

Aus dem Institut der Arbeits- Sozial- und Umweltmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. med. Peter Angerer

Die psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz – Ein  
interprofessionelles Versorgungskonzept für psychisch  
beanspruchte Beschäftigte

Dissertation

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

vorgelegt von

Fiona Kohl

2023

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. Pentzek

**Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:**

Kohl F, Angerer P, Guthardt L, Weber J., (2022), Requirements for an electronic handover system for interprofessional collaboration between psychotherapists and occupational health professionals—a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1) 1-16.

Kohl F, Angerer P, Weber J., (2023), Employees' preferences on organisational aspects of psychotherapeutic consultation at work by occupational area, company size, requirement levels and supervisor function – a cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 23(1) 1-19.

Kohl, F., Müting, G., Reineke, F., Schmook, R., Angerer, P., (2023), Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie* (2023) 1-13

Kohl, F., Angerer P., Weber, J., (2023), Determinants of the intention to seek psychotherapeutic consultation at work—a cross-sectional study in Germany. Akzeptiert zur Veröffentlichung in *BMC Public Health*.

## **Zusammenfassung**

Die psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A) ermöglicht psychisch beanspruchten Beschäftigten trotz langer Wartezeiten in der Regelversorgung einen kurzfristigen und niedrigschwiligen Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung. Außerdem fördert sie eine umfassende Behandlung durch die Zusammenarbeit von Psychotherapeut:innen und betrieblichen Gesundheitsfachkräften. In der Praxis zeigen sich jedoch geringe Nutzungsquoten der PT-A und einige Hindernisse in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese Dissertation untersucht daher die Gestaltung der PT-A gemäß den Präferenzen der Beschäftigten, den Determinanten zur Nutzungsabsicht und Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Das Promotionsprojekt umfasst zwei quantitative Fragebogenstudien und eine qualitative Studie. Die quantitativen Studien befragten zur Nutzungsabsicht und den Präferenzen der PT-A zum einen Beschäftigte einer deutschen Hochschule mit vorhandener PT-A (Studie 1) und zum anderen Beschäftigte aus verschiedenen Betrieben (Studie 2). In der qualitativen Studie wurden inhaltliche und funktionelle Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem mithilfe von videobasierte interprofessionellen Fokusgruppeninterviews mit Psychotherapeut:innen, Betriebsärzt:innen und Mitglieder:innen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) durchgeführt.

Die Nutzungsabsicht der PT-A war in beiden quantitativen Studien insbesondere für berufliche Belastungen sehr hoch. Eine persönliche Durchführung außerhalb des Betriebsgeländes wurde bevorzugt. In Studie 2 favorisierten die Teilnehmenden eine Diagnostik und Behandlungssitzungen, während in Studie 1 eine reine Diagnostik bevorzugt wurde. Die Determinanten variierten zwischen den Studien sowie nach Zweck der Nutzungsabsicht und ob Beschäftigte aktuell positiv oder negativ auf eine Depression getestet wurden. Signifikante Zusammenhänge ergaben sich für Alter, Geschlecht, psychisches Wohlbefinden/Schweregrad der Depression, berufliche Anstrengung, stigmabezogene Barrieren und vorherige Behandlungserfahrung. In der qualitativen Studie wünschten sich die betrieblichen Akteur:innen Informationen zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und Psychotherapeut:innen Informationen zur Arbeitsplatzbeschreibung. Datenschutz und Kommunikationsfunktionen standen bei den funktionalen Anforderungen im Fokus. Kontrovers diskutiert wurde die Einbeziehung von BEM Mitglieder:innen.

Die Ergebnisse liefern wichtige Einblicke für die praktische Umsetzung einer PT-A. Außerdem lassen sich Hinweise für Maßnahmen, wie Antistigmakampagnen und zielgruppenspezifischen Werbemaßnahmen ableiten. Die Anforderungen für den elektronischen Informationsaustausch könnten in bereits implementierte Systeme wie der elektronischen Patientenakte (ePA) integriert werden.

## Summary

Psychotherapeutic consultation at work (PT-A) provides employees with clinical or subclinical symptoms of mental illness a low-threshold and short-term access to psychotherapeutic support, overcoming long waiting times in regular care. It further promotes comprehensive treatment through collaboration between psychotherapists and occupational health professionals. However, low utilisation rates of PT-A and practical barriers to interprofessional collaboration are evident. Therefore, this dissertation investigates employees' preferences on different implementation options of PT-A, determinants of intention to seek PT-A and requirements for an electronic handover system to enhance interprofessional collaboration.

This dissertation consisted of two quantitative studies based on questionnaires and one qualitative study. The quantitative studies surveyed the intention to seek PT-A and preferences for implementation of PT-A, targeting employees from a German university with an implemented PT-A (study 1) and employees from various companies (study 2). The qualitative study involved video-based interprofessional focus groups with psychotherapists, occupational physicians and members of the company integration management to measure content-related and functional requirements on an electronic handover system.

The intention to seek PT-A was very high, especially for occupational burden. Employees preferred conduction of sessions in person and outside company premises. In study 2, participants favoured diagnostics with treatment sessions, while participants of study 1 favoured diagnostics only. Determinants varied between both studies and depended on the purposes of intention to seek PT-A and whether employees were screened positive or negative for current depression. Significant associations were found for age, gender, psychological well-being/severity of depression, work-related effort, stigma-related barriers and previous treatment experience. In the qualitative study, occupational health professionals stated that they wish information to assess employees' work ability, while psychotherapists would like to receive information on description of employees' workplace. Data privacy and communication functions were identified as central functional requirements. The involvement of members of the company integration management in an electronic handover system was discussed controversially.

The findings support practical implementation of PT-A and electronic information exchange between psychotherapists and occupational physicians. Recommendations for antistigma campaigns and targeted-specific advertising can be derived from the determinants of the intention to seek PT-A. The requirements for electronic information exchange could be integrated into already existing systems like electronic health records.

## **Abkürzungsverzeichnis**

<b>BEM</b>	Betriebliches Eingliederungsmanagement
<b>EAP</b>	Employee assistance program
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung
<b>PSC</b>	Psychosocial Safety Climate
<b>PT-A</b>	Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Ergebnisse der quantitativen Studien zu den Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A.....	21
---	----

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Einführung.....	1
1.2	Sozioökonomische Auswirkungen von psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten .....	2
1.3	Versorgungssituation psychischer Erkrankungen .....	3
1.4	Interaktion zwischen der Arbeitswelt und der psychischen Gesundheit von Beschäftigten .....	5
1.4.1	Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz .....	8
1.5	Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Behandlung psychisch beanspruchter Beschäftigter .....	11
1.5.1	(Digitale) Lösungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit .....	13
1.6	Ziele der Arbeit.....	14
2	Publikationen.....	16
2.1	Kohl, F., Angerer, P., Guthardt, L., Weber, J., (2022), Requirements for an electronic handover system for interprofessional collaboration between psychotherapists and occupational health professionals–a qualitative study. BMC Health Services Research, 22(1) 1-16.....	16
2.2	Kohl, F., Angerer, P., Weber J., (2023), Employees' preferences on organisational aspects of psychotherapeutic consultation at work by occupational area, company size, requirement levels and supervisor function – a cross-sectional study in Germany. BMC Public Health, 23(1) 1-19.....	17
2.3	Kohl, F., Müting, G., Reineke, F., Schmook, R., Angerer, P., (2023), Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie (2023) 1-13 .....	18
2.4	Kohl, F., Angerer P., Weber, J., (2023), Determinants of the intention to seek psychotherapeutic consultation at work-a cross-sectional study in Germany. Akzeptiert zur Publikation in BMC Public Health.....	19
3	Diskussion.....	20
3.1	Zusammenfassung der Studienergebnisse .....	20
3.2	Bedarf sowie Präferenzen von Beschäftigten hinsichtlich der Gestaltung einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A).....	22
3.3	Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A.....	25
3.4	Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem.....	29
3.4.1	Inhaltliche Anforderungen .....	29
3.4.2	Funktionale Anforderungen .....	30
3.4.3	Die Rolle von Mitglieder:innen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in einem elektronischen Informationssystem .....	32
3.5	Stärken und Limitationen.....	32
3.6	Implikationen.....	37



3.6.1	Implikationen der quantitativen Erhebung zu den Gestaltungspräferenzen und Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A.....	37
3.6.2	Implikationen der qualitativen Erhebung zu den Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem .....	41
3.7	Schlussfolgerungen.....	42
	Literaturverzeichnis .....	44

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung

Aufgrund ihrer hohen Prävalenz stellen psychische Erkrankungen weltweit eine große Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar (1). Im Jahr 2019 lebten schätzungsweise 970 Millionen Menschen weltweit mit einer psychischen Erkrankung (2). Dabei gehörten Depressionen und Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, welche im internationalen Sprachraum als „Common mental disorders“ bezeichnet werden (2, 3). Durch die weltweite Covid-19 Pandemie nahmen die Zahlen im Jahr 2020 für schwere Depressionen (major depression) um 28% und für Angststörungen um 26% zu (4). Dabei stieg die Prävalenz beider Erkrankungen insbesondere in Ländern, die durch die Pandemie stark betroffen waren, sowie bei Frauen stärker als bei Männern (4). Für die Betroffenen bedeuten solche psychischen Störungen häufig einen hohen Leidensdruck, der nicht nur den privaten Alltag bestimmt, sondern auch enorme Auswirkungen auf das Arbeitsleben hat (5). Verschiedene Untersuchungen zeigten, dass etwa ein Drittel der Beschäftigten aktuell Symptome einer mittelschweren oder schweren psychischen Störung aufweisen (6, 7).

Nur ein geringer Anteil an Personen, die an einer psychischen Störung leiden, erhält eine adäquate Behandlung (8). Lediglich 35% der betroffenen Personen suchen sich bei Vorliegen psychischer Beanspruchungen sofort Unterstützung, während der restliche Anteil im Durchschnitt 30 Monate wartet (9). Doch auch wenn diese Personen eine psychotherapeutische Unterstützung suchen, müssen sie häufig eine Vielzahl an Psychotherapeut:innen kontaktieren, um Termine vereinbaren zu können (9) und anschließend teilweise monatelang auf einen Therapieplatz warten (10).

Vor diesem Hintergrund wurde die psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A) entwickelt (11). Diese soll einerseits die Wartezeiten in der Regelversorgung überbrücken und andererseits einen niedrighwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung bieten. Zudem zielt sie darauf ab, arbeitsbezogene Aspekte einzubeziehen und die Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Psychotherapeut:innen und den betrieblichen Akteur:innen zu unterstützen, um eine umfassende psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten (11).

Bei diesem Konzept handelt es sich um ein noch junges Angebot, das erst in einer geringen Anzahl an Betrieben umgesetzt wird. Für eine erfolgreiche Implementierung eines solchen Konzeptes ist es elementar, den Bedarf unter der Zielgruppe abzuschätzen sowie die Präferenzen zur Gestaltung zu ermitteln, damit diese auch entsprechend in Anspruch genommen wird (12). Da bisherige Erfahrungen aus der

praktischen Umsetzung sehr geringe Nutzungsraten zeigen (13), ist es fraglich, ob die PT-A die Bedürfnisse der Beschäftigten abdeckt und ob sie so gestaltet ist, dass diese auch Gebrauch davon machen würden. Um die Intention zur Nutzung einer PT-A sowie die Anforderungen an deren Gestaltung zu verstehen, liegt in dieser Dissertation ein Schwerpunkt auf diesen Themen.

Ein weiterer Fokus liegt auf der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den im Rahmen der PT-A involvierten Gesundheitsfachkräften in der Psychotherapie sowie in den beteiligten Betrieben. Trotz der vielfach betonten Bedeutung dieser Kooperation (1, 14), gestaltet sich ihre erfolgreiche Umsetzung aufgrund verschiedener Herausforderungen schwierig (15-17). (Digitale) Lösungen zur Erleichterung des Informationsaustausches werden daher empfohlen (17). Deshalb stellen diese Aspekte einen zweiten Schwerpunkt dieser Dissertation dar.

## **1.2 Sozioökonomische Auswirkungen von psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten**

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur das Wohlbefinden der Betroffenen, sondern verursachen auch erhebliche Kosten in der (Sozial-)Wirtschaft. Neben den direkten Kosten für Behandlungen spielen vor allem lange Ausfallzeiten bei der Arbeit und eine verminderte Produktivität am Arbeitsplatz (1). Nach Schätzungen aus dem Jahr 2019 belaufen sich die weltweiten Kosten psychischer Erkrankungen unter Berücksichtigung der Kaufkraftparität auf 4,8 – 10,6 Billionen US\$ (18).

Zur Berechnung solcher Kosten werden in der Literatur verschiedene Methoden verwendet (18, 19). Das World Economic Forum berücksichtigt beispielsweise dabei den Ansatz der Krankheitskosten, welche sich aus der Summe der direkten und indirekten Kosten ergeben (19). Das umfasst persönliche medizinische und nicht medizinische Kosten für Diagnose, Behandlung, Medikamente und Transportkosten sowie nicht-persönliche Kosten, die sich zum Beispiel durch Einkommensverlusten ergeben. Teilweise werden auch Kosten, die durch Schmerz und Leid verursacht werden, berücksichtigt (19). Ein zweiter Ansatz stellt der Wert des Produktionsausfalls dar (19). Bei diesem Ansatz werden die Auswirkungen der Erkrankungen auf die gesamtwirtschaftliche Produktion (Bruttoinlandsprodukt (BIP)) berechnet. Dabei zeigt sich, dass psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 35% den größten Anteil am Produktionsausfall haben (19). Dabei tragen Länder mit hohem Einkommen die absolut höchste Last an Produktionsausfällen. In Deutschland sind psychische Erkrankungen die mit Abstand häufigste Ursache für eine krankheitsbedingte Erwerbsminderungsrente (20). Dabei beträgt der Anteil bei den Frauen 46% und bei den Männern 29%. Weitere

Produktionsverluste entstehen durch lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und verminderte Produktivität am Arbeitsplatz (21).

### **1.3 Versorgungssituation psychischer Erkrankungen**

Weltweit existiert eine große Lücke zwischen der Prävalenz psychischer Erkrankungen und ihrer Behandlung (8, 22-25). Nur ungefähr ein Drittel der Personen mit einer schweren Depression oder Angststörung erhalten eine professionelle Behandlung (8, 22). Dabei ist der Anteil der Personen, die für ihre Erkrankung eine adäquate Behandlung erhalten, deutlich geringer (22-24). Ein Hindernis zur Behandlung stellen unter anderem finanzielle Aspekte dar (26, 27). Während in über 90% der Länder mit hohem oder mittlerem Einkommensniveau die Behandlung psychischer Erkrankungen über die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt wird, geschieht dieses in Ländern mit geringem Einkommensniveau nur bei einem Drittel (1, 22). Doch auch in Ländern mit hohem Einkommensniveau liegt die Behandlungsrate von schweren Depression sowie Angststörungen bei rund einem Drittel (8, 23, 25).

Bekannt ist, dass der Schweregrad der psychischen Symptome (z.B. depressive Symptome) und ein geringeres psychisches Wohlbefinden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden sind, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen (28-31). Weiterhin suchen Personen, die bereits eine Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen haben, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erneut eine Behandlung bei vorliegenden psychischen Symptomen auf (31)

Vorherige Studien konnten außerdem zeigen, dass einige soziodemographische Faktoren mit der Nutzung von Behandlungsangeboten für psychische Störungen im Zusammenhang stehen (8, 28). Demnach belegen Studien in Deutschland und im internationalen Vergleich, dass Frauen, Personen mittleren Alters und Personen, die bereits früher wegen einer psychischen Erkrankung behandelt wurden, häufiger eine Behandlung in Anspruch nehmen (8, 28, 31, 32). Es ist zwar bekannt, dass ein niedrigeres Bildungsniveau mit einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergeht (1, 33), doch gibt es keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme von Behandlungen und der Bildung (28, 31). In einer bundesweiten Befragung der erwachsenen Bevölkerung durch das Robert Koch-Institut wurde festgestellt, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, der sich aus den drei Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen zusammensetzt, häufiger professionelle Behandlungen für psychische Erkrankungen aufsuchen (8). Inwiefern bildungsbezogene Informationen im Kontext des Berufes eines Beschäftigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen steht, ist noch unklar. Die Bundesagentur für Arbeit hat eine Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

entwickelt, in der unter anderem die Komplexität eines Berufs unter Berücksichtigung der Ausbildungsjahre abgebildet wird, das sogenannte Anforderungsniveau (34, 35).

Hindernisse für eine geringe Inanspruchnahme professioneller Angebote zur Behandlung psychischer Störungen wurden bereits in einer Vielzahl an Studien untersucht (28, 36, 37). Studien unterscheiden häufig zwischen einstellungsbezogenen bzw. personenbezogenen Hindernissen und strukturellen Hindernissen (26, 38). Zu den häufigsten personenbezogenen Hindernissen zählt die Angst vor einer Stigmatisierung (28, 39, 40). Betroffene fürchten sich, von der Öffentlichkeit aufgrund ihrer Erkrankung diskriminiert zu werden und scheuen deshalb eine Behandlung aufzusuchen (39, 41). Teilweise verinnerlichen betroffene Personen solche negativen Botschaften und wenden sie auf sich selbst an, was als Selbststigma oder verinnerlichtes Stigma bezeichnet wird (41, 42). Als Folge ziehen es viele Menschen vor, die psychischen Belastungen zu erleiden anstelle eine Behandlung aufzusuchen, um sich dieser Stigmatisierung nicht auszusetzen (1). Die Angst vor Stigmatisierung kann im Zusammenhang mit dem eigenen wahrgenommenen Bedarf einer Behandlung stehen (43) und mit der Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung aufzusuchen (28, 38). Darüber hinaus hat eine Studie gezeigt, dass der häufigste Grund dafür, sich nicht in Behandlung zu begeben, bei denjenigen, die ihren eigenen Behandlungsbedarf sehen, der Wunsch ist, das Problem selbst in den Griff zu bekommen (26).

Als strukturelle Hindernisse werden häufig eine Unwissenheit darüber, wo professionelle Hilfe zu finden ist, Transportprobleme sowie eine zu geringe Verfügbarkeit von Behandlungen (z.B. lange Wartezeiten) angegeben (28, 36, 44). Während in Ländern, in denen die psychotherapeutische Behandlung nicht vollständig durch die eigene Krankenversicherung abgedeckt wird, finanzielle Aspekte eine große Rolle spielen, (1, 44), ist in Deutschland die Behandlung psychischer Erkrankungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgedeckt (45). Voraussetzung dafür ist, dass die betroffene (versicherte) Person eine klinisch relevante psychische Störung nach der §27 Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses hat (z.B. Angststörungen) (46). Ausgeführt werden dürfen diese Behandlungen von ärztlichen Psychotherapeut:innen, psychologische Psychotherapeut:innen oder Fachärzt:innen für Psychiatrie/Psychotherapie oder Psychosomatik/Psychotherapie (47). Dennoch zeigen sich in dieser psychotherapeutischen Versorgung einige Mängel in Form von langen Wartezeiten, die für betroffene Personen strukturelle Hindernisse darstellen (10, 48). Während eine Versichertenbefragung des GKV Spitzenverbandes ergab, dass rund 70% der Befragten innerhalb von 14 Tagen nach dem Erstgespräch eine therapeutische Behandlung aufnehmen konnte (49), zeigen Untersuchungen der

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) deutlich längere Wartezeiten (48). Im Jahr 2017 betrug die Wartezeit zwischen der ersten Anfrage und dem ersten Termin einer Richtlinienpsychotherapie ungefähr fünf Monate (48). Diese Wartezeit wird ebenfalls von einer weiteren Studie bestätigt, die 1548 Patient:innen aus acht Praxen und einer Ausbildungsambulanz aus den Jahren 2016 bis 2018 analysierten (10). Neuere Ergebnisse liefern Ergebnisse einer Patient:innenanfrage während der Corona-Pandemie aus dem Jahr 2021. Dort wurde festgestellt, dass 67% der Personen sechs Monate oder noch länger auf einen Behandlungsplatz warten (50). Ungefähr 11 Prozent der in Deutschland versicherten Personen sind privat versichert und gehören somit nicht zur GKV (51). In der Privaten Krankenversicherung (PKV) sind die Wartezeiten vergleichsweise kürzer, da zwar ebenso wie GKV Versicherte die Hälfte auch länger als einen Monat auf ein Erstgespräch warten muss, danach die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz jedoch geringer ausfällt (50).

Aufgrund der Vielzahl von persönlichen Barrieren, wie Angst vor Stigmatisierung, und strukturellen Barrieren, insbesondere langen Wartezeiten, werden frühzeitige und niedrigschwellige Versorgungsangebote empfohlen, um einen frühzeitigen Zugang zur Behandlung zu ermöglichen und das Risiko einer Chronifizierung zu verringern (8).

#### **1.4 Interaktion zwischen der Arbeitswelt und der psychischen Gesundheit von Beschäftigten**

Der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Arbeitswelt lässt sich nicht nur an den Kosten bemessen, die durch Arbeitsunfähigkeit und Produktionsausfälle entstehen (18, 19). Arbeit kann mit einer Vielzahl an Belastungen einhergehen, die die psychische Gesundheit gefährden (52) und im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen wie Depressionen oder Burnout stehen (53-55). Dazu zählen beispielsweise eine hohe Arbeitsbelastung, Überstunden, geringe Mitspracherechte bei der Arbeit oder Arbeitsplatzunsicherheit (56-60).

Mittlerweile existiert eine Vielzahl an Instrumenten, um Belastungen am Arbeitsplatz zu messen, die die psychische Gesundheit von Beschäftigten gefährden (61-63). Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise (engl. Effort-Reward-Imbalance Modell (ERI)) erklärt die Entstehung von chronischen Arbeitsstress durch ein Ungleichgewicht aus beruflicher Anstrengung (effort) und erhaltener Belohnung (reward) (61). Beschäftigte, die einem solchen Ungleichgewicht ausgesetzt sind, haben ein erhöhtes Risiko für eine depressive Störung (55).

Die Häufigkeit von psychischen Beanspruchungen und Erkrankungen und den damit verbundenen Arbeitsunfähigkeiten ist in unterschiedlichen Berufsbranchen verschieden

ausgeprägt (64, 65). Demnach sind Beschäftigte, die in Berufen mit regelmäßigen Kundenkontakt stehen, wie z.B. in der Kundenbetreuung, besonders häufig von psychischen Störungen betroffen (64, 66). Weiterhin zeigte sich in einem Bericht über die Fehlzeiten im Jahr 2022 unter Mitglieder:innen der AOK Krankenkasse, dass Beschäftigte in Pflegeberufen im Vergleich zu anderen Berufsbranchen überdurchschnittlich häufig aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig waren (65). Außerdem waren Beschäftigte mit einer Führungsposition innerhalb vieler Branchen häufiger betroffen als Beschäftigte ohne Führungsposition (65).

Aufgrund dieser engen Vernetzung aus Arbeit und der psychischen Gesundheit gibt es bereits zahlreiche Interventionen, um die Belastungen zu verringern und die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten oder wiederherzustellen (67). Solche Interventionen werden ebenfalls in den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur mentalen Gesundheit bei der Arbeit empfohlen (68). Weiterhin existiert in Deutschland eine gesetzliche Verankerung im §5 Absatz 6 des Arbeitsschutzgesetzes, der festlegt, dass Arbeitgeber:innen dazu verpflichtet sind, psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu erfassen, zu analysieren und Maßnahmen zur Prävention und Schutz der Beschäftigten umzusetzen (69). Weiterhin sieht §20b des fünften Buches im Sozialgesetzbuch (SGB V) vor, dass Krankenkassen in Kooperation mit den Verantwortlichen des Betriebes sowie mit Betriebsärzt:innen und Fachkräften für Arbeitssicherheit zusammen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere im Rahmen des Aufbaus und Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen fördern sollen (70).

Neben den wirtschaftlichen und gesundheitlichen Vorteilen für die Beschäftigten, die durch den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die Reduzierung von Symptomen entstehen, profitieren auch Arbeitgeber:innen von gesundheitsfördernden Interventionen für die psychische Gesundheit der Beschäftigten (71, 72). Eine Evaluation des „employee assistance program (EAP)“, einer beratenden Intervention für psychisch beanspruchte Beschäftigte, konnte zum einen zeigen, dass sich nach Teilnahme an der Intervention der Schweregrad der Symptomatik für Depressionen und Angststörungen um rund 45% reduziert hat und die Produktivität bei der Arbeit um 15% gestiegen ist (72). Zum anderen wurden neben einer Kostenreduzierung für die Sozialversicherung durch Verringerung des Behandlungsbedarfes erhebliche Kosteneinsparungen durch Steigerung der Arbeitsproduktivität der Beschäftigten in Höhe von 1433€ pro Beratungsfall für den Arbeitgeber geschätzt (72). Diese Erkenntnisse werden auch durch eine Studie mit zehn Betrieben aus Kanada gestützt, die feststellten, dass sich eine Investition in betriebliche

Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit innerhalb von drei Jahren auszahlt (73).

Bei der Implementierung von betrieblichen Gesundheitsangeboten für die psychische Gesundheit von Beschäftigten zeigen sich jedoch einige Schwierigkeiten. Stigmatisierung spielt auch bei der Inanspruchnahme von solchen Angeboten unter Beschäftigten eine große Rolle (39, 74). Beschäftigte scheuen, ihre psychische Erkrankung offen zu legen aus Bedenken, als weniger kompetent angesehen zu werden oder ihre Karriere dadurch zu beeinträchtigen (39, 74). Ein positives Arbeitsklima, das sich unter anderem durch die positive Einstellung von Seiten der Geschäftsführung, Vorgesetzten und Arbeitskolleg:innen hinsichtlich der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen zeigt, kann die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von professioneller Behandlung erhöhen (39, 75, 76). In diesem Zusammenhang stellt ein Instrument zur Erfassung der Handlungsbereitschaft von organisationaler Ebene des Betriebes zum Schutz der psychischen Gesundheit der Beschäftigten das „Psychosocial Safety Climate (PSC)“ dar (77). Der PSC steht unter anderem über die Arbeitsbedingungen und emotionale Erschöpfung mit der Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten im Zusammenhang (78).

Aus vorherigen Untersuchungen ist außerdem bekannt, dass die Betriebsgröße eine große Rolle bei der Implementierung von Gesundheitsangeboten spielt (79-81). Demnach profitieren insbesondere Beschäftigte von größeren Betrieben im Vergleich zu mittelgroßen und kleinen Betrieben von verschiedenen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung (z.B. Förderung des psychischen Wohlbefindens) (79, 81). Als Hindernisse werden von kleineren Betrieben häufig ein Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen für die Umsetzung solcher Maßnahmen angegeben (80, 81). Weiterhin geben Beschäftigte aus kleineren Betrieben häufiger als Beschäftigte aus größeren Betrieben an, dass sie denken, gesundheitsfördernde Maßnahmen würden nicht an den Arbeitsplatz gehören (79). In einer weiteren Studie gaben Arbeitgeber:innen aus kleineren Betrieben hingegen an, dass sie bereit zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen wären, wenn diese den Betrieben kostenfrei, mit einer genauen Anleitung sowie Ressourcen zur Durchführung bereitgestellt werden würden (82).

Weiterhin scheint auch die Betriebsbranche bzw. die damit einhergehenden spezifischen Arbeitsplatzgestaltungen bei der Implementierung von Gesundheitsangeboten von Bedeutung zu sein (83). Beispielsweise arbeiten in einigen Branchen Beschäftigte häufig an verschiedenen Standorten verteilt (z.B. Transportsektor) oder zu unterschiedlichen



Zeiten (z.B. Schichtbetrieb), was die Umsetzung von betrieblichen Gesundheitsangeboten erschweren kann (83).

#### **1.4.1 Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz**

Vor dem Hintergrund der Defizite in der Regelversorgung, die sich insbesondere in den langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz zeigen (10), sowie der Empfehlung, niedrigschwellige Angebote zur Früherkennung und Behandlung zu implementieren (8), wurde die psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A) entwickelt (11).

Die PT-A ist ein psychotherapeutisches Angebot, das psychisch beanspruchten Beschäftigten kurzfristig Zugang zu einer psychotherapeutischen Diagnostik bietet (11). Weiterhin können weiterführende präventive Sitzungen bei subklinischen Symptomen oder eine Kurzzeit-Psychotherapie bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung angeboten werden (11). Dieses Angebot wird in Kooperation mit Betrieben umgesetzt (12). Die Diagnostik und Sitzungen werden von psychologischen Psychotherapeut:innen oder Fachärzt:innen für Psychosomatik bzw. Psychiatrie durchgeführt (84), die häufig nicht bei den Betrieben angestellt sind, aber gegebenenfalls von diesen finanziert werden (12). Weitere Finanzierungsmöglichkeiten der PT-A über beispielsweise die GKV sind noch in der Diskussion, da die Wirksamkeit der PT-A noch in einer aktuell laufenden randomisiert kontrollierten Studie untersucht wird (11). Ziel der PT-A ist es, die Wartezeit bis zum Beginn einer Behandlung in der Regelversorgung zu überbrücken und Symptome einer psychischen Beanspruchung zu lindern, um eine Arbeitsunfähigkeit zu verhindern bzw. bei bestehender Arbeitsunfähigkeit die Rückkehr zum Arbeitsplatz zu verkürzen (11). Dafür basiert die PT-A auf vier Säulen (1) frühzeitige Prävention, (2) frühzeitige Behandlung, (3) Einbezug arbeitsbezogener Faktoren und (4) interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den involvierten Akteur:innen zur Versorgung des Beschäftigten (11).

Der Aspekt der Prävention wird im Rahmen der PT-A verfolgt, indem sie zu verschiedenen Zeitpunkten der Erkrankungsphase ansetzt. Zum einen werden Beschäftigte angesprochen, bei denen bereits erste Anzeichen einer psychischen Beanspruchung (subklinische Symptome) vorhanden sind, sich aber noch keine psychische Erkrankung manifestiert hat (11). Zum anderen sollen durch den niedrigschwelligen und kurzfristigen Zugang Beschäftigte zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung erreicht werden (11). Da die PT-A auch psychotherapeutische Unterstützung bei der Wiedereingliederung nach einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung anbieten kann, greift die Prävention auch in dieser weit fortgeschrittenen Phase der Erkrankung (11).

Der Einbezug arbeitsbezogener Aspekte stellt in der Behandlung psychischer Störungen eine wichtige Säule dar (85). Bei der Wiedereingliederung von Beschäftigten nach einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung hat sich bereits gezeigt, dass diese erfolgreicher und nachhaltiger gelingen kann, wenn arbeitsbezogene Aspekte in die Psychotherapie einbezogen werden (86, 87). Erste Studien zur PT-A konnten zeigen, dass bei zwei Drittel der Beschäftigten, die eine PT-A in Anspruch genommen haben, die aktuelle Symptomatik im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz steht (88). Drei Viertel dieser Beschäftigten waren zu dem Zeitpunkt der Erstvorstellung noch offiziell arbeitsfähig (88). Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass sich die Arbeitsfähigkeit nach den PT-A Sitzungen steigerte (88). Die PT-A setzt daher nicht erst bei der Wiedereingliederung an, sondern bereits bei der Diagnostik (11). Auch die WHO empfiehlt angemessene Anpassungen am Arbeitsplatz für psychisch beanspruchte Beschäftigte, unabhängig davon, ob diese bereits arbeitsunfähig sind oder noch arbeitsfähig sind (68).

Aus dieser engen Vernetzung zwischen der Psychotherapie und der Arbeitswelt ergibt sich auch die vierte Säule der PT-A, die Zusammenarbeit zwischen den involvierten Gesundheitsfachkräften aus der Psychotherapie und der Arbeitswelt (siehe Kapitel 1.5). In diesem Rahmen nehmen Betriebsärzt:innen und weitere Akteur:innen wie beispielsweise Mitglieder:innen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) eine wichtige Rolle ein (89). Durch eine enge Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Psychotherapeut:innen und den betrieblichen Gesundheitsfachkräften könnte die Lücke zwischen der Arbeitswelt und der Psychotherapie geschlossen werden (89).

Bisherige Studien zur PT-A zeigen neben den vielversprechenden Ergebnissen hinsichtlich der Verringerung der psychischen Symptome und Steigerung der Produktivität nach Durchführung der PT-A (88), dass Beschäftigte zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Erkrankung erreicht werden können (90). Ein Großteil dieser Teilnehmenden hat zum ersten Mal eine psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen (90). Mehr als 90% der Teilnehmenden hat im Anschluss an die Diagnostik in der PT-A weiterführende Behandlungssitzungen entweder im Rahmen der PT-A oder in der ambulanten Psychotherapie in Anspruch genommen (88, 91). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung konnte festgestellt werden, dass im Vergleich zur Regelversorgung im Verhältnis mehr Männer erreicht werden konnten (92). Studien zur Wirksamkeit der PT-A auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten sowie auf die Reduktion der psychischen Symptome fehlen nach derzeitigen Wissenstand noch und

werden daher im Rahmen einer aktuell laufenden multizentrischen randomisiert kontrollierten Studie untersucht (11).

Bei der Umsetzung der PT-A zeigt sich jedoch, dass nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Beschäftigten davon Gebrauch macht (13). Jährlich nehmen nur rund 1-2% der Beschäftigten, denen eine PT-A angeboten wird, diese in Anspruch (13). Diese Zahlen erscheinen sehr gering im Hinblick auf die jährliche Prävalenz psychischer Störungen (6, 93). Vergleichszahlen zur PT-A lassen sich von einem ähnlichen Konzept, dem EAP (94), abgeleitet werden. Während häufig ebenfalls geringe Quoten von 1-5% berichtet werden (95, 96), berichten andere von einem Anstieg auf bis zu 9% während der Covid-19 Pandemie (97). Die Betriebe berichteten unter anderem, dass sie in diesem Zeitraum Veränderungen in der Form umgesetzt haben, dass sie Sitzungen nun auch telefonisch oder virtuell anbieten (97).

Inwiefern solche Anpassungen an die Gestaltung bei der PT-A eine Rolle spielen, ist bisher unbekannt. Weiterhin ist unklar, inwiefern sich Ergebnisse von EAP auf die PT-A übertragen lassen. EAP unterscheidet sich zur PT-A in einigen Aspekten: EAP bietet eine psychologische Beratung für Beschäftigte an, deren Arbeitsfähigkeit aus verschiedenen Gründen (z.B. Alkoholabhängigkeit, Eheprobleme etc.) gefährdet ist (98). Diese Sitzungen können von Psycholog:innen oder auch Sozialarbeiter:innen durchgeführt werden (94). Es werden keine Diagnosen oder psychotherapeutische Behandlungen angeboten (94). In den EAP Sitzungen wird der Schwerpunkt vorrangig auf die vertrauliche sowie rechtzeitige Problemerkennung gesetzt. Für eine weitere Diagnostik und Behandlung werden Beschäftigte weitervermittelt (94).

Eine qualitative Studie, in der die praktische Umsetzung einer PT-A von teilnehmenden Beschäftigten, betrieblichen Akteur:innen (z.B. Betriebsärzt:innen) sowie Psychotherapeut:innen evaluiert wurde, hat herausgestellt, welche Aspekte bei der Implementierung berücksichtigt werden sollten (12). Es wurde empfohlen, grundlegend den Bedarf einer PT-A zu prüfen, um sicherzustellen, dass der Behandlungsbedarf und die Möglichkeiten zur Abdeckung des Bedarf übereinstimmen (12). Inwieweit in diesem Zusammenhang die Betriebsbranche sowie –größe eine Rolle spielen, die wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen sowie Akzeptanz von Gesundheitsangeboten am Arbeitsplatz aufweisen (79, 83), ist noch unklar. Weiterhin wurde herausgestellt, dass organisatorische Aspekte wie Struktur, Inhalt (z.B. arbeitsbezogene vs. private Belastungen), Umfang sowie Ort der Sitzungen als Rahmen der PT-A bei der Implementierung in Betrieben berücksichtigt werden sollten (12). Im Hinblick auf diese Aspekte gibt es bisher unterschiedliche Gestaltungskonzepte bei der PT-A. Während das in der aktuell laufenden RCT

betrachtete PT-A Konzept bis zu 17 Sitzungen anbietet (11), bieten andere Konzepte nur eine Diagnostik als eine Art Lotsengespräch mit gegebenenfalls Weitervermittlung psychotherapeutischer Unterstützung an (91). Im Hinblick auf den Ort der PT-A wurden bereits Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert (99). Für eine Durchführung auf dem Betriebsgelände spricht nach Meinung von Betriebsärzt:innen, dass die Sitzungen niedrigschwellig und innerhalb der Arbeitssitzungen stattfinden könnten (99). In diesem Zusammenhang wurde auch die Anonymität diskutiert, die bei der Durchführung innerhalb des Betriebssettings durch betriebsärztliche Räumlichkeiten sichergestellt werden könnte. Die Bedenken, inwiefern die Anonymität auf dem Betriebsgelände gewahrt werden könnte, wurde ebenfalls in der anderen qualitativen Studie von Beschäftigten, Psychotherapeut:innen und betrieblichen Akteur:innen zu Bedenken gegeben (12). Es wurde befürchtet, dass die Angst vor einer Stigmatisierung durch Kolleg:innen oder Vorgesetzten eine Rolle spielen könnte, wenn die Sitzungen auf dem Betriebsgelände durchgeführt werden (12). Die Durchführung in externen Räumlichkeiten wurde hinsichtlich der Anonymität sowie einer flexibleren Terminvereinbarung befürwortet (99). Als negative Auswirkung wurden mögliche Wegstrecken zum Ort der Sitzungen benannt (99).

Unklar ist bisher, wie Beschäftigte verschiedener Betriebsbranchen – und Größen diese Gestaltungsmöglichkeiten bewerten und unter welchen Bedingungen sie eine PT-A in Anspruch nehmen würden. Weiterhin ist noch unklar, inwieweit die aus früheren Studien bekannten und in Kapitel 1.4 beschriebenen Aspekte (z.B. Stigmatisierung, Geschlecht), die mit dem Inanspruchnahmeverhalten von psychotherapeutischen Leistungen zusammenhängen (28), auch bei der PT-A eine Rolle spielen.

### **1.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Behandlung psychisch beanspruchter Beschäftigter**

Die Relevanz zur Zusammenarbeit zwischen involvierten Gesundheitsfachkräften in der Behandlung von Personen mit einer psychischen Störung wird umfassend von verschiedenen Leitlinien sowie von der WHO empfohlen (1, 14, 68, 100). Durch diese Zusammenarbeit soll sichergestellt werden, dass den Betroffenen eine umfassende Versorgung ermöglicht wird (100). Daher soll die Zusammenarbeit zwischen allen involvierten Gesundheitsfachkräften der Psychotherapie und der Arbeitswelt als vierte Säule der PT-A gefördert werden.

Die Beteiligung von Betriebsärzt:innen in der Behandlung psychisch beanspruchter Beschäftigter bietet Möglichkeiten zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung psychischer Störungen (90). Eine multiprofessionelle Studie mit Betriebsärzt:innen, Hausärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Personalverwalter:innen kam zu der

Schlussfolgerung, dass Betriebsärzt:innen das größte Potential zur Einflussnahme psychischer Erkrankungen auf allen Ebenen der Prävention zugeschrieben wird (15). In Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Personalverantwortlichen könnten Betriebsärzt:innen durch Umsetzung von Veränderungen am Arbeitsplatz Gesundheitsrisiken minimieren (15). Durch einen gemeinsamen Austausch mit behandelnden Psychotherapeut:innen könnten Betriebsärzt:innen für die Erkennung psychischer Störungen sensibilisiert werden und dadurch die frühzeitige Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen beeinflussen (89, 90). Außerdem sind Betriebsärzt:innen laut der Studie die Berufsgruppe, die am häufigsten an der Rückkehr am Arbeitsplatz beteiligt sind (15). Gleichzeitig könnten Psychotherapeut:innen durch diesen Austausch wichtige Einblicke in das Unternehmen des Beschäftigten erhalten (89). In einer vorherigen Studie haben Psychotherapeut:innen angegeben, dass sie sich spezifische Informationen zu Arbeitsbedingungen und arbeitsbezogene Belastungen wünschen (16). Informationen über Probleme am Arbeitsplatz können Psychotherapeut:innen beispielsweise für eine tiefgehende Analyse von Arbeitsängsten nutzen (101). Betriebsärzt:innen hingegen wünschen sich, dass Psychotherapeut:innen Arbeitsbedingungen von Beschäftigten in die Therapie integrieren und Informationen über den Prozess der Wiedereingliederung liefern (102). Die Zusammenarbeit zwischen den involvierten Berufsgruppen wird als Schlüssel für eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz gesehen (15).

Aus diesen Ergebnissen geht hervor, dass auch ein enger Austausch mit Personalverantwortlichen notwendig ist, um beispielsweise Anpassungen an den Arbeitsplatz für den Erhalt oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten erfolgreich umzusetzen (15, 68). In Deutschland spielt in dem Zusammenhang insbesondere das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) eine wichtige Rolle (103, 104). Im Sozialgesetzbuch ist festgelegt, dass Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen krank sind, ein BEM angeboten werden muss (104). Die Aufgaben im Rahmen des BEM kann der Arbeitgeber an die Personalabteilung oder für diese Zwecke bestimmte BEM Mitglieder:innen abgeben (104). Als Ziele werden die Überwindung einer Arbeitsunfähigkeit, die Vorbeugung erneuter Arbeitsunfähigkeit sowie der Erhalt des Arbeitsplatzes verfolgt (104). Daher stellen BEM Mitglieder:innen neben Betriebsärzt:innen wichtige Fachkräfte für den Erhalt und Wiederherstellung der Gesundheit von Beschäftigten dar.

In der praktischen Umsetzung zeigen sich jedoch einige Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzt:innen und anderen Fachärzt:innen (15, 16, 105, 106). Betriebsärzt:innen geben an, dass sie häufig

relevante Befunde, wie beispielsweise Rehabilitationsberichte, erst Monate nach Entlassung der Beschäftigten oder teilweise gar nicht erhalten (105, 106). Eine weitere Studie fand heraus, dass Betriebsärzt:innen die Personengruppe sind, die in der Behandlung von Beschäftigten mit einer psychischen Erkrankung, am häufigsten den Kontakt zu behandelnden Psychotherapeut:innen und Hausärzt:innen aufnehmen, im Gegenzug jedoch am seltensten von diesen Fachärzt:innen kontaktiert werden (16).

Als Hindernisse zur gemeinsamen Zusammenarbeit werden häufig ein Mangel an Zeit, fehlende Kontaktdaten, geringe Erreichbarkeit sowie verschiedene Arbeitszeiten von Betriebsärzt:innen im Vergleich zu anderen Fachärzt:innen angegeben (17, 105, 107, 108). Außerdem geben Fachärzt:innen sowie Patient:innen Befürchtungen darüber an, dass Betriebsärzt:innen Informationen nicht vertraulich behandeln und vorrangig im Sinne der Arbeitgeber:innen und nicht der Patient:innen handeln (105, 109). Betriebsärzt:innen befürchten, dass dieses fehlende Verständnis über die Rolle der Betriebsärzt:innen und der medizinischen Pflicht zur Verschwiegenheit die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwert (17). Durch einen gegenseitigen Kontakt zwischen diesen Fachärzt:innen könnten jedoch solche negativen Wahrnehmungen und Vorurteile möglicherweise überwunden werden (110).

### **1.5.1 (Digitale) Lösungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit**

Bisher existieren in der Medizin bereits einige Ansätze zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in Form von standardisierten Übergabesystemen (111-114). Übergabesysteme ermöglichen eine standardisierte Kommunikation im klinischen Kontext, wie beispielsweise bei der Überweisung von Patient:innen an weitere Fachärzt:innen (115). Ein Beispiel für ein strukturiertes Übergabeformular stellt das „ISBAR“ (Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation) dar, welches von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen wurde (116). Mithilfe dieses Formulars soll sichergestellt werden, dass alle relevanten Patient:inneninformationen bei der interprofessionellen Kommunikation übermittelt werden (116).

In der Psychotherapie zeigt sich allerdings, dass Informationen häufig unstrukturiert und unvollständig sind (113, 117). Das hat häufig ein Fehlen wichtiger Informationen zur Folge, wie z.B. der Dokumentation der Schwere der Symptome (117). Im Bereich der Arbeitsmedizin konnten frühere Studien zeigen, dass die Verfügbarkeit standardisierter Übergabeinstrumente mit einer häufigeren Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzt:innen und weiteren behandelnden Ärzt:innen im Kontext der Rückkehr an den Arbeitsplatz und der Verhinderung einer Verschlimmerung der Erkrankung von Beschäftigten verbunden war (118). Inwieweit solche standardisierten Übergabesysteme in der Kommunikation zwischen Psychotherapeut:innen und den

involvierten Gesundheitsfachkräften in der Behandlung von psychisch beanspruchten Beschäftigten Anwendung finden könnten, ist bisher jedoch noch ungeklärt.

Im digitalen Zeitalter spielen elektronische Lösungen auch in der Gesundheitsversorgung eine immer größere Rolle (119). Auch in der interprofessionellen Kommunikation werden Ansätze zur digitalen Kommunikation empfohlen (17, 117, 120). So werden beispielsweise von verschiedenen Fachärzt:innen geeignete Verschlüsselungssoftwares gewünscht, die das Versenden von E-Mails in einem datenschutzkonformen Rahmen ermöglichen könnten (17). Dadurch könnten beispielsweise das Hindernis der begrenzten Zeit sowie Terminkonflikte überwunden werden (17).

Für eine erfolgreiche Implementierung interprofessioneller Kommunikation sowie zur Unterstützung einer effizienten Kommunikation und Zusammenarbeit gehört eine IT-Infrastruktur, die unter anderem die Möglichkeit zum Austausch elektronischer Krankenakten bereitstellt (121). Aufgrund dieser Notwendigkeit wurden sowohl national als auch international elektronische Patientenakten (ePA) eingeführt wurden (122-124). Mithilfe der deutschen ePA können seit dem 01. Januar 2021 medizinische Befunde und Informationen aus vorhergehenden Untersuchungen und Behandlungen gespeichert und unter behandelnden Ärzt:innen abgerufen werden (124). Zugang zu dieser ePA haben neben behandelnden Psychotherapeut:innen auch Betriebsärzt:innen, auch wenn die Finanzierungsmöglichkeiten für letztere noch ungeklärt sind (125).

Die fundamentale Grundlage für eine erfolgsversprechende Entwicklung sowie effiziente Implementierung eines elektronischen Systems wie der ePA besteht in der methodischen Erhebung von Anforderungen, die von allen involvierten Akteur:innen eingebracht werden (126, 127). Solche Anforderungen können unterschiedliche Formen annehmen, von der genauen Definition von Funktionen bis hin zu notwendigen Sicherheitsanforderungen. Spezifische Anforderungen von denen an der Behandlung von psychisch beanspruchten Beschäftigten beteiligten Gesundheitsfachkräften aus der Psychotherapie und Betriebsmedizin an eine solches elektronisches Informationssystem zum Austausch relevanter Informationen sind nach derzeitigem Kenntnisstand noch nicht erhoben worden.

## **1.6 Ziele der Arbeit**

Die PT-A ist ein noch relativ junges Konzept, das bisher in ausgewählten Betrieben in Deutschland eingeführt wurde. Trotz vielversprechender erster Ergebnisse hinsichtlich der Nutzerzufriedenheit und der potentiellen Verbesserung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten (128, 129), fehlt bislang ein umfassendes Verständnis für den

genauen Bedarf einer PT-A. Zudem geben die bisherigen Ergebnisse nur bedingt Aufschluss darüber, warum die jährliche Inanspruchnahme nur bei 1-2% liegt (13). Daher wurde im Rahmen von zwei quantitativen Studien im Querschnittsdesign der Bedarf, die Präferenzen zu organisatorischen Gestaltungsmöglichkeiten sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht einer PT-A erhoben.

In der ersten Studie wurden Beschäftigte einer deutschen Hochschule befragt, an der bereits eine PT-A implementiert ist. Aus dieser Studie resultierte die erste Publikation, in der zum einen der Bedarf sowie die Präferenzen zur Gestaltung einer PT-A und zum anderen mögliche Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Merkmalen, depressiven Symptomen sowie Arbeitsbelastungen und der Nutzungsabsicht einer PT-A in einer psychisch belastenden Situation sowie für berufliche und private Belastungen dargestellt wurden.

Damit auch die Perspektive von Beschäftigten verschiedener Berufsbereiche und Betriebsbranchen berücksichtigt werden können, wurden in der zweiten Studie deutschlandweit Beschäftigte verschiedener Betriebe befragt. Daraus resultierte eine zweite Publikation, in der die Präferenzen hinsichtlich der Gestaltungsmöglichkeiten einer PT-A unter Berücksichtigung verschiedener Berufsbereiche, Betriebsgrößen, Anforderungsniveau sowie Vorgesetztenfunktion dargestellt wurden. In einer dritten Publikation wurden mögliche Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Merkmalen, psychischem Wohlbefinden, stigmapbezogenen Barrieren, dem psychosozialen Sicherheitsklima sowie vorherige Behandlungserfahrungen mit der Nutzungsabsicht einer PT-A in einer psychisch belastenden Situation sowie für berufliche und private Belastungen aufgezeigt.

Eine Säule der PT-A stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen denen in der Behandlung involvierten Gesundheitsfachkräften der Psychotherapie und der Arbeitswelt dar (11). Im digitalen Zeitalter gewinnen digitale Lösungen von Informationssystemen für die Kommunikation sowie Verwaltung von medizinischen Informationen wie z.B. in Form der ePA zunehmend an Bedeutung (124). Bisher fehlten jedoch Informationen dazu, welche funktionellen Anforderungen die in der Behandlung psychisch beanspruchter Beschäftigter an ein solches elektronisches Informationssystem stellen würden und welche Informationen sie untereinander mithilfe einer solchen Software würden austauschen wollen. Daher war das Ziel der vierten Publikation, inhaltliche und funktionelle Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut:innen, Betriebsärzt:innen sowie BEM-Mitglieder:innen im Rahmen einer qualitativen Studie zu erheben.



## **2 Publikationen**

- 2.1 Kohl, F., Angerer, P., Guthardt, L., Weber, J., (2022), Requirements for an electronic handover system for interprofessional collaboration between psychotherapists and occupational health professionals—a qualitative study. BMC Health Services Research, 22(1) 1-16**

**2.2 Kohl, F., Angerer, P., Weber J., (2023), Employees' preferences on organisational aspects of psychotherapeutic consultation at work by occupational area, company size, requirement levels and supervisor function – a cross-sectional study in Germany. BMC Public Health, 23(1) 1-19**

**2.3 Kohl, F., Müting, G., Reineke, F., Schmook, R., Angerer, P., (2023),  
Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz:  
Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht.  
Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie  
(2023) 1-13**

**2.4 Kohl, F., Angerer P., Weber, J., (2023), Determinants of the intention to seek psychotherapeutic consultation at work-a cross-sectional study in Germany. Akzeptiert zur Publikation in BMC Public Health**

## 3 Diskussion

### 3.1 Zusammenfassung der Studienergebnisse

#### *Zusammenfassung der quantitativen Erhebung zu den Gestaltungspräferenzen und Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A*

Die Quantitative Erhebung fand in zwei Studien statt. Folglich als Studie 1 wird die Erhebung genannt, in der Beschäftigte einer Hochschule mit einer bereits implementierten PT-A befragt wurde (130). Die Erhebung bei Beschäftigten verschiedener Betriebe wird folglich als Studie 2 bezeichnet (131, 132).

Hinsichtlich des Bedarfs zeigten beide Studien, dass Beschäftigte mit einer großen Mehrheit von 80-90% eine PT-A in Anspruch nehmen würden, wenn sie sich in einer psychisch belastenden Situation befinden oder um über berufliche Belastungen zu sprechen (130, 132). Die Nutzungsabsicht für private Belastungen war in beiden Studien vergleichsweise geringer (Studie 1 49%, Studie 2 75%). Beschäftigte beider Studien würden eine Gestaltung als persönliches Einzelgespräch in externen Räumlichkeiten bevorzugen. Die Durchführung während oder außerhalb der Arbeitszeit erschien vergleichsweise weniger relevant. Bezüglich des Umfangs der PT-A zeigten Beschäftigte der Studie 1, dass sie eine Diagnostik mit einer möglichen Weitervermittlung stärker präferieren als eine Behandlung im Rahmen der PT-A (130). In der Studie 2 hingegen wurde eine Diagnostik einschließlich anschließender Behandlungssitzungen gegenüber einer reinen Diagnostik bevorzugt (131). Weiterhin sollte die einfache Wegstrecke zum Ort der Sitzungen nicht mehr als 15 - 30 Minuten betragen.

Diese Präferenzen waren in der Studie 2 unabhängig von Berufsbereich, Betriebsgröße, Anforderungsniveau sowie Vorgesetztenfunktion. Zwar konnten einige Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung verschiedener Gestaltungspräferenzen gefunden werden. Diese hatten allerdings keinen Einfluss auf die oben beschriebenen Ergebnisse. Weiterhin blieben diese Ergebnisse auch nach Kontrolle für Alter, Geschlecht, psychisches Wohlbefinden, Bildung, Home Office und Schichtarbeit evident (131).

In beiden quantitativen Studien wurden Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A in einer psychisch belastenden Situation sowie spezifisch für berufliche und private Belastungen erhoben. Die berücksichtigten Determinanten variierten zum Teil zwischen diesen Studien (s. Tabelle 1). Die Ergebnisse beider Studien unterschieden sich in einigen Aspekten. In der Studie 1 waren höheres Alter, höhere berufliche Anstrengung, weibliches Geschlecht sowie höhere depressive Symptomatik mit einer höheren Nutzungsabsicht verbunden (130). In der Studie 2 waren Alter und Geschlecht jedoch

mit keinerlei Nutzungsabsicht assoziiert (132). In der Studie 2 waren geringere stigmatisierungsbedingte Barrieren, ein niedrigeres psychisches Wohlbefinden sowie vorherige Behandlungserfahrung mit einer höheren Nutzungsabsicht einer PT-A verbunden. Dabei zeigte sich jedoch, dass das psychische Wohlbefinden in der Subgruppe der Beschäftigten, die aktuell positiv auf eine Depression getestet wurden, mit keiner Nutzungsabsicht assoziiert war (132). Für Bildung und psychosoziales Sicherheitsklima wurden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden (132)

*Tabelle 1 Ergebnisse der quantitativen Studien zu den Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A*

	<b>Studie 1</b>	<b>Studie 2</b>
Stichprobe	143 Beschäftigte einer Hochschule	658 Beschäftigte verschiedener Betriebe (463 positiv und 195 negativ auf aktuelle Depression getestet)
Untersuchte Determinanten	Alter, Geschlecht, Familienstand, Schweregrad depressive Symptomatik <sup>1</sup> , berufliche Gratifikationskrise <sup>2</sup> (Anstrengung, Belohnung, ERI)	Alter, Geschlecht, Bildung, psychisches Wohlbefinden <sup>3</sup> , stigmabezogene Barrieren <sup>4</sup> , psychosoziales Sicherheitsklima <sup>5</sup> und vorherige Behandlungserfahrungen
Nutzungsabsicht in einer psychisch belastenden Situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sign. Zusammenhänge mit Alter und beruflicher Anstrengung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sign. Zusammenhänge mit psychischen Wohlbefinden und stigmabezogenen Barrieren</li> <li>• Kein sign. Zusammenhang mit psychischen Wohlbefinden bei Beschäftigten, die positiv auf eine aktuelle Depression getestet wurden</li> </ul>
Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine sign. Zusammenhänge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sign. Zusammenhänge von psychischen Wohlbefinden und stigmabezogenen Barrieren nur bei Beschäftigten, die negativ auf aktuelle Depression getestet wurden</li> </ul>
Nutzungsabsicht für private Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sign. Zusammenhänge mit Geschlecht und Schweregrad depressiver Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In Gesamtstichprobe sign. Zusammenhang mit stigmabezogenen Barrieren</li> <li>• Bei Beschäftigten, die negativ auf aktuelle Depression getestet wurden, sign. Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden</li> </ul>

<sup>1</sup> Erhoben mit der 9-Item Depressionsskala des „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“ (133), <sup>2</sup> Erhoben mit Fragebogen zur beruflichen Gratifikationskrise (ERI)(61), <sup>3</sup> erhoben mit dem „WHO (Fünf) – Fragebogen zum Wohlbefinden“ mit einem Cut-off von ≤50 für das Screening einer Depression (134), <sup>4</sup> erhoben mit der Stigma Subskala des „Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE)“ in der deutschen Version (135), <sup>5</sup> erhoben mit dem 4-Item „Psychosocial Safety Climate (PSC-4)“ (77); sign. = signifikant

### *Zusammenfassung der qualitativen Erhebung zu den Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem*

In der qualitativen Studie wurden inhaltliche und funktionale Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem zur Kommunikation relevanter Informationen von psychisch beanspruchten Beschäftigten zwischen Psychotherapeut:innen, Betriebsärzt:innen sowie BEM-Mitglieder:innen erhoben (136).

In Bezug auf die inhaltlichen Anforderungen äußerten Psychotherapeut:innen, dass sie insbesondere Informationen über die Arbeitsbedingungen, die voraussichtlichen Chancen zur Wiedereingliederung sowie Möglichkeiten für Anpassungen des Arbeitsplatzes an den individuellen Gesundheitszustand der Beschäftigten wünschen. Betriebsärzt:innen und BEM-Mitglieder:innen gaben an, dass sie insbesondere Informationen wünschen, die das Einschätzen der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten ermöglichen. In Bezug auf die funktionalen Anforderungen wurden Funktionen zur Datensicherheit, zur gegenseitigen Kommunikation und Kooperation sowie allgemeine Anforderungen an die Praktikabilität des Systems vorgeschlagen. Dabei wurde insbesondere die Transparenz gegenüber der Patient:innen in den Vordergrund gerückt. In der Studie zeigte sich eine kontroverse Diskussion, was den Einbezug von BEM-Mitglieder:innen betrifft. Von allen Berufsgruppen äußerten Teilnehmende Bedenken, medizinische Informationen mit BEM-Mitglieder:innen zu teilen, da diese nicht der medizinischen Verschwiegenheit unterliegen (136).

### **3.2 Bedarf sowie Präferenzen von Beschäftigten hinsichtlich der Gestaltung einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A)**

Einblicke in die Präferenzen von Beschäftigten hinsichtlich der PT-A Gestaltung können möglicherweise Aufschluss darüber geben, warum Beschäftigte unter bestimmten Umständen eine PT-A nicht in Anspruch nehmen und somit die bisher niedrige Inanspruchnahme erklären.

Die eindeutigsten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gestaltungspräferenzen zeigten sich bei der Form der Sprechstunde (130, 131). Auch wenn die videobasierte und telefonbasierte Durchführung psychotherapeutischer Sitzungen in vorherigen Studien als adäquate Alternative empfohlen wurde (137-139), präferierten die Teilnehmenden beider quantitativer Studien zur PT-A die persönliche Durchführung gegenüber einer videobasierten und telefonischen Durchführung (130, 131). In einer qualitativen Studie wurde festgestellt, dass Personen, die videobasierte Psychotherapiesitzungen zur Rückfallprävention nutzten, viele Vorteile darin sahen, während Personen, die die Sitzungen für psychotherapeutische Zwecke nutzten, die videobasierte Durchführung ablehnten (140). Als Vorteile wurden Zeitersparnisse durch

den Wegfall der Wegstrecken sowie die Möglichkeit im Krankheitsfall trotzdem Sitzungen wahrnehmen zu können, genannt. Als Nachteil wurde geäußert, dass einige Teilnehmende es als unangenehm empfunden haben, wenn sie sich in der Videositzung selbst auf dem Bildschirm sehen mussten und daher eher ein Telefongespräch bevorzugt hätten (140). Diese Erkenntnis steht im Gegensatz zu beiden quantitativen Erhebungen, in der die Beschäftigten eine videobasierte Durchführung gegenüber einer telefonbasierten Durchführung präferierten (131). Da die Akzeptanz videobasierter Sitzungen in dieser quantitativen Studie mit steigendem Anforderungsniveau zunahm, wurde diskutiert, ob dies möglicherweise mit der Zunahme videobasierter Meetings im Büroalltag insbesondere im Zuge der COVID-19 Pandemie zusammenhängen könnte (141, 142), was möglicherweise insbesondere auf Beschäftigte mit hoch komplexen Tätigkeiten zutreffen könnte (131).

In beiden Studien wurde eine Durchführung der PT-A außerhalb des Betriebsgeländes bevorzugt (130, 131). In einer vorherigen qualitativen Studie haben Betriebsärzt:innen diskutiert, dass eine Durchführung von PT-A Sitzungen außerhalb des Betriebsgeländes die Angst vor einer Stigmatisierung reduzieren könnte, da eine Anonymität besser bewahrt werden könnte (99). Hinweise darauf, dass dieser Aspekt auch bei den Beschäftigten der quantitativen Studie eine Rolle gespielt haben könnte, zeigt sich darin, dass Beschäftigte ohne Vorgesetztenfunktion eher eine Durchführung auf dem Betriebsgelände zustimmen würden als Beschäftigte mit einer Vorgesetztenfunktion (131). Möglicherweise haben Vorgesetzte noch größere Bedenken, von ihren Mitarbeiter:innen beim Aufsuchen der PT-A gesehen zu werden. Weiterhin zeigte sich, dass Beschäftigte von größeren Betrieben einer Durchführung auf dem Betriebsgelände eher zustimmen würden als Beschäftigte von kleineren Unternehmen (131). Bei größeren Betrieben könnte das Risiko, von Arbeitskolleg:innen auf dem Weg zu den Sitzungen gesehen zu werden, möglicherweise als geringer eingestuft werden, was eventuell auch auf separate Räumlichkeiten beim betriebsärztlichen Dienst zurückzuführen sein könnte (99). Allerdings gibt es keine eindeutigen Hinweise darauf, dass die Wahl des Ortes der Sitzungen die geringe Nutzungsquote der PT-A erklären könnte. Die Beschäftigten der Hochschule mit einer implementierten PT-A gaben ebenfalls eine Präferenz für die Durchführung außerhalb des Betriebes an (130). Allerdings werden die PT-A Sitzungen bereits in externen Räumlichkeiten durchgeführt und die Nutzungsquote der PT-A liegt dennoch bei nur 1-2% jährlich (130). In einer qualitativen Studie als positiver Aspekt für die Durchführung der PT-A Sitzungen auf dem Betriebsgelände geäußert, dass für die Beschäftigten keine Wegstrecken anfallen würden (99). Die Mehrheit der Teilnehmenden der in dieser Dissertation berücksichtigten



Studie gaben an, dass sie eine einfache Wegstrecke von 15-30 Minuten in Kauf nehmen würden (131).

In Bezug auf die zeitliche Durchführung der Sitzungen wurde in einer qualitativen Studie geäußert, dass eine Durchführung innerhalb der Arbeitszeit niedrighschwelliger wäre, da sich die Sitzungen gut in den Arbeitstag integrieren ließen (99). Dieser Ansatz würde somit der Zielsetzung der PT-A als niedrighschwelliges Angebot entsprechen (11). Die Befragungen der Beschäftigten ergab jedoch keine eindeutigen Präferenzen hinsichtlich dieses Aspekts, die einen maßgeblichen Einfluss auf die Nutzungsabsicht vermuten ließen (130, 131).

PT-A Sitzungen können Beschäftigte sowohl aufgrund von arbeitsbezogenen als auch privaten Belastungen in Anspruch nehmen (88, 90). In beiden quantitativen Studien war die Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen höher als für private Belastungen (130, 131). Während in der Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe mit 75% der Großteil die PT-A auch für private Belastungen in Anspruch nehmen würden (131), würden die Beschäftigten der Hochschule diese jedoch zu diesem Zwecke mit einer knappen Mehrheit ablehnen (130). Die Ursache dieser unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich anhand dieser Studien nicht eindeutig erklären. Möglicherweise sind die unterschiedlichen Ergebnisse zumindest teilweise auf eine unterschiedliche psychische Belastung der Teilnehmenden in den beiden Studien zurückzuführen (130, 132). In der Studie an der Hochschule wiesen etwa die Hälfte leichte bis schwere depressive Symptome auf (130, 131), während in der anderen Studie 70% positiv auf eine aktuelle Depression getestet wurden (132). In der letztgenannten Studie wurde festgestellt, dass das psychische Wohlbefinden bei den Beschäftigten, die aktuell negativ auf eine Depression getestet wurde, signifikant mit der Nutzungsabsicht für private Belastungen zusammenhing (132). Zudem war die Nutzungsabsicht für private Belastungen in dieser Gruppe geringer als bei den Beschäftigten, die aktuell positiv auf eine Depression getestet wurde (132). Allerdings stimmten auch in dieser Gruppe die Mehrheit einer Nutzungsabsicht für private Belastungen zu (132). Daher kann die erhebliche Diskrepanz zwischen den beiden Studien nicht allein mit diesem Aspekt erklärt werden. Die Ergebnisse früherer Studien legen außerdem nahe, dass eine strikte Trennung zwischen privaten und beruflichen Aspekten nicht vorgenommen werden sollte, da berufliche Belastungen zwar häufig als eine Ursache für psychische Störungen identifiziert werden können, in den meisten Fällen jedoch nicht die einzige Ursache darstellen (90).

Bisher bestehen verschiedene Konzepte zur PT-A, die sich insbesondere hinsichtlich des Umfangs unterscheiden. Während einige Konzepte nur eine Diagnostik mit

anschließender Empfehlung zur Weiterbehandlung anbieten (91), bieten andere Konzepte bis zu 17 Sitzungen an (11). In den Studien zur Befragung von Beschäftigten ergaben sich unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich des Umfangs. Während die Beschäftigten der Hochschule eine reine Diagnostik mit ggf. anschließender Weitervermittlung präferierten (130), lehnten die Beschäftigten der zweiten Studie eine reine Diagnostik ohne Behandlungssitzungen ab (131). Es ist unklar, warum die beiden Studien zu diesen unterschiedlichen Ergebnissen gekommen sind. Eine Möglichkeit könnte sein, dass die Option der Diagnostik in der Studie an der Hochschule viel detaillierter beschrieben wurde, so dass deutlich wurde, dass die Diagnostik eine Problemanalyse beinhaltet und eine Weitervermittlung möglich wäre, während in der anderen Studie nur die Option einer Diagnostik genannt wurde.

In einer vorherigen Studie wurde festgestellt, dass Beschäftigte von kleineren Unternehmen teilweise der Meinung sind, dass Gesundheitsangebote nicht an den Arbeitsplatz gehören (79). In der quantitativen Studie zur PT-A wurde jedoch festgestellt, dass auch Beschäftigte von kleineren Unternehmen eine hohe Nutzungsabsicht für die PT-A angegeben haben (131).

Insgesamt sollte bei der Interpretation der Ergebnisse beider quantitativer Studien zur PT-A das Ausmaß der Unterschiede berücksichtigt werden (130, 131). Zwar wurden unterschiedliche Ausmaße der Nutzungsabsicht einer PT-A zwischen den unterschiedlichen Gründen gefunden, allerdings war die Nutzungsabsicht sowohl für private als auch berufsbezogene Belastungen insgesamt sehr hoch (131). Weiterhin zeigte sich zwar, dass Beschäftigte von größeren Betrieben eine PT-A auf dem Betriebsgelände eher akzeptieren würden als Beschäftigte von kleineren Betrieben, allerdings wurde die Durchführung auf dem Betriebsgelände auch bei diesen Beschäftigten insgesamt abgelehnt (131). Daher sollten bei der Nutzung der Ergebnisse dieser Studien für die Implementierung einer PT-A nicht nur das Vorhandensein bestimmter Unterschiede berücksichtigt werden, sondern ebenfalls das Ausmaß der Zustimmung verschiedener Gestaltungsoptionen.

### **3.3 Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A**

In der Erhebung bei Beschäftigten einer Hochschule war das Alter mit der Nutzungsabsicht der PT-A in einer psychisch belastenden Situation assoziiert (130). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit vorherigen Studien, die zeigen konnten, dass insbesondere mittleres Alter mit einer höheren Inanspruchnahme von Behandlungen psychischer Belastungen im Zusammenhang steht (8, 28). In der zweiten Erhebung bei Beschäftigten verschiedener Betriebe war das Alter jedoch nicht mit der Nutzungsabsicht assoziiert (132). Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass bei der

letzteren Studie die Studienpopulation durchschnittlich sehr jung war, weswegen mögliche Alterseffekte in dieser Studienpopulation möglicherweise nicht gezeigt werden konnten (132).

Frauen zeigen nach Angaben vorheriger Studien ein höheres Inanspruchnahmeverhalten psychotherapeutischer Leistungen im Vergleich zu Männern (8, 28). Auch in der Studie an der Hochschule zeigten Frauen höhere Nutzungsabsicht einer PT-A für private Belastungen verglichen mit Männern (130). Allerdings zeigte sich in der Studie für die weiteren Gründe zur Nutzungsabsicht einer PT-A keine Zusammenhänge (130). In der Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe stand das Geschlecht in keinerlei Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht einer PT-A (132). Da auch eine vorherige Studie zeigen konnte, dass mit der PT-A im Vergleich zur Regelversorgung mehr Männer erreicht werden können (92), kann diskutiert werden, ob das Geschlecht bei der Nutzungsabsicht einer PT-A eventuell eine weniger große Rolle spielt als bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen in der Regelversorgung. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass der Männeranteil bei der Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe nur 13% betrug (132). Daher könnten fehlende Effekte auch auf eine Unterrepräsentativität der Männer in dieser Studie zurückzuführen sein.

In Übereinstimmung mit Ergebnissen vorheriger Studien, die zeigen konnten, dass das Ausmaß depressiver Symptome (28) und des psychischen Wohlbefindens (30, 143) mit dem Inanspruchnahmeverhalten psychotherapeutischer Behandlungen im Zusammenhang steht (28), konnten ähnliche Ergebnisse auch in beiden Studien zur Nutzungsabsicht einer PT-A gefunden werden (130, 132). Bei der Erhebung an der Hochschule wurde jedoch festgestellt, dass dieser Zusammenhang nur für die Nutzungsabsicht für private Belastungen signifikant war (130). Bei dieser Interpretation sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Varianz bei dieser Variable im Unterschied zu den anderen Fragen zur Nutzungsabsicht sehr viel höher war und der fehlende Effekt daher auf eine geringe Varianz der anderen Nutzungsabsichten zurückzuführen sein könnte (130). Die Studie mit Beschäftigten verschiedener Betriebe zeigte, dass das psychische Wohlbefinden nur bei Beschäftigten eine Rolle zu spielen scheint, die negativ auf eine aktuelle Depression getestet wurden (132). Wird der Cut-off zur Kategorisierung einer Depression überschritten, steht eine weitere Abnahme des psychischen Wohlbefindens nicht mehr im Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht einer PT-A (132).

Angst vor einer Stigmatisierung wird in einer Vielzahl an Studien als Hindernis zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung beschrieben (28, 38, 39, 74).

Höhere stigmabezogene Barrieren waren ebenfalls mit einer geringeren Nutzungsabsicht einer PT-A in einer psychisch belastenden Situation verbunden (132). Allerdings schien Stigma insbesondere bei den Beschäftigten, die aktuell negativ auf eine Depression getestet wurden sowie für die Nutzungsabsicht in einer psychisch belastenden Situation eine Rolle zu spielen (132). Diese Ergebnisse können eventuell mit den Ergebnissen einer anderen Studie erklärt werden, die zeigen konnten, dass die Angst vor einer Stigmatisierung insbesondere in frühen Phasen des Aufsuchens professioneller Behandlung relevant sind (37). Diese Ergebnisse könnten möglicherweise erklären, warum stigmabezogene Barrieren mit der Nutzungsabsicht einer PT-A insbesondere bei Personen, bei denen noch keine aktuelle Depression gemäß dem WHO-5 Fragebogen festgestellt werden konnte, im Zusammenhang stand (132). Zum anderen unterschied sich die Fragestellung zur Nutzungsabsicht in einer psychisch belastenden Situation im Vergleich zur Nutzungsabsicht für berufliche und private Belastungen. Für letztere wurde gefragt, ob sie die PT-A für berufliche oder private Belastungen in Anspruch nehmen würden, wenn eine psychische Erkrankung vorliegen würde, was somit eine spätere Phase der Erkrankung bedeuten kann (132). Die PT-A hat zum Ziel, psychisch beanspruchte Beschäftigte niedrigschwellig und in frühen Erkrankungsphasen zu erreichen (11). Daher könnten diese Ergebnisse besonders relevant sein, da Beschäftigte möglicherweise ebenfalls in frühen Phasen der Erkrankung aufgrund einer Angst vor Stigmatisierung scheuen würden, eine PT-A aufzusuchen (132).

Entsprechend den Ergebnissen der quantitativen Studie mit Beschäftigten verschiedener Betriebe spielt Bildung eine untergeordnete Rolle bei der Nutzungsabsicht einer PT-A (130, 132). Die Literatur liefert inkonsistente Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen psychotherapeutischer Inanspruchnahme und der Bildung (8, 28, 144). Während in einigen Studien eine höhere Bildung mit einem höheren Inanspruchnahmeverhalten verbunden war, fand eine deutsche Publikation, dass ein niedriger Sozioökonomischer Status (SES) mit einem höheren Inanspruchnahmeverhalten einhergeht (8). Bei der Interpretation des Effektes der Bildung auf die Nutzungsabsicht einer PT-A sollte berücksichtigt werden, dass in der Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe der Anteil der Beschäftigten mit einem höheren Bildungsabschluss im Vergleich zur Deutschen Bevölkerung überrepräsentiert waren (145). Daher könnten fehlende Effekte in dieser Studie darauf zurückzuführen sein (130, 132). Weiterhin wurde in der deutschen Publikation ein SES aus Bildung, Einkommen und Beruf gebildet (8), was in den Studien zur PT-A nicht berücksichtigt wurde (130, 132).

Es ist bereits bekannt, dass bestimmte Arbeitsbedingungen im Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Störungen (55, 56) sowie mit der beabsichtigten oder tatsächlichen Nutzung von psychotherapeutischen Behandlungen und EAP stehen (39, 75, 76). Hinsichtlich der Nutzungsabsicht einer PT-A zeigte sich in der Studie an der Hochschule jedoch, dass nur die berufliche Anstrengung mit einer erhöhten Nutzungsabsicht in einer psychisch belastenden Situation, nicht aber für berufliche oder private Belastungen verbunden war (130). Die Tatsache, dass der ERI-Ratio überhaupt keine Zusammenhänge mit der Nutzungsabsicht einer PT-A gezeigt hat und dass die berufliche Anstrengung nicht mit der Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen zusammenhing, erscheint überraschend, da berufliche Belastungen in einer anderen Studie als ein häufiger Grund zum Aufsuchen einer PT-A genannt wurde (91). Warum dennoch bei den Beschäftigten einer Hochschule solche Zusammenhänge nicht gefunden werden konnten, lässt sich mit den Ergebnissen dieser Studie nicht genau erklären (130). Möglicherweise könnten fehlende Zusammenhänge auf eine geringe Varianz dieser arbeitsbezogenen Variablen zurückzuführen sein, da ungefähr die Hälfte der Teilnehmenden eine erhöhte Arbeitsbelastung aufwiesen, was verglichen mit der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert erscheint (146).

In der zweiten quantitativen Erhebung wurde als beruflicher Faktor das psychosoziale Sicherheitsklima (PSC) berücksichtigt (132). Frühere Studien zeigen, dass eine positive Unternehmenskultur, in der Arbeitgeber:innen und Kolleg:innen offen über die psychische Gesundheit sprechen und der Behandlung von psychischen Störungen positiv gegenüberstehen, mit der beabsichtigten oder tatsächlichen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung und EAP im Zusammenhang stehen (39, 75, 76). Im Gegensatz dazu zeigte die Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe, dass PSC nicht im Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht einer PT-A steht (132). Daher ist nicht auszuschließen, dass eine solche Unternehmenskultur zwar mit der Nutzung psychotherapeutischer Behandlungen in der Regelversorgung sowie mit der psychologischen Unterstützung im Rahmen der EAP im Zusammenhang steht, nicht aber mit der PT-A. Andererseits wurde diese Unternehmenskultur in den vorherigen Studien meist entweder mit einer einzelnen Frage (76) oder mit spezifisch auf die Studienpopulation (z.B. Soldaten) abgezielte Studieninstrumente (75) erhoben. Daher unterschieden sich die Erhebungen hinsichtlich der Studienpopulation sowie Studieninstrumente, was einen Vergleich erschwert.

Ein Grund für die Entwicklung einer PT-A war, dass arbeitsbezogene Aspekte in der Regelversorgung oft zu wenig adressiert werden (147, 148). In der PT-A findet neben einer arbeitsbezogenen Diagnostik auch eine Integration der arbeitsbezogenen Aspekte

in den Behandlungssitzungen statt (11). Da in der Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe vorherige Behandlungserfahrungen nur mit der Nutzungsabsicht einer PT-A für berufliche Belastungen im Zusammenhang stand (132), könnte dies darauf zurückzuführen sein, dass arbeitsbezogene Aspekte in den bisherigen Behandlungen zu wenig thematisiert wurden und die Teilnehmenden daher diese Aspekte im Rahmen einer PT-A besprechen möchten (132).

### **3.4 Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem**

#### **3.4.1 Inhaltliche Anforderungen**

Die Ergebnisse hinsichtlich der inhaltlichen Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem zum Austausch wichtiger Informationen von psychisch beanspruchten Beschäftigten decken sich mehrheitlich mit den bisherigen Ergebnissen zum interprofessionellen Austausch zwischen Psychotherapeut:innen und Betriebsärzt:innen (16, 102, 136). Die Ergebnisse der qualitativen Studie bestätigen eine Diskrepanz zwischen Informationen, die sich Betriebsärzt:innen und BEM Mitglieder:innen zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten von Psychotherapeut:innen wünschen und gleichzeitig Befürchtungen, dass solche Informationen den Arbeitsplatz von Beschäftigten riskieren könnten (102, 136). Teilweise wünschen sich Betriebsärzt:innen und BEM Mitglieder:innen spezifische Informationen zur Einsatzfähigkeit der Beschäftigten, wie beispielsweise der Anzahl an Arbeitsstunden (136), aber andererseits äußerten sie Befürchtungen, dass durch zu enge Einschränkungen der Arbeitsplatz der Beschäftigten gefährdet sein könnte (136). Das könnte passieren, wenn beispielsweise angegeben werden würde, dass keine Nachtschicht mehr möglich ist, obwohl diese eine Grundvoraussetzung für den Erhalt des Arbeitsplatzes ist (136). Eine vorherige qualitative Studie stellte ebenfalls heraus, dass Psychotherapeut:innen Beschäftigten keine falschen Erwartungen machen sollten, indem sie Möglichkeiten zur Anpassung des Arbeitsplatzes versprechen würden, die im Betrieb jedoch nicht möglich sind (102). Die Notwendigkeit zu Anpassungen am Arbeitsplatz an den Gesundheitszustand von Beschäftigten wird jedoch nicht nur von der WHO empfohlen (68), sondern wurde auch von Betriebsärzt:innen BEM Mitglieder:innen sowie Psychotherapeut:innen gewünscht (136). Daher wird ein enger Austausch zwischen den involvierten Akteur:innen empfohlen, um genau zu bestimmen, welche Anpassungen notwendig sind und welche im Betrieb tatsächlich umsetzbar sind (136). Daher ist es notwendig, dass Psychotherapeut:innen genaue Informationen zum Arbeitsplatz erhalten, um entsprechen Empfehlungen aussprechen zu können (16, 17, 102, 136, 149).

Weiterhin äußerten Betriebsärzt:innen sowohl in der qualitativen Studie dieser Dissertation als auch in einer vorherigen Studie, dass sie konkrete Informationen zu dem aktuellen Status der geplanten Wiedereingliederung wünschen (102, 136). Die qualitative Studie fügt diesen Ergebnissen hinzu, dass Betriebsärzt:innen ebenfalls Informationen zu weiteren notwendigen Schritten in der Behandlung wünschen, damit diese beispielsweise einen Antrag zur Reha vorbereiten könnten (136). Außerdem würden Psychotherapeut:innen ebenfalls eine Rückmeldung über Chancen auf eine Wiedereingliederung im Betrieb wünschen, damit sie die Beschäftigten ebenfalls frühzeitig in der Behandlung darauf vorbereiten könnten, falls der Erhalt des Arbeitsplatzes nicht mehr möglich sei (136).

In einer vorherigen Studie wurde festgestellt, dass einige betriebliche Gesundheitsfachkräfte Beschäftigte nicht an eine PT-A übermitteln, da sie nicht glauben würden, dass diese den Beschäftigten helfen würde (89). In der qualitativen Studie gaben Betriebsärzt:innen an, dass sie sich eine Rückmeldung wünschen würden, ob die Übermittlung indiziert war und ob es sich um rein private Probleme oder auch arbeitsbezogene Probleme gehandelt hat (136). Durch einen solchen Austausch könnte die Relevanz des gemeinsamen Austausches sowie die Weitervermittlung von Beschäftigten an eine PT-A möglicherweise gestärkt werden.

### **3.4.2 Funktionale Anforderungen**

Im Hinblick auf die funktionalen Anforderungen wurden insbesondere die Datensicherheit und die Transparenz gegenüber den Patient:innen über alle geteilten Informationen als Notwendigkeit benannt (136). Diese Anforderungen gelten ebenfalls als Grundvoraussetzungen für elektronische Patientenakten (ePA), die sowohl international als auch in Deutschland bereits im Einsatz sind (123, 124). Ähnlich wie von den Teilnehmenden der qualitativen Studie gefordert, erhalten Patient:innen bei der deutschen ePA die Möglichkeit zu entscheiden, welche Daten gespeichert und wieder gelöscht werden sollen und wer welche Dokumente sehen darf (150). In Deutschland ist strikt geregelt, wer Zugriff auf die ePA haben darf. Neben behandelnden Ärzt:innen können ebenfalls Apotheken sowie Leistungserbringer, die in die Behandlung eingebunden sind (z.B. Physiotherapeut:innen), Zugriff erhalten (124). Während in einigen internationalen ePAs auch Familienmitglieder:innen Zugriff erhalten dürfen, ist in Deutschland bisher nur vorgesehen, dass Patient:innen eine:n Vertreter:in für die Verwaltung ihrer ePA berechtigen dürfen (123, 150). In der österreichischen ePA „ELGA“ wird die Transparenz über alle geteilten Dokumente und Veränderungen Patient:innen durch eine übersichtliche Benutzeroberfläche erleichtert (123, 151). Diese vollständige

Transparenz wird zwar international nicht in allen ePAs sichergestellt, ist aber zumindest in Deutschland gesetzlich nach BGB §630g vorgeschrieben (152).

Ähnlich wie bereits in einer vorherigen Studie beschrieben (17), äußerten auch die Teilnehmenden der qualitativen Studie, dass das sichere Senden von Nachrichten eine Erleichterung für die Kommunikation mit sich bringen könnte, da aufgrund von Datenschutzbedingungen sensible Informationen nicht per E-Mail ausgetauscht werden dürfen (17, 136). Mithilfe einer solchen Funktion könnten außerdem Termine für ein Telefonat vereinbar bzw. sogar ein Telefonat ersetzt werden, was wiederum dem Hindernis der unterschiedlichen Arbeitszeiten und des Zeitmangels begegnen könnte (136). Studien zeigen, dass solche sichere Nachrichtendienste bereits teilweise in der ambulanten medizinischen Behandlung für die interprofessionelle Zusammenarbeit verwendet werden (153, 154). Außerdem bieten einige Unternehmen bereits digitale Lösungen an, um medizinische Befunde, wie z.B. Röntgenaufnahmen zu versenden (155, 156). Inwiefern solche Dienste zum Versenden medizinischer Informationen verwendet bzw. in bereits bestehende elektronische Patientenakten integriert werden dürfen, obliegt staatlichen Datenschutzbestimmungen.

Die Teilnehmenden der qualitativen Studie haben darüber hinaus weitere Vorschläge für die Erleichterung der gegenseitigen Kommunikation gemacht (136). Da insbesondere verschiedene Arbeitszeiten zwischen Betriebsärzt:innen und anderen Fachärzt:innen als Ursache für eine schwierige Kommunikation in der Literatur angegeben wird (17, 107), könnte die in der qualitativen Studie vorgeschlagene Terminmanagementfunktion eine potentielle Lösung darstellen (136). Mithilfe dieser Funktion sollen freie Kapazitäten in den Terminkalendern der involvierten Akteur:innen dargestellt werden, sodass beispielsweise Telefontermine dort eingetragen werden könnten (136). Ansätze solcher Terminmanagementfunktionen existieren bisher vorwiegend für Terminvereinbarungen zwischen Patient:innen und Ärzt:innen oder zwischen Kolleg:innen innerhalb eines Betriebes, Praxis o.ä. (123, 157, 158).

Standardisierte Formulare zum Austausch von Informationen wurden sowohl von Teilnehmenden der qualitativen Studie als auch bereits in vorherigen Studien vorgeschlagen (17, 136). Mithilfe solcher Formulare könnte durch Ankreuzen von bestimmten Aspekten schnell, unkompliziert und standardisiert Informationen ausgetauscht werden (136). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit existieren bereits einige Instrumente, wie das Mini-ICF-APP (159, 160). Die Prüfung, inwiefern solche Instrumente in bereits bestehende Systeme wie einer ePA eingefügt werden könnte, ist jedoch noch ausstehend.



### **3.4.3 Die Rolle von Mitglieder:innen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in einem elektronischen Informationssystem**

In der qualitativen Studie wurde der Einbezug von BEM Mitglieder:innen kontrovers diskutiert (136). Da BEM Mitglieder:innen auch Personalverantwortliche des Betriebes sein könnten, wurden Bedenken geäußert, medizinische Informationen mit diesen zu teilen (136). Auch wenn BEM Mitglieder:innen einer beruflichen Verschwiegenheit unterliegen (161), ist diese nicht mit der ärztlichen Schweigepflicht gleichzustellen. Allerdings wurde in einer Übersichtsarbeit herausgestellt, dass Beschäftigte mit einer psychischen Erkrankung der Ansicht sind, dass eine mangelnde Zusammenarbeit zwischen den involvierten betrieblichen Gesundheitsfachkräften die berufliche Teilhabe von Beschäftigten behindern könne (162). Außerdem sei es nach Ansicht der Beschäftigten die Aufgabe des Arbeitgebers, entsprechende betriebliche Gesundheitsfachkräfte zu kontaktieren, wenn sie Unterstützung beim Umgang mit der Erkrankung des Beschäftigten benötigen (162). In der qualitativen Studie äußerten BEM Mitglieder:innen außerdem, dass sie spezifische medizinische Informationen, wie beispielsweise Diagnosen gar nicht wünschen, da nicht die Diagnose, sondern lediglich die zu erwartenden Einschränkungen bei der Arbeit relevant wären (136). Auf funktionaler Ebene wurden daher Möglichkeiten zur Trennung verschiedener Bereiche innerhalb des elektronischen Informationssystems vorgeschlagen, sodass nicht alle involvierten Akteur:innen Zugriff auf alle Informationen haben würden (136). Da sowohl international als auch national ePAs bereits Möglichkeiten für den gezielten Zugriff auf Informationen ermöglichen, müsste geprüft werden, ob ein Zugang für BEM Mitglieder:innen unter diesen Voraussetzungen möglich und auch gewünscht wäre (136).

## **3.5 Stärken und Limitationen**

### *Quantitative Erhebung zu den Gestaltungspräferenzen und Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A*

Bei der Interpretation und Verwendung der Ergebnisse der quantitativen Studien sollte insbesondere die Zusammensetzung der Stichproben berücksichtigt werden. Positiv hervorzuheben ist in der Studie mit den Beschäftigten der Hochschule, dass die Ergebnisse zu den Gestaltungspräferenzen der PT-A direkt mit der praktischen Umsetzung verglichen werden konnten (130). Dadurch konnte direkt abgeleitet werden, ob mögliche Gestaltungen der PT-A eine niedrige Nutzungsquote erklären könnten. Der negative Aspekt, dass die Ergebnisse nur bedingt auf andere Betriebe übertragbar sind, da nur eine Hochschule untersucht wurde, konnte durch die zweite Erhebung ausgeglichen werden, bei der Beschäftigte verschiedener Betriebe aus ganz

Deutschland befragt wurden, die über die sozialen Plattformen Instagram, Facebook und LinkedIn rekrutiert wurden (132). Weiterhin wurden in der zweiten Studie Subgruppenanalysen durchgeführt, wodurch spezifische Anforderungen für Beschäftigte, die positiv und negativ auf eine aktuelle Depression getestet wurden, dargestellt werden konnten (132). Dies ist eine Stärke dieser Studie, da die PT-A nicht nur Beschäftigte mit einer psychischen Erkrankung, sondern auch solche mit subklinischen Symptomen ansprechen möchte (11).

Allerdings zeigte sich in beiden Studien ein gewisser Selektionsbias. Bei der Befragung mit den Beschäftigten der Hochschule konnten trotz großer Bemühungen mit 18% nur ein kleiner Anteil der Beschäftigten erreicht werden (130). Auch wenn die Studienpopulation im Vergleich zur gesamten Belegschaft der Hochschule im Hinblick auf das Alter und den Berufsabschluss keine Unterschiede aufwies, nahmen verhältnismäßig mehr Frauen als Männer an der Befragung teil (130). Diese Überrepräsentativität von Frauen zeigte sich noch verstärkter in der zweiten Studie, in der der Frauenanteil 87% betrug (132). In dieser Studie waren die Teilnehmenden außerdem im Schnitt eher jung und hatten einen hohen Bildungsabschluss (132). Diese Form der Überrepräsentativität ist bereits aus der Rekrutierung mithilfe von Facebook und Instagram bekannt (163). Obwohl LinkedIn als zusätzliche Plattform genutzt wurde, um der Überrepräsentativität von Alter und Geschlecht entgegenzuwirken, konnte nur eine Minderheit über diese Plattform erreicht werden, sodass dieser Selektionseffekt nicht ausgeglichen werden konnte. Informationen zur genauen Rekrutierung zeigten, dass die Grundgesamtheit der Personen, denen die Werbeanzeige mit dem Link zum Online Fragebogen über Instagram und Facebook angezeigt wurden, bereits im Schnitt sehr jung und vorwiegend weiblich war (61%) (132). Dennoch haben von diesen Personen vorwiegend weibliche Personen den Fragebogen aufgerufen und beantwortet. Weiterhin zeigte sich beim Vergleich zwischen den Personen, die in den Analysen berücksichtigt wurden und den Personen, die aufgrund von fehlenden Werten ausgeschlossen wurden, dass insbesondere Personen höheren Alters und mit geringeren Bildungsniveau den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben (132). Daher ist nicht auszuschließen, dass das Studienthema männliche Personen, Personen mittleren und höheren Alters sowie mit niedrigen Bildungsniveau weniger adressiert hat (132). Fehlende Zusammenhänge in der Studie könnten somit möglicherweise auf eine Unterrepräsentativität von Personen mit diesen Charakteristika zurückzuführen sein. Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt bei der Rekrutierung über soziale Plattformen ist, dass nur aktive Nutzer dieser Plattformen teilnehmen können. Es ist daher nicht auszuschließen, dass bereits eine gewisse Vorselektion stattgefunden hat und die Perspektive von Personen, die kein Instagram, Facebook oder

LinkedIn besitzen, von der Perspektive der Teilnehmenden abweicht und nicht in dieser Studie repräsentiert ist.

Weiterhin zeigte sich in beiden quantitativen Studien, dass der Anteil der Personen mit aktuellen Symptomen einer Depression mit knapp 50% und 70% sehr hoch war (130, 132). In der Studie an der Hochschule wurde außerdem nicht erhoben, wie hoch der Anteil an Personen ist, die bereits psychotherapeutische Erfahrungen haben oder sich derzeit aufgrund ihrer psychischen Belastung in Behandlung befinden (130). In der Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe haben mehr als die Hälfte bereits wegen einer psychischen Diagnose eine Behandlung in Anspruch genommen (132). Daher ist nicht auszuschließen, dass vor allem Personen an der Studie teilgenommen haben, die sich möglicherweise aufgrund eigener Betroffenheit für die Studie und die PT-A interessieren und daher möglicherweise eine höhere Nutzungsabsicht angegeben haben als Personen, die nicht an der Studie teilgenommen haben. Daher wurden diese Aspekte in der Studie mit den Beschäftigten verschiedener Betriebe berücksichtigt, indem vorherige Behandlungserfahrungen in den Analysen einbezogen wurden und die Analysen in Subgruppen von Beschäftigten, die positiv bzw. negativ auf eine aktuelle Depression getestet wurden, wiederholt wurden (132). Dadurch konnte gezeigt werden, dass vorherige Behandlungserfahrungen und das psychische Wohlbefinden nur in der Gruppe der Beschäftigten, die negativ auf eine aktuelle Depression getestet wurde, im Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht einer PT-A stand (132)

Methodisch ist darauf hinzuweisen, dass die in beiden Studien eingesetzten Fragen zur Nutzungsabsicht nicht auf validierten Instrumenten beruhen (130, 132). Im Sinne der Vergleichbarkeit, auch mit anderen Konzepten wie dem EAP, wird daher der Einsatz validierter Instrumente in zukünftigen Studien empfohlen.

Weiterhin muss der Fragebogen zur Erhebung der stigmabezogenen Hindernisse kritisch diskutiert werden (135). Im Fragebogen wurde spezifisch gefragt, welche der aufgeführten Hindernisse die Teilnehmenden davon abhalten würden, eine PT-A aufzusuchen. Da diese Antworten dann anschließend in Beziehung zu der Nutzungsabsicht gesetzt wurden, ist eine Überschätzung dieses Effektes nicht auszuschließen (132). Die Ergebnisse erscheinen dennoch relevant, da im Fragebogen nicht zwischen den verschiedenen Beweggründen zur Nutzungsabsicht einer PT-A gefragt wurde und durch die Analysen herausgestellt werden konnte, dass die stigmabezogenen Hindernisse in Bezug auf die Nutzungsabsicht für berufliche Gründe weniger relevant erschienen (132).

Bei den Gestaltungspräferenzen der PT-A ist zu beachten, dass bei der Wegstrecke nicht unterschieden wurde, ob es sich um den Weg von der Arbeit oder von der Wohnung

handelt und ob der Weg mit dem Auto, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit dem Fahrrad zurückgelegt wird (131). Die Aussagekraft dieses Aspektes ist daher begrenzt. Außerdem wurde bei der Interpretation der Gestaltungspräferenzen regionale Besonderheiten nicht berücksichtigt, die sich beispielsweise durch eine unterschiedliche Verfügbarkeit von Psychotherapieplätzen in der Regelversorgung oder einer unzureichenden Vernetzung durch öffentliche Verkehrsmittel äußern können (131). Daher ist unklar, inwiefern solche Aspekte im Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht oder auch Präferenzen zur Gestaltung einer PT-A stehen.

In beiden quantitativen Studien wurde die Nutzungsabsicht einer PT-A und keine tatsächliche Nutzung untersucht (130, 132). Daher ist nicht auszuschließen, dass viele Personen, die zwar eine Nutzungsabsicht angegeben haben, die PT-A in der Realität jedoch nicht nutzen würden. Es ist daher möglich, dass einige Aspekte, die in der Literatur als relevante Determinanten identifiziert wurden, in den beiden Studien zur Nutzungsabsicht dadurch nicht signifikant assoziiert waren (132). Beispielsweise besteht die Möglichkeit, dass männliche Personen die gleiche Nutzungsabsicht wie weibliche Personen angeben, weibliche Personen die PT-A aber häufiger tatsächlich in Anspruch nehmen. Dies würde bedeuten, dass das Geschlecht bei der Nutzungsabsicht keinen Zusammenhang aufweist, wohl aber bei der tatsächlichen Nutzung.

Bei beiden quantitativen Studien handelt es sich um Querschnittstudien (130-132). Daher können keine Aussagen über kausale Zusammenhänge, sondern lediglich über Zusammenhänge getroffen werden.

In beiden Studien zu den Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A wurden verschiedene Regressionsmodelle gerechnet (130, 132). Die Durchführung dieser multiplen Tests birgt das Risiko, dass signifikante Ergebnisse rein zufällig entdeckt wurden, was als Alpha-Fehlerakkumulation bezeichnet wird.

#### *Qualitative Erhebung zu den Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem*

Eine Stärke der qualitativen Studie liegt darin, dass die Fokusgruppen interprofessionell durchgeführt wurden, was einen Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ermöglichte (136). Gleichzeitig kann dies natürlich auch dazu geführt haben, dass bestimmte negative Aspekte, wie beispielsweise ein mangelndes Vertrauen in die Vertraulichkeit der Betriebsärzt:innen, nicht thematisiert wurde. Da aber insbesondere gegenüber den Einbezug von BEM Mitglieder:innen Bedenken geäußert wurden, ist anzunehmen, dass die interprofessionelle Durchführung keinen Einfluss auf die freie Meinungsäußerung hatte (136).

Weiterhin konnten Vertreter:innen der verschiedenen Berufsgruppen aus einem breiten Spektrum rekrutiert werden (136). So nahmen beispielsweise Betriebsärzt:innen und BEM Mitglieder:innen aus dem privaten und öffentlichen Sektor sowie Psychotherapeut:innen aus der ambulanten und stationären Versorgung teil (136). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass aufgrund einer ungleichen Verteilung die weiblichen Vertreter:innen bei den Betriebsärzt:innen und BEM Mitglieder:innen möglicherweise überrepräsentiert und bei den Psychotherapeut:innen unterrepräsentiert waren (164).

Da einige Teilnehmende über persönliche Kontakte rekrutiert wurden, kannten die Interviewer einige der Teilnehmenden (136). Allen Teilnehmenden wurden jedoch dieselben Informationen im Vorfeld zugesandt, um ein standardisiertes Vorgehen zu gewährleisten und eine gleiche Ausgangssituation vor den Interviews zu schaffen (136). Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass dieser Aspekt dazu geführt haben könnte, dass diese Teilnehmenden ein anderes Verhältnis zu den Interviewern empfunden haben und dadurch in ihrer freien Äußerung von kritischen Meinungen zurückhaltender waren als die anderen Teilnehmenden oder umgekehrt aufgrund eines guten Vertrauensverhältnisses freier in ihrer Meinungsäußerung waren (136, 165). Es gab jedoch keine Abhängigkeitsverhältnisse zwischen den Interviewern und den Teilnehmenden, welche die Meinungsäußerungen beeinflusst haben könnten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass die Autoren der qualitativen Studie auch an der multizentrischen RCT beteiligt waren, für die das elektronische Informationssystem entwickelt und im Rahmen der PT-A Anwendung finden sollte (11, 136). Damit dieser Umstand nicht die Inhalte sowie den Verlauf der Interviews beeinflusst, wurde der Interviewleitfaden im Vorfeld an eine in der qualitativen Forschung erfahrene Kollegin zur Überprüfung übermittelt. Außerdem gehörten die Interviewer keiner der befragten Berufsgruppe an, sodass keine persönlichen Erfahrungen bei der Auswertung der Daten einfließen konnten (136). Nichtsdestotrotz ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse der qualitativen Studie im Sinne einer positiven Interpretation für die Entwicklung des elektronischen Informationssystems für den Einsatz im Rahmen einer PT-A verzerrt sind (136).

Aufgrund der geäußerten großen Bedenken hinsichtlich des Einbezugs von BEM Mitglieder:innen in das elektronische Informationssystem, wurden die letzten zwei Fokusgruppen ohne diese Berufsgruppe durchgeführt (136). Daher ist nicht auszuschließen, dass eine Datensättigung in dieser Berufsgruppe nicht gegeben ist. Da jedoch der Großteil der teilnehmenden Betriebsärzt:innen ebenfalls BEM

Mitglieder:innen waren, kann angenommen werden, dass die Perspektive dieser Akteur:innen ausreichend vertreten war (136).

Aufgrund der vorherrschenden COVID-19 Pandemie konnten die Fokusgruppen nicht persönlich, sondern nur videobasiert durchgeführt werden (136). Dies könnte die Dynamik der Interviews beeinflusst haben, sodass einige Aspekte, die in einem persönlichen Gespräch zur Sprache gekommen wären, untergegangen sind.

Die Transkripte wurden den Teilnehmenden aus logistischen Gründen nicht zur Korrektur übermittelt. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Teilnehmenden einige Aspekte geändert oder ergänzt hätten, was die Ergebnisse hätte beeinflussen können (136).

### **3.6 Implikationen**

#### **3.6.1 Implikationen der quantitativen Erhebung zu den Gestaltungspräferenzen und Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A**

Aus den Ergebnissen der quantitativen Studie lassen sich einige Implikationen für die Forschung und Praxis ableiten. Sowohl in Bezug auf die Gestaltung als auch auf die Determinanten zur Nutzungsabsicht einer PT-A erscheint es sinnvoll, weitere relevante Aspekte in zukünftigen Studien zu berücksichtigen.

Die Präferenzen zur Gestaltung einer PT-A hinsichtlich der Form, Zeit, Umfang, Zweck sowie Wegstrecke wurden bereits ermittelt (130, 131). Allerdings zeigten sich zwischen den beiden quantitativen Ergebnissen unterschiedliche Ergebnisse in Bezug auf den Umfang der PT-A. Es sollte daher genauer geprüft werden, inwieweit eine umfangreiche Diagnostik, wie unter den Beschäftigten einer Hochschule präferiert und bereits in einem vorherigen Konzept umgesetzt (91), ausreichend sein könnte oder ob Beschäftigte sich weitere Sitzungen zur genaueren Problemanalyse und ggf. Behandlung wünschen (131). Weiterhin konnte die Anzahl der Sitzungen, die im Rahmen einer PT-A angeboten werden sollten, anhand der quantitativen Studie nicht ermittelt werden (131) und sollte daher im Rahmen klinischer Studien bestimmt werden.

Die persönliche Durchführung wurde gegenüber einer videobasierten oder telefonbasierten Studie eindeutig bevorzugt (130, 131). Da die Versorgungsdichte psychotherapeutischer Behandlungen jedoch regional unterschiedlich verteilt ist (166), könnte geprüft werden, ob psychisch beanspruchte Beschäftigte eine videobasierte Durchführung akzeptieren würden, wenn regional keine Psychotherapeut:in die Sitzungen in Person durchführen könnte. Dabei könnte, basierend auf den Ergebnissen der Studie, eine einfache Wegstrecke von 15-30 Minuten als Maßstab genommen

werden (131). Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass bei der Erhebung der Wegstrecke nicht berücksichtigt wurde, ob es sich um Wege ausgehend von der Arbeit oder dem Zuhause handelt und ob der Weg mit dem Auto, öffentlichen Verkehrsmitteln, zu Fuß o.ä. zurückgelegt werden würde (131). Eine qualitative Studie fand heraus, dass die Akzeptanz von video- oder telefonbasierten Sitzungen abhängig davon ist, zu welchem Zeitpunkt der Erkrankung diese stattfinden (140). In der quantitativen Studie stand das psychische Wohlbefinden im Rahmen der ANCOVA Analysen nicht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Form der Sitzungen (131). Dennoch könnte in zukünftigen Untersuchungen genauer geprüft werden, ob videobasierte Sitzungen eine Alternative in der PT-A sein könnten, wenn Beschäftigte bereits persönliche Sitzungen im Rahmen der PT-A in Anspruch genommen haben oder die Sitzungen beispielsweise im Rahmen der Wiedereingliederung in Anspruch nehmen würden.

In beiden Studien zu den Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A wurden nur wenige Zusammenhänge gefunden (132) bzw. mit 2-7% ein eher geringerer Anteil der Varianz erklärt (130). Daher kann diskutiert werden, ob zum einen alle relevanten Aspekte berücksichtigt wurden und zum anderen, ob diese fehlenden Assoziationen möglicherweise darauf zurückzuführen sind, dass die Nutzungsabsicht und nicht die tatsächliche Nutzung untersucht wurde (130, 132). Aus vorherigen Studien ist bekannt, dass einer der Hauptgründe, warum eine psychotherapeutische Behandlung nicht aufgesucht wird, der fehlende selbst wahrgenommene Bedarf darstellt (24, 26, 167). Zwar gab in beiden Studien die Mehrheit der Befragten an, dass sie eine PT-A im Bedarfsfall nutzen würden (130, 132), allerdings bleibt dabei unklar, ob diese den Bedarf auch selbst wahrnehmen und somit die PT-A auch tatsächlich nutzen würden. Zwar ist bekannt, dass die Nutzungsabsicht ein starker Prädiktor für eine tatsächliche Nutzung psychotherapeutischer Behandlung darstellt (168), allerdings können die Ergebnisse dieser Studien zur Nutzungsabsicht keine Aussagen über eine tatsächliche Nutzung der PT-A treffen (130, 132). Es ist beispielsweise möglich, dass bei der Nutzungsabsicht Männer und Frauen ein gleich großes Interesse angeben, Frauen jedoch signifikant häufiger die Behandlung auch tatsächlich in Anspruch nehmen. Daher wäre bei der Nutzungsabsicht kein Effekt des Geschlecht zu finden, bei der tatsächlichen Nutzung hingegen schon (132). Zukünftige Studien sollten daher sowohl den selbst wahrgenommenen Bedarf als auch eine tatsächliche Inanspruchnahme untersuchen.

Inwieweit ein Migrationshintergrund oder Sprachbarrieren eine Rolle bei der Nutzung einer PT-A eine Rolle spielen könnten, wurde in beiden Studien nicht berücksichtigt (130, 132). Da aus früheren Studien jedoch bekannt ist, dass ein Migrationshintergrund mit einer geringeren Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung

zusammenhängen kann (169, 170), sollte dieser Aspekt ebenfalls in zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

Das psychosoziale Sicherheitsklima, gemessen mit dem PSC-4, stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht einer PT-A und steht somit im Gegensatz zu den Erwartungen, die sich aus vorherigen Studien ergeben haben (39, 75, 76). Daher sollte dieser Aspekt in zukünftigen Studien verifiziert oder falsifiziert werden. Möglicherweise ist der PSC-4 nicht das geeignete Instrument, um die Unternehmenskultur in diesem Zusammenhang zu erheben, sodass andere Instrumente verwendet werden sollten, die beispielsweise eher die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Arbeitskolleg:innen abdecken (75).

Die teilweise unterschiedlichen Ergebnisse zwischen den beiden quantitativen Studien (130, 132) und in Bezug auf die in vorherigen Studien dargestellten Determinanten zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen (28, 39) können möglicherweise durch die sehr spezifischen Studienpopulationen erklärt werden. Die eine Studie repräsentiert lediglich die Perspektive von Beschäftigte einer einzigen Hochschule (130), während bei der anderen Studie zwar Beschäftigte verschiedener Betriebe befragt wurden, diese jedoch vorrangig jung und weiblich waren (136). Weiterhin waren in beiden Studien die Teilnehmende mit einem hohen Bildungsniveau im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert (145). Die Ergebnisse lassen sich somit nur begrenzt auf die erwerbstätige Allgemeinbevölkerung übertragen. Daher sollte in zukünftigen Studien bei der Rekrutierung eine repräsentativere Stichprobe angestrebt werden.

Vorherige Studien haben die Determinanten zur Nutzung psychotherapeutischer Behandlungen in Andersens Verhaltensmodell „Behavioral Model of Health Services Use“ (171) eingeordnet (28, 143, 172). In diesem Modell werden Aspekte, die mit dem Inanspruchnahmeverhalten zusammenhängen in kontextuelle und persönliche Merkmale unterteilt (171). Diese werden weitergehend in prädisponierende (z.B. Geschlecht, Alter, Stigmatisierung), förderliche (z.B. finanzielle Mittel) und bedarfsorientierte Merkmale (z.B. Schweregrad der Depression) unterteilt (171). Auch wenn die beiden Studien zur Nutzungsabsicht einer PT-A nicht auf diesem Modell basieren (130, 132), lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass Geschlecht, Alter und die Angst vor einer Stigmatisierung als prädisponierende Merkmale und der Schweregrad der Depression bzw. des psychischen Wohlbefindens als bedarfsorientierte Merkmale auch bei der Nutzungsabsicht einer PT-A eine Rolle zu spielen scheinen. Insbesondere die in dem Modell definierten ermöglichenden Faktoren, wurden in den beiden Studien nur gering berücksichtigt. So könnte beispielsweise die



Implementierung und Nutzungsabsicht von finanziellen Mitteln abhängig sein. Obwohl finanzielle Mittel für Beschäftigte in Bezug auf die PT-A nicht relevant sein sollten, da sie für diese kostenlos ist (11), könnte das Einkommen indirekt aufgrund von unterschiedlichen Wartezeiten zwischen GKV und PKV eine Rolle spielen (10, 173). Da Beschäftigte mit höheren Einkommen in die PKV eintreten können und somit möglicherweise von geringeren Wartezeiten profitieren (10), könnte dies den Bedarf einer PT-A beeinflussen und somit auch die Nutzung. Daher müsste dieser Aspekt zukünftig genauer betrachtet werden. Auf organisatorischer Ebene könnten finanzielle Mittel die Umsetzung und Zugänglichkeit der PT-A beeinflussen. Obwohl die Betriebsgröße in den Präferenzen für die Gestaltung der PT-A eine untergeordnete Rolle spielte (131), könnte sie bei der Finanzierung eine größere Bedeutung haben. Da insbesondere kleinere Betriebe oft finanzielle Einschränkungen als Hindernis für die Umsetzung von Gesundheitsangeboten nannten (80, 81), sollte die PT-A so gestaltet sein, dass Beschäftigte unabhängig von der Betriebsgröße davon profitieren können.

Aus den Ergebnissen beider quantitativer Studien lassen sich weitere Implikationen für die Praxis ableiten, die insbesondere die Bewerbung des Angebotes sowie begleitende Kampagnen zur Reduktion von Stigmatisierungen umfassen (130, 132). Stigmabezogene Hindernisse standen insbesondere mit der Nutzungsabsicht einer PT-A in einer psychisch belastenden Situation sowie bei Beschäftigten, die aktuell negativ auf eine Depression getestet wurden, im Zusammenhang (132). Da sowohl diese Ergebnisse als auch die Ergebnisse einer vorherigen Studie darauf hindeuten, dass die Angst vor einer Stigmatisierung insbesondere in frühen Phasen einer psychischen Störung eine Barriere darstellen, könnten Antistigmatisierungskampagnen begleitend zur PT-A in Betrieben umgesetzt werden. Aus vorherigen Studien ist nämlich bekannt, dass Sensibilisierungs- und Antistigmakampagnen am Arbeitsplatz die wahrgenommene Stigmatisierung bei der Arbeit verringern und unterstützendes Verhalten gegenüber Beschäftigten mit psychischen Problemen sowie die Nutzungsabsicht von professionellen Behandlungsangeboten verbessern kann (174, 175).

Bei den Beschäftigten der Hochschule sowie bei den Beschäftigten verschiedener Betriebe, die aktuell positiv auf eine Depression getestet wurden, zeigten sich weder für stigmabezogene Barrieren noch für sonstige Aspekte Zusammenhänge mit der Nutzungsabsicht einer PT-A für berufliche Belastungen (130, 132). Daher kann diskutiert werden, ob bei der Bewerbung der PT-A insbesondere die beruflichen Belastungen in den Vordergrund gerückt werden sollten. Allerdings sollte dabei berücksichtigt werden, dass das Ziel und Zweck der PT-A von den Beschäftigten verstanden werden sollte. Weiterhin sollte dabei verdeutlicht werden, dass private Aspekte in den Sitzungen

ebenso berücksichtigt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass berufliche Aspekte nicht getrennt von privaten Aspekten betrachtet werden sollten (90).

Da die Nutzungsabsichten im Kontrast zu den bisher niedrigen Nutzungsraten der PT-A stehen (130), kann diskutiert werden, ob die Beschäftigten in den Betrieben mit einer implementierten PT-A genügend über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer PT-A informiert wurden. Denn eine vorherige Studien zur Nutzung von EAP konnte zeigen, dass eine breite Bewerbung des Angebotes mit einer erhöhten Nutzungsrate verbunden war (76). Eine weitere Studie zur Nutzung von EAP unter männlichen Beschäftigten bestätigte die Relevanz dieses Aspektes, da in der Studie eine Vielzahl über das Angebot nicht informiert waren oder mehr Informationen dazu wünschten (176). Hinsichtlich der Bewerbung der EAP wurden unter anderem zielgruppenspezifische Ansprachen empfohlen, wie beispielsweise Werbetexte, die insbesondere männliche Beschäftigte ansprechen (144, 176). Außerdem wurde vorgeschlagen, dass ein sogenannter Botschafter das Angebot bewerben könnte (176). Das könnte beispielsweise eine Führungskraft sein, die das Angebot selbst in Anspruch genommen hat und dieses daher den Kolleg:innen weiterempfiehlt (176). Solche Ansätze ließen sich ebenfalls auf die PT-A übertragen.

### **3.6.2 Implikationen der qualitativen Erhebung zu den Anforderungen an ein elektronisches Informationssystem**

Die Ergebnisse aus der qualitativen Studie hinsichtlich der inhaltlichen und funktionellen Anforderungen könnten genutzt werden, um diese Ergebnisse im Rahmen von quantitativen Studien zu erweitern (136). Zum Beispiel könnten Querschnittstudien prüfen, welche Anforderungen aus der qualitativen Studie von einer größeren Studienpopulation als relevant angesehen werden. Dabei könnten auch Informationen aus einer weiteren Studie berücksichtigt werden, die die Zusammenarbeit zwischen Betriebsärzt:innen und Psychotherapeut:innen im Rahmen der Wiedereingliederung untersucht hat (102). Dabei sollte insbesondere der Einbezug von BEM Mitglieder:innen unter den Aspekten berücksichtigt, dass diese nicht notwendigerweise alle medizinischen Informationen erhalten müssen und die Patient:innen selbst bestimmen könnten, ob sie die Informationen mit ihnen teilen wollen (136).

Insbesondere aufgrund der hohen Übereinstimmung zwischen den in der qualitativen Studie geäußerten funktionalen Anforderungen und der Abdeckung dieser Funktionen in verschiedenen ePAs (123, 136, 150), sollte geprüft werden, inwieweit ein separates elektronisches Informationssystem entwickelt werden müsste oder ob diese Anforderungen in eine bereits bestehende ePA integriert werden könnten. Bei dieser

Überprüfung sollten insbesondere einige Anforderungen berücksichtigt werden, die in der qualitativen Studie als wichtig erachtet wurden, aber nach derzeitigem Kenntnisstand teilweise noch nicht in den bestehenden ePAs umgesetzt wird. Das schließt insbesondere die genannten Funktionen zur Erleichterung der gegenseitigen Kommunikation ein (136). Das betrifft zum einen die Terminmanagementfunktion, die Möglichkeit zum Versenden sicherer Nachrichten sowie die Verwendung von standardisierten Formularen zur Überprüfung beispielsweise der Arbeitsfähigkeit oder Ermittlung von psychischen Symptomen (136). Im Zusammenhang mit der zuletzt genannten Funktion könnte darüber hinaus geprüft werden, ob bereits Formulare, wie beispielsweise das MINI ICF APP (160) existieren oder ob entsprechende Formulare entwickelt werden müssten.

Die Anforderungen, die im Rahmen der qualitativen Studie erhoben wurden, lassen sich insbesondere auf den Austausch zwischen Psychotherapeut:innen und betrieblichen Gesundheitsfachkräften in der Behandlung von Beschäftigten mit psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen übertragen (136). Allerdings könnte geprüft werden, ob ähnliche inhaltliche und funktionale Anforderung auch auf andere medizinische Bereiche, wie beispielsweise muskuloskeletale Erkrankungen (177), oder für die Zusammenarbeit zwischen weiteren involvierten Akteur:innen übertragen werden können.

Die Entwicklung einer elektronischen Software ist ein komplexer Prozess, der eine Vielzahl an involvierten Stakeholdern einschließt. Die Ergebnisse der qualitativen Studie stellen somit nur einen ersten Schritt dar. Für eine weitere Entwicklung müssten neben Patient:innen auch Datenschutzbeauftragte, Software Entwickler:innen und weitere relevante Dritte einbezogen werden. Inwiefern ein solches System tatsächlich Anwendung finden würde, müsste ebenfalls geprüft werden. In vorherigen Studien wurden insbesondere Bedenken hinsichtlich der Verschwiegenheit von Betriebsärzt:innen gegenüber den Arbeitgeber:innen von Beschäftigten geäußert (105, 109), obwohl dieser der gleichen Verschwiegenheit unterliegen wie andere Fachärzt:innen. Dieser Aspekt könnte eine tatsächliche Nutzung eines solchen elektronischen Informationssystems möglicherweise behindern.

### **3.7 Schlussfolgerungen**

Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Studien geben insbesondere für praktische Umsetzungen einige Handlungsempfehlungen. Es konnte gezeigt werden, unter welchen Bedingungen Beschäftigte unabhängig von Berufsbereich, Betriebsgröße, Anforderungsniveau sowie Vorgesetztenfunktion eine PT-A in Anspruch nehmen würden. Dennoch gibt es weitere Aspekte, die bei der Umsetzung einer PT-A

von Bedeutung sein könnten, wie z.B. personelle und finanzielle Fragen, die bisher nicht berücksichtigt wurden. Die identifizierten Determinanten zur Nutzungsabsicht einer PT-A könnten genutzt werden, um wichtige Maßnahmen wie Antistigmakampagnen oder zielgruppenspezifische Bewerbungen begleitend zur Implementierung einer PT-A umzusetzen, um die Nutzung möglicherweise zu erhöhen. Die Berücksichtigung der Gestaltungspräferenzen sowie der Determinanten zur Nutzungsabsicht könnten einen positiven Einfluss auf die Inanspruchnahme der PT-A haben. Dies müsste jedoch in prospektiven Studien zur tatsächlichen Nutzung sowie praktischen Umsetzungen geprüft werden.

Elektronische Informationssysteme zum Austausch von Patient:inneninformationen zwischen betrieblichen Gesundheitsfachkräften und Psychotherapeut:innen haben das Potential, die interprofessionelle Kommunikation und damit auch die Gesundheitsversorgung von psychisch beanspruchten Beschäftigten zu verbessern. Die dargestellten inhaltlichen und funktionalen Anforderungen können genutzt werden, um bestehende Systeme wie die ePAs weiterzuentwickeln oder ein eigenständiges System zu entwickeln. Für eine theoretische und praktische Weiterentwicklung ist jedoch eine Vielzahl weiterer Schritte notwendig, um die Ergebnisse der qualitativen Studie durch quantitative Studien zu erweitern und ebenfalls die Anforderungen weiterer involvierter Stakeholder zu berücksichtigen.

## Literaturverzeichnis

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. 2022.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study 2022. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f> (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).
3. Stansfeld S, Clark C, Bebbington P, King M, Jenkins R, Hinchliffe S. Common mental disorders. NHS digital; 2016.
4. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021;398(10312); doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
5. World Health Organization (WHO). Mental disorders. 2022.
6. Müller G, Bombana M, Heinzl-Gutenbrenner M, Kleindienst N, Bohus M, Lyssenko L, et al. Socio-economic consequences of mental distress: quantifying the impact of self-reported mental distress on the days of incapacity to work and medical costs in a two-year period: a longitudinal study in Germany. *BMC Public Health*. 2021;21(1); doi: 10.1186/s12889-021-10637-8.
7. Considine R, Tynan R, James C, Wiggers J, Lewin T, Inder K, et al. The Contribution of Individual, Social and Work Characteristics to Employee Mental Health in a Coal Mining Industry Population. *PLOS ONE*. 2017;12(1); doi: 10.1371/journal.pone.0168445.
8. Rommel A, Bretschneider J, E. KL, F. P, Thom J. Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*. 2017;2017 (4); doi: DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2.
9. Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. Studie: 20 Monate bis Menschen mit Depression sich Hilfe suchen 2022. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/pressematerial-barometer-depression> (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).
10. Singer S, Maier L, Paserat A, Lang K, Wirp B, Kobes J, et al. Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. *Psychotherapeut*. 2022;67(2); doi: 10.1007/s00278-021-00551-0.
11. Weber J, Angerer P, Brenner L, Brezinski J, Chrysanthou S, Erim Y, et al. Early intervention, treatment and rehabilitation of employees with common mental disorders by using psychotherapeutic consultation at work: study protocol of a randomised controlled multicentre trial (friaa project). *BMC Public Health*. 2021;21(1); doi: 10.1186/s12889-021-11195-9.
12. Rothermund E, Pößnecker T, Antes A, Kilian R, Kessemeier F, Schwarz E, et al. Conceptual Framework of a Psychotherapeutic Consultation in the Workplace: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19; doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214894>.
13. Reineke F. Psychisches Befinden und Hilfsangebote im Betrieb Eine Bedarfsanalyse zur Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (Doctoral dissertation) 2022.
14. Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T. S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Springer-Verlag; 2019.
15. Michaelis M, Balint EM, Junne F, Zipfel S, Gündel H, Lange R, et al. Who should play a key role in preventing common mental disorders that affect employees in the workplace? Results of a survey with occupational health physicians, primary care

- physicians, psychotherapists, and human resource managers. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(8); doi: 10.3390/ijerph16081383.
16. Rothermund E, Michaelis M, Jarczok MN, Balint EM, Lange R, Zipfel S, et al. Prevention of common mental disorders in employees. Perspectives on collaboration from three health care professions. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(2); doi: 10.3390/ijerph15020278.
  17. Stratil J, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S. Optimizing cooperation between general practitioners, occupational health and rehabilitation physicians in Germany: a qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*. 2017;90(8); doi: 10.1007/s00420-017-1239-6.
  18. Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*. 2022;54; doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101675.
  19. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Program on the Global Demography of Aging; 2012.
  20. Deutsche Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zahlen 2022. 2022.
  21. Doran CM, Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*. 2017;43(1); doi: 10.1071/AH16115.
  22. World Health O. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 2021.
  23. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;35(3); doi: 10.1002/da.22711.
  24. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2017;210(2); doi: 10.1192/bjp.bp.116.188078.
  25. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLOS Medicine*. 2022;19(2); doi: 10.1371/journal.pmed.1003901.
  26. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*. 2011;41(8); doi: 10.1017/s0033291710002291.
  27. Woodall A, Morgan C, Sloan C, Howard L. Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age related barriers? *BMC Psychiatry*. 2010;10; doi: 10.1186/1471-244x-10-103.
  28. Maggaard JL, Seeralan T, Schulz H, Brütt AL. Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLOS ONE*. 2017;12(5); doi: 10.1371/journal.pone.0176730.
  29. Tomczyk S, Schomerus G, Stolzenburg S, Muehlan H, Schmidt S. Who is seeking whom? A person-centred approach to help-seeking in adults with currently untreated mental health problems via latent class analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53(8); doi: 10.1007/s00127-018-1537-7.
  30. Tomczyk S, Schmidt S, Muehlan H, Stolzenburg S, Schomerus G. A Prospective Study on Structural and Attitudinal Barriers to Professional Help-Seeking for Currently Untreated Mental Health Problems in the Community. *The journal of behavioral health services & research*. 2020;47(1); doi: 10.1007/s11414-019-09662-8.
  31. Roberts T, Miguel Esponda G, Krupchanka D, Shidhaye R, Patel V, Rathod S. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1); doi: 10.1186/s12888-018-1837-1.
  32. Liddon L, Kinglerlee R, Barry JA. Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(1); doi: 10.1111/bjc.12147.

33. Michael T. Compton, M.D., M.P.H., and, Ruth S. Shim, M.D., M.P.H. The Social Determinants of Mental Health. *FOCUS*. 2015;13(4); doi: 10.1176/appi.focus.20150017.
34. Paulus W, Matthes B. Klassifikation der Berufe. Struktur, Codierung und Umsteigeschlüsse. FDZ-Methodenreport. Methodische Aspekte zu Arbeitsmarktdaten: Forschungsdatenzentrum der Bundesagentur für Arbeit im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (FDZ). 2013.
35. Bundesagentur für Arbeit. Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg; 2011.
36. Hom MA, Stanley IH, Schneider ME, Joiner TE. A systematic review of help-seeking and mental health service utilization among military service members. *Clinical psychology review*. 2017;53; doi: 10.1016/j.cpr.2017.01.008.
37. Schomerus G, Stolzenburg S, Freitag S, Speerforck S, Janowitz D, Evans-Lacko S, et al. Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2019;269(4); doi: 10.1007/s00406-018-0896-0.
38. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2017;210(4); doi: 10.1192/bjp.bp.116.189464.
39. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. 2017;30(2); doi: 10.1177/0840470416679413.
40. Milot M. Stigma as a barrier to the use of Employee Assistance Programs. Workreach Solutions, APAS Laboratory Inc.; 2019.
41. Krajewski C, Burazeri G, Brand H. Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research*. 2013;210(3); doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.013>.
42. Boyd Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003;121(1); doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>.
43. Schomerus G, Auer C, Rhode D, Luppä M, Freyberger HJ, Schmidt S. Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. *Journal of affective disorders*. 2012;139(1); doi:
44. Riffer F, Knopp M, Burghardt J, Sprung M. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeut*. 2021;66(6); doi: 10.1007/s00278-021-00523-4.
45. Krüger D. Struktur von Gesundheitssystem und Krankenhauswesen oder wie passt mein Patient in das Gesundheitswesen? In: *Survival Guide Psychiatrie*, Krüger D: Krüger D. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2019. p. 49-61.
46. Gemeinsamer Bundesausschuss (GB-A). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).
47. Spitzenverband G. Fokus: Ambulante Psychotherapie 2023. [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/fokus/psychotherapie.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/psychotherapie.jsp) (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).
48. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411\\_bptk\\_studie\\_wartezeiten\\_2018.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf) (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).
49. GKV Spitzenverband. GKV-Versichertenbefragung: Mehr Orientierung bei Therapieplatzsuche gewünscht 2022. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2022\\_2/20221124\\_P\\_M\\_3\\_Psychotherapie\\_Orientierung\\_Daten\\_Website.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2022_2/20221124_P_M_3_Psychotherapie_Orientierung_Daten_Website.pdf) (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).

50. Rabe-Menssen C. Patientenfragen während der Corona-Pandemie. Berlin: DPtV, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. 2021.
51. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bevölkerung nach Art des Versicherungsverhältnisses in der Krankenversicherung in 1000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art des Versicherungsverhältnisses 2023. [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=14378227&p\\_sprache=D&p\\_help=0&p\\_indnr=468&p\\_indsp=&ityp=H&fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=14378227&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=468&p_indsp=&ityp=H&fid=) (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).
52. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Förderinitiative gesund - ein Leben lang 2015. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gesund-ein-leben-lang.php> (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).
53. Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological medicine*. 2017;47(8); doi: 10.1017/s003329171600355x.
54. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2018;53; doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.003.
55. Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2017;43(4); doi: 10.5271/sjweh.3632.
56. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017;17(1); doi: 10.1186/s12889-017-4153-7.
57. Molen HFvd, Nieuwenhuijsen K, Frings-Dresen MHW, Groene Gd. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(7); doi: 10.1136/bmjopen-2019-034849.
58. Virtanen M, Jokela M, Madsen IE, Magnusson Hanson LL, Lallukka T, Nyberg ST, et al. Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2018;44(3); doi: 10.5271/sjweh.3712.
59. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15(1); doi: 10.1186/s12889-015-1954-4.
60. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International archives of occupational and environmental health*. 2016;89(4); doi: 10.1007/s00420-015-1107-1.
61. Siegrist J. Chapter 9 - Effort-Reward Imbalance Model. In: *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, Fink G: Fink G. San Diego: Academic Press; 2016. p. 81-6.
62. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2005;31(6); doi: 10.5271/sjweh.948.
63. Fransson EI, Nyberg ST, Heikkilä K, Alfredsson L, Bacquer DD, Batty GD, et al. Comparison of alternative versions of the job demand-control scales in 17 European cohort studies: the IPD-Work consortium. *BMC Public Health*. 2012;12(1); doi: 10.1186/1471-2458-12-62.
64. Wulsin L, Alterman T, Timothy Bushnell P, Li J, Shen R. Prevalence rates for depression by industry: a claims database analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014;49(11); doi: 10.1007/s00127-014-0891-3.



65. Badura B, Ducki A, Meyer M, Schröder H. Fehlzeiten-Report 2022: Verantwortung und Gesundheit: Springer; 2022.
66. Gullett LR, Alhasan DM, Jackson WB, Jackson CL. Employment Industry and Occupational Class in Relation to Serious Psychological Distress in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(14); doi:
67. Proper KI, van Oostrom SH. The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2019;45(6); doi: 10.5271/sjweh.3833.
68. World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022.
69. Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG. Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen.
70. German Social Code IX. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. 2017.
71. Eßl-Maurer R, Flamm M, Hösl K, Osterbrink J, van der Zee-Neuen A. Absenteeism and associated labour costs according to depressive symptom severity in the German general population: why preventive strategies matter. *International archives of occupational and environmental health*. 2022;95(2); doi: 10.1007/s00420-021-01788-7.
72. Attridge M, Dickens SP. Health and Work Outcomes of Brief Counseling From an EAP in Vermont: Follow-Up Survey Results, Client Satisfaction, and Estimated Cost Savings. *SAGE Open*. 2022;12(1); doi: 10.1177/21582440221087278.
73. Chapman S, Kangasniemi A, Maxwell L, Sereneo M. The ROI in workplace mental health programs: Good for people, good for business - A blueprint for workplace mental health programs Deloitte Insights2019. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/about-deloitte/ca-en-about-blueprint-for-workplace-mental-health-final-aoda.pdf> (Zugriff zuletzt am 05.07.2023).
74. Brown NB, Bruce SE. Stigma, career worry, and mental illness symptomatology: Factors influencing treatment-seeking for Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom soldiers and veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2016;8; doi: 10.1037/tra0000082.
75. Britt TW, Wilson CA, Sawhney G, Black KJ. Perceived unit climate of support for mental health as a predictor of stigma, beliefs about treatment, and help-seeking behaviors among military personnel. *Psychological Services*. 2020;17(2); doi: 10.1037/ser0000362. Epub 2019 May 16. PMID: 31094547.
76. Azzone V, McCann B, Merrick EL, Hiatt D, Hodgkin D, Horgan C. Workplace Stress, Organizational Factors and EAP Utilization. *Journal of workplace behavioral health*. 2009;24(3); doi: 10.1080/15555240903188380.
77. Dollard MF. The PSC-4; A Short PSC Tool. In: *Psychosocial Safety Climate: A New Work Stress Theory*, Dollard MF, Dormann C, Awang Idris M: Dollard MF, Dormann C, Awang Idris M. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 385-409.
78. Loh MY, Zadow A, Dollard M. Psychosocial safety climate and occupational health: what we know so far. *Handbook of socioeconomic determinants of occupational health: From macro-level to micro-level evidence*. 2020; doi: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-05031-3\\_17-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-05031-3_17-1).
79. Taylor AW, Pilkington R, Montgomerie A, Feist H. The role of business size in assessing the uptake of health promoting workplace initiatives in Australia. *BMC Public Health*. 2016;16; doi: 10.1186/s12889-016-3011-3.
80. Berger H, Noltén A. Rahmenbedingungen des BGM: gesundheitspolitische und betriebswirtschaftliche Grundlagen. In: *Supervision und psychische Gesundheit*, Reinfelder EC., Jahn R., S. G: Reinfelder EC., Jahn R., S. G. Springer, Wiesbaden.; 2019.

81. Schaefer E, Drexler H, Kiesel J. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors – Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. *Gesundheitswesen*. 2016;78(03); doi: 10.1055/s-0034-1396887.
82. Newman LS, Stinson KE, Metcalf D, Fang H, Brockbank C, Jinnett K, et al. Implementation of a worksite wellness program targeting small businesses: the Pinnacle Assurance health risk management study. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2015;57(1); doi: 10.1097/jom.0000000000000279.
83. Weaver GM, Bibeau DL, Dudley WN, Bray J, Rulison K. Association Between the Characteristics of Organizations and Their Profile of Performance Against Quality Benchmarks for Workplace Health Promotion. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2019;61(5); doi: 10.1097/jom.0000000000001584.
84. Preiser C, Wittich A, Rieger MA. [Psychosomatic Consultation in the Workplace-Description and Modelling of a New Health-Related Service]. *Gesundheitswesen*. 2015;77(11); doi: 10.1055/s-0034-1384611.
85. Gühne U, Stein J, Schwarzbach M, Riedel-Heller SG. Der Stellenwert von Arbeit und beruflicher Beschäftigung in der Behandlung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer qualitativen Studie. 2017;67(11); doi: 10.1055/s-0043-104855.
86. Gismervik S, Aasdahl L, Vasseljen O, Fors EA, Rise MB, Johnsen R, et al. Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2020;46(4); doi: 10.5271/sjweh.3882.
87. Kröger C, Bode K, Wunsch EM, Kliem S, Grochowski A, Finger F. Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: preliminary findings of a controlled, matched study. *Journal of occupational health psychology*. 2015;20(2); doi: 10.1037/a0038341.
88. Balint E, Gantner M, Gündel H, Herrmann K, Pöbnecker T, Rothermund E, et al. [Rasche Hilfe bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz : Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb] Providing Rapid Help for Mental Strain at the Workplace : Psychosomatic Consultation in the Workplace. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2021;71; doi: 10.1055/a-1479-3045.
89. Preiser C, Rothermund E, Wittich A, Gündel H, Rieger MA. Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and limitations of the services offered—results of a qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*. 2016;89(4); doi: 10.1007/s00420-015-1098-y.
90. Rothermund E, Guendel H, Kilian R, Hoelzer M, Reiter B, Mauss D, et al. Treatment of psychosomatic disorders occurring in the vocational context – Concept and first findings (Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2014;60; doi: 10.13109/zptm.2014.60.2.177.
91. Bode K, Wunsch E-M, Finger F, Kröger C. Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2016;66(06); doi: 10.1055/s-0042-106728.
92. Rothermund E, Kilian R, Rottler E, Mayer D, Hölzer M, Rieger MA, et al. Improving Access to Mental Health Care by Delivering Psychotherapeutic Care in the Workplace: A Cross-Sectional Exploratory Trial. *PLoS One*. 2017;12(1); doi: 10.1371/journal.pone.0169559.
93. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*. 2014;85(1); doi: 10.1007/s00115-013-3961-y.
94. Shotlander J. An Introduction to Employee Assistance Programs 2019 updated 2019-08-01. <http://hdl.handle.net/10713/17746> (Zugriff zuletzt am 04.10.2023).
95. McRee J. How Perceptions of Mental Illness Impact EAP Utilization. *Benefits quarterly*. 2017:37-42.

96. Attridge M, Amaral TM, -, Bjornson T, Goplerud EN, Herlihy PA, McPherson TL, et al. Selecting and strengthening Employee Assistance Programs: A purchaser's guide. Employee Assistance Society of North America (EASNA); 2009.
97. Held JM. Measuring the Impact of COVID-19 on Employee Benefits. *Benefits quarterly*. 2021;57.
98. Sonnenstuhl WJ, Trice HM. Strategies for employee assistance programs: The crucial balance: Cornell University Press; 2018.
99. Preiser C, Wittich A, Rieger MA. Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Gestaltungsformen des Angebots. *Gesundheitswesen*. 2015;77(11); doi: 10.1055/s-0034-1384611.
100. Schneider F, Härter M, Schorr S. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression: Springer-Verlag; 2017.
101. Muschalla B, Poguntke KJ, Linden M. Assessment of Capacity Impairment in Patients with Mental Disorders by Routine Clinical Assessment and by Structured Assessment with the Mini-ICF-APP. *Psychopathology*. 2019;52(4); doi: 10.1159/000502123.
102. Scharf J, Angerer P, Müting G, Loerbroks A. Return to Work after Common Mental Disorders: A Qualitative Study Exploring the Expectations of the Involved Stakeholders. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18); doi: 10.3390/ijerph17186635.
103. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). DGUV Regulation 2. Accident prevention regulation. Occupational physicians and OSH professionals. 2012.
104. Siebecke D. Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: *Handbuch psychosoziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit: Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskompetenz*, Gerlmaier A, Latniak E: Gerlmaier A, Latniak E. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019. p. 337-43.
105. Stratil JM, Rieger MA, Völter-Mahlknecht S. Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: what are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. *International archives of occupational and environmental health*. 2017;90(6); doi: 10.1007/s00420-017-1210-6.
106. Lugtenberg M, Van Beurden KM, Brouwers EP, Terluin B, van Weeghel J, van der Klink JJ, et al. Occupational physicians' perceived barriers and suggested solutions to improve adherence to a guideline on mental health problems: analysis of a peer group training. *BMC health services research*. 2016;16(1); doi: 10.1186/s12913-016-1530-3.
107. Maehder K, Löwe B, Härter M, Heddaeus D, von dem Knesebeck O, Weigel A. Psychotherapists' perspectives on collaboration and stepped care in outpatient psychotherapy—A qualitative study. *PLOS ONE*. 2020;15(2); doi: 10.1371/journal.pone.0228748.
108. Overbeck G, Davidsen A, Kousgaard M. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: A systematic qualitative review. *Implementation Science*. 2016;11; doi: 10.1186/s13012-016-0519-y.
109. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*. 2015;37(4); doi: 10.1093/pubmed/fdu102.
110. Stratil JM, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S. Image and perception of physicians as barriers to inter-disciplinary cooperation? - the example of German occupational health physicians in the rehabilitation process: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1); doi: 10.1186/s12913-018-3564-1.
111. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*. 2020;20(2); doi: 10.1186/s12909-020-02285-0.
112. Thompson JE, Collett LW, Langbart MJ, Purcell NJ, Boyd SM, Yuminaga Y, et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate medical journal*. 2011;87(1027); doi: 10.1136/pgmj.2010.105569.

113. Waters A, Sands N, Keppich Arnold S, Henderson K. Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit: Handover of patient information. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014;24; doi: 10.1111/inm.12102.
114. Kwok ESH, Clapham G, White S, Austin M, Calder LA. Development and implementation of a standardised emergency department intershift handover tool to improve physician communication. *BMJ Open Quality*. 2020;9(1); doi: 10.1136/bmj-oq-2019-000780.
115. Moore M, Roberts C, Newbury J, Crossley J. Am I getting an accurate picture: a tool to assess clinical handover in remote settings? *BMC Medical Education*. 2017;17(1); doi: 10.1186/s12909-017-1067-0.
116. World Health Organization (WHO). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition* 2011.
117. Rogers C, Heatherington S, Carroll M, Leonard M, Cullen W, Meagher D. An analysis of 100 referrals for depression from primary care to an adult mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2013;30(4); doi: 10.1017/ipm.2013.48.
118. Muto G, Ishii-Nakamura R, Yokoyama K, Kitamura F, Omori Y, Saito M, et al. Information exchange using a prescribed form and involvement of occupational health nurses promotes occupational physicians to collaborate with attending physicians for supporting workers with illness in Japan. *Ind Health*. 2019;57(1); doi: 10.2486/indhealth.2017-0133.
119. Spöhrer K, Buhr E, Hein A, Schweda M, Scherer M. Hausärztliche Medizin im digitalen Zeitalter: Szenarien und Empfehlungen. *Gesundheitswesen*. 2022;84(07); doi: 10.1055/a-1791-0834.
120. Watson-Fargie T, Cheape R. Ensuring quality immediate discharge letters from mental health. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2018;31(6); doi: 10.1108/IJHCQA-08-2017-0141.
121. Coates D, Coppleson D, Travaglia J. Factors supporting the implementation of integrated care between physical and mental health services: an integrative review. *Journal of interprofessional care*. 2022;36(2); doi: 10.1080/13561820.2020.1862771.
122. Haas P. *Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen*. 2017.
123. Veters R, Akbik A. Die Entwicklung der elektronischen Patientenakte im internationalen Kontext. *BARMER Gesundheitswesen aktuell*. 2020:[160-81 pp.].
124. Bundesministerium für Gesundheit. *Die elektronische Patientenakte (ePA)*. 2021.
125. Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM). *Anbindung Betriebsärzte an TI-Struktur / Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) / Ihr Schreiben v. 13.07.2023* 2023.
126. Broy M, Kuhrmann M. Anforderungsanalyse und Anforderungsmanagement. In: *Einführung in die Softwaretechnik*, Broy M, Kuhrmann M: Broy M, Kuhrmann M. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021. p. 199-222.
127. Pohl K. *Requirements engineering: fundamentals, principles, and techniques*: Springer Publishing Company, Incorporated; 2010.
128. Rothermund E, Kilian R, Balint E, Rottler E, von Wietersheim J, Gündel H, et al. Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2019;62; doi: 10.1007/s00103-018-2869-x.
129. Balint E, von Wietersheim J, Gündel H, Hölzer M, Rothermund E. Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – ein Zukunftsmodell. *Prax Klin Verhaltensmed und Reha*. 2018;38-47.
130. Kohl F, Müting G, Reineke F, Schmook R, Angerer P. Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht – eine Querschnittstudie in einem Betrieb. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 1-13. 2023; doi: 10.1007/s40664-023-00513-0.

131. Kohl F, Angerer P, Weber J. Employees' preferences on organisational aspects of psychotherapeutic consultation at work by occupational area, company size, requirement levels and supervisor function – a cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*. 2023;23(1); doi: 10.1186/s12889-023-15255-0.
132. Kohl F, Angerer P, Weber J. Determinants of the intention to seek psychotherapeutic consultation at work—a cross-sectional study in Germany. *akzeptiert für Publikation in BMC Public Health*. 2023; doi: doi.org/10.1186/s12889-023-16852-9.
133. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten - Komplettversion und Kurzform. Pfizer; 2002.
134. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3); doi: 10.1159/000376585.
135. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1); doi: 10.1186/1471-244X-12-36.
136. Kohl F, Angerer P, Guthardt L, Weber J. Requirements for an electronic handover system for interprofessional collaboration between psychotherapists and occupational health professionals—a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1); doi: 10.1186/s12913-022-08381-9.
137. Hoffmann M, Wensing M, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Hartmann M, Friederich H-C, et al. Perspectives of Psychotherapists and Psychiatrists on Mental Health Care Integration Within Primary Care Via Video Consultations: Qualitative Preimplementation Study. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(6); doi: 10.2196/17569.
138. Renn BN, Hoefft TJ, Lee HS, Bauer AM, Areán PA. Preference for in-person psychotherapy versus digital psychotherapy options for depression: survey of adults in the U.S. *npj Digital Medicine*. 2019;2(1); doi: 10.1038/s41746-019-0077-1.
139. Fortney JC, Pyne JM, Turner EE, Farris KM, Normoyle TM, Avery MD, et al. Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2015;27(6); doi: 10.3109/09540261.2015.1085838.
140. Moeller AM, Hansen JP, Andersen PT. Patients' experiences of home-based psychotherapy via videoconference: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022;39; doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.03.004>.
141. Schmidtner M, Doering C, Timinger H. Agile working during COVID-19 pandemic. *IEEE Engineering Management Review*. 2021;49(2); doi:
142. Bojadjiev MI, Vaneva M. The impact of COVID-19 crisis on a company's internal communication. *Interdisciplinary Description of Complex Systems: INDECS*. 2021;19(2); doi: 10.7906/indecs.19.2.5.
143. Graham A, Hasking P, Brooker J, Clarke D, Meadows G. Mental health service use among those with depression: an exploration using Andersen's Behavioral Model of Health Service Use. *Journal of affective disorders*. 2017;208; doi: 10.1016/j.jad.2016.08.074.
144. Gonzalez JM, Alegría M, Prihoda TJ, Copeland LA, Zeber JE. How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011;46(1); doi: 10.1007/s00127-009-0168-4.
145. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung nach Bildungsabschluss in Deutschland 2020. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Tabellen/bildungsabschluss.html> (Zugriff zuletzt am 03.08.2023).
146. Niedhammer I, Sultan-Taïeb H, Parent-Thirion A, Chastang J-F. Correction: Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. *International archives of occupational and environmental health*. 2023;96(4); doi: 10.1007/s00420-023-01964-x.

147. Alsdorf N, Engelbach U, Flick S, Haubl R, Voswinkel S. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung: transcript Verlag; 2017.
148. Herrmann K, Hansmann M, Chrysanthou S. Frühe Intervention am Arbeitsplatz. *Ärztliche Psychotherapie*. 2022;17(2); doi: 10.21706/aep-17-2-97.
149. Muschalla B, Fay D, Linden M. Self-reported workplace perception as indicators of work anxieties. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2015;66; doi: 10.1093/occmed/kqv160.
150. gematik GmbH. ePA Persönliche Daten, persönliche Entscheidungen 2023. <https://www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte/> (Zugriff zuletzt am 22.08.2023).
151. Bundesministerium für Soziales G, Pflege und Konsumentenschutz, . Erklärvideos zum ELGA-Portal 2023. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/elga/erklaervideos.html> (Zugriff 22.08.2023).
152. German Civil Code (BGB). Section 630g. Inspection of the medical records. 2013.
153. Walsh KE, Secor JL, Matsumura JS, Schwarze ML, Potter BE, Newcomer P, et al. Secure Provider-to-Provider Communication With Electronic Health Record Messaging: An Educational Outreach Study. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 2018;40(5); doi: 10.1097/jhq.000000000000115.
154. Renfro CP, Ferreri S, Barber TG, Foley S. Development of a Communication Strategy to Increase Interprofessional Collaboration in the Outpatient Setting. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*. 2018;6(1); doi: 10.3390/pharmacy6010004.
155. Corazon. Professionelle Applikationen. Secure E-Mail. 2022.
156. Liu X, Sutton PR, McKenna R, Sinanan MN, Fellner BJ, Leu MG, et al. Evaluation of Secure Messaging Applications for a Health Care System: A Case Study. *Appl Clin Inform*. 2019;10(1); doi: 10.1055/s-0039-1678607.
157. Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research*. 2017;19(4); doi: 10.2196/jmir.6747.
158. Ahmadi Javid A, Jalali Z, Klassen K. Outpatient appointment systems in healthcare: A review of optimization studies. *European Journal of Operational Research*. 2016;258; doi: 10.1016/j.ejor.2016.06.064.
159. Linden M, Baron S, Muschalla B, Ostholt-Corsten M. *Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP*. 1st edition ed: Hogrefe AG; 2014.
160. Muschalla B. Soft Skills wanted?! – (Arbeits)Fähigkeiten und Fähigkeitsanforderungen am Arbeitsplatz beschreiben mit dem Fähigkeitsrating Mini-ICF-APP. *Gruppe Interaktion Organisation Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*. 2021;52(2); doi: 10.1007/s11612-021-00570-0.
161. Bundesarbeitsgericht. *Entscheidungsstichwort: Einigungsstellenspruch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement*.
162. Thisted CN, Labriola M, Vinther Nielsen C, Kristiansen ST, Strøm J, Bjerrum MB. Managing employees' depression from the employees', co-workers' and employers' perspectives. An integrative review. *Disability and Rehabilitation*. 2020;42(4); doi: 10.1080/09638288.2018.1499823.
163. Whitaker C, Stevelink S, Fear N. The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research*. 2017;19(8); doi: 10.2196/jmir.7071.
164. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister*. 2020.
165. McConnell-Henry T, James A, Chapman Y, Francis K. Researching with people you know: Issues in interviewing. *Contemporary nurse*. 2010;34(1); doi: 10.5172/conu.2009.34.1.002.

166. Rabe-Menssen C, Ruh M, Dazer A. Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. *Psychother Aktuell*. 2019;25-34.
167. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological medicine*. 2014;44(6); doi: 10.1017/S0033291713001943.
168. Adams C, Gringart E, Strobel N. Explaining adults' mental health help-seeking through the lens of the theory of planned behavior: a scoping review. *Systematic reviews*. 2022;11(1); doi: 10.1186/s13643-022-02034-y.
169. Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatric Services*. 2015;67(3); doi: 10.1176/appi.ps.201500004.
170. Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*. 2016;37(1); doi: 10.1186/s40985-016-0042-3.
171. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*. 2008;46(7); doi: 10.1097/MLR.0b013e31817a835d.
172. SoleimanvandiAzar N, Kamal SHM, Sajjadi H, Harouni GG, Karimi SE, Djalalinia S, et al. Determinants of outpatient health service utilization according to Andersen's Behavioral Model: A systematic scoping review. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2020;45(6); doi: 10.30476/ijms.2020.85028.1481.
173. Wietersheim Jv, Knoblauch JD, Valdes-Stauber J, Albani C, Wachter Mv, Hartmann J, et al. Wartezeiten auf die Aufnahme in eine Psychosomatische Klinik – Ergebnisse einer prospektiven Studie in Südwürttemberg. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2019;69(08); doi: 10.1055/a-0813-1123.
174. Sayers E, Rich J, Rahman MM, Kelly B, James C. Does Help Seeking Behavior Change Over Time Following a Workplace Mental Health Intervention in the Coal Mining Industry? *Journal of occupational and environmental medicine*. 2019;61(6); doi: 10.1097/jom.0000000000001605.
175. Hanisch SE, Twomey CD, Szeto ACH, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1); doi: 10.1186/s12888-015-0706-4.
176. Matthews LR, Gerald J, Jessup GM. Exploring men's use of mental health support offered by an Australian Employee Assistance Program (EAP): perspectives from a focus-group study with males working in blue- and white-collar industries. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021;15(1); doi: 10.1186/s13033-021-00489-5.
177. Beyer S, Gouyet T, Letourneux VD, Mener E, Hüge S, Petit A, et al. Interprofessional Communication Concerning Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Qualitative Study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2018;28(4); doi: