.B. in Form einer beruflichen oder privaten Belastungssituation bestehen.

### Kommunikationsform

Das persönliche Gespräch wurde von einer überwiegenden Mehrheit der Teilnehmenden gewünscht - 99,4 % stimmten *etwas* oder *völlig zu*. Jüngere Beschäftigte stimmten, mit Ausnahme der unter 25-Jährigen, einem internetbasierten Dialog häufiger zu als ältere Beschäftigte. Die Beobachtung, dass jüngere Beschäftigte internetbasierte Formen stärker akzeptierten als ältere Beschäftigte, stimmt mit einer Studien zur Akzeptanz digitaler Medien im Gesundheitssystem der Bertelsmann Stiftung überein (Thranberend et al., 2015): Jüngere Patienten waren einer Videosprechstunde gegenüber aufgeschlossener als ältere Patienten (Thranberend et al., 2015). Die starke Ablehnung der unter 25-Jährigen (71,4 %) in der vorliegenden Arbeit widerspricht diesen Ergebnissen. Jedoch ist die Stichprobengröße dieser Altersgruppe gering ( $n=7$ ).

Akademiker stimmten einem internetbasierten Dialog häufiger zu als Beschäftigte mit einer abgeschlossenen Lehre oder Fachschule. Diese Ergebnisse stimmen mit den Beobachtungen der Studie der Bertelsmann Stiftung überein. Die Autoren zeigten einen Zusammenhang zwischen Schulbildung und Akzeptanz einer Videosprechstunde. Personen mit Abitur waren einer Videosprechstunde gegenüber offener eingestellt als Personen mit Haupt- oder

Volksschulabschluss (Thranberend et al., 2015). Jedoch wurde in der vorliegenden Arbeit nicht der Schulabschluss erfragt, sondern die - damit zusammenhängend - durch den Berufsabschluss definierten Gruppen verglichen.

Auch zwischen den Geschlechtern zeigten sich Unterschiede innerhalb der Stichprobe: Männer lehnten einen internetbasierten Dialog häufiger ab, was von den Ergebnissen der Studie der Bertelsmann Stiftung abweicht. Die Autoren der Studie stellten bei Männern im Vergleich zu Frauen ein erhöhtes Interesse an einer Videosprechstunde fest (Thranberend et al., 2015). Männer sind in der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit der Beschäftigten im untersuchten Betrieb unterrepräsentiert. Zudem ist denkbar, dass aufgrund von Selektionseffekten eine Verzerrung der Ergebnisse besteht, sodass die Männer überproportional häufig teilgenommen haben die ein persönliches Gespräch bevorzugen und internetbasierte Kommunikationswege ablehnen.

Die Studie der Bertelsmann Stiftung erfasste, in welchen medizinischen Fachrichtungen Patienten den Einsatz digitaler Kommunikationsformen für geeignet halten. Am häufigsten wurden Konsultationen mit dem/der Hausarzt/-ärztin und Psychotherapeuten/-therapeutin und Psychiater/-in genannt (Thranberend et al., 2015). Dieses Ergebnis könnte ein weiterer Hinweis darauf sein, dass digitale Kommunikation auch im betrieblichen Umfeld für psychologische Beratung und Behandlung akzeptiert wird.

Aus den Freitextfeldern des Fragebogens der vorliegenden Arbeit ging hervor, dass Beschäftigte in digitalen Kommunikationsformen Vorteile sehen. Ein digitales Angebot wurde als niederschwelliger und diskreter empfunden und eine digitale Inanspruchnahme war mit geringerer Angst vor Stigmatisierung verbunden.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Beschäftigten verschiedene Präferenzen hinsichtlich der Gestaltung der PSiB haben. Um den verschiedenen Bedürfnissen gerecht zu werden, sollte die PSiB - soweit möglich - flexibel angeboten werden. Dazu sollten Beschäftigte die PSiB während sowie außerhalb der Arbeitszeit, innerhalb des Betriebs und außerhalb des Betriebs und über verschiedene Kommunikationswege in Anspruch nehmen können. Eine Erweiterung der PSiB um eine psychotherapeutische Behandlung könnte helfen insbesondere einer Beschäftigungsgruppe, die der Männer und Nicht-Akademiker, deutlich besser zu entsprechen.

#### 4.1.3 Wahrgenommener Bedarf

Eine weitere im Erkenntnisinteresse dieser Studie liegende Fragestellung ist, ob Beschäftigte einen Bedarf an einem psychologischen Beratungsangebot in Form einer PSiB sehen. Der Frage,

ob der Betrieb psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung stellen sollte, stimmten 90,3 % der Teilnehmenden *etwas* oder *völlig* zu. Weiterhin gaben 89 % an, die PSiB in psychisch belastenden Situationen auch selbst nutzen zu wollen. Somit kann die Annahme bestätigt werden, dass Beschäftigte, die Bedarf an einer PSiB wahrnehmen, diese auch in psychisch belastenden Situationen selbst nutzen möchten.

Ein Vergleich mit Literatur zu psychotherapeutischen Angeboten im Betrieb ist nicht möglich, da nach unserem Kenntnisstand bisher keine Datengrundlage zum wahrgenommenen Bedarf seitens der Beschäftigten vorliegt. Vorangegangene Forschung zur PSiB bestätigt, dass bestehende Angebote genutzt werden (Bode et al., 2016, Hölzer, 2012, Kröger et al., 2014, Preiser et al., 2016, Rothermund et al., 2012, Rothermund et al., 2017). Jedoch ist unklar wie viele Beschäftigte wünschen, dass der Arbeitgeber psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung stellt. Einen Hinweis auf einen relevanten Bedarf liefert eine Umfrage unter 610 Erwerbstätigen verschiedener Branchen, z.B. aus dem verarbeitenden Gewerbe und aus dem Verwaltungs- und Dienstleistungssektor: Psychosoziale Beratungsangebote im betrieblichen Umfeld, wie die PSiB, werden als relevante Präventionsmaßnahme psychischer Belastung wahrgenommen (Burgess et al., 2019).

Bezüglich des wahrgenommenen Bedarfs zeigten sich nur geringe Unterschiede zwischen den durch Geschlecht, Alter und Berufsabschluss definierten Gruppen im Betrieb. Diese Ergebnisse führen zu der Annahme, dass das Thema *psychische Gesundheit am Arbeitsplatz* und *psychologische Hilfsangebote* in allen zuvor genannten Gruppen relevant ist. Forschungen zeigen jedoch, dass die Nutzung von Angeboten der Regelversorgung von den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht, Alter und Bildungsstand beeinflusst wird. Eine Psychotherapie der Regelversorgung wird häufiger von Frauen, Personen im Alter von 50-59 Jahren und Personen mit hohem Bildungsstand in Anspruch genommen (Rattay et al., 2013, Rommel et al., 2017). Allerdings muss beim Vergleich der Ergebnisse beachtet werden, dass im Rahmen der vorliegenden Studie der wahrgenommene Bedarf in den einzelnen Gruppen erhoben wurde, nicht aber die tatsächliche Inanspruchnahme. Rommel et al. jedoch identifizierten die soziodemographischen Merkmale als relevante Einflussfaktoren auf die tatsächliche Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie oder psychiatrischen Behandlung (Rommel et al., 2017).

Folgende Limitation der vorliegenden Arbeit muss betrachtet werden: Es ist nicht auszuschließen, dass Selektionseffekte dazu beigetragen haben, dass nur die Beschäftigten der jeweiligen Gruppe an der Befragung teilgenommen haben, die einen Bedarf an der PSiB wahrnehmen. Folglich unterscheidet sich der in dieser Arbeit gemessene Bedarf zwischen den verschiedenen Gruppen nicht, da jeweils nur Beschäftigte teilgenommen haben, die einen Bedarf wahrnehmen. Einerseits kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die Merkmale Alter, Geschlecht und

Berufsabschluss einen Einfluss auf den wahrgenommenen Bedarf haben. Andererseits bildet die Stichprobe die Altersstruktur und die Verteilung der Berufsabschlüsse die Gesamtheit der Beschäftigten ohne Verzerrung ab.

#### 4.1.4 Nutzungsabsicht

89 % der Teilnehmenden gaben an, die PSiB in psychisch belastenden Situationen selbst nutzen zu wollen. Beim Vergleich der in dieser Arbeit gemessenen Nutzungsabsicht mit den Ergebnissen bisheriger Studien treten einige Schwierigkeiten auf. Wie bereits ausgeführt, zeigten Studien zur PSiB, dass bestehende Angebote zwar genutzt werden (Bode et al., 2016, Hölzer, 2012, Kröger et al., 2014, Preiser et al., 2016, Rothermund et al., 2012, Rothermund et al., 2017), jedoch fehlten nach unserem Kenntnisstand bisher Daten über die Absicht aller Beschäftigten eines Betriebs die PSiB zu nutzen.

Einzelne Studien zur PSiB zeigten eine hohe Inanspruchnahme: In einem Stahlkonzern wurden ca. 1 200 Beschäftigte im Rahmen des jährlichen Gesundheits-Check-ups beim betriebsärztlichen Dienst vorstellig. Die Betriebsmediziner empfahlen 329 Beschäftigten eine Kontaktaufnahme mit der PSiB. 87,2 % dieser Personen nahmen tatsächlich eine Beratung in Anspruch (Bode et al., 2016). Aus internen Daten des in der vorliegenden Arbeit untersuchten Betriebs geht hervor, dass seit der Einführung der PSiB vor drei Jahren etwa 1 bis 2 % der Beschäftigten das Angebot pro Jahr genutzt haben. Weitere Informationen zur Inanspruchnahme der PSiB im untersuchten Betrieb sind in den **Tabelle 1** **Tabelle 2** dargestellt. Es zeigten sich geringe Veränderungen der Nutzungsquote seit der Einführung. Im Jahr 2019 wurde die Umfrage zur PSiB im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt. Die Nutzungsquote stieg im Jahr 2019 auf etwa 2 % der Beschäftigten an. Möglicherweise haben die Informationsmaßnahmen im Rahmen der Umfrage Beschäftigte auf das Angebot aufmerksam gemacht und daraufhin weitere Beschäftigte das Angebot genutzt. Es kann angenommen werden, dass die insgesamt geringe Nutzungsquote im untersuchten Betrieb auch darauf zurückzuführen ist, dass Beschäftigten die PSiB und der Zugangsweg häufig nicht bekannt waren. Im Jahr 2020 - drei Jahre nach Beginn des Angebots - sank die Nutzungsquote auf unter 1 % ab. Hierzu könnte die vermehrte Arbeitszeit im Homeoffice aufgrund der Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Corona-Pandemie beigetragen haben. Um Beschäftigten die PSiB unabhängig vom Arbeitsort zu anzubieten, ermöglicht der Betrieb auch eine Beratung per Telefon, E-Mail oder audiovisuellem Dialog. Rothermund et al. beobachteten in zwei Unternehmen mit jeweils etwa 3000 und 4000 Beschäftigten eine Nutzungsquote von etwa 1 % der Beschäftigten innerhalb eines Jahres (Rothermund et al., 2014). Das heißt, dass die tatsächliche Inanspruchnahme deutlich niedriger als die epidemiologisch erfasste Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen ist.

Beim Vergleich der Ergebnisse mit Daten vorangegangener Studien müssen folgende Aspekte beachtet werden:

Erstens erfassten die vorangegangenen Studien die tatsächliche Inanspruchnahme der PSiB anstatt die Nutzungsabsicht.

Zweitens können Selektionseffekte im Rahmen von Studien nicht ausgeschlossen werden, sodass die tatsächliche Inanspruchnahme im Betriebsalltag möglicherweise von der Inanspruchnahme im Rahmen der Studien abweicht. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch in der Studie von Bode et al. Selektionseffekte zur hohen Inanspruchnahme der PSiB geführt haben. Möglicherweise haben verstärkt die Beschäftigten Kontakt zum betriebsärztlichen Dienst aufgenommen und ihre psychischen Belastungen thematisiert, die beabsichtigten die PSiB zu nutzen und Faktoren aufwiesen, diese Nutzungsabsicht auch umzusetzen.

Drittens ist der Vergleich der Inanspruchnahme zwischen verschiedenen Betrieben auch aufgrund unterschiedlicher Zugangswege zur PSiB schwierig. So können informierte Beschäftigte die PSiB in einigen Betrieben selbstständig aufsuchen. In anderen Betrieben ist eine Überweisung durch den betriebsärztlichen Dienst nötig oder der Zugang erfolgt über Sozialberater/-innen oder Mitarbeiter/-innen der kooperierenden Krankenkasse (Hölzer, 2012, Rothermund et al., 2014).

Als Ursachen der im Rahmen dieser Arbeit erfassten hohen Werte für Bedarf und Nutzungsabsicht kommen verschiedene Aspekte in Betracht und einige methodische Limitationen der Arbeit müssen berücksichtigt werden.

Erstens können Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden. Möglicherweise haben Beschäftigte, die selbst Bedarf an einer PSiB sehen und eine Inanspruchnahme in Erwägung ziehen, häufiger an der Umfrage teilgenommen.

Zweitens erfasst die vorliegende Arbeit ausschließlich die Absicht die PSiB zu nutzen. Die tatsächliche Inanspruchnahme wurde nicht erhoben. Damit eine tatsächlichen Inanspruchnahme erfolgt muss sowohl die Bereitschaft die PSiB zu nutzen als ein individueller Bedarf durch eine private oder berufliche Belastung vorliegen. Dies macht die im untersuchten Betrieb beobachtete Diskrepanz zwischen hoher Nutzungsabsicht und geringerer beobachteter Inanspruchnahme plausibel.

Als weitere Ursache, der im Rahmen dieser Arbeit erfassten hohen Nutzungsabsicht sollte eine mögliche Differenz zwischen geplanter Inanspruchnahme und tatsächlicher Nutzung betrachtet werden. Eine robuste Datenlage weist auf eine Diskrepanz zwischen der Absicht psychotherapeutische Angebote zu nutzen und der tatsächlichen Inanspruchnahme hin (Bohon et al., 2016, Clement et al., 2015, Downs und Eisenberg, 2012, Gulliver et al., 2012, Sheeran et al., 2007, Smith et al., 2008, ten Have et al., 2010). Forschungen zeigten, dass Ajzens Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985) zur Erklärung der Diskrepanz beiträgt (Kauer et al., 2017a, Kauer et al., 2017b, Schomerus et al., 2009, Smith et al., 2008). Die drei Komponenten der

Theorie des geplanten Verhaltens - Einstellung, subjektive Norm und wahrgenommene Handlungskontrolle -beeinflussen die Intention psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen (Schomerus et al., 2009). So ist nicht auszuschließen, dass Beschäftigte zwar eine Nutzungsabsicht angaben, die PSiB bei bestehendem Bedarf aber aufgrund von z.B. Sorge vor Stigmatisierung und negativen persönlichen Einstellungen gegenüber einer Psychotherapie nicht nutzen würden. Zahlreiche Studien zeigten, dass Sorge vor Stigmatisierung und sozialer Diskriminierung die Inanspruchnahme einer Psychotherapie beeinflusst (Clement et al., 2015, Gulliver et al., 2010, Sheeran et al., 2007). Zudem bestimmt die persönliche Einstellung gegenüber einer Psychotherapie die Inanspruchnahme (Sareen et al., 2007). So war eine geringe Überzeugung von der Wirksamkeit und von positiven Auswirkungen einer Psychotherapie unter Studienteilnehmern/-teilnehmerinnen in den Niederlanden ein häufiger Grund, keine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (Sareen et al., 2007). In Deutschland ist eine ablehnende Haltung gegenüber einer Psychotherapie im Vergleich zu anderen europäischen Staaten weit verbreitet (ten Have et al., 2010). Besonders groß ist der Unterschied zwischen Deutschland und Spanien sowie Italien, wo eine positive Einstellung häufiger ist (ten Have et al., 2010). Weiterhin zeigten auch Ten Have et al., dass die Einstellung gegenüber psychotherapeutischen Angeboten die tatsächliche Inanspruchnahme beeinflusst und von soziodemographischen Faktoren abhängt. So steht weibliches Geschlecht, Alter unter 65 Jahre, ein hoher sozioökonomischer Status und eine bestehende affektive Störung im Zusammenhang mit einer positiveren Einstellung gegenüber psychotherapeutischen Interventionen.

Zusammengefasst kann nicht ausgeschlossen werden, dass die hier genannten Faktoren -Sorge vor Stigmatisierung und persönliche Einstellung gegenüber einer Psychotherapie -auch die tatsächliche Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote im betrieblichen Umfeld beeinflussen. Möglicherweise führen diese Faktoren zu einer geringeren tatsächlichen Nutzung - trotz eines hohen wahrgenommenen Bedarfs seitens der Beschäftigten und trotz der Absicht die Angebote in einer psychisch belastenden Situation selbst zu nutzen. Dies sollte bei der Bedarfsplanung entsprechender Angebote berücksichtigt werden.

#### 4.1.5 Determinanten Nutzungsabsicht

Ein weiteres Ziel der Arbeit war es, zu ermitteln, welche Determinanten die Nutzungsabsicht bestimmen. Zusätzlich sollte festgestellt werden, ob die Nutzungsabsicht für private und berufliche Belastungen von unterschiedlichen Determinanten bestimmt wird. Einschränkend sollte beachtet werden, dass die Nutzungsabsicht der Teilnehmenden mit 89,6 % sehr hoch war. Aufgrund der geringen Varianz sind Aussagen zu potenziellen Determinante der Nutzungsabsicht folglich schwierig. Im Ergebnis zeigt sich, dass die allgemeine Nutzungsabsicht im signifikanten Zusammenhang mit dem Alter der Beschäftigten steht. Ältere Beschäftigte gaben häufiger an, die

PSiB in psychisch belastenden Situationen selbst nutzen zu wollen als ihre jüngeren Kollegen/Kolleginnen. Dieses Ergebnis stimmt mit Untersuchungen zur Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung in Deutschland überein (Schmacke, 2012): Am häufigsten nehmen Personen mittleren Alters (50-59 Jahre) entsprechende Versorgungsangebote in Deutschland in Anspruch, gefolgt von der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. (Rattay et al., 2013, Rommel et al., 2017). Es besteht jedoch kein linearer Zusammenhang zwischen der Altersentwicklung und der Inanspruchnahme. Bei Personen über 60 Jahre ist eine geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgungsangebote zu beobachten (Rattay et al., 2013, Rommel et al., 2017, Schmacke, 2012). In der vorliegenden Arbeit konnte mit zunehmenden Alter kein Rückgang der Nutzungsabsicht beobachtet werden. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass keine Analyse der Nutzungsabsicht zwischen Beschäftigten über 55 Jahre und über 60 Jahre möglich war. Beschäftigte über 55 Jahre konnten lediglich die Kategorie ‚> 55 Jahre‘ auswählen. Die Kategorien des Fragebogens endeten hier. Zudem richtete sich die Umfrage an Erwerbstätige, die selten älter als 67 Jahre alt sind. Folglich dürfte der Anteil von Teilnehmenden über 67 Jahre gering sein.

Bei der Übertragung der Ergebnisse auf andere Betriebe muss ggf. eine abweichende Altersstruktur berücksichtigt werden. Im untersuchten Betrieb sowie in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit sind über 70 % älter als 40 Jahre. Die Teilnehmenden gehörten damit der Altersgruppe an, die eine ambulante Psychotherapie häufig in Anspruch nimmt. In der ambulanten Regelversorgung in Deutschland wird eine Psychotherapie am häufigsten von 40-bis 59-Jährigen genutzt (Rattay et al., 2013, Rommel et al., 2017). Möglicherweise weicht die Nutzungsabsicht in Betrieben mit geringerem Alter der Beschäftigten von dem in der vorliegenden Arbeit erfassten Anteil potenzieller Nutzer/-innen der PSiB ab. Auch ein unterschiedlicher Umgang mit psychischen Erkrankungen, abhängig von der Unternehmenskultur einzelner Betriebe sowie in unterschiedlichen Branchen, könnte einen Einfluss auf die Nutzungsabsicht haben. So ist denkbar, dass beispielsweise im Baugewerbe die Inanspruchnahme einer PSiB gering wäre. Da die Prävalenz diagnostizierter depressiver Störungen im Baugewerbe niedrig ist -möglicherweise aufgrund von Sorge vor Stigmatisierung und einer daraus resultierenden geringen Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote (Badura, 2018). Allerdings zeigten vorangegangene Arbeiten, dass die PSiB z.B. auch Männer mit geringer beruflicher Qualifikation erreicht (Hölzer, 2012, Kröger et al., 2014, Wege et al., 2013) -eine Gruppe, die einer Psychotherapie häufig ablehnend gegenübersteht (Petrowski et al., 2014). Weiterhin stellt die unterschiedliche regionale Versorgung eine Hürde bei der Übertragbarkeit der vorliegenden Ergebnisse auf andere Betriebe dar. Rommel et al. identifizierten eine regional unterschiedliche Verteilung von Psychotherapeuten/-innen und Fachärzten/-ärztinnen als Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme (Rommel et al., 2017). Denkbar ist, dass betriebliche

Angebote dort häufiger genutzt werden, wo weniger Hilfsangebote der Regelversorgung bestehen oder längere Wege nötig sind.

Mit Hilfe des ERI-Fragebogens wurde die psychosoziale Belastung am Arbeitsplatz gemessen. Dazu wurden die Merkmale ‚beruflich erbrachte Anstrengung‘, ‚erhaltene Belohnung‘ und ‚ERI-Ratio‘ erfasst und deren Einfluss auf die Nutzungsabsicht der PSiB untersucht. Eine hohe beruflich erbrachte Anstrengung ist mit einer signifikant höheren allgemeinen Nutzungsabsicht verbunden. Weiterhin wurde die Tendenz eines Zusammenhangs zwischen der Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen und beruflich erbrachter Anstrengung beobachtet. Damit kann auch von einem Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und der Inanspruchnahme für berufliche Belastungen ausgegangen werden, obwohl das Ergebnis, möglicherweise aufgrund der geringen Stichprobengröße und Varianz, nicht statistisch signifikant ist. Somit schließt sich diese Arbeit bisheriger Forschung zur PSiB an. Bode et al. berichteten, dass berufliche Faktoren wie z. B. Arbeitsüberlastung, als zweihäufigster Anlass für die Inanspruchnahme der PSiB genannt wurden, nach psychischen Symptomen (Bode et al., 2016). In einer Arbeit von Rothermund et al. gaben 78 % der Nutzer/-innen einer PSiB an, dass arbeitsplatzbezogene Aspekte zu den psychischen Beschwerden beigetragen haben, die zur Inanspruchnahme der PSiB führten (Rothermund et al., 2014). Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass ein Großteil der Beschäftigten die PSiB für berufliche Belastungen nutzen möchte und eine hohe beruflich erbrachte Anstrengung zu einer höheren Nutzungsabsicht führt.

Demgegenüber zeigte sich bei der Nutzungsabsicht für private Belastungen ein signifikanter Zusammenhang mit depressiven Symptomen. Auch andere Untersuchungen zeigten, dass eine stärkere Symptombelastung mit einer erhöhten Inanspruchnahme (Constantine und Gainor, 2004, Rommel et al., 2017) und einer positiveren Einstellung gegenüber einer Psychotherapie einhergeht (ten Have et al., 2010). Zusätzlich besteht eine erhöhte Compliance bei medikamentöser Therapie (Sirey et al., 2001). Oliver et al. zeigten an einer Untersuchung in England, dass die Symptombelastung bei depressiven Erkrankungen mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung einhergeht. Betroffene mit schwereren depressiven Symptomen berichteten häufiger, Hilfe beim Hausarzt/-ärztin, einem/r Psychotherapeuten/-therapeutin und auch im Freundes- und Familienkreise gesucht zu haben (Oliver et al., 2005).

In der vorliegenden Untersuchung gaben Frauen signifikant häufiger eine Nutzungsabsicht für private Belastungen an. Zahlreiche Studien zeigten, dass Frauen im Vergleich zu Männern eine offenere Einstellung zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie aufweisen (Ang et al., 2004, Coppens et al., 2013, Fischer und Turner, 1970, Heath et al., 2016, Yeh, 2002) und sich häufiger

in psychotherapeutische Behandlung begeben (Grobe et al., 2007, Rattay et al., 2013, Riecher-Rössler, 2000, Rommel et al., 2017).

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass Faktoren, die die Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen bestimmen - Alter, Geschlecht, aktuelle depressive Symptome und die psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz - auch die Nutzungsabsicht der PSiB beeinflussen. Jedoch ist die Varianzaufklärung der Regressionsmodelle in der vorliegenden Arbeit, verglichen mit von Cohen festgelegten Schwellenwerten eher gering (Cohen, 1988). Als möglicher Grund sind weiterer Einflussfaktoren der Nutzungsabsicht zu nennen, die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden konnten.

#### 4.1.6 Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern Daten darüber, welchen Bedarf Beschäftigte an einer PSiB wahrnehmen und wie hoch die Absicht ist die PSiB tatsächlich zu nutzen. Zudem zeigen die Ergebnisse die Präferenzen der Beschäftigten bezüglich der Ausformung einer PSiB. Somit bietet die vorliegende Arbeit eine datenbasierte Grundlage zur Entwicklung bedarfsgerechter Angebote. Die Beschäftigten, die an der Umfrage teilgenommen haben, zeichneten sich durch eine Prävalenz depressiver Symptome weit über dem Erwartungswert des Bevölkerungsdurchschnitts aus und gaben einen hohen Bedarf an derartigen Angeboten an. Zudem beabsichtigten häufig, diese in psychisch belastenden Situationen selbst zu nutzen. Gemessen an den Arbeitsunfähigkeitstagen sind die Beschäftigten dieses Betriebs nicht überdurchschnittlich krank. Hier spielt innerhalb der angesprochenen Beschäftigten möglicherweise eine Selektion eine Rolle, in dem an der Befragung v.a. Betroffene teilgenommen haben. Somit wäre zu prüfen, ob der erfasste hohe Bedarf auf die Gesamtheit der Beschäftigten dieses Betriebs übertragbar ist. Das Ergebnis ist insofern auch auf andere Betriebe übertragbar, als ein ähnliches Interesse von Personen mit entsprechenden Beschwerden angenommen werden kann.

Unter der Annahme, dass Beschäftigte, die nicht an der Umfrage teilgenommen haben, eine PSiB weder wünschen noch nutzen wollen, kann auf die Anzahl potenzieller Nutzer/-innen geschlossen werden. Von den 20 % der teilnehmenden Beschäftigten gaben ca. 90 % an die PSiB in psychisch belastenden Situationen selbst nutzen zu wollen. Somit ist zumindest erkennbar, wie viele potenzielle Nutzer/-innen es minimal gäbe. Etwa 18 % der Beschäftigten im untersuchten Betrieb sind potenzielle Nutzer/-innen einer PSiB. Das ist erheblich mehr, als das Angebot in der Regel tatsächlich nutzen. Im untersuchten Betrieb nahmen jährlich ca. 1 % der Beschäftigten die PSiB seit Beginn des Angebots vor zwei Jahren in Anspruch. Bei der Betrachtung der Diskrepanz zwischen potenziellen Nutzer/-innen und tatsächlicher Inanspruchnahme muss berücksichtigt werden, dass zu der Bereitschaft das Angebot zu nutzen auch ein persönlicher Bedarf durch eine

private oder berufliche Belastung bestehen muss. Jedoch liegt die tatsächliche Inanspruchnahme deutlich unter dem Bedarf, wie er sich aus der epidemiologisch erfassten Prävalenz psychischer Erkrankungen ergeben würde. Laut Jacobi et. al. liegt die 1-Jahres-Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Deutschland bei 27,7 % (Jacobi et al., 2014) und damit deutlich über aktuellen Inanspruchnahme der PSiB.

Aufgrund unterschiedlicher Präferenzen zur räumlichen und zeitlichen Gestaltung der PSiB, sollte das Angebot -soweit möglich - flexibel angeboten werden, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Beschäftigten zu entsprechen. Jüngere Beschäftigte akzeptierten internetbasierte Kontaktwege für derartige Beratungsangebote häufiger. Etwa die Hälfte der Beschäftigten forderte die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der PSiB, d.h. ein Angebot, das über ein erstes Lotsengespräch und Diagnostik hinausgeht.

Übereinstimmend mit bisheriger Forschung zur Nutzungsabsicht und Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote, wird auch die Nutzungsabsicht psychotherapeutische Beratung im betrieblichen Umfeld von soziodemographischen Merkmalen bestimmt. Frauen und ältere Beschäftigte gaben eine höhere Nutzungsabsicht an sowie Beschäftigte mit depressiven Symptomen und hoher beruflich erbrachter Anstrengung.

## 4.2 Methodendiskussion und Limitationen

### 4.2.1 Stichprobenumfang

Es nahmen 155 Beschäftigte an der Umfrage teil, damit betrug die Rücklaufquote 19,75 %. Als Ursache der geringen Teilnahme kommen verschiedene Aspekte in Betracht. Denkbar ist, dass Angst vor Stigmatisierung hinsichtlich des Themas *psychische Erkrankungen und psychische Gesundheit* Beschäftigte von der Teilnahme abgehalten hat. Das Problem geringer Stichprobengrößen ist auch aus anderen Studien im Themenfeld bekannt (Mark und Smith, 2012, Rothermund et al., 2012).

Inwieweit Angst vor Stigmatisierung, bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Umfrage eine Rolle spielt, ist unklar. Weitere Untersuchungen zu Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz, zum Umgang mit psychischen Erkrankungen im Betrieb, im Kollegium und in der Beziehung zwischen Mitarbeitern/-innen und Vorgesetzten sind notwendig.

Trotz umfangreicher Informationsmaßnahmen zur Bekanntmachung der Umfrage, wie unter Punkt Ablauf der Untersuchung beschrieben, kann nicht ausgeschlossen werden, dass nicht alle Beschäftigten ausreichend über die Möglichkeit zur Teilnahme informiert wurden. Es muss in Betracht gezogen werden, dass die Informationsmaßnahmen nicht die benötigte Präsenz erzielt haben, um mehr Beschäftigte zur Teilnahme zu motivieren. Möglicherweise waren die

Information zum Datenschutz und zur Speicherung der erhobenen Daten nicht ausreißend, um diesbezügliche Bedenken zu nehmen.

Ein weiterer Grund für die geringe Rücklaufquote kann die Länge des verwendeten Fragebogens sein. Teilnehmende, die den Fragebogen ohne Unterbrechung des Programms ausgefüllt haben, benötigten durchschnittlich etwa 15 Minuten. Möglicherweise haben Teilnehmende die Bearbeitung aufgrund der langen Bearbeitungsdauer vorzeitig abgebrochen und Kollegen von der Länge des Fragebogens berichtet. Denkbar ist, dass sich Beschäftigte daraufhin gegen die Teilnahme entschieden haben. Ein systematischer Review zeigt, dass die Länge eines Fragebogens Einfluss auf die Teilnahmequote hat (Rolstad et al., 2011). Daher werden möglichst kurze Fragebögen empfohlen, um die Teilnahmequote zu erhöhen (Galesic und Bosnjak, 2009, Theobald, 2017). Denkbar ist, dass durch einen kürzeren Fragebogen die Teilnahmequote erhöht werden kann und auch Beschäftigte erreicht werden, die weniger Bedarf und persönliches Interesse an einer PSiB haben. Durch die Teilnahme dieser Beschäftigten könnte die Varianz der Antworten erweitert werden.

An der Umfrage haben möglicherweise vermehrt Beschäftigte teilgenommen, die dem Thema psychische Gesundheit gegenüber aufgeschlossener sind, sodass Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden können. Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob die im Rahmen dieser Arbeit erfassten hohen Zustimmungswerte zum Bedarf und zur Nutzungsabsicht eines psychotherapeutischen Angebots am Arbeitsplatz auf die Gesamtheit der Beschäftigten an der HSD übertragen werden können.

#### 4.2.2 Studiendesign

Bei der Studienplanung wurden mögliche Determinanten der Nutzungsabsicht anhand der Ergebnisse von Rommel et al. ausgewählt. Rommel et al. identifizierten anhand der bundesweiten Bevölkerungsbefragung ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ mit über 24.000 Teilnehmenden Einflussfaktoren der Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgungsangebote. Als signifikante Einflussfaktoren wurden Alter, Geschlecht, Belastung durch depressive Symptome, chronische Erkrankungen, soziale Unterstützung, Familienstand und regional unterschiedliche Versorgungssituationen identifiziert (Rommel et al., 2017). Die soziale Unterstützung und chronische Erkrankungen wurden in dieser Arbeit nicht erfasst. Der sozioökonomische Status wurde nicht erhoben, da Rommel und Kollegen zeigten, dass er nach Kontrolle für Depressivität keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat. Da keine Informationen zum Familienstand der Grundgesamtheit der Beschäftigten vorlagen, konnte das Merkmal nicht zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit verglichen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Familienstand und

Nutzungsabsicht, sodass nicht von einer Verzerrung der Ergebnisse durch einen überrepräsentierten Familienstand auszugehen ist.

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden berichtete eine Belastung durch depressive Symptome - vereinbar mit einer depressiven Störung. Dabei muss beachtet werden, dass allein anhand der erhobenen Symptombelastung mit dem PHQ-9-Fragebogen keine Diagnosestellung einer depressiven Störung zulässig ist (Löwe et al., 2002). Eine erhöhte Symptombelastung kann allerdings auf einen Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten hinweisen (Rommel et al., 2017). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass der hohe Anteil an Beschäftigten mit Belastungen durch depressive Symptome in Zusammenhang mit dem untersuchten Betrieb steht. Es wurden Beschäftigte einer Fachhochschule befragt. Der Anteil von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Störungen ist der Branche „Erziehung und Unterricht“ verglichen mit anderen Branchen hoch (Badura, 2018). Weitere Untersuchungen zeigten ein erhöhtes Risiko für depressive Störung in der Branchen „Humandienstleistung“ der auch Bildungseinrichtungen zugeordnet werden können (Wieclaw et al., 2005, Wieclaw et al., 2006). Untersuchungen in England und Australien zeigten, dass Mitarbeiter/-innen an Universitäten eine hohe Belastung durch Arbeitsstress berichteten, verglichen mit anderen Branchen (Kinman et al., 2006, Winefield und Jarrett, 2001). Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass im untersuchten Betrieb aufgrund hoher Belastungen durch depressive Symptome ein höherer Bedarf und eine höhere Nutzungsabsicht der PSiB besteht als in Betrieben anderer Branchen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind nur eingeschränkt generalisierbar, da die Umfrage nur in einem Unternehmen durchgeführt wurde. Die aufgezeigten Ergebnisse können aber helfen Versorgungsangebote zu verbessern, indem sie die kritischen Merkmale einer PSiB aufzeigen. So kann die PSiB unter Einbezug der Beschäftigten eines untersuchten Betriebs konkret an deren Bedürfnisse angepasst werden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war keine Nonresponder-Analyse möglich. Denkbar ist, dass Beschäftigte, die nicht an der Umfrage teilgenommen haben, keinen Bedarf an einer PSiB wahrnehmen und diese auch nicht nutzen möchten. Um weitere Determinanten der Nutzungsabsicht zu identifizieren und statistisch robustere Ergebnisse zu erhalten, wäre eine größere Varianz der Daten nötig. Dazu sollten auch Beschäftigte mit ablehnender Haltung gegenüber der PSiB befragt werden und soziodemographische Merkmale zwischen den Gruppen verglichen werden. Um Beschäftigte mit ablehnender Haltung zu erreichen, bedarf es möglicherweise Veränderungen im Studiendesign, z. B. ein verkürzter Fragebogen oder andere, evt. persönlichere Zugangswege. Außerdem könnten umfangreichere Werbe- und Informationsmaßnahmen mehr Aufmerksamkeit auf die Umfrage richten und Bedenken gegenüber dem vertraulichen Umgang mit den erhobenen Daten reduzieren.

### 4.2.3 Methodisches Vorgehen

Um Einflussfaktoren der Nutzungsabsicht zu identifizieren, wurden Regressionsanalysen für potenzielle Determinanten berechnet. So wurde in Modell Nr. 1 für die Kontrollvariablen ‚Alter‘ und ‚Geschlecht‘ adjustiert, in Modell Nr. 2 für ‚Alter‘, ‚Geschlecht‘, ‚Familienstand‘, ‚Depressivität‘ und ‚psychosoziale Arbeitsbelastungen‘. Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen mögliche Einschränkungen durch eine geringe Stichprobengröße und Selektionseffekte berücksichtigt werden.

Mit dem ‚Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen‘ (‚ERI-Fragebogen‘) wurde ein etabliertes und für verschiedene Berufsgruppen international validiertes Messinstrument verwendet (Juárez-García et al., 2015, Kurioka et al., 2014, Msaouel et al., 2012, Siegrist und Marmot, 2004). Mithilfe des ERI-Fragebogens wurde erfasst, ob die Beschäftigten hohen beruflichen Belastungen bei geringer Belohnung, im Sinne einer beruflichen Gratifikationskrise, ausgesetzt sind. Die Literatur bietet eine robuste Datenlage zum Zusammenhang zwischen beruflicher Gratifikationskrise und Herz-Kreislaufkrankungen (Dragano et al., 2017, Kuper et al., 2002, Siegrist, 1996a, Theorell et al., 2016), allgemeinem Gesundheitszustand (Niedhammer et al., 2004, Pikhart et al., 2001, Preckel et al., 2007, van Vegchel et al., 2005) und depressiven Erkrankungen (Angerer et al., 2008, Bonde, 2008, Kivimäki et al., 2007, Larisch et al., 2003, Li et al., 2013, Niedhammer et al., 2004, Nieuwenhuijsen et al., 2010, Rau und Henkel, 2013, Siegrist, 2013b). Allerdings kann der berechnete Summenscore des ERI-Fragebogens nicht ohne weiteres mit anderen Studien verglichen werden, da in der Literatur verschiedenen Versionen des ERI-Fragebogens mit unterschiedlichen Skalenniveaus und Itemzahlen verwendet werden.

Der ‚Gesundheitsfragebogen für Patienten‘ (‚PHQ-9‘) ist ein validiertes Screeninginstrument zur Erfassung depressiver Syndrome anhand der Symptomschwere für den klinischen und wissenschaftlichen Gebrauch (Gräfe et al., 2004, Kroenke et al., 2001, Löwe et al., 2002). Mitchell et al. zeigten im Rahmen einer Metaanalyse, die Daten aus 40 Studien umfasste, dass sich der PHQ-9 als Screeninginstrument eignet (Mitchell et al., 2016). Außerdem ist der Fragebogen geeignet um den Bedarf an psychotherapeutischen Angebote bei Vorliegen depressiven Symptomen zu erfassen (Rommel et al., 2017). Rommel et al. verwendeten den PHQ-9 in einer Studie zu psychotherapeutischen Angeboten der Regelversorgung. In der vorliegenden Arbeit wurde ein Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen - erfasst mit dem PHQ-9-Fragebogen - und dem Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten im betrieblichen Umfeld untersucht.

Der Fragebogen ‚Bedarf an psychologischer Beratung bei der Arbeit‘ erfasst die Bedürfnisse an die Gestaltung der PSiB mittels einer Likert-Skala. Um weitere Aspekte, Wünsche und Kritik an

der PSiB zu erfassen, wurden Freitextfelder als etablierte Methode der qualitativen Forschung eingefügt (Eireiner und Jonas-Klemm, 2018).

#### 4.2.4 Zusammenfassung der Limitationen

Diese Arbeit birgt einige Limitationen.

1) Die Umfrage erzielte eine Rücklaufquote von 19,75 %. Als mögliche Ursachen der geringen Rücklaufquote kommen u.a. unzureichende Informations- und Werbemaßnahmen, die Länge des Fragebogens und die Sorge der Beschäftigten vor Stigmatisierung bezüglich des Themas *psychische Erkrankung am Arbeitsplatz* in Betracht.

2) Eine Rücklaufquote von 19,75 % und eine fehlende Nonresponder-Analyse erlaubt für einen Großteil der Beschäftigten im untersuchten Betrieb keine Aussage zu den Fragestellungen dieser Arbeit.

3) Selektionseffekte können nicht ausgeschlossen werden. Möglicherweise haben Beschäftigte, die einen Bedarf an einer PSiB wahrnehmen und beabsichtigen das Angebot in einer psychisch belastenden Situation selbst zu nutzen überproportional häufig an der Umfrage teilgenommen. Daher ist es fraglich, ob die in dieser Arbeit erfassten hohen Zustimmungswerte auf die Gesamtheit der Beschäftigten übertragen werden können.

4) In der vorliegenden Arbeit wurde die soziale Unterstützung und chronische Erkrankungen nicht erfasst. Vorangegangene Arbeiten zeigten einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgungsangebote der Regelversorgung (Rommel et al., 2017). Inwieweit die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote am Arbeitsplatz von der sozialen Unterstützung und chronischen Erkrankungen beeinflusst wird, bleibt offen und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

5) Die vorliegende Arbeit untersuchte den Bedarf und die Nutzungsabsicht der Beschäftigten eines Betriebs -es wurden Beschäftigte einer Fachhochschule befragt. Es ist fraglich, ob die Ergebnisse auf Betriebe anderer Branchen und Betriebe mit abweichenden soziodemographischen Merkmalen der Beschäftigten wie Alter, Geschlecht und Berufsabschluss übertragen werden können.

6) Eine Gruppe relevanter Größe, 90 % der Antwortenden, nahmen einen Bedarf an einer PSiB wahr und gaben an das Angebot in einer psychisch belastenden Situation selbst nutzen zu wollen. Damit sind 18 % der Beschäftigten im untersuchten Betrieb potenzielle Nutzer/-innen. Wichtig festzuhalten ist, dass die vorliegende Arbeit die Nutzungsabsicht erfasst, nicht die tatsächliche Inanspruchnahme. Zahlreiche Studien zeigten eine Diskrepanz zwischen der Absicht psychotherapeutische Angebote zu nutzen und der tatsächlichen Inanspruchnahme (Bohon et al., 2016, Clement et al., 2015, Downs und Eisenberg, 2012, Gulliver et al., 2012, Sheeran et al., 2007, Smith et al., 2008, ten Have et al., 2010).

### 4.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Arbeit machen deutlich, dass Beschäftigte psychologische Hilfsangebote am Arbeitsplatz wünschen und derartige Angebote auch selbst nutzen wollen, insbesondere wenn sie unter psychischen Beschwerden leiden und/oder eine hohe Anstrengung bei der Arbeit verspüren. Die PSiB bietet folglich die Chance - als ein die Regelversorgung ergänzendes Angebot - die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, indem sie schneller und niedrighschwelliger Hilfe angeboten bekommen. Ein Vorteil der PSiB ist, dass auch Beschäftigte erreicht werden können, die durch die Angebote der Regelversorgung häufig unterversorgt sind, z. B. Männer und Personen mit niedrigerer beruflicher Qualifikation. Durch die PSiB kann der Forderung nach einem „kurzfristige[n] und niederschwellige[n] Zugang“ zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Angeboten (Rommel et al., 2017) und Präventionsmaßnahmen (Badura, 2018) im Sinne einer sekundären oder tertiären Prävention nachgekommen werden.

Beschäftigte, die Bedarf an einem psychotherapeutischen Hilfsangebot bei der Arbeit sehen, stellen eine inhomogene Gruppe mit unterschiedlichen Anforderungen an die Gestaltung des Angebots dar. Ziel sollte es sein, alle Beschäftigten, die das Angebot nutzen möchten, zu erreichen. Daher sollte die PSiB möglichst flexibel angeboten werden. Empfehlenswert ist ein Angebot innerhalb und außerhalb der Arbeitszeit sowie in Räumlichkeiten des Betriebs und außerhalb des Betriebs. Ergänzend zum persönlichen Gespräch, das von einer Mehrheit der Beschäftigten gewünscht wird, sollten weitere Kontaktwege per Telefon, Chat, E-Mail und audiovisuellem Dialog ermöglicht werden. Neben einem ausschließlichen Beratungsgespräch mit Vermittlung weiterer Hilfen bei Bedarf, wünschte ein Teil der Beschäftigten auch die Möglichkeit zur psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der PSiB. Diese Erweiterung erhöht die Chance, dass sich mehr Betroffene tatsächlich in Behandlung begeben (Rothermund et al., 2018). Die Präferenzen zur Gestaltung der PSiB variieren zwischen Beschäftigten unterschiedlichen Alters, Geschlechts und mit unterschiedlichen Berufsabschlüssen. Beispielsweise stehen jüngere Beschäftigte einer Beratung per internetbasiertem Dialog offener gegenüber als ältere Beschäftigte. Folglich sollte bei der Planung entsprechender Angebote die Mitarbeiterstruktur berücksichtigt werden. Es ist zu empfehlen zukünftig auch Veränderung der Bedürfnisse an die Gestaltung der PSiB zu erfassen. Beispielsweise ist denkbar, dass Beschäftigte im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung und Arbeit im Homeoffice zunehmend eine Beratung per internetbasierten Dialog wünschen. Durch eine entsprechende Weiterentwicklung der PSiB könnten die Vorteile des internetbasierten Dialogs genutzt werden (z. B. niederschwellige Kontaktaufnahme, geringere Stigmatisierungsängste, räumliche Flexibilität).

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die Nutzungsabsicht in Zusammenhang mit einem höheren Lebensalter steht. Angesichts des steigenden Renteneinstiegsalters werden in Zukunft mehr ältere Beschäftigte beruflich tätig sein, was mit einer erhöhten Nachfrage für derartige Angebote verbunden sein könnte.

Weitere Chancen der PSiB liegen in der Präsenz des Themas *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz* und einer niederschweligen Kontaktmöglichkeit zum Versorgungssystem. Aktuell erleben Betroffene am Arbeitsplatz häufig „[l]anges Wegschauen, späte Intervention“ (Unger, 2012) und Unsicherheit bei Kollegen/Kolleginnen und Vorgesetzten wie Betroffene angesprochen werden können. Zudem erfahren Betroffene Stigmatisierung und Diskriminierung (Bezborodovs und Thornicroft, 2013, Hamann et al., 2013). Die PSiB bietet das Potenzial, durch die Präsenz des Themas *psychische Gesundheit* im betrieblichen Umfeld Einstellungen zu verändern „wenngleich die PSiB keine explizite Anti-Stigma-Intervention ist“ (Preiser et al., 2016). Denn der Kontakt zu Personen, die bereits psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben und ein persönlicher Kontakt zu Psychotherapeuten/-innen erhöht bei Betroffenen die Absicht therapeutische Angebote zu nutzen (Downs und Eisenberg, 2012, Morgan, 1992, Murstein, 1993, Tijhuis, 1990).

Angesichts der Diskrepanz zwischen potenziellen Nutzern und Nutzerinnen und aktueller Inanspruchnahme sollten zukünftige Untersuchungen mögliche Barrieren, die potenziell interessierte Beschäftigte von der Nutzung abhalten, in den Blick nehmen. Weitere Forschung zum Einfluss von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen im betrieblichen Umfeld ist nötig.

## 5 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Ajzen, I. (1985): From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Kuhl, J. (Hrsg.) *Action control : from cognition to behavior*. Berlin u.a. Springer.
- Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* (50), S.179-211. DOI: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980): Understanding attitudes and predicting social behavior, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall. ISBN: 978-0139364358
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Lepine, J. P. & Brugha, T. S. (2007): Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. In: *Br J Psychiatry* (190), S.299-306. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.022004.
- Ang, R. P., Lim, K. M., Tan, A.-G. & Yau, T. Y. (2004): Effects of gender and sex role orientation on help-seeking attitudes. In: *Current Psychology* (23), S.203-214. DOI: 10.1007/s12144-004-1020-3.
- Angerer, P., Gundel, H. & Siegrist, K. (2014): Stress: psychosocial work load and risks for cardiovascular disease and depression. In: *Dtsch Med Wochenschr* (139), S.1315-9. DOI: 10.1055/s-0034-1370112.
- Angerer, P., Petru, R., Nowak, D. & Weigl, M. (2008): Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (133), S.26. DOI: 10.1055/s-2008-1017467.
- Angerer, P. & Wege, N. (2013): Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. In: *Die Psychiatrie* (10), S.71-81. DOI: 10.1055/s-0038-1670858.
- Arends, I. (2012): Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. In: *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (12). DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2.
- Asklepios Kliniken (2020): Sprechstunde psychische Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.asklepios.com/connectinghealth/angebot/sprechstunde-psychische-gesundheit/>, zuletzt geprüft am 23.04.2020.
- B·A·D, Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH, (2020): Employee Assistance Program (EAP). Online verfügbar unter <https://www.bad-gmbh.de/dienstleistungen/gesundheitsmanagement/employee-assistance-program-eap/>, zuletzt geprüft am 23.04.2020.
- Backe, E. M., Seidler, A., Latza, U., Rosnagel, K. & Schumann, B. (2012): The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. In: *Int Arch Occup Environ Health* (85), S.67-79. DOI: 10.1007/s00420-011-0643-6.
- Badura, B., Klose, J., Macco, K. & Schröder, H. (2010): Fehlzeiten-Report 2009, Springer-Verlag Berlin Heidelberg. ISBN: 978-3-642-01077-4

- Badura, D., Schröder, Klose, Meyer (2018): Fehlzeiten-Report 2018, Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg
- Balint, E., von Wietersheim, J., Gündel, H., Hölzer, M. & Rothermund, E. (2018): Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb - ein Zukunftsmodell? In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (101), S.38-47.
- Barrech, A., Kilian, R., Rottler, E., Jerg-Bretzke, L., Hölzer, M., Rieger, M. A., Jarczok, M. N., Gündel, H. & Rothermund, E. (2018): Do Working Conditions of Patients in Psychotherapeutic Consultation in the Workplace Differ from Those in Outpatient Care? Results from an Observational Study. In: *International journal of environmental research and public health* (15), S.227. DOI: 10.3390/ijerph15020227.
- BAuA, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, (2020): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2018. Online verfügbar unter <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2018.pdf?>, zuletzt geprüft am 20.04.2020
- Baumann, A., Muijen, M. & Gaebel, W. (2010): Mental health and well-being at workplace-protection and inclusion in challenging times. WHO Regional Office for Europe & German Alliance for Mental Health (Hrsg.) Berlin. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/mental-health-and-well-being-at-the-workplace-protection-and-inclusion-in-challenging-times-2010>, zuletzt geprüft am 10.05.2020
- Bezborodovs, N. & Thornicroft, G. (2013): Stigmatisation of mental illness in the workplace: evidence and consequences. In: *Die Psychiatrie* (10), S.102-107. DOI: 10.1055/s-0038-1670862.
- Bode, K., Wunsch, E. M., Finger, F. & Kroger, C. (2016): Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. In: *Psychother Psychosom Med Psychol* (66), S.235-41. DOI: 10.1055/s-0042-106728.
- Bohon, L. M., Cotter, K. A., Kravitz, R. L., Cello, P. C., Jr. & Fernandez Y Garcia, E. (2016): The Theory of Planned Behavior as it predicts potential intention to seek mental health services for depression among college students. In: *Journal of American college health* (64), S.593-603. DOI: 10.1080/07448481.2016.1207646.
- Bonde, J. P. (2008): Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. In: *Occup Environ Med* (65), S.438-45. DOI: 10.1136/oem.2007.038430.
- Brouwers, E. P. M., Terluin, B., Tiemens, B. G. & Verhaak, P. F. M. (2009): Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. In: *Journal of occupational rehabilitation* (19), S.323-332. DOI: 10.1007/s10926-009-9198-8.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie Wartezeiten 2018. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie/?cookie-state-change=1621795754559>, zuletzt geprüft am 23.05.2021.
- Burgess, S., Junne, F., Rothermund, E., Zipfel, S., Gündel, H., Rieger, M. A. & Michaelis, M. (2019): Common mental disorders through the eyes of German employees: attributed

- relevance of work-related causes and prevention measures assessed by a standardised survey. In: *Int Arch Occup Environ Health* (92), S.795-811. DOI: 10.1007/s00420-019-01414-7.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rusch, N., Brown, J. S. & Thornicroft, G. (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In: *Psychol Med* (45), S.11-27. DOI: 10.1017/S0033291714000129.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Hillsdale, NJ u.a., Erlbaum. ISBN: 978-0-8058-0283-2
- Constantine, M. G. & Gainor, K. A. (2004): Depressive Symptoms and Attitudes Toward Counseling as Predictors of Biracial College Women's Psychological Help-Seeking Behavior. In: *Women & Therapy* (27), S.147-158. DOI: 10.1300/J015v27n01\_10.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlieb, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., van der Feltz - Cornelis, C. & Hegerl, U. (2013): Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. In: *Journal of Affective Disorders* (150), S.320-329. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>.
- Corrigan, P. (2004): How stigma interferes with mental health care. In: *Am Psychol* (59), S.614-625. DOI: 10.1037/0003-066x.59.7.614.
- Cosci, F. & Fava, G. A. (2013): Staging of mental disorders: systematic review. In: *Psychother Psychosom* (82), S.20-34. DOI: 10.1159/000342243.
- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2018): Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* (28), S.393-417. DOI: 10.1007/s10926-017-9730-1.
- Dell'Osso, B., Glick, I. D., Baldwin, D. S. & Altamura, A. C. (2013): Can long-term outcomes be improved by shortening the duration of untreated illness in psychiatric disorders? A conceptual framework. In: *Psychopathology* (46), S.14-21. DOI: 10.1159/000338608.
- Deutsche Rentenversicherung (2019a): *Rentenversicherung in Zeitreihen* : Ausgabe 2019, Berlin
- Deutsche Rentenversicherung (2019b): *Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rente 2018* (Band 215), Berlin
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\* (2015): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. Online verfügbar unter [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de), zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Doering, S. (2009): Behandlungsvorbereitung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (55), S.27-36.
- Downs, M. F. & Eisenberg, D. (2012): Help Seeking and Treatment Use Among Suicidal College Students. In: *Journal of American College Health* (60), S.104-114. DOI: 10.1080/07448481.2011.619611.

- Dragano, N., Siegrist, J., Nyberg, S. T., Lunau, T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Erbel, R., Fahlen, G., Goldberg, M., Hamer, M., Heikkila, K., Jockel, K. H., Knutsson, A., Madsen, I. E. H., Nielsen, M. L., Nordin, M., Oksanen, T., Pejtersen, J. H., Pentti, J., Rugulies, R., Salo, P., Schupp, J., Singh-Manoux, A., Steptoe, A., Theorell, T., Vahtera, J., Westerholm, P. J. M., Westerlund, H., Virtanen, M., Zins, M., Batty, G. D. & Kivimaki, M. (2017): Effort-Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease: A Multicohort Study of 90,164 Individuals. In: *Epidemiology* (28), S.619-626. DOI: 10.1097/ede.0000000000000666.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E. & Kessler, R. C. (2002): Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. In: *Am J Psychiatry* (159), S.845-51. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.5.845.
- Eireiner, C. & Jonas-Klemm, S. (2018): Mehrwert von ergänzenden qualitativen Methoden in Survey-Feedback-Prozessen. In: Jöns, I. & Bungard, W. (Hrsg.) *Feedbackinstrumente im Unternehmen: Grundlagen, Gestaltungshinweise, Erfahrungsberichte*. Wiesbaden. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Elkeles, T. & Seifert, W. (1992): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Langzeitanalysen mit dem Sozio-Ökonomischen Panel. In: *Soziale Welt* (43), S.278-300.
- Fischer, E. H. & Turner, J. I. (1970): Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (35), S.79-90. DOI: 10.1037/h0029636.
- Fürstenberg Institut, G. (2020): Mitarbeiter- und Führungskräfteberatung / EAP. Online verfügbar unter <https://www.fuerstenberg-institut.de/mitarbeiter-und-fuehrungskraefteberatung.html>, zuletzt geprüft am 23.04.2020.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013): Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. In: *Dtsch Arztebl Int* (110), S.799-808. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0799.
- Galesic, M. & Bosnjak, M. (2009): Effects of Questionnaire Length on Participation and Indicators of Response Quality in a Web Survey. In: *Public Opinion Quarterly* (73). DOI: 10.1093/poq/nfp031.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008): Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* (53), S.414-423. DOI: 10.1007/s00278-008-0641-7.
- Gantner, M., Brandner, S. & Schneider, J. 2018. Effekte einer Psychosomatischen Betriebsambulanz auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Teilnehmer - eine Analyse anhand von Sekundärdaten. *Psychosomatik als Perspektive*. 21.-24. März 2018 Berlin, *Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Berlin.
- Ghio, L., Gotelli, S., Marcenaro, M., Amore, M. & Natta, W. (2014): Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Affective Disorders* (152-154), S.45-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.002>.

- Graf, D. (2007): Die Theorie des geplanten Verhaltens. In: Krüger, D. & Vogt, H. (Hrsg.) *Theorien in der biologiedidaktischen Forschung: Ein Handbuch für Lehramtsstudenten und Doktoranden*. Berlin, Heidelberg. Springer Berlin Heidelberg.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". In: *Diagnostica* (50), S.171-181. DOI: 10.1026/0012-1924.50.4.171.
- Grippe, A. J. & Johnson, A. K. (2009): Stress, depression and cardiovascular dysregulation: a review of neurobiological mechanisms and the integration of research from preclinical disease models. In: *Stress* (12), S.1-21. DOI: 10.1080/10253890802046281.
- Grobe, T., Dörning, H. & Schwartz, F. (2007): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. In: Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.) *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59*.
- Grobe, T. & Frerk, T. (2020): BARMER Gesundheitsreport 2020. (Hrsg. BARMER), Online verfügbar unter <https://www.barmer.de/presse/infotek/studien-und-reports/gesundheitsreports-der-laender/gesundheitsreports-laender-70746>, zuletzt geprüft am 10.04.2021
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010): Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. In: *BMC Psychiatry* (10), S.113. DOI: 10.1186/1471-244X-10-113.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H. & Brewer, J. L. (2012): A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. In: *BMC Psychiatry* (12), S.81. DOI: 10.1186/1471-244X-12-81.
- Hamann, J., Mendel, R. & Kissling, W. (2013): Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz aus Sicht von Unternehmensmitarbeitern. In: *Psychiat Prax* (40), S.447-449. DOI: 10.1055/s-0033-1349524.
- Härter, M., Brandes, A., Hillebrandt, B. & Lambert, M. (2015): psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit. In: *Psychiat Prax* (42), S.S4-S8. DOI: 10.1055/s-0034-1387656.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H. & Mitchell, P. B. (2017): Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. In: *Occup Environ Med* (74), S.301-310. DOI: 10.1136/oemed-2016-104015.
- Heath, P. J., Vogel, D. L. & Al-Darmaki, F. R. (2016): Help-Seeking Attitudes of United Arab Emirates Students. In: *The Counseling Psychologist* (44), S.331-352. DOI: 10.1177/0011000015621149.
- Hochschule Düsseldorf Zentrale Webredaktion (2020): Zahlen und Fakten. Online verfügbar unter <https://www.hs-duesseldorf.de/hochschule/profil/zahlenundfakten>, zuletzt geprüft am 04.02.2020.
- Hölzer, M. (2012): Psychische Gesundheit im Betrieb. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* (13), S.52-55. DOI: 10.1055/s-0032-1305132.

- Hölzer, M., Mayer, D., Balint, E. & Rothermund, E. (2018): Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin : ASU* (53), S.768-770.
- Huber, D. (2000): The effectiveness of the initial interview at a psychosomatic-psychotherapeutic outpatient unit. In: *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (50), S.147.
- Huckert, T. F., Hank, P. & Krampen, G. (2012): Changes in psychopathological symptoms during the waiting period for outpatient psychotherapy. In: *Psychother Psychosom Med Psychol* (62), S.301-9. DOI: 10.1055/s-0032-1314837.
- Hung, C. I., Liu, C. Y. & Yang, C. H. (2017): Untreated duration predicted the severity of depression at the two-year follow-up point. In: *PLoS One* (12), S.e0185119. DOI: 10.1371/journal.pone.0185119.
- INSITE-Interventions GmbH (2020): Die 4 Komponenten der Mitarbeiterberatung von INSITE. Online verfügbar unter <https://www.insite.de/de/employee-smartness/eap/komponenten-mitarbeiterberatung>, zuletzt geprüft am 23.04.2020.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. In: *Der Nervenarzt* (85), S.77-87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological Medicine* (34), S.597-611. DOI: 10.1017/S0033291703001399.
- Jain, G., Roy, A., Harikrishnan, V., Yu, S., Dabbous, O. & Lawrence, C. (2013): Patient-reported Depression Severity Measured by the PHQ-9 and Impact on Work Productivity: Results From a Survey of Full-time Employees in the United States. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine* (55), S.252-258. DOI: 10.1097/JOM.0b013e31828349c9.
- Juárez-García, A., Vera-Calzaretta, A., Blanco-Gomez, G., Gómez-Ortíz, V., Hernández-Mendoza, E., Jacinto-Ubillus, J. & Choi, B. (2015): Validity of the effort/reward imbalance questionnaire in health professionals from six Latin-American countries. In: *American Journal of Industrial Medicine* (58), S.636-649. DOI: 10.1002/ajim.22432.
- Karasek, R. A. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. In: *Administrative Science Quarterly* (24), S.285-308. DOI: 10.2307/2392498.
- Kauer, S., Buhagiar, K. & Sanci, L. (2017a): Facilitating mental health help seeking in young adults: the underlying theory and development of an online navigation tool. In: *Advances in Mental Health* (15), S.71-87. DOI: 10.1080/18387357.2016.1237856.
- Kauer, S. D., Buhagiar, K., Blake, V., Cotton, S. & Sanci, L. (2017b): Facilitating mental health help-seeking by young adults with a dedicated online program: a feasibility study of Link. In: *BMJ Open* (7), S.e015303. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015303.
- Kinman, G., Jones, F. & Kinman, R. (2006): The Well-being of the UK Academy, 1998–2004. In: *Quality in Higher Education* (12), S.15-27. DOI: 10.1080/13538320600685081.

- Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Virtanen, M. & Siegrist, J. (2007): Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? In: *Occupational and environmental medicine* (64), S.659-665. DOI: 10.1136/oem.2006.031310.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Vaananen, A. & Vahtera, J. (2006): Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis. In: *Scand J Work Environ Health* (32), S.431-42. DOI: 10.5271/sjweh.1049.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001): The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. In: *Journal of general internal medicine* (16), S.606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kröger, C., Finger, F. & Wunsch, E.-M. (2014): Effektivität und Effizienz arbeitsplatzbezogener Psychotherapie. *Fehlzeiten-Report 2014*.
- Kruse, J. & Herzog, W. (2012): Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“, im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
- Kuper, H., Singh-Manoux, A., Siegrist, J. & Marmot, M. (2002): When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. In: *Occupational and environmental medicine* (59), S.777-784. DOI: 10.1136/oem.59.11.777.
- Kurioka, S., Inoue, A. & Tsutsumi, A. (2014): Optimum cut-off point of the Japanese short version of the effort-reward imbalance questionnaire. In: *J Occup Health* (55), S.340-8. DOI: 10.1539/joh.12-0235-0a.
- Larisch, M., Joksimovic, L., von dem Knesebeck, O., Starke, D. & Siegrist, J. (2003): Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome. In: *Psychother Psych Med* (53), S.223-228. DOI: 10.1055/s-2003-38867.
- Layard, R. (2016): The economics of mental health. In: *IZA World of Labor* (321). DOI: 10.15185/izawol.321.
- Lerner, D., Adler, D. A., Hong Chang, Leueen Lapitsky, Maggie Y. Hood, Carla Perissinotto, John Reed, Thomas J. McLaughlin, Ernst R. Berndt & William H. Rogers (2004): Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression. In: *Psychiatric Services* (55), S.1371-1378. DOI: 10.1176/appi.ps.55.12.1371.
- Li, J., Weigl, M., Glaser, J., Petru, R., Siegrist, J. & Angerer, P. (2013): Changes in psychosocial work environment and depressive symptoms: a prospective study in junior physicians. In: *Am J Ind Med* (56), S.1414-22. DOI: 10.1002/ajim.22246.
- Lohmann-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012 Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund/Berlin/Dresden Online verfügbar unter <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Gd68.html>, zuletzt geprüft am 10.05.2020
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Mussell, M., Schellberg, D. & Kroenke, K. (2008): Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional

impairment. In: *General Hospital Psychiatry* (30), S.191-199. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.01.001>.

- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002): Manual Komplettversion und Kurzform  
Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“, Pfizer, Karlsruhe
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Hofler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W. & Wittchen, H. U. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: *Int J Methods Psychiatr Res* (23), S.289-303. DOI: 10.1002/mpr.1438.
- Mark, G. & Smith, A. P. (2012): Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. In: *Anxiety, Stress, & Coping* (25), S.63-78. DOI: 10.1080/10615806.2010.548088.
- Mayer, D., Schmidt, H. & Hölzer, M. (2010): „Psychosomatische Sprechstunde“ und Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“. In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin : ASU* S.593.
- McEwen, B. S. & Stellar, E. (1993): Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. In: *Arch Intern Med* (153), S.2093-101.
- McGarry, J., McNicholas, F., Buckley, H., Kelly, B. D., Atkin, L. & Ross, N. (2008): The clinical effectiveness of a brief consultation and advisory approach compared to treatment as usual in child and adolescent mental health services. In: *Clin Child Psychol Psychiatry* (13), S.365-76. DOI: 10.1177/1359104508090600.
- Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Stiftung, B. (Hrsg.) Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-depression>, zuletzt geprüft am 10.05.2020
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R. & Moffitt, T. E. (2007): Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. In: *Psychological medicine* (37), S.1119-1129. DOI: 10.1017/S0033291707000414.
- Mitchell, A. J., Yadegarfar, M., Gill, J. & Stubbs, B. (2016): Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. In: *BJPsych Open* (2), S.127-138. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.001685.
- Morgan, K. S. (1992): Caucasian lesbians' use of psychotherapy. In: *Psychology of Women Quarterly* (16), S.130. DOI: 10.1111/j.1471-6402.1992.tb00244.x.
- Morton, A. (1995): The enigma of non-attendance: A study of clients who do not turn up for their first appointment. In: *Therapeutic Communities* (16), S.117-133.
- Msaouel, P., Keramaris, N. C., Apostolopoulos, A. P., Syrmos, N., Kappos, T., Tasoulis, A., Tripodaki, E. S., Kagiampaki, E., Lekkas, I. & Siegrist, J. (2012): The effort-reward

- imbalance questionnaire in Greek: translation, validation and psychometric properties in health professionals. In: *J Occup Health* (54), S.119-30. DOI: 10.1539/joh.11-0197-oa.
- Murstein, B. I. (1993): The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals. In: *The American Psychologist* (48), S.845.
- Ndjaboué, R., Brisson, C. & Vézina, M. (2012): Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. In: *Occupational and Environmental Medicine* (69), S.694-700. DOI: 10.1136/oemed-2011-100595.
- Niedhammer, I., Tek, M.-L., Starke, D. & Siegrist, J. (2004): Effort–reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. In: *Social Science & Medicine* (58), S.1531-1541. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00346-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00346-0).
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D. & Frings-Dresen, M. (2010): Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. In: *Occup Med (Lond)* (60), S.277-86. DOI: 10.1093/occmed/kqq081.
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., van der Feltz-Cornelis, C. M. & Bültmann, U. (2014): Interventions to improve return to work in depressed people. In: *Cochrane Database Syst Rev*, S.Cd006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.
- Nunnally, J. C. (1978): Psychometric theory, New York, NY u.a., McGraw-Hill. ISBN: 9780070474659
- OECD (2015): Fit Mind, Fit Job. OECD Publishing (Hrsg.) Paris. Online verfügbar unter <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264228283-en>, zuletzt geprüft am 10.05.2020
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N. & Gunnell, D. (2005): Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. In: *British Journal of Psychiatry* (186), S.297-301. DOI: 10.1192/bjp.186.4.297.
- Otto, O., Nikiel, A., Löffel, M. & Fischer, T. (2012): Erfolgreicher Umgang mit -betrieblichen Fehlzeiten: Praxisleitfaden für Personalverantwortliche, ABC Buchverlag. ISBN: 3938453230
- Pech, E. & Freude, G. (2010): Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) Dortmund. Online verfügbar unter <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fokus/artikel22.html>, zuletzt geprüft am 10.05.2020
- Petrowski, K., Hessel, A., Körner, A., Weidner, K., Brähler, E. & Hinz, A. (2014): Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. In: *Psychother Psych Med* (64), S.82-85. DOI: 10.1055/s-0033-1361155.
- Pignata, S., Winefield, A. H., Provis, C. & Boyd, C. M. (2016): Awareness of Stress-Reduction Interventions on Work Attitudes: The Impact of Tenure and Staff Group in Australian Universities. In: *Frontiers in Psychology* (7). DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01225.
- Pikhart, H., Bobak, M., Siegrist, J., Pajak, A., Rywik, S., Kyshegyi, J., Gostautas, A., Skodova, Z. & Marmot, M. (2001): Psychosocial work characteristics and self rated health in four

- post-communist countries. In: *Journal of epidemiology and community health* (55), S.624-630. DOI: 10.1136/jech.55.9.624.
- Preckel, D., Meinel, M., Kudielka, B. M., Haug, H.-J. & Fischer, J. E. (2007): Effort-reward-imbalance, overcommitment and self-reported health: Is it the interaction that matters? In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (80), S.91-107. DOI: 10.1348/096317905x80183.
- Preiser, C., Rothermund, E., Wittich, A., Gundel, H. & Rieger, M. A. (2016): Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and limitations of the services offered--results of a qualitative study. In: *Int Arch Occup Environ Health* (89), S.599-608. DOI: 10.1007/s00420-015-1098-y.
- Preiser, C., Wittich, A. & Rieger, M. A. (2015): [Psychosomatic Consultation in the Workplace--Description and Modelling of a New Health-Related Service]. In: *Gesundheitswesen* (77), S.e166-71. DOI: 10.1055/s-0034-1384611.
- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S. & Mueser, K. T. (2002): The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* (26), S.132-144. DOI: 10.2975/26.2002.132.144.
- Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz e.V. Externe Mitarbeiterberatung (EAP). Online verfügbar unter <https://www.psygesa.de/leistungen/externe-mitarbeiterberatung-eap/>, zuletzt geprüft am 23.04.2020.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O. & Kamtsiuris, P. (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (56). DOI: 10.1007/s00103-013-1665-x.
- Rau, R. & Henkel, D. (2013): Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen. Review der Datenlage. In: *Nervenarzt* (84), S.791-8. DOI: 10.1007/s00115-013-3743-6.
- Reifferscheid, A., Wege, N., Riesbeck, M. & Janssen, B. (2019): Return-to-Work after depression - evaluation of a retrospective case-control study of an operational integrated care model. In: *Fortschr Neurol Psychiatr* (87), S.121-127. DOI: 10.1055/s-0043-124593.
- Richmond, M. K., Pampel, F. C., Wood, R. C. & Nunes, A. P. (2017): The impact of employee assistance services on workplace outcomes: Results of a prospective, quasi-experimental study. In: *J Occup Health Psychol* (22), S.170-179. DOI: 10.1037/ocp0000018.
- Riecher-Rössler, A. (2000): Psychische Erkrankungen bei Frauen — einige Argumente für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (46), S.129-139.
- Rolstad, S., Adler, J. & Rydén, A. (2011): Response Burden and Questionnaire Length: Is Shorter Better? A Review and Meta-analysis. In: *Value in Health* (14), S.1101-1108. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.06.003>.
- Rommel, A., Bretschneider, J. & Kroll, L. (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale

Unterschiede. In: *Journal of Health Monitoring* (2 (4)), S.3-23. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2.

- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M. & et al. (1996): What works for whom? A critical review of psychotherapy research, New York, NY, US, Guilford Press. ISBN: 1-57230-125-2 (Hardcover)
- 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. (2014): Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext - Konzept und erste Daten. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (60), S.177-189.
- Rothermund, E., Gundel, H., Rottler, E., Holzer, M., Mayer, D., Rieger, M. & Kilian, R. (2016): Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. In: *BMC Public Health* (16), S.891. DOI: 10.1186/s12889-016-3567-y.
- Rothermund, E., Hölzer, M. & Wegewitz, U. (2018): Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Angebot mit Konsiliarcharakter. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* (19), S.50-54. DOI: 10.1055/a-0556-2632.
- Rothermund, E., Kilian, R., Balint, E. M., Rottler, E., von Wietersheim, J., Gündel, H. & Hölzer, M. (2019): Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (62), S.186-194. DOI: 10.1007/s00103-018-2869-x.
- Rothermund, E., Kilian, R., Hoelzer, M., Mayer, D., Mauss, D., Krueger, M., Rieger, M. A. & Guendel, H. (2012): "Psychosomatic consultation in the workplace": a new model of care at the interface of company-supported mental health care and consultation-liaison psychosomatics: design of a mixed methods implementation study. In: *BMC Public Health* (12), S.780. DOI: 10.1186/1471-2458-12-780.
- Rothermund, E., Kilian, R., Rottler, E., Mayer, D., Hölzer, M., Rieger, M. A. & Gündel, H. (2017): Improving Access to Mental Health Care by Delivering Psychotherapeutic Care in the Workplace: A Cross-Sectional Exploratory Trial. In: *PLOS ONE* (12), S.e0169559. DOI: 10.1371/journal.pone.0169559.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., de Graaf, R. & Stein, M. B. (2007): Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. In: *Psychiatr Serv* (58), S.357-64. DOI: 10.1176/ps.2007.58.3.357.
- Schmacke, N. (2012): Häufigkeit seelischer Erkrankungen Die Frage nach der „wahren“ Prävalenz ist kein akademischer Luxus. In: *G+G Wissenschaft* (12).
- Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2009): Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: a representative population survey applying the Theory of Planned Behaviour. In: *Psychological Medicine* (39), S.1855-1865. DOI: 10.1017/S0033291709005832.
- Sheeran, P., Aubrey, R. & Kellett, S. (2007): Increasing attendance for psychotherapy: Implementation intentions and the self-regulation of attendance-related negative affect.

- In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (75), S.853-863. DOI: 10.1037/0022-006X.75.6.853.
- Siegrist, J. (1996a): Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. In: *Journal of Occupational Health Psychology* (1), S.28. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.27.
- Siegrist, J. (1996b): Soziale Krisen und Gesundheit : eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, Göttingen u.a., Hogrefe, Verl. für Psychologie. ISBN: 3-8017-0673-7; 9783801706739
- Siegrist, J. (2002): Effort-reward imbalance at work and health. In: Pamela, L. P. & Daniel, C. G. (Hrsg.) *Historical and Current Perspectives on Stress and Health*. Emerald Group Publishing Limited.
- Siegrist, J. (2013a): Burn-out und Arbeitswelt. In: *Psychotherapeut* (58), S.110-116. DOI: 10.1007/s00278-013-0963-y.
- Siegrist, J. (2013b): Effort-reward imbalance at work and depression: current research evidence. In: *Nervenarzt* (84), S.33-7. DOI: 10.1007/s00115-012-3667-6.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* (51), S.305-12. DOI: 10.1007/s00103-008-0461-5.
- Siegrist, J., Li, J. & Montano, D. (2004): Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire,
- Siegrist, J., Li, J. & Montano, D. (2019): Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. Online verfügbar unter [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjK2aj2svTvAhX3hf0HHc\\_YC2EQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.uniklinik-duesseldorf.de%2Ffileadmin%2FFuer-Patienten-und-Besucher%2FKliniken-Zentren-Institute%2FInstitute%2FInstitut\\_fuer\\_Medizinische\\_Soziologie%2FDateien%2FERI%2FERI\\_Psychometric-New.pdf&usq=AOvVaw37e2nYsgysFWyeujQTGj9r](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjK2aj2svTvAhX3hf0HHc_YC2EQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.uniklinik-duesseldorf.de%2Ffileadmin%2FFuer-Patienten-und-Besucher%2FKliniken-Zentren-Institute%2FInstitute%2FInstitut_fuer_Medizinische_Soziologie%2FDateien%2FERI%2FERI_Psychometric-New.pdf&usq=AOvVaw37e2nYsgysFWyeujQTGj9r), zuletzt geprüft am 10.04.2021.
- Siegrist, J., Lunau, T., Wahrendorf, M. & Dragano, N. (2012): Depressive symptoms and psychosocial stress at work among older employees in three continents. In: *Globalization and health* (8), S.27-27. DOI: 10.1186/1744-8603-8-27.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (2004): Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. In: *Soc Sci Med* (58), S.1463-73. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00349-6.
- Siegrist, J. & Siegrist, K. (2014): Stresstheoretische Modelle arbeitsbedingter Erkrankungen. 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 ; Thema Jahrestagung DGAUM 2013*. Heidelberg u.a. Ecomed Medizin.
- Sielk, M., Altiner, A., Janssen, B., Becker, N., de Pilars, M. P. & Abholz, H. H. (2009): Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs' judgement. In: *Psychiatr Prax* (36), S.169-74. DOI: 10.1055/s-0028-1090150.

- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J. & Meyers, B. S. (2001): Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. In: *Psychiatr Serv* (52), S.1615-20. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1615.
- Smith, J. P., Tran, G. Q. & Thompson, R. D. (2008): Can the theory of planned behavior help explain men's psychological help-seeking? Evidence for a mediation effect and clinical implications. In: *Psychology of Men & Masculinity* (9), S.179-192. DOI: 10.1037/a0012158.
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Caldwell, T., Rodgers, B. & Power, C. (2008): Psychosocial work characteristics and anxiety and depressive disorders in midlife: the effects of prior psychological distress. In: *Occup Environ Med* (65), S.634-42. DOI: 10.1136/oem.2007.036640.
- Stansfeld, S. A., Shipley, M. J., Head, J. & Fuhrer, R. (2012): Repeated job strain and the risk of depression: longitudinal analyses from the Whitehall II study. In: *American journal of public health* (102), S.2360-2366. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300589.
- Statistisches Bundesamt (2019): Statistisches Jahrbuch 2019. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-gesundheit.html>, zuletzt geprüft am 21.04.2020.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2019): Depression und Arbeit. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-und-arbeit#Welchen%20Einfluss%20hat%20die%20Arbeit%20auf%20die%20Entstehung%20einer%20Depression?>, zuletzt geprüft am 10.05.2020.
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J. & Investigators, E. S. M. (2010): Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (45), S.153-63. DOI: 10.1007/s00127-009-0050-4.
- Theobald, A. (2017): Praxis Online-Marktforschung, Wiesbaden, Springer Fachmedien. ISBN: 978-3-658-10202-9
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I. & Hall, C. (2015): A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. In: *BMC Public Health* (15), S.738. DOI: 10.1186/s12889-015-1954-4.
- Theorell, T., Jood, K., Jarvholm, L. S., Vingard, E., Perk, J., Ostergren, P. O. & Hall, C. (2016): A systematic review of studies in the contributions of the work environment to ischaemic heart disease development. In: *Eur J Public Health* (26), S.470-7. DOI: 10.1093/eurpub/ckw025.
- Thompson, V. L. S., Bazile, A. & Akbar, M. (2004): African Americans' perceptions of psychotherapy and psychotherapists. In: *Professional Psychology-Research and Practice* (35), S.19-26. DOI: 10.1037/0735-7028.35.1.19.
- Thranberend, T., Hartge, F. & Fink, C. (2015): Spotlight Gesundheit. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit>, zuletzt geprüft am 10.05.2020

- Tijhuis, M. A. R. (1990): An orientation toward help-seeking for emotional problems. In: *Social Science and Medicine* (31), S.989. DOI: 10.1016/0277-9536(90)90108-5.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T. & Siegrist, J. (2001): Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. In: *Scand J Work Environ Health* (27), S.146-53. DOI: 10.5271/sjweh.602.
- UK Health and Safety Executive (1995): *Stress at work : a guide for employers*, HSE Books, 1995.
- Unger, H.-P. (2012): Folien zum Vortrag: Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung., 18.09.2012 Berlin, Bundesärztekammer
- van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H. & Schaufeli, W. (2005): Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. In: *Soc Sci Med* (60), S.1117-31. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.06.043.
- van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C., Franche, R. L., Boot, C. R. & Anema, J. R. (2015): Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. In: *Cochrane Database Syst Rev*, S.Cd006955. DOI: 10.1002/14651858.CD006955.pub3.
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W. E., Busse, J. W. & Kunz, R. (2017): Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. In: *Cochrane Database Syst Rev* (3), S.Cd011618. DOI: 10.1002/14651858.CD011618.pub2.
- Wang, J. (2004): Perceived work stress and major depressive episodes in a population of employed Canadians over 18 years old. In: *J Nerv Ment Dis* (192), S.160-3. DOI: 10.1097/01.nmd.0000110242.97744.bc.
- Wang, P. S., Arne L. Beck, Ph.D. , Pat Berglund, M.B.A. , David K. McKenas, M.D., M.P.H. , Nicolaas P. Pronk, Ph.D. , Gregory E. Simon, M.D., M.P.H. , and & Ronald C. Kessler, Ph.D. (2004a): Effects of Major Depression on Moment-in-Time Work Performance. In: *American Journal of Psychiatry* (161), S.1885-1891. DOI: 10.1176/ajp.161.10.1885.
- Wang, P. S., Berglund, P. A., Olfson, M. & Kessler, R. C. (2004b): Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. In: *Health Services Research* (39), S.393-415. DOI: DOI 10.1111/j.1475-6773.2004.00234.x.
- Wedegartner, F., Sittaro, N. A., Emrich, H. M. & Dietrich, D. E. (2007): Disability caused by affective disorders--what do the Federal German Health report data teach us? In: *Psychiatr Prax* (34 Suppl 3), S.S252-5. DOI: 10.1055/s-2007-970976.
- Wege, N., Dragano, N., Erbel, R., Jockel, K.-H., Moebus, S., Stang, A. & Siegrist, J. (2008): When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* (62), S.338-341. DOI: 10.1136/jech.2007.062315.
- Wege, N., Rothermund, E. & Janssen, B. (2013): Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke – Beispiele guter Praxis in Deutschland. 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.

- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B. & Bonde, J. P. (2005): Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce. In: *Scand J Work Environ Health* (31), S.343-51. DOI: 10.5271/sjweh.917.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tuchsén, F. & Bonde, J. P. (2006): Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. In: *J Epidemiol Community Health* (60), S.771-5. DOI: 10.1136/jech.2005.042986.
- Winefield, A. H. & Jarrett, R. (2001): Occupational Stress in University Staff. In: *International Journal of Stress Management* (8), S.285-298. DOI: 10.1023/a:1017513615819.
- World Health Organization (2008): Global Burden of Disease: 2004 update. Online verfügbar unter [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/), zuletzt geprüft am 10.05.2020
- World Health Organization (2018): Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva
- Yeh, C. J. (2002): Taiwanese students' gender, age, interdependent and independent self-construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help-seeking attitudes. In: *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* (8), S.29.

## 6 Anhang

### **Anhang 1            Einladung per E-Mail**

Einladung zur Umfrage zur Weiterentwicklung der Psychosomatischen Sprechstunde des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der HHU zum Beratungsangebot der Psychosomatischen Sprechstunde

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir bieten im Rahmen des Gesundheitsmanagements an der HSD in Kooperation mit dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Heinrich-Heine-Universität die Psychosomatische Sprechstunde für unsere Beschäftigten an.

Die Sprechstunde richtet sich an:

- Betroffene
  
- Kolleg\*innen, die im Umgang mit Betroffenen Rat suchen
  
- Führungskräfte, die im Umgang mit betroffenen Mitarbeiter\*innen Rat suchen

Wir bitten heute um Ihre Mithilfe im Rahmen einer kurzen Online-Befragung, um das Angebot an Ihre Bedürfnisse anzupassen und um Betroffenen eine optimale Unterstützung bieten zu können. In der Umfrage werden Sie allgemeine Fragen zum Angebot und zum persönlichen Bedarf beantworten. Die Teilnahme kann völlig anonym erfolgen. Genauere Informationen zum Schutz Ihrer Daten und zur Studie finden Sie im Anhang.

Die Umfrage wurde vom Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Heinrich-Heine-Universität konzipiert und wird im Rahmen der Doktorarbeit von Frau Reineke, Doktorandin des Instituts, durchgeführt und ausgewertet.

Wir würden uns freuen, wenn Sie an der Umfrage teilnehmen. Der Umfragezeitraum ist vom 01.06.2019 bis 30.09.2019.

Zur Umfrage: [Link zur Umfrage](#)

Für weitere Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

xxx

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## Anhang 2

## Studieninformationen



### Informationen zur Studie

„Umfrage des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der HHU zum Beratungsangebot der Psychosomatischen Sprechstunde“

### Warum machen wir diese Untersuchung?

Psychische Belastungen sind häufig und können nicht nur für die betroffene Person eine große Herausforderung darstellen, sondern auch für ihr Arbeitsumfeld. Oft dauert es lange, bis Betroffene trotz ausgeprägter Beschwerden eine angemessene Behandlung erhalten. Daher bietet die HSD die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSiB) an, wenn eine psychisch belastende Situation besteht oder erste Anzeichen psychischer Beschwerden auftreten. Alternativ oder ergänzend könnte auch Hilfe per Telefon oder Internet durch eine/n psychologische/n Psychotherapeutin/-therapeuten angeboten werden. Die Betroffenen können die Hilfe anonym und ohne das Wissen des Betriebs in Anspruch nehmen. Alles was besprochen wird, unterliegt der therapeutischen Schweigepflicht.

Mithilfe unseres Forschungsprojektes möchten wir gerne erfahren, ob Sie Bedarf für ein solches Angebot in Ihrem Betrieb sehen und wie ein solches Angebot gestaltet werden sollte. Darüber hinaus möchten wir Sie zu Ihrem Befinden und Ihren Arbeitsbedingungen befragen, um zu verstehen welches Angebot für welche Situation am besten passt. Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass das psychische Wohlbefinden von Beschäftigten bei Bedarf verbessert werden kann, indem leicht zugängliche vertrauliche Angebote geschaffen werden.

### Wie läuft die Untersuchung ab?

Über den Link oder QR-Code gelangen Sie zum Online-Fragebogen. Die Online-Befragung liegt auf den Servern des nach deutschem Datenschutzrechts zertifizierten Unternehmens *Questback*. Alle Angaben werden absolut vertraulich behandelt und werden direkt an das Institut für Arbeits-

, Sozial- und Umweltmedizin weitergeleitet. Die Daten werden nicht an Dritte (auch nicht an Ihren Arbeitgeber) weitergegeben.

Die wissenschaftliche Auswertung des Fragebogens erfolgt ausschließlich durch die Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin. Die Ergebnisse dieser Studie können in zukünftigen Forschungsvorhaben und Publikationen verwendet werden. Diese Veröffentlichungen werden keinerlei persönliche Daten enthalten, die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen.

Bevor Sie den Fragebogen beantworten können, gelangen Sie zur Einwilligungserklärung. Im Standardverfahren werden Sie nach Ihrem Namen, Vornamen und Geburtsdatum, einer Kontaktadresse sowie Ihrem Einverständnis gefragt, auch an einer späteren Nachfolgebefragung teilzunehmen. Alternativ können Sie dies ablehnen und den Fragebogen anonym ausfüllen.

Wenn Sie persönliche Daten angeben, werden diese Personendaten und die Antworten im Fragebogen in separaten Dateien gespeichert und können nur über eine Identifikationsnummer miteinander verknüpft werden (siehe unten: Datenschutz).

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und in der vorgegebenen Reihenfolge aus. Kreuzen Sie dabei jeweils diejenige Antwort an, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft und tun Sie dies ohne lange zu überlegen. Es gibt hierbei keine richtigen oder falschen Antworten - nur Ihre Meinung zählt. Machen Sie bitte bei jeder Frage nur ein Kreuz. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten wollen, können Sie die Frage auslassen; bedenken Sie dabei aber bitte, dass Sie durch das vollständige Ausfüllen die Aussagekraft der Befragung stärken.

#### Datenschutz

##### Möglichkeit 1) anonyme Teilnahme

Die Studiendaten werden anonym erhoben. Sie können an der Umfrage teilnehmen ohne Ihren Namen anzugeben. Die Ergebnisse dieses Forschungsprojekts werden in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht. Diese Veröffentlichungen werden keinerlei persönliche Daten enthalten, die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen.

##### Möglichkeit 2) pseudonymisierte Teilnahme

Im Anschluss an den Fragebogen werden Sie gefragt, ob wir Sie für weitere Forschungsprojekte zu psychischem Befinden und Hilfsangeboten im Betrieb noch einmal kontaktieren dürfen. Sollten Sie einverstanden sein, werden wir Ihre Kontaktdaten erfragen. Diese werden pseudonymisiert gespeichert. Das heißt, dass Ihr Fragebogen von Ihrem Namen und Ihren persönlichen Daten getrennt gespeichert wird. Sie können jederzeit und ohne Angabe von

Gründen Ihre Einwilligung in die Speicherung und Verwendung Ihrer Daten zurückziehen. Ihre Daten werden dann unverzüglich und endgültig gelöscht.

Wenn Sie Ihre Daten nicht angeben möchten, haben Sie die Möglichkeit anonym (s. oben) an der Befragung teilzunehmen.

Für Fragen oder weitere Informationen zum Projekt stehen Ihnen gerne (xxx) per E-Mail (xxx) oder per Telefon (xxx) zur Verfügung.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unseren Fragebogen auszufüllen.

Mit besten Grüßen

(xxx)

(Projektleiter)

(Projektkoordination)

(xxx)

## **Anhang 3                    Informationstext im Intranet**

Umfrage zur Weiterentwicklung der psychosomatischen Sprechstunde

Sehr geehrte Beschäftigte der HSD

Psychische Belastungen und Erkrankungen sind häufig. Für die betroffene Person stellen sie oft privat und im Arbeitsumfeld eine Herausforderung dar. Häufig dauert es lange, bis Betroffene eine angemessene Hilfe erhalten. Eine frühzeitige Beratung, und wenn erforderlich, frühzeitige psychotherapeutische Unterstützung kann sich positiv auf Krankheitsdauer und -verlauf auswirken

Was vielleicht nicht alle wissen: Seit 2018 besteht an der HSD in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Düsseldorf die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSiB). Eine Psychotherapeutin bietet Beratung in belastenden Situationen, bei ersten Anzeichen psychischer Beschwerden und Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Erkrankung an. Betroffene können das Angebot ohne Wissen des Arbeitgebers in Anspruch nehmen. Alles was besprochen wird, unterliegt der therapeutischen Schweigepflicht. Das Angebot soll für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen niederschweligen, schnellen Zugang zu Beratung und Unterstützung ermöglichen.

Warum führen wir eine Befragung/Untersuchung durch?

Wir möchten das Angebot verbessern und Ihren Bedürfnissen anpassen! In der Befragung geht es darum Ihre Wünsche an ein Unterstützungsangebot der HSD bei psychischen oder psychosomatischen Belastungen und Beschwerden zu erfassen. Darüber hinaus möchten wir Sie zu Ihrem Befinden und Ihren Arbeitsbedingungen befragen, um zu verstehen welches Angebot für welche Situation am besten passt. Die Ergebnisse der Umfrage werden wir nutzen, um die Sprechstunde individuell an Ihre Bedürfnisse als Beschäftigte der HSD anzupassen.

Wie läuft die Befragung/Untersuchung ab?

Ab Juni werden Sie per E-Mail zur Online-Befragung eingeladen. Die Online-Befragung liegt auf den Servern des nach deutschem Datenschutzrechts zertifizierten Unternehmens *Questback*. Alle Angaben werden absolut vertraulich behandelt und direkt an das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin weitergeleitet. Die Daten werden nicht an Dritte (auch nicht an Ihren Arbeitgeber) weitergegeben. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt ausschließlich durch die Projektmitarbeiter/-innen des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin. Die Ergebnisse dieser Studie können in zukünftigen Forschungsvorhaben und Publikationen verwendet werden.

Diese Veröffentlichungen werden keinerlei persönliche Daten enthalten, die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen.

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei Hilfsangebote für Beschäftigte in belastenden Situationen an der Hochschule Düsseldorf zu verbessern!

Für Fragen oder weitere Informationen zum Projekt steht Ihnen gerne xxx und xxx per E-Mail (xxx) oder per Telefon (xxx) zur Verfügung.

**Anhang 4**  
**Arbeit**

**Fragebogen *Bedarf an psychologischer Beratung bei der***

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu
1. Die HSD sollte für Beschäftigte in einer psychisch belastenden Situation professionelle psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unabhängig davon, ob Sie Bedarf sehen oder nicht

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu
2. Was sollte ein psychotherapeutisches Hilfsangebot an der HSD beinhalten?					
Diagnostik: Problemanalyse & Orientierung, ob und welche Hilfe notwendig ist ("Lotsengespräch"), ggf. Vermittlung von Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung: Psychotherapeutische Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es sollte beinhalten (Freitext):

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu
3. In welcher Form sollte psychotherapeutische Hilfe durch Ärzte/Ärztinnen oder Psychologen/Psychologinnen angeboten werden?					
als persönliches Einzelgespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
als Einzelgespräch am Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
als internetbasierter Dialog (z. B. audiovisuell, per Chat oder E-Mail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In Form von (hier ist Platz für Ihre Ideen und Anregungen ):

4. Wann sollte das Angebot zur Verfügung stehen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu
während der Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
außerhalb der Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn ein persönliches Gespräch angeboten wird, wo sollte dieses stattfinden?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu
in den Räumen der HSD (z. B. in den Räumlichkeiten des betriebsärztlichen Dienstes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Räumlichkeiten außerhalb der HSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich persönlich in einer psychisch belastenden Situation wäre, würde ich ein psychologisches Hilfsangebot der HSD in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich würde das Angebot in Anspruch nehmen für	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	teils-teils	stimme etwas zu	stimme völlig zu
berufliche Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
private Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nennen Sie hier bitte Ihre persönlichen Wünsche und Bedürfnisse:	<hr/>				

weitere Bemerkungen:

## Anhang 5

## Fragebogen zu soziodemographischen Angaben

1. Geschlecht:  weiblich  männlich
  
2. Alter:  
 ≤ 25 Jahre  
 26–35 Jahre  
 36–45 Jahre  
 46–55 Jahre  
 > 55 Jahre
  
3. Welchen Familienstand haben Sie?  
Ich bin verheiratet   
Ich bin in einer Partnerschaft   
Ich bin alleinstehend
  
4. Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?  
 noch in der Berufsausbildung  
 Lehre / Fachschule  
 Fachhochschule / Universität  
 ohne Berufsabschluss  
 sonstiger Abschluss

60. Jahrestagung der DGAUM in München | 2.-5. September 2020

# Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSiB)

## Eine Bedarfsanalyse zu psychischem Befinden und Hilfsangeboten im Betrieb

Franca Reinke, Gesine Mütting, Dr. Renate Schmoock, Dr. Britta Worringer, Professor Dr. Peter Angerer  
 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



### Hintergrund

- Psychische Erkrankungen machen 11,2 % der krankheitsbedingten Fehltag aus und sind der häufigste Grund für Berentung wegen geminderter Erwerbsfähigkeit <sup>1,2,3</sup>
- Nur ca. 50 % der Betroffenen erhalten eine Therapie <sup>4</sup>
- Die Wartezeiten für eine ambulante Richtlinienseeltherapie betragen ca. 20 Wochen <sup>5</sup>
- Studien zeigen: Beschäftigte nutzen psychotherapeutische Angebote am Arbeitsplatz und berichten eine hohe Nutzerzufriedenheit <sup>6,7,8</sup>

**Zielsetzung der vorliegenden Studie:**  
 Diese Studie untersucht den Bedarf an Hilfsangeboten im Betrieb und die Nutzungsabsicht der Beschäftigten, um zukünftige Angebote bedarfsgerecht gestalten zu können.

### Methode

- Erhebungszeitraum der Online-Fragebogenstudie: Mai bis September 2019
- Untersuchungsfeld: Beschäftigte der Hochschule Düsseldorf (785 Beschäftigte, Teilnehmer n = 155)  
 Stichprobenbeschreibung s. Tabelle. 1
- Messinstrumente: Fragebogen zu Bedarf, Nutzungsabsicht und Anforderungen an Gestaltung (13 Items), Patient-Health-Questionnaire (PHQ-9), Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen (Effort 3 Items, Reward 6 Items und deren Quotient „ERI-Ratio“), soziodemographischen Angaben (4 Items)
- Auswertung: deskriptive Häufigkeitsanalysen und multiple lineare Regressionsanalysen

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung, n = 155

Geschlecht	n	%	Alter [in Jahren]	n	%
weiblich	88	58,6	≤ 25 Jahre	7	4,5
männlich	60	38,7	26-35 Jahre	34	21,9
k. A.	7	4,5	36-45 Jahre	36	23,2
			46-55 Jahre	38	24,5
			≥ 55 Jahre	37	23,9
			k. A.	3	1,9

### Ergebnisse

#### wahrgenommener Bedarf - an einer Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb



#### Nutzungsabsicht der Beschäftigten

- 90 % möchten die PSiB in psychisch belastender Situation selbst nutzen
- 93 % für berufliche Belastungen
- 48 % für private Belastungen

#### Determinanten der Nutzungsabsicht

Determinanten	Beta	p
beruflich erbrachte Anstrengung (Effort)	0,2	<0,05
Alter	0,17	<0,05

Determinante	Beta	p
beruflich erbrachte Anstrengung (Effort)	0,16	0,07

Determinanten	Beta	p
weibliches Geschlecht	-0,19	<0,05
Depressivität (PHQ-9)	0,23	<0,05

• Für die Faktoren Bildungsabschluss und Familienstand wurde kein Einfluss auf die Nutzungsabsicht beobachtet.

#### Gestaltung der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb

Tabelle 2: Zustimmungswerte zur Gestaltung der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSiB)

Ort	Zeitpunkt	Form	Umfang
im Betrieb	51,4 % während der Arbeitszeit	70,0 % persönliches Gespräch	99,4 % Lotsengespräch mit Beratung
außerhalb des Betriebs	64,5 % außerhalb der Arbeitszeit	61,1 % Telefonat	48,0 % psychotherapeutische Behandlung
		32,2 % internetbasierter Dialog (E-Mail, Chat, audiovisuell)	59,9 %

**Fazit:**  
 → Beschäftigte bevorzugen das persönliche Gespräch.  
 → Um den Bedürfnissen der Beschäftigten zu entsprechen, sollte die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSiB) möglichst flexibel angeboten werden.

### Diskussion

- Die Ergebnisse können sich bisheriger Forschung zur PSiB anschließen: Beschäftigte akzeptieren und wünschen psychotherapeutische Hilfsangebote am Arbeitsplatz und beabsichtigen eine Inanspruchnahme. <sup>7,8, 9,10</sup>
- Limitationen: Mögliche Selektionseffekte können dazu beigetragen haben, dass häufiger Beschäftigte geantwortet haben, die Bedarf sehen und eine Nutzung beabsichtigen. Dies muss bei der Übertragung der Ergebnisse auf die Gesamtheit der Beschäftigten berücksichtigt werden.
- Es kann auf die minimale Anzahl potenzieller Nutzer/-innen geschlossen werden: 18 % aller Beschäftigten im untersuchten Betrieb sind potenzielle Nutzer/-innen – davon ausgehend, dass die 80 % die nicht teilgenommen haben, die PSiB weder wünschen noch nutzen möchten
- Weitere Forschung zum Einfluss von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz ist notwendig.

Kontakt: [Franca.Reinke@uni-duesseldorf.de](mailto:Franca.Reinke@uni-duesseldorf.de) Die Promotion im Rahmen des Projekts wird durch das Aktionsbündnis Arbeitsmedizin gefördert.  
 Alle Autoren bestätigen, dass keinerlei Interessenskonflikt vorliegt

Interessen  
 1. Jacobi, F. et al., Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Der Nervenarzt, 2014, 85 (1): p. 77-87.  
 2. Baurha, H., Schröder, K., Klose, M., & Jochheim, R. (2018, 2018). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.  
 3. Erreichbare Bevölkerungszahl, Statistik der Deutschen Bundesagentur für Arbeit, 2019 (Stand 2019), Berlin.  
 4. Grottel, W., et al., Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three secondary health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. Deutscher Arztschreib, 2013, 110 (17): p. 799-808.  
 5. Inanspruchnahme von psychischen Hilfsangeboten: Ein Überblick über die psychosomatische Sprechstunde. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 2016, 20(5): Berlin.  
 6. Angerer, P., Mütting, G., & Reinke, F. (2019). „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Erreichbarkeitsstelle“: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. ASU, 20(1): 106-110.  
 7. Rothermund, L. et al., „Psychosomatische Sprechstunde“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung: mental health care and consultation liaison psychosomatics: design of a pilot method. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2012, 12 (1): p. 780.  
 8. Rothermund, L., et al., „Psychosomatische Sprechstunde“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung: Case of the Hilti/Case A Case System. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017, 12 (1): p. 1054-1055.  
 9. Klose, C., T. Franke, and C. M. Wenzel, ERREICHBARKEIT UND NUTZUNG VON PSYCHOSOMATISCHEN Sprechstunden. In: Fortschritte der Psychiatrie, 2014, p. 209-216.  
 10. Möller, M., Psychische Gesundheit im Betrieb (PSiB) - Psychotherapie im Dialog, 2012, 3 (8): p. 32-35.

# DGAUM

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
ARBEITSMEDIZIN UND UMWELTMEDIZIN

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und  
Umweltmedizin e.V. verleiht

**Franca Reineke**

den

## **2. Preis**

im Rahmen des Nachwuchssymposiums der DGAUM  
für das Poster mit dem Titel „**Eine Bedarfsanalyse zur  
Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (PSiB)**“



Prof. Dr. med. Hans Drexler, Präsident  
München, 02. September 2020

# Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die an der Entstehung dieser Arbeit mitgewirkt haben.

Mein besonderer Dank gilt vor allem meinem Doktorvater Herrn Univ.-Prof. Dr. Peter Angerer, Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, für die hilfreiche Unterstützung sowie seine anregende Begleitung und Beratung bei der Entstehung dieser Arbeit. Ich möchte mich für die Möglichkeit bedanken in Ihrem Institut zum Thema psychische Gesundheit und Erkrankungen promovieren zu können.

Ganz besonders möchte ich Frau Gesine Mütting danken, die für mich zu jeder Zeit während der gesamten Entstehung dieser Arbeit eine einzigartige Betreuerin war. Mit ihrer fachärztlichen Kompetenz, ihrer Begeisterung für Ihre Tätigkeit als Betriebsärztin und ihrem niemals versiegenden Ideenstrom war sie mir eine große Stütze. Liebe Gesine, vielen Dank dafür.

Herzlich danken möchte ich Frau Dr. Renate Schmook und Frau Dr. Britta Worringer für die geduldige Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten. Danke, dass ihr stets ansprechbar wart und mir mit eurer praktischen Erfahrung zur Seite standet.

Ein Dank an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, die durch ihren Einsatz im Rahmen des Projektes die Erstellung dieser Doktorarbeit mit ermöglicht haben.

Ebenso möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Dezernats Personalmanagement und Kommunikation sowie Marketing der Hochschule Düsseldorf für die Unterstützung bei der Teilnehmerrekrutierung und die enge Zusammenarbeit in dieser Zeit danken.

Weiterhin gebührt dem „Aktionsbündnis Arbeitsmedizin zur Förderung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses“ Dank für die Förderung dieser Arbeit im Rahmen eines Promotionsstipendiums.

Zudem noch ein großes Dankeschön an die Beschäftigten der Hochschule Düsseldorf, die durch ihre Teilnahme an der Umfrage die Daten für diese Doktorarbeit geliefert haben.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Freundinnen Artheja Magathevan und Viola Zimmermann für unsere Freundschaft, die mich in den letzten Jahren bereichert und an vielen Stellen weitergebracht hat. Eure Anregungen bei dieser Arbeit waren mir eine große Hilfe.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mich mein ganzes bisheriges Leben lang unterstützt und mir mein Studium und vieles mehr ermöglicht haben. Ich möchte auf diesem Weg hervorheben, dass ihr mir bei der Erstellung dieser Arbeit durch die interessierte Anteilnahme eine große Stütze wart. Auch danken möchte ich meinem Bruder Lutz, für seine vielen hilfreichen Tipps.

