

Raus aus der Klinik, rein ins Leben

Überlegungen zum Entlassungsmanagement nach stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung

Ute Engelbach und Rolf Haubl

Durch die Änderungen im § 39 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) wurde »Entlassungsmanagement« zu einem ausdrücklichen und einklagbaren Bestandteil einer Krankenhausbehandlung. Das Versorgungsgesetz begründet darüber hinaus einen Anspruch von Patienten, professionelle Unterstützung bei der Nachsorge zu erhalten, insbesondere was die Fortsetzung des in der Klinik begonnenen therapeutischen Prozesses im ambulanten Bereich betrifft. Als Ziel für ein Entlassungsmanagement – häufig dem Terminus »Pflegeüberleitung« gleichgestellt – gilt im Allgemeinen, eine zeitige Rückkehr in das häusliche Umfeld zu ermöglichen, erforderlichenfalls mit ambulanter Pflege und Betreuung.

Für einen nahtlosen Übergang bedarf es einer umfassenden, frühzeitig einsetzenden sektorenübergreifenden Planung, um die Kontinuität der Behandlung und Betreuung sicherzustellen. Zwar bedürfen Patienten nach einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zumeist keiner ambulanten Pflege oder Betreuung, trotzdem scheint eine verbesserte Art der Hilfestellung vonnöten. Da die betroffenen Patienten nach einem stationären oder teilstationären Klinikaufenthalt meist nicht »geheilt«, sondern »antherapiert« entlassen werden, ist damit zu rechnen, dass sich an der Schnittstelle die verbliebene psychische Vulnerabilität manifestiert.

Entlassungsmanagement bei dieser Patientengruppe hat mindestens drei Aspekte:

- (a) weitere psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung des Patienten;
- (b) seine alltägliche Lebensführung;
- (c) seine Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit:
 - c.1: Rückkehr auf denselben Arbeitsplatz, gegebenenfalls mit veränderten Arbeitsbedingungen;
 - c.2: Rückkehr auf einen anderen Arbeitsplatz bei demselben Arbeitgeber;
 - c.3: Wechsel zu einem neuen Arbeitgeber;
 - c.4: Eintritt in eine kündigungsbedingte (vorübergehende) Arbeitslosigkeit und Arbeitssuche, wobei die Kündigung entweder durch den Arbeitgeber oder durch den Arbeitnehmer erfolgt;
 - c.5: Ausscheiden aus dem Erwerbsleben: Frühberentung.

In unserer Untersuchung berichten die befragten Patienten vor allem über Schnittstellenprobleme zwischen Klinik und ambulanter Therapie (a) sowie zwischen Klinik und Rückkehr an den Arbeitsplatz (c.1, c.2). Vor dem Hintergrund dieses Befundes soll im Folgenden über idealtypische Lösungen dieser Probleme nachgedacht werden.

1. Die weitere psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung des Patienten

1.1 Probleme an der Schnittstelle ambulant/stationär

Die Abgrenzung zwischen stationärer und nicht stationärer Behandlung ist im deutschen Recht fest verankert. Ein Krankenhaus darf lediglich in einem engen gesetzlichen Rahmen vorstationär (fünf Tage vor Aufnahme) und nachstationär (zwei Wochen nach Entlassung) behandeln. Eine mögliche Entschärfung der daraus resultierenden Schnittstellenproblematik könnte darin bestehen, diese strikte Abgrenzung zu lockern und die vor- und nach-stationären Behandlungsmöglichkeiten für die Therapeuten in den Kliniken auszuweiten. Ebenfalls sollte es für psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen die Möglichkeit geben, Ambulanzen ähnlich den Psychiatrischen Institutsambulanzen einzurichten.

Dies böte für viele Patienten eine Chance auf eine nachhaltigere Versorgung, besonders dann, wenn sie kurzfristige therapeutische und ärztliche

Untersuchungen und Behandlungen benötigen oder aufgrund erschwerender Umstände keinen niedergelassenen Behandler finden. Eventuell könnte auch eine sektorenintegrierende Versorgung geleistet werden. Die Möglichkeit zur Einrichtung psychosomatischer Institutsambulanzen wurden durch die Veränderungen im Rahmen des PEPP-Entgeltsystems¹ eingeleitet und bereits gesetzlich verankert (§ 118 Abs. 3 SGB V).

Idealerweise hat der Kliniktherapeut seinen Patienten über dessen (mögliche) Anschlussbehandlungen gut informiert (kognitiv) und die Trennung von ihm besprochen (emotional). Kehrt ein Patient zu seinem ambulanten Therapeuten zurück, der ihm den Klinikaufenthalt empfohlen hat, oder steht der ambulante Therapeut bereits fest, der die Nachbehandlung übernimmt, wäre ein gleitender Übergang denkbar: Der Patient nimmt die Nachbehandlung bereits auf, während die stationäre oder teilstationäre Therapie noch läuft (vgl. Huber 1997).

Konkurrenzthemen, die zwischen der Klinik und dem niedergelassenen Therapeuten bestehen könnten, sollten antizipiert und reflektiert werden. So haben niedergelassene Psychotherapeuten abgeschlossene Weiterbildungen, oft viele Jahre Berufserfahrung, während in Kliniken zum Teil weniger erfahrene Kollegen tätig sind. Dafür wännen diese sich auf dem neuesten wissenschaftlichen und behandlingstechnischen Stand, während aus ihrer Sicht die niedergelassenen Therapeuten von überholtem Wissen zehren. Während Kliniktherapeuten die Patienten den ganzen Tag erleben, zudem die Möglichkeit haben, die verschiedenen interdisziplinären Sichtweisen zu integrieren, sehen die Psychotherapeuten im ambulanten Bereich aufgrund des Settings die Patienten nur eine, selten mehrere Stunden pro Woche. Dafür erleben niedergelassene Therapeuten die Patienten unmittelbar in deren Alltag und über einen längeren Zeitraum, was es ihnen erlaubt, Verläufe zu rekonstruieren und zu berücksichtigen.

Offensichtlich gibt es konträre Auffassungen über die geeigneten Behandlungsmethoden, ob eher methodenzentriert oder patienten- und problemzentriert, und ebenfalls darüber, welche Thematik in der Klinik fokussiert werden soll.

»Sie reichen von »Vergangenheit aufarbeiten« bis hin zur Beschränkung auf die Stabilisierung in der aktuellen Konfliktsituation. Niedergelassene Kollegen sagen

1 | PEPP: Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik.

beispielsweise: Aus einer bestimmten Klinik kommen die Patienten in einem offenen, gut ansprechbaren Zustand, man kann mit ihnen ambulant sehr gut weiterarbeiten. Über eine andere Klinik sagen sie: Von dort kommen Patienten sehr regrediert und durcheinander, das gehört wohl zu deren Konzept [...] Oder sie beklagen sich über den ›Psychojargon‹ und rationalisierende Pseudo-Einsichten, die Patienten während des Klinikaufenthalts annähmen.« (Piechotta 2000, S. 31 f.)

Hinter all diesen wechselseitigen Zuschreibungen kann sich eine grundlegende Konkurrenz der Professionellen verbergen, wer von ihnen den Patienten letztlich besser beurteilen und behandeln kann.

1.2 Die Realität der Wartezeiten

Die Wartezeit auf ein ambulantes psychotherapeutisches Erstgespräch unterscheidet sich laut einer Untersuchung der Bundestherapeutenkammer in den verschiedenen Bundesländern und zwischen Stadt und Land erheblich. In Deutschland müssen über 70 Prozent der Patienten aufgrund der Auslastung psychotherapeutischer Praxen länger als drei Wochen warten, fast ein Drittel muss Wartezeiten von über drei Monaten hinnehmen. Mit längerer Dauer der Wartezeit steigt der Anteil der Therapiebedürftigen, die die Behandlung gar nicht erst beginnen. Sehr lange Wartezeiten erhöhen das Risiko der Progression oder des Rezidivs einer psychischen Erkrankung (BPtK 2011).

Um unzumutbar lange Wartezeiten zu vermeiden, wäre eine Klinik idealerweise in ein Versorgungsnetzwerk eingebunden, das über Kontakte zu relevanten Nachsorgeangeboten verfügt, die sich durch Erfahrung bewährt haben. Denkbar sind ambulante psychotherapeutische Angebote, wie eine poststationäre Einzeltherapie oder eine poststationäre Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten (vgl. von Hacht 2016) oder eine poststationäre Selbsthilfegruppe oder eine PC-gestützte Minimalintervention (vgl. Bauer/Golkaramnay/Kordy 2005). Eine unmittelbar an den Klinikaufenthalt anschließende poststationäre Versorgung könnte auch durch die Einrichtung einer psychosomatischen Institutsambulanz gewährleistet werden, für deren Realisierung wir bereits oben eingetreten sind.

Freilich gibt es Patienten, die partout keinen ambulanten Psychotherapeuten finden oder keinen, der ihnen passt. Das kann Ausdruck einer un-

bewältigten Trennung von der Klinik bzw. dem Kliniktherapeuten sein – entweder depressiv gefärbt, zum Beispiel, weil der Patient die Angst hat, ein »gutes Objekt« auf immer zu verlieren, weshalb er sich als ein Leidender darstellt, der (noch längst) nicht entlassen werden darf, oder mit der aggressiven Botschaft, verstoßen worden zu sein.

1.3 Wie eine Entlassung erfolgreich managen?

Die Durchführung eines expliziten Entlassungsmanagements im Hinblick auf die weitere psychotherapeutische Versorgung erfolgt, soweit bekannt, bisher eher selten. Was wäre wünschenswert?

- In der Klinik wird die poststationäre Zeit, einschließlich einer ambulanten Weiterbehandlung, gemeinsam antizipiert.
- Der Klinikpsychotherapeut spricht mit dem Patienten den erzielten Therapieerfolg sowie den Arztbrief, der deshalb auch entsprechend verständlich und nachvollziehbar geschrieben ist, durch.
- Der Klinikpsychotherapeut kennt die infrage kommenden ambulanten Psychotherapeuten so weit, dass er eine begründete, auf den konkreten Patienten zugeschnittene Empfehlung geben kann.
- Gegebenenfalls bereitet er den Patienten auf eine mehr oder weniger lange Wartezeit vor.
- In der Regel nimmt der Klinikpsychotherapeut dem Patienten nicht die Verantwortung ab, sich selbst um einen ambulanten Therapieplatz zu kümmern. Eine Rundumversorgung würde die Regression fortsetzen, die während des Klinikaufenthalts stattgefunden hat.
- Soweit möglich, wird gemeinsam durchgearbeitet, wie ein Patient seine Entlassung erlebt: mit oder ohne Einsicht in seine »Störung«, die ihn in die Klinik gebracht hat; als Zutrauen seines Therapeuten in seine erzielten therapeutischen Fortschritte; als Ohnmacht seines Therapeuten, ihm wirksam zu helfen; als Flucht aus der Klinik, um sich nicht weiter mit sich beschäftigen zu müssen; als (gemeinsame) Empörung über die Kasse, die nicht bereit ist, eine notwendige Verlängerung des Klinikaufenthalts zu finanzieren; als schmerzlicher Verlust von Halt gebenden Beziehungen.

2. Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz oder auf eine andere Stelle beim selben Arbeitgeber nach einem längeren Klinikaufenthalt geschieht häufig im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung. Wie wichtig deren Gestaltung ist, wird außer durch unsere Ergebnisse auch durch den Befund belegt, dass bei einem Viertel bis einem Drittel der Patienten mit psychischen Erkrankungen der Wiedereingliederungsversuch in dem Sinne misslingt, dass es zu einer erneuten Symptombildung sowie krankheitsbedingten Fehlzeiten kommt (vgl. Prang et al. 2016).

Ein anderes Schnittstellenproblem respektive eine Herausforderung stellt die in Deutschland unterschiedliche Finanzierung der Leistungen dar. Während eine ambulante, stationäre und teilstationäre Versorgung eine Krankenkassenleistung ist, stellen – mit Ausnahme ausgewählter Programme betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) – Psychoedukation, Überlastungserkennung sowie die individuelle Unterstützung im Betrieb durch Betriebsärzte oder psychosoziale Dienste keine solche Leistung dar. Die Wiedereingliederung dagegen betrifft wiederum das Ressort der Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger (vgl. Berger et al. 2013). Eine Sektoren integrierende Begleitung und Betreuung wird so erschwert. Abhilfe könnte die Einrichtung einer zentralen Institution sein, die alle Maßnahmen koordiniert und alle relevanten Informationen sammelt.

2.1 Vorbereitung in der Klinik auf eine Wiedereingliederung

Der Prozess der Wiedereingliederung nach stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung beginnt streng genommen in der Klinik. Ähnlich der gemeinsamen Antizipation einer zukünftigen ambulanten Weiterbehandlung wäre auch eine frühzeitige gemeinsame Antizipation der zu erwartenden Arbeitsplatzbedingungen wichtig. Ob und wie eine solche Antizipation gelingt, hängt nicht zuletzt davon ab, welche Relevanz die Klinik und/oder der einzelne Kliniktherapeut der Erwerbsarbeit als psychogenem Faktor beimessen. In dieser Hinsicht besteht ein deutlicher Nachholbedarf.

So verknüpfen Therapeuten die Arbeitsplatzprobleme, die ihre Patienten berichteten und deren Depression mit verursacht haben könnten, vorschnell mit innerpsychischen Konflikten oder Partnerschaftskrisen. Zugespielt formuliert: Die Thematisierung von erwerbsarbeitsbezogenem Leiden wird ver-

nachlässigt (vgl. Matakas/Rohrbach 2005 sowie den Aufsatz von Sabine Flick, »Das würde mich schon auch als Therapeutin langweilen« – Deutungen und Umdeutungen von Erwerbsarbeit in der Psychotherapie« in diesem Buch).

Dem geht eine entsprechende Vernachlässigung von Erwerbsarbeit in den Ausbildungscurricula von Psychotherapeuten voraus. Die Aussicht auf ein gesundheitspolitisches Engagement, das Psychotherapeuten veranlasst, ihre professionellen Kompetenzen einzubringen, um sich und ihre Standesorganisationen als Sprachrohr gegen krank machende Arbeitsbelastungen zu positionieren, erscheint so zusätzlich erschwert.

Zieht man eine Metaanalyse zu der Wirkung arbeitsplatzbezogener Interventionen bei Patienten mit Depressionen oder Angststörungen zurate (vgl. Joyce et al. 2016), dann zeigt sich, dass spezifische Return-to-Work-Programme im Vergleich mit einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung, zum Beispiel in puncto einer Verringerung von Absentismus sowie einer Steigerung der Produktivität, deutlich überlegen sind. So gesehen, erscheint eine isolierte symptomorientierte Psychotherapie nicht die beste aller Maßnahmen zu sein.

Im Gegensatz zu der weitverbreiteten Annahme, ein erkrankter Mitarbeiter müsse erst vollständig »geheilt« sein, bevor es Erfolg verspreche, seine Wiedereingliederung zu betreiben, legen solche Befunde nahe, bereits in der Therapie spezifische arbeitsplatzbezogene Belastungen zu identifizieren und nach individuell geeigneten Bewältigungsstrategien zu suchen. Dabei kann es zu sekundären Konflikten kommen, etwa dann, wenn eine depressive Symptomatik schneller zurückgeht, als die Arbeitsfähigkeit zunimmt. Wird eine solche Ungleichzeitigkeit missachtet, sind Enttäuschungen vorprogrammiert, sowohl bei dem einzelnen Arbeitnehmer als auch bei seinem Arbeitgeber – Enttäuschungen, die erneut die Belastungen erhöhen und unter Umständen zu einem Rezidiv führen (vgl. Prang et al. 2016). In Anbetracht von Prozessen dieser Art ist es dringlich, sich frühzeitig darauf einzustellen, wobei die Empfehlung lautet, Therapie und Wiedereingliederung nicht zu separieren, sondern so weit wie möglich zu integrieren (vgl. Henderson et al. 2011).

2.2 Zusammenarbeit von Gesundheitssystem und Betrieb

In den letzten Jahren sind erste integrative Projekte als effektiv evaluiert worden: Eine maximal acht Stunden dauernde »Psychosomatische Kurz-

zeittherapie« wurde zum Beispiel als niedrigschwelliges Versorgungsangebot mit einzelnen Betrieben der metallverarbeitenden, der pharmazeutischen Industrie sowie der Versicherungswirtschaft und kooperierenden Krankenkassen konzeptualisiert. Neben der Entwicklung eines stabilen therapeutischen Arbeitsbündnisses und der diagnostischen Einschätzung der präsentierten Beschwerden stellen deren fokaltherapeutische Behandlung bzw. die Überleitung in ein weiterführendes Setting oder in eine problemlösende Unterstützung vor Ort, auch bei einer Wiedereingliederungsmaßnahme, zentrale Bausteine dar (vgl. Hölzer 2012).

Es ist ein »restriktives Modell« denkbar, in dem allein der Betriebsarzt die Indikation zur »Psychosomatischen Sprechstunde« stellt und so zu einem zentralen Akteur wird, oder ein »liberales Modell«, bei dem alle Beschäftigten unabhängig von ihrem aktuellen Bedarf über das Angebot informiert werden und es nachfragen können, sobald ein Bedarf entsteht (vgl. Preiser/Wittich/Rieger 2015). Die Sprechstunden sind ein niedrigschwelliges Angebot, das sich bereits für arbeitsplatzbezogene, aber auch private bzw. persönlichkeitsimmanente Probleme bewährt hat (vgl. Rothermund et al. 2014).

Derartige Sprechstunden werden in den Betrieben, je nach Modellprojekt, maximal zwischen ein und fünf Stunden pro Patient angeboten. Generell belegen die Bewertungen eine hohe Zufriedenheit; grundlegende Kritik wurde kaum geäußert. Eine Schwierigkeit besteht allerdings in der bisherigen ausschließlichen Finanzierung dieser modellhaften Angebote durch die Arbeitgeber, die zumindest zu gewissen Teilen Versorgungsbereiche der Regelversorgung mit abdecken (vgl. Preiser/Wittich/Rieger 2015).

Jenseits solcher Modellprojekte ist in Deutschland ein »Betriebliches Eingliederungsmanagement« (BEM) implementiert, als dessen häufigste Maßnahmen beruflicher Integration – so der Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales – die stufenweise Wiedereingliederung, die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, die Verbesserung der technischen Ausstattung, die Organisation eines Arbeitsversuches und die Verringerung der Arbeitszeit genannt werden (vgl. Niehaus et al. 2008). Psychotherapeutische Unterstützung findet keine Erwähnung, psychologische ausschließlich im Sinne der Primärprävention.

Voswinkel (2016) verweist in diesem Zusammenhang auf die bestehenden Dilemmata, in denen sich die Akteure des BEM insbesondere im Falle psychischer Störungen befinden (vgl. hierzu den Aufsatz von Stephan

Voswinkel, »Betriebliches Eingliederungsmanagement: Verfahren und Problemsichten« in diesem Buch). Zentral ist die Handhabung sensibler Informationen.

»Man kann die Arbeit von der privaten Person nicht trennen; Betroffene müssten eigentlich ihre private Situation transparent machen, um ihr Verhalten in der Arbeit verständlich zu machen. In einer entgrenzten Arbeitswelt mit hohen Anteilen subjektiver Arbeit gilt dieser Zusammenhang umso mehr [...] psychische Belastung durch die Arbeit [wird] erst im Gesamtzusammenhang der psychischen Struktur der Einzelnen verständlich.« (Voswinkel 2016, S. 227)

Grundsätzlich erscheint eine Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Psychotherapeuten vielversprechend. So gibt es Hinweise, dass ein funktionierender Konsiliardienst die Zeit bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz verkürzen und Chronifizierungen vorbeugen kann (z. B. van der Feltz-Cornelis et al. 2010).

Im psychiatrischen Kontext wird in den letzten Jahren ein vor allem aus dem englischsprachigen Raum stammendes Modell erprobt, das als »Peer-Begleitung« bekannt geworden ist. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erhalten einen Begleiter zur Seite gestellt, der kognitive, emotionale und praktische Unterstützung bietet. Dieser »Genesungsbegleiter« ist ein ehemaliger Patient, der entsprechend geschult wurde und gegebenenfalls sogar entlohnt wird. Erste Erfahrungen mit diesem Modell sind positiv (vgl. Bock et al. 2015). Lässt sich ein solches Modell auf die innerbetriebliche Gesundheitsfürsorge übertragen?

3. Utopie für einen gesünderen Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit

3.1 Nicht nur eine Frage der Arbeitszeit

Arbeitnehmer, die nach einem Klinikaufenthalt zurückkehren, mögen so weit wiederhergestellt sein, dass sie sofort oder in absehbarer Zeit arbeitsfähig sind. Das heißt freilich nicht, dass auch schon alle innerpsychischen und vor allem auch die arbeitsplatzbedingten Belastungen beseitigt wären, die zu der krankheitswertigen berufsbiographischen Krise geführt haben. Insofern dürfte eine ideale Wiedereingliederung nicht bei Arbeitszeiten stehen bleiben. Ob sie mehr sein kann, hängt davon ab, ob im Unternehmen

eine Vertrauenskultur besteht. Das heißt: Soll eine Wiedereingliederung mehr sein als eine formelle Maßnahme, die ritualisiert durchgeführt wird, muss ein Arbeitnehmer bereit sein, zu enthüllen, was ihn im Hinblick auf seine Arbeit wirklich bewegt. Das schließt Kritik an den Arbeitsbedingungen ein, die ihn überfordert haben.

Eine solche Selbstenthüllung setzt ein Setting voraus, das dem Arbeitnehmer hinreichend Schutz davor bietet, dass gegen ihn verwendet wird, was er über sich, den Betrieb und seinen Arbeitgeber berichtet. Wer kann den notwendigen Schutz bieten? Geht man davon aus, dass ein Unternehmen ein Wiedereingliederungsteam unterhält, dann ist es geboten, ihm die Aufgabe zu übertragen, ein Vertrauen gewährleistendes Setting zu gestalten. Größe und Zusammensetzung des Teams gehören zu den Erfolgsfaktoren. Denn der Arbeitnehmer darf nicht das Gefühl bekommen, er müsse sich wegen seiner Überforderung, durch die er krank geworden ist, rechtfertigen.

Die Kompetenz, ein entsprechendes Setting zu gestalten, kann bei den Mitgliedern eines Wiedereingliederungsteams nicht wie selbstverständlich vorausgesetzt werden. Vielmehr bedarf es der Schulung einer Gesprächsführung, die dem Anlass angemessen ist, was nicht zuletzt heißt, auf offene und versteckte Disziplinierungsversuche zu verzichten, aber auch die Grenze einzuhalten, die zwischen einer betrieblichen Unterstützung und einer therapeutischen Intervention verläuft. Folglich bedarf es einer Professionalisierung der Maßnahme.

3.2 Neue Wege innerbetrieblicher Gesundheitsfürsorge

Noch wenig erprobt, aber vielversprechend ist das Modell eines betriebsinternen Netzwerks von (geschulten) »Gesundheitsmentoren« (oder auch »Gesundheitscoaches«). Es sollte dem Wiedereingliederungsteam unterstellt sein, das die Aufgabe übernimmt, Mentoren und Mentees zusammenzuführen. Freiwilligkeit ist dabei ein Muss. Ebenso eine Haltung, die man bedingte Parteilichkeit nennen könnte. Bedingt deshalb, weil sich der Arbeitnehmer zwar auf die Verschwiegenheit seines Mentors verlassen können muss, aber nicht erwarten darf, dass dieser ihm Konfrontationen erspart, wenn sie angezeigt sind: Der Mentor garantiert seinem Mentee keinen kritiklosen Schonraum, sondern ist einer realistischen Einschätzung der Ursachen verpflichtet, die den Arbeitnehmer psychisch belasten, seien

es Ursachen, die in den Arbeitsbedingungen liegen, oder solche, die auf seine weiter bestehende psychische Vulnerabilität zurückzuführen sind. Positiv formuliert, hilft er, individuelle Selbstfürsorgestrategien zu entwickeln, die Lehren aus der Vergangenheit ziehen und fortan präventiv wirksam werden. (Vgl. dazu auch Haubl 2013.)

Verfügen Arbeitgeber über ein entsprechendes Mentorennetzwerk, dann können sie es für Personalentwicklung nutzen. Kontinuierliche Netzwerktreffen würden dann zu Orten innerhalb einer »lernenden Organisation«, an denen sich anhand von kumulierten Einzelfällen spezifisches praxisrelevantes Wissen über arbeitsbedingte Risiken für die psychische Gesundheit und deren Verringerung gewinnen lässt.

Literatur

- Berger, Mathias/Gravert, Christian/Schneller, Carlotta/Maier, Wolfgang (2013): Prävention und Behandlung psychischer Störungen am Arbeitsplatz. In: *Der Nervenarzt* 84, H. 11, S. 1291–1298.
- Bauer, Stephanie/Golkaramnay, Valiollah/Kordy, Hans (2005): E-Mental-Health. In: *Psychotherapeut* 50, H. 1, S. 7–15.
- Bock, Thomas/Utschakowski, Jörg/Krämer, Ute Maria/Amering, Michaela (2015): Wohin geht die Reise? Offene Fragen und eine Vision. In: *Nervenheilkunde* 34, H. 4, S. 281–284.
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK, http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf (Abruf am 10.1.2015).
- Haubl, Rolf (2013): »Inseln schaffen ...« Praxis der Selbstfürsorge. In: Haubl, Rolf/Voß, Günter G./Alsdorf, Nora/Handrich, Christoph (Hrsg.): *Belastungsstörung mit System*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 65–79.
- Henderson, Max/Harvey, Samuel B./Overland, Simon N./Mykletun, Arnstein/Hotopf, Matthew (2011): Work and common psychiatric disorders. In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 104, S. 198–207.
- Hölzer, Michael (2012): Psychische Gesundheit im Betrieb. Die psychosomatische Kurzzeittherapie. In: *Psychotherapie im Dialog* 13, S. 52–56.

- Huber, Dorothea (1997): Der stationär-ambulante Übergang von psychosomatisch und psychoneurotisch Erkrankten. In: Hofmann, Peter/Lux, Manfred/Probst, Christian/Steinbauer, Maria/Taucher, Johann/Zapotoczky, Hans G. (Hrsg.): *Klinische Psychotherapie*. Wien: Springer, S. 179–186.
- Joyce, Sadhbh/Modini, Matthew/Christensen, Helen/Mykletun, Arnstein (2016): Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. In: *Psychological Medicine* 46, H. 4, S. 683–697.
- Matakas, Frank/Rohrbach, Elisabeth (2005): Zur Psychodynamik der schweren Depression und die therapeutischen Konsequenzen. In: *Psyche* 59, S. 892–917.
- Niehaus, Mathilde/Magin, Johannes/Marfels, Britta/Vater, Gudrun E./Werkstetter, Eveline (2008): *Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales*. Köln: Universität zu Köln.
- Piechotta, Beatrice (2000): Zur Struktur und Prozessqualität der psychotherapeutischen Versorgung. In: Ruff, Wilfried (Hrsg.): *Heilsame Begnungen. Netzwerke in der stationären Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 29–48.
- Prang, Khic-Houy/Bohensky, Megan/Smith, Peter/Collie, Alex (2016): Return to work outcomes for workers with mental health conditions: A retrospective cohort study. In: *International Journal of the Care of the Injured* 47, S. 257–265.
- Preiser, Christine/Wittich, Andrea/Rieger, Monika A. (2015): Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Gestaltungsformen des Angebots. In: *Gesundheitswesen* 77, S. e166–e171.
- Rothermund, Eva/Gündel, Harald/Kilian, Reinhold/Hölzer, Michael/Reiter, Bernhard/Mauss, Daniel/Rieger, Monika Annemarie/Müller Nübling, Jutta/Wörner, Andreas/von Wietersheim, Jörn/Beschoner, Petra (2014): Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60, S. 177–189.
- van der Feltz-Cornelis, Christina M./Hoedeman, Rob/de Jong, Fransina J./Meeuwissen, Jolanda A.C./Drewes, Hanneke W./van der Laan, Niels C./Adèr, Herman J. (2010): Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders com-

- pared to care as usual. A randomized clinical trial. In: *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment* 6, S. 375–385.
- von Hacht, Jörg (2016): Psychoanalytische Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie als Übergangsraum von der stationären/teilstationären zur ambulanten Psychotherapie. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Gruppenanalyse* 52, H. 1, S. 56–71.
- Voswinkel, Stephan (2016): Betriebliches Eingliederungsmanagement bei psychischen Erkrankungen – Probleme und Verbesserungsbedarf. In: Feldes, Werner/Niehaus, Mathilde/Faber, Ulrich (Hrsg.): *Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag, S. 220–231.

