

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Kommissarische Direktorin:
Prof. Dr. med. Barbara Hoffmann MPH

**Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A) in
kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)**

Präferenzen der Beschäftigten zu organisatorischen Rahmenbedingungen,
Barrieren und aktuelle Einblicke – eine qualitative Studie

Dissertation

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

Sana Jebury

2026

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: PD Dr. Jörg Rademacher

I Zusammenfassung

Zielstellung: In Deutschland stellen psychische Störungen ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem dar, von dem jährlich 27,7 % der Bevölkerung betroffen sind. Dennoch erhalten viele Betroffene keine adäquate Behandlung. Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen führen häufig zu längeren Fehlzeiten und verursachen erhebliche wirtschaftliche Belastungen. Ein möglicher Ansatz zur Schließung dieser Behandlungslücke ist der Einsatz psychotherapeutischer Ansätze im beruflichen Umfeld. Diese wurden bisher vor allem in Großunternehmen untersucht, wo sie auf breite Akzeptanz stießen. Da jedoch rund 55 % der Beschäftigten in Deutschland in KMU arbeiten, stellt sich die Frage, wie PT-A in diesem Kontext wahrgenommen und umgesetzt werden können. Ziel ist es, die Präferenzen der Beschäftigten in KMU bezüglich der organisatorischen Rahmenbedingungen zu analysieren und mögliche Hindernisse sowie förderliche Faktoren zu identifizieren.

Methode: In dieser qualitativen Querschnittsstudie wurden 30 Beschäftigte aus KMU telefonisch anhand halbstrukturierter Interviews befragt, bis die theoretische Sättigung erreicht war. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte in Zusammenarbeit mit einer quantitativen Studie, wobei die Auswahl anhand der Zugehörigkeit zu KMU und der Zustimmung zur Teilnahme getroffen wurde. Die transkribierten Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und unter Verwendung der Software MAXQDA ausgewertet, um bestehende Annahmen zu prüfen und neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Ergebnisse: Flexible Terminoptionen und Sprechzeiten sowie Räumlichkeiten außerhalb der Betriebsstätte sind wichtige Faktoren für die Akzeptanz der PT-A. Ein bevorzugtes Vorgehen umfasst Erstgespräche, die durch individuelle Hilfestellungen und eine qualitativ hochwertige Weitervermittlung ergänzt werden. Eine ausgewogene Kostenverteilung zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen und dem Staat wird als praktikabel angesehen, wobei eine moderate Selbstbeteiligung von den Befragten akzeptiert wird. Arbeitgebende können eine Schlüsselrolle dabei spielen, den Zugang zu erleichtern, indem sie offene Kommunikation fördern, neutral gegenüber dem Angebot und den Teilnehmenden bleiben und gezielt die Nutzung des Angebots unterstützen. Anonymität und Vertraulichkeit gelten als unverzichtbar, um Bedenken abzubauen und den Zugang zu erleichtern. Die Befragten schildern, dass die Stigmatisierung psychischer Störungen in der Arbeitswelt weit verbreitet ist, was häufig zu Scham, Isolation und Zurückhaltung im beruflichen Umfeld führt. Sie äußern die Sorge, dass abwertende Reaktionen seitens der Arbeitgeber und des Kollegiums zu Nachteilen im Karriereverlauf führen könnten. Dies trägt dazu bei, dass Hilfsangebote oft gemieden werden.

Präventive Maßnahmen für die mentale Gesundheit sind selten vorhanden, und es wird ein Bedarf an Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen seitens der Arbeitgeber festgestellt. Zudem wird der Wunsch nach schnell zugänglicher psychotherapeutischer Unterstützung geäußert, deren Integration als sinnvoll und notwendig betrachtet wird. Von den Arbeitgebern wird erwartet, dass sie die Prävention psychischer Gesundheit ernst nehmen und aktiv fördern.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse verdeutlichen ein erhebliches Interesse und differenzierte Vorstellungen der Befragten hinsichtlich der Ausgestaltung von PT-A in KMU. Um die Implementierung und Nutzung des Angebots zu fördern, müssen die Präferenzen sowie hemmende und förderliche Faktoren aus Sicht der Beschäftigten berücksichtigt werden. Zusätzlich sind umfassende Aufklärungsmaßnahmen über psychische Gesundheit sowie gezielte Entstigmatisierungsstrategien notwendig.

II Summary

Objective: In Germany, mental disorders are a widespread health issue, affecting 27.7% of the population annually. Despite this, many individuals do not receive adequate treatment. Conditions such as depression and anxiety disorders often lead to prolonged absenteeism and impose significant economic burdens. One potential approach to addressing this treatment gap is the implementation of psychotherapeutic interventions in the workplace. These interventions have primarily been studied in large enterprises, where they have enjoyed broad acceptance. However, since approximately 55% of employees in Germany work in small and medium-sized enterprises (SMEs), the question arises as to how psychotherapeutic consultation at work (PT-A) are perceived and implemented in this context. The aim is to analyze employees' preferences in SMEs regarding the organizational framework and to identify potential barriers as well as facilitating factors.

Methods: In this qualitative cross-sectional study, 30 employees from SMEs were interviewed by telephone using semi-structured interviews until theoretical saturation was reached. Participant recruitment was conducted in collaboration with a quantitative study, with selection based on SME affiliation and consent to participate. The transcribed interviews were analyzed using qualitative content analysis according to Kuckartz and the MAXQDA software to examine existing assumptions and generate new insights.

Results: Flexible scheduling options, consultation hours, and locations outside the workplace are key factors for the acceptance of PT-A. A preferred approach involves initial consultations supplemented by individualized support and high-quality referrals. A balanced cost distribution among employers, health insurance providers, and the government is considered feasible, with moderate co-payments being acceptable to respondents. Employers can play a crucial role in facilitating access by promoting open communication, maintaining neutrality toward the service and its participants, and actively supporting its use. Anonymity and confidentiality are regarded as essential to alleviate concerns and improve access. Respondents reported that the stigmatization of mental health disorders is widespread in the workplace, often leading to feelings of shame, isolation, and reluctance to seek help in professional settings. They expressed concerns that disparaging reactions from employers and colleagues could result in career disadvantages, contributing to the frequent avoidance of support services.

Preventive measures for mental health are rarely available, highlighting the need for employer-led awareness and education initiatives. Additionally, there is a strong desire for easily accessible psychotherapeutic support, which is seen as both meaningful and necessary. Employers are expected to take the prevention of mental health issues seriously and to actively promote it.

Conclusion: The results highlight a significant need for PT-A in SMEs. To promote the implementation and utilization of the service, comprehensive educational measures on mental health and targeted destigmatization strategies are essential.

III Abkürzungen

Abb.	Abbildung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
friaa	Frühe Intervention am Arbeitsplatz
GU	Großunternehmen
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
n	Anzahl
Pos.	Position
PSiB	Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb
PT-A	Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz
T	Teilnehmer
WHO	World Health Organizatio

IV Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Einführung.....	1
1.2	Kleine und mittlere Unternehmen im Vergleich zu Großunternehmen: Definition, Herausforderungen und Arbeitssicherheit.....	2
1.3	Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen sowie in Großunternehmen	5
1.4	Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit.....	6
1.5	Stand im allgemeinen Versorgungssystem	8
1.6	Die Versorgung im betrieblichen Kontext.....	10
1.6.1	Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz	10
1.6.2	Forschungsstand.....	12
1.7	Ziele der Arbeit	15
2	Material und Methoden	16
2.1	Studiendesign.....	16
2.2	Entwicklung eines Leitfadens für halbstrukturierte Interviews	16
2.3	Rekrutierung und Merkmale der Interviewpartnerinnen und -partner	18
2.4	Durchführung und Transkription der Interviews.....	21
2.5	Auswertungsinstrument inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz 21	
2.5.1	Auswertungsschritte	23
2.5.2	Entwicklung des Kategoriensystems.....	24
2.6	Gütekriterien.....	26
3	Ergebnisse.....	27
3.1	Rahmenbedingungen der Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A) 27	
3.1.1	Terminierungsoptionen	27
3.1.2	Getrennte Räumlichkeiten außerhalb des Arbeitsplatzes.....	27

3.1.3	Flexibilität der Sprechzeiten.....	28
3.1.4	Umfang der Sprechstunden.....	29
3.1.5	Engagement und Haltung des Arbeitgebers zum Angebot.....	31
3.1.6	Anonymität und Vertraulichkeit	32
3.1.7	Finanzierung.....	33
3.2	Stigmatisierung.....	34
3.2.1	Hemmungen bei der Offenlegung	34
3.2.2	Abwertende Wahrnehmung durch das berufliche Umfeld	35
3.2.3	Einsamkeit und Isolation.....	35
3.2.4	Benachteiligungen im Karriereverlauf	35
3.2.5	Vermeidung von Unterstützungsangeboten	36
3.3	Förderung mentaler Gesundheit.....	37
3.3.1	Fehlende Verfügbarkeit von Unterstützungsstrukturen.....	37
3.3.2	Bedarf an Sensibilisierungs- und Aufklärungsangeboten	37
3.3.3	Wunsch nach frühzeitigen Interventionen	38
3.3.4	Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten.....	39
3.3.5	Erwartungen an die Unternehmensführung	39
4	Diskussion	41
4.1	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	41
4.2	Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für die Nutzung psychotherapeutischer Beratung am Arbeitsplatz.....	42
4.3	Stigmatisierung als Barriere für psychotherapeutische Unterstützung am Arbeitsplatz	47
4.4	Förderung psychischer Gesundheit im Rahmen betrieblicher Strukturen.....	48
4.5	Stärken und Limitationen.....	49
4.6	Schlussfolgerungen und Ausblick	51
5	Anhang	53
6	Literaturverzeichnis.....	64

1 Einleitung

1.1 Einführung

In Deutschland sind jedes Jahr 27,7 % der Bevölkerung von einer klinisch relevanten psychischen Störung betroffen, wobei die Prävalenz bei Frauen höher ist als bei Männern (Jacobi et al., 2014). Die am häufigsten diagnostizierten psychischen Erkrankungen sind Angststörungen und Depressionen (Jacobi et al., 2014). Weniger als die Hälfte der Betroffenen erhält eine Behandlung und nur ein kleiner Teil der Behandelten erhält eine adäquate Therapie, was auf eine deutliche Behandlungslücke hinweist (Mack et al., 2014; Thornicroft et al., 2017; Alonso et al., 2018). Als mögliche Ursachen werden lange Wartezeiten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023), die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen (Clement et al., 2015) und eine unzureichende Wahrnehmung des Hilfebedarfs durch die Betroffenen (Schomerus et al., 2019) betrachtet.

Psychische Erkrankungen haben unabhängig von ihrer Ursache wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Bei einer weitgehend stabilen Prävalenz psychischer Störungen (Jacobi et al., 2014) zeigen Daten der gesetzlichen Krankenkassen seit 2013 einen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage um über 50 % (DAK-Gesundheit, 2024; Schenkel et al., 2024). Im Jahr 2023 waren psychische Störungen mit 11,9 % die dritthäufigste Ursache für Fehlzeiten (DAK-Gesundheit, 2024; Schenkel et al., 2024) und führend bei Erwerbsminderungsrenten (Deutsche Rentenversicherung, 2024), was ihre arbeitsrelevante Bedeutung hervorhebt. Ein erheblicher Anteil der entstehenden Gesamtkosten resultiert aus indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeitszeiten, die in einer Untersuchung 73 % der Gesamtkosten ausmachten (Mulfinger et al., 2024). Neben den beträchtlichen Ausfallzeiten am Arbeitsplatz (Schenkel et al., 2024), sind Produktivitätsverluste (Dewa et al., 2011) ein wesentlicher Faktor für die volkswirtschaftlichen Kosten. Im Jahr 2023 führten psychische Störungen in Deutschland zu Produktionsausfallkosten von 20,5 Milliarden Euro und einem Verlust von 35,4 Milliarden Euro an entgangener Bruttowertschöpfung (BAuA, 2023).

Studien zeigen, dass Merkmale der Arbeitsumgebung einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Psychosoziale Belastungen wie hoher Zeitdruck oder eingeschränkte Entscheidungsspielräume am Arbeitsplatz stehen in einem

Zusammenhang mit der Entstehung von Depressionen und Angststörungen (Stansfeld & Candy, 2006; Theorell et al., 2015). Auch internationale Organisationen wie die WHO heben die Bedeutung der Prävention psychosozialer Risiken sowie der Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz hervor (WHO, 2022).

Es hat in der Vergangenheit Modelle zu psychotherapeutischen Sprechstunden im betrieblichen Kontext gegeben, wie das „Salzgitter-Modell“ und die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSiB)“ (Rothermund et al., 2014; Bode et al., 2016). Beide Modelle trugen durch niedrigschwellige und zeitnahe Interventionen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung bei. Die Ansätze zeichneten sich durch eine hohe Akzeptanz aus und förderten eine verstärkte Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (Rothermund et al., 2014; Bode et al., 2016).

Bisher wurde die PT-A vor allem in Großunternehmen (GU) implementiert (Rothermund et al., 2014; Bode et al., 2016), während KMU weitgehend unberücksichtigt blieben. Diese machen 99,3 % der insgesamt 3,1 Millionen Unternehmen in Deutschland aus und beschäftigen 55 % der Erwerbstätigen (Statistisches Bundesamt, 2022a).

Trotz ihrer wirtschaftlichen Bedeutung wurden die spezifischen Herausforderungen und Bedürfnisse von KMU im Bereich Arbeitsschutz und Sicherheit bisher nur unzureichend erforscht (Legg et al., 2015; Fan et al., 2019). Im Vergleich zu GU verfügen KMU über ein geringeres Angebot an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Zelfel et al., 2011; Taylor et al., 2016). Darüber hinaus stehen sie vor erheblichen Hindernissen bei der Umsetzung von Arbeitsschutz- und Sicherheitsmaßnahmen sowie Gesundheitsförderungsprogrammen. Diese ergeben sich vor allem aus begrenzten finanziellen und personellen Kapazitäten sowie dem erschwerten Zugang zu Fachkräften im Bereich Arbeitsschutz (Taylor et al., 2016).

1.2 Kleine und mittlere Unternehmen im Vergleich zu Großunternehmen:

Definition, Herausforderungen und Arbeitssicherheit

KMU unterscheiden sich von GU durch ihre Größe, Beschäftigtenzahl und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Die Europäische Union definiert KMU gemäß der Empfehlung 2003/361/EG der European Union (2003) anhand klarer Kriterien:

1. Kleinstunternehmen: Weniger als 10 Beschäftigte und ein Jahresumsatz bzw. eine Jahresbilanzsumme von höchstens 2 Millionen Euro.

2. Kleinunternehmen: Weniger als 50 Beschäftigte und ein Jahresumsatz bzw. eine Jahresbilanzsumme von höchstens 10 Millionen Euro.
3. Mittlere Unternehmen: Weniger als 250 Beschäftigte und ein Jahresumsatz von höchstens 50 Millionen Euro oder eine Jahresbilanzsumme von höchstens 43 Millionen Euro.

Die Anzahl der Mitarbeitenden ist ein verpflichtendes Kriterium für die Einstufung als KMU, während Unternehmen entweder die Umsatzgrenze oder die Bilanzsummengrenze einhalten müssen, um weiterhin als KMU eingestuft zu werden (Europäische Kommission, 2020).

KMU sind ein wesentlicher Bestandteil der deutschen Unternehmenslandschaft, tragen erheblich zur wirtschaftlichen Stabilität bei und sind mit der Beschäftigung von mehr als der Hälfte aller Erwerbstätigen ein bedeutender Faktor für den Arbeitsmarkt (Statistisches Bundesamt, 2022a). Auch auf europäischer Ebene wird ihre wirtschaftliche Relevanz deutlich, da sie im Jahr 2023 99,8 % aller Unternehmen ausmachten und 65,2 % der Erwerbstätigen in der Europäischen Union beschäftigten (Katsinis et al., 2024). Dennoch erzielen sie im Vergleich zu Großunternehmen einen geringeren Anteil am gesamtwirtschaftlichen Umsatz sowie an der Bruttowertschöpfung (Statistisches Bundesamt, 2022b). Im Jahr 2022 entfielen beispielsweise 74 % des gesamten Umsatzes auf GU, während diese 58 % der gesamten Bruttowertschöpfung generierten (Statistisches Bundesamt, 2022b). Zudem leisteten sie 56 % der Bruttoinvestitionen in Sachanlagen und 62 % der Personalaufwendungen (Statistisches Bundesamt, 2022b). Diese Zahlen unterstreichen die maßgebliche Rolle von GU für wirtschaftliches Wachstum und Investitionskraft.

KMU haben eine große wirtschaftliche Bedeutung und stehen zugleich bei der Umsetzung arbeits- und gesundheitsschutzbezogener Vorgaben vor besonderen strukturellen Herausforderungen. Da die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nicht in ausreichendem Maße erfolgt (Amler, 2019). Ein möglicher Grund dafür ist, dass viele geltende Arbeitsschutzgesetze auf größere Unternehmen zugeschnitten sind, sodass ihre Umsetzung für kleinere Betriebe häufig mit erheblichen Hürden verbunden ist (Legg et al., 2015). Zusätzlich fehlen in vielen KMU die zeitlichen und technischen Ressourcen, um Arbeitsschutz- und Präventionsmaßnahmen eigenständig und in ausreichendem Umfang umzusetzen (Micheli & Cagno, 2008; Sczesny et al., 2014; Legg et al., 2015).

Die beschriebenen Rahmenbedingungen wirken sich auch auf die Sicherheit am

Arbeitsplatz aus. Fehlendes Fachwissen, unzureichendes Arbeitsschutzmanagement sowie eine geringere Sensibilisierung für Gefahrenquellen führen zu einer höheren Anzahl an Arbeitsunfällen im Vergleich zu GU (Fabiano et al., 2004; Micheli & Cagno, 2010). Oftmals wird das Risiko unterschätzt, was dazu führt, dass notwendige Sicherheitsmaßnahmen erst nach schwerwiegenden Vorfällen ergriffen werden (Micheli & Cagno, 2008).

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der starken Abhängigkeit von Führungskräften. Mit abnehmender Unternehmensgröße verringert sich das Engagement des Managements für Sicherheitskultur und Präventionsmaßnahmen, wodurch Schutzmaßnahmen innerhalb des Unternehmens weniger strukturiert und systematisch umgesetzt werden (Al-Bayati, 2021). Führungskräfte in KMU verfügen häufig über keine formale Management- oder Sicherheitsschulung, wodurch Sicherheitsmaßnahmen oft reaktiv statt präventiv umgesetzt werden (Legg et al., 2015). Da kurzfristige wirtschaftliche Ziele im Vordergrund stehen, wird der Arbeitsschutz oft nachrangig behandelt oder unzureichend umgesetzt (Legg et al., 2015). Viele Inhabende fühlen sich durch komplexe Vorschriften überfordert, da intern keine Fachkräfte für den Arbeitsschutz verfügbar sind und externe Beratungsangebote wegen der hohen Kosten nur selten genutzt werden (Legg et al., 2015).

Auch die digitale Transformation bringt für KMU wachsende Anforderungen mit sich, da sie neben der Einführung neuer Technologien auch strukturelle Anpassungen und spezialisiertes Fachwissen erfordert (Sommer, 2015; Stentoft et al., 2020). Gleichzeitig bieten digitale Anwendungen zahlreiche Vorteile für den Arbeitsschutz. Sie erleichtern beispielsweise die systematische Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen, verbessern die Dokumentation und ermöglichen eine präzisere Überwachung potenzieller Arbeitsrisiken. Moderne Softwarelösungen identifizieren Gefahrenquellen automatisiert und ermöglichen standardisierte Berichte sowie eine transparente Nachverfolgung von Schutzmaßnahmen. Digitale psychotherapeutische Sprechstunden können ebenfalls angeboten werden. Darüber hinaus können digitale Lernplattformen die Schulung der Mitarbeitenden verbessern und so zur Prävention beitragen. Obwohl digitale Arbeitsschutzsysteme zahlreiche Vorteile bieten, erschweren eine unzureichende Wahrnehmung ihres Mehrwerts sowie datenschutzbezogene Bedenken deren Einführung in KMU Unternehmen (Cagno et al., 2024). Zusätzlich wirken sich auch Investitions- und Betriebskosten hemmend auf die Implementierung dieser Systeme aus (Cagno et al., 2024).

1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen sowie in Großunternehmen

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird in der Luxemburger Deklaration als eine gemeinsame Aufgabe für Arbeitgebende, Arbeitnehmende und die Gesellschaft definiert. Ziel ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu verbessern, indem sowohl die Arbeitsorganisation als auch die Arbeitsbedingungen optimiert werden (ENWHP, 2023). BGF kann nicht nur zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden beitragen, sondern wird auch mit einer höheren Arbeitszufriedenheit in Verbindung gebracht (Zelfel et al., 2011).

Der traditionelle Arbeitsschutz konzentriert sich auf präventive Maßnahmen, die durch technische und organisatorische Vorkehrungen das Risiko von Arbeitsunfällen und beruflich bedingten Erkrankungen minimieren sollen (Faller 2016, S. 34). Allerdings stößt dieser Ansatz an seine Grenzen, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht auf klar definierbare Ursachen zurückzuführen sind, sondern durch das Zusammenspiel psychosozialer Belastungen und individueller Wahrnehmungen entstehen (Faller 2016, S.34). In solchen Fällen ist eine Ergänzung durch gezielte Maßnahmen der BGF erforderlich, um insbesondere stressbedingte und psychosoziale Belastungen zu reduzieren (Faller 2016, S.34).

BGF ist in Deutschland vor allem in GU verbreitet, während KMU deutlich seltener entsprechende Maßnahmen anbieten (Hollederer, 2007). Denn die Umsetzung von BGF ist in KMU häufig mit Hürden wie begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen verbunden (Hasle & Limborg, 2006; Bechmann et al., 2011; Schaefer et al., 2016). Außerdem zeigen KMU häufig eine geringe Bereitschaft zur Umsetzung präventiver Maßnahmen (Biallas et al., 2019). Diese lässt sich unter anderem auf fehlende Informationen oder ein eingeschränktes Problembewusstsein in Bezug auf BGF zurückführen (Biallas et al., 2019).

Studien belegen, dass mit zunehmender Unternehmensgröße auch die Umsetzung von BGF-Maßnahmen steigt (Bechmann et al., 2011; Biallas et al., 2019; Schaefer et al., 2016; Taylor et al., 2016). In kleinen Unternehmen erkennen lediglich 31 % der Führungskräfte den Stellenwert entsprechender Maßnahmen, in mittleren Unternehmen liegt dieser Anteil bereits bei 55,7 %. In großen Unternehmen steigt er auf 73,9 % an (Taylor et al., 2016). Diese Zahlen verdeutlichen, dass das Bewusstsein für Gesundheitsförderung mit zunehmender Unternehmensgröße deutlich ausgeprägter ist. Die Inhalte der angebotenen Maßnahmen sind jedoch weitgehend ähnlich, unabhängig von der Unternehmensgröße. Der Schwerpunkt liegt überwiegend

auf physischer Prävention und psychische Aspekte werden vergleichsweise selten berücksichtigt (Schaefer et al., 2016).

Seit 2013 sind Unternehmen gemäß § 5 des Arbeitsschutzgesetzes explizit verpflichtet, im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung auch psychische Belastungen systematisch zu erfassen und zu bewerten (Bundesministerium der Justiz, 2013). Auf Basis der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen können gezielt Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen abgeleitet werden. Ergänzend dazu kann die BGF genutzt werden, um präventive Strategien zu entwickeln und psychisch belastenden Faktoren systematisch entgegenzuwirken. Im Vergleich zu großen Unternehmen wird die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in KMU deutlich seltener umgesetzt (Beck & Lenhardt, 2019). Verfügt jedoch ein Unternehmen über qualifiziertes Personal für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass psychische Belastungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden (Beck & Lenhardt, 2019). Auch Betriebsrätinnen und Betriebsräte sowie gezielte Schulungen für Führungspersonen tragen dazu bei, die Sensibilität für diese Thematik zu steigern (Beck & Lenhardt, 2019).

1.4 Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit

Die Qualität der mentalen Gesundheit wirkt sich unmittelbar auf das allgemeine Wohlbefinden aus. Laut WHO (1946) bedeutet Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern umfasst körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Psychische Erkrankungen sind nicht nur ein individuelles Problem, sondern haben auch weitreichende Auswirkungen auf Gesellschaft und Wirtschaft. Sie manifestieren sich häufig bereits im Erwerbsalter. In der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen liegt die Ein-Jahres-Prävalenz bei 36,7 % und ist damit deutlich höher als bei älteren Personen, etwa in der Gruppe der 65- bis 79-Jährigen, bei der sie bei 20,3 % liegt (Jacobi et al., 2014).

Zu den wirtschaftlichen Folgen psychischer Erkrankungen zählen erhebliche indirekte Kosten, die insbesondere durch Absentismus, etwa in Form krankheitsbedingter Fehlzeiten, entstehen (Mulfinger et al., 2024). Obwohl direkte Kosten wie Ausgaben für medizinische Behandlungen oder Arzneimittel geringer ausfallen, verursachen Personen mit psychischen Erkrankungen insgesamt deutlich höhere Krankheitskosten als Menschen ohne entsprechende Diagnosen (Bombana et al., 2022; Mulfinger et al.,

2024). Eine Untersuchung zeigt, dass mit zunehmendem Ausmaß einer psychischen Erkrankung und ihrer Belastung auch die Gesundheitsausgaben signifikant ansteigen (Bombana et al., 2022). Besonders deutlich fällt dieser Anstieg bei schwerer psychischer Beeinträchtigung aus (Bombana et al., 2022). Zudem entfällt bei höherer Belastung ein wachsender Anteil der Gesamtkosten auf stationäre Behandlungen, während ambulante Leistungen anteilig zurückgehen (Bombana et al., 2022).

Muskel- und Skeletterkrankungen zählen gemeinsam mit psychischen Erkrankungen zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen (Schenkel et al., 2024). Sie gehen durchschnittlich mit Ausfallzeiten von 29,1 Tagen pro Fall einher (Schenkel et al., 2024). Auch nach Angaben der DAK-Gesundheit (2024) lag die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung infolge psychischer Erkrankungen im Jahr 2023 bei rund 33 Tagen. Besonders häufig treten psychische Erkrankungen im Dienstleistungssektor auf. Im Gesundheits- und Sozialwesen lag der Anteil bei 19,7 %, in der Erziehung bei 17,4 % und im Bereich Unterricht sowie in der Öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung bei 17,0 %. Vergleichsweise niedrig war der Anteil im Baugewerbe sowie in der Land- und Forstwirtschaft mit jeweils etwa 7 % (Schenkel et al., 2024).

Die Folgen psychischer Erkrankungen beschränken sich nicht nur auf Fehlzeiten, sondern wirken sich auch auf das Verhalten und die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz aus. Störungen der mentalen Gesundheit beeinträchtigen die Arbeitsproduktivität und stehen in engem Zusammenhang mit Präsentismus, also dem Verhalten, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen (Dewa et al., 2011; de Oliveira et al., 2023). Präsentismus tritt häufig gemeinsam mit psychischen und körperlichen Beschwerden auf und geht zudem mit einer verschlechterten Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands einher (Knani et al., 2021). Besonders ausgeprägt ist dieses Verhalten, wenn psychosoziale Belastungen bestehen und gleichzeitig ein Mangel an sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz vorliegt (Knani et al., 2021). Umgekehrt kann ein unterstützendes Arbeitsumfeld diesen Zusammenhang abschwächen und dazu beitragen, Präsentismus zu reduzieren (Knani et al., 2021).

Eine zusammenfassende Analyse von 72 Übersichtsarbeiten mit Metaanalysen zeigt, dass hohe Arbeitsanforderungen, lange Arbeitszeiten, ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung sowie Arbeitsplatzunsicherheit mit einem erhöhten Risiko für Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch in geringerem Maße mit Angststörungen verbunden sind (Niedhammer et al., 2021). Eine weitere systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalysen weist darauf hin, dass insbesondere Belastungen wie geringe Entscheidungsspielräume und mangelnde soziale

Unterstützung das Risiko für Depressionen deutlich erhöhen (Seidler et al., 2022). Zudem wurde ein vermehrtes Auftreten von Angststörungen bei Beschäftigten mit hohen Anforderungen und unsicheren Arbeitsbedingungen festgestellt (Seidler et al., 2022).

Welche Formen psychosozialer Belastung im Vordergrund stehen, kann jedoch je nach Unternehmensgröße variieren. Besonders in KMU zählen psychosoziale Belastungen wie quantitative Arbeitsüberlastung, Arbeitsplatzunsicherheit, begrenzte Aufstiegschancen sowie mangelhafte Kommunikation zu den zentralen arbeitsbedingten Stressfaktoren (Lai et al., 2015). In größeren Unternehmen treten laut Encrenaz et al. (2019) häufiger psychosoziale Belastungen wie hohe Anforderungen und eingeschränkte Entscheidungsspielräume auf, die mit einem erhöhten Risiko für Angst- oder Depressionssymptome verbunden sind. Auch wenn psychosoziale Themen in GU häufiger thematisiert werden, zeigte ein Vergleich der psychischen Belastung zwischen Beschäftigten in KMU und in GU keine signifikanten Unterschiede (Hander et al., 2024). In beiden Unternehmensgrößen wurden depressive Symptome und Angstsymptomatik in vergleichbarer Häufigkeit erfasst (Hander et al., 2024). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit epidemiologischen Daten, wonach unipolare Depressionen nach Angststörungen die zweithäufigste psychische Erkrankung darstellen (Jacobi et al., 2014).

1.5 Stand im allgemeinen Versorgungssystem

Zwischen der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der tatsächlichen Nutzung entsprechender Versorgungsangebote lässt sich eine deutliche Versorgungslücke feststellen (Wang et al., 2007; Kohn et al., 2004; Mack et al., 2014). Laut den Ergebnissen von Jacobi et al. (2014) nahmen etwa 68 % der befragten Personen, die lediglich eine psychische Diagnose hatten, keine Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch. Erst bei einer höheren Anzahl diagnostizierter Störungen nahm die Nutzung entsprechender Gesundheitsleistungen signifikant zu. So gaben rund 40 % der Befragten mit vier oder mehr psychischen Erkrankungen an, im Erhebungszeitraum entsprechende Unterstützung erhalten zu haben. Alonso et al. (2018) berichten auf Grundlage einer epidemiologischen Studie, dass lediglich 27 % der Personen mit diagnostizierter Angststörung im Jahr vor der Befragung eine Behandlung in Anspruch genommen hatten. Von diesen erhielt nur ein kleiner Anteil, nämlich 9,8 %, eine Therapie, die den geltenden fachlichen Leitlinien entsprach. In

einer weiteren Studie mit über 51.000 Befragten berichteten, Thornicroft et al. (2017), dass 4,6 % der Teilnehmenden in den vergangenen zwölf Monaten die Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllten. Nur 16,5 % dieser Personen erhielten eine leitliniengerechte Versorgung. Etwa die Hälfte der Betroffenen erkannte einen Behandlungsbedarf, was auf ein gewisses Problembewusstsein hinweist. Ein mangelndes Erkennen oder eine fehlende Akzeptanz des eigenen Hilfebedarfs werden ebenfalls als Faktoren für die bestehende Versorgungslücke betrachtet. Auch wenn der Anteil der Personen mit psychischen Erkrankungen, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, in den vergangenen Jahren leicht gesunken ist, bleibt er weiterhin hoch (Brandstetter et al., 2017). Zwischen 1997 und 1999 lag er bei 62 %, im Zeitraum von 2009 bis 2012 bei 57 %.

Ein möglicher Erklärungsansatz für diese anhaltend geringe Inanspruchnahme liegt im Zusammenhang zwischen dem Hilfesuchverhalten und der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Stigmatisierung stellt eine bedeutende Barriere für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe im Bereich der psychischen Gesundheit dar (Gaebel et al., 2004; Clement et al., 2015). Sie kann dazu führen, dass betroffene Personen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen und ihre psychische Erkrankung bewusst nicht offenlegen (Gaebel et al., 2004). Zu den psychosozialen Barrieren zählen darüber hinaus Verlegenheit, die Sorge vor negativen sozialen Reaktionen sowie die Befürchtung beruflicher Nachteile, die Betroffene daran hindern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Dewa, 2014; Clement et al., 2015). Ein verbessertes Verständnis psychischer Erkrankungen und gezielte Entstigmatisierungsmaßnahmen können die Nutzung professioneller Unterstützungsangebote positiv beeinflussen (Schomerus & Angermeyer, 2008; Kivelitz et al., 2015; Schibalski et al., 2017). Im Rahmen entsprechender Angebote ist es möglich, Betroffene umfassend über psychische Erkrankungen aufzuklären und sie gezielt über geeignete Weiterbehandlungsoptionen zu informieren. Denn die Versorgung psychisch erkrankter Personen erfolgt in Deutschland überwiegend durch Hausärzte und Hausärztinnen sowie andere somatisch orientierte Fachdisziplinen (Gaebel et al., 2013; Larisch et al., 2013). Psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen werden vergleichsweise seltener in Anspruch genommen und meist lediglich ergänzend eingebunden (Gaebel et al., 2013). Die Analyse von Kivelitz et al. (2015) verdeutlicht, dass bestimmte strukturelle Hindernisse den Zugang zu einer angemessenen Behandlung erschweren. Dazu zählten unter anderem eine unzureichende Weitervermittlung in ambulante psychotherapeutische Angebote sowie eine verzögerte Diagnosestellung. Die Studie betont daher die Notwendigkeit einer besseren sektorübergreifenden Koordination, um eine kontinuierliche und

bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Eine weitere Ursache für die Versorgungslücke sind die strukturellen Hürden im Versorgungssystem. Durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017 konnte die Wartezeit zum Erstgespräch von 12,5 auf 5,7 Wochen reduziert werden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023). Jedoch beträgt die Wartezeit bis zu dem Beginn der Therapie im Durchschnitt 20 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023). Verlängerte Wartezeiten erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass behandlungsbedürftige Menschen eine psychotherapeutische Behandlung nicht aufnehmen (Foreman & Hanna, 2000). In ländlichen Regionen kommt es im Vergleich zu städtischen Gebieten häufiger zu längeren Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023). Diese strukturellen Unterschiede bestehen trotz eines allgemeinen Anstiegs der Kassensitze seit dem Jahr 2010 fort. Besonders in weniger dicht besiedelten Regionen bleibt die Zahl der verfügbaren Kassensitze unzureichend, was den Zugang zu therapeutischen Angeboten zusätzlich erschwert (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023). Die Corona-Pandemie hat diese Problematik weiter verschärft. Durch eine deutlich gestiegene Nachfrage nach psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung kam es in vielen Regionen zu einer zusätzlichen Verlängerung der Wartezeiten. Die bestehenden regionalen Ungleichheiten in der Versorgung wurden dadurch weiter sichtbar (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023).

1.6 Die Versorgung im betrieblichen Kontext

1.6.1 Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz

Da Erwerbstätigkeit einen wesentlichen Teil des Lebens ausmacht, kommt dem Arbeitsplatz eine wichtige Rolle im Alltag zu. Psychisch belastete Personen fallen im beruflichen Umfeld häufig durch Veränderungen im Arbeitsrhythmus, sozialen Rückzug, Konzentrationsprobleme oder eine verminderte Leistungsfähigkeit auf (Kessler et al., 2008; Danielsson et al., 2017; Barrech et al., 2018). Der Arbeitsplatz kann daher als früher Hinweis auf psychische Beeinträchtigungen dienen und zugleich Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen bieten (Henderson et al., 2011; Martin & Fisher, 2014). Vor diesem Hintergrund wurden Versorgungsmodelle entwickelt, die psychisch oder psychosomatisch belasteten Beschäftigten einen frühzeitigen und barrierearmen Zugang zu Angeboten der Beratung, Diagnostik und Therapie in

unmittelbarer Nähe zum Arbeitsplatz ermöglichen. Die Studie von Evans-Lacko et al. (2016) belegt darüber hinaus, dass insbesondere psychotherapeutische Behandlungen bei Depressionen am Arbeitsplatz auch aus ökonomischer Sicht wirksam sind. Auf Grundlage von Daten aus Deutschland zeigt die Untersuchung, dass Unternehmen finanzielle Einsparungen erzielen können, wenn psychisch belastete Beschäftigte Zugang zu angemessener Behandlung erhalten.

Im Jahr 2009/2010 wurde das Modell zunächst unter der Bezeichnung „Psychosomatische Sprechstunde“ in Kooperation zwischen der psychosomatischen Klinik in Stuttgart und einem großen Automobilhersteller etabliert (Mayer et al., 2010). In den Folgejahren wurde das Konzept auch an weiteren Standorten wie Ulm (2011/2012) und psychiatrischen Kliniken in Hamburg umgesetzt (Angerer et al., 2024). Das ursprünglich unter der Bezeichnung „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSiB) eingeführte Angebot wurde im Rahmen einer konzeptionellen Weiterentwicklung und zur einheitlichen Erfassung sowohl psychosomatischer als auch psychischer Beschwerden in „Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz“ umbenannt (Angerer et al., 2024). Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit durchgehend der Begriff PT-A genutzt, der stellvertretend für entsprechende Angebote steht.

Voraussetzung für die Umsetzung einer PT-A im Unternehmen ist der Abschluss einer Vereinbarung zwischen dem Betrieb, dem zuständigen Betriebsarzt oder der Betriebsärztin sowie einem externen Dienstleister mit entsprechender fachlicher Expertise im Bereich psychischer Gesundheit (Balint et al., 2018). Als geeignete Fachpersonen gelten approbierte psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie ärztliche Fachkräfte mit entsprechender Weiterbildung in psychosomatischer Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie (Balint et al., 2018).

Die Teilnahme an PT-A ist für Beschäftigte vorgesehen, die psychische Symptome in unterschiedlichem Schweregrad zeigen, von subklinischen oder leichten Ausprägungen bis hin zu stark beeinträchtigenden Verläufen mit längerer Abwesenheit vom Arbeitsplatz, wobei das Angebot zugleich eine gezielte Unterstützung im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung ermöglichen kann (Balint et al., 2018; Rothermund et al., 2019; Stock Gissendanner et al., 2020; Gantner et al., 2022). Die Inanspruchnahme professioneller Beratung und Begleitung kann einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Reintegration psychisch erkrankter Beschäftigter in das Arbeitsleben leisten (van der Feltz-Cornelis et al., 2010; Angerer & Wege, 2013).

Der Zugang zur PT-A kann entweder über eine Überweisung durch den

betriebsärztlichen Dienst oder durch eine eigenständige Anmeldung der betroffenen Person erfolgen (Rothermund et al., 2016). Zusätzlich ist eine Weitervermittlung über den Sozialdienst oder über Beauftragte für das betriebliche Eingliederungsmanagement möglich (Balint et al., 2021). Um das Angebot innerbetrieblich bekannt zu machen, werden verschiedene Kommunikationsformate genutzt, darunter Betriebsversammlungen, Aushänge, Flyer oder das Intranet (Rothermund et al., 2019).

Zu Beginn der PT-A wird der psychische Gesundheitszustand der Beschäftigten erfasst, um den Schweregrad der Beschwerden zu bestimmen und eine angemessene Behandlungsform auszuwählen (Rothermund et al., 2016). Bei der gründlichen Einschätzung werden auch das soziale und berufliche Umfeld sowie die damit verbundenen Einschränkungen der betroffenen Person analysiert (Rothermund et al., 2019). Darauf aufbauend werden die Betroffenen dabei unterstützt, ihre Probleme besser zu verstehen und aktiv mit ihnen umzugehen (Rothermund et al., 2019). Die Sitzungen dauern jeweils 50 bis 60 Minuten und je nach Projekt können Teilnehmende zwischen zwei (Rothermund et al., 2014; Rothermund et al., 2016) oder vier Sitzungen (Rothermund et al., 2019) und bis zu 17 Sitzungen wie im Rahmen des friaa-Projektes (Weber et al., 2021) in Anspruch nehmen. Im Anschluss an die Erstbewertung erhalten die Beschäftigten konkrete Empfehlungen für weiterführende therapeutische Maßnahmen, mit dem Ziel, den Zugang zu weiterer Versorgung zu erleichtern (Rothermund et al., 2016). Abhängig vom individuellen Versorgungsbedarf kann die weiterführende Behandlung in unterschiedlichen Settings erfolgen. Möglich ist eine kurzfristige psychotherapeutische Intervention zur Überbrückung bis zur weiterführenden Versorgung (Rothermund et al., 2014; Balint et al., 2021), eine ambulante Einzel- oder Gruppentherapie sowie eine intensivere Maßnahme im tagesklinischen oder stationären Rahmen (Rothermund et al., 2019).

Die Kostenübernahme erfolgt durch das Unternehmen, wodurch den Beschäftigten ein kostenfreier Zugang zum Angebot ermöglicht wird (Rothermund et al., 2016; Rothermund et al., 2019)

1.6.2 Forschungsstand

Vorliegende Studien berichten von einer positiven Resonanz und Akzeptanz der PT-A bei den Nutzenden (Preiser et al., 2015; Rothermund et al., 2017; Balint et al., 2018). Befragungsstudien weisen zudem auf ein grundsätzlich hohes Interesse an psychotherapeutischer Unterstützung am Arbeitsplatz hin. In einer

Querschnittserhebung mit 658 Personen äußerten rund 80 % generelles Interesse an einem entsprechenden Angebot (Kohl et al., 2023b). Differenziert nach Belastungsart lag die Zustimmungsrate bei beruflichen Belastungen bei etwa 90 %, bei privaten Belastungen bei rund 75 % (Kohl et al., 2023b). In einer weiteren Untersuchung in einem spezifischen Betrieb (Hochschule Düsseldorf) nahmen von 785 eingeladenen Beschäftigten 143 an der Befragung teil, was einer Teilnahmequote von etwa 18 % entspricht (Kohl et al., 2023c). Auch hier zeigte sich ein starkes Interesse, wobei aufgrund der geringen Teilnahmequote von einer eingeschränkten Repräsentativität der Ergebnisse auszugehen ist (Kohl et al., 2023c).

Ein vermindertes psychisches Wohlbefinden sowie geringe stigmapedingte Hürden beim Zugang und bei der Nutzung psychologischer Angebote stehen in Zusammenhang mit einer erhöhten Bereitschaft zur Inanspruchnahme der PT-A (Kohl et al., 2023b). Darüber hinaus variiert die Akzeptanz solcher Angebote in Abhängigkeit vom Umfang der jeweiligen Maßnahme. Niedrigschwellige Formate, die sich auf diagnostische Abklärung beschränken, weisen eine höhere Akzeptanz auf als umfassendere Interventionen mit therapeutischem Schwerpunkt, die mit einer geringeren Zustimmung einhergehen (Kohl et al., 2023c). Eine strukturierte Weiterleitung im Rahmen der betrieblichen Sprechstunde sowie ein gezielter Zugang zu weiterführender Versorgung stehen zudem in positiver Beziehung zur Zufriedenheit der Beschäftigten (Rothermund et al., 2019).

Hinsichtlich des Zugangs zur PT-A zeigen sich Unterschiede in Abhängigkeit von der Unternehmensgröße. In KMU erfolgt der Zugang überwiegend durch die Eigeninitiative der Beschäftigten, während in GU zusätzlich strukturierte Zugangswege über den Sozialdienst oder den betriebsärztlichen Dienst etabliert sind (Hander et al., 2024).

Unabhängig von diesen strukturellen Bedingungen lassen sich darüber hinaus Unterschiede in der Zusammensetzung der teilnehmenden Personengruppen feststellen. So ist der Anteil männlicher Personen in der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung gering (Larisch et al., 2013; Mack et al., 2014), während Männer in der PT-A deutlich häufiger vertreten sind (Rothermund et al., 2014; Rothermund et al., 2016; Rothermund et al., 2017; Barrech et al., 2018; Rothermund et al., 2019; Gantner et al., 2022).

Im Rahmen der PT-A werden überwiegend affektive Störungen (z.B. unipolare Depressionen), Angststörungen sowie Anpassungsstörungen dokumentiert (Rothermund et al., 2014; Balint et al., 2021). Mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden hatten vorab keine Behandlung durch spezialisierte psychiatrische oder

psychotherapeutische Dienste in Anspruch genommen (Rothermund et al., 2014; Balint et al., 2021; Gantner et al., 2022). In den Daten der WHO World Mental Health Survey zeigte sich, dass der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns erheblich von der jeweiligen Diagnose abhängt (Wang et al., 2007). Bei Depressionen nahmen etwa 40,4 % der Betroffenen bereits im ersten Jahr nach Symptombeginn eine Behandlung in Anspruch, bei Angststörungen lag dieser Anteil bei lediglich 13,7 % (Wang et al., 2007). Obwohl im Verlauf des Lebens etwa 95 % der Personen mit Angststörungen professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, erfolgt der Behandlungsbeginn häufig erst deutlich verzögert, im Median etwa 23 Jahre nach dem Auftreten erster Symptome (Wang et al., 2007).

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere depressiver Symptome und der Beeinträchtigung der Arbeitsproduktivität (Beck et al., 2014). Je stärker die Symptomatik ausgeprägt ist, desto deutlicher zeigen sich Einschränkungen im beruflichen Alltag. Eine erfolgreiche Behandlung depressiver Symptome kann mit einer Verbesserung der Arbeitsproduktivität einhergehen (Beck et al., 2014). Vor diesem Hintergrund weisen Studien zur PT-A darauf hin, dass Personen, die dieses Angebot wahrnahmen, sich häufiger in einem frühen Stadium ihrer psychischen Erkrankung befanden als Personen in der regulären ambulanten Versorgung (Rothermund et al., 2016; Rothermund et al., 2017; Barrech et al., 2018; Gantner et al., 2022).

Ein frühzeitiger Zugang zu geeigneten Unterstützungsangeboten wird als potenziell günstig für den Verlauf psychischer Erkrankungen eingeschätzt, da er dazu beitragen kann, chronische Verläufe zu verhindern (Dell'Osso et al., 2013). Im weiteren Verlauf der PT-A zeigten sich zudem positive Entwicklungen, etwa eine kürzere Dauer psychischer Beschwerden sowie eine reduzierte Inanspruchnahme weiterer professioneller Behandlungsangebote (Rothermund et al., 2017).

In einer Pilotstudie wurde gezeigt, dass bereits wenige psychotherapeutische Sitzungen das psychische Befinden von Erwerbstätigen mit psychosomatischen oder psychosozialen Beschwerden verbessern können (Allwang et al., 2020). Die Mehrheit der Teilnehmenden nutzte ein bis zwei Gespräche, im Mittel wurden etwa drei Sitzungen in Anspruch genommen. Bei Personen, die das Angebot vollständig wahrnahmen, gingen depressive und Angstsymptome sowie somatische Beschwerden signifikant zurück. Auch das subjektive Stressempfinden konnte reduziert werden. Die Effekte zeigten sich insbesondere bei Personen ohne vorherige therapeutische oder psychiatrische Behandlungserfahrung. Ergänzend dazu ergab eine Auswertung von Daten der PT-A im Zeitraum von Mai 2016 bis Dezember 2019, dass am häufigsten eine Kurzintervention im Rahmen der Sprechstunde empfohlen

wurde, gefolgt von der Empfehlung zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie (Balint et al., 2021).

Die bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass arbeitsplatzbezogene, niedrigschwellige Interventionsangebote wie die PT-A einen Beitrag zur frühzeitigen Erkennung und Bearbeitung psychischer Belastungen leisten können. Neben einer Verbesserung der psychischen Symptomatik wird auch ein möglicher Zusammenhang mit reduzierten krankheitsbedingten Fehlzeiten beschrieben (McLeod, 2010). Vor diesem Hintergrund erscheint eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit solchen Versorgungsangeboten im Rahmen präventiver Maßnahmen als sinnvoll.

1.7 Ziele der Arbeit

Die PT-A wurde bislang überwiegend in GU eingeführt, KMU hingegen wurden bisher nur in begrenztem Umfang in entsprechende Versorgungsmodelle einbezogen. Der Bedarf sowie die strukturellen Voraussetzungen und praktischen Herausforderungen für die Implementierung von PT-A in KMU sind bislang nur unzureichend erforscht.

Ziel dieser qualitativen Studie ist es, die Rahmenbedingungen systematisch zu erfassen, unter denen PT-A in KMU erfolgreich eingeführt und genutzt werden kann. Darüber hinaus wird untersucht, welche präventiven Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit derzeit in KMU bestehen und wie diese gestaltet sind.

Um diese Aspekte zu erfassen, sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Welche organisatorischen Rahmenbedingungen fördern aus Sicht der Mitarbeitenden die Nutzung von PT-A in KMU?
2. Welche Hindernisse erschweren die Implementierung und Nutzung von PT-A in KMU?
3. Wie ist der aktuelle Stand präventiver Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in KMU?

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Diese qualitative Querschnittsstudie untersucht die individuellen Wahrnehmungen und Erfahrungen von Mitarbeitenden in KMU zu PT-A und soll eine Nebenfragestellung des Projekts „Frühe Intervention am Arbeitsplatz“ (friaa) beantworten (Weber et al., 2021). Ziel dieses Projekts ist es, psychisch belastete Beschäftigte frühzeitig zu unterstützen, indem ein niedrigschwelliger Zugang zu einer PT-A geschaffen wird. Die Zielgruppe umfasst sowohl Beschäftigte mit akuten psychischen Belastungen als auch Personen, bei denen sich bereits psychische Erkrankungen abzeichnen oder manifestiert haben. Zudem dient die PT-A zur Unterstützung der Wiedereingliederung nach einer Arbeitsunfähigkeit, um eine nachhaltige Rückkehr ins Arbeitsumfeld zu erleichtern. Diese Therapieform ergänzt die reguläre psychotherapeutische Versorgung und ermöglicht eine schnelle Intervention, die sowohl arbeitsbedingte als auch private Belastungen berücksichtigt (Weber et al., 2021).

Zur Datenerhebung dieser Studie wurden 30 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in halbstrukturierten, telefonischen Interviews befragt. Diese Methode ermöglicht es, zentrale Themen leitfadengestützt zu erfassen und zugleich flexibel auf individuelle Perspektiven der Befragten einzugehen (Patton, 2002).

Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018), einer systematischen Methode zur Identifikation relevanter Themen und Muster im Textmaterial. Diese Methode ist explorativ angelegt, flexibel in der Anwendung und erlaubt Rückkopplungen im Forschungsprozess. Während der Analyse können neue Erkenntnisse entstehen, die eine Anpassung oder Präzisierung der Forschungsfrage erforderlich machen. Zugleich können bestehende Annahmen aus der bisherigen Literatur bestätigt werden. Die Forschungsfrage kann sich somit im Verlauf der Untersuchung weiterentwickeln (Kuckartz, 2018).

Für das Forschungsvorhaben liegt ein positiver Votumsbescheid der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf (Studiennummer 2021-1325) vor.

2.2 Entwicklung eines Leitfadens für halbstrukturierte Interviews

Die Form der halbstrukturierten Interviews vereint Strukturierung und Offenheit in

ausgewogener Weise (Patton, 2002; Gläser & Laudel, 2010). Die leitfadengestützte Durchführung ermöglicht es, relevante Themen gezielt anzusprechen und gleichzeitig auch auf spontane oder unerwartete Aspekte einzugehen (Gläser & Laudel, 2010).

Der Interviewleitfaden wurde in Zusammenarbeit mit Fiona Kohl entwickelt, die zum Zeitpunkt der Arbeit wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin war. Zunächst wurde das Forschungsziel klar formuliert, um sicherzustellen, dass der Leitfaden gezielt Fragen enthält, die eine fundierte Beantwortung der Forschungsfrage ermöglichen. Auf Grundlage der recherchierten Inhalte wurden erste Fragen entwickelt und in thematische Blöcke gegliedert. Diese orientierten sich an den wichtigen Aspekten der Forschungsfragen. Besondere Aufmerksamkeit wurde auf die Formulierung von offenen Fragen gelegt, um den Befragten ausreichend Raum für detaillierte Antworten zu geben (Gläser & Laudel, 2010; Helfferich, 2022). Gleichzeitig wurde die Reihenfolge der Fragen so gewählt, dass ein flüssiger Gesprächsverlauf gewährleistet ist (Gläser & Laudel, 2010).

Der erste Entwurf des Leitfadens wurde anschließend im wissenschaftlichen Team besprochen. Dabei erfolgte eine Überprüfung der inhaltlichen und strukturellen Merkmale hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Praktikabilität (Gläser & Laudel, 2010). Auf Basis des erhaltenen Feedbacks wurde der Leitfaden angepasst, um eine präzise und effektive Datenerhebung zu ermöglichen. Abschließend wurde der Leitfaden vor seiner Anwendung an einer kleinen Stichprobe erprobt, was zu geringfügigen Anpassungen vor dem finalen Einsatz führte (Gläser & Laudel, 2010).

Der Leitfaden beginnt mit einer Einleitung, in der die Interviewerin sich vorstellt und den Teilnehmenden für ihre Bereitschaft dankt. In diesem Abschnitt wird das Ziel des Gesprächs erläutert (Gläser & Laudel 2010; Helfferich, 2022), das in der Erhebung von Erfahrungen und Einschätzungen zur möglichen Integration einer psychotherapeutischen Sprechstunde besteht. Zudem werden organisatorische Details wie die geschätzte Dauer des Interviews von etwa 30 bis 45 Minuten sowie der Ablauf der Befragung erklärt.

Im zweiten Abschnitt folgen die Einstiegsfragen, die sich mit dem betrieblichen Umfeld und der beruflichen Rolle der Befragten befassen. Diese Fragen helfen dabei, einen allgemeinen Überblick über den Arbeitsplatz, die Position der Teilnehmenden sowie bereits bestehende Maßnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu erhalten. Sie ermöglichen eine erste Annäherung an das Thema und schaffen eine Grundlage für die vertiefenden Fragen im Hauptteil des Interviews.

Der Hauptteil des Interviews konzentriert sich auf die Kernfragen der Studie und

behandelt die Ausgestaltung einer PT-A. In diesem Abschnitt werden Schlüsselfragen zu möglichen Strukturen, Herausforderungen und Chancen eines entsprechenden Angebots gestellt. Die Teilnehmenden sollen unter anderem ihre Erwartungen an die Rahmenbedingungen einer PT-A schildern, Zugangsmöglichkeiten bewerten und Vorschläge für eine optimale Gestaltung machen. Zudem wird erfragt, welche potenziellen Hindernisse bestehen und welche Strategien zur Überwindung dieser Barrieren denkbar sind. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Akzeptanz eines solchen Angebots und der Frage, ob die Befragten es selbst nutzen würden.

Der Schlussteil des Interviews dient dazu, abschließende Themen zu klären und den Befragten die Gelegenheit zu geben, weitere relevante Inhalte zu benennen, die im Gespräch nicht angesprochen wurden (Gläser & Laudel 2010). Zudem werden demografische Angaben wie die Dauer der Berufstätigkeit erhoben, um die Ergebnisse später in den richtigen Kontext setzen zu können. Der vollständige Interviewleitfaden befindet sich zur Einsicht im Anhang.

2.3 Rekrutierung und Merkmale der Interviewpartnerinnen und -partner

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über eine Kooperation mit einer groß angelegten quantitativen Studie (Kohl et al., 2023a), die über Werbeanzeigen auf Plattformen wie Facebook, Instagram und LinkedIn potenzielle Teilnehmende ansprach. Eine detaillierte Beschreibung des Rekrutierungsprozesses findet sich in der Originalpublikation der quantitativen Studie (Kohl et al., 2023a).

Nach Abschluss der quantitativen Studie wurden die Teilnehmenden gefragt, ob Interesse an einem telefonischen Interview zur Vertiefung des Themas „psychotherapeutische Sprechstunde in KMU“ besteht. Bei bestätigter Zugehörigkeit zu einem KMU wurden Studieninformationen und eine Einwilligungserklärung bereitgestellt. Persönliche Daten wie Telefonnummer und Name wurden getrennt von den Forschungsdaten gespeichert, um Anonymität zu gewährleisten.

Im Anschluss erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme durch die Doktorandin der Studie, um den genauen Ablauf des Interviews zu erläutern und Fragen zur Studie gegenüber den Teilnehmenden zu beantworten. Zudem wurde durch gezieltes Nachfragen überprüft, ob die Einschlusskriterien vollständig erfüllt waren. Sobald alle offenen Punkte geklärt waren, wurde mit den Teilnehmenden ein telefonischer Termin für das Interview vereinbart.

Bei drei Teilnehmenden wurde im Erstgespräch festgestellt, dass die Definition eines

KMU in ihrem Fall nicht vollständig zutraf. Obwohl die Beschäftigtenzahl an den jeweiligen Standorten unter 250 lag, gehörten die Unternehmen zu größeren Firmenverbünden mit mehreren Standorten in Deutschland. Diese Teilnehmenden erfüllten die Einschlusskriterien nicht und wurden daher aus der Studie ausgeschlossen. Zusätzlich kam es zu zwei Absagen nach der Terminierung. In beiden Fällen wurde ein weiteres Interesse an einer Teilnahme verneint.

Die Teilnahme an der Studie war an folgende Einschlusskriterien gebunden:

1. Ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren,
2. ein aktueller Arbeitsvertrag mit mindestens 15 Arbeitsstunden pro Woche,
3. eine Tätigkeit in einem KMU

Merkmale der Studienteilnehmende:

In Tabelle 1 sind die soziodemografischen und beruflichen Merkmale der Gesamtstichprobe (n = 30) dargestellt. Neben dem Altersspektrum der teilnehmenden Personen und der Verteilung nach Geschlecht wurden auch der Erwerbsstatus sowie die verschiedenen beruflichen Tätigkeitsfelder erfasst. Aufbauend darauf zeigt Tabelle 2 die unterschiedlichen Formen der Betroffenheit innerhalb der Stichprobe. 14 Personen (47 %) berichteten von einer eigenen psychischen Diagnose und Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung. 8 Personen (27 %) wiesen eine kombinierte Betroffenheit auf, das heißt sowohl eine eigene als auch eine Betroffenheit im Umfeld (Familie, Freundeskreis, Kollegium). 5 Personen (17 %) gaben ausschließlich eine Betroffenheit im Umfeld an, während 3 Personen (10 %) angaben, keine Betroffenheit zu haben.

Tabelle 1 - Soziodemografische und berufliche Merkmale

Merkmale	Gesamtstichprobe n = 30
Alter	18-65 Jahre
Geschlecht	weiblich: 28 männlich:2
Status	Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer
Berufsbereich	Kultur und Kreativwirtschaft: Kultur, Werbetechnik- und Mediendienstleistungsbranche Bildung und Soziales: Pädagogik, Gesundheitswesen und Prävention Architektur und Bauwesen: Architektur, Ingenieurdienstleistung, Gebäudetechnik Umwelt und Nachhaltigkeit: Umweltschutz und Nachhaltigkeit Transport und Mobilität: Personenbeförderung, Tourismus Gastronomie und Dienstleistungen: Küche/Catering, Einzelhandel Verwaltung und Beratung: Verwaltung, Unternehmensberatung, Anwalts- und Notariatswesen Technik und Industrie: Maschinenbauindustrie

Zusammensetzung der Gesamtstichprobe (n = 30) in Bezug auf Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus und berufliche Tätigkeitsfelder.

Tabelle 2 - Erfahrungen der Teilnehmenden mit psychischen Erkrankungen

Kategorie	Anzahl	Prozent
Eigene Betroffenheit	14	47 %
Betroffenheit im Umfeld (Familie, Freundeskreis, Kollegium)	5	17 %
Kombinierte Betroffenheit (Teilnehmende selbst und Personen aus ihrem Umfeld)	8	27 %
Keine Betroffenheit	3	10 %

Verteilung der Betroffenheit unter den teilnehmenden Personen (n = 30). Unter „eigener Betroffenheit“ wird verstanden, dass Personen selbst eine psychische Diagnose erhalten haben und Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung aufweisen. Die Kategorien unterscheiden zwischen eigener Betroffenheit (Personen mit eigener Diagnose), Betroffenheit im Umfeld, kombinierter Betroffenheit (eigene Diagnose und zusätzlich Betroffenheit im Umfeld) sowie keiner Betroffenheit. Angegeben sind absolute Häufigkeiten sowie relative Anteile in Prozent.

2.4 Durchführung und Transkription der Interviews

Die Interviews wurden von der Doktorandin, einer Arbeitsmedizinerin, durchgeführt. Zu Beginn jedes Gesprächs wurden die Teilnehmenden über Vertraulichkeit, Anonymität und die Einwilligung in die Teilnahme informiert, um die ethischen Standards zu gewährleisten. Dabei wurden sie auch über die geplante Tonaufzeichnung aufgeklärt und um ihre Zustimmung gebeten. Es wurde sichergestellt, dass personenbezogene Angaben anonymisiert und die Audioaufnahmen nach der Transkription gelöscht werden.

Alle Interviews wurden mithilfe eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet und anschließend pseudonymisiert. Dadurch war ein Rückschluss auf die Identität der Befragten nicht mehr möglich. Bereits während der Gespräche wurde darauf geachtet, keine personenbezogenen Daten zu erheben oder aufzuzeichnen. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 35 Minuten und 54 Sekunden, mit einer Spannweite von 23 bis 56 Minuten.

Die Transkription wurde nach den Richtlinien von Dresing und Pehl (2018) durch das Unternehmen Amberscript erstellt, das mit dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin zusammenarbeitet. Die gesprochenen Inhalte wurden vollständig abgebildet.

Ein Merkmal des verwendeten Transkriptionssystems ist die Übertragung von Dialektäußerungen ins Hochdeutsche. Auf diese Weise entsteht eine einheitliche sprachliche Grundlage für die Analyse. Füllwörter wie „äh“ oder Stottern werden in der Regel weggelassen, sofern sie keine inhaltliche Bedeutung tragen. Pausen mit einer ungefähren Dauer von drei Sekunden werden einheitlich mit „(...)“ gekennzeichnet. Emotionale nonverbale Äußerungen wie Lachen oder Seufzen werden zur Verdeutlichung des Gesprächskontextes in Klammern gesetzt, zum Beispiel in der Form (lacht).

Zusätzlich wurden Zeitstempel eingefügt, etwa in der Form #00:00:15-8, die eine präzise Zuordnung der Aussagen zur Originalaufnahme ermöglichen (Dresing & Pehl, 2018).

2.5 Auswertungsinstrument inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse ermöglicht eine gezielte und übersichtliche Aufbereitung umfangreicher qualitativer Daten (Kuckartz, 2018). Relevante Aussagen

werden geordnet und thematisch gegliedert, sodass feine inhaltliche Unterschiede sichtbar werden. Die Methode hilft dabei, auch komplexe Zusammenhänge im Material zu erkennen und verständlich darzustellen. So entsteht nicht nur eine strukturierte Übersicht, sondern auch ein vertieftes Verständnis für die im Text enthaltenen Inhalte und Bedeutungen.

Ein bedeutendes Charakteristikum dieser Methode ist die Art der Kategorienbildung. Diese kann entweder induktiv erfolgen, indem die Kategorien direkt aus dem Material entwickelt werden, oder deduktiv, indem bestehende theoretische Konzepte als Grundlage dienen (Kuckartz, 2018). In der Praxis wird häufig eine Mischform dieser Methode verwendet, so wie es auch in dieser Studie der Fall ist (Kuckartz, 2018). Die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse sind nicht strikt voneinander getrennt. Es kann vorkommen, dass während der Analyse neue Daten erhoben oder bestehende Kategorien überarbeitet werden, obwohl bereits ein Kategoriensystem existiert. Kategorien helfen dabei, das Material zu strukturieren und zu ordnen, ohne es in numerische Daten umzuwandeln (Kuckartz, 2018).

Zur Unterstützung dieses Prozesses kommen häufig computergestützte Auswertungsprogramme zum Einsatz, wie in dieser Studie die Software MAXQDA sowie in der Abbildung 1 zu entnehmen ist (VERBI Software, 2024).

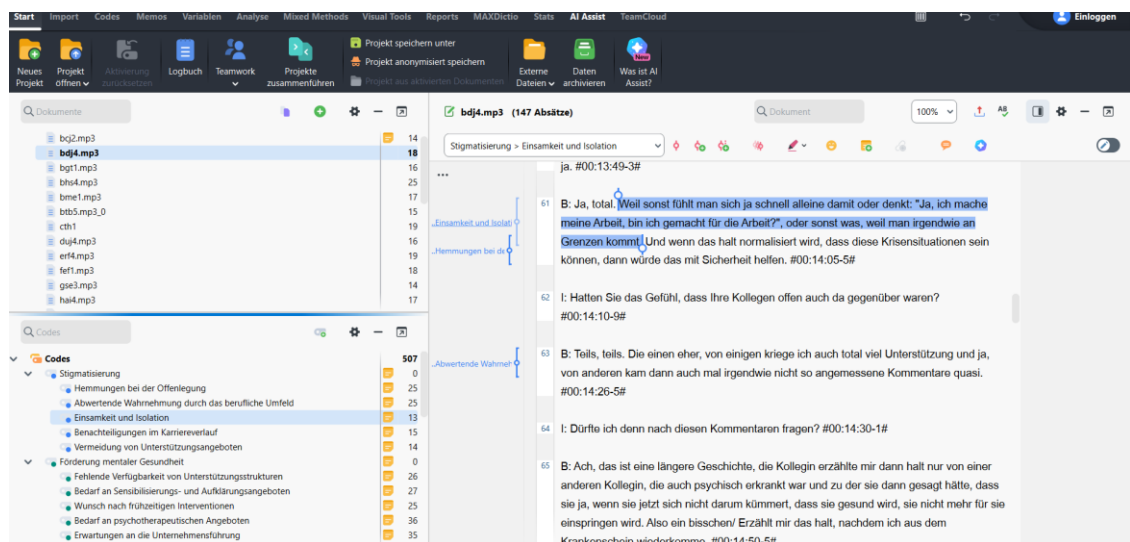


Abb. 1: Benutzeroberfläche von MAXQDA: Die Abbildung zeigt die Benutzeroberfläche von MAXQDA. Im oberen linken Bereich befindet sich die Datenansicht, darunter sind die Haupt- und Unterkategorien aufgeführt. Rechts oben ist der Dokument-Browser mit dem aktuell geöffneten Dokument dargestellt. Sichtbar sind verschiedene Codierungen sowie ein zugeordnetes Memo.

Nach Kuckartz (2018) wird die Methode in sieben Schritten eingeteilt:

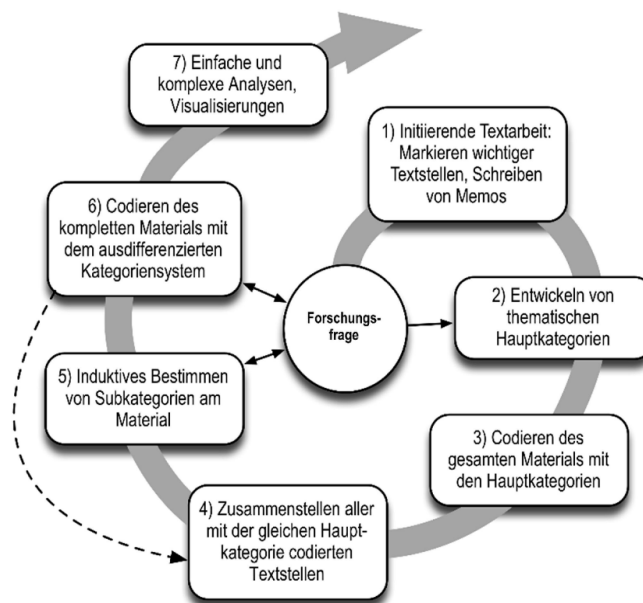


Abb. 2: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018, S. 100): Das dargestellte Vorgehen ist nicht linear, sondern erlaubt Rücksprünge zu vorherigen Arbeitsschritten innerhalb eines vorgegebenen Schemas.

2.5.1 Auswertungsschritte

Zur Sicherstellung einer korrekten Transkription wurde jede Datei mit der jeweiligen Audioaufnahme abgeglichen. Dadurch entstand eine schnelle Vertrautheit mit dem Material, sodass die Phase der „initiierenden Textarbeit“ nur kurz ausfiel.

In Phase 2 wurde aus dem Interviewleitfaden deduktiv eine Hauptkategorie mit passenden Unterkategorien entwickelt. Gleichzeitig wurden die Kategorien definiert, Kodierregeln formuliert und geeignete Textbeispiele ausgewählt.

In den Phasen 3 bis 5 erfolgte die Codierung von sechs Interviews. Dabei wurde die Reihenfolge der Unterkategorien bei Bedarf angepasst. Abschnitte mit mehreren thematischen Bezügen wurden mehreren Kategorien zugewiesen. Parallel dazu wurden weitere induktive Kategorien auf Basis der Interviewinhalte gebildet. Im Anschluss wurden alle zugeordneten Textstellen systematisch zusammengeführt und übersichtlich dargestellt. In diesem Schritt wurde zudem geprüft, ob Definitionen und Kodierregeln konsistent angewendet wurden.

Eine Zweitcodierung durch Meike Heming, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, führte zur Überarbeitung des ursprünglichen Kategoriensystems. Anschließend wurde das Datenmaterial erneut mit dem

überarbeiteten, induktiv-deduktiv entwickelten Kategoriensystem codiert.

In Phase 6 wurde das gesamte Material mit dem überarbeiteten System vollständig codiert. Nach mehreren Durchgängen mit kleineren Anpassungen an der Struktur und Formulierung der Kategorien standen die endgültigen Haupt- und Unterkategorien fest.

In der abschließenden Phase wurden die codierten Daten interpretiert. Zentrale Aussagen wurden den Kategorien zugeordnet, verdichtet und strukturiert dargestellt.

2.5.2 Entwicklung des Kategoriensystems

Im Rahmen der Analyse ergaben sich folgende Haupt- und Unterkategorien, wie in der Abbildung dargestellt:

Rahmenbedingungen der PT-A

- Terminierungsoptionen (passiv, aktiv, keine Präferenzen)
- Getrennte Räumlichkeiten außerhalb des Arbeitsplatzes
- Flexibilität der Sprechzeiten (innerhalb der regulären Arbeitszeit, außerhalb der regulären Arbeitszeit, keine Präferenzen)
- Umfang der Sprechstunden (Erstgespräche und Weitervermittlung, Erstgespräche und anschließende Betreuung)
- Engagement und Haltung des Arbeitgebers zum Angebot (aktive Förderung und Kommunikation, Neutralität und Offenheit)
- Anonymität und Vertraulichkeit
- Finanzierung (Kostenverteilung zwischen Trägern, Staatliche Finanzierung, Finanzierung durch Krankenkassen, Arbeitgeberfinanzierung, Selbstbeteiligung der Beschäftigten)

Stigmatisierung

- Hemmungen bei der Offenlegung
- Abwertende Wahrnehmung durch das berufliche Umfeld
- Einsamkeit und Isolation
- Benachteiligungen im Karriereverlauf
- Vermeidung von Unterstützungsangeboten

Förderung mentaler Gesundheit

- Fehlende Verfügbarkeit von Unterstützungsstrukturen
- Bedarf an Sensibilisierungs- und Aufklärungsangeboten
- Wunsch nach frühzeitigen Interventionen
- Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten
- Erwartungen an die Unternehmensführung

Abb. 3: Darstellung der Haupt- und Unterkategorien: Die Übersicht veranschaulicht das Kategoriensystem, das im Rahmen der qualitativen Analyse gebildet wurde.

Damit qualitative Daten wie Texte systematisch erfasst und geordnet werden können, ist die Bildung von Kategorien erforderlich. Sie helfen dabei, die Analyse zu strukturieren, indem sie Schlüsselinformationen hervorheben und den Fokus auf das Wesentliche lenken. Eine klare und präzise Definition jeder Kategorie ist dabei entscheidend, um eine nachvollziehbare und zuverlässige Auswertung zu gewährleisten (Kuckartz, 2018).

Während die deduktiven Kategorien auf Grundlage des Leitfadens und der Forschungsfragen definiert wurden, ergaben sich die induktiven Kategorien direkt aus dem Material und spiegelten neue inhaltliche Schwerpunkte wider (Kuckartz, 2018). Ein Beispiel für eine deduktive Hauptkategorie ist „Rahmenbedingungen der PT-A“, die alle relevanten Aussagen zu diesem Themenbereich bündelte. Die induktive Kategorie „Stigmatisierung“ entstand hingegen erst im Verlauf der Auswertung. Bereits während der Interviews deutete sich an, dass dieser Aspekt für die Befragten eine besondere Rolle spielte.

Zur besseren Unterscheidung wurden die Hauptkategorien farblich markiert (Rädiker & Kuckartz, 2019). Kuckartz (2018) empfiehlt, in den ersten beiden Phasen mit 10 bis 25 % des Datenmaterials zu arbeiten, um Haupt- und Unterkategorien auszuwählen. Dies ermöglicht eine fundierte Auswahl und zugleich eine Überprüfung der Anwendbarkeit des Kategoriensystems.

Ein weiterer wichtiger Schritt im Analyseprozess ist die genaue Festlegung der Kategoriendefinitionen und der zugehörigen Kodierregeln (Kuckartz, 2018). Dieser Schritt erfüllt eine doppelte Funktion. Einerseits werden die inhaltlichen Grundlagen der Analyse geklärt, andererseits dient er als praktischer Leitfaden für die Codierung des Materials. Der vollständige Kodierleitfaden wird zur Einsicht im Anhang bereitgestellt.

2.6 Gütekriterien

In der qualitativen Forschung werden häufig die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität als Maßstab für die Qualität wissenschaftlicher Ergebnisse diskutiert. Diese Kriterien entstammen ursprünglich der quantitativen Forschung und lassen sich nur eingeschränkt auf qualitative Ansätze übertragen. Qualitative Forschung verfolgt andere methodologische Zielsetzungen. Im Mittelpunkt steht das Verständnis komplexer sozialer Prozesse und Bedeutungen, die stark von subjektiven Deutungen und dem jeweiligen Kontext geprägt sind (Kuckartz, 2018).

Vor diesem Hintergrund schlägt Kuckartz (2018) vor, zur Qualitätssicherung während der Datenerhebung und -auswertung eine Checkliste heranzuziehen. Diese legt den Fokus auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit innerhalb der Forschung. Die in dieser Studie berücksichtigte Liste wird im Anhang zur Einsicht zur Verfügung gestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Rahmenbedingungen der Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A)

3.1.1 Terminierungsoptionen

Für die Terminvergabe in der PT-A standen drei Möglichkeiten zur Auswahl: der passive Weg, bei dem kein direkter persönlicher Kontakt stattfindet (z. B. E-Mail, Kontaktformulare oder ein Onlinekalender), der aktive Weg, bei dem ein direkter Austausch mit einer Ansprechperson erfolgt (z. B. telefonische Kontaktaufnahme oder ein persönliches Gespräch vor Ort), sowie die Option, keine Präferenz zu äußern und alle Wege als gleichermaßen sinnvoll zu betrachten.

Die Mehrheit der Arbeitnehmer*innen sprach sich dafür aus, alle Optionen gleichzeitig anzubieten. Dies wurde wie folgt erläutert:

„Ja, schwierig zu sagen, weil jeder ja unterschiedliche Hemmschwellen hat“ (T2 Pos. 81).

Der passive Weg erhielt ebenfalls Zustimmung, wie aus einer Aussage hervorgeht:

„Lieber erst per E-Mail. Ich bin nicht so der Telefonmensch“ (T6 Pos. 87).

Während die Teilnehmenden den aktiven Weg kaum bevorzugten.

3.1.2 Getrennte Räumlichkeiten außerhalb des Arbeitsplatzes

Ein erheblicher Anteil der Befragten bevorzugt, dass die Räumlichkeiten für eine PT-A außerhalb der eigenen Betriebsstätte liegen:

„Ich sage mal, es könnte um die Ecke sein oder auch im Ort selbst. Sollte jetzt, na ja, gut erreichbar mindestens Bus und Fahrrad und Auto sein. Und ich weiß nicht genau, ob ich das Angebot wahrnehmen wollen würde, wenn es im selben Haus stattfindet.“ (T6 Pos. 97).

Diese Aussage macht deutlich, dass die räumliche Integration in der eigenen Betriebsstätte eine erhebliche Hemmschwelle darstellt. Gleichzeitig wird betont, dass

eine gute Erreichbarkeit, etwa mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Fahrrad, entscheidend ist. Ein Beitrag dazu lautet:

„Ja, in einem Umkreis von einem Kilometer, meinerwegen Räumlichkeiten hat, zu denen man hingehen kann. Ja, was einen Kilometer, denke ich, ist in Ordnung, auch zum Laufen.“ (T7 Pos. 64).

Ein anderer ergänzt:

„Weshalb ich dann denke, es wäre schön, wenn es nicht unbedingt innerhalb des Betriebes wäre, aber in so einem, ich sage mal, fünfzehn Minuten Radius oder so von der Betriebsstätte. Vielleicht dreißig Minuten.“ (T11 Pos. 123).

Diese Aussagen zeigen, dass ein gewisser Abstand zur Betriebsstätte gewünscht wird, der gleichzeitig noch gut erreichbar bleibt.

Ein wesentlicher Grund für die Ablehnung von Räumlichkeiten innerhalb der Betriebsstätte ist die Wahrung der Anonymität. Eine der Teilnehmenden beschreibt dies so:

„Auf der Arbeit selbst würde ja die Anonymität gegenüber dem Arbeitgeber wieder schwierig machen.“ (T13 Pos. 139).

Ein weiterer wichtiger Grund ist der Wunsch, die Informationen zur Inanspruchnahme selbst kontrollieren zu können, wie diese Aussage verdeutlicht:

„Also, ich würde gerne die Informationen darüber steuern, und das ist eben, wie gesagt, relativ schwer möglich, wenn das Ganze im gleichen Gebäude stattfindet.“ (T21 Pos. 61).

Dadurch wird deutlich, dass die betroffene Person Wert darauflegt, selbst zu entscheiden, wann und wie sie ihre Nutzung des Angebots kommuniziert, ohne dass diese Information ungewollt sichtbar wird.

3.1.3 Flexibilität der Sprechzeiten

Im Rahmen der Befragung wurden drei verschiedene Optionen für die zeitliche Gestaltung der Teilnahme an der PT-A untersucht: eine Teilnahme ausschließlich während der regulären Arbeitszeit, nur außerhalb der regulären Arbeitszeit oder die Möglichkeit, flexibel sowohl innerhalb als auch außerhalb der Arbeitszeit teilzunehmen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Optionen „außerhalb der Arbeitszeit“ und „sowohl innerhalb als auch außerhalb der Arbeitszeit“ eine ähnlich hohe Zustimmung

fanden. Im Gegensatz dazu wurde die Teilnahme ausschließlich während der Arbeitszeit von deutlich weniger Befragten bevorzugt.

Ein Mitarbeitender betonte die Vorteile einer zeitlichen Gestaltung außerhalb der Arbeitszeit mit der Aussage:

„Ich glaube, dass es außerhalb der Arbeitszeiten, dass das im Allgemeinen zu mehr Akzeptanz führt“ (T4 Pos. 138).

Hierbei bezog er sich insbesondere auf die Akzeptanz durch den Arbeitgeber, da Termine außerhalb der regulären Arbeitszeiten als weniger problematisch wahrgenommen und dadurch leichter umsetzbar seien. Zusätzlich wurde auch die Trennung von beruflichen und persönlichen Verpflichtungen als wichtig erachtet, wie eine andere Aussage zeigt:

„Ich würde das dann voneinander trennen“ (T11 Pos. 131).

Diese Trennung ermöglicht es, die Sprechstunde unabhängig vom Arbeitsalltag wahrzunehmen, was für einige Befragte eine Voraussetzung darstellt.

Ebenso erhielt die flexible Gestaltung der Sprechzeiten Zustimmung. Eine Befragte hob hervor, dass die Möglichkeit, Termine individuell zu planen, entscheidend sei:

„Ich glaube, die Sprechstunde sollte immer möglich sein, damit das jeder so legen kann, wie es passt, weil ja nicht nur das zu den Arbeitszeiten, sondern auch zu den Familienzeiten“ (T1 Pos. 85).

Diese Perspektive verdeutlicht, wie wichtig es ist, berufliche, familiäre und persönliche Verpflichtungen gleichermaßen zu berücksichtigen, um die Zugänglichkeit der Sprechstunde zu maximieren.

3.1.4 Umfang der Sprechstunden

Im Hinblick auf den Umfang der PT-A nannten mehrere Teilnehmende die Option „Erstgespräche und Weitervermittlung“ als besonders vorteilhaft. Diese Option wurde von den Befragten oft als eine Lösung hervorgehoben, die sowohl eine beratende als auch diagnostische Funktion umfasst. Nach den Erstgesprächen, so die Einschätzungen der Teilnehmenden, erfolgt eine gezielte Weitervermittlung zu geeigneten Therapieangeboten, was viele als eine hilfreiche Struktur empfanden.

Die alternative Option, die neben den Erstgesprächen auch die Durchführung von Therapien innerhalb der PT-A vorsieht, fand hingegen weniger Zustimmung.

Besonders die Kombination aus einer initialen Problembesprechung und einer konkreten Weitervermittlung fand großen Zuspruch:

„Ein Auftaktgespräch, in dem man einfach mal darüber schnackt, was eigentlich das Problem ist, bei dem man Hilfe braucht, und gemeinsam überlegt, wie diese Hilfe aussehen könnte und dann, je nachdem, was es ist und welche Beratungskompetenz da vorliegt, halt vielleicht ein, zwei weitere Stunden zur Überbrückung, bis es dann letztendlich in die weitere Betreuung fest gehen kann“ (T1 Pos. 47).

Diese Aussage verdeutlicht, dass das Erstgespräch nicht nur der Klärung des Anliegens dient, sondern auch kurzfristige Unterstützung bieten und den Übergang in eine langfristige Betreuung erleichtern soll.

Ein anderer Teilnehmender sieht in einem Erstgespräch die Mindestanforderung an das Angebot und erklärt:

„Also ich wäre schon happy mit einem Erstgespräch und dann eventuell einer Weitervermittlung. Also das wäre so das Mindeste, was mal angeboten werden sollte. Also da wäre mir schon mit geholfen“ (T6 Pos. 85).

Diese Aussage unterstreicht, dass bereits ein einfaches Angebot, bestehend aus einem Gespräch und einer anschließenden Weiterleitung, hilfreich sein kann. Auch der praktische Nutzen eines solchen Erstgesprächs wird angesprochen. Es wird betont:

„Das wäre sinnvoll, einfach vielleicht auch im ersten Gespräch so ein paar Werkzeuge da zu kriegen oder ein Feedback zu bestimmten Situationen, wie man da reagieren kann“ (T19 Pos. 51).

Dies deutet darauf hin, dass Betroffene nicht nur Unterstützung bei der Klärung ihrer Probleme erwarten, sondern auch konkrete Handlungsmöglichkeiten für den Alltag erhalten möchten.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Qualität der Weitervermittlung. Dazu folgende Äußerung:

„Also ich denke, das hängt natürlich von der Betriebsgröße ab, aber das Angebot sollte auf jeden Fall umfassen, dass man ein Erstgespräch bekommt und weitervermittelt wird. Und zwar auch so, dass man eben nicht sagt: 'Okay, hier haben Sie eine Telefonnummer', sondern dass da auch begleitend drauf geguckt wird, dass die Person dann auch wirklich irgendwo unterkommt“ (T5 Pos. 71).

Dadurch wird hervorgehoben, dass eine bloße Weitergabe von Kontaktdaten nicht als ausreichend angesehen wird. Stattdessen wird erwartet, dass die betroffene Person

während des Übergangs in weiterführende Unterstützung aktiv begleitet wird.

3.1.5 Engagement und Haltung des Arbeitgebers zum Angebot

Die Teilnehmenden betonten, dass das Engagement und die Haltung des Arbeitgebers eine wichtige Rolle bei der erfolgreichen Einführung und Nutzung der PT-A spielen. Dabei wurden verschiedene Faktoren angesprochen, die entweder unterstützend wirken oder die Teilnahme erschweren können.

Diese Aussage verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass der Arbeitgeber Offenheit und Akzeptanz vorlebt:

„Also, wenn man das vielleicht vorlebt auf betrieblicher Ebene, dann ist es auch gar nicht mehr so angsterfüllend oder man muss sich schämen oder sonst irgendwas“ (T26 Pos. 97).

Durch eine Vorbildfunktion des Arbeitgebers könnten Sorgen und Hemmungen zur Teilnahme an einer PT-A bei den Beschäftigten reduziert werden.

Ein weiterer Punkt war die Akzeptanz und der Umgang mit der Nutzung der Sprechstunde seitens der Arbeitgeber*innen:

„Dass eben akzeptiert wird, dass es wahrgenommen wird und darüber vielleicht nicht große Worte gemacht werden. Dass es einfach in Ordnung ist, dass es wahrgenommen wird und man dafür nicht angefeindet wird oder sonst etwas“ (T19 Pos. 79).“

Diese Aussage zeigt, dass von der Unternehmensführung ein neutraler und selbstverständlicher Umgang mit dem Angebot erwartet wird, um die Teilnahme zu erleichtern.

Auch die Information über das Angebot wurde als wesentlicher Punkt genannt:

*„Ich glaube, optimal fände ich es, wenn die Arbeitgeber*innen dazu verpflichtet wären, mich zu informieren, dass es sowas gibt“ (T24 Pos. 95).*

Die Aussage zeigt, wie entscheidend eine klare und aktive Kommunikation durch den Arbeitgeber ist, damit die Beschäftigten über derartige Angebote informiert werden.

Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit betont, das Unternehmen auf allen Ebenen auf das Angebot vorzubereiten und aufzuklären. Dazu äußert sich ein Mitarbeitender:

„Und grundsätzlich muss die ganze Firma oder das ganze Team darauf vorbereitet sein“ (T12 Pos. 116).

Für die Teilnehmenden ist es wichtig, dass die Unternehmensführung und Führungskräfte die Bedeutung der Sprechstunde wahrnehmen:

„Mich würde es hindern, wenn mein Arbeitgeber mich zum Beispiel ständig fragen würde, ja, können Sie den Termin nicht verschieben? Also, es muss dann eben auch dieser Sprechstunde eine gewisse Wichtigkeit zugerechnet werden und es darf nicht hintenangestellt werden“ (T19 Pos. 79).

Die Aussage bringt zum Ausdruck, dass der Arbeitgeber die PT-A anerkennen und ihr eine hohe Priorität einräumen sollte.

3.1.6 Anonymität und Vertraulichkeit

Für die Befragten standen Anonymität und Vertraulichkeit im Mittelpunkt, da sie als Grundvoraussetzungen für die Nutzung der PT-A angesehen werden. Diese Aspekte gelten als grundlegend, um die Akzeptanz des Angebots sicherzustellen. Dabei geht es nicht nur um die Einhaltung der therapeutischen Schweigepflicht, sondern auch darum, die Teilnahme und deren Details vor der Unternehmensführung, dem Kollegium oder anderen Personen im Arbeitsumfeld zu schützen.

Ein Beschäftigter führte dazu aus:

„Also Vertraulichkeit ist ja auch eine Voraussetzung dafür, deswegen ist es mir sehr wichtig“ (T4 Pos. 136).

Diese Aussage zeigt, dass Vertraulichkeit nicht als optional, sondern als zwingend notwendig angesehen wird. Ohne diese Voraussetzung sehen viele eine Teilnahme als kaum möglich an.

Ein anderer Aspekt wurde von einer weiteren Person hervorgehoben:

„Also halt mit der Anonymisierung, die sollte wirklich ganz hoch sein. Sollte die nicht gegeben sein, das wäre schon/ Ja, wäre fatal“ (T9 Pos. 93).

Diese Aussage unterstreicht, wie entscheidend eine vollständige Anonymisierung für die Betroffenen ist.

In einer anderen Aussage wird verdeutlicht, dass Betroffene selbst entscheiden möchten, ob und wann sie ihre Teilnahme bekannt machen:

„Weil meiner Meinung nach muss das halt auch nicht jeder wissen. Wenn man das öffentlich machen möchte, ist das ja voll in Ordnung. Aber ich finde, man sollte diesen, ich sage mal, diesen Schutz der Anonymität haben. Gerade für die, für die der Gang

dahin sowieso schon schwer ist.“ (T11 Pos. 127).

Für viele ist der Weg zur Sprechstunde bereits mit erheblichen Hemmschwellen verbunden, sodass der Schutz der Anonymität eine zusätzliche Erleichterung bietet.

3.1.7 Finanzierung

Die Finanzierung der PT-A wurde als ein weiterer Punkt in den Interviews untersucht. Dabei nannten die Teilnehmenden verschiedene Akteure, die an der Kostenübernahme beteiligt sein könnten. Zu den häufig genannten Trägern zählten die Krankenkassen (sowohl gesetzliche als auch private), Berufsgenossenschaften, der Staat und die Arbeitgeber.

Viele der Befragten sprachen sich für eine Verteilung der Kosten auf mehrere Verantwortliche aus. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt:

„Sowohl der Arbeitgeber als auch die Krankenkasse“ (T18 Pos. 107).

Diese Aussage verdeutlicht die Erwartung, dass sowohl der Arbeitgeber als auch die Krankenkassen gemeinsam Verantwortung übernehmen sollten, um eine gerechte Finanzierung zu ermöglichen.

Ein weiterer Vorschlag betonte die zusätzliche Einbindung staatlicher Mittel:

„Also sozusagen auf jeden Fall teils staatlich und einen Teil auch der Arbeitgeber“ (T5 Pos. 89).

Hier wird deutlich, dass der Staat eine wichtige Rolle in der Finanzierung übernehmen könnte, um das Angebot unabhängig und langfristig abzusichern.

Die Frage einer möglichen Selbstbeteiligung an den Kosten für die psychotherapeutische Sprechstunde wurde von einem deutlichen Anteil der Befragten positiv bewertet. Dabei wiesen die Beschäftigten jedoch darauf hin, dass diese an bestimmte Bedingungen gebunden sein müsse. Besonders wichtig war dabei die Höhe der Kosten und die Sicherstellung eines unkomplizierten und schnellen Zugangs:

„Also vom Leidensdruck und von anderen Möglichkeiten und anderen Angeboten, die sonst so im Raum stehen. Ich tendenziell wäre, je nachdem, was es dann schlussendlich für eine Summe ist, wenn wir aber jetzt mal im Bereich/ Wenn Sie sagen, eher kleinerem Bereich, wenn wir jetzt mal so von fünfzig Euro ausgehen würden, dann wäre das etwas, was ich noch in Anspruch nehmen würde, ich persönlich jetzt“ (T15 Pos. 83).

Hier wird deutlich, dass eine moderate Selbstbeteiligung akzeptiert werden könnte, wenn der Betrag im überschaubaren Rahmen bleibt.

Ein weiterer Beschäftigter führte aus:

„Doch, ich würde es, glaube ich, immer noch machen, weil die Grundversorgung, die man außerhalb erhält, ja einfach so schwierig zu erreichen ist. Da ruft man zehn Therapeuten hat, keiner hat Zeit und setzt Sie, wenn Sie Glück haben, vielleicht mal auf eine Warteliste. Deswegen finde ich, dass man da schon vielleicht schon zehn Euro pro Stunde oder so an Selbstbeteiligung auch vertreten kann“ (T19 Pos. 71).

Diese Aussage verdeutlicht, dass die Bereitschaft zur Selbstbeteiligung steigt, wenn die regulären Versorgungsmöglichkeiten aufgrund langer Wartezeiten oder fehlender Kapazitäten nur schwer zugänglich sind.

Keine Beteiligung an den Kosten wurde häufig, wie hier deutlich wird, als Hürde für die Inanspruchnahme der PT-A wahrgenommen:

„Finde ich schwierig. Also das wäre ja wieder so eine Hemmschwelle“ (T2 Pos. 99).

3.2 Stigmatisierung

3.2.1 Hemmungen bei der Offenlegung

Ein Teilnehmender beschreibt folgendes: *„Viele denken, dass das halt noch verpönt ist und sich vielleicht schämen (...)“ (T1 Pos. 81).* Diese Aussage verdeutlicht, dass die Sorge vor negativen Reaktionen die Bereitschaft, offen über psychische Belastungen zu sprechen, stark einschränkt. Gleichzeitig wird mit den Worten *„(...) obwohl das natürlich ganz und gar nicht so sein sollte“ (T1 Pos. 81)* darauf hingewiesen, dass diese Haltung als ungerecht empfunden wird und ein Umdenken erforderlich ist.

Für viele Beschäftigte stellen die inneren Hürden, offen über ihre Belastungen oder Störungen zu sprechen, eine große Herausforderung dar.

Ein Beschäftigter beschreibt diese Schwierigkeit als:

„Riesen Hemmschwelle“ (T15 Pos. 57),

die nur mit erheblicher Überwindung genommen werden kann.

3.2.2 Abwertende Wahrnehmung durch das berufliche Umfeld

Eine weitere Belastung, die von den Befragten geschildert wird, ist die Sorge vor negativer Wahrnehmung durch die Arbeitgeber und das Kollegium. Dies spiegelt sich in der folgenden Aussage wider:

„Es gibt ja leider auch wirklich viele nicht so nette Kollegen oder empathische Chefs, die dann auch eher das als Schwachstelle sehen und drauf rumhacken“ (T1 Pos. 83).

Eine weitere befragte Person beschreibt, dass die Offenlegung psychischer Belastungen nicht nur mit einer Krankheitszuschreibung verbunden sei, sondern auch eine persönliche Bewertung nach sich ziehe:

„Aber es geht immer mit Wertung einher, wenn das jemand erfährt, der es nicht weiß. Und das hat dann nicht so viel mit Krankheit zu tun, sondern das wird plötzlich zu einer Wertung der Person. Und ich glaube, das ist ein echtes Problem.“ (T17 Pos. 61).

Die Aussagen der Befragten verdeutlichen, dass die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen im beruflichen Umfeld mit negativen Zuschreibungen verbunden sein kann.

3.2.3 Einsamkeit und Isolation

Die Teilnehmenden berichteten von Erfahrungen, in denen psychische Belastungen mit dem Gefühl verbunden sein könnten, auf sich allein gestellt zu sein. Mehrere Befragte nahmen wahr, dass es im beruflichen Umfeld an ausreichender Unterstützung mangeln könnte, was möglicherweise zu Isolation führt.

Eine befragte Person äußerte:

„Und so habe ich halt schon oft das Gefühl, so auf mich gestellt zu sein.“ (T24 Pos. 15).

Eine weitere Person beschreibt, dass Beschäftigte mit psychischen Belastungen auf sich allein gestellt seien und Unterstützung vor allem in ihrer privaten Zeit organisieren müssten:

„Ja klar. Also er ist mit sich allein gelassen. Und muss das halt in seiner privaten Zeit so lösen“ (T29 Pos. 39).

3.2.4 Benachteiligungen im Karriereverlauf

Die Teilnehmenden nahmen an, dass psychische Erkrankungen im beruflichen Kontext

potenziell negative Auswirkungen auf den Karriereverlauf haben könnten. Mehrere Befragte äußerten die Sorge, dass eine Offenlegung psychischer Belastungen zu eingeschränkten Entwicklungsmöglichkeiten oder Benachteiligungen führen könnte.

Einige Personen befürchteten, dass ihre Arbeitsleistung infrage gestellt werden könnte:

„Weil wer psychisch angeschlagen ist, ist nicht mehr ein volles Mitglied oder nicht mehr so leistungsfähig.“ (T9 Pos. 61).

Die Aussage verdeutlicht, dass psychische Störungen häufig mit einer Wahrnehmung geringerer Belastbarkeit einhergehen, was potenziell zu beruflichen Nachteilen führen kann.

Auch der Druck, Stärke und Belastbarkeit zu zeigen, wurde thematisiert. Eine befragte Person äußerte:

„Und ich sage mal, wenn man sich unten eine Schwäche erlaubt, dann ist man relativ schnell weg vom Fenster.“ (T6 Pos. 61).

Hier wird deutlich, dass psychische Erkrankungen im Arbeitskontext als Schwäche interpretiert, werden könnten, wodurch Betroffene Nachteile im Beruf befürchten.

3.2.5 Vermeidung von Unterstützungsangeboten

Die Teilnehmenden äußerten, dass die Sorge vor Stigmatisierung dazu führen könnte, dass Hilfsangebote innerhalb des Unternehmens nicht in Anspruch genommen werden. Einige Befragte berichteten, dass bestimmte Einstellungen und Vorurteile gegenüber psychischer Unterstützung bestehen.

Eine befragte Person schilderte:

„Da gab es halt Leute, die auch sehr obskure Ansichten hatten, allein zum Thema Coaching. Also so sehr, wie soll ich sagen? Sehr konservative Ansichten. Da gab es einen, der fand das schon als Zeichen von Schwäche, wenn jemand ein Coaching-Angebot annimmt, um sich in bestimmten Fragen coachen zu lassen. Das motiviert einen da nicht irgendwie darüber hinaus das Thema zu thematisieren.“ (T4 Pos. 53).

Die Aussagen verdeutlichen, dass Vorbehalte gegenüber Unterstützungsangeboten bestehen und diese möglicherweise aus Sorge vor negativen Reaktionen gemieden werden.

3.3 Förderung mentaler Gesundheit

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden machen die Bedeutung von Präventionsangeboten für die mentale Gesundheit deutlich. Psychische Gesundheit sollte in der Arbeitswelt stärker thematisiert werden.

3.3.1 Fehlende Verfügbarkeit von Unterstützungsstrukturen

Die Antworten der Teilnehmenden machen deutlich, dass Unterstützungsstrukturen für die mentale Gesundheit am Arbeitsplatz dringend notwendig sind und fehlen. Insbesondere wird die fehlende Verfügbarkeit spezifischer Angebote kritisiert, selbst in Situationen akuter Belastung.

Eine Person erläutert:

„Nein, leider gar nicht. Tatsächlich. Es ist auch akut gewesen in letzter Zeit, nicht nur bei mir, aber da gibt es gar kein Angebot, ja.“ (T5 Pos. 15).

Diese Aussage zeigt, dass diese Problematik kein Einzelfall ist, sondern eine systematische Herausforderung darstellt, die viele Beschäftigte betrifft.

So erklärt eine weitere Person:

„Also, da wir ein kleines Team sind, gibt es keine wirklichen Ansprechpartner dafür.“ (T19 Pos. 17).

In kleineren Teams fehlt es oft an spezialisierten Rollen, die sich mit der mentalen Gesundheit der Beschäftigten befassen. Dies führt zu Unsicherheiten und dazu, dass die Verantwortung für diesen Bereich unklar bleibt oder nicht wahrgenommen wird.

Eine andere Person weist darauf hin, dass die Unterstützung häufig allein bei Führungskräften liegt:

„Also bei uns ist das eigentlich hauptsächlich die Teamleitung oder auch die Einrichtungsleitung, sonst ist da jetzt niemand.“ (T2 Pos. 35).

Hier wird deutlich, dass Führungskräfte häufig zusätzliche Aufgaben übernehmen müssen, für die sie möglicherweise nicht ausreichend geschult oder vorbereitet sind.

3.3.2 Bedarf an Sensibilisierungs- und Aufklärungsangeboten

Das Bewusstsein für mentale Gesundheit wird als verbesserungswürdig angesehen.

Eine befragte Person sagt:

„Und ich denke aber, dass, jedenfalls nach meiner Erfahrung, dass vor allem am Arbeitsplatz die Leute noch ein bisschen darauf sensibilisiert, werden sollten.“ (T12 Pos. 65).

Diese Aussage unterstreicht, dass Aufklärung und Sensibilisierung entscheidend sind, um den Umgang mit psychischen Belastungen und Störungen zu verbessern. Der Arbeitsplatz wird dabei als zentraler Ort gesehen, um präventiv tätig zu werden und ein unterstützendes Umfeld zu schaffen.

Ein wichtiger Ansatzpunkt ist laut den Befragten die Einführung von Fortbildungen:

„Ich glaube, allein durch eben das Angebot von so präventiven Maßnahmen, und sei es, keine Ahnung, irgendwelche Vorträge zu Stressreduktion, Achtsamkeit, weiß der Geier was, gibt es ja tausend Möglichkeiten, die mittlerweile ja auch, also was ja Sachen sind, die einem durchaus von Therapeuten empfohlen werden, aber die irgendwie auch so ein bisschen im Mainstream angekommen sind. Aber allein damit würde man, glaube ich, schon ein gewisses Bewusstsein bei vielen zumindest schaffen, dass es wichtig ist, sich damit zu beschäftigen, wie es einem psychisch geht“ (T17 Pos.67).

Diese Aussage verdeutlicht, dass die Vermittlung von Wissen zum Thema psychische Gesundheit hilfreich für den Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen ist.

3.3.3 Wunsch nach frühzeitigen Interventionen

Auch frühzeitige Interventionen werden von den Befragten als besonders wichtig betrachtet. Dazu wird Folgendes geäußert:

„und man sich nicht lange in sich zurückzieht, bis es quasi immer weiter eskaliert.“ (T8 Pos. 33).

Diese Aussage zeigt, dass fehlende Hilfsangebote dazu führen können, dass sich psychische Belastungen verschärfen.

Die Notwendigkeit zeitnaher Unterstützung wird betont:

„Aber dann muss eben halt relativ zeitnah auch dieses Angebot gegeben werden, weil da darf nicht so viel Zeit dazwischenliegen.“ (T23 Pos. 105).

3.3.4 Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten

Die Teilnehmenden äußerten den Wunsch nach psychotherapeutischen Angeboten im Arbeitsumfeld. Es wurde betont, dass bereits die Möglichkeit einer solchen Unterstützung als entlastend empfunden werden könnte. Eine Person beschreibt dies folgendermaßen:

„Also es geht einfach nicht mal, dass etwas passiert sondern dass die Möglichkeit besteht. Das fände ich schon mal unheimlich erleichternd,“ (T26 Pos. 55).

Darüber hinaus wurde die Bedeutung präventiver Maßnahmen hervorgehoben. Eine weitere Person äußerte:

„Aber generell fände ich es total sinnvoll, dass man vielleicht präventiv so eine Sprechstunde wahrnehmen könnte“ (T27 Pos. 45).

Die Aussagen verdeutlichen, dass sowohl der präventive Charakter als auch die Verfügbarkeit psychotherapeutischer Unterstützung im Arbeitsumfeld von den Befragten als relevant angesehen werden.

3.3.5 Erwartungen an die Unternehmensführung

Neben strukturellen Maßnahmen wird auch die Rolle der Führungskräfte hervorgehoben. Eine befragte Person äußerte:

„Ich denke, dass vor allem Führungskräfte das mehr auf dem Schirm haben müssten, auch halt die Belastung einzuschätzen oder wirklich aktiv nachzufragen.“ (T3 Pos. 55).

Es wird deutlich, dass von Führungskräften erwartet wird, nicht nur passiv zu reagieren, sondern aktiv das Gespräch mit den Beschäftigten zu suchen, um deren Belastungen zu erkennen. Die Befragten fordern, dass Führungskräfte stärker auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden eingehen und deren Unterstützungsbedarf frühzeitig erkennen.

Auch die Verantwortung der Unternehmensführung wird betont. Eine Person beschreibt dies folgendermaßen:

„Dass ihm zumindest seine Belegschaft was wert ist und dass er sich darum bemüht, dass die, ich sage mal in Anführungszeichen, gesund werden können oder bleiben.“ (T5 Pos. 55).

Hier wird deutlich, dass Beschäftigte von der Unternehmensführung erwarten, dass diese aktiven Maßnahmen ergreifen, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu fördern.

Dabei wird auch der Zusammenhang zwischen Gesundheit und langfristiger Leistungsfähigkeit angesprochen:

„damit sie ihre Arbeitskraft weiter in dieses Unternehmen stecken können.“ (T6 Pos. 55).

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Flexible Terminoptionen und Sprechzeiten sowie Räumlichkeiten außerhalb der Betriebsstätte sind auf Basis der Interviews wichtige Faktoren für die Akzeptanz der PT-A in KMU. Ein bevorzugtes Vorgehen umfasst Erstgespräche, die durch individuelle Hilfestellungen und eine qualitativ hochwertige Weitervermittlung ergänzt werden. Eine ausgewogene Kostenverteilung zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen und dem Staat wird als praktikabel angesehen, wobei eine moderate Selbstbeteiligung von den Befragten akzeptiert wird. Arbeitgebende können eine Schlüsselrolle dabei spielen, den Zugang zu erleichtern, indem sie offene Kommunikation fördern, neutral gegenüber dem Angebot und den Teilnehmenden bleiben und gezielt die Nutzung des Angebots unterstützen. Anonymität und Vertraulichkeit gelten als unverzichtbar, um Bedenken abzubauen und den Zugang zu erleichtern.

Die Befragten schildern, dass die Stigmatisierung psychischer Störungen in der Arbeitswelt weit verbreitet ist, was häufig zu Scham, Isolation und Zurückhaltung im beruflichen Umfeld führt. Sie äußern die Sorge, dass abwertende Reaktionen seitens der Arbeitgeber und des Kollegiums zu Nachteilen im Karriereverlauf führen könnten. Dies trägt dazu bei, dass Hilfsangebote oft gemieden werden.

Präventive Maßnahmen für die mentale Gesundheit sind selten vorhanden und es wird ein Bedarf an Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen seitens der Arbeitgeber festgestellt. Zudem wird der Wunsch nach schnell zugänglicher psychotherapeutischer Unterstützung geäußert, deren Integration als sinnvoll und notwendig betrachtet wird. Von den Arbeitgebern wird erwartet, dass sie die Prävention psychischer Gesundheit ernst nehmen und aktiv fördern.

4.2 Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren für die Nutzung psychotherapeutischer Beratung am Arbeitsplatz

Terminierungsoptionen und Zugangswege

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass ein niedrigschwelliger Zugang zur Terminvereinbarung eine wichtige Voraussetzung für die tatsächliche Inanspruchnahme der PT-A darstellt. Vor diesem Hintergrund erscheint es erforderlich, verschiedene Zugangsmöglichkeiten bereitzustellen, die sowohl an die spezifischen betrieblichen Rahmenbedingungen als auch an geschlechterspezifische Bedürfnisse angepasst sind. Auffällig ist, dass die Kontaktaufnahme zur PT-A von Beschäftigten aus KMU deutlich häufiger eigeninitiativ erfolgte als in GU (Hander et al., 2024). Dies könnte darauf hinweisen, dass in größeren Betrieben stärker auf interne Vermittlungsstrukturen zurückgegriffen wird, während Beschäftigte in KMU häufiger selbst aktiv werden müssen (Hander et al., 2024).

Die Ergebnisse der friaa-Studie verdeutlichen zudem geschlechterspezifische Unterschiede im Zugang zur PT-A. So nahmen lediglich 38 % der männlichen Beschäftigten das Angebot eigenständig in Anspruch, während 52 % über eine unterstützende Vermittlung Zugang fanden, beispielsweise durch betriebsärztliche oder sozialberatende Stellen (Kohl et al., 2024). Diese Befunde unterstreichen die Bedeutung ergänzender Zugangswege, insbesondere solcher, die auf eine persönliche Ansprache setzen. Um eine möglichst breite Zielgruppe zu erreichen, erscheint es daher sinnvoll, sowohl eigenständige als auch unterstützte Terminvergabeverfahren parallel anzubieten.

Getrennte Räumlichkeiten außerhalb des Arbeitsplatzes

Die räumliche Trennung der PT-A vom Arbeitsplatz wird von den teilnehmenden Personen als vorteilhaft bewertet. Beschäftigte äußern die Sorge, dass die Nutzung des Angebots innerhalb des Firmengebäudes dazu führen könnte, dass Kollegenschaft oder Führungskräfte Rückschlüsse auf den Anlass des Besuchs ziehen. Eine moderate Entfernung zwischen Arbeitsplatz und Beratungsort, verbunden mit guter Erreichbarkeit, wird daher als wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme genannt.

Studien, die die Umsetzung der PT-A in GU untersucht haben, zeigen jedoch, dass ein großer Anteil der Beschäftigten betriebsinterne Räumlichkeiten für die Termine nutzt, auch wenn externe Angebote zur Verfügung stehen (Rothermund et al., 2014; Preiser et al., 2015; Rothermund et al., 2016). Eine mögliche Erklärung dafür ist die geringere Sichtbarkeit auf dem weitläufigen Betriebsgelände, was die Wahrnehmung der Teilnahme reduziert.

Zusätzlich fanden die Gespräche in Räumen des betriebsärztlichen Dienstes statt. Dadurch bleibt von außen unklar, ob eine Person zu einer arbeitsmedizinischen Untersuchung eingeladen wurde oder ein psychotherapeutisches Gespräch wahrnimmt. In KMU sind vergleichbare betriebsärztliche Dienste aufgrund der Unternehmensgröße in der Regel nicht direkt auf dem Betriebsgelände vorhanden.

In anderen Umsetzungen wurden die Gespräche nicht auf dem Betriebsgelände, sondern ausschließlich in externen psychotherapeutischen Einrichtungen geführt. Die räumliche Entfernung zum Arbeitsplatz lag dabei teils bei etwa zwanzig Kilometern (Bode et al., 2016). Auch Preiser et al. (2015) stellten fest, dass die Durchführung im Unternehmen durch ihre niedrighschwellige Zugänglichkeit überzeugt, zugleich aber auf mögliche Bedenken hinsichtlich der Anonymität hingewiesen wird. Externe Angebote bieten hingegen eine höhere Vertraulichkeit, sind jedoch aufgrund räumlicher Distanz und begrenzter Erreichbarkeit weniger leicht zugänglich (Peiser et al., 2015). Es deutet sich an, dass Anonymität und Vertraulichkeit bei der Wahl zwischen externen oder internen Räumlichkeiten eine große Rolle spielen.

Flexibilität der Sprechzeiten

Die zeitliche Ausgestaltung der PT-A wurde von den befragten Personen als bedeutsam eingeschätzt. Eine flexible Terminvergabe erscheint notwendig, um sowohl betriebliche Arbeitszeitmodelle als auch individuelle Lebensumstände berücksichtigen zu können. Schichtsysteme, Phasen erhöhter Arbeitsdichte und familiäre Verpflichtungen erschweren die Wahrnehmung festgelegter Zeiten. Es wurde zudem der Wunsch geäußert, Gespräche außerhalb der regulären Arbeitszeit zu führen, um nach dem Arbeitstag mehr innere Distanz zu gewinnen. Die Möglichkeit, Termine mit dem Alltag in Einklang zu bringen, wurde als entscheidendes Kriterium benannt. Starre Uhrzeiten können den Zugang erschweren, weshalb anpassbare Terminoptionen als sinnvoll gelten. Ergebnisse einer Querschnittstudie in einem größeren Unternehmen bestätigen diese Einschätzungen. Dort bewerteten die Teilnehmenden sowohl Gespräche während der Arbeitszeit als auch außerhalb positiv (Kohl et al., 2023c).

Umfang der Sprechstunden

Bereits im Rahmen eines ersten Gesprächs zur Diagnostik sowie durch eine strukturiert organisierte Weitervermittlung erkennen die befragten Beschäftigten einen wesentlichen Mehrwert des Angebots. Als besonders hilfreich wird die Möglichkeit beschrieben, das

eigene Anliegen im Rahmen einer Erstversorgung offen ansprechen zu können und dabei sowohl eine fachliche Einordnung als auch grundlegende Aufklärung zu erhalten. Es wurde der Wunsch geäußert, zunächst selbst nachvollziehen zu können, ob die eigene Belastung tatsächlich als behandlungsbedürftiges Problem einzuordnen ist. Im Gegensatz dazu bestand ein geringeres Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung direkt im Rahmen der PT-A, welches auch durch Ergebnisse aus einer großbetrieblichen Studie gestützt wird (Kohl et al., 2023c).

Die Bedeutung diagnostisch fundierter Erstkontakte zeigt sich auch in anderen Untersuchungen. Eine Pilotstudie mit einer Kurzzeitintervention außerhalb des Arbeitsplatzes berichtete, dass über 90 % der Teilnehmenden zwischen einer und fünf Sitzungen wahrnahmen, dabei führte diese kurzzeitige Maßnahme zu signifikanten Verbesserungen bei depressiven, Angst- sowie somatischen Beschwerden und empfundenem Stress (Allwang et al., 2020).

Im Rahmen des Salzgitter-Modells zeigte sich, dass bei rund zwei Dritteln der Teilnehmenden eine psychische Störung diagnostiziert wurde und über 90 % nahmen eine empfohlene weiterführende Behandlung in Anspruch (Bode et al., 2016).

Auch in anderen Modellen arbeitsplatznaher psychotherapeutischer Beratung wurde dokumentiert, dass kurze Kontaktformate entlastend wirken können. In einer Längsschnittuntersuchung lag die durchschnittliche Sitzungszahl bei etwa vier. Rund 34 % der Teilnehmenden benötigten keine weiterführende Therapie, während etwa ein Drittel in eine ambulante Behandlung und 20 % in eine stationäre Versorgung übergeleitet wurden (Gantner et al., 2022). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass kurze, niedrighschwellige psychotherapeutische Erstkontakte nicht nur eine diagnostische Funktion erfüllen, sondern auch als erste entlastende Maßnahme wirksam sein können.

Engagement und Haltung des Arbeitgebers zum Angebot

Die Beschäftigten betonen, dass das Angebot zur PT-A glaubwürdiger wahrgenommen wird, wenn die Unternehmensführung es sichtbar und aktiv unterstützt. Wichtig ist, dass das Angebot nicht als formale Maßnahme zur Pflichterfüllung eingeführt wird, sondern dass ein ehrliches Interesse am Thema psychische Gesundheit erkenntlich ist. Diese Beobachtung steht im Einklang mit Kohl et al. (2024), die betonen, dass eine ernsthafte Thematisierung psychischer Gesundheit durch die Unternehmensführung die Akzeptanz der PT-A fördert.

Die Einbindung der PT-A in bestehende Strukturen und Abläufe des Unternehmens kann Auswirkungen auf ihre Nutzung und Akzeptanz haben. Angebote dieser Art funktionieren

nicht isoliert, sondern sollten in eine unterstützende Unternehmenskultur eingebettet sein (McLeod, 2010). Dabei hat auch die Art und Weise der Kommunikation des Angebotes betriebsintern einen wichtigen Einfluss. Die Unternehmensleitung sollte regelmäßig über das Angebot informieren, denn besonders positiv wird es aufgenommen, wenn die Bekanntmachung an alle unabhängig von Funktion oder Hierarchieebene gerichtet ist. Diese umfassende Ansprache stärkt das Vertrauen in das Angebot und fördert die Wahrnehmung zu Offenheit (Kohl et al., 2024).

Ebenso wesentlich ist, dass der Ablauf des Angebotes bzw. Inhalte klar beschrieben ist und die zuständigen Ansprechpersonen sowie Kontaktdaten für die Beschäftigten leicht auffindbar sind. Wird das Angebot durch die Unternehmensleitung unzureichend kommuniziert oder erscheint es organisatorisch vom übrigen Betriebsgeschehen abgekoppelt, kann dies die Inanspruchnahme erschweren. Die Ergebnisse von Kohl et al. (2024) legen nahe, dass betriebsintern bekanntgemachte und niedrigschwellig kommunizierte Angebote von Beschäftigten als hilfreich wahrgenommen werden und potenziell die Bereitschaft zur Nutzung fördern können.

Zusätzlich ist einer systematischen Evaluation des Angebotes seitens der Unternehmensführung relevant, denn nur wenn Unternehmen kontinuierlich überprüfen, wie ihre Unterstützungsangebote genutzt und wahrgenommen werden, können sie langfristig wirksam gestaltet und weiterentwickelt werden (McLeod, 2010).

Anonymität und Vertraulichkeit

Zudem ist erkenntlich aus den Aussagen der Befragten, dass Vertraulichkeit und Anonymität aus Sicht der Befragten eine grundlegende Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Angebots darstellen. Viele Beschäftigte betonten, dass selbst bei bestehendem Unterstützungsbedarf die Nutzung stark davon abhängt, ob der Schutz persönlicher Informationen sichergestellt ist. Bereits in den vorherigen Unterkategorien wird erkennbar, dass Vertraulichkeit sowohl bei der Terminvergabe als auch bei der räumlichen Gestaltung eine bedeutsame Rolle spielt. Die Information über die Teilnahme sollte ausschließlich durch die betroffene Person selbst gesteuert werden können. Dadurch entsteht die Möglichkeit, sich zunächst in einem geschützten Rahmen mit der eigenen Situation auseinanderzusetzen und sich gleichzeitig vor einer potenziellen Stigmatisierung zu schützen.

Diese Beobachtung findet sich auch in der Untersuchung von Kohl et al. (2024) wieder. Dort wird betont, dass ein hoher Anspruch an Verschwiegenheit für viele Beschäftigte eine grundlegende Voraussetzung für die Nutzung der PT-A darstellt.

Auch die Studien von Rothermund et al. (2014, 2019) stützen diese Einschätzung. Bereits geringe Zweifel an der Vertraulichkeit können dazu führen, dass Beschäftigte das Angebot nicht in Anspruch nehmen, selbst wenn ein Unterstützungsbedarf besteht. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass klare Datenschutzregelungen das Vertrauen in das Angebot wesentlich stärken können.

Insgesamt verdeutlichen die Beobachtungen übereinstimmend, dass Anonymität nicht als ergänzende Eigenschaft, sondern als grundsätzliche Voraussetzung für die Wirksamkeit der PT-A zu verstehen ist. Die tatsächliche Nutzung durch die Zielgruppe erscheint insbesondere dann wahrscheinlich, wenn die strukturellen Rahmenbedingungen einen verlässlichen Schutz persönlicher Informationen sicherstellen.

Finanzierung

Die Finanzierung der PT-A durch eine Beteiligung der Beschäftigten wird von vielen Befragten kritisch bewertet, da der Zugang zu diesem Angebot nicht mit finanziellen Hürden verbunden sein sollte.

In bestimmten Fällen, zum Beispiel bei akutem Unterstützungsbedarf oder sehr geringen Eigenanteilen, wird eine anteilige Kostenübernahme durch die Beschäftigten als akzeptabel eingeschätzt. Insgesamt wurde jedoch häufig die Erwartung geäußert, dass die Finanzierung vollständig oder zumindest teilweise durch das Unternehmen erfolgt, vorzugsweise im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zusätzlich wurden auch die Krankenversicherungen und Betriebskrankenkassen als mögliche Mitverantwortliche für die Finanzierung benannt.

Die Studien von Gantner et al. (2022) zeigen, dass die Finanzierung der PT-A häufig durch den Betrieb selbst oder über Betriebskrankenkassen erfolgt. Diese Form der Kostenübernahme wird von den Beteiligten nicht nur als organisatorisch sinnvoll, sondern auch als Ausdruck von Verantwortung und Fürsorge seitens des Unternehmens bewertet.

Hander et al. (2024) heben hervor, dass klare betriebliche Regelungen sowie staatliche Fördermaßnahmen die Umsetzung gesundheitsfördernder Angebote begünstigen. Unternehmen, die solche strukturellen Voraussetzungen geschaffen haben, waren häufiger in der Lage, psychotherapeutische Sprechstunden dauerhaft zu etablieren.

Auch Preiser et al. (2015) machen deutlich, dass die Anzahl der finanzierten Sitzungen stark variiert. In einigen Fällen wird nur ein Gespräch angeboten, in anderen sind mehrere Termine möglich. Eine großzügigere Ausgestaltung schafft Raum für eine vertiefte Auseinandersetzung mit individuellen Anliegen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass eine durch den Arbeitgeber gesicherte Finanzierung nicht nur die Inanspruchnahme erleichtert, sondern auch ein deutliches Signal der Wertschätzung und des Interesses an der psychischen Gesundheit der Mitarbeitenden setzt. Durch die Einbindung von Krankenkassen und öffentlichen Trägern kann die Umsetzung zusätzlich gestärkt und breiter verankert werden.

4.3 Stigmatisierung als Barriere für psychotherapeutische Unterstützung am Arbeitsplatz

Die Beobachtungen dieser Studie weisen darauf hin, dass stigmapbezogene Überlegungen einen relevanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der PT-A ausüben können. In diesem Kontext ist die Wahrung von Anonymität eine essenzielle Voraussetzung, um potenziellen Hemmschwellen wirksam zu begegnen.

Die Beschäftigten zeigen Zurückhaltung darin, psychische Erkrankungen oder Belastungen am Arbeitsplatz offen zu thematisieren. Gründe dafür sind Bedenken vor negativer Bewertung sowie Schamgefühle. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Befunden von Clement et al. (2015), Schibalski et al. (2017), und Moll (2014), die ebenfalls darauf hinweisen, dass Scham, Unsicherheit im Kollegenkreis und ein Mangel an psychischem Gesundheitswissen zu einer "Schweigespirale" führen können. Dies kann zu sozialer Isolation führen, welche die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zusätzlich erschwert. Auch Allwang et al. (2020) benennen Stigmatisierung als einen der Hauptgründe für bestehende Behandlungslücken.

Auch die Sorge, psychische Erkrankungen könnten als Zeichen mangelnder Belastbarkeit oder als persönliche Schwäche interpretiert werden, trägt dazu bei, dass Betroffene auf Unterstützung verzichten. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Rüscher et al. (2014), Schomerus und Angermeyer (2008), sowie Schomerus et al. (2019), die zeigen, dass internalisiertes Stigma und mangelndes Wissen wesentliche Einflussfaktoren auf das Hilfeverhalten darstellen.

Das Ausmaß an Stigmatisierung hängt in hohem Maße davon ab, wie psychische Erkrankungen im beruflichen Umfeld vermittelt werden. Insbesondere wirken praxisnahe Weiterbildungen, die auf Erfahrung und Reflexion setzen. Ein rein kognitives Wissen über psychische Erkrankungen reicht dagegen nicht aus, um stigmatisierende Einstellungen spürbar zu verringern (Staland-Nyman et al., 2024).

Stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen werden nicht immer bewusst geäußert. Implizite Vorurteile können das Verhalten dennoch beeinflussen, etwa

durch emotionale Distanz oder eine geringere Hilfsbereitschaft gegenüber Betroffenen (Monteith & Pettit, 2011). In der Bevölkerung sind psychische Erkrankungen teils mit negativ bewerteten Vorstellungen verbunden, etwa mit der Annahme, eine Depression sei ein Zeichen von Willensschwäche. Solche Haltungen verringern die Bereitschaft zur Offenlegung psychischer Belastungen (Coppens et al., 2013).

Stigmatisierung stellt ein komplexes Problem dar, das durch einzelne Maßnahmen wie PT-A allein nicht behoben werden kann. Um langfristig einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen zu fördern, sind ergänzende strukturelle und kulturelle Ansätze erforderlich. Unterstützungsangebote sollten daher in umfassendere betriebliche Strategien eingebunden sein, die Offenheit ermöglichen, soziale Sicherheit stärken und Stigmabedingte Barrieren entgegenwirken

4.4 Förderung psychischer Gesundheit im Rahmen betrieblicher Strukturen

Auf Grundlage der Untersuchungsergebnisse zeigt sich die Erforderlichkeit, Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit stärker in die betrieblichen Strukturen von KMU zu integrieren. In vielen Fällen fehlen klar definierte Anlaufstellen sowie formalisierte Unterstützungsangebote für Beschäftigte, die unter psychischem Arbeitsstress bzw. erhöhter Beanspruchung leiden. Zugleich zeigt sich ein ausgeprägtes Interesse an niedrigschwelligen und vertraulichen Maßnahmen wie der PT-A, was mit Ergebnissen anderer Studien übereinstimmt (Rothermund et al., 2016; Kohl et al., 2023c).

Beschäftigte äußern den Wunsch nach Unterstützung bereits in frühen Phasen psychischer Belastung, noch bevor Symptome manifestiert oder krankheitswertig werden. PT-A wird dabei nicht nur als Reaktion auf bestehende Beschwerden verstanden, sondern als präventives Instrument, das frühzeitig Reflexions- und Unterstützungsprozesse ermöglicht (Balint et al., 2021; Hander et al., 2024). Die Bedeutung eines solchen frühen Zugangs wird auch dadurch unterstützt, dass viele Erstnutzende in den letzten zwölf Monaten zuvor keinen Kontakt zur psychotherapeutischen Regelversorgung hatten (Rothermund et al., 2016).

Darüber hinaus ist der Informations- und Aufklärungsbedarf innerhalb von Unternehmen hoch. Um diesen Hürden zu begegnen, bedarf es gezielter Sensibilisierungsmaßnahmen, die weniger auf reine Wissensvermittlung, sondern stärker auf ein vertieftes Verständnis und den reflektierten Umgang mit psychischer Belastung abzielen (Staland-Nyman et al., 2024).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Rolle der Unternehmenskultur. Die Haltung der Unternehmensleitung sowie das Verhalten von Führungskräften wirken sich wesentlich

darauf aus, ob psychische Gesundheit als legitimes Thema wahrgenommen wird. Eine offene Kommunikation, wertschätzender Umgang und klare betriebliche Regelungen können dazu beitragen, ein Klima der Akzeptanz zu schaffen (McLeod, 2010; Evans-Lacko et al., 2016; Hander et al., 2024;). In Betrieben, in denen Führungskräfte aktiv unterstützen und psychische Gesundheit thematisieren, berichten Beschäftigte über höhere Arbeitsfähigkeit und geringere Belastungssymptome (Evans-Lacko & Knapp, 2018).

Die betriebliche Etablierung von Angeboten wie PT-A kann zudem als Signal verstanden werden, dass psychische Gesundheit im Unternehmen ernst genommen wird. Untersuchungen zeigen, dass mit der Bekanntmachung entsprechender Angebote eine Entstigmatisierung gefördert werden kann (Stock-Gissendanner et al., 2020). Gleichzeitig wird die Bedeutung struktureller Unterstützung durch Faktoren wie staatliche Förderung und klare Richtlinien hervorgehoben, die die Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen begünstigen (Hander et al., 2024).

Angebote wie die PT-A können dabei eine unterstützende Funktion übernehmen, wenn sie in ein betriebliches Umfeld eingebettet sind, das durch Offenheit, Vertrauen und klare organisatorische Rahmenbedingungen gekennzeichnet ist.

4.5 Stärken und Limitationen

Diese qualitative Untersuchung bietet vertiefte Einblicke in die Sichtweisen und Erwartungen von Personen, die in KMU tätig sind, im Hinblick auf psychotherapeutische Gesprächsangebote am Arbeitsplatz. Die gewonnenen Daten tragen zu einem besseren Verständnis der Bedingungen bei, unter denen solche Angebote angenommen oder abgelehnt werden. Für die Einordnung der Ergebnisse ist es jedoch wichtig, bestimmte methodische und kontextuelle Aspekte zu berücksichtigen.

Ein erster Aspekt betrifft die Anzahl der beteiligten Personen. Mit insgesamt 30 Befragten bewegt sich die Fallzahl im typischen Rahmen qualitativer Studien, die auf inhaltliche Tiefe und thematische Sättigung abzielen, nicht jedoch auf statistische Repräsentativität. Dennoch ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die gesamte Beschäftigtenstruktur in KMU nur eingeschränkt möglich. Die große Vielfalt betrieblicher Strukturen und Branchen konnte durch diese Auswahl nur teilweise abgebildet werden.

Auffällig ist außerdem eine unausgewogene Verteilung innerhalb der Stichprobe in Bezug auf das von den Teilnehmenden angegebene Geschlecht. 28 Personen ordneten sich dem weiblichen Geschlecht zu, zwei dem männlichen. Diese ungleiche Verteilung könnte Einfluss auf die Ergebnisse haben, da Unterschiede in der Wahrnehmung und im Umgang

mit psychischer Belastung sowie in der Bereitschaft zur Nutzung von Unterstützungsangeboten in verschiedenen Geschlechtsgruppen beschrieben wurden. Es erscheint plausibel, dass Menschen mit anderen geschlechtlichen Identitäten oder Erfahrungen andere Sichtweisen auf psychotherapeutische Angebote entwickeln könnten, die in dieser Erhebung nicht umfassend abgebildet wurden. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass zentrale Themen von zahlreichen Personen unabhängig voneinander geäußert wurden. Dies spricht dafür, dass besonders relevante Aspekte trotz der geschlechterbezogenen Unausgewogenheit klar erkennbar waren.

Ein weiterer Faktor, der bei der Interpretation berücksichtigt werden sollte, betrifft den zeitlichen Rahmen der Datenerhebung. Die Interviews wurden, während der COVID-19-Pandemie durchgeführt, einer Phase, die mit außergewöhnlichen Belastungen im privaten und beruflichen Leben einherging. Es ist möglich, dass die Wahrnehmung psychischer Unterstützungsbedarfe durch die pandemiebedingten Umstände verstärkt wurde. Auch wirtschaftliche Unsicherheiten und organisatorische Herausforderungen, die insbesondere kleinere Betriebe betrafen, könnten Einfluss auf die Einschätzungen genommen haben. Ob die Ergebnisse unter stabileren gesellschaftlichen Bedingungen vergleichbar ausfallen würden, bleibt offen.

Trotz dieser Einschränkungen weist die Untersuchung mehrere Stärken auf, die ihre Aussagekraft stützen. Die qualitative Methodik ermöglichte es, individuelle Erfahrungen und Einschätzungen differenziert zu erfassen und ein breites Spektrum an Perspektiven sichtbar zu machen. Die offene Gesprächsführung schuf Raum für Themen, die in standardisierten Erhebungsverfahren möglicherweise nicht zur Sprache gekommen wären. Von besonderem Wert ist zudem die Vielfalt beruflicher Hintergründe der Befragten. Obwohl die Anzahl begrenzt war, wurde bei der Auswahl auf eine breite Streuung in Bezug auf Branchen und Tätigkeitsfelder geachtet. Diese Vielfalt erweitert die inhaltliche Tragweite der Ergebnisse und ermöglicht eine Anwendung auf unterschiedliche betriebliche Kontexte.

Darüber hinaus lässt sich thematische Übereinstimmung zwischen den Interviews feststellen. Mehrere zentrale Aspekte wurden von verschiedenen Personen immer wieder angesprochen. Dazu zählt insbesondere der Wunsch nach Anonymität, die Rolle betrieblicher Kommunikation und der Einfluss von Stigmatisierung. Die Wiederholung solcher Themen über unterschiedliche Kontexte hinweg legt nahe, dass bestimmte strukturelle und persönliche Faktoren grundlegend für die Nutzung psychotherapeutischer Unterstützungsangebote im Arbeitsumfeld sind.

4.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Studienergebnisse verdeutlichen großes Interesse an PT-A sowie vergleichbaren Unterstützungsangeboten in KMU. Sie zeigen, dass insbesondere niedrigschwellige und vertrauensbasierte Angebote einen Zugang zu psychischer Unterstützung schaffen, der bestehende Versorgungslücken im betrieblichen Kontext überbrücken kann. Eine flexible zeitliche Gestaltung von Sprechstunden und Terminvereinbarungen kann zudem die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Beschäftigte das Angebot in Anspruch nehmen. Es zeigt sich, dass die Mitarbeitende sich vorstellen können, dieses bereits in einem frühen Stadium psychischer Beanspruchung zu nutzen. Das deutet auf eine hohe Akzeptanz präventiver Ansätze hin. Die PT-A wird im Betrieb als erste Anlaufstelle bei psychischen Belastungen und Erkrankungen wahrgenommen. Darüber hinaus kann sie eine unterstützende Funktion in der Übergangszeit bis zur Anbindung an weiterführende therapeutische Angebote übernehmen.

Aufklärung kann einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung für mentale Gesundheit leisten und sollte alle Hierarchieebenen innerhalb eines Unternehmens einbeziehen. Wichtig ist ein offener Austausch, der fest im Arbeitsalltag und in der Kultur der gesamten Organisation verankert ist. Insbesondere das Verhalten von Führungspersonen kann Einfluss darauf haben, wie im Betrieb mit psychischer Gesundheit umgegangen wird. Eine offene und nicht-stigmatisierende Kommunikation kann dazu beitragen, bestehende Unsicherheiten abzubauen und das Thema psychische Gesundheit sowohl in formellen als auch in informellen betrieblichen Situationen zu enttabuisieren

Ein fundiertes Wissen über psychische Erkrankungen in der Belegschaft kann dazu beitragen, ein realistisches Bild der Leistungsfähigkeit betroffener Personen zu fördern. Dies unterstützt eine differenzierte Wahrnehmung und hilft, pauschalisierende Bewertungen sowie unbegründete Annahmen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zu vermeiden. Eine differenzierte Wahrnehmung unterstützt somit nicht nur den angemessenen Umgang mit psychischen Belastungen, sondern auch ein konstruktives und wertschätzendes Miteinander im Arbeitsumfeld.

Mentale Gesundheit sollte im betrieblichen Alltag einen selbstverständlichen Platz einnehmen. Dies setzt voraus, dass psychische Stabilität und Wohlbefinden als fester Bestandteil betrieblicher Fürsorge verstanden und nicht als individuelles Privatproblem marginalisiert werden. Eine solche Haltung zeigt sich in der konsequenten Einbindung psychischer Gesundheit in betriebliche Gesundheitsstrategien, interne Kommunikation und Personalentwicklung.

Die Studie liefert einen relevanten Beitrag zur Analyse von Umsetzungsvoraussetzungen und Hindernissen im Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz. Darüber hinaus kann sie als Grundlage für zukünftige Forschung dienen. Dabei sollte insbesondere vertieft betrachtet werden, wie sich psychotherapeutische Angebote dauerhaft in betriebliche Strukturen integrieren lassen, ohne das Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitenden und Arbeitgebenden zu beeinträchtigen. Auch die Entwicklung geeigneter Kommunikationsstrategien zur Reduktion von Stigmatisierung im Arbeitskontext stellt ein relevantes Handlungsfeld dar. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, Finanzierungsmodelle unter Einbezug von Unternehmen, Krankenkassen und öffentlichen Trägern weiterzuentwickeln und hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung zu prüfen. Ergänzend könnten quantitative Studien die hier formulierten Annahmen anhand größerer, divers zusammengesetzter Stichproben validieren und dabei Unterschiede zwischen Arbeitsfeldern, Organisationsformen und Geschlechtervielfalt berücksichtigen.

5 Anhang

Anhang 1

Interviewleitfaden Bedarfsanalyse

[Semistrukturiertes Interview]

Vorstellung/Einleitung

- Für Gesprächsbereitschaft danken
- Vorstellung des Interviewers
- In dem Gespräch wird es heute um die Gestaltungsmöglichkeiten einer psychotherapeutischen Sprechstunde in Ihrem Betrieb/Unternehmen gehen

Vorgehen:

- Das Interview dauert ca. 30 - 45 Minuten
- Ich habe ein paar Fragen mitgebracht, die ich nach und nach an Sie stellen werde. Im Vordergrund stehen Ihre persönlichen und beruflichen Erfahrungen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen in Ihrem Betrieb und den Möglichkeiten, die sich daraus ableiten, um eine psychotherapeutische Sprechstunde in Ihrem Betrieb zu gestalten. Diese psychotherapeutische Sprechstunde würde allen Beschäftigten zur Verfügung stehen, die von einer psychischen Belastung oder Erkrankung betroffen sind. Sie soll einen niedrighschwelligen Zugang ermöglichen und unabhängig von der Regelversorgung der Sozialversicherung zur Verfügung stehen.
- Ein wichtiger Hinweis noch vorweg: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, uns interessiert vor allem Ihre ganz persönliche Sichtweise.
- Ich werde die Uhrzeit im Blick behalten, damit wir ungefähr in dem zeitlichen Rahmen bleiben

Vertraulichkeit, Datenschutz und Einwilligungserklärung

- Um die Inhalte des Interviews nachträglich inhaltsgetreu analysieren zu können, werden wir das Gespräch mit einem Diktiergerät aufnehmen. Sind Sie damit einverstanden?
- Bei der Verschriftlichung werden die Daten anonymisiert, d.h. alle personenbezogenen Angaben, z.B. Namen, werden unkenntlich gemacht. Die Tonbahnaufnahmen Ihres Interviews werden nach der Verschriftlichung umgehend gelöscht.
- Sie haben im Vorfeld bereits unseren Fragebogen zum Thema der psychotherapeutischen Sprechstunde ausgefüllt. Vielen Dank schon einmal an dieser Stelle dafür.

- Sie haben am Ende des Fragebogens bereits die Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung für dieses telefonische Interview erhalten. Haben Sie dazu noch Fragen?
- Haben Sie noch weitere Fragen, bevor wir beginnen?

Dann beginne ich nun mit der Aufnahme [*Aufnahme starten*]

Beschreibung des Betriebs

1. Würden Sie zu Beginn einmal kurz den Betrieb beschreiben, in dem Sie arbeiten?
2. Wie würden Sie Ihre Funktion und Ihre Position in Ihrem Betrieb beschreiben?
 - a. Sehen Sie sich eher als Arbeitgeber*in oder Arbeitnehmer*in?
3. Welche Maßnahmen wurden in Ihrem Betrieb im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement bereits umgesetzt? (z.B. Gesundheitsschecks, Verantwortliche Personen für BGM etc.)
 - a. Wenn Sie an die Gestaltung und Durchführung von Maßnahmen zur psychischen Gesundheit denken. Wie würden Sie Ihre Position einschätzen? Wären Sie in der Gestaltung und Durchführung solcher Maßnahmen aktiv einbezogen oder sehen Sie diese Position bei anderen Kollegen/Vorgesetzten/Abteilungen?

Einstiegsfragen

4. Einstiegsfragen zum Thema psychische Erkrankung im Betrieb:
 - a. Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit psychischen Erkrankungen (z.B. Burnout) in Ihrem Betrieb gemacht?
 - a. Waren Sie evtl. selbst schon einmal betroffen oder Menschen aus Ihrer nahen Umgebung oder Bekannte?
 - b. Haben Sie mitbekommen, dass Personen aus Ihrem Betrieb psychisch betroffen waren (z.B. Arbeitskollegen*innen/Vorgesetzte*r)?
 - c. Wurden psychische Erkrankungen in Ihrem Betrieb schon einmal thematisiert, z.B. in Besprechungen, Schulungen oder Ähnlichem?
 - d. Gab oder gibt es (spezifische) Bemühungen im Betrieb, die psychische Gesundheit der Beschäftigten zu schützen? Gab es schon einmal einen "BEM" Fall (die Rückkehr einer länger psychisch erkrankten Person an den Arbeitsplatz)?
 - b. Wer könnte die erste Anlaufstelle für psychische Probleme in Ihrem Betrieb sein?
 - c. Inwiefern würden Sie sich in irgendeiner Form eine Hilfestellung durch Ihren Arbeitgeber zur Unterstützung der psychischen Gesundheit wünschen?

Hauptteil

5. Schlüsselfragen zur Gestaltung einer psychotherapeutischen Sprechstunde im Betrieb:
- Stellen Sie sich vor, es gäbe ein psychotherapeutisches Angebot in Ihrem Betrieb. Ich werde Ihnen nachfolgend einige Fragen dazu stellen, wie eine solche psychotherapeutische Sprechstunde in Ihrem Betrieb gestaltet sein könnte.
- a. In welcher Form könnte diese Sprechstunde in Ihrem Betrieb gestaltet werden?
 - a. Denken Sie zum Beispiel an die Art der Sprechstunde (z.B. Diagnostik vs. Behandlung)
 - b. Wie müssten die Rahmenbedingungen gegeben sein, dass Sie ein solches Angebot auch wahrnehmen würden?
 - c. Wie könnte der Zugang erfolgen, um z.B. die Hemmschwelle niedrig zu gestalten?
 - d. Welche räumlichen Gestaltungsmöglichkeiten kommen Ihnen in den Sinn? (z.B. Räumlichkeiten vor Ort, extern (z.B. Praxis, Betreiber Betriebliches Gesundheitsmanagement))
 - e. Wie könnte die Sprechstunde zeitlich gestaltet werden (innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit)?
 - f. Wie könnte die Anonymität gewährleistet werden?
 - g. Würden Sie Arbeitskollegen/Vorgesetzte aufklären und falls ja, wie würden Sie vorgehen?
 - h. Wie müsste die Sprechstunde finanziert werden, damit diese in Ihrem Betrieb eingeführt werden könnte (z.B. selbst finanziert, Übernahme durch Sozialversicherung)
 - b. Sehen Sie irgendwelche Schwierigkeiten darin, eine psychotherapeutische Sprechstunde für Ihre Beschäftigten / durch Ihren Arbeitgeber umzusetzen? Wenn ja, erläutern Sie diese bitte.
 - a. Welche Möglichkeiten sehen Sie, diese Schwierigkeiten zu beseitigen?
 - c. Denken Sie, eine solche Sprechstunde sei eine sinnvolle Einrichtung für Ihren Betrieb?
 - d. Inwiefern könnten Sie sich vorstellen, dass eine solche Sprechstunde von den Beschäftigten in Ihrem Betrieb in Anspruch genommen würde?
 - e. Nutzer und Gestalter: Könnten Sie sich vorstellen, eine solche Sprechstunde selbst in Anspruch zu nehmen, wenn Sie psychische Belastungen verspüren?
 - f. Inwiefern könnte Ihr Betrieb mit anderen KKV oder anderen Partnern (z.B. Krankenkassen) zusammenarbeiten, damit eine psychotherapeutische Sprechstunde angeboten werden könnte. Welche Kooperation können Sie sich vorstellen und wie würden diese ablaufen?
 - g. Stellen Sie sich vor, Sie sind als Arbeitnehmer*in ist aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig. Jetzt möchten Sie wieder in den Arbeitsalltag zurückkehren. Was müsste gegeben sein, damit Sie sich gut beraten fühlen, wieder in das Arbeitsleben einzutreten?
 - a. Wie würden Sie die Kommunikation mit dem Arbeitgeber gestalten?
 - b. Wie würden Sie die Kommunikation mit Arbeitskollegen gestalten?

- c. Wie würden Sie das Thema der Anpassung von Arbeitsbedingungen angehen?
- h. Nachdem wir nun tiefergehend über die Gestaltung einer psychotherapeutischen Sprechstunde gesprochen haben. Welche Alternativen zu dieser Sprechstunde sehen Sie, Angebote zur Bewältigung von psychischen Problemen anzubieten?
 - a. Wie würden Sie diese umsetzen?

Abschluss

- 6. Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?
- 7. Zum Abschluss möchte ich noch ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Arbeit stellen.
 - a. Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf?
 - b. Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits in Ihrem Betrieb?
- 8. In Ihrem Fragebogen wurde Ihnen ein Pseudonym zugewiesen. Dürften wir Ihr Pseudonym verwenden, um im Anschluss an das Interview die Daten Ihres Fragebogens mit den Ergebnissen aus diesem Interview zu verbinden?
 - a. Wenn Ja, wie lautet Ihr Pseudonym: _____

Anhang 2

Kodierleitfaden zur Hauptkategorie „Stigmatisierung“

Unterkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele
Hemmungen bei der Offenlegung	Mitarbeitende zögern und haben Hemmungen, über ihre psychischen Erkrankungen und Belastungen zu sprechen oder diese offen zu legen.	Eine Person ausdrückt, dass sie Angst, Unsicherheit oder Zurückhaltung empfindet, wenn es darum geht, ihre psychische Erkrankung im Arbeitsumfeld zu thematisieren. Eine Aussage darauf hinweist, dass Mitarbeitende ihre psychischen Belastungen bewusst verbergen, um negative Konsequenzen zu vermeiden.	„Aber schlussendlich gibt es immer noch eine riesen Hemmschwelle über das Thema wirklich offen zu sprechen und auch am Arbeitsplatz gerade darüber offen zu sprechen.“ (He2, Pos. 57)“
Abwertende Wahrnehmung durch das berufliche Umfeld	Im Mittelpunkt steht, welche Auswirkungen es hat oder haben könnte, wenn Mitarbeiter ihre psychischen Belastungen und Erkrankungen offen ansprechen, dabei jedoch negative Reaktionen oder Sanktionen durch Kollegen und Vorgesetzte fürchten oder möglicherweise auch bereits erlebt haben.	Eine Person äußert, dass sie Angst vor negativen Konsequenzen hat, wenn sie über psychische Belastungen oder Erkrankungen spricht. Kolleg*innen oder Vorgesetzte eine Person aufgrund psychischer Belastungen anders behandeln, ausgrenzen oder abwerten.	„Man hat dann so einen Stempel, von wegen ja, mit der stimmt etwas nicht, aber gehalten wird da nicht.“ (Ia6, Pos. 83)“
Einsamkeit und Isolation	Dabei geht es darum, dass die Mitarbeiter lieber über ihre psychischen Probleme schweigen und sich zurückziehen, wodurch sie sich isoliert und allein fühlen.	Ein Rückzug aus dem sozialen oder beruflichen Umfeld erfolgt, z. B. weniger Austausch mit Kolleg*innen oder das Vermeiden gemeinsamer Aktivitäten. Gefühle der Einsamkeit oder Ausgrenzung aufgrund des eigenen Schweigens oder mangelnder Unterstützung durch das Umfeld geschildert werden. Eine betroffene Person angibt, dass sie sich nicht verstanden oder nicht akzeptiert fühlt und deshalb auf Distanz geht.	„Weil sonst fühlt man sich ja schnell alleine damit oder denkt: „Ja, ich mache meine Arbeit, bin ich gemacht für die Arbeit?“, oder sonst was, weil man irgendwie an Grenzen kommt. Und wenn das halt normalisiert wird, dass diese Krisensituationen sein können, dann würde das mit Sicherheit helfen (Ib4, Pos. 81)“
Benachteiligungen im Karriereverlauf	Es geht um die Furcht und Sorge, dass Betroffene nach der Bekanntgabe ihrer psychischen Erkrankung oder Belastung Nachteile in ihrer Karriere erfahren, diskriminiert werden oder ein Leistungsabfall von ihnen erwartet wird.	Eine Person Bedenken äußert, dass die Offenlegung einer psychischen Erkrankung oder Belastung negative Auswirkungen auf ihre berufliche Entwicklung haben könnte. Eine Person angibt, dass sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung keine Beförderung oder Entwicklungsmöglichkeiten erhält. Es um die Angst vor Diskriminierung oder negativen Konsequenzen geht, z. B. Kündigung, geringere Wertschätzung oder veränderte Aufgabenverteilung. Aussagen darauf hindeuten, dass andere im Arbeitsumfeld die Person nach Bekanntwerden ihrer Erkrankung als weniger leistungsfähig oder belastbar wahrnehmen.	„Also es ist ja bis heute noch immer so ein Brandmal, wenn man irgendwie eine psychische Abweichung der Norm hat, dass man halt dann nicht mehr arbeitsfähig oder sonst was wäre.“ (Ie4, Pos. 61)“
Vermeidung von Unterstützungsangeboten	Die Beschäftigten nehmen aus Sorge vor Stigmatisierung Hilfsangebote nicht in Anspruch oder zögern.	Beschäftigte ausdrücklich angeben, dass sie keine Unterstützung (z. B. psychologische Beratung, Coaching, betriebliche Gesundheitsförderung) in Anspruch nehmen, weil sie negative Konsequenzen oder eine abwertende Bewertung durch Vorgesetzte oder Kolleg*innen befürchten. Aussagen darauf hindeuten, dass Hilfsangebote aufgrund der Angst vor Ausgrenzung oder negativen Folgen (z. B. Karriereeinbußen, Gerüchte, Misstrauen) vermieden werden. Beschäftigte erwähnen, dass sie zögern, Hilfsangebote zu nutzen, weil sie befürchten, als schwach, unzuverlässig oder nicht belastbar wahrgenommen zu werden.	„Wenn sich mehrere kleinere Unternehmen zusammen schließen, einen externen dafür beauftragen oder gemeinsam so eine Stelle schaffen. Wäre trotzdem es in Ordnung das in Anspruch zu nehmen? Oder würde es für Sie ein Unterschied machen? (Ib3 mp3, Pos. 114)“ „Dass es einfach noch andere Menschen, jetzt abgesehen auch von meinem Unternehmen, noch mitkriegen, in Führungszeichen, dass ich zu einer Psychotherapie oder zu einem Gespräch gehe. Also in meinem Unternehmen ist es ja wahrscheinlich schon, in Führungszeichen, schlimm genug. Aber wenn dann quasi noch andere Parteien oder fremde Menschen oder ja, das würde noch so ein Punkt sein (Ib3, Pos. 119)“

Kodierleitfaden zur Hauptkategorie „Förderung mentaler Gesundheit“

1.1

Unterkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele
<i>Fehlende Verfügbarkeit von Unterstützungsstrukturen</i>	Beim aktuellen Arbeitgeber gibt es keine Strukturen oder Unterstützungsangebote für Mitarbeiter mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen. Es fehlen Hilfsangeboten oder Anlaufstellen, die den Betroffenen Unterstützung bieten könnten.	Im Unternehmen gibt es keine psychologischen Beratungsstellen oder Ansprechpersonen für psychische Gesundheit. Es fehlen betriebliche Gesundheitsmaßnahmen, die auf psychische Belastungen eingehen (z. B. Stressbewältigungstrainings, Coachings oder therapeutische Unterstützung). Mitarbeitende äußern, dass sie sich mit psychischen Belastungen allein gelassen fühlen, weil es keine Hilfsangebote gibt. Betroffene berichten, dass sie sich Unterstützung gewünscht hätten, diese aber nicht vorhanden oder nicht zugänglich war.	„Ich habe mich irgendwann mal darüber informiert im Internet, weil ich es gebraucht hätte. Da war dann aber nichts bei dem damaligen Arbeitgeber und mein jetziger Arbeitgeber ist zwar ein Therapiezentrum, aber ja, genau. Ja, für alle anderen, nur nicht für die eigene Belegschaft (bbb5, Pos. 31)“
<i>Bedarf an Sensibilisierungs- und Aufklärungsangeboten</i>	Es sollte mehr Maßnahmen und Angebote seitens des Arbeitgebers geben, die über psychische Belastungen und Erkrankungen informieren, sensibilisieren und aufklären. Dadurch könnten psychische Belastungen und Erkrankungen stärker ins Bewusstsein gerückt und häufiger thematisiert werden.	Die Notwendigkeit von Schulungen, Workshops oder Informationskampagnen zu psychischer Gesundheit im Arbeitskontext angesprochen wird. Gefordert wird, dass Arbeitgeber aktiv Sensibilisierungsmaßnahmen anbieten sollten. Fehlendes Wissen oder mangelnde Aufklärung über psychische Belastungen als Problem im Unternehmen beschrieben wird. Konkrete Vorschläge zur Verbesserung der psychischen Gesundheitsprävention am Arbeitsplatz gemacht werden.	„Genau, also wir haben ja zum Beispiel immer einmal jeden Monat Informationsabende bezüglich verschiedener Entwicklung unserer Agentur und in so einem Raum würde sich das halt natürlich anbieten, ebenfalls über Belastungsstörungen am Arbeitsplatz oder andere Sachen zu sprechen. Und dann würde man das schaffen und. (tmh9, Pos. 60)“
<i>Wunsch nach frühzeitigen Interventionen</i>	Angebote wie psychotherapeutische Sprechstunden ermöglichen eine frühzeitige Anbindung. Bewältigung von Beschwerden und bieten Unterstützung für Mitarbeitende. Dies kann die zeitnahe Einleitung geeigneter Interventionen fördern und längere Leidensphasen verhindern.	Eine Person äußert, dass frühzeitige Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. psychotherapeutische Sprechstunden, betriebliche Beratungsangebote) hilfreich wären. Der Wunsch nach niedrigschwelligen Angeboten zur psychischen Gesundheitsförderung geäußert wird. Aussagen darauf hinweisen, dass eine schnellere Anbindung an Unterstützungsmöglichkeiten notwendig oder wünschenswert wäre. Eine Person beschreibt, dass eine frühzeitige Intervention geholfen hätte.	„Die Therapie hat natürlich insofern Charme, als die niedergelassenen, freien Therapeuten ja ewig lange Wartezeiten haben, und wenn ich gerade meine aktuelle Situation anschau, sagen wir mal, allerbeste Grundvoraussetzungen für Ihre Studie, und da, wenn ich da jetzt, da gruselt es mir vor den Wartezeiten. Und wenn da so ein hausinternes Angebot da wäre auch mit therapeutischen Möglichkeiten und da die Wartezeiten kürzer wären, das hätte natürlich schon was. (lkr2, Pos. 61)“
<i>Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten</i>	Es wird festgestellt, dass der Bedarf an einer psychotherapeutischen Beratungsstelle oder Sprechstunde vorhanden ist. Ein solches Angebot wird als sinnvoll angesehen.	Eine Person äußert, dass psychotherapeutische Unterstützung hilfreich oder notwendig wäre. Ein bestehender Mangel an psychotherapeutischen Angeboten angesprochen wird. Ein Wunsch nach mehr Beratungs- oder Therapieangeboten geäußert wird.	„Ja, das wäre schön, wenn es sowas gäbe. Also, das ist jetzt in der Situation, in der wir da in dem Betrieb sind jetzt, würde ich sagen, jetzt nicht unbedingt dramatisch wichtig, weil das im Großen und Ganzen auch alles gut miteinander harmoniert, aber grundsätzlich so ein Angebot zu haben, fände ich überhaupt nicht verkehrt. Sodass, das halt irgendwo auch, dass man merkt, auch das hat man auf dem Schlimm. (bhs4, Pos. 112)“
<i>Erwartungen an die Unternehmensführung</i>	Es geht um die Erwartungen an den Arbeitgeber, die sich darauf beziehen, dass dieser Angebote im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Belastungen unterstützt und positiv bewertet. Im Kern geht es also um die Erwartungen an den Arbeitgeber hinsichtlich dieses Themas	Beschäftigte ausdrücken, dass sie von der Unternehmensführung konkrete Maßnahmen zur Unterstützung psychischer Gesundheit erwarten. Erwartungen geäußert werden, dass psychische Erkrankungen entstigmatisiert und offen im Unternehmen thematisiert werden sollten. Beschäftigte eine wertschätzende Haltung der Unternehmensführung gegenüber psychischen Belastungen fordern. Wünsche nach Veränderungen in der Unternehmenskultur oder im Führungsverhalten formuliert werden, um die psychische Gesundheit besser zu berücksichtigen.	„Ich denke, dass vor allem Führungskräfte das mehr auf dem Schlimm haben müssten, auch halt die Belastung einzuschätzen oder wirklich aktiv nachzufragen. Nicht nur halt das hinzunehmen, dass die Leute das bestimmt schon machen, weil dafür sind sie da und werden bezahlt, sondern, dass man halt auch aktiv ins Gespräch geht und ja, wirklich das Gespräch sucht. (bgt1, Pos. 65)“

Kodierleitfaden zur Hauptkategorie „Rahmenbedingungen der PT-A“

Unterkategorie	Definition	Kodierregeln	Ankerbeispiele
Terminierungsoptionen 1. passiv (E-Mail, Kontaktformular, Onlinekalender) 2. aktiv (Telefon, persönlich vor Ort) 3. keine Präferenzen	Die Kategorie umfasst alle von Mitarbeitenden geäußerten Vorstellungen, Wünsche oder Erwartungen zu den zeitlichen Rahmenbedingungen der Terminierung. 1. Passive Terminierung bedeutet, dass bei der Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung für das Erstgespräch kein direkter persönlicher Kontakt bevorzugt wird. 2. Die Terminierung, sowohl aktiv als auch direkt, also der persönliche Kontakt bei der Kontaktaufnahme und der Planung des Erstgesprächs ist möglich. 3. Sowohl eine aktive als auch eine passive Terminierung zum Erstgespräch ist vorstellbar	Aussagen zur Erreichbarkeit und Nutzerfreundlichkeit der Terminierungsoptionen gemacht werden. Mitarbeitende angeben, auf welchem Weg sie ihre Termine vereinbaren oder ändern möchten. 1. Eine Person angibt, dass sie für die Terminvereinbarung E-Mail, ein Onlineformular, Kalenderdienste oder ein Buchungssystem nutzt. Der Wunsch nach einer kontaktlosen Terminvereinbarung ohne direkte Kommunikation geäußert wird. 2. Eine Person eigenständig einen Termin vereinbart, sei es telefonisch oder durch persönliches Erscheinen. Die Terminvereinbarung direkt und ohne zwischengeschaltete Instanzen erfolgt. Die Kontaktaufnahme durch eine persönliche Interaktion geprägt ist, z. B. durch ein Telefongespräch oder ein Gespräch vor Ort. 3. Eine ausdrückliche Aussage gemacht wird, dass beide Varianten (aktive oder passive Terminierung) als möglich oder akzeptabel angesehen werden.	1. „Oder per irgendein Kontaktformular. (bhs4., Pos. 120)“ 2. „vermute telefonisch. Direkt (msa8, Pos. 80)“ 3. Ob das jetzt ein telefonischer Termin ist, ob man den telefonisch vereinbart, oder ob man den online vereinbaren kann, das wäre mir dann im Prinzip egal. Hauptsache das Angebot wird gemacht und ich weiß, ich kann es jederzeit wahrnehmen oder jederzeit auf den Therapeuten zugehen (lar6., Pos. 53)
Geherrnte Räumlichkeiten außerhalb des Arbeitsplatzes	Es besteht der Wunsch, die Sprechstunden außerhalb der Betriebsstätte anzubieten, um Anonymität zu gewährleisten.	Der Wunsch nach einem externen Gesprächsraum außerhalb des Unternehmens geäußert wird. Die Notwendigkeit betont wird, Sprechstunden an einem neutralen Ort anzubieten, um eine diskrete Beratung zu ermöglichen. Die Befürchtung besteht, dass Gespräche innerhalb des Betriebs zu sozialem Druck oder Stigmatisierung führen könnten. Vorschläge gemacht werden, externe Beratungsstellen oder neutrale Orte für Gespräche zu nutzen.	„Ich glaube ich würde da ein bisschen Raum dazwischen schaffen. Auch einfach, weil so ein Termin aufwühlend ist, einmal zum einen, dass man vorher und nachher Zeit für sich hat, sich wieder zu sammeln, zu sagen, okay, ich gehe jetzt gleich zur Arbeit, alles gut. Und ich meine, wenn wir jetzt mal auf mein Büro, unsere Niederlassung hat extrem dünne Wände, man versteht jedes Wort, was im Nebenraum gesprochen wird und Glasüren. Das haben viele Büros, viele Büros sind Großräume, also wird das definitiv an einer externen Stelle eher (hai4., Pos. 100)“
Flexibilität der Sprechzeiten 1. innerhalb der regulären Arbeitszeit 2. außerhalb der regulären Arbeitszeit 3. keine Präferenz	Zeitpunkt der Sprechstunde in Bezug auf die Arbeitszeiten 1. Die Teilnahme an der PT-A wird innerhalb der Arbeitszeit gewünscht. 2. Die Teilnahme an der PT-A ist außerhalb der Arbeitszeit erwünscht. 3. Die Teilnahme an der PT-A ist sowohl außerhalb als auch innerhalb der Arbeitszeit vorstellbar.	Mitarbeitende angeben, zu welchen Zeiten sie eine psychotherapeutische Sprechstunde wahrnehmen möchten. Aussagen zur Vereinbarkeit der Sprechzeiten mit der Arbeitszeit getroffen werden. Wünsche oder Präferenzen zur zeitlichen Flexibilität der Sprechstunde. 1. Beschäftigte ausdrücklich äußern, dass sie die psychotherapeutische Sprechstunde während der regulären Arbeitszeit in Anspruch nehmen möchten. Argumente genannt werden, die den Wunsch nach einer Einbindung der Sprechstunde in die Arbeitszeit begründen (z. B. fehlende Zeit außerhalb der Arbeitszeit bessere Erreichbarkeit, Stressreduktion). Vorschläge gemacht werden, wie die Sprechstunde in den Arbeitsalltag integriert werden könnte, ohne Nachteile für die Beschäftigten zu verursachen. 2. Aussagen darauf hinweisen, dass psychotherapeutische Sprechstunden nur außerhalb der regulären Arbeitszeit wahrgenommen werden sollen oder können. 3. Die befragte Person keine klare Präferenz äußert, ob die Sprechstunde während oder außerhalb der Arbeitszeit stattfinden sollte. Aussagen getroffen werden, die beide Optionen als möglich oder gleichwertig betrachten.	1. „Aber ich fände das auch, also ich als Arbeitnehmer fände es wichtig, dass auch mein Arbeitgeber dafür Verständnis hat, dass ich auch während der Arbeitszeit da hingehen kann. (hfe2., Pos. 75)“ 2. „Also ich fände es ganz nett, wenn man halt es direkt nach der Arbeit so gesehen daran anbinden könnte, weil man dann halt so gesehen einen ganzen Tagesabschluss da machen kann. (er4., Pos. 36)“ 3. „während der Arbeitszeit. Oder beides anzubieten. Also das ist wirklich machbar (msa8., Pos. 93)“

<i>Umfang der Sprechstunden</i> 1. <i>Erstgespräche und Weitervermittlung</i> 2. <i>Erstgespräche und anschließende Betreuung</i>	Die Vorstellungen der Beschäftigten in Bezug auf den Umfang der Sprechstunde umfassen Aspekte wie Erstgespräche oder Beratung, Weitervermittlung, Diagnostik und Therapie. Dabei stehen Eingangsberatung und Weitervermittlung im Gegensatz zu einer kontinuierlichen Betreuung. 1. Das erste Orientierungsgespräch bietet die Möglichkeit, sich einen Überblick zu verschaffen. Bei Bedarf können mehrere Überbrückungsstunden vereinbart werden, bis eine langfristige Therapie organisiert ist. Es ist eine erste Anlaufstelle mit Weitervermittlung. 2. Es wird eine durchgehende Betreuung gewünscht.	Aussagen sich auf Erstgespräche, Beratung, Diagnostik, Therapie oder Weitervermittlung beziehen. Es gibt eine Diskrepanz zwischen kurzfristigen Beratungen und langfristigen Betreuungsangeboten geht. Der Wunsch oder die Kritik hinsichtlich eines bestimmten Umfangs der Sprechstunden thematisiert wird. 1. Ein Gespräch oder eine Beratungssituation beschrieben wird, in der eine erste Orientierung über mögliche Hilfsangebote erfolgt. Eine Überbrückungsleistung bis zur Vermittlung einer langfristigen Therapie oder Beratung erwähnt wird. Eine Weitervermittlung an andere Fachstellen, Therapeut*innen oder Beratungsstellen thematisiert wird. Die Rolle des Erstgesprächs als erste Anlaufstelle für Betroffene angesprochen wird. 2. Die befragte Person den Wunsch nach kontinuierlicher Begleitung nach dem Erstgespräch äußert. Es als wichtig erachtet wird, dass nach dem Erstgespräch weitere Betreuungsgespräche folgen.	1. „Also ich glaube, das einfachste und auch das niedrigschwelligste Angebot wäre in der Tat das Counseling oder die Beratung. Ideal wäre natürlich auch, wenn man dort eventuell direkt ein Therapie- oder sagen wir mal ein Hilfsangebot platzieren könnte. (duja., Pos. 39)“ 2. „Also ich glaube, das einfachste und auch das niedrigschwelligste Angebot wäre in der Tat das Counseling oder die Beratung. Ideal wäre natürlich auch, wenn man dort eventuell direkt ein Therapie- oder sagen wir mal ein Hilfsangebot platzieren könnte. (duja., Pos. 39)“
<i>Engagement und Haltung des Arbeitgeber</i> 1. <i>aktive Förderung und Kommunikation</i> 2. <i>Neutralität und Offenheit</i>	Kulturelle Unterstützung und Kommunikation des Arbeitgebers bezüglich der PT-A. 1. Es geht um den Wunsch nach aktiver Unterstützung und umfassender Information seitens des Arbeitgebers. Dies signalisiert dessen Akzeptanz. 2. Es wird gefordert, dass der Arbeitgeber das Angebot neutral und ohne jeglichen Druck kommuniziert, um die Freiwilligkeit sicherzustellen und Vertrauen aufzubauen.	Der Arbeitgeber aktiv über die psychotherapeutische Sprechstunde informiert (z. B. durch E-Mails, Aushänge oder Meetings). Der Arbeitgeber eine offene und wertschätzende Haltung gegenüber der Nutzung der psychotherapeutischen Sprechstunde zeigt. 1. Die Bedeutung einer klaren, transparenten und regelmäßigen Kommunikation des Angebots seitens des Unternehmens wird betont. Beschäftigte fordern, dass der Arbeitgeber offen über das Angebot psychotherapeutischer Sprechstunden informiert. Der Wunsch geäußert wird, dass das Unternehmen aktiv für das Angebot wirbt, z. B. durch Newsletter, Plakate oder interne Veranstaltungen. 2. Der Arbeitgeber die psychotherapeutische Sprechstunde als freiwilliges Angebot darstellt, ohne impliziten oder expliziten Zwang. In der Kommunikation betont wird, dass die Nutzung keine negativen Konsequenzen für die Beschäftigten hat. Es Hinweise darauf gibt, dass das Angebot niedrigschwellig und ohne Bindung zugänglich ist. Beschäftigten wird das Recht auf eine freie Entscheidung fühlen, ohne Angst vor Stigmatisierung oder Druck seitens des Unternehmens.	1. „Also so, wie das bei uns läuft, ist es höchstwahrscheinlich so, dass das tatsächlich etwas wäre, was sozusagen vorgemacht werden muss. Also, so etwas funktioniert bei uns sicherlich ganz gut in dem Moment, in dem die ich sage mal, Rollenvorbilder beziehungsweise die Mitarbeiter, die teilweise auch Verantwortung haben oder die immer mehr Verantwortung übernehmen, in dem Moment, in dem die so etwas ausnutzen, würden es wahrscheinlich auch neue Mitarbeiter nutzen beziehungsweise die Mitarbeiter nutzen, die es auch wirklich brauchen. (meß., Pos. 35)“ 2. „Also ich finde es ganz positiv, dass man dem Ganzen so ein Raum verschafft, dass man sagt, das ist was, was man ernst nehmen muss. Wo man auch also eine Selbstverständlichkeit hat, dass es nicht nur jemand, der jetzt wirklich einen Zusammenbruch hat, was in Anspruch nehmen kann oder so. Sondern dass man das eben, ja wie eben, wenn man zum Allgemeinmediziner geht, dass man eben auch mal zur Psychologin gehen kann, ja? (bma1., Pos. 59)“
<i>Anonymität und Vertraulichkeit</i>	Die besondere Betonung der Anonymität sowie die vertrauliche Behandlung sind grundlegende Voraussetzungen für die Nutzung der Sprechstunden. Dabei muss sichergestellt werden, dass keine Informationen über die Teilnahme an den Sprechstunden an Kolleginnen, Kollegen oder Vorgesetzte weitergegeben werden.	Die Bedeutung von Anonymität und Vertraulichkeit für die Nutzung der psychotherapeutischen Sprechstunde thematisiert wird. Sorgen oder Ängste bezüglich der Weitergabe von Informationen an Vorgesetzte oder Kolleg*innen geäußert werden. Maßnahmen oder Mechanismen beschrieben werden, die dazu dienen, die Vertraulichkeit der Sitzungen zu gewährleisten (z. B. getrennte Zugänge, anonyme Terminvergabe). Erfahrungen oder Wahrnehmungen von Beschäftigten über den Schutz oder mögliche Gefährdung der persönlichen Daten in diesem Kontext angesprochen werden.	„Also halt mit der Anonymisierung, die sollte wirklich ganz hoch sein. Sollte die nicht gegeben sein, das wäre schon/ Ja, wäre fatal. (T8 Pos. 93)“

Finanzierung 1. Kostenverteilung zwischen Trägern 2. Staatliche Finanzierung 3. Finanzierung durch Krankenkassen 4. Arbeitgeberfinanzierung 5. Selbstbeteiligung der Beschäftigten - positiv - negativ	Alle Beteiligten, die einen Beitrag zu den Kosten leisten 1. Gesundheitliche Probleme betreffen verschiedene Institutionen, die sich an der anteiligen Übernahme der Kosten beteiligen sollten, wie etwa Arbeitgeber:innen, Krankenkassen, die Rentenversicherung und staatliche Förderungen. 2. Der Staat, das Gesundheitsministerium und andere öffentliche Stellen gelten als mögliche Kostenträger. 3. Die Krankenkassen sind die Hauptfinanzierer der Gesundheitsversorgung, jedoch werden auch Berufsgenossenschaften als weitere Kostenträger einbezogen. 4. Die Finanzierung erfolgt durch den Arbeitgebenden/Betrieb. 5. Die Beteiligung des Beschäftigten an den Kosten. - Der Beschäftigte beteiligt sich an den Kosten in Form einer Selbstbeteiligung. - Der Beschäftigte beteiligt sich nicht (!) an den Kosten in Form einer Selbstbeteiligung.	Es um die Übernahme der Kosten durch Unternehmen, Krankenkassen, öffentliche Institutionen oder die betroffenen Beschäftigten selbst geht. Finanzierungsmodelle oder Zuschüsse für die psychotherapeutische Sprechstunde thematisiert werden. Aussagen zur Verteilung der finanziellen Verantwortung unter verschiedenen Akteuren gemacht werden. 1. Die Finanzierung der psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz durch unterschiedliche Träger thematisiert wird. Aussagen getroffen werden, dass sich mehrere Institutionen (z. B. Arbeitgeber, Krankenkassen, Rentenversicherung oder staatliche Stellen) an den Kosten beteiligen sollten. Eine Diskussion über die faire Verteilung der finanziellen Verantwortung zwischen den beteiligten Trägern stattfindet. 2. Aussagen darüber getroffen werden, dass eine staatliche Verantwortung oder Unterstützung für psychotherapeutische Angebote in Unternehmen notwendig sei. Vergleiche mit bestehenden staatlich finanzierten Gesundheitsangeboten gezogen werden. 3. Die Finanzierung einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz durch gesetzliche oder private Krankenkassen thematisiert wird. Berufsgenossenschaften oder andere Kostenträger im Zusammenhang mit der finanziellen Unterstützung oder Erstattung von psychotherapeutischen Leistungen genannt werden. 4. Explizit erwähnt wird, dass der Arbeitgeber oder das Unternehmen die Kosten für die psychotherapeutische Sprechstunde übernimmt. Aussagen enthalten sind, die auf eine vollständige oder teilweise Finanzierung durch den Betrieb hinweisen. Es um Modelle geht, in denen die Finanzierung als freiwillige Leistung des Arbeitgebers erfolgt. Ein Unternehmen in einer Aussage als direkter Kostenträger oder Unterstützer der psychotherapeutischen Angebote genannt wird. 5. Es um die finanzielle Beteiligung der Beschäftigten an den Kosten einer psychotherapeutischen Sprechstunde geht. Beschäftigte über die finanziellen Auswirkungen oder Hürden im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligung sprechen. - Der Beschäftigte ausdrücklich angibt, dass er einen Teil der Kosten selbst trägt. Eine direkte oder indirekte Aussage zur eigenen finanziellen Beteiligung an der psychotherapeutischen Sprechstunde gemacht wird. - Explizit erwähnt wird, dass die psychotherapeutische Sprechstunde kostenfrei für die Beschäftigten ist. Aussagen darauf hinweisen, dass keine Eigenbeteiligung erforderlich ist. Die Finanzierung durch den Arbeitgeber, die Krankenkasse oder eine andere Institution vollständig übernommen wird.	1. „Von daher, da denke ich mir, dass das eigentlich eine staatliche Aufgabe wäre, ob das jetzt kommunal oder wie auch immer geregelt wird. Wäre dann die nächste Frage vielleicht, ich meine die Krankenkassen könnten da gerne auch mit rein und die Landschaftsverbände, die ja sowieso auch unsere Leistung bezahlen teilweise, wären dann vielleicht so, ja, so die das finanzieren könnten. (bgf4., Pos. 87)“ 2. „Die Politik. #00:17:07-4# (bgf2., Pos. 87)“ 3. „Ganz grundlegend Finanzierung ist halt Hoheitsgebiet der Krankenkassen. Gerade große Betriebe haben ja auch irgendwie betriebseigene Krankenkassen. Da könnte man mit Sicherheit irgendwelche/ #00:18:24-0# (duj4., Pos. 53)“ 4. „B: Also eigentlich müsste das Unternehmen im Sinne der Prävention und im Sinne der Gesunderhaltung der Arbeitnehmer daran Interesse haben. (wrr0., Pos. 95)“ (Selbstbeteiligung der Beschäftigten) 5. „Und vielleicht auch eine kleine Selbstbeteiligung. (gse3., Pos. 145)“ „Ich finde, Gesundheit ist das höchste Gut und das sollte nichts kosten. Wenn dann sollte das Unternehmen einen Obulus zahlen, um diese Beratungsstelle zu finanzieren, damit alle Mitarbeitenden sozusagen die Möglichkeit haben, das in Anspruch zu nehmen, wenn sie das wollen. Aber es kann ja nicht zulasten der Mitarbeitenden gehen. Das ist ja eine Fürsorgepflicht, der dann nachgekommen werden soll. (bgf2., Pos. 91)“
--	---	---	---

Anhang 3

Die folgende Checkliste listet wesentliche Punkte zur Beurteilung der internen Studiengüte in Form von Fragen auf:

a) In Bezug auf die Datenerfassung und Transkription sind diese Punkte wichtig:

- Wurde die Daten fixiert, z. B. bei Interviews in Form von Audio- oder Videoaufnahmen?
- Wurde eine vollständige dokumentierte Dokumentation (Postskriptum) erstellt, in dem die Interviewsituation und Besonderheiten festgehalten wurden?
- Wurde das Postskriptum erstellt?
- Wurde eine vollständige Transkription des Interviews vorgenommen?
- Wurden Transkriptionsregeln benutzt und werden diese offengelegt?
- Wie sah der Transkriptionsprozess konkret aus?
- Wer hat transkribiert? Die Forschenden selbst?
- Wurde eine Transkriptionssoftware benutzt?
- Wurden die Daten anonymisiert? In welcher Weise?
- Ist das synchrone Arbeiten mit Audio-Aufnahme und Transkription möglich?
- Wurden die Transkriptionsregeln eingehalten und entspricht die verschriftlichte Fassung dem Gesagten?

b) In Bezug auf die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse im engeren Sinn sind folgende Punkte relevant:

- Ist die gewählte inhaltsanalytische Methode der Fragestellung angemessen?
- Wird die Wahl der Methode begründet? Wenn ja, wie?
- Wurde das jeweilige Verfahren in sich richtig angewendet?
- Wurde die Inhaltsanalyse computergestützt durchgeführt?
- Wurde das Material oder Teile desselben durch mehrere Codierende unabhängig voneinander bearbeitet?
- Wie wurde die Übereinstimmung der Codierenden ermittelt? Welches Vorgehen wurde bei Nicht-Übereinstimmung gewählt?
- Ist das Kategoriensystem in sich konsistent?
- Sind die Kategorien und Subkategorien gut ausgearbeitet?
- Wie präzise und ausführlich sind die Kategoriendefinitionen?
- Gibt es konkrete Beispiele (Zitate) als Illustration für die Bedeutung der Kategorien?
- Wurden alle erhobenen Daten bei der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt?

- Wurde das Material oder Teile desselben durch mehrere Codierende unabhängig voneinander bearbeitet?
- Wie wurde die Übereinstimmung der Codierenden ermittelt? Welches Vorgehen wurde bei Nicht-Übereinstimmung gewählt?
- Ist das Kategoriensystem in sich konsistent?
- Sind die Kategorien und Subkategorien gut ausgearbeitet?
- Wie präzise und ausführlich sind die Kategoriendefinitionen?
- Gibt es konkrete Beispiele (Zitate) als Illustration für die Bedeutung der Kategorien?
- Wurden alle erhobenen Daten bei der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt?
- Wie oft wurde das Material bis zur endgültigen Codierung durchlaufen?
- Ist Auditierbarkeit, d. h. unter anderem Nachvollziehbarkeit der Codierungen, gegeben?
- Wurden auch abweichende Fälle berücksichtigt? Wird auf Ausnahmefälle und Extremfälle hingewiesen und werden diese analysiert?
- Wurden im Verlauf der Inhaltsanalyse Memos geschrieben? Wann? Wie sehen beispielhafte Memos aus?
- Wurde mit Originalziten gearbeitet und nach welchen Kriterien wurden diese ausgewählt? Wurden nur Techniken selektiver Plausibilisierung angewendet oder wurde auch auf Gegenbeispiele und Widersprüche hingewiesen?
- Sind die gezogenen Schlussfolgerungen jeweils in den Daten begründet?
- Was wurde wie und in welcher Form dokumentiert und archiviert?

6 Literaturverzeichnis

Al-Bayati, A. (2021): Firm size influence on construction safety culture and construction safety climate. *Practice Periodical on Structural Design and Construction*, 26(4), 04021028. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)SC.1943-5576.0000610](https://doi.org/10.1061/(ASCE)SC.1943-5576.0000610)

Allwang, C., Marten-Mittag, B., Dinkel, A., Mauss, D. & Lahmann, C. (2020): Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention for employees with psychosomatic and psychosocial complaints – Pilot study of a consultation off the workplace. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 867. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00867>

Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., de Jonge, P., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Navarro-Mateu, F., Pennell, B.E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Ten Have, M., Zarkov, Z., Kessler, R.C. & Thornicroft, G. (2018): Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 35(3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>

Amler, N. (2019): Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: *Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin* e.V., 01/2019.

Angerer, P. & Wege, N. (2013): Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. In: *Die Psychiatrie*, 10, S. 71–81. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670858>

Angerer, P., Gündel, H., Kröger, C. & Rothermund, E. (2024): Rationale, Modelle und Wirkung arbeitsplatznaher psychotherapeutischer Angebote. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 67(7), S. 743–750. DOI: 10.1007/s00103-024-03892-8.

Balint, E.M., Gantner, M., Gündel, H., Herrmann, K., Pößnecker, 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). In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 71(11), S. 437–445. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1479-3045>.

Balint, E.M., von Wietersheim, J., Gündel, H., Hölzer, M. & Rothermund, E. (2018): Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – ein Zukunftsmodell? In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 95, S. 38–47.

Barrech, A., Kilian, R., Rottler, E., Jerg-Bretzke, L., Hölzer, M., Rieger, M.A., Jarczok, M.N., Gündel, H. & Rothermund, E. (2018): Do working conditions of patients in psychotherapeutic consultation in the workplace differ from those in outpatient care? Results from an observational study. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), S. 227. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15020227>.

Bechmann, S., Jäckle, R. & Lück, P. (2011): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM): Umfrage und Empfehlungen. *iga-Report* 20. Berlin/Essen: AOK-Bundesverband.

Beck, A., Crain, L.A., Solberg, L.I., Unützer, J., Maciosek, M.V., Whitebird, R.R. & Rossom, R.C. (2014): The effect of depression treatment on work productivity. In: *American Journal of Managed Care*, 20(8), S. e294–e301.

Beck, D. & Lenhardt, U. (2019): Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: Findings from a company survey in Germany. In: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(3), S. 435–451. DOI: 10.1007/s00420-019-01416-5.

Biallas, B., Schäfer, D., Dejonghe, L. et al. (2019): Präventionsreife in kleinen und mittleren Unternehmen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14, S. 398–402. DOI: 10.1007/s11553-018-0694-6.

Bode, K., Wunsch, E.-M., Finger, F. et al. (2016): Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells (Interdisciplinary Care of Employees with Mental Disorders: A Fact Check Using the Salzgitter-Model as an Example). In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66, S. 235–241.

Bombana, M., Heinzl-Gutenbrunner, M. & Müller, G. (2022): Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten – eine Längsschnittstudie in Deutschland. In: *Gesundheitswesen*, 84(10), S. 911–918. DOI: 10.1055/a-1842-5458.

Brandstetter, S., Dodoo-Schittko, F., Speerforck, S., Apfelbacher, C., Grabe, H.J., Jacobi, F., Hapke, U., Schomerus, G. & Baumeister, S.E. (2017): Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997–1999 and 2009–2012: A repeated cross-sectional study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), S. 1005–1013. DOI: 10.1007/s00127-017-1384-y.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2023): *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2023*. Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit.html> (Zugriff am 07.September 2025).

Bundesministerium der Justiz (2013). *ArbSchG – Arbeitsschutzgesetz: § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen*. unter: https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_5.html (Zugriff am 07.September 2025).

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2023): *Hintergrundpapier: Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung – Fakten zu Versorgungsbedarf, Bedarfsplanung und Wartezeiten in der Psychotherapie*. Verfügbar unter: https://api.bptk.de/uploads/20230713_bptk_hintergrundpapier_weiterentwicklung Psychotherapeutischen Versorgung_d38b567ee6.pdf (Zugriff am 07.September 2025).

Cagno, E., Accordini, D., Neri, A., Negri, E. & Macchi, M. (2024): Digital solutions for workplace safety: An empirical study on their adoption in Italian metalworking SMEs. In: *Safety Science*, 177, S. 106598. DOI: 10.1016/j.ssci.2024.106598.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T. et al. (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In: *Psychological Medicine*, 45(1), S. 11–27. DOI: 10.1017/S0033291714000129.

Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., van der Feltz-Cornelis, C. & Hegerl, U. (2013): Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. In: *Journal of Affective Disorders*, 150(2), S. 320–329. DOI: 10.1016/j.jad.2013.04.013.

DAK-Gesundheit (2024): *Psychreport 2024*. Verfügbar unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/57370/data/0114eed547a91f626b09d8265310d1e5/dak-psychreport-ergebnis-praesentation.pdf> (Zugriff am 07. September 2025).

Danielsson, L., Bertilsson, M., Holmgren, K. & Hensing, G. (2017): Working in dissonance: Experiences of work instability in workers with common mental disorders. In: *BMC Public Health*, 17(1), S. 472. DOI: 10.1186/s12889-017-4388-3.

de Oliveira, C., Saka, M., Bone, L. & Jacobs, R. (2023): The role of mental health on workplace productivity: A critical review of the literature. In: *Applied Health Economics and Health Policy*, 21(2), S. 167–193. DOI: 10.1007/s40258-022-00761-w.

Dell’Osso, B., Glick, I.D., Baldwin, D.S. & Altamura, A.C. (2013): Can long-term outcomes be improved by shortening the duration of untreated illness in psychiatric disorders? A conceptual framework. In: *Psychopathology*, 46(1), S. 14–21. DOI: <https://doi.org/10.1159/000338608>.

Deutsche Rentenversicherung (2024): *Rentenversicherung in Zeitreihen*. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.html (Zugriff am 07. September 2025).

Dewa, C.S. (2014): Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. In: *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 5(4), S. 175–186.

Dewa, C.S., Thompson, A.H. & Jacobs, P. (2011): The association of treatment of depressive episodes and work productivity. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), S. 743–750. DOI: 10.1177/070674371105601206.

Dresing, T. & Pehl, T. (2018): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Aufl. Marburg: Eigenverlag. Online verfügbar unter: www.audiotranskription.de/praxisbuch (Zugriff am 07. September 2025).

Encrenaz, G., Laberon, S., Lagabriele, C., Debruyne, G., Pouyaud, J. & Rascle, N. (2019) *Psychosocial risks in small enterprises: the mediating role of perceived working conditions in the relationship between enterprise size and workers' anxious or depressive episodes*. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*,

25(3), pp. 485–494. doi: 10.1080/10803548.2018.1452457.

Europäische Kommission (2020): *Benutzerleitfaden zur Definition von KMU*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Verfügbar unter: https://www.bafa.de/SharedDocs/Downloads/DE/kmu_handbuch_eu.html (Zugriff am 07. September 2025).

Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) (2023): *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF). Verfügbar unter: <https://www.dnbgf.de/materialien/newsartikel/luxemburger-deklaration-zur-betrieblichen-gesundheitsfoerderung> (Zugriff am 07. September 2025).

European Union (2003): *EUR-Lex: Access to European Union law – Recommendation 2003/361/EC*. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32003H0361> (Zugriff am 07. September 2025).

Evans-Lacko, S. & Knapp, M. (2018): Is manager support related to workplace productivity for people with depression? A secondary analysis of a cross-sectional survey from 15 countries. In: *BMJ Open*, 8(6), e021795. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-021795.

Evans-Lacko, S., Koeser, L., Knapp, M., Longhitano, C., Zohar, J. & Kuhn, K. (2016): Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace. In: *European Neuropsychopharmacology*, 26(6), S. 1004–1013. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2016.03.005.

Fabiano, B., Currò, F. & Pastorino, R. (2004): A study of the relationship between occupational injuries and firm size and type in the Italian industry. In: *Safety Science*, 42(7), S. 587–600. DOI: 10.1016/j.ssci.2003.09.003.

Faller, G. (2016): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Göttingen: Hogrefe. ISBN: 978-3-456-85569-1.

Fan, D., Zhu, C.J., Timming, A.R., Su, Y., Huang, X. & Lu, Y. (2019): Using the past to map out the future of occupational health and safety research: Where do we go from here? In: *International Journal of Human Resource Management*, 31(1), S. 90–127. DOI: 10.1080/09585192.2019.1657167.

Foreman, D.M. & Hanna, M. (2000): How long can a waiting list be? The impact of waiting time on intention to attend child and adolescent psychiatric clinics. In: *Psychiatric Bulletin*, 24, S. 211–213.

Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013): Use of health care services by people with mental illness: Secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(47), S. 799–808. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0799.

Gaebel, W., Zäske, H. & Baumann, A. (2004): Stigma erschwert Behandlung und Integration. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 101(48), S. A3253–A3255.

Gantner, M., Jarczok, M.N., Schneider, J., Brandner, S., Gündel, H. & von Wietersheim, J. (2022): Psychotherapeutic consultation services in the workplace: A

longitudinal analysis of treatments and sick leave using health insurance data. In: *Frontiers in Psychiatry*, 13, S. 838823. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.838823>.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hander, N.R., Krohn, J., Kohl, F. et al. (2024): Psychotherapeutische Sprechstunde am Arbeitsplatz: Zusammenhänge zwischen Unternehmensgröße und psychosomatischer Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 67, S. 772–782. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03904-7>.

Hasle, P. & Limborg, H.J. (2006): A review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. In: *Industrial Health*, 44(1), S. 6–12. DOI: 10.2486/indhealth.44.6.

Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N., Blasius, J. (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-37985-8_55

Henderson, M., Harvey, S.B., Overland, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2011): Work and common psychiatric disorders. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(5), S. 198–207. DOI: <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231>.

Hollederer, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. In: *Gesundheitswesen*, 69(2), S. 63–76. DOI: 10.1055/s-2007-970599.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. In: *Der Nervenarzt*, 85, S. 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

Katsinis, A., Lagüera-González, J., Di Bella, L., Odenthal, L., Hell, M. & Lozar, B. (2024): *Annual Report on European SMEs 2023/2024, SME Performance Review 2023/2024*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. DOI: 10.2826/355464.

Kessler, R., White, L.A., Birnbaum, H., Qiu, Y., Kidolezi, Y., Mallett, D. & Swindle, R. (2008): Comparative and interactive effects of depression relative to other health problems on work performance in the workforce of a large employer. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), S. 809–816. DOI: 10.1097/JOM.0b013e318169ccba.

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. In: *Psychiatrische Praxis*, 42(8), S. 424–429. DOI: 10.1055/s-0034-1370306.

Knani, M., Fournier, P.-S. & Biron, C. (2021): Presenteeism in small and medium-sized enterprises: Determinants and impacts on health. In: *Work*, 68(3), S. 733–747. DOI: <https://doi.org/10.3233/WOR-203407>.

Kohl, F., Angerer, P. & Weber, J. (2023a): *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*. In: *BMC Public Health* (23), S.347. DOI: 10.1186/s12889-023-15255-0.

Kohl, F., Angerer, P. & Weber, J. (2023b): Determinants of the intention to seek psychotherapeutic consultation at work – A cross-sectional study in Germany. In: *BMC Public Health*, 23(1), Artikel 1945. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16852-9>.

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

Kohl, F., Schröder, U.B., Stegmann, R. et al. (2024): *Implementierung einer psychotherapeutischen Sprechstunde am Arbeitsplatz (PT-A): Erwartungen, Bekanntmachung und Nutzung*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 67, S. 796–805. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03909-2>.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B. (2004): The treatment gap in mental health care. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), S. 858–866.

Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Lai, Y., Saridakis, G. & Blackburn, R. (2015): Job stress in the United Kingdom: Are small and medium-sized enterprises and large enterprises different? In: *Stress and Health*, 31(3), S. 222–235. DOI: 10.1002/smi.2549.

Larisch, A., Heuft, G., Engbrink, S., Brähler, E., Herzog, W. & Kruse, J. (2013): *Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 59(2), pp.153–169. doi: 10.13109/zptm.2013.59.2.153.

Legg, S.J., Olsen, K.B., Laird, I.S. & Hasle, P. (2015): Managing safety in small and medium enterprises. In: *Safety Science*, 71(Part C), S. 189–196. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.11.007>.

Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A., Maske, U.E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W. & Wittchen, H.U. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), S. 289–303. DOI: 10.1002/mpr.1438.

Martin, A. & Fisher, C. (2014): Understanding and improving managers' responses to employee depression. In: *Industrial and Organizational Psychology*, 7(2), S. 270–275. DOI: 10.1111/iops.12147.

Mayer, D., Schmidt, H. & Hölzer, M. (2010): „Psychosomatische Sprechstunde“ und

„Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“: Erfahrungen aus der Automobilindustrie. In: *ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 45(10), S. 593–597. Verfügbar unter: https://www.asu-arbeitsmedizin.com/sites/default/files/ulmer/de-asu/document/file_295122.pdf (Zugriff am 07. September 2025).

McLeod, J. (2010): The effectiveness of workplace counselling: A systematic review. In: *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4), S. 238–248. DOI: <https://doi.org/10.1080/14733145.2010.485688>.

Micheli, G.J.L. & Cagno, E. (2008): Perception of safety issues and investments in safety management in small and medium-sized enterprises: A survey in the Lecco area. In: *Prevention Today*, 4.

Micheli, G.J.L. & Cagno, E. (2010): Dealing with SMEs as a whole in OHS issues: Warnings from empirical evidence. In: *Safety Science*, 48(6), S. 729–733. DOI: 10.1016/j.ssci.2010.02.010.

Moll, S.E. (2014): The web of silence a qualitative case study of early intervention and support for healthcare workers with mental ill-health. In: *BMC Public Health*, 14, S. 138. DOI: 10.1186/1471-2458-14-138.

Monteith, L.L. & Pettit, J.W. (2011): Implicit and explicit stigmatizing attitudes and stereotypes about depression. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(5), pp. 484–505. DOI: 10.1521/jscp.2011.30.5.484.

Mulfinger, N., Angerer, P., Erim, Y. et al. (2024): Psychische Belastungen bei Erwerbstätigen: Leistungsanspruchnahme und Kosten für das deutsche Gesundheitssystem. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 67, S. 760–771. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03901-w>.

Niedhammer, I., Bertrais, S. & Witt, K. (2021): Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), S. 489–508. DOI: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>

Patton, M. Q. (2002): *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3. Aufl. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Online verfügbar unter: <https://aulasvirtuales.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf> (Zugriff am 07. September 2025).

Preiser, C., Wittich, A. & Rieger, M.A. (2015): Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Gestaltungsformen des Angebots (Psychosomatic Consultation in the Workplace – Description and Modelling of a New Health-Related Service). In: *Gesundheitswesen*, 77(11), S. e166–e171. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384611>.

Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019): *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video*. Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-22095-2.

Rothermund, E., Gündel, H., Kilian, R., Hölzer, M., Reiter, B., Mauss, D., Rieger, M.A., Müller-Nübling, J., Wörner, A., von Wietersheim, J. & Beschoner, P. (2014):

Treatment of psychosomatic disorders occurring in the vocational context – Concept and first findings (Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten). In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(2), S. 177–189. DOI: <https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.2.177>.

Rothermund, E., Gündel, H., Rottler, E., Hölzer, M., Mayer, D., Rieger, M. & Kilian, R. (2016): Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: A controlled observational trial. In: *BMC Public Health*, 16(1), Artikel 891. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3567-y>.

Rothermund, E., Kilian, R., Balint, E.M. et al. (2019): Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62, S. 186–194. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2869-x>.

Rothermund, E., Kilian, R., Rottler, E., Mayer, D., Hölzer, M., Rieger, M.A. & Gündel, H. (2017): Improving access to mental health care by delivering psychotherapeutic care in the workplace: A cross-sectional exploratory trial. In: *PLoS One*, 12(1), e0169559. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169559>.

Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P.W. & Rössler, W. (2014): Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(2), pp. 177–187. DOI: 10.1017/S204579601300036X.

Schaefer, E., Drexler, H. & Kiesel, J. (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors – Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. In: *Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/s-0034-1396887.

Schenkel, A., Krist, K., Meyer, M. & Baumgardt, J. (2024): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023. In: Badura, B., Ducki, A., Meyer, M. & Schröder, H. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2024: Bindung und Gesundheit – Fachkräfte gewinnen und halten*. Berlin: Springer, S. 339–425.

Schibalski, J.V., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Vetter, S., Rodgers, S., Oexle, N., Corrigan, P.W., Rössler, W. & Rüsch, N. (2017): Stigma-related stress, shame and avoidant coping reactions among members of the general population with elevated symptom levels. In: *Comprehensive Psychiatry*, 74, S. 224–230. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.001>.

Schomerus, G. & Angermeyer, M.C. (2008): Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know? In: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), S. 31–37. DOI: 10.1017/S1121189X00002669.

Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H. & Schmidt, S. (2019): Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4), S. 469–479. DOI: 10.1007/s00406-018-0896-0.

Sczesny, C., Keindorf, S., Droß, P. & Jasper, G. (2014): *Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU*. 1. Aufl. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. ISBN: 978-3-88261-005-5.

Seidler, A., Schubert, M., Freiberg, A., Drössler, S., Hussenoeder, F.S., Conrad, I., Riedel-Heller, S. & Starke, K.R. (2022): Psychosocial occupational exposures and mental illness. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(42), S. 709–715. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0295>.

Sommer, L. (2015): Industrial revolution – Industry 4.0: Are German manufacturing SMEs the first victims of this revolution? In: *Journal of Industrial Engineering and Management*, 8(5), S. 1512–1532. DOI: 10.3926/jiem.1470.

Staland-Nyman, C., Nurul Basar, K.M., Hultqvist, J. & Bertilsson, M. (2024): The significance of managers' knowledge of common mental disorders on managerial stigma towards employee depression: a cross-sectional study in Sweden. In: *BMC Public Health*, 24(1), S. 378. DOI: 10.1186/s12889-023-17577-5.

Stansfeld, S. & Candy, B. (2006): Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443–462. doi:10.5271/sjweh.1050.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022a): *Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/aktuell-beschaefigte.html> (Zugriff am 07. September 2025).

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022b): *Kleine und mittlere Unternehmen erzielten rund 77 % des Umsatzes im Bau- und Gastgewerbe*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/aktuell-umsatz.html> (Zugriff am 07. September 2025).

Stentoft, J., Wickstrøm, K., Philipsen, K. & Haug, A. (2020): Drivers and barriers for Industry 4.0 readiness and practice: Empirical evidence from small and medium-sized manufacturers. In: *Production Planning & Control*, 32(1), S. 1–18. DOI: 10.1080/09537287.2020.1768318.

Stock Gissendanner, S., Weiß, C., Herten, B., Wrage, W., Stegmann, R., Dietrich, D.E., Stark, H. & Krähnke, U. (2020): Eine psychosomatische Sprechstunde für die regionale betriebsnahe Versorgung – Evaluation und Empfehlungen. In: *ASU – Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 01-2020. DOI: <https://doi.org/10.17147/asu-2001-8465>.

Taylor, A.W., Pilkington, R., Montgomerie, A. & Feist, H. (2016): The role of business size in assessing the uptake of health promoting workplace initiatives in Australia. In: *BMC Public Health*, 16, Artikel 353. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3011-3>.

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, 738. doi:10.1186/s12889-015-1954-4.

Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., Hinkov, H., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Posada-Villa, J., de Galvis, Y.T. & Kessler, R.C. (2017): Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. In: *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), S. 119–124. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.188078.

van der Feltz-Cornelis, C.M., Hoedeman, R., de Jong, F.J., Meeuwissen, J.A., Drewes, H.W., van der Laan, N.C. & Adèr, H.J. (2010): *Faster return to work after psychiatric consultation for sick-listed employees with common mental disorders compared to care as usual: A randomized clinical trial*. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, S. 375–385. DOI: <https://doi.org/10.2147/ndt.s11832>.

VERBI Software (2024): *MAXQDA: Software for qualitative analysis*. Berlin: VERBI Software.

Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Kessler, R.C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M.A., Ormel, J.H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Chatterji, S. & Üstün, T.B. (2007): Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. In: *World Psychiatry*, 6(3), S. 177–185.

Weber, J., Angerer, P., Brenner, L., Brezinski, J., Chrysanthou, S., Erim, Y., Feißt, M., Hansmann, M., Hondong, S., Kessemeier, F. M. 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). In: *BMC Public Health* (21), S.1187. DOI: 10.1186/s12889-021-11191-7.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) & Internationale Arbeitsorganisation (IAO) (2022): *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz: Politisches Briefing*. Genf: WHO & IAO. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944> (Zugriff am 07. September 2025).

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Zugriff am 07. September 2025).

Zelfel, R.C., Alles, T. & Weber, A. (2011): Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen – Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung. In: *Gesundheitswesen*, 73(8–9), S. 515–519. DOI: 10.1055/s-0030-1262871.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die an der Entstehung dieser Arbeit mitgewirkt haben, sei es durch fachliche Anregungen, praktische Unterstützung oder persönlichen Beistand.

Mein besonderer Dank gilt vor allem meinem Doktorvater, Herrn Univ.-Prof. Dr. Peter Angerer, ehemals Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, für die unterstützende Betreuung und Begleitung sowie die wertvollen Anregungen während der Entstehung dieser Arbeit.

Darüber hinaus danke ich Herrn Dr. med. Jörg Rademacher für seine Betreuung und Unterstützung im Rahmen dieser Dissertation.

Ein weiterer großer Dank gilt Frau Dr. PH Jeannette Weber, Frau Dr. PH Fiona Kohl, Frau Dr. PH Meike Heming und Frau Laura Seinsche für ihre wertvolle Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit. Ohne ihr Engagement und ihre tatkräftige Hilfe wäre die Realisierung des Projekts in dieser Form nicht möglich gewesen.

Mein Dank gilt zudem den Interviewteilnehmenden, die durch ihre Bereitschaft zur Mitwirkung die Grundlage der Datenerhebung ermöglicht haben. Besonders dankbar bin ich für das entgegengebrachte Vertrauen sowie für die Offenheit und Ehrlichkeit in den Gesprächen.

Ebenso danke ich meinen Freunden, die mir mit ihrem Verständnis, Zuspruch und ihrer beständigen Unterstützung in dieser Zeit zur Seite standen.

Ganz besonders danke ich schließlich meiner Familie, die mich während der gesamten Promotionszeit in vielfältiger Weise unterstützt und begleitet hat. Ihr Rückhalt und ihre Ermutigung haben mir stets Kraft gegeben. Besonders erwähnen möchte ich dabei meine Schwester, meinen Schwager sowie meine Neffen und meine Nichte, deren Dasein mich glücklich macht. Mein tiefster Dank gilt jedoch meinem Ehemann, der mich bei jedem Schritt unterstützt und mich stets motiviert hat. Du bist mein Fels in der Brandung. Danke für unsere wundervolle Ehe.