

Dieses Dokument dient ausschließlich dem persönlichen Gebrauch! – Weitergehende Rechte bitte anfragen unter: nutzungsrechte@asu-arbeitsmedizin.com

# Arbeitsplatzbezogene Ansätze in der Psychotherapie

## Behandlungsprozess – Interventionen – Wirksamkeit

### ARBEITSPLATZBEZOGENE PSYCHOTHERAPIE

In diesem Beitrag wird die Rolle der Arbeit in der Psychotherapie thematisiert. Anhand der Beschreibung von arbeitsplatzbezogenen Ansätzen wird erläutert, wie arbeitsplatzbezogene Faktoren und Interventionen in die Psychotherapie integriert und wie Störungen behandelt werden, die mit dem Arbeitsplatz in Zusammenhang stehen. Störungsspezifische Therapieansätze werden dabei (exkurshaft) ebenso berücksichtigt. **Nora Lessing et al.**

### Die Rolle arbeitsplatzbezogener Ansätze in der Psychotherapie

In der modernen – durch Digitalisierung, Fachkräftemangel und Arbeitsverdichtung geprägten – Arbeitswelt fällt der Betrachtung des Zusammenhanges von arbeitsplatzbezogenen Belastungen und psychischer Gesundheit eine große Bedeutung zu. Der Wandel des Arbeitsmarktes, mit dem durch die Globalisierung wachsenden Wettbewerbsdruck der Unternehmen und sich verändernden Erwerbsformen (z.B. Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen), führt bei der erwerbstätigen Bevölkerung zu mehr Stress und psychischer Beanspruchung (Bode et al. 2017). So gaben Erwerbstätige berufliche Belastungen als zweithäufigsten Grund für die Inanspruchnahme von psychologischer Diagnostik und Beratung an; nach psychischen Symptomen und vor somatischen Symptomen und familiären Belastungen (Bode et al. 2016). Zwischen 2000 und 2016 ist die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), die auf psychische Störungen zurückgehen, über alle gesetzlichen Krankenkassen hinweg, angestiegen. Aktuell liegt die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei betroffenen Erwerbstätigen bei durchschnittlich 34 Tagen. Damit ist die Anzahl der AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen deutlich höher als bei körperlichen Erkrankungen (BPtK 2019). Darüber hinaus geht aus Berichten der Deutschen Rentenversicherung hervor, dass in den vergangenen zwei Jahrzehnten auch die Anzahl an Frühverrentungen, die auf psychische Störungen

zurückgehen, angestiegen ist (DRV 2019). Der Absentismus, das heißt die Fehlzeiten der Angestellten, geht mit hohen betriebswirtschaftlichen Kosten einher. Beispielsweise entstehen jährlich etwa 8,2 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten als ein Teil der indirekten Krankheitskosten durch psychische Störungen (Bode et al. 2017). Demgegenüber kann Präsentismus, das heißt die Anwesenheit von Beschäftigten trotz körperlicher Erkrankungen oder psychischer Störungen, eine Reduktion der Leistungsfähigkeit sowie Arbeitsproduktivität begünstigen. Neben bedeutsamen betriebswirtschaftlichen Kosten erhöht sich dadurch auch das Risiko für Fehlentscheidungen, Arbeitsunfällen und -fehlern (Kröger 2020).

Arbeitsplatzbezogene Ansätze (AbA), die auf arbeitsbezogene Bedingungen und Belastungen fokussieren, werden als Interventionen in die störungsorientierte ambulante oder (teil-)stationäre Einzel- beziehungsweise Gruppenpsychotherapie integriert. Ihr Ziel ist neben der Symptomreduktion (z.B. der depressiven Symptomatik) die Förderung einer funktionaleren Perspektive auf die eigene Berufstätigkeit (z.B. Berufstätigkeit als Quelle psychischen Wohlbefindens) sowie Aufrechterhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von psychisch erkrankten Erwerbstätigen. Zudem wird bei bestehender Arbeitsunfähigkeit die Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz durch die Zusammenarbeit mit (betrieblichen) Kooperationspartnern (z.B. Arbeitsmedizin, Sozialdienst, Personalabteilung)



Foto: privat

#### KONTAKT

**Dr. phil. Nora Lessing**  
Stiftung Universität Hildesheim  
Institut für Psychologie  
Universitätsplatz 1  
31141 Hildesheim

nora.lessing@uni-hildesheim.de

#### KOAUORENSCHAFT

An der Erstellung des Beitrags beteiligt waren M.Sc.-Psych. Marieke Hansmann und Prof. Dr. Christoph Kröger, beide Institut für Psychologie, Stiftung Universität Hildesheim.

vorbereitet und unterstützt. AbA sind bei Erwerbstätigen mit Anpassungs-, Angst- und depressiven Störungen indiziert. Kontraindikationen sind hingegen eine bestehende Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, ein anhaltendes Rentenbegehren sowie eine akute schwere psychische Störung (z.B. schwere depressive Episode, Schizophrenie oder Psychose).

Die AbA gliedern sich in drei Therapiebausteine bzw. -phasen, die in insgesamt 12 bis 16 Sitzungen durchlaufen werden:

1. Motivationsaufbau,
  2. Informationsvermittlung,
  3. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.
- In allen drei Phasen werden arbeitsplatzbezogene Faktoren durch den Einsatz von spezifischen kognitiv-behavioralen Psychothe-



Durch die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen und die Bewältigung von Arbeitsaufgaben können sich Erwerbstätige als kompetent und selbstwirksam erleben, kooperative und kommunikative Fähigkeiten (weiter)entwickeln und soziale Anerkennung erfahren. Außerdem fördert die Teilhabe am Arbeitsleben den Erhalt einer Tagesstruktur. Die Übernahme einer beruflichen Rolle trägt zur persönlichen Identität bei und verbessert das Selbstwertgefühl.

Abb. 1: Psychosoziale Funktionen der Arbeit (adaptiert nach Bode et al. 2017)

rapietechniken berücksichtigt. Im Folgenden werden ausgewählte Therapiemethoden aus den oben genannten Bausteinen vorgestellt (eine ausführliche Darstellung aller Interventionen sowie ihre Einordnung in den Therapieprozess findet sich bei Kröger 2020).

## Diagnostik und Therapieprozess

Im Rahmen der Diagnostik soll bereits zu Beginn der Therapie auf den Kontext der Arbeit Bezug genommen werden. Neben der Durchführung einer störungsspezifischen Diagnostik erfolgt eine ausführliche Arbeits(platz-)anamnese sowie -analyse. Diese umfasst eine arbeitsplatzbezogene Ressourcen- und Kompetenzanalyse. Außerdem finden verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente Anwendung (Bode et al. 2017). Mithilfe der arbeitsplatzbezogenen Anamnese und der Arbeitsanalyse kann geprüft werden, ob die Arbeit im individuellen Einzelfall eine Ressource oder eine Belastung darstellt. In der Arbeitsanamnese werden neben der beruflichen Laufbahn auch gesundheitliche Einschränkungen am Arbeitsplatz (z.B. Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle), Arbeitsvoraussetzungen (z.B. Arbeitsplatzsicherheit, Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen) sowie Art und Aufbau der Arbeitsbeziehungen (z.B. Sozio- und Organigramm) erfasst. Außerdem werden die Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes erörtert. Dazu gehören beispielsweise die Art der Tätigkeit, Belastungen am Arbeitsplatz, das Ausmaß von Kontrollmöglichkeiten und Erwartungen der Erwerbstätigen. Durch eine detaillierte Exploration, die sowohl objektive Daten als auch subjektives Erleben integ-

riert, kann somit zwischen Aspekten, die eine Symptomreduktion beziehungsweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit begünstigen und solchen, die sie erschweren, differenziert werden (Bode et al. 2017). Bei der Arbeitsanalyse werden die arbeitsbezogenen Aufgaben zunächst in Haupt- und Nebenaufgaben gegliedert. Anschließend wird der Inhalt jeder Aufgabe beschrieben und die Dauer, die Frequenz sowie die Umsetzbarkeit der Aufgaben festgehalten. Die Ressourcen- und Kompetenzanalyse dient der Identifizierung von persönlichen und sozialen unterstützenden Faktoren. Diese können in förderlichen Arbeitsbedingungen (z.B. Entscheidungsspielräume), günstigen Berufszielen, bisherigen beruflichen Erfolgen, persönlichen Fähigkeiten (z.B. Bewältigungsstrategien, Problemlösekompetenz) und günstigen Beziehungen liegen. Während subjektive Belastungen am Arbeitsplatz die Entwicklung psychischer Symptome bedingen und die Aufrechterhaltung begünstigen können, stellen die Arbeit und die allgemeine Berufstätigkeit auch eine Quelle der Lebenszufriedenheit und damit eine potenzielle Ressource dar. Gemeinsam mit den Betroffenen werden in der ersten Therapiephase des Motivationsaufbaus daher die psychosozialen Funktionen der Arbeit (→ Abb. 1) erarbeitet. Dieser Schritt fördert zudem die Aufmerksamkeitsfokussierung auf Annäherungsziele (anstatt Vermeidungsziele) bei der Therapiezielformulierung.

In der zweiten Therapiephase der Informationsvermittlung wird ein individuelles Störungsmodell erarbeitet. Neben den psychischen Symptomen wird das Modell mit

## BEISPIELE FÜR SELBSTINSTRUKTIONEN

- „Was ist der nächste (Teil-)Schritt?“
- „Das machst du sehr gut!“
- „Jetzt wird es schwierig, aber ich gebe mir Mühe!“
- „Geschafft! Das habe ich fertiggestellt!“
- „Das habe ich gut gemacht, wenn ich meine [Symptome] dabei berücksichtige!“
- „Mängel sind menschlich.“
- „Wann mache ich eine Pause?“

arbeitsplatzbezogenen Belastungen, die als ursächliche sowie aufrechterhaltende Faktoren identifiziert werden, ergänzt. Dabei wird die oder der Betroffene angeleitet, die erlebten Belastungen zunächst nach persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Faktoren zu differenzieren und anschließend für jeden genannten Aspekt das Ausmaß der Wichtigkeit sowie persönlichen Beeinflussbarkeit anzugeben. Es gibt verschiedene individuelle, soziale sowie organisatorische Risiko- und Schutzfaktoren, die die Erkrankungswahrscheinlichkeit erhöhen beziehungsweise reduzieren (→ Tabelle 1).

Als zentraler, individueller Schutzfaktor wird vor allem die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung expliziert, die die individuelle Überzeugung der Betroffenen beschreibt, unerwartete oder schwierige berufliche Belastungssituationen mithilfe der eigenen Kompetenzen zu bewältigen, respektive sich diese zumindest zutrauen (Bode et al. 2017). Das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz kann mit der Return-to-Work Self-Efficacy Scale (Lagerveld et al. 2010; dt.Version: Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, ERA; Brackmann u. Kröger 2013) erfasst werden. Es hat sich gezeigt, dass eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich einer Rückkehr an den Arbeitsplatz die Wiederaufnahme der Arbeit begünstigt (Lagerveld et al. 2010). Außerdem beeinflussen die arbeitsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen die Motivation, die Anstrengung und das Durchhaltevermögen, mit denen Aufgaben und Ziele verfolgt werden und wirken sich somit positiv auf die Wahrscheinlichkeit von Erfolgen aus (Bode et al. 2017).

Neben dem Einbezug von oben genannten Risiko- und Schutzfaktoren werden auch die Wechselwirkungen zwischen der

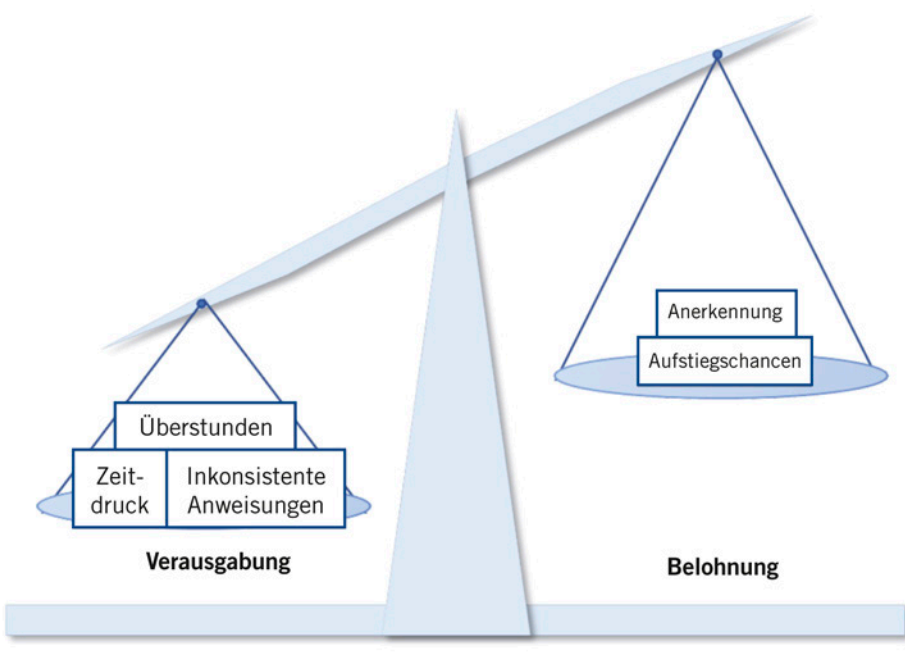
Dieses Dokument dient ausschließlich dem persönlichen Gebrauch! – Weitergehende Rechte bitte anfragen unter: nutzungsrechte@asu-arbeitsmedizin.com

**Tabelle 1:** Beispiele für Risiko- und Schutzfaktoren in der Arbeitswelt (adaptiert nach Bode et al. 2017; eine vollständige Auflistung findet sich bei Bode et al., S. 14)

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<b>Individuell</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– fehlende oder dysfunktionale Strategien zur Stressbewältigung</li> <li>– Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Arbeitsproblemen</li> <li>– Schwierigkeiten „nein“ zu sagen</li> <li>– Gratifikationskrisen sowie hohe Verausgabungsneigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– (arbeitsbezogene) Selbstwirksamkeit</li> <li>– internale Kontrollüberzeugungen (z.B. „Wenn ich mich anstrengte, werde ich Erfolg haben!“)</li> <li>– funktionale oder flexible Stressbewältigungsstrategien</li> <li>– fachliche Kompetenzen</li> </ul>
<b>Sozial</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– mangelnde Anerkennung und Wertschätzung</li> <li>– Konflikte mit Führungskräften, im Kollegenkreis, mit der Kundschaft</li> <li>– Mobbing und Ausgrenzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– positive Arbeitsatmosphäre</li> <li>– soziale Unterstützung</li> <li>– positives Feedback und Anerkennung</li> </ul>
<b>Organisatorisch</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Über-/Unterforderung durch Umfang oder inhaltliche Anforderungen der Aufgaben</li> <li>– unklare Rollendefinition/-konflikte</li> <li>– Arbeitsbelastungen (z.B. Lärm, Gerüche)</li> <li>– mangelnde Einflussmöglichkeiten</li> <li>– Arbeitsunterbrechungen</li> <li>– Arbeitsplatzunsicherheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Handlungsspielräume</li> <li>– vielfältige Aufgaben</li> <li>– Weiterbildungsmöglichkeiten</li> <li>– flexible Arbeitszeitgestaltung</li> <li>– Möglichkeit zur kreativen Entfaltung</li> </ul>

durch Führungskräfte oder Gehalt), können Gratifikationskrisen ausgelöst werden, die das Risiko erhöhen zu erkranken. Dabei stellt die intrinsische Verausgabung, das heißt eine hohe Verausgabungsneigung, bei einem gleichzeitig starken Motiv nach Anerkennung, einen zusätzlichen Risikofaktor für die Entstehung von (psychischen) Störungen dar (Bode et al. 2017). Mit dem Effort-Reward-Imbalance-Fragebogen (ERI; Siegrist et al. 2009) können solche Gratifikationskrisen und die persönlichkeitspezifische berufliche Verausgabungsneigung erhoben werden. Psychoedukativ kann das Modell beruflicher Gratifikationskrisen durch eine Waage veranschaulicht werden (→ **Abb. 2**; adaptiert nach Bode et al. 2017).

Darüber hinaus kann die Betrachtung des Verhältnisses zwischen Arbeitsanforderungen (z.B. Zeitdruck, Aufgabenschwierigkeit und -komplexität) und Handlungs- und Kontrollspielräumen (z.B. Entscheidungs-



**Abb. 2:** Waage-Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (adaptiert nach Bode et al. 2017)

Arbeits(platz-)situation und der erwerbstätigen Person berücksichtigt. So erklärt das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) die Entstehung von psychosomatischen Störungen und Herz-Kreislauf-erkrankungen mit einem Ungleichgewicht zwischen der subjektiv erlebten Verausgab-

ung am Arbeitsplatz und der Belohnung für den betriebenen Aufwand. Leisten Erwerbstätige beispielsweise viele Überstunden, arbeiten unter Zeitdruck und sehen sich hohen Anforderungen gegenübergestellt, erleben gleichzeitig aber eine geringe Belohnung (z.B. in Form von Anerkennung

Dieses Dokument dient ausschließlich dem persönlichen Gebrauch! – Weitergehende Rechte bitte anfragen unter: nutzungsrechte@asu-arbeitsmedizin.com

freiheiten, Initiative, Eigenverantwortung) aufschlussreiche Informationen für die Diagnostik und Behandlung liefern. Gemäß dem Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek u. Theorell 1990) gibt es dabei vier Arten von Tätigkeiten, die mit einem unterschiedlichen Ausmaß psychischer Belastung einhergehen können (→ **Abb. 3**). Hoch beanspruchende Tätigkeiten (hohe Anforderungen bei gleichzeitig geringen Handlungsspielräumen) bergen das größte Risiko für die Entwicklung psychischer und körperlicher Beschwerden. Hohe Anforderungen gehen jedoch nicht per se mit stärkerer Belastung einher – ein gleichzeitig hoher Handlungsspielraum und soziale Unterstützung (z.B. durch Kolleginnen und Kollegen und Führungskräfte) können als so genannte „Puffer“ von negativen Wirkungen fungieren.

### Wiedereingliederung

In der dritten und letzten Therapiephase dient ein Wiedereingliederungsplan der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. In diesem Baustein bedarf es einer Abstimmung mit betrieblichen Kooperationspartnern (z.B. Führungskräfte, Betriebsrat, Beauftragte des betriebliche Eingliederungsmanagements (BEM), Arbeitsmedizin), um einen Wiedereinstieg gemäß eines zuvor erarbeiteten Stufenplans vorzubereiten. In diesem Plan sind die Schritte für eine abgestimmte (Wieder-) Aufnahme der Arbeitsaufgaben, einschließlich der täglichen maximalen Arbeitsdauer, schriftlich niedergelegt. Der Prozess der Wiedereingliederung wird dabei psychotherapeutisch begleitet, indem antizipierte oder aufgetretene Probleme bei der Ausführung der Aufgaben besprochen und soziale Fertigkeiten in Rollenspielen eingeübt werden. Indikationsabhängig werden ferner z.B. akzeptanzbasierte Techniken oder Problemlöse- und Selbstinstruktionstrainings eingesetzt. Beispielsweise profitieren einige Betroffene davon, ihren inneren Dialog (Selbstverbalisation) zu beobachten und durch Selbstinstruktionen anzureichern (s. Infokasten).

Andere erleben bei der Wiedereingliederung eine Aktivierung von Erlebens- und Verhaltensmustern, die zwar lerngeschichtlich nachvollziehbar, nicht aber adaptiv beziehungsweise funktional sind. Dabei kann es wichtig werden, zunächst eine Repräsentation dieser Muster zu erarbeiten und die emotionalen Assoziationen durch kognitive sowie emotionsfokussierte Techniken



**Abb. 3:** Vier-Felder-Schema des Anforderungs-Kontroll-Modells von Karasek und Theorell (1990)

(z.B. Imaginationen und Stuhldialoge) zu lockern.

### Störungsspezifische Therapieansätze am Beispiel arbeitsplatzbezogener Ängste

Psychische Störungen (z.B. Angststörungen, Depression), die im Zusammenhang mit der Arbeit berichtet werden, sind weit verbreitet. In psychosomatischen Einrichtungen, wie Rehabilitationskliniken, geht die Forschung von einem Prozentsatz von ca. 60% der Patientinnen und Patienten aus, die von arbeitsplatzbezogenen Angststörungen berichten. Hieraus entwickeln sich meist komorbide depressive Symptomatiken (Bode et al. 2017). Sie können in verschiedenen Formen, z.B. als Bewertungsängste vor dem Kollegenkreis und Führungskräften, als Sorgen vor eigenen Fehlern oder vor Beschwerden der Kundschaft auftreten. Im Allgemeinen ist die Struktur von Arbeitsplätzen mit angstauslösenden Reizen assoziiert: Die kollegiale Zusammenarbeit birgt beispielsweise ein ständiges Konfliktpotenzial durch offen ausgetragene oder latent versteckte Anstrengungen um Status und Anerkennung. Arbeitsplatzunsicherheit kann ferner zu einer dauerhaft empfundenen Bedrohung der eigenen Existenz führen. Zudem geht die

Ausübung bestimmter Berufe (z.B. Rettungs- und Pflegekräfte) mit einem realen Bedrohungspotenzial einher. Unabhängig von den im Einzelfall unterschiedlichen Ursachen und Inhalten der Ängste, tendieren Betroffene in der Regel zu einer Vermeidung der angstauslösenden Reize. Im Arbeitskontext kann dies im Extremfall dazu führen, dass die Ausübung der Tätigkeit nicht mehr möglich ist und das Fernbleiben von der Arbeit, z.B. eine Kündigung aufgrund von zu hohen Fehlzeiten, zur Folge hat. Bei der Behandlung von arbeitsplatzbezogenen Ängsten kommen verschiedene Interventionen zum Einsatz (→ **Tabelle 2**). Eine betriebliche Wiedereingliederung bedarf einer Begleitung mit hochfrequenter Psychotherapie, damit einem Abbruch der Maßnahme entgegengewirkt werden kann.

### Wirksamkeit arbeitsplatzbezogener Psychotherapie

Empirische Untersuchungen liefern Hinweise für die Wirksamkeit arbeitsplatzbezogener kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen hinsichtlich der Reduktion von psychischen Symptomen und Arbeitsfehlzeiten. Eine in Deutschland durchgeführte kontrollierte Studie (Kröger et al. 2015) deutet darauf hin, dass sich die arbeits-

Dieses Dokument dient ausschließlich dem persönlichen Gebrauch! – Weitergehende Rechte bitte anfragen unter: nutzungsrechte@asu-arbeitsmedizin.com

**Tabelle 2:** Interventionen zur Behandlung von arbeitsplatzbezogenen Ängsten

Intervention	Beschreibung
<b>Verhaltensexperimente</b>	<p>Ziel von Verhaltensexperimenten ist die Überprüfung des Realitätsgehalts von Überzeugungen der Patientin/des Patienten über die Konsequenzen ihres/seines Verhaltens. Dafür werden die antizipierten Auswirkungen eines bestimmten Verhaltens in einer bestimmten Situation erarbeitet. Anschließend setzt die oder der Betroffene entweder selbst aktiv das jeweilige Verhalten ein, befragt andere Personen zu der entsprechenden Situation oder beobachtet sie dabei. Indem das Ergebnis des Experiments mit der ursprünglichen Vorhersage verglichen wird, findet eine Neubewertung und gegebenenfalls Veränderung der Überzeugungen bei der Patientin/dem Patienten statt.</p> <p>Beispiele für Experimente bei sozialen Ängsten:            Einer Kollegen/einem Kollegen zulächeln, sich an den Mittagstisch zum Kollegenteam setzen. Kolleginnen oder Kollegen um Hilfe bei einer Aufgabe bitten oder ein Gespräch über das Wochenende beginnen.</p>
<b>Rollenspiele</b>	<p>Rollenspiele können durchgeführt werden, um den Einsatz von Fertigkeiten situations-typisch aufzubauen beziehungsweise anzupassen, so dass sie später in angstbesetzten Situationen (z.B. während eines Vortrags oder Gesprächs mit Vorgesetzten) anwendbar sind. Zunächst wird das Ziel der Rollenspielübung formuliert. Dafür kann die Klassifikation von Situationstypen sozialer Kompetenzen (Hinsch u. Pfingsten 2015) genutzt werden. Dabei wird unterschieden zwischen drei Situationstypen: 1) Recht durchsetzen und Forderungen stellen, 2) Bedürfnisse in Beziehungen ausdrücken und 3) Kompromisse finden, um Sympathie werben und Kontakt herstellen, die eine Einordnung der individuellen Situation und die Klärung passender Ziele erleichtern. Während der Übungen wird funktionales Verhalten durch die Therapeutin/den Therapeuten kontingent verstärkt. Außerdem können Soufflieren und Prompting eingesetzt werden, um zielgerichtetes Verhalten durch verbale wie nonverbale Hilfestellungen der Therapeutin/des Therapeuten zu fördern.</p> <p>Beispiele für Übungssituationen im Arbeitsalltag:            Abgrenzung üben (z.B. „Nein“ sagen bei unbeliebten Arbeitsaufgaben oder kurzfristigen Vertretungen am Wochenende). Kolleginnen oder Kollegen um das Unterlassen von störenden Gerüchen und Geräuschen bitten (z.B. Essen am Arbeitsplatz, lautes Abspielen von Sprachnachrichten und Videos).</p>
<b>Exposition in sensu/in vivo</b>	<p>Um eine Habituation (Gewöhnung) an die angstauslösenden Situationen zu erreichen, wird eine Konfrontationsbehandlung durchgeführt. Dafür werden zunächst mithilfe einer Verhaltensanalyse die konkreten angstauslösenden Reize identifiziert. Danach wird eine Angsthierarchie erstellt, indem die Reize anhand ihrer Angstintensität eingeordnet werden. Anschließend werden – zunächst beginnend mit einem Reiz, der als mäßig angstauslösend bewertet wurde (z.B. Büro der Führungskraft betreten) – Übungen geplant und durchgeführt, bei denen die betroffene Person zunächst in der gedanklichen Vorstellung (in sensu) und anschließend in der tatsächlichen Situation am Arbeitsplatz (in vivo) mit dem jeweiligen Reiz konfrontiert wird. Ob eine Übung in vivo stattfinden kann, hängt davon ab, inwiefern der Arbeitsplatz im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung zugänglich ist (ggf. sind Rücksprachen mit dem Unternehmen, der Führungskraft oder der Arbeitsmedizin erforderlich). Sobald die Exposition des mäßig angstauslösenden Reizes kaum mehr Angstsymptome auslöst, kann die Angsthierarchie weiter abgearbeitet beziehungsweise die Patientin oder der Patient stetig steigend weiter exponiert werden.</p> <p>Im spezifischen Fall der Arbeitsplatzphobie ist zu berücksichtigen, dass bei jeglicher Art der Thematisierung der Arbeit bereits eine Konfrontation beim Betroffenen erfolgt. Dies erfordert eine besondere therapeutische Sensibilität beziehungsweise zeitrestriktive Steuerung von thematisch aversiven Arbeitsinhalten.</p> <p>Beispiele für Expositionsübungen bei einer Zwangsstörung:            E-Mail vor dem Verschicken nur einmal kontrollieren oder erst zwei Stunden nach dem Empfang einer E-Mail antworten. Schreibtisch zum Feierabend nicht aufräumen, absichtliche Unordnung im Büro hinterlassen, nur einmal auf geschlossene Fenster und abgeschlossene Schränke/Türen prüfen.</p>
<b>Methoden zur Entspannung am Arbeitsplatz</b>	<p>Entspannungsmethoden am Arbeitsplatz können bei Angststörungen eingesetzt werden, wenn ein erhöhtes Stresserleben beispielsweise zu starker Nervosität, innerer Unruhe, muskulären Anspannungen mit chronischen Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen führt.</p> <p>Beispiele für Methoden zur Entspannung:            Progressive Muskelentspannung beziehungsweise Ganzkörper-Kurzentspannung (Kaluza 2011), aktive Bewegungspausen, Atemübungen.</p>

platzbezogene kognitive Verhaltenstherapie (A-KVT) in der Behandlung von unipolarer Depression im ambulanten Setting bezüglich der Symptomreduktion als genauso wirksam darstellt wie herkömmliche KVT ohne Arbeitsplatzbezug. Darüber hinaus führte die A-KVT zu einer stärkeren Reduktion der Fehltagelast am Arbeitsplatz als herkömmliche KVT und nach einem Ein-Jahres-Intervall war ein größerer Anteil der Betroffenen in der A-KVT Gruppe arbeitsfähig als in der KVT Gruppe. Eine aktuelle Metaanalyse (Finnes et al. 2019) deutet ferner darauf hin, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen mit Arbeitsplatzfokus bei Erwerbstätigen mit Angst-, Anpassungs- und depressiven Störungen die krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten reduzieren. Eine andere Metaanalyse (Nigatu et al. 2017) zeigte eine Verkürzung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit um 13 Tage bei arbeitsplatzorientierten Interventionsbedingungen im Vergleich zu den Kontrollbedingungen. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit arbeitsplatzbezogener Interventionen im Gruppensetting. Patientinnen und Patienten einer medizinisch-psycho-somatischen Klinik, die an einem Gruppentherapieprogramm für Stressbewältigung am Arbeitsplatz teilnahmen, zeigten – im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, die eine herkömmliche symptomorientierte Therapie erhielten – drei Monate nach der Beendigung der stationären Behandlung eine weniger starke Abnahme der Erwerbstätigkeit, eine günstigere Einschätzung ihrer beruflichen Perspektive sowie ein geringeres Rentenbegehren (Koch et al. 2006).

### Fazit für die Praxis

Einer arbeitsplatzbezogenen Psychotherapie stehen – wie bei psychotherapeutischen Behandlungen im Allgemeinen – oftmals eine mangelnde Übersichtlichkeit des Versorgungssystems sowie lange Wartezeiten auf Therapieplätze im Wege, die die spezifische sowie zeitgerecht adäquate Versorgung Betroffener erschweren. Daraus folgen neben möglichen Chronifizierungen von psychischen Störungen ebenso lange Arbeitsunfähigkeitszeiten (BPTK 2015).

Im Rahmen eines interdisziplinären Versorgungsprojekts, gemeinsam mit universitären Psychotherapieambulanzen, Betriebskrankenkassen und Betrieben aus der metallverarbeitenden Industrie, lag die



Digitalisierung, Fachkräftemangel und Arbeitsverdichtung prägen die moderne Arbeitswelt und erhöhen das Risiko arbeitsplatzbezogener psychischer Erkrankungen

Wartezeit zwischen der Anmeldung von psychisch auffälligen Erwerbstätigen und der diagnostischen Ersteinschätzung während einer so genannten diagnostischen Beratung (DB) bei zwei Wochen (Bode et al. 2016) und somit deutlich unter der durchschnittlichen Wartezeit bis zum psychotherapeutischen Erstgespräch von 16 Wochen (BPtK 2011). Außerdem nahmen mehr als 90% der Erwerbstätigen, die eine DB in Anspruch nahmen und bei denen eine Psychotherapie indiziert war, das Angebot einer ambulanten Weiterbehandlung an. Dies macht deutlich, dass eine verstärkte Inanspruchnahme von Psychotherapie sowie eine lückenlose Versorgung über entsprechende Angebote (z.B. durch interdisziplinäre Kooperationspartnern) erreicht werden können. Im Rahmen des Versorgungsprojektes erhielten die Beschäftigten, die am jährlich stattfindenden Gesundheitscheck teilnahmen und bei denen ein Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung festgestellt wurde, von der Arbeitsmedizin Informationen über das Angebot einer DB in einer Psychotherapieambulanz. Das geschulte Fallmanagement der zuständigen Betriebskrankenkassen bereitete dann die Kontaktaufnahme seitens der interessierten Beschäftigten zur Psychotherapieambulanz vor. Die Teilnahme an der DB war dabei in jedem Fall freiwillig.

Für die wirksame Umsetzung von AbA bedarf es einer engen Vernetzung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapieambulanzen und ambulanten Praxen, Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner sowie den Leistungsträgern (Kröger u. Leineweber 2018). Schulungsmaßnahmen können dazu beitragen, dass Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner Gesprächsführungstechniken ausbauen und für psychische und psychosomatische Störungen sensibilisiert werden. Darüber hinaus muss der Informationsaustausch zwischen den interdisziplinären Kooperationen durch ein Qualitätsmanagement begleitet sein, das – neben den allgemeinen Datenschutzverordnungen – die Freiwilligkeit sowie Anonymität der Betroffenen gewährleistet, so dass keine arbeitsbezogenen Nachteile für die Beschäftigten entstehen (z.B. Schutz durch getrennt von der Personalakte geführte BEM-Akten oder durch individuell ausgewählte Schweigepflichtsentsbindungen). Die Etablierung sowie (Prozess-)Evaluation interdisziplinär strukturierter, arbeitsplatzbezogener Behandlungsangebote kann dabei ein erster Schritt sein, um die Versorgung von Erwerbstätigen mit psychischen Störungen zu verbessern. ■

**Interessenkonflikt:** Das Autorenteam gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Literatur

Bode K, Wunsch E, Maurer F, Kröger C: Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 235–241.

Bode K, Finger F, Kröger C: Arbeitswelt und psychische Störungen. Göttingen: Hogrefe, 2017.

Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, Dahl J, Nager A, Öst LG: Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch of Occup Environ Health* 2019; 92: 273–293.

Kröger C: Arbeitsplatzbezogene Psychotherapieansätze. In: Rief W, Schramm E, Strauss B (Hrsg.): *Psychologische Psychotherapie – Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch*. München: Elsevier, 2020 (im Druck).

Kröger C, Bode K, Wunsch EM, Kliem S, Grochowski A, Finger F: Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: preliminary findings of a controlled matched study. *J Occup Health Psychol* 2015; 20: 248–258.

Kröger C, Leineweber B: Interdisziplinäre Versorgung psychisch erkrankter Arbeitnehmer. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2018; 53: 771–773.

Nigatu Y T, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K et al.: Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2016; 46: 3263–3274.0

**Eine ausführliche Literaturliste mit weiterführenden Quellen kann auf der ASU-Homepage beim Beitrag eingesehen werden ([www.asu-arbeitsmedizin.com](http://www.asu-arbeitsmedizin.com)).**

## WEITERE INFOS

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer: BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. *Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK*. Stand: 2011 [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20110622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf)



BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer: BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Stand: 2015 [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150305\\_bptk\\_au-studie\\_psychische-erkrankungen\\_und\\_krankengeldmanagement.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150305_bptk_au-studie_psychische-erkrankungen_und_krankengeldmanagement.pdf)



DRV – Deutsche Rentenversicherung: *Statistiken und Berichte*. Berlin 2019 [www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte)

