

## Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht

Fiona Kohl, Gesine Müting, Franca Reineke, Renate Schmook & Peter Angerer

Article - Version of Record



### Suggested Citation:

Kohl, F., Müting, G., Reineke, F., Schmook, R., & Angerer, P. (2023). Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht: Eine Querschnittstudie in einem Betrieb. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 73(6), 255–267.  
<https://doi.org/10.1007/s40664-023-00513-0>

Wissen, wo das Wissen ist.



UNIVERSITÄTS- UND  
LANDESBIBLIOTHEK  
DÜSSELDORF

This version is available at:

URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:061-20250221-110313-6>

Terms of Use:

This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Zbl Arbeitsmed 2023 · 73:255–267

<https://doi.org/10.1007/s40664-023-00513-0>

Eingegangen: 3. Mai 2023

Überarbeitet: 27. Juni 2023

Angenommen: 28. Juni 2023

Online publiziert: 11. August 2023

© Der/die Autor(en) 2023



Fiona Kohl · Gesine Mütting · Franca Reineke · Renate Schmook · Peter Angerer

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät,  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

# Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht

## Eine Querschnittstudie in einem Betrieb

Jährlich erkrankt etwa jede dritte Frau und jeder vierte bis fünfte Mann an einer psychischen Störung [12]. Allerdings nehmen nur rund ein Drittel dieser Personen eine professionelle Behandlung in Anspruch [7, 33]. Eine Befragung von 30 Patienten mit einer Angsterkrankung oder Depression berichteten über Barrieren in der Behandlung ihrer Erkrankung im deutschen Gesundheitssystem [13]. Dabei wurden insbesondere Defizite bei der Früherkennung und -behandlung der Erkrankung sowie bei der Aufklärung zur Einschätzung des eigenen Bedarfs, die sehr langen Wartezeiten auf eine Therapie und intrapersonelle Barrieren wie die Angst vor Stigmatisierung geäußert [13].

Ursachen für psychische Erkrankungen können u. a. im Arbeitsumfeld gefunden werden [49]. Hohe Arbeitsanforderung, die zu starken psychischen Beanspruchungen führen können, weisen einen substanziellen Einfluss auf die Entwicklung einer Depression auf [41, 49]. Auch das Modell der beruflichen Gratifikationskrise, im internationalen Kontext als Effort-Reward-Imbalance-Modell (ERI) bezeichnet, sagt ein erhöhtes Risiko für psychische und psychosomatische Erkrankungen voraus [38, 41]. Das Modell erklärt die Entstehung von chronischem Arbeitsstress durch ein Ungleichgewicht zwischen beruflich erbrachter Anstrengung und erhaltener Belohnung [42].

Der Arbeitsplatz steht jedoch nicht nur im Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Belastungen, sondern stellt auch eine wichtige Säule in der Behandlung psychischer Erkrankung dar [10]. Arbeit werde demnach im Behandlungsalltag neben privaten Aspekte wie Partnerschaft, Familie und Freizeit als dominierendes Thema in der Behandlung wahrgenommen [10]. Als Reaktion auf den Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit sowie aufgrund der genannten Defizite in der psychotherapeutischen Regelversorgung wurden im Arbeitsumfeld neue Konzepte zur Unterstützung psychisch beanspruchter Beschäftigter entwickelt [6, 34, 50]. Ein Beispiel für ein solches Konzept stellt die psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A) dar [50].

Die Implementierung einer PT-A hat zum Ziel, psychisch beanspruchten Beschäftigten kurzfristig und niedrigschwellig Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung zu ermöglichen [36]. Bei diesem Konzept werden eine umfangreiche Diagnostik sowie ggf. weiterführende Behandlungssitzungen von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, welche in der Regel nicht im Unternehmen angestellt, sondern als externe Auftragnehmer tätig sind [37]. In diesen Sitzungen werden neben individuellen Belastungen im privaten

Leben auch arbeitsbezogene Belastungen berücksichtigt [50]. Die PT-A setzt an verschiedenen Ebenen der Prävention an, da zum einen Beschäftigte ohne psychische Erkrankung, aber mit einer akuten psychischen Beanspruchung behandelt werden können sowie Beschäftigte, bei denen sich bereits eine psychische Erkrankung manifestiert hat [50]. Die PT-A stellt somit eine Ergänzung zu der Psychotherapie in der Regelversorgung dar. Zum einen soll durch den Ansatz der Früherkennung verhindert werden, dass Beschäftigte eine Psychotherapie in Anspruch nehmen müssen, und zum anderen soll die Wartezeit bis zur Therapie in der Regelversorgung überbrückt werden, um problematischen Krankheitsverläufen vorzubeugen [50]. Weiterhin können Beschäftigte auch nach Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung psychotherapeutisch unterstützt werden [50]. Die Diskretion des Angebots wird durch einen umfangreichen Datenschutz gewährleistet. Der Arbeitgeber erfährt nicht, wer Sitzungen in Anspruch genommen hat [50]. Das Angebot ist für Beschäftigte freiwillig und kostenfrei. Die Sitzungen im Rahmen der PT-A sollen dazu dienen, die Wartezeit bis zur Therapie in der Regelversorgung zu überbrücken und arbeitsbedingte Einflüsse in der Behandlung zu berücksichtigen.

**Tab. 1** Beschreibung der verwendeten Gestaltungsoptionen hinsichtlich fünf organisatorischer

Organisatorischer Aspekt	Gestaltungsoptionen	Anzahl Items
Form	Persönlich, Telefon, internetbasiert (z. B. audiovisuell, Chat)	3
Ort	Auf Betriebsgelände, außerhalb Betriebsgelände	2
Zeit	Während Arbeitszeit, außerhalb Arbeitszeit	2
Umfang	Diagnostik (Problemanalyse und ggf. Vermittlung von Hilfe), psychotherapeutische Unterstützung	2

Erste Studien zur Evaluation einer PT-A zeigen eine kurze Wartezeit von 2 Wochen zwischen dem Erstkontakt und der Diagnostik im Rahmen der PT-A [6]. Weitere, bisher noch unveröffentlichte Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung einer PT-A mit integrierter Kurzzeittherapie zeigen ebenfalls ähnliche Wartezeiten zwischen Anmeldung und Behandlungsbeginn. Weiterhin hat ein Großteil der Beschäftigten, die die PT-A aufsuchten, zum ersten Mal eine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen [34]. Zudem konnten Beschäftigte zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Erkrankungen erreicht werden [34]. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass mehr als 90% der Teilnehmenden im Anschluss an die Diagnostik in der PT-A weiterführend psychotherapeutische Behandlung in der Ambulanz oder im Rahmen der PT-A in Anspruch nahmen [3, 6]. Deshalb lässt sich vermuten, dass die PT-A Personen erreicht, für die Behandlung indiziert ist, die aber nicht oder spät Hilfe in der Regelversorgung aufsuchen würden. Eine aktuell laufende multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie untersucht die Wirksamkeit der PT-A im Hinblick auf eine Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage [50].

Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse zeigen erste praktische Erfahrungen in einem Betrieb, dass bisher jährlich nur 1–2% der Beschäftigten, die das Angebot erhalten, tatsächlich die PT-A in Anspruch nehmen [31]. Diese Zahlen erscheinen im Hinblick auf die hohen Prävalenzraten psychischer Erkrankungen [11] sowie den aus dem hohen Bedarf entstehenden langen Wartezeiten von 4 bis 5 Monaten bis zum Therapiebeginn in der Regelversorgung sehr gering [45]. Weiterhin wären deutlich höhere Zahlen

zu erwarten, da die PT-A niedrighschwelliger ansetzt, sodass auch Beschäftigte in einer akuten psychischen Beanspruchung mit subklinischen Symptomen die PT-A in Anspruch nehmen können [4, 24, 50]. Daher kann diskutiert werden, ob das Angebot der PT-A den tatsächlichen Bedarf sowie die Wünsche von psychisch beanspruchten Beschäftigten widerspiegelt. Eine qualitative Studie hat herausgestellt, dass bei der Implementierung einer PT-A insbesondere organisatorische Aspekte wie der Ort oder der Zeitpunkt der Sitzungen berücksichtigt werden sollten [37]. Diese Aspekte könnten u. a. einen Einfluss auf die Inanspruchnahme haben, da – beispielsweise – bei einer Gestaltung der Sitzungen außerhalb des Betriebsgeländes sowie außerhalb der Arbeitszeit die Anonymität des Angebots gefördert werden könnte [30].

Daher hat diese Studie folgende Zielsetzungen:

1. Evaluation, ob die derzeitige Gestaltung einer PT-A dem tatsächlichen Bedarf sowie den Wünschen der Beschäftigten entspricht,
2. Ermittlung potenzieller Determinanten zur Nutzungsabsicht einer PT-A allgemein in einer psychisch belastenden Situation, für berufliche Belastungen und für private Belastungen.

## Material und Methoden

### Studiendesign und Studienpopulation

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf hat der Studie ein positives Votum erteilt (Studiennummer 6195R). Alle Teilneh-

menden haben ihre informierte Zustimmung in die Studienteilnahme gegeben.

Die Studie wurde an einer großen Hochschule in einer deutschen Großstadt durchgeführt, die bereits seit 2018 eine PT-A anbietet. Die Hochschule beschäftigt neben dem akademischen Lehrpersonal u. a. eine große Gruppe von Assistenzpersonal, Handwerkenden und Beschäftigten in der Verwaltung, so dass viele verschiedene Berufe und soziale Positionen repräsentiert sind. Sie unterliegt den Regelungen des öffentlichen Dienstes. Die Sitzungen im Rahmen der PT-A werden als persönliche Gespräche mit einer psychologischen Psychotherapeutin durchgeführt und finden in der Regel außerhalb des Betriebsgeländes in Räumlichkeiten einer Universität statt. Die PT-A kann sowohl innerhalb als auch außerhalb der Arbeitszeit wahrgenommen werden. Neben einer initialen Diagnostik wird, wenn erforderlich, auch eine überbrückende Behandlung der psychischen Problematik im Rahmen einiger Sitzungen angeboten.

Die Erhebung der Daten dieser Studie erfolgte im Querschnittsdesign mittels Online-Fragebogen mithilfe des Online-Befragungsinstruments „Unipark“ des Anbieters „Questback“. Zur Studienteilnahme wurden alle 785 Beschäftigten der Hochschule zwischen dem 12.06.2019 bis 30.09.2019 per E-Mail direkt eingeladen. Weiterhin wurde die Studie in Arbeitsausschusssitzungen, Personalversammlungen und im direkten Gespräch sowie im E-Mail-Newsletter vorgestellt. Die Betriebsärztin der Hochschule war eingebunden. Weiterhin wurden Flyer und Plakate aufgehängt, um auf die Studie aufmerksam zu machen.

## Messinstrumente

### Präferenzen zur Gestaltung einer PT-A

Die Teilnehmenden beantworteten auf einer 5-Punkte-Skala (stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu, teils-teils, stimme etwas zu, stimme völlig zu) ihre Zustimmung hinsichtlich vier verschiedener organisatorischer Aspekte einer PT-A mit verschiedenen Gestaltungsoptionen (■ Tab. 1).

Zbl Arbeitsmed 2023 · 73:255–267 <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00513-0>  
 © Der/die Autor(en) 2023

F. Kohl · G. Mütting · F. Reineke · R. Schmook · P. Angerer

## Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Bedarfsanalyse sowie Determinanten zur Nutzungsabsicht. Eine Querschnittstudie in einem Betrieb

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Die psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A) wurde entwickelt, um die hohen Wartezeiten in der Regelversorgung zu überbrücken und psychisch beanspruchten Beschäftigten eine niedrigschwellige und kurzfristige Unterstützung anzubieten. Bisher nehmen jedoch nur 1–2 % der Beschäftigten jährlich dieses Angebot wahr. Ziel dieser Studie war es daher, die Wünsche, den Bedarf und die Determinanten zur Nutzungsabsicht der PT-A zu ermitteln.

**Methodik.** Die Querschnittstudie wurde in einem deutschen Betrieb mit 785 Beschäftigten durchgeführt, in dem bereits eine PT-A implementiert ist. Insgesamt 143 Beschäftigte beantworteten online Fragen zu verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten, dem Bedarf sowie Nutzungsabsicht einer PT-A. Mithilfe von multiplen linearen

Regressionsmodellen wurden persönliche und arbeitsbezogene Faktoren als Determinanten zur Nutzungsabsicht (1) allgemein in einer psychisch belastenden Situation, für (2) berufliche und (3) private Belastungen ermittelt.

**Ergebnisse.** Die Ergebnisse zeigen, dass rund 90 % der Teilnehmenden eine PT-A in einer psychisch belastenden Situation allgemein sowie speziell für berufliche Belastungen in Anspruch nehmen würden. Insbesondere die Durchführung als persönliches Einzelgespräch mit einer Diagnostik und Weitervermittlung psychotherapeutischer Unterstützung wurde gewünscht. Der Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung im Rahmen der PT-A war vergleichsweise geringer. Höheres Alter sowie höhere berufliche Anstrengung waren mit einer höheren Nutzungsabsicht im Allgemeinen verbunden. Weibliches

Geschlecht und höhere depressive Symptome waren mit einer höheren Nutzungsabsicht für private Belastungen assoziiert. Für berufliche Belastungen konnten keine Zusammenhänge festgestellt werden.

**Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse konnten nicht belegen, warum die Inanspruchnahme der PT-A im Betrieb vergleichsweise gering ist. Zukünftige Studien sollten weitere Aspekte in Betracht ziehen, die mit der Nutzungsabsicht oder der tatsächlichen Nutzung der PT-A zusammenhängen könnten. Für die praktische Umsetzung wird eine zielgruppenspezifische Bewerbung der PT-A empfohlen.

### Schlüsselwörter

Psychische Gesundheit · Arbeitsmedizin · Psychotherapie · Arbeitsplatz · Betriebliche Gesundheitsförderung

## Psychotherapeutic consultation at work: Analysis of need and determinants of intention to seek. A cross-sectional study in one German company

### Abstract

**Background.** Psychotherapeutic consultation at work (PT-A) was developed to bridge long waiting times in regular care and offer employees with mental distress low-threshold and short-term psychotherapeutic support; however, only 1–2% of employees annually take advantage of it. Therefore, this study aimed to assess the preferences, needs and determinants of the intention to seek PT-A.

**Methods.** This cross-sectional study was conducted in a German company with 785 employees and an implemented PT-A. A total of 143 employees answered online questions on various organizational options, needs and intentions to utilize PT-A. Multiple linear regression models were used to

identify personal and work-related aspects as determinants of intention to utilize PT-A (1) generally, in a psychologically stressful situation, for (2) work-related and (3) private burdens.

**Results.** The results revealed that about 90% of participants would seek PT-A in a psychologically stressful situation and for work-related burdens. Specifically, personal consultation with diagnostics and potential referral for further psychotherapeutic support were desired. The need for psychotherapeutic support during the PT-A was comparatively lower. Older age and higher work-related effort were associated with a higher general intention to seek PT-A. Female gender and

higher levels of depressive symptoms were associated with a higher intention to seek PT-A for private burdens. No associations were found for work-related burdens.

**Conclusion.** It remains unsolved why the utilisation of PT-A is relatively low in the company. Future studies should include further aspects that might be related to intention to use or to actual use of PT-A. For practical implementation, target group-specific promotion of PT-A is recommended.

### Keywords

Mental health · Occupational medicine · Psychotherapy · Workplace · Occupational health

Die Relevanz dieser verwendeten organisatorischen Aspekte wird durch eine qualitative Studie zur Implementierung einer PT-A beschrieben [37].

### Bedarf und Nutzungsabsicht einer PT-A

Die Teilnehmenden wurden hinsichtlich ihrer Einschätzung zum Bedarf einer PT-A in ihrem Betrieb befragt

(„Die Hochschule sollte für Beschäftigte in einer psychisch belastenden Situation professionelle psychotherapeutische Hilfe zur Verfügung stellen.“). Weiterhin wurden die Teilnehmenden zur eigenen Nutzungsabsicht der PT-A befragt. Dabei wurde unterschieden zwischen der allgemeinen Nutzungsabsicht in einer psychisch belastenden Situation („Wenn ich persönlich in einer psychisch be-

lastenden Situation wäre, würde ich ein psychologisches Hilfsangebot in meinem Betrieb in Anspruch nehmen“) und der Nutzungsabsicht für berufliche Belastung sowie für private Belastung: „Ich würde das Angebot in Anspruch nehmen für (a) berufliche Belastungen, (b) private Belastungen“. Beantwortet wurden diese Fragen mithilfe einer 5-Punkte-Skala (stimme überhaupt nicht zu, stimme

eher nicht zu, teils-teils, stimme etwas zu, stimme völlig zu).

Als mögliche Determinanten zur Nutzungsabsicht wurden folgende Variablen erhoben:

*Depressive Symptomatik* wurde mithilfe des Depressionsmoduls des validierten Gesundheitsfragebogens für Patienten (Patient Health Questionnaire, PHQ) ermittelt [20]. Diese Kurzform, der PHQ-9, umfasst 9 Fragen und gilt als valide und reliabel [22]. Die Antworten werden auf einer 4-stufigen Skala erfasst: 0 = überhaupt nicht, 1 = an einzelnen Tagen, 2 = an mehr als der Hälfte der Tage, 3 = beinahe jeden Tag. Aus den einzelnen Antworten wurde ein Summenscore von 0–27 berechnet und anschließend kontinuierlich ausgewertet. Bei einem Summenscore von 0–4 kann von einem Fehlen einer depressiven Störung ausgegangen werden. Ein Summenscore von 5–9 Punkten weist auf eine depressive Störung milden Schweregrads, ein Summenscore von 10 Punkten und höher auf eine *Major-Depression* – eine depressive Störung mittleren bis schwersten Schweregrads hin [20]. Maximal zwei fehlende Werte wurden durch den Mittelwert der ausgefüllten Items ersetzt [17]. Die Variable wurde für die Regressionsmodelle als kontinuierliche Variable behandelt.

*Psychosoziale Arbeitsbelastung* wurde mit dem validierten Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen [ERI-Fragebogen]) erfasst [43, 44]. Der ERI ist ein Maß für Stress am Arbeitsplatz. Das Modell begreift Arbeitsstress als Folge eines andauernden Ungleichgewichts zwischen beruflich erbrachter Anstrengung („effort“) und erwarteter Belohnung („reward“). Diese werden auf einer vierstufigen Skala (1 = stimme gar nicht zu, 2 = stimme nicht zu, 3 = stimme eher zu, 4 = stimme voll zu) erfasst. In der vorliegenden Studie wurde die Anstrengung mit 3 Items und die Belohnung mit 6 Items gemessen. Die Frage „Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht“ wurde zugunsten eines kürzeren Fragebogens ausgelassen, da die Frage „Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für ange-

messen“ den Bereich Aufstiegschancen ausreichend abbildet. Bei der Berechnung des Summenscores aus diesen 6 Items wurden die Items „Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitsplatzsituation“ und „Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet“ invers kodiert. Aus den Antworten wurden in den beiden Bereichen Anstrengung und Belohnung Summenscores gebildet [44]. Ein hoher Score deutet auf ein hohes Maß an erfahrener Anstrengung bzw. Belohnung hin. Zur Berechnungen der Summenscores wurden bei Anstrengung maximal eine fehlende Angabe und bei Belohnung maximal zwei fehlende Angaben durch den Mittelwert der gültigen Angaben ersetzt. Waren mehr fehlende Angaben vorhanden, wurden die Angaben nicht in der Analyse berücksichtigt. Zur Berechnung der ERI-Ratio wurde der Summenscore von Anstrengung in den Zähler und der Summenscore der Belohnung in den Nenner gesetzt. Außerdem wurde im Nenner der Summenscore der Belohnung mit einem sog. Korrekturfaktor multipliziert. Dieser setzt sich aus dem Verhältnis der Items für Anstrengung und Belohnung zusammen [28]. Bei einer ERI-Ratio > 1 liegt die erbrachte Anstrengung über der erfahrenen Belohnung und deutet somit auf ein bestehendes Ungleichgewicht hin. Bei einer ERI-Ratio < 1 ist das Verhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung invers [44]. Die ERI-Ratio wurde in dieser Arbeit als kontinuierliche Variable verwendet, wie in vorherigen Studien empfohlen [28, 29].

Als *soziodemografische Daten* wurden *Alter* (<25, 26–35, 36–45, 46–55, >55 Jahre), *Geschlecht* (weiblich/männlich), *Familienstand* (verheiratet, in Partnerschaft, alleinstehend) sowie *Berufsabschluss* (noch in Berufsausbildung, Lehre/Fachschule, Fachhochschule/Universität, ohne Berufsabschluss) erhoben. *Alter* wurde für die Regressionsmodelle als kontinuierliche Variable verwendet.

## Statistische Analyse

Statistische Analysen wurden mit der R Version 4.1.1 (The R Foundation, Wien, Österreich) durchgeführt. Zur

Beschreibung der Stichprobe wurden Häufigkeiten und Prozentsätze berechnet.

Die Präferenzen zu Gestaltungsmöglichkeiten wurden deskriptiv dargestellt. Dafür wurden jeweils die Skalenwerte „stimme überhaupt nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ zur Kategorie „Ablehnung“ und die Skalenwerte „stimme etwas zu“ und „stimme völlig zu“ zur Kategorie „Zustimmung“ zusammengefasst.

Der Bedarf sowie die Nutzungsabsicht einer PT-A wurden zunächst deskriptiv dargestellt. Anschließend wurden zur Ermittlung möglicher Determinanten zur Nutzungsabsicht der PT-A hierarchische multiple lineare Regressionsanalysen berechnet. Dafür wurden die Analysen jeweils für die abhängigen Variablen *allgemeine Nutzungsabsicht*, *Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen* und *Nutzungsabsicht für private Belastungen* berechnet. In einem ersten Schritt wurden die unabhängigen Variablen *Geschlecht* und *Alter* eingeführt. In den weiteren Schritten wurden diese Modelle um die Variablen *Familienstand*, *Depressivität* – erfasst mit dem PHQ-9 – und eine der folgenden Variablen des ERI-Fragebogens ergänzt: *ERI-Ratio*, *Anstrengung* und *Belohnung*. So ergaben sich für jede abhängige Variable 4 Regressionsgleichungen. In beiden Schritten wurden die Variablen jeweils mittels der Methode „Einschluss“ aufgenommen.

Für die Analysen wurden die Personen berücksichtigt, die die Fragen zur Nutzungsabsicht sowie zu die für die Regressionsanalysen berücksichtigten Variablen beantwortet haben.

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe wurden die soziodemografischen Daten (Geschlecht, Alter, Berufsabschluss) der Stichprobe mit denen der Grundgesamtheit der Beschäftigten der untersuchten Hochschule verglichen. Mithilfe von Chi-Quadrat-Tests für nominale und Mann-Whitney-U-Tests für ordinale Variablen wurden Unterschiede zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe quantifiziert.

**Tab. 2** Beschreibung der Stichprobe (n = 143)

Variable	Ausprägung	n	%
Geschlecht	Weiblich	84	59
	Männlich	59	41
Alter	≤ 25 Jahre	7	5
	26–35 Jahre	32	22
	36–45 Jahre	32	22
	46–55 Jahre	36	25
	≥ 55 Jahre	36	25
Berufsabschluss (1 fehlende Angabe)	Noch in der Berufsausbildung	1	1
	Lehre/Fachschule	30	21
	Fachhochschule/Universität	107	75
	Ohne Berufsabschluss	1	1
Familienstand	Sonstiger Abschluss	3	2
	Verheiratet	71	50
	In einer Partnerschaft	48	33
PHQ-9 <sup>a</sup>	Alleinstehend	24	17
	Keine Symptomatik (< 5)	66	46
	Leichte depressive Symptomatik (5 – < 9 Punkte)	44	31
ERI-Ratio	Symptome einer Major-Depression (≥ 10)	33	23
	> 1	69	48
	–	<i>MW</i>	<i>SD</i>
PHQ-9	–	6,29	±5,15
ERI-Ratio	Anstrengung	8,52	±2,21
	Belohnung	16,75	±3,72
	ERI-Ratio	1,1	±0,46

n Anzahl, MW Mittelwert, SD Standardabweichung, PHQ Patient Health Questionnaire [19], ERI Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen [44]

<sup>a</sup> < 5 Punkte: keine Symptomatik, 5–9 Punkte: leichte depressive Symptomatik, ≥ 10 Punkte Symptome einer Major-Depression [19, 20, 25]

## Ergebnisse

Von den 785 Beschäftigten haben 157 den Fragebogen ausgefüllt. Nach Löschen von fehlenden Datensätzen verblieben 143 Teilnehmende. Das ergibt eine Rücklaufquote von 18 %. Die Geschlechterverteilung in der Stichprobe war nahezu ausgeglichen (Tab. 2). Die Mehrheit der Beschäftigten hat einen Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss (75 %). Insgesamt wiesen 31 % leichte depressive Symptome und 23 % Symptome einer Major-Depression auf.

Beim Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit (siehe Zusatzmaterial 1), die sich aus der Gesamtzahl der Beschäftigten zusammensetzte, zeigte sich, dass signifikant mehr Frauen als Männer an der Studie teilgenommen haben ( $\chi^2 = 13,41$ ;  $p < 0,001$ ). Hinsichtlich des Alters ( $U = 57236$ ;  $p = 0,699$ ) und des Berufsabschlusses ( $\chi^2 = 1,35$ ;  $p = 0,509$ )

konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

## Präferenzen zu Gestaltungsmöglichkeiten

Im Hinblick auf die Form der PT-A zeigte sich, dass insbesondere die persönliche Durchführung von der Mehrheit der Teilnehmenden präferiert wird (Abb. 1). Zum Ort und der Zeit der PT-A wurden alle Gestaltungsoptionen mehrheitlich zustimmend bewertet, jedoch ohne eindeutige Tendenz. In Bezug auf den Umfang gaben mehr als 90 % an, dass sie eine PT-A in Anspruch nehmen würden, wenn sie nur eine Diagnostik beinhaltet, wohingegen nur 61 % weiterführende Behandlungssitzungen annehmen würden.

## Bedarf und Nutzungsabsicht

Wie in Abb. 2 aufgeführt, stimmten 92 % der Teilnehmenden „etwas“ oder „völlig“ zu, dass ihr Betrieb eine PT-A für psychisch beanspruchte Beschäftigte anbieten sollte. Ebenfalls stimmten die Teilnehmenden mit 89 % „etwas“ oder „völlig“ zu, dass sie in einer psychisch belastenden Situation die PT-A in Anspruch nehmen würden. Bezüglich der Gründe für die Inanspruchnahme stimmten 94 % „etwas“ oder „völlig“ zu, eine PT-A für berufliche Belastungen in Anspruch zu nehmen, wohingegen für private Belastung dieser Wert nur bei 49 % lag. Rund ein Viertel der Teilnehmenden würde die Inanspruchnahme einer PT-A für private Belastungen ablehnen.

## Determinanten der Nutzungsabsicht einer PT-A

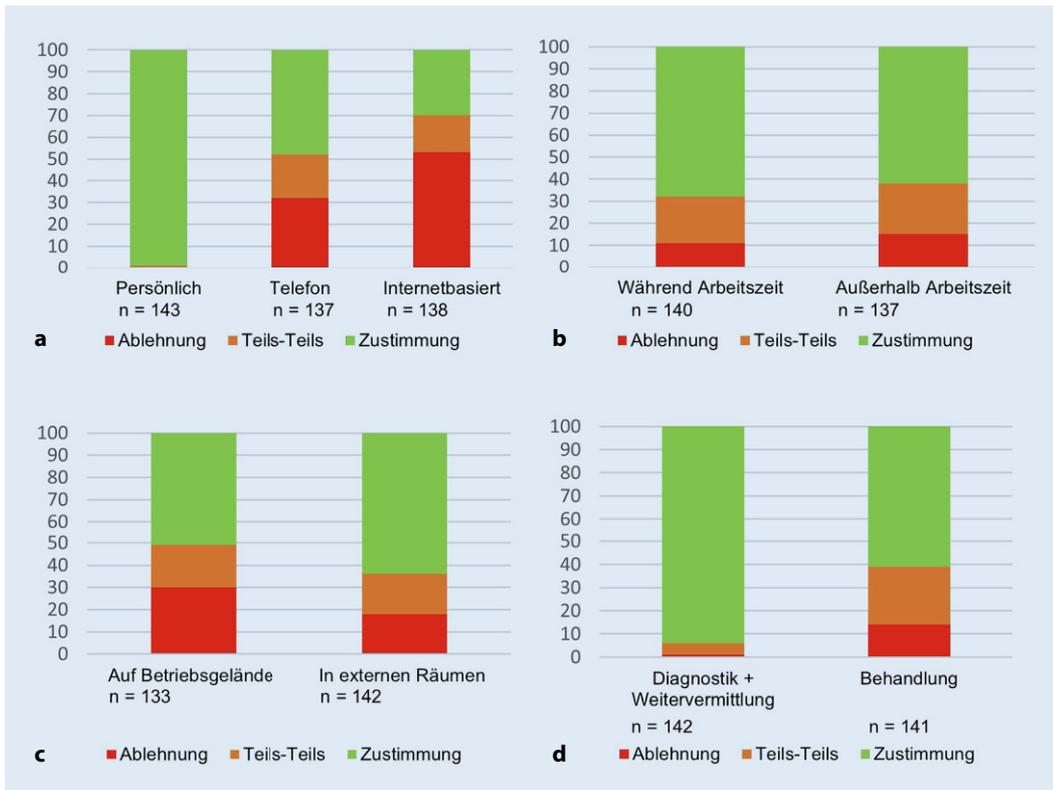
Mithilfe von je vier multiplen Regressionsanalysen wurde untersucht, ob Geschlecht, Alter, Familienstand, depressive Symptomatik (PHQ-9), berufliche Anstrengung, berufliche Belohnung sowie der Quotient aus diesen beiden (ERI-Ratio) mit der Nutzungsabsicht einer PT-A für allgemein psychische Belastungen (Tab. 3), für berufliche Belastungen (Tab. 4) und für private Belastungen (Tab. 5) im Zusammenhang stehen.

## Allgemeine Nutzungsabsicht in einer psychisch belastenden Situation

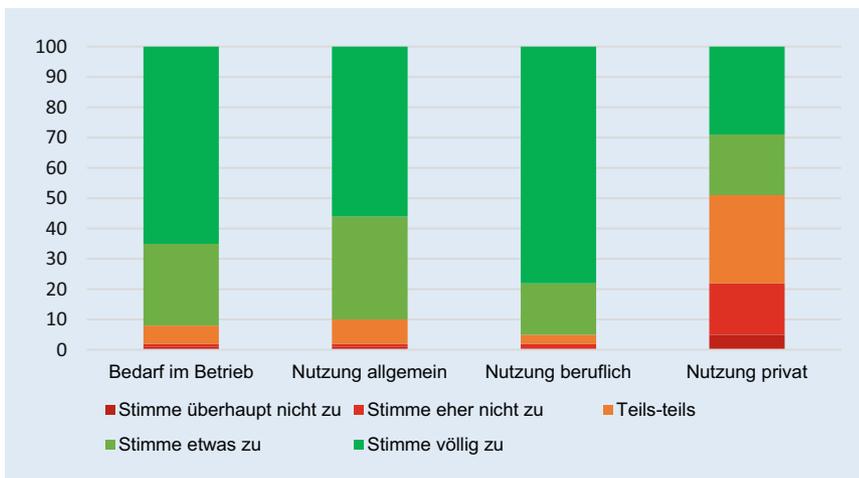
Alter korrelierte unabhängig von den anderen Variablen mit der allgemeinen Nutzungsabsicht einer PT-A (Tab. 3). Weiterhin zeigte sich eine höhere Nutzungsabsicht mit steigender Anstrengung, gemessen mit dem ERI-Fragebogen. Das Modell konnte zeigen, dass mit steigendem Alter die Nutzungsabsicht zunimmt. Insgesamt erklärten die eingeschlossenen Variablen nur 4–7 % der Varianz zur allgemeinen Nutzungsabsicht.

## Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen

Die Analysen zeigten, dass keine der eingeschlossenen Variablen in einem signifi-



**Abb. 1** ◀ Darstellung der Zustimmung gegenüber verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz für a Form, b Zeit, c Ort und d Umfang der Beratung (Angaben in Prozent, n = 143)



**Abb. 2** ▲ Bedarf und Nutzungsabsicht einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz (Angaben in Prozent, n = 143)

fikanten Zusammenhang mit der Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen steht (Tab. 4).

### Nutzungsabsicht für private Belastungen

Im Hinblick auf die Nutzungsabsicht für private Belastungen konnten signifikante Zusammenhänge mit Geschlecht und depressiver Symptomatik (PHQ-9)

gefunden werden (Tab. 5). Demnach gaben Frauen eine höhere Nutzungsabsicht für private Belastungen an im Vergleich zu Männern. Weiterhin zeigte sich, dass die Nutzungsabsicht mit steigender depressiven Symptomatik ansteigt. Die Modelle erklärten 1,8% der Varianz der Nutzungsabsicht für private Belastungen, wenn nur Geschlecht und Alter berücksichtigt wurden und

5%, wenn die weiteren Determinanten einbezogen wurden.

### Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden der Bedarf, die Präferenzen für die Gestaltung sowie Determinanten einer PT-A unter 143 Mitarbeitern einer deutschen Hochschule befragt, an der die PT-A bereits umgesetzt wird. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Mehrheit von rund 90% der Beschäftigten eine PT-A in einer psychisch belastenden Situation sowie für berufliche Belastungen in Anspruch nehmen würde und nur knapp die Hälfte für private Belastungen. Insbesondere eine Durchführung als persönliches Einzelgespräch mit einer Diagnostik inkl. einer möglichen Weitervermittlung zur Behandlung wurde präferiert. In Bezug auf die Determinanten waren höheres Alter mit einer höheren Nutzungsabsicht in einer psychisch belastenden Situation und das weibliche Geschlecht sowie höhere depressive Symptome mit einer höheren Nutzungsabsicht für private Belastungen assoziiert. Für berufliche Belas-

**Tab. 3** Multiple lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der allgemeinen Nutzungsabsicht einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz (Methode: Einschluss;  $n = 143$ )

Modell/Regressor	Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) (95 % KI)	p-Wert
<b>Modell 1a</b>		
Geschlecht	-0,033 (-0,283; 0,217)	0,795
Alter	0,160 (0,059; 0,261)	0,002
$R^2 = 0,066$	Korrigiertes $R^2 = 0,053$	-
<b>Modell 2a</b>		
Geschlecht	-0,082 (-0,341; 0,178)	0,535
Alter	0,123 (0,015; 0,233)	0,027
<b>Familienstand</b>		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	0,141 (-0,215; 0,500)	0,435
In Partnerschaft lebend	-0,015 (-0,386; 0,357)	0,936
PHQ-9	0,015 (-0,011; 0,040)	0,252
ERI-Ratio	0,238 (-0,344; 0,821)	0,420
$R^2 = 0,088$	Korrigiertes $R^2 = 0,048$	-
<b>Modell 3a</b>		
Geschlecht	-0,093 (-0,346; 0,161)	0,471
Alter	0,109 (0,000; 0,217)	0,049
<b>Familienstand</b>		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	0,114 (-0,237; 0,465)	0,522
In Partnerschaft lebend	-0,041 (-0,409; 0,326)	0,824
PHQ-9	0,013 (-0,012; 0,038)	0,316
Anstrengung	0,059 (-0,000; 0,118)	0,048
$R^2 = 0,110$	Korrigiertes $R^2 = 0,070$	-
<b>Modell 4a</b>		
Geschlecht	-0,046 (-0,306; 0,215)	0,730
Alter	0,136 (0,029; 0,243)	0,013
<b>Familienstand</b>		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	0,120 (-0,240; 0,479)	0,512
In Partnerschaft lebend	-0,015 (-0,386; 0,357)	0,938
PHQ-9	0,019 (-0,007; 0,045)	0,150
Belohnung	0,009 (-0,027; 0,046)	0,614
$R^2 = 0,085$	Korrigiertes $R^2 = 0,045$	-

PHQ Patient Health Questionnaire [19], ERI Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen [44]

tungen konnten keine Zusammenhänge festgestellt werden.

An der Hochschule wird die PT-A nur von 1–2 % der Beschäftigten pro Jahr genutzt. Diese Zahlen stehen im Gegensatz zu den sehr befürwortenden Ergebnissen zur eigenen Nutzungsabsicht in der vorliegenden Studie. Da die Rücklaufquote im befragten Betrieb mit 18 % eher gering ist, kann vermutet werden, dass vor allem Personen an der Befragung teilgenommen haben, die der PT-A gegenüber positiv eingestellt sind und/oder bereits selbst Erfahrungen mit psychi-

schen Erkrankungen gemacht haben. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Nutzungsabsicht in der gesamten Belegschaft der Hochschule geringer ausfallen könnte. Von den 785 Beschäftigten der Hochschule nahmen 143 Personen an der Befragung teil. Von diesen würden 90 % bei Bedarf einen PT-A in Anspruch nehmen, was 127 Beschäftigten der Hochschule entspräche. Gleichzeitig wiesen über die Hälfte der Befragten aktuell depressive Symptome auf, sodass eine Nutzung der PT-A indiziert wäre. Beim Vergleich der aktuellen Gestaltung

der PT-A in der Hochschule mit denen in dieser Studie präsentierten Wünschen der Beschäftigten zeigen sich insbesondere bei dem Umfang der Sprechstunde Unterschiede. Bei der aktuellen Gestaltung werden neben einer Diagnostik-sitzung weitere Sitzungen zur Behandlung angeboten. Bei den Beschäftigten, die an dieser Studie teilgenommen haben, wurde die Behandlung im Rahmen der PT-A im Vergleich zur reinen Diagnostik inklusive einer Weitervermittlung zur weiteren Behandlung bei Bedarf viel stärker präferiert. Diese Ergebnisse weichen von den Ergebnissen einer weiteren Studie zu Gestaltungspräferenzen einer PT-A mit Beschäftigten verschiedener Betriebe ab [16]. In der Studie wurde die reine Diagnostik gegenüber der Diagnostik inkl. weiterführender Behandlungssitzungen deutlich weniger präferiert [16]. In der Literatur existieren bereits Konzepte der Gestaltung einer PT-A, bei der nur eine Diagnostik angeboten wird [6, 35]. Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass ein Großteil der Personen, die eine solche Diagnostik-sitzung in Anspruch genommen hat, ebenfalls eine weiterführende Behandlung im Rahmen der PT-A oder in der Regelversorgung in Anspruch genommen hat [6, 35]. Auf Basis der Ergebnisse dieser Studie kann diskutiert werden, ob die Diagnostik beim Bewerben des Angebots in den Fokus gerückt werden sollte und eine Behandlung in weiteren Sitzungen dann als zusätzliche Möglichkeit angeboten wird, sofern Interesse und Bedarf bei der betroffenen Person bestehen. Dadurch könnte die Schwelle zur Inanspruchnahme möglicherweise verringert werden.

Zwischen der aktuellen Gestaltung der PT-A im Betrieb und den Ergebnissen dieser Studie besteht ansonsten weitestgehend eine Übereinstimmung, d.h. die Gestaltung entspricht weitgehend den Wünschen der Beschäftigten. Die von den Teilnehmenden präferierte persönliche Durchführung der Sitzung wird bereits in der PT-A umgesetzt. Hinsichtlich des Ortes und der Zeit zeigten sich bei den Studienteilnehmenden keine klaren Tendenzen. In Bezug auf die Zeit ist das aktuelle Angebot bereits sehr flexibel, sodass sowohl Beschäftigte, die eine

**Tab. 4** Multiple lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der Nutzungsabsicht einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz für berufliche Belastungen (Methode: Einschluss;  $n = 143$ )

Modell/Regressor	Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) (95 % KI)	p-Wert
Modell 1b		
Geschlecht	-0,030 (-0,244; 0,186)	0,788
Alter	0,071 (-0,016; 0,158)	0,107
$R^2 = 0,019$	Korrigiertes $R^2 = 0,005$	-
Modell 2b		
Geschlecht	-0,054 (-0,277; 0,169)	0,632
Alter	0,041 (-0,053; 0,135)	0,389
Familienstand		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	0,200 (-0,106; 0,135)	0,198
In Partnerschaft lebend	0,018 (-0,300; 0,337)	0,910
PHQ-9	0,016 (-0,005; 0,038)	0,138
ERI-Ratio	-0,008 (-0,51; 0,492)	0,975
$R^2 = 0,050$	Korrigiertes $R^2 = 0,008$	-
Modell 3b		
Geschlecht	-0,075 (-0,293; 0,144)	0,501
Alter	0,026 (-0,067; 0,120)	0,584
Familienstand		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	0,189 (-0,114; 0,491)	0,220
In Partnerschaft lebend	0,000 (-0,316; 0,318)	0,995
PHQ-9	0,014 (-0,008; 0,035)	0,210
Anstrengung	0,036 (-0,015; 0,086)	0,167
$R^2 = 0,063$	Korrigiertes $R^2 = 0,0242$	-
Modell 4b		
Geschlecht	-0,019 (-0,240; 0,202)	0,865
Alter	0,048 (-0,044; 0,139)	0,305
Familienstand		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	0,167 (-0,139; 0,472)	0,283
In Partnerschaft lebend	0,013 (-0,303; 0,329)	0,935
PHQ-9	0,021 (-0,001; 0,042)	0,065
Belohnung	0,025 (-0,008; 0,054)	0,136
$R^2 = 0,065$	Korrigiertes $R^2 = 0,024$	-

PHQ Patient Health Questionnaire [19], ERI Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen [44]

Durchführung während der Arbeitszeit als auch außerhalb der Arbeitszeit präferieren, Termine vereinbaren können. Aus denen in dieser Stunde untersuchten Gestaltungsmöglichkeiten ergibt sich somit außer dem Aspekt des Umfangs kein Hinweis, dass die Gestaltung der PT-A für die relativ geringe Inanspruchnahme verantwortlich sein könnte.

Neben den Gestaltungswünschen der PT-A wurden ebenfalls Determinanten zur Nutzungsabsicht erhoben. Der positive Zusammenhang zwischen der

allgemeinen Nutzungsabsicht der PT-A und dem Alter wird von Ergebnissen vorheriger Studien zur Nutzung psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung unterstützt [18, 21]. Insbesondere Personen mittleren Alters zeigen demnach eine höhere Tendenz zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Unterstützung [9, 21, 33]. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme für berufliche Belastung konnte in dieser Studie kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Bei der Analyse

zur Nutzung für private Belastungen zeigte sich, dass Frauen eher einer Nutzung für private Belastungen zustimmen würden als Männer. Weiterhin zeigte sich ein positiver Zusammenhang mit depressiven Symptomen gemessen mit PHQ-9. Sowohl der Zusammenhang des Geschlechts als auch der depressiven Symptomatik mit dem Aufsuchen psychotherapeutischer Unterstützung steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien [9, 21]. Eine amerikanische Querschnittstudie hat resultierend aus ähnlichen Ergebnissen Vorschläge zu spezifischen Marketingstrategien gemacht. Diese beinhalten Beispiele zum Bewerben von Therapieangeboten für spezielle Zielgruppen, wie z. B. bestimmte Altersgruppen [9].

Warum insbesondere die Nutzungsabsicht für private Belastungen mit dem Geschlecht und depressiven Symptomen korrelierten, kann anhand der Ergebnisse nicht genau erklärt werden. Da die Fragen zur Nutzung allgemein in einer psychisch belastenden Situation sowie für berufliche Belastungen vorwiegend zustimmend beantwortet wurde, war eine geringere Varianz in den Antworten vorhanden. Daher könnte es sein, dass dadurch keine oder nur wenig signifikante Zusammenhänge gefunden wurden.

In einer vorherigen Studie wurde gezeigt, dass insbesondere junge Leute Scheu hätten, über private Probleme zu sprechen [9]. In dieser Studie konnte dieses nicht bestätigt werden, da nicht das Alter, sondern das Geschlecht mit der Nutzungsabsicht für private Belastungen korrelierte. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Stichprobe in der vorliegenden Studie eher klein und nicht repräsentativ für die erwerbstätige Bevölkerung Deutschlands ist [47]. In einer weiteren, bisher noch unveröffentlichten Studie mit einer vorwiegend jungen und weiblichen Stichprobe konnten jedoch ebenfalls keine Zusammenhänge zwischen dem Alter und der Nutzungsabsicht einer PT-A gefunden werden [15]. Da in vorherigen Studien sowie im klinischen Alltag gezeigt wurde, dass Männer weniger häufig psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen [21, 32], könnte diskutiert werden, ob die Hemmschwelle, über private Belastungen zu sprechen,

**Tab. 5** Multiple lineare Regressionsanalyse zur Vorhersage der Nutzungsabsicht einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz für private Belastungen (Methode: Einschluss;  $n = 143$ )

Modell/Regressor	Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) (95 % KI)	p-Wert
<b>Modell 1c</b>		
Geschlecht	-0,385 (-0,790; 0,020)	0,062
Alter	-0,080 (-0,244; 0,083)	0,331
$R^2 = 0,032$	Korrigiertes $R^2 = 0,018$	-
<b>Modell 2c</b>		
Geschlecht	-0,459 (-0,871; -0,046)	0,030
Alter	-0,115 (-0,288; 0,058)	0,192
<b>Familienstand</b>		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	-0,086 (-0,650; 0,479)	0,765
In Partnerschaft lebend	-0,001 (-0,591; 0,588)	0,996
PHQ-9	0,056 (0,015; 0,096)	0,007
ERI-Ratio	0,129 (-0,800; 1,054)	0,784
$R^2 = 0,092$	Korrigiertes $R^2 = 0,052$	-
<b>Modell 3c</b>		
Geschlecht	-0,463 (-0,869; -0,056)	0,026
Alter	-0,122 (-0,295; 0,052)	0,168
<b>Familienstand</b>		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	-0,099 (-0,663; 0,465)	0,729
In Partnerschaft lebend	-0,014 (-0,604; 0,574)	0,963
PHQ-9	0,055 (0,015; 0,095)	0,008
Anstrengung	0,029 (-0,056; 0,123)	0,550
$R^2 = 0,094$	Korrigiertes $R^2 = 0,054$	-
<b>Modell 4c</b>		
Geschlecht	-0,451 (-0,864; -0,038)	0,032
Alter	-0,111 (-0,281; 0,059)	0,200
<b>Familienstand</b>		
Unverheiratet	Referenz	-
Verheiratet	-0,086 (-0,655; 0,484)	0,767
In Partnerschaft lebend	0,000 (-0,589; 0,590)	0,999
PHQ-9	0,056 (0,016; 0,097)	0,007
Belohnung	-0,003 (-0,061; 0,055)	0,917
$R^2 = 0,092$	Korrigiertes $R^2 = 0,052$	-

PHQ Patient Health Questionnaire [19], ERI Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen [44]

für Männer auch in der PT-A höher ist als für berufliche Belastungen. Daher kann diskutiert werden, ob berufliche Aspekte bei der Bewerbung des Angebots im Betrieb im Vordergrund stehen und weitere Aspekte im persönlichen Gespräch angesprochen werden sollten. Es sollte jedoch dabei bedacht werden, dass das Trennen von privaten und beruflichen Aspekten laut vorheriger Studien in der PT-A nicht ratsam bzw. möglich ist [34, 37]. In einer dieser Studien wurden bei 80 % der Beschäftigten, die

die PT-A ausgesucht haben, berufliche Belastungen festgestellt. Davon waren jedoch nur bei 40 % arbeitsbezogene Faktoren die wesentliche Ursache der psychischen Beschwerden [34]. Daher sollten Beschäftigte über die genauen Inhalte und Möglichkeiten der PT-A, z.B. die vielfältigen Zusammenhänge zwischen Beruflichem und Privatem, aufgeklärt werden.

Obwohl Arbeitsbelastungen in vorherigen Studien häufig als Grund zum Aufsuchen einer PT-A genannt wurden [6,

34] und auch ursächlich für psychische Belastungen sein können [49], konnten in dieser Studie kaum Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen, gemessen mit dem ERI-Fragebogen, und der Nutzungsabsicht einer PT-A gefunden werden. Entgegen der Erwartung, dass es einen Zusammenhang zwischen den ERI-Komponenten und der Nutzungsabsicht der PT-A für berufliche Belastungen geben könnte, zeigte sich nur ein positiver Zusammenhang zwischen der gemessenen beruflichen Anstrengung und der allgemeinen Nutzungsabsicht. Insgesamt zeigten 49 % der Teilnehmenden, gemessen mit dem ERI-Fragebogen, eine erhöhte Arbeitsbelastung. Dass keine weiteren signifikanten Zusammenhänge gefunden wurden, könnte möglicherweise auf die vergleichsweise hohe wahrgenommene berufliche Belastung gemessen an der Allgemeinbevölkerung [27] und damit einhergehend einer geringen Varianz in den ERI-Variablen liegen. Da die Nutzungsabsicht für berufliche Belastungen ebenfalls wenig Varianz aufwies, könnte dadurch erklärt werden, warum dort kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden konnte. Allerdings lässt sich dieses nicht auf die Nutzungsabsicht für private Belastungen übertragen, da dort eine höhere Varianz im Vergleich zu den anderen Variablen für die Nutzungsabsicht vorhanden war.

**Stärken und Limitationen**

Eine Stärke der vorliegenden Studie liegt darin, dass die Ergebnisse direkt mit der praktischen Umsetzung in dem untersuchten Betrieb verglichen werden konnten. Das ermöglichte eine Interpretation, ob sich die dargestellten Gestaltungswünsche sowie der angegebene Bedarf mit der tatsächlichen praktischen Umsetzung im Betrieb decken. Andererseits wurde nur eine geringe Rücklaufquote von 18 % der Gesamtbeschäftigtenzahl erreicht. Im Hinblick auf das Alter und den Berufsabschluss gab es zwar keine Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit, aber es haben verhältnismäßig mehr Frauen an der Studie teilgenommen. Da aus der Literatur bekannt ist, dass das Geschlecht im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme

und Gestaltungswünschen psychotherapeutischer Behandlungen steht [18, 33], ist nicht auszuschließen, dass die männliche Perspektive unzureichend in den Ergebnissen vertreten ist.

Knapp die Hälfte der Teilnehmenden wiesen depressive Symptome auf. Das ist deutlich mehr, als im Vergleich mit der Prävalenz in der Bevölkerung zu erwarten wäre [12]. Das weist darauf hin, dass es sich um eine selektierte Gruppe von besonders beanspruchten Beschäftigten handelt. Daher ist auch nicht auszuschließen, dass vermehrt Beschäftigte teilgenommen haben, die bereits Erfahrungen mit psychischen Beanspruchungen und ggf. Behandlungen gesammelt haben. Vorherige Behandlungen könnten in einem signifikanten Zusammenhang mit der Einstellung gegenüber der Gestaltung und der Inanspruchnahme einer PT-A stehen [9]. Da aktuelle und bisherige Behandlungen nicht erhoben wurden, kann nicht festgestellt werden, inwiefern die Ergebnisse dadurch beeinflusst wurden. Weiterhin wurde nicht erhoben, ob die an der Befragung teilgenommenen Beschäftigten die PT-A bereits in Anspruch genommen haben. Das würde jedoch die Ergebnisse stark beeinflussen, auch wenn der Anteil dieser Befragten aufgrund der bisher niedrigen Nutzerquote der PT-A eher gering wäre. Die Ergebnisse der Studie gelten somit zunächst vor allem für Beschäftigte, die – möglicherweise aus persönlicher Betroffenheit – ein besonders hohes Interesse an einer psychotherapeutischen Unterstützung haben. Da dies aber eine bedeutende Gruppe mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen ist, sind die Ergebnisse dennoch bedeutsam, da insbesondere diese Gruppe mit einer PT-A adressiert werden soll.

Weiterhin ist unklar, ob Beschäftigte, die an der Hochschule beschäftigt sind, sich aber aufgrund einer psychischen Erkrankung längere Zeit arbeitsunfähig sind, von der Studie erfahren haben und an der Befragung teilgenommen haben. Da jedoch auch Beschäftigte, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aktuell arbeitsunfähig sind, an der PT-A teilnehmen können, spiegeln die Ergebnisse dieser Studie vermutlich nicht die Perspektive dieser Zielgruppe wider. Die-

se Perspektive wäre für die Interpretation der Nutzungsabsicht einer PT-A jedoch äußerst relevant.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich nur beschränkt auf andere Betriebe übertragen. Zwar weist der Kooperationsbetrieb eine breite Spanne verschiedener Berufsfelder und soziodemografischer Verteilung auf, aber dennoch handelt es sich um einen einzelnen Betrieb mit ganz betriebseigenen Spezifikationen (z. B. Unternehmenskultur oder Arbeitsplatzsicherheit), die einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben können.

Das Alter wurde in der vorliegenden Studie nicht metrisch, sondern ordinal erhoben. Das hatte vor allem datenschutzrechtliche Gründe, damit die Teilnehmenden keiner Person in der Hochschule zugeordnet werden konnte. Dadurch lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass bei einer metrisch erhobenen Variable andere Zusammenhänge gefunden worden wären.

### Implikationen für die Praxis und weitere Forschung

Da die Zahlen zur aktuellen Inanspruchnahme der PT-A mit den in dieser Studie präsentierten Nutzungsabsichten einer Gruppe deutlich psychisch beanspruchter Beschäftigter stark abweichen, kann diskutiert werden, ob das Angebot der PT-A umfassend genug bei den Beschäftigten bekannt gemacht wurde. Ergebnisse über die Nutzung eines ähnlichen Konzepts einer psychologischen Beratung am Arbeitsplatz, dem Employee Assistance Programme (EAP), unter männlichen Beschäftigten zeigten, dass ein großer Teil nicht einmal wusste, dass der eigene Betrieb diese Unterstützung anbietet [23].

Gleichzeitig konnten Studien zeigen, dass eine breite Werbung durch den Arbeitgeber sowie eine gezielte Empfehlung durch Arbeitsmediziner einen positiven Effekt auf die Inanspruchnahme haben kann [2, 6]. Bisher existieren noch keine Daten, die verschiedene Zugangswege zum Angebot (z. B. Bekanntmachung durch Arbeitsmediziner, Bekanntmachung im Newsletter) im Hinblick auf eine Veränderung der Inanspruchnahme vergleichen. Daher könnte in zukünftigen

theoretischen und praktischen Planungen der Einsatz verschiedener Bewerbungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Die in dieser Studie vorgestellten Ergebnisse zu den Determinanten der Nutzungsabsicht können auch in der Anwendung berücksichtigt werden, um zielgruppenspezifische Ansprachen zu formulieren (z. B. in einem männlich geprägten Unternehmen). Weiterhin können auch die Ergebnisse zum Umfang der PT-A genutzt werden, indem das Angebot als niedrigschwellige Möglichkeit zur Diagnostik und Vermittlung weiterer Unterstützung bekannt gemacht wird. Die Möglichkeit weiterer Behandlungssitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz könnte als optional beworben werden.

Da die in dieser Studie verwendeten Variablen nur einen kleinen Anteil der Varianz der Ergebnisse zur Nutzungsabsicht erklären konnten, kann diskutiert werden, ob weitere Aspekte existieren, die die Inanspruchnahme beeinflussen könnten. Aus vorherigen Studien ist beispielsweise bekannt, dass die Unternehmenskultur im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme psychischer Behandlungen stehen kann [8, 14, 39]. Eine positive Positionierung in Bezug auf die Behandlung psychischer Erkrankungen durch den Arbeitgeber sowie durch Kollegen und Kolleginnen kann mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung im Zusammenhang stehen [8, 14]. Weiterhin spielen Stigmatisierungen am Arbeitsplatz eine Rolle in der Offenlegung und Behandlung einer psychischen Erkrankung [14]. Daher sollten in zukünftigen Studien die Stigmatisierung sowie die Unternehmenskultur berücksichtigt werden.

Weiterhin ist aus vorherigen Studien bekannt, dass Betroffene häufig den eigenen Bedarf einer psychotherapeutischen Behandlung nicht wahrnehmen [1, 26, 40]. Inwieweit diese Aspekte die Ergebnisse zur Nutzungsabsicht in dieser Studie beeinflusst haben, ist unbekannt. Es ist denkbar, dass die überwiegende Mehrheit in der vorliegenden Studie zwar zustimmte, eine PT-A nutzen zu wollen, wenn eine psychische Beanspruchung

vorliegt, aber gleichzeitig den eigenen Bedarf zur Behandlung nicht erkennt und daher keine PT-A aufsuchen würde. Da sich aus diesem Aspekt verschiedene Empfehlungen zur praktischen Implementierung ableiten ließen, wie z. B. Sensibilisierungskampagnen zum Erkennen des eigenen Behandlungsbedarfs [39] oder Screeningmaßnahmen zum Erkennen psychischer Erkrankungen im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung [46], sollte dieser Aspekt in zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

In der vorliegenden Studie wurden der Bedarf sowie die Nutzungsabsicht im theoretischen Rahmen erhoben. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, ob Beschäftigte tatsächlich eine PT-A in Anspruch nehmen würden. Daher wären weitere Studien notwendig, die eine tatsächliche Inanspruchnahme beispielsweise im Längsschnittdesign untersuchen, um Informationen zu Determinanten der tatsächlichen Inanspruchnahme zu generieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich nur beschränkt auf weitere Betriebe übertragen. Bekannt ist, dass bestimmte berufsbezogene Aspekte, wie beispielsweise die Berufsbranche oder Betriebsgröße, eine signifikante Rolle spielen, wenn es um die Implementierung von Gesundheitsangeboten im Betrieb geht [5, 16, 48]. Beispielsweise würden Beschäftigte von größeren Betrieben eher im Rahmen einer PT-A die Sitzungen auf dem Betriebsgelände akzeptieren, aber weniger gerne über private Belastungen sprechen wollen als Beschäftigte aus kleineren Betrieben [16]. Daher sollten zukünftige Untersuchungen weitere berufsbezogene Aspekte in der theoretischen und praktischen Planung einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz einbeziehen.

## Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen deutlich, dass sich eine überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmenden vorstellen könnte, eine PT-A in einer psychisch belastenden Situation oder für berufliche Gründe in An-

spruch zu nehmen. Aus den Ergebnissen der Gestaltungsmöglichkeiten sowie Determinanten der Nutzungsabsicht lassen sich keine eindeutigen Hinweise darauf ableiten, dass die relativ geringe Inanspruchnahme im Betrieb Folge der Gestaltung der PT-A ist. Abgesehen von dem Umfang der Sprechstunde spiegeln die angegebenen Wünsche zur Gestaltung die aktuelle Gestaltung wider. Ausgehend von den Ergebnissen zum Umfang der Sprechstunde sowie den festgestellten Zusammenhängen zwischen Geschlecht, Alter, depressiver Symptomatik und der beruflichen Anstrengung sowie der Nutzungsabsicht der PT-A wurden in der vorliegenden Studie Möglichkeiten zur zielgruppenspezifischen Bewerbung und Bekanntmachung des Angebots vorgeschlagen. Weitere Schritte in der Forschung und Praxis wären notwendig, um weitere Aspekte, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer PT-A stehen könnten, zu untersuchen. Dazu zählen u. a. Stigmatisierung am Arbeitsplatz sowie berufsbranchen- und betriebsgrößenspezifische Anforderungen.

## Korrespondenzadresse

### Fiona Kohl

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland fiona.kohl@hhu.de

**Author Contribution.** F. Reineke, G. Müting, R. Schmoock und P. Angerer: Materialvorbereitung und Datensammlung. F. Kohl: Datenanalyse sowie das Schreiben des ersten Entwurfs des Manuskripts. Alle Autoren überarbeiteten diesen ersten Entwurf und lasen und genehmigten die endgültige Fassung des Manuskripts. Alle Autoren waren an der Konzeption und dem Design der Studie beteiligt.

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** F. Kohl, G. Müting, F. Reineke, R. Schmoock und P. Angerer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen entsprachen den ethischen Standards der institutionellen und/oder nationalen Forschungskommission und der Deklaration von Helsinki von 1964 und ihren

späteren Änderungen oder vergleichbaren ethischen Standards. Diese Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf genehmigt (Studiennummer: 6195R). Alle befragten Studienteilnehmende haben ihr informiertes Einverständnis („informed consent“) gegeben.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

1. Adler AB, Britt TW, Riviere LA, Kim PY, Thomas JL (2015) Longitudinal determinants of mental health treatment-seeking by US soldiers. *Br J Psychiatry* 207(4):346–350. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.146506>
2. Azzone V, McCann B, Merrick EL, Hiatt D, Hodgkin D, Horgan C (2009) Workplace stress, organizational factors and EAP utilization. *J Workplace Behav Health* 24(3):344–356. <https://doi.org/10.1080/1555240903188380>
3. Balint E, Gantner M, Gündel H, Herrmann K, Pöbnecker T, Rothermund E, von Wietersheim J (2021) 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. *Psychother Psychosom Med Psychol*. <https://doi.org/10.1055/a-1479-3045>
4. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA (2014) Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence OF anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety* 31(6):506–516. <https://doi.org/10.1002/da.22230>
5. Berger H, Nolten A (2019) Rahmenbedingungen des BGM: gesundheitspolitische und betriebswirtschaftliche Grundlagen. In: Reinfelder EC, Jahn R, Gingelmaier S (Hrsg) Supervision und psychische Gesundheit. Springer, Wiesbaden
6. Bode K, Wunsch E-M, Finger F, Kröger C (2016) Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychother Psychosom Med Psychol* 66(06):235–241. <https://doi.org/10.1055/s-0042-106728>

7. Brandstetter S, Dodoo-Schittko F, Speerforck S, Apfelbacher C, Grabe H-J, Jacobi F, Hapke U, Schomerus G, Baumeister SE (2017) Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997–1999 and 2009–2012: a repeated cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52(8):1005–1013. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1384-y>
8. Britt TW, Wilson CA, Sawhney G, Black KJ (2020) Perceived unit climate of support for mental health as a predictor of stigma, beliefs about treatment, and help-seeking behaviors among military personnel. *Psychol Serv* 17(2):141. <https://doi.org/10.1037/ser0000362>
9. Gonzalez JM, Alegria M, Prihoda TJ, Copeland LA, Zeber JE (2011) How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Soc Psychiatr Epidemiol* 46(1):45–57. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0168-4>
10. Gühne U, Stein J, Schwarzbach M, Riedel-Heller SG (2017) Der Stellenwert von Arbeit und beruflicher Beschäftigung in der Behandlung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 67(11):457–464. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104855>
11. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I et al (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3):304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
12. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gabel W et al (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 85(1):77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
13. Kivelitz L, Watzke B, Schulz H, Härter M, Melchior H (2015) Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. *Psychiatr Prax* 42(08):424–429. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370306>
14. Knaak S, Mantler E, Szeto A (2017) Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum* 30(2):111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
15. Kohl F, Angerer P, Weber J (2023) Determinants of the intention to seek psychotherapeutic consultation at work—a cross-sectional study in Germany (eingereicht bei BMC Public Health)
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):347. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15255-0>
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B (2010) The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 32(4):345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
18. Liddon L, Kingerlee R, Barry JA (2018) Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *Br J Clin Psychol* 57(1):42–58. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
19. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K (2005) Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 58(2):163–171. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.09.006>
20. Löwe B, Spitzer RL, Herzog W (2002) Manual Kompletterversion und Kurzform. Pfizer, Karlsruhe (Autorisierte deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ))
21. Magaard JL, Seeralan T, Schulz H, Brütt AL (2017) Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. *PLoS ONE* 12(5):e176730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176730>
22. Manea L, Gilbody S, McMillan D (2012) Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Cmaj* 184(3):E191–E196
23. Matthews LR, Gerald J, Jessup GM (2021) 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. *Int J Ment Health Syst* 15(1):68. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00489-5>
24. Meschede M, Roick C, Ehresmann C, Badura B, Meyer M, Ducki A, Schröder H (2020) Psychische Erkrankungen bei den Erwerbstätigen in Deutschland und Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 331–364
25. Mohr DC, Hart SL, Howard I, Julian L, Vella L, Catledge C, Feldman MD (2006) Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Ann Behav Med* 32(3):254–258. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm3203\\_12](https://doi.org/10.1207/s15324796abm3203_12)
26. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, Wells KB, Pincus HA, Kessler RC (2011) Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 41(8):1751–1761. <https://doi.org/10.1017/s0033291710002291>
27. Niedhammer I, Sultan-Taïeb H, Parent-Thirion A, Chastang J-F (2023) Correction: update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in europe. *Int Arch Occup Environ Health* 96(4):639–640. <https://doi.org/10.1007/s00420-023-01964-x>
28. Niedhammer I, Tek ML, Starke D, Siegrist J (2004) Effort-reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Soc Sci Med* 58(8):1531–1541. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00346-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00346-0)
29. Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, Gostautas A, Skodova Z, Marmot M (2001) Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health* 55(9):624–630. <https://doi.org/10.1136/jech.55.9.624>
30. Preiser C, Rothermund E, Wittich A, Gündel H, Rieger MA (2016) Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and limitations of the services offered—results of a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 89(4):599–608. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1098-y>
31. Reineke F (2022) Psychisches Befinden und Hilfsangebote im Betrieb Eine Bedarfsanalyse zur Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (Doctoral dissertation). Dissertation; 2022.
32. Riffer F, Knopp M, Burghardt J, Sprung M (2021) Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeut* 66(6):511–517. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00523-4>
33. Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE, Prütz F, Thom J (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *J Health Monit*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111.2>
34. Rothermund E, Guendel H, Kilian R, Hoelzer M, Reiter B, Mauss D, Rieger M, Müller-Nübling J, Wörner A, von Wietersheim J et al (2014) Treatment of psychosomatic disorders occurring in the vocational context—Concept and first findings (Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten). *Z Psychosom Med Psychother* 60:177–189. <https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.2.177>
35. Rothermund E, Kilian R, Balint E, Rottler E, von Wietersheim J, Gündel H, Hölzer M (2019) Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62:1–9. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2869-x>
36. Rothermund E, Kilian R, Rottler E, Mayer D, Hölzer M, Rieger MA, Gündel H (2017) Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: a cross-sectional exploratory trial. *PLoS ONE* 12(1):e169559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169559>
37. Rothermund E, Pöfnecker T, Antes A, Kilian R, Kessemeier F, Schwarz E, von Wietersheim J, Mayer D, Rieger MA, Gündel H et al (2022) Conceptual framework of a psychotherapeutic consultation in the workplace: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 19(22):14894. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214894>
38. Rugulies R, Aust B, Madsen IE (2017) Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health* 43(4):294–306. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3632>
39. Sayers E, Rich J, Rahman MM, Kelly B, James C (2019) Does help seeking behavior change over time following a Workplace mental health intervention in the coal mining industry? *J Occup Environ Med* 61(6):e282–e290. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001605>
40. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F (2017) Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 210(4):261–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>
41. Seidler A, Schubert M, Freiberg A, Drössler S, Hussenöeder FS, Conrad I, Riedel-Heller S, Romero Starke K (2022) Psychosocial occupational exposures and mental illness. *Dtsch Arztebl Int* 119(42):709–715
42. Siegrist J (2016) Chapter 9—effort-reward imbalance model. In: Fink G (Hrsg) *Stress: concepts, cognition, emotion, and behavior*. Academic Press, San Diego, S 81–86
43. Siegrist J (1996) Soziale Krisen und Gesundheit eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. *Hogrefe*
44. Siegrist J, Li J, Montano D (2014) Psychometric properties of the effort-reward imbalance questionnaire. *Duesseldorf University, Germany*
45. Singer S, Maier L, Paserat A, Lang K, Wirp B, Kobes J, Porsch U, Mittag M, Toenges G, Engesser D (2022) Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz

- 
- vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. *Psychotherapeut* 67(2):176–184. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00551-0>
46. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, Garcia FA, Gillman M, Herzstein J, Kemper AR et al (2016) Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA* 315(4):380–387. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
  47. Bundesagentur für Arbeit (2023) Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2022. In: (Hrsg) Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Arbeit Bf, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung,
  48. Taylor AW, Pilkington R, Montgomerie A, Feist H (2016) The role of business size in assessing the uptake of health promoting workplace initiatives in Australia. *BMC Public Health* 16:353. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3011-3>
  49. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, Marteinsdottir I, Skoog I, Hall C (2015) A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 15(1):738. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
  50. Weber J, Angerer P, Brenner L, Brezinski J, Chrysanthou S, Erim Y, Feißt M, Hansmann M, Hondong S, Kessemeier FM et al (2021) 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* 21(1):1187. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11195-9>