

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität
Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.*

Ausgabe 13/2009

Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung - Eine empirische Studie -

*Wolfram Schulze, Mainz**

*. Aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Studiengang „Psychosoziale Supervision und Coaching“ wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, Hückeswagen, <mailto:forschung.eag@t-online.de>.)

Dem Text liegt eine Masterthese an der Donau-Universität Krems zugrunde

** Besonderen Dank richte ich an: Dr. Brigitte Schigl für Ihre motivierende, menschlich und fachlich hochkompetente und engagierte Unterstützung. Den Fachkollegen/innen und Klienten/innen Betrieblicher Sozialberatung für ihr Vertrauen und die Beteiligung mit ihrem Experten/innen-Wissen. Lydia Weyerhäuser für Ihre redaktionelle Unterstützung.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Einleitung

1 Psychische Erkrankungen allgemein

1.1 Epidemiologie psychischer Erkrankungen

1.2 Psychische Erkrankungen und Arbeitswelt

1.3 Kosten psychischer Erkrankungen

2 Inanspruchnahmeverhalten und Psychotherapiemotivation

2.1 Klinische Relevanz der Motivation zur Inanspruchnahme von Psychotherapie

2.2 Inanspruchnahmeverhalten

2.3 Psychotherapiemotivation

3 Integrative Therapie zur Motivation

3.1 Motivationspsychologie, Motivation und Motiv

3.2 Das Integrative Welt- und Menschenbild als Grundlage für die Entwicklung von Motiven

3.3 Motivation als Prozess aus Sicht der Integrativen Therapie

4 Psychotherapeutische Versorgung

4.1 Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung

4.2 Prinzipielles Angebot

5 Betriebliche Sozialberatung

6 Konsequenzen der bisherigen Erkenntnisse für die Studie

7 Design, Methodik und Durchführung der Studie

7.1 Ziele

7.2 Fragestellung

7.3 Design

Seite

7.4 Forschungsmethoden

7.4.1 Datenschutz

7.4.2 Methoden der Datenerhebung

7.4.3 Methoden der Datenauswertung

7.4.4 Kritische Methodenreflexion

7.5 Übersicht zur Durchführung der Studie

7.6 Erläuterungen zu den Datenerhebungsinstrumenten

8 Auswertung und Studienergebnisse

8.1 Datengrundlage

8.2 Datenauswertung

8.2.1 Zusammenschau der Daten aus den Antworten der Sozialberater/innen

8.2.2 Zusammenschau der Daten aus den Antworten der Klienten/innen

8.2.3 Antworten auf die Fragestellungen der Untersuchung

8.2.4 Gesamtergebnis, zusammenfassende Dateninterpretation und Ausblick

8.3 Methodenreflexion

9 Fazit

Literaturverzeichnis

Anlagen

ÜBERSICHT ZU DEN ANLAGEN

Anlage 1: Anschreiben für Mitarbeiter/innen bzw. Klienten/innen

Anlage 2: Fragebogen für Mitarbeiter/innen bzw. Klienten/innen

Anlage 3: Anschreiben für betriebliche Sozialberater/innen

Anlage 4: Interview-Leitfaden für betriebliche Sozialberater/innen

Anlage 5: Transkript Interview 1

Anlage 6: Transkript Interview 2

Anlage 7: Transkript Interview 3

Anlage 8: Transkript Interview 4

Anlage 9: Transkript Interview 5

Anlage 10: Transkript Interview 6

Anlage 11: Transkript Interview 7

Anlage 12: Transkript Interview 8

Anlage 13: Transkript Interview 9

Anlage 14: Transkript Interview 10

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Abb. 1	12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen in der EU
Abb. 2	Entwicklung psychischer Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeitstage

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Tabelle 1	Grundlagen der Datenerhebung
Tabelle 2	Zusatzqualifikationen der betrieblichen Sozialberater/innen
Tabelle 3	Häufigkeit der Sozialberatungstermine und Anzahl der Klienten/innen
Tabelle 4	Haltung der Klienten/innen gegenüber Psychotherapie
Tabelle 5	Beschwerden von Aufnahme einer Psychotherapie
Tabelle 6	Einfluss der Sozialberatung auf die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie
Tabelle 7	Aspekte, die Motivationsförderung in der Sozialberatung ermöglichen
Tabelle 8	Angaben zur Psychotherapie
Tabelle 9	Zeitraum der Überlegungen bis zum Psychotherapiebeginn
Tabelle 10	Angaben zu Vorerfahrungen mit Psychotherapie

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung

Abb. – Abbildung

AU-Tage – Arbeitsunfähigkeitstage

bbs e. V. – Bundesfachverband Betrieblicher Sozialberatung eingetragener Verein

BetrVG – Betriebsverfassungsgesetz

BKK – Betriebskrankenkasse

d. h. – das heißt

DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DSM IV – Diagnostical and Statistical Manual for Psychiatric Diseases IV

EBC – des European Brain Council

ECNP – European College of Neuropsychopharmacology

EU – Europäische Union

G.A.F.G. – Gesellschaft zur Förderung arbeitsorientierter Forschung und Bildung e. V.

ICD 10 – Internationale Klassifikation psychischer Erkrankungen 10

Mio. – Million

Mrd. – Milliarde

ÖBVP – Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie

StGB – Strafgesetzbuch

Einleitung

Das Thema der vorliegenden Studie lautet „Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung“. Sie hat als zentrales Anliegen, Antworten auf folgende Fragen zu geben: Wie, wann und mit welchen Auswirkungen motivieren betriebliche Sozialberater/innen Mitarbeiter/innen, die in dem jeweiligen Unternehmen tätig sind und eine psychogene Symptomatik bzw. Erkrankung zeigen, zur Inanspruchnahme von Psychotherapie?

Ein Nutzen der Arbeit kann darin liegen, die Qualität Betrieblicher Sozialberatung in Unternehmen im Hinblick auf Therapiemotivation/ -vermittlung empirisch zu erfassen und zu deren Verbesserung beizutragen, so dass Mitarbeiter/innen, die psychogene Symptome zeigen bzw. psychisch erkrankt sind, früher eine adäquate Behandlung erfahren. Chronifizierung, krankheitsbedingten Kosten und Ausfalltagen könnte so verstärkt entgegengewirkt, Lebens-/ Arbeitskraft möglichst erhalten bzw. schneller wieder hergestellt oder gestärkt werden.

Wie letzteres mittels Integrativer Therapie funktioniert, beschreiben zum Beispiel von Petzold und Heidl in „Psychotherapie und Arbeitswelt (Petzold / Heidl 1983).

Die Integrative Therapie nach Petzold (Petzold 1991,1992,1993) bietet gleichzeitig einen theoretischen Bezugsrahmen für Motive und Motivationen menschlichen Verhaltens an, der sowohl für Klienten/innen bzw. Patienten/innen als auch Sozialberater/innen bzw. Psychotherapeuten/innen zur Motivationsförderung im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie besonders geeignet ist. Im Laufe der Arbeit wird näher darauf eingegangen.

Der Bezug zur bestehenden Fachliteratur hat sich dadurch schwierig gestaltet, dass zwar zur Psychotherapiemotivation eine Reihe Untersuchungen vorliegen, es aber kaum neuere Literatur gibt (ab 2000).

Zur Begründung der Themensetzung seien folgend ein paar inhaltliche Aspekte aufgeführt.

Ein älteres Untersuchungsergebnis zeigt, dass das arithmetische Mittel der Zeit zwischen dem Auftreten einer psychogenen Symptomatik bis zur psychotherapeutischen Behandlung (Psychotherapielatenz) sieben Jahre beträgt (Meyer et al 1991, S.17). Die Psychotherapielatenz ist zum einen durch wichtige

Lösungs- bzw. Behandlungsversuche und persönlich wichtige Erfahrungen der betroffenen Menschen geprägt, was Schuster in einer neueren Untersuchung darlegen konnte (Schuster 2007). Zum andern birgt die Latenzzeit die Gefahr der Verfestigung und Chronifizierung psychischer Störungen/Erkrankungen. Darin ist sich die psychotherapeutische Fachwelt einig. Psychotherapie lindert Leid, heilt Erkrankungen und beugt eben Chronifizierung von Erkrankungen vor. Je früher sie beginnt, umso besser sind die Erfolgsaussichten. (zum Beispiel für die Integrative Gestalttherapie Schiegl 1998, allgemein Lambert und Ogles 2003, neurobiologisch Huether/Ruether 2003 und Schubert/Schiepek 2003)

Gleichzeitig nimmt nur ein Bruchteil der psychisch erkrankten Menschen eine angemessene psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Laut einer repräsentativen Untersuchung von Valentin und Janta (1987) nahmen nur 5% der Menschen mit psychogenen Beschwerden das Experten/innen-System mit psychotherapeutischer Fachkompetenz in Anspruch. 2001 stellten Wittchen und Jacobi fest, dass immerhin schätzungsweise 10% eine adäquate Therapie nach wissenschaftlichen Erkenntnissen erhalten (Wittchen und Jacobi 2001). Die Differenz zu den nicht angemessen behandelten Menschen bleibt enorm. Das bringt unter anderem, wie in der Untersuchung aufgeführt wird, hohe Kosten mit sich.

Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bei psychogen erkrankten Mitarbeiter/innen ist originäre Aufgabe der Betrieblichen Sozialberatung (bbs e. V. 2009), bisher jedoch nicht wissenschaftlich erforscht.

Die vorliegende empirische Studie sucht somit eine „Forschungslücke“ zu füllen, kann im gegebenen Untersuchungsrahmen aber nicht alle Aspekte des Themas aufgreifen.

Eine Auswahl der einschlägigen, wissenschaftlichen Kenntnisstände zum Thema gibt es zu Beginn (Punkte 1 bis 6), gefolgt von der Darstellung des Untersuchungsdesigns (Punkt 7). Die Ergebnisse werden anschließend vorgetragen und zum Abschluss zusammenfassend diskutiert sowie Konsequenzen abgeleitet (Punkte 8 und 9).

1 Psychische Erkrankungen allgemein

In Bezug auf das Thema der vorliegenden Studie „Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung“ werden in diesem ersten Teil der Darstellung ausgewählte Angaben zu psychischen Erkrankungen vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen die Epidemiologie (Punkt 1.1), Zusammenhänge mit der Arbeitswelt und die mit psychischen Erkrankungen verbundenen Kosten (Punkt 1.3). Grund für diese Vorgehensweise ist, dass Psychotherapie von der Sache her meistens indiziert ist, wenn eben eine psychische Erkrankung vorliegt. Unter „Psychischer Erkrankung“ werden in der vorliegenden Arbeit, wenn nicht anders erwähnt, die nach ICD 10 diagnostizierbaren psychischen und Verhaltensstörungen verstanden (DIMDI 2005). *Psychogene Erkrankung* bzw. *psychogene Symptome* lehnt sich an *psychische Erkrankung* an, betont aber die psychische Bedingtheit der Erkrankung bzw. der Symptome.

Zu wissen, wie weit diese Erkrankungen respektive Störungen verbreitet und welche Auswirkungen (im Betrieb) damit verbunden sind, bildet einen Teil der Ausgangssituation, Motivationsarbeit zur Inanspruchnahme von Psychotherapie im Kontext betrieblicher Sozialberatung zu betreiben und ist somit relevanter Aspekt der vorliegenden Studie.

1.1 Epidemiologie psychischer Erkrankungen

Dass es sich bei psychischen Störungen um keine seltenen Erkrankungen handelt, zeigt Abb.1. Darin werden die 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen in der Europäischen Union (EU) prozentual im Median gezeigt. Die Verfasser der Meta-Studie, Wittchen und Jacobi, schätzen anhand der Untersuchungsergebnisse, dass im Laufe eines jeden Jahres 27% der EU-Bevölkerung oder 83 Millionen Menschen mindestens an einer psychischen Störung wie einer Depression, bipolaren Störung, Schizophrenie, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sozialphobie, Panikstörung, Generalisierte Angsterkrankung, Zwangsstörungen, somatoforme Störung oder Demenz leiden. „Das Lebenszeitrisiko, an einer psychischen Störung zu erkranken liegt allerdings mit über 50% der Bevölkerung wesentlich höher“ (Wittchen und Jacobi 2005, S. 1).

Der Krankheitsverlauf kann sich episodisch, von einigen Tagen, Wochen oder Monaten bis zur Chronifizierung (ca. 40% über ein Jahr) erstrecken. (ebenda)

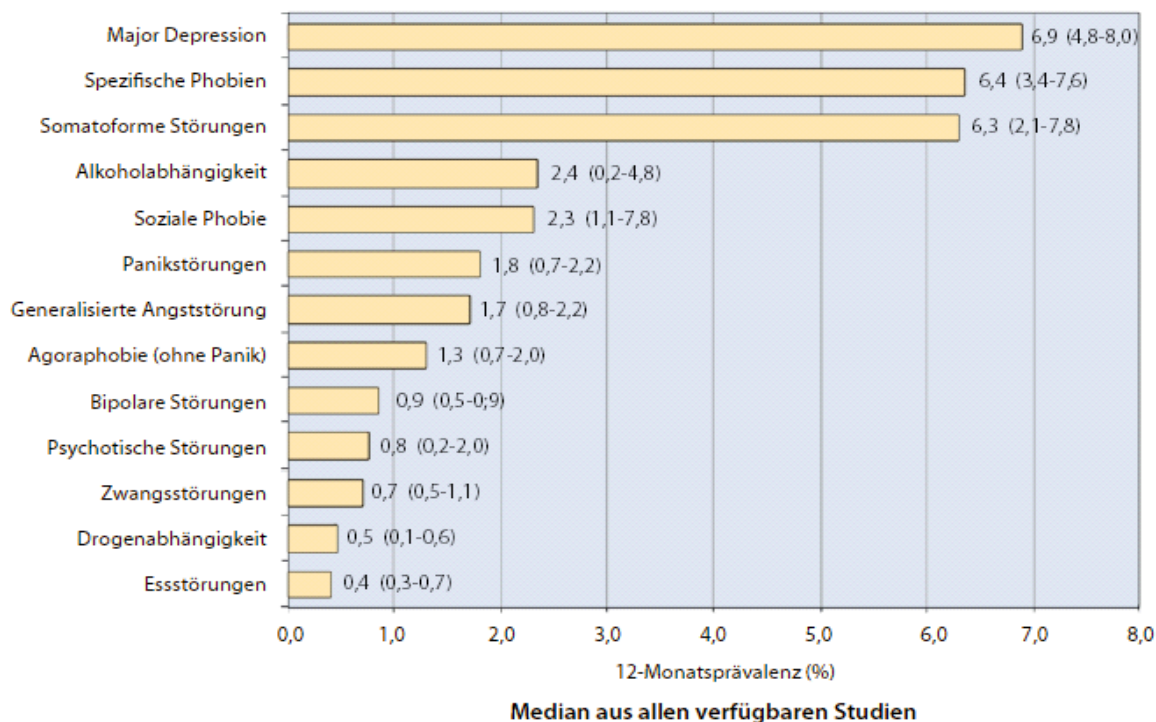


Abb. 1 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen in der Europäischen Union
(Wittchen und Jacobi 2005)

Wie aus der Bundes- Gesundheitssurvey von 1998 hervorgeht, sind allein in Deutschland 32% der erwachsenen Bevölkerung im Alter von 18-65 Jahren innerhalb eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen. Das sind 15,61 Mio. Menschen. Wobei anzumerken ist, dass der Erhebung die strengen Kriterien nach ICD 10 und DSM IV zugrunde lagen. (Wittchen und Jacobi 2001)

Weiter geht aus der Survey hervor, dass 48% der Personen zwei oder mehr psychische Erkrankungsformen aufzeigen. 36% der Befragten stehen in Kontakt mit ambulanten oder stationären psychiatrischen Diensten oder Hausarzt/ Hausärztin. Aber lediglich 10% erhalten schätzungsweise eine adäquate Therapie nach wissenschaftlichen Erkenntnissen. (ebenda)

Vorangegangenen Studien zufolge lag die Häufigkeit psychogener Erkrankungen in der Normalbevölkerung Deutschlands bei ca. 25%. In den deutschen Allgemeinkrankenhäusern und allgemeinärztlichen Praxen beträgt der Anteil psychogen erkrankter Patienten/innen rund 30% - 40%. (Franz 1997, S.14)

1.2 Psychische Erkrankungen und Arbeitswelt

Legt man die Zahlen des Deutschen Gesundheitssurvey vom 1998 zugrunde, würde schätzungsweise ca. jeder/ jede vierte deutsche Arbeitnehmer/in einmal im Jahr psychogen erkranken. Da psychogene Erkrankungen psychodynamisch betrachtet häufig mit Störungen des Selbstwertempfindens und der Beziehungsfähigkeit verbunden sind, kann von einem entsprechend erhöhtem (zwischenmenschlichem) Konfliktpotenzial ausgegangen werden. Leistungseinbußen bis hin zu krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit stellen weitere, erhöhte Risiken für die betroffene Person und den betrieblichen Kontext dar.

Die Abb. 2 zeigt die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage exemplarisch für die Versicherten der Betriebskrankenkassen von 1978 bis 2007 (statistisch betrachtet) aufgrund psychischer Erkrankungen der Mitglieder (Männer, Frauen, gesamt).

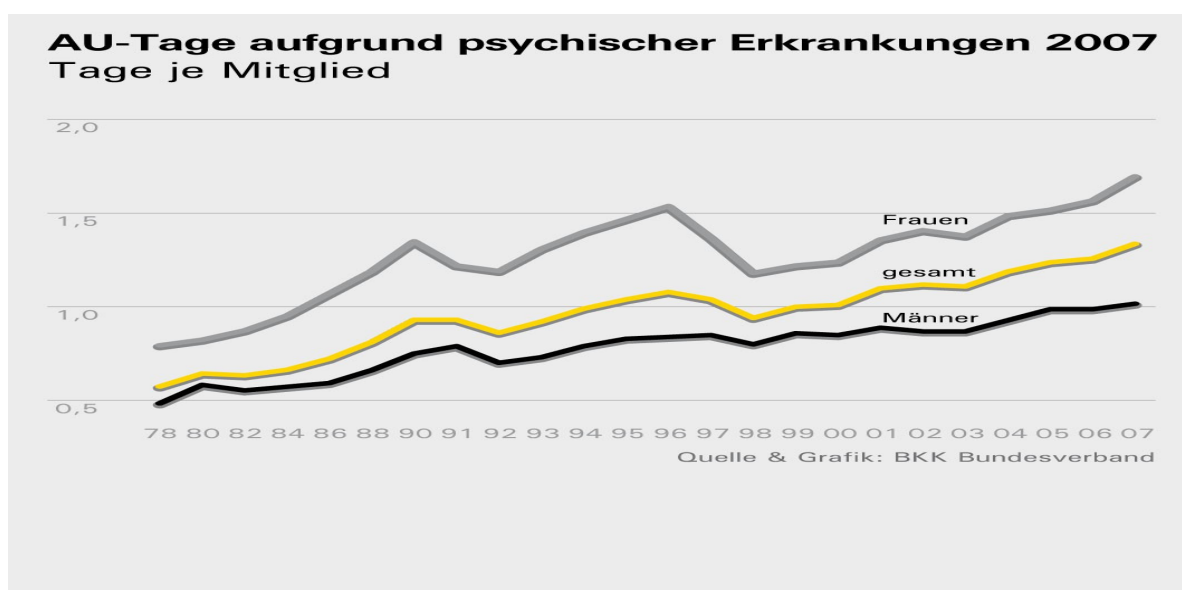


Abb. 2 Entwicklung der psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeitstage (BKK Bundesverband 2008)

Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage ist in Abb.2 deutlich zu erkennen.

Der einschlägige BKK Gesundheitsreport 2008 mit dem Untertitel „Seelische Krankheiten prägen das Gesundheitsgeschehen“ (BKK 2008) aber auch andere wie der DAK Gesundheitsreport 2009 (DAK 2009) belegen, dass es bei sinkenden Arbeitsunfähigkeitstagen wegen Krankheit die psychischen Erkrankungen sind, die entgegen dem allgemeinen Trend anstiegen.

Psychische Erkrankungen haben nicht nur Auswirkungen auf die Arbeitswelt, auf Leistungseinschränkungen und Ausfalltage (Jacobi 2004) sondern auch umgekehrt. Die Arbeitswelt bzw. Bedingungen der Arbeitswelt können ebenfalls zu psychischer Erkrankung führen (Siegrist und Rödel 2004, Mohr 2004). Wichtig, wie auch in den Untersuchungsergebnissen zu sehen sein wird, ist für die Studie festzuhalten, dass entsprechende Wechselwirkungen bestehen. Kausalzusammenhänge herzustellen bzw. aufzuzeigen, ist nicht Anliegen der Arbeit.

1.3 Kosten psychischer Erkrankungen

Bemerkenswert ist, dass die gesundheitsökonomischen Hauptkosten psychischer Störungen nicht in den direkten Kosten des Gesundheitssystems liegen, sondern in den indirekten Kosten. Zu den indirekten Kosten zählen eben die krankheitsbedingten Ausfalltage und verringerte Arbeitsproduktivität aber auch früherer Eintritt in den Ruhestand und vorzeitige Sterblichkeit. „So haben die gemeinsamen Analysen des European Brain Council und der ECNP-Arbeitsgruppe ergeben, dass psychische Störungen jedes Jahr fast 300 Milliarden Euro (für Europa) Gesamtkosten ausmachen, von denen allein 132 Milliarden Euro mit indirekten Kosten zusammenhängen“ (Wittchen und Jacobi 2005, S.2). Die direkten Kosten wie Hospitalisierung und Hausbesuche von Patienten/innen betragen dem entgegen nur rund 110 Mrd. Euro. 4% der Gesamtkosten werden für die medikamentöse Behandlung ausgegeben und allein unter 1% für psychotherapeutische Leistungen bei psychischen Störungen. (Wittchen und Jacobi 2005)

Das Deutsche Statistische Bundesamt beziffert in seinem Bericht von 2002 die Gesundheits- bzw. Krankheitskosten für Deutschland mit 223,6 Mrd. Euro im Jahr. Auf psychische und Verhaltensstörungen entfallen davon 22,4 Mrd. €. Das sind 10% der gesamten Gesundheits- bzw. Krankheitsausgaben. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen mit 16% an erster Stelle, gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems mit 14% und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie des Bindegewebes mit 11%.

Bei den stationären Behandlungskosten stehen seelische Erkrankungen mit Kosten von 14 Mrd. € (16%) an zweiter Stelle. Nur noch die Kosten für Krankheiten des Kreislaufsystems sind hier mit 16 Mrd. € (18%) höher. (Statistisches Bundesamt Deutschland 2002)

Laut BKK Bundesverband Deutschland liegen bei den direkten und indirekten Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen die psychischen und Verhaltensstörungen mit 4,7 Mrd. Euro an zweiter Stelle (BKK Bundesverband 2008).

Die stationären Behandlungen wegen psychischer Störungen haben sich in den letzten 20 Jahren sogar mehr als verdoppelt (BKK Bundesverband 2007). Entsprechende Einweisungen, Überweisungen, Vermittlungen etc. der Patienten/innen müssen stattgefunden haben, die Patienten/innen entsprechend motiviert gewesen sein (mehr dazu unter Punkt 2).

Bei den Kosten verlorener Erwerbstätigkeitsjahre (Deutschland gesamt 5,1 Mrd. Euro) liegen psychische Erkrankungen mit 737 Mio. Euro (14%) auf Rang 3 hinter Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen (1 Mrd. Euro, 25%) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (794 Mio. Euro, 15%).

Bei den verlorenen Lebensjahren betragen die Kosten für Gesamtdeutschland 17,0 Mrd. Euro. Psychische Störungen befinden sich hier auf Rang 4:

- Krankheiten des Kreislaufsystems 3 Mrd. Euro (20%)
- Neubildungen wie z. B. Krebserkrankungen 3 Mrd. Euro (19%)
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen 3 Mrd. Euro (16%)
- Psychische und Verhaltensstörungen 2 Mrd. Euro (12%).

(Statistisches Bundesamt 2002)

2 Inanspruchnahmeverhalten und Psychotherapiemotivation

Inanspruchnahmeverhalten bezüglich Psychotherapie und *Psychotherapiemotivation* sind die zentralen Begriffe der vorliegenden Untersuchung. In diesem Abschnitt wird daher der relevante Forschungsstand dazu vorgestellt.

An die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Inanspruchnahmeverhalten und zur Psychotherapiemotivation knüpfen letztendlich auch die Möglichkeiten zu deren Förderung an (vgl. Punkte 8 und 9).

2.1 Klinische Relevanz der Motivation zur Inanspruchnahme von Psychotherapie

Die Themensetzung der vorliegenden Arbeit macht deutlich, dass es um die Motivation von Mitarbeiter/innen, die psychogene Symptome/Erkrankungen zeigen, Psychotherapie überhaupt in Anspruch zu nehmen, geht.

Die Motivation, die Behandlung aufrecht zu erhalten, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft. Einige Erklärungen sollen jedoch gegeben werden.

Es gibt zahlreiche Überschneidungen zwischen der Motivation zur Inanspruchnahme von Psychotherapie als erster Schritt (Beginn/Aufnahme einer Psychotherapie) und der Motivation zur Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen Behandlung (reguläre Fortsetzung/Durchführung der Psychotherapie). In der Fachliteratur finden sich auch die Stichwörter „Behandlungsmotivation“ für beide eben beschriebenen Aspekte oder „Compliance“ für die Befolgung fachlich empfohlener Behandlungen/Maßnahmen (Meichenbaum und Turk 1994) wieder.

Im Bereich der Medizin wurde die so genannte Compliance (Willfähigkeit, Einwilligung, Fügsamkeit) insbesondere im Zusammenhang mit pharmakotherapeutischen Empfehlungen seitens der behandelnden Ärzte/innen ausführlich wissenschaftlich untersucht (Franz 1997, S. 21). Der Begriff beinhaltet eine deutliche Asymmetrie in der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin im Sinne von Wissende/r und Unwissende/r bzw. besser wissende/r Behandler/in. Petzold (1996) grenzt sich in der Integrativen Therapie deutlich gegen das asymmetrische Gefälle zwischen Patient/in und Therapeut/in ab und plädiert für die Gleichwertigkeit, was fördernd auf die

Therapiemotivation wirkt (vgl. Doppelte Experten/innenschaft Punkt 7.3). Es gibt zu viele unbewusste und nicht ausgesprochene Aspekte, die, wie noch gezeigt wird, die Psychotherapiemotivation beeinflussen (vgl. Punkt 2.3) und eben auch vom/von der Behandler/in nicht erkannt werden. Gleichzeitig wird in der Integrativen Therapie ein anderes, auf Gleichwertigkeit zielendes Menschenbild vertreten (vgl. Punkt 3.2).

Differenzielle Indikation für Psychotherapie und Optimierung des Therapieverlaufs, zu deren Aspekten die Therapiemotivation zählt, sind auch aktuell Zielsetzung entsprechender Forschung (Lambert 2003). Einigkeit besteht in der Fachwelt dahingehend, dass die Motivation eines Patienten einer Patientin bzw. die Bereitschaft, sich in eine psychotherapeutische Behandlung zu begeben und diese aktiv mit zu gestalten, eine wesentliche Einflussgröße und natürlich auch ausschlaggebende Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf und das Behandlungsergebnis darstellen.

Es wird angenommen, dass ein motivierter Patient / eine motivierte Patientin eher von einer Behandlung profitiert als ein nicht oder weniger motivierter Patient / motivierte Patientin. (Luborsky et al 1971 und 1988, Schmidt 1991, Franz 1997, Nübling 1992, Schigl 1998, Schneider et al 1999, Schuhmacher 2001)

2.2 Inanspruchnahmeverhalten

Obwohl psychische Störungen, wie unter Punkt 1 gezeigt, so weit verbreitet sind und so hohe Kosten mit sich bringen, muss gesagt werden, dass sie selten früh erkannt und nur selten adäquat behandelt werden. In der Europäischen Union erhält nach Wittchen und Jacobi (2005) nur ca. jeder/ jede vierte Betroffene mit psychischer Störung irgendeine und noch weniger eine angemessene Behandlung (Franz 1997, Wittchen und Jacobi 2005).

Laut einer Untersuchung von Valentin und Janta (1987) nahmen 50% der Menschen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe mit psychogenen Beschwerden Freunde oder Verwandte in Anspruch. 11% der befragten Personen konsultierten das medizinische Experten/innen-System *ohne* psychotherapeutische Fachkompetenz (einzelne Personen oder Institutionen). Nur 5% der Menschen mit psychogenen

Beschwerden nahmen das Experten/innen-System *mit* psychotherapeutischer Fachkompetenz in Anspruch.

Die Präferenz, Verwandte und Freunde in Anspruch zu nehmen, fand Pflanz schon 1977 in seiner Untersuchung. Darin waren es 46% der Menschen mit psychischen Störungen, die das Laiensystem als Unterstützung in Anspruch nahmen. Als zweitwichtigste Anlaufstelle stellte sich der Hausarzt, die Hausärztin heraus (30%). (Pflanz 1977)

2001 stellten Wittchen und Jacobi fest, dass immerhin schätzungsweise 10% eine adäquate Therapie nach wissenschaftlichen Erkenntnissen erhalten (Wittchen und Jacobi 2001).

„Die reale Inanspruchnahme von Psychotherapie (bei psychogener Erkrankung) liegt (...) unter 1%. Zwischen 8% und 48% der Patienten mit psychosomatischen Beschwerden waren sogar länger als 10 Jahre krank gewesen und in dieser Zeit häufig falsch und unzureichend behandelt worden, bis sie von fachkompetenter Seite psychodiagnostisch korrekt – aber hinsichtlich einer günstigen Behandlungsprognose oft zu spät – erfasst wurden“ (Meyer et al 1991 nach Franz 1997, S.14).

Im arithmetischen Mittel dauert die Zeit zwischen dem Auftreten einer psychogenen Symptomatik bis zur psychotherapeutischen Behandlung sieben Jahre (Meyer/ Richter/ Grawe/ Graf v. d. Schulenburg/ Schulte 1991, S.17).

Schuster spricht betreffs dieses Zeitraums von Psychotherapielatenz (Schuster 2007), was hier übernommen wird.

Ohne bisher mittels Untersuchungsergebnissen belegt zu sein, wird angenommen, dass eben genannte Daten ihre Gültigkeit in etwa behalten haben, jedoch mittlerweile verstärkte Schulungen zu psychischen Erkrankungen zum Beispiel von Allgemeinärzten/innen und Öffentlichkeitsarbeit zum Beispiel von Selbsthilfegruppen mehr Akzeptanz und stärkere Inanspruchnahme des psychotherapeutischen Experten/innen-Systems erfolgt.

Wichtig ist jedoch, dass neben bewussten Nicht-in-Anspruch-nehmen gegen entsprechende Empfehlung und Einsicht, durchaus Diskrepanzen in der „Therapiebedürftigkeit“ zwischen Fachleuten und betroffenen Personen bestehen (Schuster 2007, S.12; Franz 1997, S.15).

Schuster zeigt in ihrer qualitativen Studie zur Therapielatenz aus Patienten/innen-Sicht, dass der zum Teil jahrelange Verlauf bis zur Inanspruchnahme von Psychotherapie ein Prozess ist, der neben der Gefahr der Chronifizierung Selbstklärung beinhaltet. Selbsterkenntnis, Selbstöffnungsbereitschaft und eine psychologische Betrachtung der Beschwerden können ebenfalls Resultat sein (Schuster 2007).

Historisch betrachtet hat die Psychotherapieforschung sich zunächst mit soziodemographischen und klinischen Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Psychotherapie beschäftigt. Patientenbezogene Merkmale wie z. B. Geschlecht, Alter, Bildungsstand, soziale Situation, Diagnose, Schwere und Dauer der Symptome standen demnach im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Einige der Ergebnisse seien nun vorgestellt.

So berichten Fischer-Kern et al (2006) vom Institut für Psychologie der Universität Wien, dass laut ihrer Untersuchung „Patienten mit höherer Bildung und Patienten ohne Beschäftigung (...) eher eine Therapie“ aufnahmen (Fischer-Kern et al 2006, S.312). Weiter geben sie an, dass weder Therapieerfahrung noch Diagnose eine Aussage zur späteren Therapieinanspruchnahme zulassen (ebenda).

Dass Frauen eher als Männer Psychotherapie in Anspruch nehmen, ist in der Literatur umstritten. Franz findet keine statistisch belegbaren Unterschiede (Franz 1997, S. 116). Nach Garfield nehmen jedoch bei sexuellen Schwierigkeiten Frauen eher Therapie in Anspruch als Männer (Garfield 1986). Franz et al wiederum sind der Meinung, dass „Frauen häufiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen“ (Franz et al 1990, S. 371). Das kann zum Beispiel Beratung oder auch Psychotherapie sein. Für die Integrative Gestalttherapie gibt Schigl an, dass ca. 2/3 der Patienten/innen weiblichen Geschlechts sind (Schigl 1998). Insgesamt sind die Befunde bezüglich des Geschlechts bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht einheitlich.

Die hohe Bedeutung der Selbstbestimmung, d. h. selbst entscheiden zu können, wann Psychotherapie in Anspruch genommen wird, beschreiben Slunecko et al (2007). Sie gehen auch auf die wesentlichen Prädiktoren der Beziehungs-, Kontakt- und

Kommunikationsfähigkeit ein, was mit der motivationalen Selbstbestimmungstheorie unter Punkt 3.1 aufgegriffen wird. Je ausgeprägter die eben genannten Fähigkeiten sind, um so eher wird Psychotherapie in Anspruch genommen. Was wiederum die Frage aufwirft, wie gering können diese Fähigkeiten ausgeprägt sein können, um überhaupt (noch) Therapie in Anspruch zu nehmen. Zum Glück gibt es jedoch verschiedene therapeutische Ansätze, sei es medikamentös, psychotherapeutisch, stationär oder ambulant (vgl. auch Punkt 4).

Franz et al (1990) halten mit Ergebnissen einer älteren Untersuchung ebenfalls dagegen. Sie gaben an, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie mit einer hohen Offenheit und einer Beeinträchtigung im psychischen oder sozialkommunikativen Bereich verbunden zu sein scheint (Franz et al 1990).

Einigkeit besteht darin, dass die Anschlussfähigkeit des Therapeuten, der Therapeutin eine mindestens ebenso wichtige Rolle spielt (Hermer 1994, Petzold 1996, Kächele und Kordy 2003) wie die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeiten des Patienten, der Patienten/innen. Jüngere Forschungen behandeln verstärkt genau diesen Aspekt, den Beitrag des Therapeuten, der Therapeutin bzw. die therapeutische Beziehung für die Indikationsentscheidung zur Psychotherapie (Fischer-Kern et al 2006).

Die (Arbeits-) Beziehung und der (therapeutische) Kontakt sind also wesentliche Faktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und das ist verfahrensunabhängig (Hermer 1994, Schuster 2007), wobei die Integrative Therapie (Stichwort: Ko-Respondenzmodell, vgl. Punkt 3) hier in Ausbildung und Theorie eine besondere Stärke aufzeigt (Petzold 1991, 1992, 1993, Petzold 1996).

Der Erstkontakt zwischen Patient/in und Therapeut/in muss aber erst einmal erfolgen. Den finden wiederum Menschen mit einem höheren Mitteilungs- und Anerkennungsbedürfnis (ÖBVP 2007) und sozialem Unterstützungsnetzwerk eher (Franz et al 1990, Herrle und Angermeyer 1997).

Auch steigern nach Franz weniger aufwendige Motivationsgespräche zusammen mit einem Psychotherapieangebot die Inanspruchnahmerate von Psychotherapie im Verlauf von einem Jahr von 3% auf 33% (Franz 1997, Huber et al 2000). Zum Tragen kommen bei den motivierenden Gesprächen im Wesentlichen die positiven Erfahrungen in der Therapeut/in-Patient/in-Interaktion, die Vermittlung von Wissen über Psychotherapie und die Veränderung der Krankheitsattribution. Des Weiteren

wird das Inanspruchnahmeverhalten durch die Krankheitsbewertung in Form von Stigmatisierung und Tolerabilität beeinflusst (Franz 1997, Huber et al 2000).

In diesem Zusammenhang erscheint auch die Erkenntnis von Franke (1994 in Schuster 2007, S.267) interessant, dass die Annäherung an ein Ziel motivierender im Hinblick auf Psychotherapie wirkt als der Gewinn von Abstand zum Negativem.

Die bedeutsamsten Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von Psychotherapie lassen sich mit Franz zu drei wesentlichen Bereichen zusammenfassen. Er nennt es „das Modell relevanter Einflussfaktoren eines positiven Akzeptanzverhaltens gegenüber einem Psychotherapieangebot“:

- *Persönlichkeitsmerkmale*: relativ zeitstabile, situationsinvariante, individuelle Charaktereigenschaften der Wahrnehmungsorganisation, Erlebensverarbeitung und des Verhaltens
- *soziale Ressourcen*: sozialer Integrationsgrad in bedeutsame, als befriedigend erlebte Beziehungen und das Ausmaß konflikthafter Störungen in diesem Bereich
- *Kränkungsschutz*: das Vorhandensein selbstwertprotektiver, kompensatorischer Einflüsse, die die kränkende Erfahrung der Angewiesenheit auf psychotherapeutische Behandlung im Sinne eines Verlustes von Souveränität und Selbstbestimmung ausgleichen können und die Etablierung einer angstfreieren Abhängigkeitstoleranz ermöglichen

(Franz 1997, S.207f).

2.3 Psychotherapiemotivation

Die Inanspruchnahme und der Erfolg von Psychotherapie sind in entscheidendem Maß von der Psychotherapiemotivation beeinflusst (Garfield 1986, Nübling 1992, Schneider 1999 und 2001). Die Psychotherapiemotivation wiederum ist ein sehr komplexes, multidimensionales Konstrukt, das sich aus unterschiedlichen, bewussten

und unbewussten Affekten, Bedürfnissen, Interessen, Wünschen, Phantasien, Vorstellungen und Erwartungen sowie soziokulturellen Einflüssen zusammensetzt. Aus der Vielzahl von zum Teil kontroversen Forschungsergebnissen und wissenschaftlichen Meinungen seien hier die wesentlichen in Bezug auf die Themensetzung der vorliegenden Arbeit herausgegriffen.

Eine positive Motivation zur psychotherapeutischen Behandlung entsteht nach Schneider „prozeßhaft im Rahmen einer adaptiven Bewältigung psychogener Beeinträchtigungen in Abhängigkeit von persönlichkeitspezifischen Charakteristika, Einstellungen, individuellen Krankheitskonzepten und konkreten Erfahrungen des Patienten mit Behandlungsangeboten sowie den Bedingungen der therapeutischen Kontaktaufnahme“ (in Franz 1997, S.24).

Als motivationale Kriterien lassen sich in Anlehnung an Nübling (1992) konkretisieren:

- Starker Leidensdruck
- Geringer sekundärer Krankheitsgewinn
- Wunsch nach Selbstreflexion
- Bereitschaft zur Veränderung eigener Erlebens- und Verhaltensweisen
 - Interesse an Informationen zum Behandlungskonzept und ein eigenständiges Bemühen um die Behandlung
 - Positive Grundeinstellung zur Psychotherapie
 - Eine geringe Angst vor möglichen negativen sozialen Konsequenzen (z. B. Stigmatisierungsangst)
 - Hoffnung und Optimismus bezüglich einer Besserung der Beschwerden
 - Bereitschaft, für eine Behandlung auch Opfer in Kauf zu nehmen

(Nübling 1992, Schulz et al 1995).

Meichenbaum und Turk gehen noch einen Schritt weiter und entwickeln aus ihrer ärztlichen Praxis und der medizinischen Forschung heraus ganz konkrete Tipps und Empfehlungen zur Verbesserung der (Behandlungs-) Motivation von ärztlichen und psychotherapeutischen Patienten/innen (Meichenbaum und Turk 1994). Auf die Darstellung der Empfehlungen wird allerdings an dieser Stelle verzichtet. Es sei auf die eigenen Studienergebnisse und deren Aus-/Bewertung unter Punkt 8 und 9 verwiesen.

Meichenbaum und Turk schätzen die Auftretenshäufigkeit mangelnder Mitwirkung in der Therapie auf 50% (Meichenbaum und Turk 1994). Als Ursache werden von vielen Autoren diskongruente Therapieerwartungen und unterschiedliche Krankheitskonzepte angegeben. Anders ausgedrückt „Voraussetzung für die Akzeptanz gegenüber therapeutischen Empfehlungen ist deren qualitative Kongruenz mit Überzeugungen und Erwartungen des Patienten hinsichtlich Krankheitsursachen und möglicher Behandlungsschritte“ (Franz 1997, S. 33). Dies steht in engem Zusammenhang mit dem noch vorzustellendem, von der Integrativen Therapie und Agogik vertretenem intersubjektivem Ko-respondenzmodell (Petzold 1992; vgl. Punkt 3).

Weitere Parallelen zur Integrativen Therapie finden sich in der Forderung von Slunecko et al (2007) zur Bewertung der jeweils subjektiven, bewussten und unbewussten Krankheits- und Behandlungstheorie. Um einen längerfristigen therapeutischen Kontakt zu etablieren bzw. zur Aufrechterhaltung der Therapiemotivation, müssen patienten- und therapeutenseitige Krankheits- und Behandlungsvorstellungen wenigstens in groben Zügen in Einklang gebracht werden. Subjektive Krankheits- und Behandlungstheorien dürfen nicht „als laienhafte Verkürzungen oder Verzerrungen der eigentlich angemessenen wissenschaftlichen Beschreibung“ konzeptualisiert werden (Slunecko et al 2007, S.2; vgl. Punkt 3).

Folgt man der amerikanischen Forschungstradition zu „Motivation“, werden Volitionen zu Motivationen inkludiert. Volitionale Prozesse sind demzufolge nur ein Teil der Motivation (Cox und Klinger 2004).

Die deutsche Forschungstradition unterscheidet hingegen Motivation und Volition. Motivation umfasst die Faktoren, die eine Zielauswahl beeinflussen. Volition hingegen bezieht sich darauf, wie das Ziel verfolgt wird (Petzold 2001, Cox und Klinger 2004).

Für die Psychotherapiemotivation ist es insbesondere die positive Orientierung, die „Annäherung auf ein positives Ziel hin“ (Franke in Schuster 2007, S. 267) im Sinne von Gewinn und nicht die Beseitigung von etwas negativem wie z. B. Panikattacken, was motivierend wirkt (Willutzki und Koban 2004).

Wenn auch unterschiedlich theoretisch eingeordnet und verstanden, spielen die Zielsetzung, das Ziel bzw. die Ziele und der Wille im Zusammenhang mit Motivation

eine wichtige Rolle. Diese werden aus dahinter liegenden, spezifischen Motiven gespeist.

Bewusste Motive nach einer Heilung oder Veränderung durch die Therapie werden nach Ruff und Werner (1987) nur wirksam, soweit auch die unbewussten Motive der Patienten/innen der Zielsetzung entsprechen. Im Zusammenhang mit der tiefenhermeneutische Arbeit der Integrativen Therapie sei unter Punkt 3.3 darauf zurückgekommen.

Wie gezeigt wurde, beinhaltet die Psychotherapiemotivation sowohl Erwartungen an die Therapie und als auch entsprechende Motive.

Im folgenden Abschnitt wird nun der diesbezügliche, theoretische Standpunkt der Integrativen Therapie erläutert.

3 Integrative Therapie zur Motivation

Soll die Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung untersucht, d. h. wissenschaftlich erfasst und beurteilt werden, bedarf es eines tieferen Verständnisses von „Motivation“ bzw. der Motivationspsychologie. Dies soll im folgenden Abschnitt in Bezug auf die Integrative Therapie vermittelt werden.

3.1 Motivationspsychologie, Motivation und Motiv

Grundsätzlich kann man sagen, dass sich die Motivationspsychologie mit Antworten auf die Frage: „Warum, wozu verhalten sich Menschen so, wie sie es tun?“ beschäftigt. D. h., Motivation hat etwas mit Bewegung zu tun. Es ist etwas, dass uns hilft, Dinge zu tun, Bewegung in eine Sache zubringen (Rudolph 2003, S.1). Gleichzeitig kann an Mangel an Motivation bedeuten, etwas nicht zu tun (z. B. ein Telefonat mit einem Psychotherapeuten zur Terminvereinbarung zu führen), obwohl dies wichtig wäre, Zeit zur Verfügung steht usw..

Bewegung erfolgt aber immer auch in Zeit und Raum. So wundert es nicht, das Rheinberg (2004) Motivation als „aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzugs auf einen positiv bewerteten Zielzustand“ definiert (in Krapp und Weidenmann 2006, S. 212). Dabei wird zwischen einem aktuellen Zustand (der Motiviertheit oder dem Grad der Motivation) und einer Disposition (dem Motiv) unterschieden. Beides kann sowohl bewusst als auch unbewusst sein.

Was die „Quelle“ der aktivierenden Ausrichtung ist und was der Zielzustand bzw. wie dessen (positive) Bewertung erfolgt, beantworten verschiedene psychologische und psychoanalytische Motivationstheorien unterschiedlich (allgemeine Übersicht z. B. in Rudolph 2003). Die Integrative Therapie hat dazu eine eigene Position entwickelt. Sie wird unter Punkt 3.2 vorgestellt.

Zunächst sei der Begriff „Motiv“ näher bestimmt. Motive stehen in engem Zusammenhang mit Eigenschaften, sind aber von ihnen zu unterscheiden. Der Unterschied wird in der Definition nach Krapp und Weidenmann noch nicht so deutlich. Sie verstehen Motive als „zeitlich überdauernde Bereitschaften für bestimmte Klassen von Zuständen“ (Krapp und Weidenmann 2006, S. 212). Bei der Definition nach Friedmann und Schustack tritt der Unterschied deutlicher hervor. „Motive sind innere, psychobiologische Kräfte, die dazu beitragen, bestimmte Verhaltensmuster zu veranlassen“ (Friedmann und Schustack 2004, S.363). Motive sind damit grundlegender als Eigenschaften, was von der Integrativen Therapie ebenso gesehen wird. „Haben wir das Motiv eines Menschen, seines Handeln verstanden, glauben wir, *ihn* verstanden zu haben, und wir schätzen uns *ihm näher* und verbundener, wenn wir bei ihm Motive entdecken, die wir nachfühlen können, oder die mit unseren eigenen übereinstimmen“ (Jäkel 2001, S. 145). Kontakt, Beziehung aber auch tiefenhermeneutische Arbeit werden so gefördert und damit Motive und Motivation bewusst gemacht und gezieltem Engagement zugeführt (Petzold 1991, S.64).

Zu den Motiven, die wiederum Motivbündel und Motivkonstellationen bilden, werden Bedürfnisse nach Nahrung, Sexualität, Spiel, Vergnügen usw. aber auch Lebenseinstellungen, Überzeugungen oder Ideale gezählt. Im Hinblick auf die Psychotherapie(-motivation) könnte das zum Beispiel die Überzeugung oder das

Bedürfnis einer/s Klienten/in sein: *Ich kann ohne so belastende innere Anspannungen, wie ich sie jetzt habe, leben oder Ich möchte wieder Sexualität in der Partnerschaft, wozu mir zur Zeit depressionsbedingt der Antrieb fehlt.*

Bis hierhin wurden Motivation und Motive von der personalen Seite, von *innen* heraus entstehend betrachtet. Andere motivationspsychologische Theorien konzentrieren sich auf das, was Menschen von *außen* erreicht und fordert. „Anreize“ bzw. der „Aufforderungscharakter“ der jeweiligen Situation wirken in dieser Theorierichtung motivbildend. (Heckhausen 1989, Hull in Rudolph 2003, S. 52ff) Dem Ansatz nach könnten zum Beispiel Gespräche des/der länger psychisch erkrankten Mitarbeiters/in mit dem Arbeitgeber zur Reduktion von Krankheitstagen oder Druck der/des Ehepartners/in die Aufnahme einer Psychotherapie durch den/die depressive/n Mitarbeiter/in anregen.

Weitere Theorien verbinden personale und situative sowie soziale, kulturelle, normative Aspekte der Motivbildung in der Auffassung vom Handeln als Interaktionsprodukt. (Heckhausen 1989) Ein Beispiel hierfür wäre die Auseinandersetzung mit Ängsten vorm drohenden, suchtbedingtem Arbeitsplatzverlust und Einleitung von geeigneten Therapiemaßnahmen in der betrieblichen Sozialberatung.

Ergänzt werden diese Konzepte durch Erwartungswert-Theorien (Heckhausen 1989, S. 168ff) aber auch den verstärkten Einbezug von Wille, Wollen und Volition (ebenda S. 23ff; Petzold 2001, Petzold und Sieper 2003). Volition meint dabei den Prozess der Umsetzung von Absichten (Krapp und Weidenmann 2006, S.220), mit den Worten der Integrativen Therapie den Prozess des Wollens und der Willenskraft (Schweighofer, S.73, 2009).

Weit verbreitet ist die (theoretische) Unterscheidung in intrinsische und extrinsische Motivation. Intrinsisch motiviertes Verhalten wird dabei „um seiner selbst willen ausgeführt“ (Rudolph 2003, S. 198). Die „positive Erlebnisqualität“ des Verhaltens selbst steht dabei im Mittelpunkt (Krapp und Weidenmann 2006, S. 217).

Für die Psychotherapiemotivation würde das zum Beispiel bedeuten, der/die depressive Patient/in nimmt die Therapie in Anspruch, weil das positive Kontakterleben mit dem/der Therapeut/in für ihn im Mittelpunkt steht.

Unter extrinsisch motiviertem Verhalten werden hingegen instrumentelle Verhaltensweisen verstanden, die wegen der antizipierten Folgen angestrebt bzw. ausgeführt werden (ebenda). Skinners Verstärkerprinzipien können darunter verstanden werden (Rudolph 2003, S.198). Ein Beispiel ist, wenn der/die Patient/in in erster Linie eine Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankung beginnt, um damit einer drohenden Kündigung vorzubeugen. Die Verstärkung wäre der Erhalt des Arbeitsplatzes.

Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass sich die extrinsische Motivation in eine intrinsische wandelt und umgekehrt oder eben beides wirkt. Der/die zwangserkrankte Mitarbeiter/in könnte zum Beispiel zunächst dem/der Sozialberater/in zu Liebe eine Psychotherapie aufnehmen, dann aber feststellen, dass sich das eigene Befinden verbessert und so eine intrinsische Motivation entwickeln.

Aussagen zur intrinsischen Motivation macht besonders die Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan (2000), welche gestützt von anderen Vertretern der motivationalen Theorie der Selbstbestimmung drei „basic needs“, drei quasi zur Grundausstattung jedes Menschen zählende Bedürfnisse postuliert:

- a) „sich als autonom und
- b) kompetent zu erleben sowie
- c) sich sozial eingebunden zu fühlen“ (Krapp und Weidenmann 2006, S. 217).

Wie unter Punkt 2.2 aufgeführt, steigert die Selbstbestimmung darüber, wann Psychotherapie in Anspruch genommen wird, das Inanspruchnahmeverhalten (Slunecko et al 2007). Es ist damit ein deutlicher, motivationsfördernder Aspekt belegt.

3.2 Das Integrative Welt- und Menschenbild als Grundlage für die Entwicklung von Motiven

Die Integrative Therapie nimmt Bezug auf die motivationspsychologischen Konzepte, die personale und situative Aspekte verbinden, d. h., die auf „die Mensch-Umwelt-Relation abstellen“ (Petzold 1991, S. 288).

In dieser Relation kommt dem Leib-Verständnis bzw. Leib-Konzept der Integrativen Therapie besondere Bedeutung zu. Hierauf soll näher eingegangen werden, da psychosomatische Symptome am Arbeitsplatz und in der Betrieblichen Sozialberatung (bbs e. V. 2009) eine hohe Relevanz haben.

So ist nach integrativem Verständnis der menschliche Leib „im Unterschied zum Ding-Körper lebendig – er leibt und lebt –, und er ist prinzipiell bewusstseinsfähig, ja im Zustand der Vigilanz immer auch bewusster Leib“ (Petzold 1996, S.176). Er ist zugleich Grundlage und Ausdruck menschlicher Existenz sowie mit seiner Wahrnehmungsfähigkeit Voraussetzung aller Erkenntnis, die jedoch auch an Bewusstheit gekoppelt ist. Der Leib ist in seiner Intentionalität auf die Welt bezogen und existiert nur in Kontext und Kontinuum. Die Intentionalität schließt die Annahme der Integrativen Therapie eines „schöpferischen Impetus“ mit ein (Petzold 1991, S. 288). Damit ist nicht etwa das psychoanalytische Triebkonzept als Motivationsquelle gemeint, sondern ein angeborener, dem Lebendigen inhärenter Drang zur ko-kreativen Auseinandersetzung des Organismus mit seiner Umwelt und der Interaktion untereinander. Dies motiviert und steuert menschliches Handeln. Gleichzeitig treffen sich hier Wechselwirkungen psychischer Erkrankung und Bedingungen am Arbeitsplatz, die ggf. psychotherapeutische Behandlungen nach sich ziehen (zum Beispiel beim Burnout-Syndrom).

Petzold greift auf das Leib-Apriorie der Wahrnehmung und Erkenntnis von Apel zurück und bindet es in seine methahermeneutischen Folie zur Theorie und Praxis der Integrativen Therapie („Tree of Science“) ein (Apel 1985, Petzold 1991).

Körperliche Symptome und starke Differenzen zwischen der Eigen- und Fremdwahrnehmung bzw. daraus resultierende zwischenmenschliche Konflikte bedingen häufig den ersten Zugang zur Betrieblichen Sozialberatung, ohne dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine psychotherapeutische Behandlung relevant werden würde (eigene Erfahrungen des Autors und Engler 2008).

Wie zum Teil schon gezeigt, wird in der Bildung von Motiven in der Integrativen Motivationspsychologie der Mensch mit seinen Anlagen, seinem genetischen Erbe im Kontakt mit der jeweiligen ökologischen, wirtschaftlichen, historischen und sozialen Umwelt als Ausgangspunkt verstanden. Die soziale Umwelt reicht dabei von der

Mikroebene (z. B. Familie) über den Mesoebene (z. B. Arbeitskollegen) bis zur Makroebene der gesellschaftlichen Kultur. Es ist die Gesamtumwelt, die die Aktivierung und Gewichtung der Motive im psychischen System in der jeweiligen Situation bestimmt. (Petzold 1992, Jäkel 2001) So hat zum Beispiel die Unternehmenskultur im Umgang mit (psychischen) Erkrankungen einen Einfluss auf die Motivation zur Inanspruchnahme von Psychotherapie (Stigmatisierung u. a.). Zudem beeinflussen betriebliche Regelungen zum Beispiel zur Arbeitszeit das Inanspruchnahmeverhalten (Gleitzeitregelung oder Freistellung für die Zeit der Psychotherapie u. a.).

Wie in der integrativen Entwicklungstheorie beschrieben (z. B. Petzold 1992) formen sich in der steten Auseinandersetzung zwischen Mensch und Umwelt u. a. Bewertungen und Wertorientierungen aus. Sie „verdichten sich zu impliziten und expliziten Welt- und Menschenbildern, die das Verhalten beeinflussen, in dem sie überdauernde Ziele für menschliche Aktivitäten in der Welt zur Verfügung stellen“ (Jäkel 2001, S.152) und den Hintergrund für Motive bilden. Dieser Entwicklungsprozess zieht sich durch das ganze (Arbeits-)Leben.

Eine weitere Grundposition der Integrativen Therapie sei als Grundlage zur Ableitung von Motivationen genannt. Es ist die anthropologische Grundformel der Integrativen Therapie. Sie lautet: Der Mensch als Mann und Frau (in seiner Geschlechtlichkeit – Anmerkung des Autors) ist ein „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ (Leib-Subjekt) in einer sozialen und ökologischen Umwelt im Zeitkontinuum der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (Petzold 1992, S.495, Leitner 2007, S.2). Der Mensch wird somit als von Anfang an ko-existierend verstanden. Er ist ein Wesen, das angehörig der eigenen Welt sich in ihr und mit ihr in „Ko-respondenz“ entwickelt. Die Kenntnis darum bzw. um diese Prozesse lässt die Motivation zur Inanspruchnahme von Psychotherapie in der Betrieblichen Sozialberatung bewusster und damit gezielter betreiben. Unter „Ko-respondenz“, als „Herzstück“ der Integrativen Metatheorie ist der direkte und ganzheitliche, zusammenführende „Prozess menschlicher Begegnung und Auseinandersetzung auf der Körper-, Gefühls-, Vernunftsebene (Leib) über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes zu verstehen“ (Petzold 1991, S.20f; Leitner 2007, S.3). Menschliches Sein ist dem zu folge immer Mit-Sein, ein

intersubjektives (in wechselseitiger Anerkennung subjektiver Integrität) Ko-existieren in Ko-respondenz. Dies gilt selbstverständlich auch für die beratende und therapeutische Beziehung sowie das Verhältnis zwischen Klient/in und Berater/in, Patient/in und Therapeut/in. Was unter anderem bedeutet, dass sich Berater/in und Therapeut/in über eigene Wertorientierungen, Menschenbilder, kulturelle Hintergründe, Lebensgeschichte und Motive im jeweils aktualisierten Beratungs-/ Therapiekontext bewusst sein sollte, sie z. B. supervidierend überwachen und somit ggf. in Frage stellen kann und sollte. Dadurch wird gesunde Relationalität und klare Interaktion möglich, was, wie schon gezeigt (Punkt 2.3), wiederum motivierend wirken kann.

In der Integrativen Therapie sind fünf Grundmotivationen bekannt. Sie sind quasi Ausgangsmotivationen menschlichen Verhaltens. Im Hinblick auf die Motivationsförderung zur Aufnahme einer Psychotherapie sollen sie hier näher erläutert werden, um ein vertieftes Verständnis einschließlich verstärkte Analyse- und Anschlussfähigkeit in der Beratung zu ermöglichen. Welche Grundmotivationen sind es nun? Zur Beantwortung dieser Frage sei Jäkel gefolgt (Jäkel 2001, S. 153f). Sie gibt in Bezug auf Petzold (Petzold 1991, 1992, 1993) folgende Grundmotivationen an:

- (1) Die in seiner Leiblichkeit gründende Bezogenheit des Menschen auf die Welt beinhaltet ein existenzielles Motiv der Teilhabe des Menschen an seiner Welt. Das wiederum bedeutet, dass die Welt ihm nicht gleichgültig sein kann und – so auch ein normativer Anspruch – sein sollte. *Mensch* sollte sich also in engagierter Verantwortung für die Mitmenschen und die Welt einsetzen. In der Arbeitswelt zeigt sich das zum Beispiel in der Verantwortungsübernahme für Mitarbeiter/innen und Kollegen/innen und der aktiven Mitgestaltung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen.
- (2) Die Übernahme engagierter Verantwortung für die Integrität jeden Daseins geht als zweite Grundmotivation über die erste hinaus. Die Fähigkeit des Menschen, sich selbst und die Umwelt wahrzunehmen, zu erkennen, zu bewerten, zu unterscheiden und entsprechend zu handeln ist Anlage und Aufgabe zu gleich. Petzold spricht

vom „grundsätzlichen emanzipatorischen Impetus“ (Petzold 1992, S.495). Dies bedeutet u. a. die Übernahme von Eigenverantwortung für die Gesundheitsvorsorge bzw. Inanspruchnahme adäquater Behandlung, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen wahrgenommen werden, aber auch, dies anderen zu ermöglichen.

(3) Aus der Fähigkeit, Ich und Identität zu bilden, ergibt sich eine dritte

Grundmotivation als Anspruch und Ziel menschlichen Lebens. Mit dem leiblich Begründeten Bewusstsein über sich und die Welt kann er sich ihr kreativ, partnerschaftlich zuwenden und mit ihr auseinandersetzen, sie gestalten und mitwirken, sei es zum Positiven oder zerstörerisch. Die (Mit-)Arbeit an der Verbesserung der eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen gehören genauso hierzu, wie ggf. wider besseren Wissen eine Psychotherapie nicht aufzunehmen.

(4) Die kreative Auseinandersetzung mit der Welt und das Mitwirken an der

Generativität der Welt bedürfen für die Umsetzung in der jeweils aktuellen Umwelt eines ethischen Anspruchs, einer geistigen Ausrichtung, eines Sinns und Zwecks, einer Zielsetzung. Die vierte Grundmotivation besteht dem zufolge in der Suche nach Antworten auf die Frage *warum*. Antworten eröffnen sich nach Meinung der Integrativen Therapie: „In dem sich der Mensch bewusst auf die Welt und ihre Bewegung einlässt und sich dem Fluss ihrer Generativität anvertraut und mitfließt“ (Jäkel 2001, S.156). Es erschließen sich ihm nicht nur Struktur und Bedeutung der Welt, sondern auch seiner selbst. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer Psychotherapie würde dies bedeuten, sich zum Beispiel in Therapie zu begeben, um bestimmte Beschwerden los zu werden oder unter motivationalen Aspekten, um zum Beispiel inneres Gleichgewicht wieder zu finden oder Konflikte zufrieden stellender lösen zu können.

(5) Suche nach Sinn ist die fünfte grundsätzliche Motivation. Sinn erschließt sich nach der Integrativen Therapie über die Wahrnehmung der Welt und die Auseinandersetzung mit ihr, was zum Bewusstsein von Grundwerten und Wertorientierungen führt, die Sinnhorizonte für alle Motive bilden, die wiederum Verhalten und Handeln beeinflussen. Die grundsätzliche Einstellung zu psychischen Erkrankungen und deren Heilungschancen, die Suche nach Sinn des Lebens und Gründe für einen höheren Selbstwert sind Aspekte, die hierzu gezählt werden können.

Darüber hinaus beschreibt Petzold drei motivationale Kräfte (Petzold 1995, 1997a):

Zum ersten die sich aus der Wahrnehmungsfähigkeit, den Regungen und den Empfindungen des Leibes ergebenden motivationalen Kräfte. Zum zweiten die aus Emotionen entstehenden motivationalen Kräfte, die orientierend, kommunikative und selbstregulatorische Funktion haben. Und zum dritten die motivationale Kraft aus den bewussten und unbewussten, kognitiven Bildern des Menschen von seiner Welt, welche schnelle Orientierung und angemessenes Verhalten auch in neuen Situationen ermöglichen.

An dieser Stelle sei auf die Bedeutung gleicher oder zumindest ähnlicher Krankheits- und Behandlungsvorstellungen (entsprechende kognitive Bilder) für das Inanspruchnahmeverhalten von Psychotherapie verwiesen (vgl. Punkt 2.2).

Ergänzt sei noch, dass widersprüchliche Zielvorstellungen, Werte und Motive, Traumata oder so genannte „unerledigte Dinge“ oder mit der Gestalttherapie gesprochen „nicht geschlossene Gestalten“ ebenfalls (unbewusste) Motivationsquellen sein können. Dies grenzt aber schon an das Krankheitsverständnis der Integrativen Therapie. (siehe dazu z. B. Petzold 1992).

3.3 Motivation als Prozess aus Sicht der Integrativen Therapie

Dass Motivation auch ein prozessuales Geschehen ist, Motivationen und Motive sich ändern, wurde in den vorangegangenen Abschnitten schon angesprochen. Hier nun soll der Prozess der Motivation in den Focus gerückt werden.

Das klassische Modell aus der Motivationspsychologie ist das Rubikon-Modell der Handlungsphasen von Heckhausen (Heckhausen 1989, S.203ff, Rudolph 2003, S.205ff). Es beschreibt vier handlungspsychologische Phasen:

1. Intensionsbildung,
2. Intensionsinitiierung,
3. Intensionsrealisierung,
4. Intensionsdesaktivierung.

Dabei wechseln sich motivationale und volitionale Prozesse ab, was auch das Besondere an diesem Modell ausmacht.

Für die Integrative Therapie hat Petzold drei Phasen der Motivation beschrieben, die ebenfalls motivationale und volitionale Aspekte enthalten:

1. In der ersten Phase des Motivationsprozesses steht das „Wählen“ im Mittelpunkt und führt zur Zielbildung, der Zielintension. Sie wird prädezisionale Phase genannt und ist vergleichbar mit der ersten Phase Heckhausens.
2. Es folgt die präaktionale Volitionsphase des Planens mit einer Ausführungsintension. Sie ist vergleichbar mit der zweiten Phase Heckhausens.
3. In der anschließenden aktionalen Phase wird Handeln bewirkt (vgl. dritte Phase Heckhausens). (Petzold 1997b, S. 457)

Petzold verzichtet jedoch auf die Intensionsdesaktivierung (Handlungsnachphase) Heckhausens. Sie kann auch als neue Entscheidungsphase (Intensionsbildung bzw. prädezisionale Phase) verstanden werden.

Wichtig für das integrative Verständnis ist, die permanente Einbeziehung der Wahrnehmung und Bewertung der jeweiligen Situation wie auch der Person selbst und der Wechselwirkungen bzw. ihrer Interaktionen.

Im Hinblick auf die Themensetzung der vorliegenden Arbeit sei festgehalten, dass die Motive und motivationalen Prozesse bei den Klienten/innen und den Berater/innen parallel auf dem jeweils eigenen Erfahrungs- und Wahrnehmungshintergrund basieren bzw. ablaufen. D. h., Klärung der Sachlage, Zielfindung, Planung und Durchführung müssen auf beiden Seiten stattfinden, jedoch nicht immer – bewusst oder unbewusst – dem Ko-existenz- und Ko-respondenzgedanken der Integrativen Therapie entsprechen. Letzteres bildet jedoch aus Sicht des Autors einen sehr geeigneten Bezugsrahmen, denn: „Je prägnanter eine Situation wahrgenommen werden kann (phänomenologisch gesehen), desto besser ist die Ausgangslage für die motivationale Bearbeitung“ (Jäkel 2001, S.166).

Diese Aussage korrespondiert mit der Feststellung von Ruff und Werner (1987) zur erhöhten Wirksamkeit, wenn unbewusste Motive der Zielsetzung entsprechen (vgl. Punkt 2.2). Petzold formuliert: „Die Einbeziehung der Affektdimension, des latenten Sinnes, der unbewussten Motive und Motivationen macht das Thema reicher, die tiefenhermeneutische Arbeit lässt seine Tiefen (Zacher 1988) transparenter erscheinen. Dadurch nimmt das Engagement zum Thema zu“ (Petzold 1991, S.64). Durch das Beachten, Einbeziehen und Verbalisieren der emotionalen Ladung wird sie dem unbewussten und vorbewussten Bereich des Diffusen und Irrationalen ins Bewusstsein überführt und zum gezielten Engagement nutzbar (Petzold 1991).

4 Psychotherapeutische Versorgung

In diesem Abschnitt wird auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich und Deutschland mit Bezug zu Europa eingegangen. Die Komplexität der Versorgungsstrukturen, gesetzlichen Regelwerken ermöglicht hier jedoch nur die Darstellung von Grundlagen.

4.1 Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung

Die psychotherapeutische Behandlung ist wesentlicher Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung der österreichischen und deutschen Bevölkerung. Zentrale gesetzliche Grundlagen bilden für Österreich das Psychotherapiegesetz (Psychotherapiegesetz 1990) und für Deutschland das Psychotherapeutengesetz (Psychotherapeutengesetz 1999) sowie das Heilpraktikergesetz (Heilpraktikergesetz 1939). In diesen Gesetzen sind Ausbildung und Ausübung psychotherapeutischer Behandlung bzw. Heilbehandlung auf dem Gebiet der Psychotherapie geregelt.

An die Gesetze knüpft auch die Finanzierung von psychotherapeutischen Angeboten an. So tragen in der Regel die privaten und gesetzlichen Kranken- bzw. Sozialversicherungen die jeweiligen Behandlungskosten ganz oder anteilig.

Darüber hinaus gibt es in Deutschland die so genannte Beihilfe für Beamte/innen, das Opferentschädigungsgesetz und das Kinder- und Jugendhilfegesetz, die ebenfalls unter bestimmten Voraussetzungen Psychotherapiekostenübernahmen durch andere Kostenträger ermöglichen.

In der Anerkennung und Zulassung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren zeigt sich Österreich im Vergleich zu Deutschland fortschrittlicher und den wissenschaftlichen Erkenntnissen angemessener (Meinung des Autors). So sind in Deutschland nur tiefenpsychologische, analytische und verhaltenstherapeutische Psychotherapieverfahren durch die Krankenkassen für die ambulante Psychotherapie anerkannt und werden entsprechend finanziert. Andere Behandlungsverfahren wie zum Beispiel die Integrative Therapie müssen in Deutschland privat finanziert werden.

Der Eigenanteil an den Psychotherapiekosten kann in Österreich wiederum negativ auf die Inanspruchnahme wirken. (Kraft 2002, bmgf 2006)

4.2 Prinzipielles Angebot

Über die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung bzw. Behandlung kann hier keine gesicherte Aussage getroffen werden. Es sei aus integrativer Sicht auf Märtens und Petzold (2002) sowie Sponsel (2002) verwiesen.

Grundsätzlich lässt sich jedoch quantitativ festhalten, dass die psychotherapeutische Versorgung in einigen Regionen Deutschlands bemängelt wird, in dem nicht genügend und zeitnah kranken- bzw. sozialversicherungsfinanzierte Psychotherapieplätze zur Verfügung stehen. In anderen Regionen wird die Versorgungslage seitens des Versorgungssystems als ausreichend gesehen. In ähnlicher Weise verhält es sich in Österreich, wobei dort die Finanzierung durch den zu leistenden Eigenanteil für manche Personen als kritischer betrachtet werden kann, dafür ein breiteres Spektrum an Psychotherapieverfahren angeboten wird. (bmfg 2006)

Eine Unterversorgung wäre allerdings ganz sicher gegeben, wenn alle psychisch erkrankten Menschen auch Psychotherapie in Anspruch nehmen würden.

Wittchen und Jacobi (2005) geben an, dass bei geringen Unterschieden zwischen den europäischen Ländern nur 26% aller Menschen mit psychischen Störungen irgendeine und noch weniger eine adäquate Behandlung erhalten. „Ausnahmen sind Psychosen, schwere Depressionen und komplexe komorbide Muster. Die Besorgnis erregend niedrige Behandlungsrate von psychischen Störungen, die in keinem anderen Bereich der Medizin in diesem Ausmaß bisher beobachtet werden konnte, kann nicht allein mit der immer noch den psychischen Störungen anhaftenden Stigmatisierung erklärt werden“ (Wittchen und Jacobi 2005, S.2). Andere Gründe wurden unter Punkt 2 aufgeführt.

Es sind also verschiedene Faktoren, die bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie eine Rolle spielen. Die psychotherapeutische Versorgung ist ein grundlegender Faktor.

Ein bezahlbarer, zugänglicher, zeitlich und örtlich realisierbarer, verhältnismäßig (Aufwand-Nutzen) und inhaltlich (Art der Erkrankung und Behandlungsverfahren) angemessener Psychotherapieplatz ist aber Voraussetzung zur (erfolgreichen) psychotherapeutischen Behandlung.

In Bezug auf die niedrigen Behandlungsraten bei vielen psychischen Störungen kann das Gesundheitssystem deutlich kritisiert werden. Im Detail finden sich zum Teil gravierende Mängel in:

- der Diagnose-, Behandlungs- und Überweisungsfähigkeit bzw. –praxis bei psychischen Erkrankungen seitens der Ärzteschaft insbesondere der

Hausärzte/innen

- der Patienten/innenselektion durch Psychotherapeuten/innen
 - der Fehlversorgung und Fehlleitung von Patienten/innen im Gesundheitssystem insbesondere an der Schnittstelle von (Organ-)Medizin und Psychotherapie und der zu geringen, bedarfsorientierten Behandlung (z. B. durch Fokaltherapien)
- (Schuster 2007, S. 17ff; Robert- Koch- Institut und Statistisches Bundesamt 2008).

Dass schon kleinere Maßnahmen im Versorgungssystem eine deutliche Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen ergeben können, zeigt Franz mit seiner Akzeptanzstudie zur Psychotherapie: „ Das wichtigste Ergebnis ...besteht in der in diesem Ausmaß unerwarteten Erhöhung der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe nach einem einfachen Angebot oder nach wenigen Motivationsgesprächen“ (Franz 1997, S.213). Er stellte mit diesen Maßnahmen innerhalb eines Jahres eine Verzehnfachung der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch psychogen deutlich beeinträchtigte Probanden/innen einer Zufallsstichprobe fest.

Trotz aller Verbesserungsmöglichkeiten und Notwendigkeiten ist aber davon auszugehen, dass Chronifizierung und Nicht-Behandelbarkeit psychischer Erkrankung akzeptiert werden muss. So spricht z. B. Schepank von 8% nicht mehr therapierbarer Fälle (Schepank 1990 in Schuster 2007, S.18), für die ggf. eine teilweise oder volle Erwerbsminderung festzustellen wäre (Anmerkung des Autors).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass grundsätzlich ein ausgebautes Angebot an Psychotherapieplätzen sowohl in Österreich als auch Deutschland besteht. Die Kritik bezieht sich in erster Line auf die zeitnahe und ausreichend finanzielle Möglichkeit der Psychotherapieaufnahme als auch die Kompatibilität zwischen psychisch erkrankten Menschen bzw. denen mit psychogenen Symptomen und der psychotherapeutischen Behandlung. Eine kompetente Vermittlung bzw. Motivation zur Psychotherapieaufnahme, wie zum Beispiel die von Franz (1997) genannte Beratung, und ein flächendeckenderes, dichteres Netz an krankenkassenfinanzierten

Psychotherapieplätzen sind zwei Möglichkeiten der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung.

5 Betriebliche Sozialberatung

Im folgenden Abschnitt werden die für die Untersuchung relevanten Grundzüge moderner Betrieblicher Sozialberatung beschrieben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Regelungen in Deutschland, da die vorliegende Studie auch in Deutschland durchgeführt wurde.

Betriebliche Sozialberatung ist eine freiwillige Leistung eines Unternehmens, einer öffentlichen Verwaltung oder sonstigen Organisation für ihre Mitarbeiter/innen (incl. Auszubildende und Vorgesetzte bzw. Führungskräfte), deren Angehörige und zum Teil auch der Pensionäre. Ohne rechtliche Verankerung überzeugt sie allein durch ihre soziale und wirtschaftliche Sinnhaftigkeit und entsprechende Leistungsfähigkeit, was unter anderen von Stoll und Baumgartner nachgewiesen wurde (Stoll 2001, Baumgartner 2003). „Betriebliche Sozialberatung übernimmt tatsächlich eine wertschöpfende und gewinnmaximierende Funktion. Die wirtschaftliche Funktion bestimmt aber nicht die Inhalte, Ethik und Normen des sozialpädagogischen Handelns der Sozialberater, sondern ist eine ergänzende positive Auswirkung dieses Handelns“ (Stoll 2001, S.13).

Für Deutschland gilt, dass die Bereitstellung einer solchen Leistung als Sozialeinrichtung im Betrieb bei ihrer Ausgestaltung mit §74 Abs. 2, Nr. 2a und §87 Abs. 1 Nr. 8 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG 2009) unter das Mitbestimmungsrecht des Betriebs-/Personalrates fällt.

Es kann eine interne, betriebseigene Sozialberatungsstelle eingerichtet bzw. unterhalten und/oder eine externe Stelle mit der Sozialberatung beauftragt werden. Beides hat Vor- und Nachteile. So ermöglicht die Nähe zur betrieblichen Realität und Unternehmenszugehörigkeit innerbetrieblicher Sozialberatung zum Teil einen erleichterten Zugang zur Sozialberatung. Hemmschwellen sind nicht so groß. Zum anderen wird zum Teil der extern organisierten Sozialberatung eher

Vertrauenswürdigkeit seitens der Mitarbeiter/innen zugeschrieben (Erfahrung des Autors).

In der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterliegen aber alle Mitarbeiter/innen der Betrieblichen Sozialberatung in Deutschland Kraft ihrer Berufsgruppenzugehörigkeit zum Beispiel als staatlich anerkannte/r Diplom-Sozialpädagoge/in oder Diplom-Psychologe/in nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB 1993) der Schweigepflicht oder sind durch betriebseigene Vereinbarungen wie Betrieb- oder Dienstvereinbarung entsprechend gleichgestellt. (Fleck 2006)

Die konkrete Ausgestaltung der jeweiligen, betrieblichen Sozialberatung ist heterogen (Lau-Villinger 1994). Das betrifft formale Aspekte wie z. B. das Verhältnis der Zuständigkeit von Sozialberater/in pro Mitarbeiter/innen, Ausstattung und Gehaltsgestaltung aber auch inhaltliche Aspekte wie Aufgabenspektrum z. B. nur Konflikt- und/oder Suchtberatung, mit oder ohne Schuldnerberatung oder methodische Ausrichtung (z. B. systemisch-, gestalt- oder integrativ-orientiert) sowie ethisch-normative Orientierungen.

Trotzdem lässt sich die Leistung betrieblicher Sozialberatung grundsätzlich mit dem Bundesfachverband für Betriebliche Sozialberatung e.V. (bbs e.V.) wie folgt beschreiben: „Die Betriebliche Sozialberatung leistet im reaktiven wie im präventiven Bereich einen wesentlichen Beitrag zur Wiederherstellung, Stabilisierung und Förderung von psychosozialer Gesundheit und somit zum Erreichen der Unternehmensziele“ (Engler 2008).

Was tun betriebliche Sozialberater/innen? Sie:

- beraten (z. B. zu persönlichen und familiären Problemen, Führungsfragen, psychosozialen Problemstellungen)
- informieren, klären auf und schulen (zum Beispiel im Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeiter/innen, zur Suchtprävention, zum Stressmanagement)
- ergreifen organisationsbezogene Maßnahmen (zum Beispiel Teamentwicklung, Moderation von Arbeitsgruppen oder bei Konflikt, Mitarbeit/ Leitung inner- und außerbetrieblichen Gremien)

- betreiben interne und externe Öffentlichkeitsarbeit (zum Beispiel fachbezogene Veröffentlichungen in Mitarbeiterzeitschriften, Informationsveranstaltungen, öffentliche Interviews).

(Stoll 2001, Engler 2008)

Die Thematisierung von Psychotherapie(-bedarf), Motivation und Vermittlung zu Psychotherapie von Mitarbeiter/innen mit entsprechender Symptomatik ist originärer Bestandteil Betrieblicher Sozialarbeit. Dazu pflegen die Sozialberater/innen Kontakte zu den verschiedenen Einrichtungen mit psychotherapeutischen Angeboten wie niedergelassene Psychotherapeuten/innen und Psychiater/innen, Fachkliniken und Krankenhäusern, Tageskliniken, Rehabilitationseinrichtungen u. a., zu denen sie psychisch und psychosomatisch erkrankte Mitarbeiter/innen vermitteln.

Da bei den Vermittlungen häufig medizinische Stellungnahmen oder/und Ein- bzw. Überweisungen notwendig sind und es einer Diagnosestellung bedarf, hat die gute Kooperation mit entsprechenden Mediziner/innen und ggf. auch psychologischen Psychotherapeuten/innen einen hohen Stellenwert.

Liegt eine Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankung vor, besteht in Deutschland eine rechtliche Besonderheit. Die Vermittlung in eine Entwöhnungsbehandlung kann nur durch eine Fachberatungsstelle erfolgen. Dazu bedarf die Beratungsstelle der Anerkennung durch die Rentenversicherungsträger. Betriebliche Sozialberatungsstellen verfügen im Regelfall über einen solchen Status.

Für Österreich ist anzumerken, dass Betriebliche Sozialberatung dort nicht so weit verbreitet ist wie in Deutschland, was u. a. an der Konkurrenz zum Berufsstand der Lebens- und Sozialberater/innen bzw. Arbeitspsychologen/innen liegen mag (Blemenschitz 2003).

Lau-Villinger stellt in Ihrer Untersuchung für Deutschland fest: „Im wesentlichen sind es Großbetriebe, die über ein innerbetriebliches Sozialberatungsangebot verfügen“ (Lau-Villinger 1994, S.183). Sie halten das Angebot auch in der aktuellen wirtschaftlichen Krise aufrecht. Für das Rhein-Main-Gebiet zeigt sich sogar, dass einige Betriebe die Sozialberatung erweitern, intensivieren oder gar betriebliche Sozialberatung neu eingeführt haben. Neben der Bewältigung psychosozialer Belastungssituationen und

Krisen steht dabei das Gesundheitsmanagement, die Gesundheitsvorsorge und -förderung zunehmend im Zentrum der Aktivitäten Betrieblicher Sozialberatung.

Die Beratungspraxis zeigt, dass seit ein paar Jahren verstärkt Beratung und Unterstützung bei psychogenen Beschwerden/Erkrankungen, psychosomatischen und Stresssymptomen nachgefragt werden (bbs e. V. 2009).

Sowohl über die Qualität als auch die Quantität der Motivation(-sförderung) und Vermittlung von psychisch erkrankten Mitarbeiter/innen bzw. Mitarbeiter/innen mit dem Verdacht auf eine psychische oder Verhaltensstörung zu psychotherapeutischen Behandlungen durch Betriebliche Sozialberatung liegen keine wissenschaftlichen Studien vor.

6 Konsequenzen für diese Studie

Die dargestellten Forschungsergebnisse zeigen deutliche Diskrepanzen zwischen Prävalenzen psychogener Erkrankungen und Erkrankungsraten sowie der tatsächlichen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung und anderen Hilfen. Dies hat weit reichende persönliche (z. B. Leid und chronische Erkrankung), enorme finanzielle (z. B. für Staat, Krankenversicherung, Rentenversicherungsträger und Unternehmen) und verschiedenste betriebliche (z. B. zwischenmenschliche Konflikte, Leistungseinbusen, Krankheitszeiten) Auswirkungen.

Mit der Betrieblichen Sozialberatung steht den Unternehmen auf freiwilliger Basis der Intension, der Wirtschaftlichkeit und den Forschungsergebnissen nach ein wirksames Mittel der Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bereit. Richtig genutzt, birgt Betriebliche Sozialberatung eine große Chance, Leid und Kosten zu reduzieren.

Aus dem nicht abgeschlossenen bzw. erschöpfend erforschten, aber doch mit einschlägigen Forschungsergebnissen belegtem Gebiet der Psychotherapiemotivation

und Motivationspsychologie ergeben sich viele Anhaltspunkte, wie Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie erfolgen kann. Zwei wesentliche Aspekte seien noch einmal genannt. Zum einen sei die Herstellung von Kongruenz der Überzeugungen und Erwartungen bezüglich Krankheitsursachen und Behandlungsschritten zwischen Klienten/in und Berater/in bzw. Patient/in und Psychotherapeut/in (Franz 1997), zum anderen die Akzeptanz und ggf. Förderung des Selbstklärungsprozesses in der Psychotherapie (Schuster 2007) erwähnt.

Aus Sicht der Integrativen Therapie ist die Bedeutung der professionellen (Beratungs-) Beziehung zwischen Klienten/innen und den betrieblichen Sozialberater/innen zu betonen: „Über das Menschenbild der Integrativen Therapie wird deutlich, dass die Achtung der Würde des Einzelnen, die Forderung, Integrität zu stützen und zu stärken, und eine grundsätzliche Wertschätzung der menschlichen Person in ihrem sozialen Bedingungsgefüge die Grundlage für eine von Intersubjektivität getragene Atmosphäre bieten sollte“ (Jäkel 2001, S.170). Dies ist Grundlage und Voraussetzung für vertrauliche Gespräche und die notwendige Öffnung des Klienten/ der Klientin in der Betrieblichen Sozialberatung. Erst dadurch können motivierende Gespräche geführt, die Notwendigkeit bzw. der Nutzen einer Psychotherapie erkannt und eine Vermittlung zur Psychotherapie durchgeführt werden. In intersubjektiver Ko-responzenz, Kontakt und Begegnung mit dem / der Hilfesuchenden ist es wichtig, Sinn und Folgen des Vorgehens, persönliche und soziale Veränderungen in einem gemeinsamen Prozess zu klären und ihm dabei die Entscheidungsfreiheit zu lassen.

„Die Prozesse der Motivation, wie die der Volition, der Zielfindung, der Planung und Durchführung einer Aktion, müssen auf beiden Seiten stattfinden“ (ebenda) und auf gegenseitige Akzeptanz stoßen. Erst dann kann es zu einer gemeinsamen Aktion wie der konkreten Vermittlung bzw. Aufnahmen von Psychotherapie kommen (soweit ein Therapieplatz vorhanden ist) und im weiteren Prozess gewichtet und bewertet werden.

Gleichzeitig werden Grenzen der bzw. zur Motivationsförderung im psychotherapeutischen Versorgungssystem aber auch bei den von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen selbst deutlich. So wirkt es zum Beispiel demotivierend, wenn sich ein Mitarbeiter mit psychosomatischen Beschwerden mit Hilfe der betrieblichen Sozialberatung seines Unternehmens gerade mühsam dazu

entschlossen hat, nach monatelanger, erfolgloser hausärztlicher Behandlung doch eine Psychotherapie „auszuprobieren“, ein krankenversicherungsfinanzierter Psychotherapieplatz aber erst in vier Monaten zur Verfügung steht. Bis dahin hat er zum Beispiel, gestützt durch eine depressive Symptomatik, längst die Hoffnung auf Besserung aufgegeben und würde vielleicht seinen Arbeitsplatz verlieren oder zumindest weitere Krankheitstage aufweisen.

Im folgenden Abschnitt sei nun das Studiendesign und die Forschungsmethodik vorgestellt, um unter Punkt 8, gestützt auf die gewonnenen Daten, die zentrale Frage zu beantworten, wie Betriebliche Sozialberatung in dem beschriebenen Kontext motivationsfördernd auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie bei ihrem Klientel, die Mitarbeiter/innen von Unternehmen, die eben Betriebliche Sozialberatung anbieten, wirkt.

7 Design, Methodik und Durchführung der Studie

Findet man zur Psychotherapiemotivation und zum Inanspruchnahmeverhalten betreffs Psychotherapie ein breites Spektrum an Studien aber kaum neuere wissenschaftliche Arbeiten (ab 2000), sind es noch weniger, wenn es um die Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie geht. Bisher keine wissenschaftliche Studie ist spezifisch auf die Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung ausgerichtet. Dabei zeigen sich gerade in den Betrieben eine Zuspitzung der psychomentalen Belastungen und der durch psychische Erkrankungen bedingte Anstieg von Ausfalltagen. Gleichzeitig gibt es eine verstärkte Anerkennung von Leistungsmöglichkeiten und Wirtschaftlichkeit Betrieblicher Sozialberatung. Die vorliegende Studie möchte die Themen miteinander verbinden und die „Forschungslücke“ schließen. Das Untersuchungsthema lautet somit „Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung“.

7.1 Ziele der Studie

Zentrale Anliegen der Studie sind, einen wissenschaftlich fundierten Beitrag zur Erforschung und die Verbesserung der Psychotherapiemotivation sowie der Motivations-, Beratungs- bzw. Vermittlungsarbeit im Spezialgebiet der Betrieblichen Sozialberatung zu geben.

Das ist verbunden mit den Zielen:

- Kriterien herauszuarbeiten, die zur Indikationsstellung „Psychotherapie“ durch betriebliche Sozialberater/innen genutzt werden,
- dem Erkennen motivationsfördernder Faktoren zur Inanspruchnahme von Psychotherapie und
- der Publikation.

Damit soll ermöglicht werden, das Inanspruchnahmeverhalten zur Psychotherapie von betroffenen Personen (hier entsprechende Mitarbeiter/innen einer Verwaltung, eines Unternehmens) zu optimieren.

Letztendlich kann der Nutzen sein, individuelles Leid und finanzielle Kosten zu reduzieren bzw. schnellere und wirkungsvollere Behandlung für psychisch erkrankte Menschen zu erreichen sowie Chronifizierung vorzubeugen.

7.2 Fragestellungen der Studie

Aus der eben beschriebenen Themensetzung der Studie und deren Anliegen leitet sich die zentrale Fragestellung ab. Sie lautet:

Kann Betriebliche Sozialberatung Klienten/innen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie motivieren bzw. wie tut sie das?

Als interessierende Bereiche lassen sich fünf Unterpunkte bilden:

- Indikationsstellung für Psychotherapie durch betriebliche Sozialberater/innen,
- Differenzierung von Klienten/innen-Gruppen zu Beratungsbeginn,
- Differenzierung von Klienten/innen-Gruppen im Beratungsverlauf,

- Arten bzw. Faktoren der Motivationsförderung und
- Auswirkungen motivierender Beratung.

Entsprechend sollen mit der Untersuchung folgende Teilfragen beantwortet werden:

- A) Wann, wie, wodurch entscheiden Sozialberater/innen, jemanden zur Aufnahme einer Psychotherapie zu motivieren, oder anders ausgedrückt, welchen Indikationen folgen sie bzw. welche Kriterien legen sie an?
- B) Welche Klienten/innen- Gruppen lassen sich bilden, die in bestimmter Weise angesprochen, motiviert werden (müssen)?
- C) Wie verlaufen die Motivations- bzw. Beratungsprozesse? Wie häufig, wie oft und wie lange findet die Beratung statt? Welche Gruppen lassen sich bilden?
- D) Wie wird die Motivation zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bei den unterschiedlichen Klienten/innen(-Gruppen) gefördert?
- E) Welche Auswirkungen hat die motivierende Beratung auf die Psychotherapielatenz und Psychotherapie? Welche weiteren Wirkungen können festgestellt werden?

7.3 Design der Studie

Von Anbeginn der Studienplanung war der Einbezug beider Sichtweisen, der der betrieblichen Sozialberater/innen als Beratungsexperten/innen und der der Klienten/innen als derjenigen, die die Maßnahmen (Sozialberatung und Psychotherapie) in Anspruch nehmen im Sinne der Vorbereitung der psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung (Rudolf 2008, S.328ff) bzw. der psychotherapeutischen Passung (Petzold 2006, Kriz 2005) wichtig. Die Nutzer/innen Betrieblicher Sozialberatung und von Psychotherapie sollten dadurch eben auch die jeweiligen Angebote beurteilen können.

Das entspricht dem Petzoldschen Gedanken der Integrativen Therapie von „doppelter Expertenschaft“ in Beratung und Therapie. Damit ist gemeint, dass Berater/in bzw. Therapeut/in Experte/in für die beraterischen bzw. klinischen Belange und Klient/in bzw. Patient/in Experte/in für seine/ihre Lebenssituation sind. Das Verhältnis beider ist von Respekt vor der "Andersheit des Anderen" und vor ihrer jeweiligen "Souveränität" geprägt. Sie vereinbaren und bemühen sich, auftretende Probleme im Arbeitsprozess und in der Arbeitsbeziehung ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten. (Leitner 2007)

Dies knüpft an ein weiteres Kriterium für die spezifische Themensetzung und das Untersuchungsdesign an: Die Theorie (incl. Forschungsvorgehen) und Praxis der Integrativen Therapie sollen beachtet und einbezogen werden.

Was wiederum darin Berücksichtigung findet, dass die Forschungsergebnisse an die beteiligten Personen im Sinne eines wechselseitigen Erkenntnisprozesses in Ko-Respondenz (zurück) kommuniziert werden sollen.

Zwei letzte Anforderungen an die Untersuchung sind, dass sie möglichst nah an die sozialen Realitäten des interessierenden Lebensbereichs anknüpft und praxisnah umgesetzt wird.

Das Studiendesign knüpft an die psychologische und sozialwissenschaftliche Forschung, wie sie zum Beispiel von Mayring (2007) vertreten und gefordert wird, an. Er vertritt die Forderung nach einem integrativen Verständnis von Forschungsmethoden in der Psychologie und grenzt sich damit gegen die verkürzende, naturwissenschaftlich-experimentelle Orientierung ab. Das entspricht auch dem Verständnis wissenschaftlicher Psychotherapieforschung der Integrativen Therapie (Mayring 2007, Schigl, 2007, Schigl 1998, Schigl / Petzold 1997).

Die Arbeit folgt somit einer phänomenologisch-hermeneutischen orientierten Forschung und stellt, in dem sie den Forschungsgegenstand möglichst genau und umfassend zu beschreiben sucht, eine deskriptive und in dem sie einen noch nicht beforschten Bereich möglichst nahe kommen will, eine explorative Studie dar.

Zusammenhangs- und Kausalanalyse ergänzen die beiden eben genannten Aspekte in Bezug auf das Interesse an möglichen Auswirkungen der Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch betriebliche Sozialberater/innen. (Mayring 2007)

Gegenstand der Studie ist die *Motivationsförderung* zur Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Mitarbeiter/innen aus privatwirtschaftlichen Unternehmen, öffentlichen Einrichtungen und Verwaltungen durch betriebliche Sozialberater/innen.

Der Gegenstand soll mittels qualitativ und quantitativ orientierter Befragung der an der „Motivationsförderung“ primär beteiligten Personen (Zielgruppe) sowie inhaltsanalytischer und deskriptiver Auswertung unter strikter Beachtung des Datenschutzes innerhalb einer bestimmten Zeitspanne gemäß der Zielsetzung erfasst und ausgewertet werden.

Die Gruppe der befragten Personen sind volljährige Mitarbeiter/innen, die die Betriebliche Sozialberatung ihres Arbeitgebers in Anspruch nehmen bzw. nahmen und mit denen über die Aufnahme einer Psychotherapie in der Betrieblichen Sozialberatung gesprochen wurde. Nicht zwingend ist, dass der/die Mitarbeiter/in darauf hin tatsächlich Psychotherapie in Anspruch genommen hat.

Die zweite Zielgruppe bilden betriebliche Sozialberater/innen, die mit Klienten/innen über die Aufnahme einer Psychotherapie sprechen und sie ggf. in Psychotherapie vermitteln bzw. die Aufnahme dieser empfehlen.

Die Mitarbeiter/innen und betrieblichen Sozialberater/innen sind bzw. waren in Unternehmen, des Rhein-Main-Gebiets in Deutschland (der Region in, um und zwischen Frankfurt, Darmstadt, Mainz und Wiesbaden) beschäftigt (Produktions-, Lehr- und Forschungsbetriebe, Gesundheits- und Transportdienstleister, Verwaltungen und Medienunternehmen).

Die Studie folgt darüber hinaus den Forderungen Hills und Lamberts: „We need more studies, however, on methodology on both quantitative and qualitative process research“ (Hill und Lambert 2003, S.105) und sucht die transparente, nachvollziehbare und wissenschaftlich korrekte Methodenkombination.

7.4 Forschungsmethoden der Studie

Bei der Auswahl der einzusetzenden Forschungsmethoden zur Datenerhebung und Datenauswertung spielten Datenschutzüberlegungen eine wesentliche Rolle. Diese Überlegungen werden folgend geschildert, um anschließend die eingesetzten Methoden darzustellen.

7.4.1 Datenschutz

Um die praktische Umsetzung der Studie und den Datenschutz zu gewährleisten, konnten Klienten/innen der betrieblichen Sozialberatungen, d. h. die entsprechenden Mitarbeiter/innen der Unternehmen nur über die Beratungsstellen, die sie aufgesucht haben, kontaktiert werden. Allein die betrieblichen Sozialberatungsstellen, davon musste ausgegangen werden, verfügen über die Kenntnis, wer zur Zielgruppe der Studie auf Seiten der Mitarbeiter/innen zählt und wie diese erreichbar sind. Eine Herausgabe der Adressen an die Studienleitung seitens der Sozialberater/innen hätte das Einverständnis der Klienten/innen vorausgesetzt und wäre eine in der praktischen Umsetzung zu hohe Hürde gewesen.

Gleichzeitig sollten die Antworten der Klienten/innen nicht an die Sozialberater/innen zurückgehen, um auch hier den Datenschutz zu gewährleisten und etwaigen Antworten, die den vermuteten Erwartungen der Sozialberater/innen suchen gerecht zu werden, zu verhindern. Die Antworten der Klienten/innen mussten also direkt an die Studienleitung übermittelt werden können.

Auf Seiten der Datenerhebung bei den betrieblichen Sozialberater/innen musste im Hinblick auf die Kontaktaufnahme kein besonderer Datenschutz beachtet werden, da diese öffentlich erreichbar und ansprechbar sind.

Da es sich bei der Betrieblichen Sozialberatung und der Zielgruppe um innerbetriebliches Geschehen bzw. eben auch um Mitarbeiter/innen von Unternehmen handelte, war ein weiterer Datenschutzpunkt von großer Bedeutung. Die

Datenerhebung durfte sich nicht auf betrieblich geschützte Daten (in der Art von „Betriebsgeheimnissen“) beziehen bzw. die befragten Personen diesbezüglich nicht in etwaige Gewissenskonflikte bringen, was ja auch nicht der Zielsetzung der Studie entspricht bzw. entsprach.

Gleichzeitig durfte nicht der Eindruck entstehen, es würde sich um eine Mitarbeiter/innen- Befragung handeln (ist bzw. war es ja auch nicht), da ansonsten der direkte Zugang zu den Sozialberater/innen und der indirekte Zugang zu den Klienten/innen über die Sozialberater/innen nicht mehr möglich gewesen wäre.

Darüber hinaus musste und wurde nicht zuletzt aus ethischen Gründen die Freiwilligkeit und Anonymität in der Mitarbeit gewährleistet und die Studienteilnehmer/innen über Zweck der Studie, Datenerhebung und -verwendung aufgeklärt werden (Anlage1 und 3).

Betont sei, dass eben auch in der Datenauswertung keine unternehmens- und personenbezogenen Maßnahmen durchgeführt werden sollten (und wurden), was außerdem nicht dem Forschungsinteresse der Studie entspricht bzw. entsprach.

(Kirchhoff et al 2008, Wottawa und Thierau 2003, Bortz und Döring 2002, Flick 2000)

Bevor dargestellt wird, wie dem Datenschutz in der Studie praktisch Rechnung getragen wurde, seien folgend zunächst die angewandten Forschungsmethoden erläutert und kritisch betrachtet.

7.4.2 Methoden der Datenerhebung

Um eine ausreichende Menge an Daten von entsprechenden Personen möglichst effizient zu erhalten, war schnell entschieden, dass die Forschungsmethoden zur Datenerhebung aus dem Bereich der empirischen Sozialforschung mittels Fragebogen stammen sollen. Dies bot sich auch an, da so besser Bezug zu anderen, relevanten Studien der Psychotherapieforschung, die ebenfalls über Befragungen ihre Daten

erhoben hatten, genommen werden kann (z. B. Schuster 2007, Schigl 1998, Franz 1997).

Konkret sollte die Datenerhebung der empirischen Studie bei den betrieblichen Sozialberater/innen mittels eines halbstandardisierten, mündlichen Experten/innen-Interviews erfolgen. Dazu wurde eigens ein semistrukturierter Interviewleitfaden entwickelt. Die Entscheidung begründet sich durch die Vorteile des Experteninterviews in Bezug auf die Zielsetzung der Studie:

- Betriebliche Sozialberatungspraxis als klar definierter Wirklichkeitsausschnitt,
- Expertenrolle betrieblicher Sozialberater/innen als „Motivator/in“ (was es auch zu ermitteln gilt), Vermittler/in und Berater/in von *mehreren* Mitarbeiter/innen in bzw. zu Psychotherapie,
- befragte betriebliche Sozialberater/innen fungieren als Vertreter/innen ihrer Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppe,
- deskriptive Informationserfassung,
- individuelles Nachfragen gemäß Zielsetzung der Studie bei gleichzeitiger Vergleichbarkeit der Antworten ist möglich.

(Mayer 2008, S.37f; Bortz und Döring 2002, S. 237ff)

Ein weiterer Punkt, der die Nutzung des mündlichen Experten/innen-Interview eröffnete, war der, dass beabsichtigt wurde, nur eine begrenzte Anzahl von Interviews mit betrieblichen Sozialberater/innen durchzuführen. Die allerdings sollten sowohl fundierte, qualitative als auch quantitative Aussagen ermöglichen. Zehn Interviews erschien hier die angemessene Anzahl.

Die Interviewpartner/innen sollten über das fachliche Netzwerk Betrieblicher Sozialberatung aus dem Rhein-Main-Gebiet per Zufallsstichprobe ermittelt werden. Dabei war es jedoch wichtig, sowohl weibliche als auch männliche Sozialberater/innen zu erfassen. Sie und die Zielgruppe der Klienten/innen sollten aus verschiedenen Unternehmen stammen (Freie Wirtschaft, öffentliche Verwaltung, öffentlicher Dienst etc.), um das breite Spektrum Betrieblicher Sozialberatung bestmöglich repräsentieren zu können.

Weiterhin sind die Erfassung soziodemographischer Variablen der Berater/innen und Klienten/innen sowie allgemeiner, öffentlicher Unternehmensdaten für die Herstellung von Bezügen zu vorangegangenen Untersuchungen und das Zielkonstrukt der vorliegenden Studie notwendig (Bortz und Döring, S.376f).

Den Anspruch, fundierte qualitative und quantitative Aussagen in der Auswertung zu ermöglichen, sollte auch die Datenerhebung seitens der Klienten/innen erfüllen. Das Experten/innen-Interview kam aber nicht in Frage, da die Klienten/innen der Sozialberater/innen für sich, ihr Leben zwar Experten/innen sind, jedoch eine größere Anzahl an Datensätzen zur Auswertung angestrebt wurde. 50 Rückläufer wurden hier als angemessene Zielsetzung betrachtet.

Darüber hinaus war bei der Entwicklung des Datenerhebungsinstrumentes für die Klienten/innen der Datenschutz in erläuterter Weise zu berücksichtigen (vgl. Punkt 2.31). Des Weiteren besteht das Studieninteresse bei den Klienten/innen allein an ihrem *individuellen, einzelnen* Wirklichkeitsbereich. Verbunden mit dem, dass in Bezug auf bisherige Forschungsergebnisse zur Psychotherapiemotivation verstärkt Antwortkategorien vorstrukturiert werden konnten, fiel die Entscheidung zur Datenerhebung mittels halbstandardisierten, schriftlichen Fragebögen.

Die Konstruktion eines semistrukturierten Interview-Leitfadens und halbstandardisierten Fragebogens wurde notwendig, da die Daten sowohl bei den Sozialberater/innen als auch bei den Klienten/innen erhoben und miteinander in Bezug gesetzt, d. h. thematisch gleich ausgerichtet, aber zielgruppenspezifisch formuliert werden sollten. Bisher gab es dazu keine entsprechenden Erhebungsinstrumente. Die Fragestellungen wurden also selbst in Anlehnung an bisherige Forschungen formuliert (vgl. Punkt 2.5) und in einem Pre-Test (jeweils zwei Klienten/innen und Sozialberater/innen) überprüft und korrigiert.

Die Semistrukturierung bzw. Halbstandardisierung begründet sich mit dem (Forschungs-) Anspruch der Studie, der allein über rein standardisierte Forschungsinstrumente nicht erreicht werden kann.

(Kirchhoff et al 2008, Mayer 2008, Schigl 2007, Schaffer 2002, Flick 2000)

7.4.3 Methoden der Datenauswertung

Gemäß der qualitativen und quantitativen Ausrichtung und des Designs der vorliegenden Studie ist es für die Auswertung unerlässlich, Methoden zu berücksichtigen, die entweder beide Anteile erfassen oder sich entsprechend spezifisch eignen.

Des Weiteren sollen die Methoden der Datenanalyse Antworten auf die Fragestellungen der Studie ermöglichen, zugleich aber auch dem phänomenologisch-hermeneutischen (Forschungs-)Ansatz bzw. Erkenntnisgewinnungsprozess der Integrativen Therapie entsprechen (Schigl 1998, Petzold 1993).

Dem zufolge fiel die Entscheidung bei der Forschungsmethodenauswahl für die Analyse des (geringeren) quantitativen Datenanteiles zu Gunsten der einfachen, deskriptiven Statistik. Je nach Datenlage kann sie durch wesentliche, statistische Kennwerte wie Median, arithmetisches Mittel und/ oder Varianz ergänzt werden und eine graphische Darstellung erfolgen (Mayer 2008, S.113ff; Schaffer 2002, S. 153ff; Bortz und Döring 2002, S.376ff).

In Bezug auf die Analyse qualitativer Daten (insbesondere der aus den Experten/innen-Interviews) wurde die Entscheidung für die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Sie stellt „ein Bündel an Verfahrensweisen zur systematischen Textanalyse dar“ (Mayring 2000, S.1), welches „methodische Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse teilweise übernimmt und zu einem qualitativ orientierten Instrumentarium ausweitet“ (ebenda).

Voraussetzung dafür ist die Transkription der Interviews. Da es sich um Experten/innen-Interviews handelt, kann bei der Transkription jedoch „auf aufwendige Notationssysteme“ (Meuser und Nagel in Mayer 2008, S. 48) verzichtet werden. Daher ist beabsichtigt, bereinigte Transkripte der Experten/innen-Interviews anzufertigen.

Für die Verwendung der qualitativen Inhaltsanalyse spricht des Weiteren der Vorteil, dass in deren Zentrum die Kategorienbildung steht, was Untersuchungsinteresse ist.

7.4.4 Kritische Methodenreflexion

Zwar erscheinen die ausgewählten Forschungsmethoden in Bezug zum Studiendesign stimmig, doch gibt es auch kritische Anmerkungen zu machen. So besteht insbesondere eine Schwäche bei der Datenerhebung. Die Selektion der Stichprobe für Klienten/innen ist doppelt. Zum einen gemäß der Zielgruppe, zum anderen aber - und hier ist die methodische Schwäche – durch die Weitergabe der Datenerhebungsinstrumente über die Sozialberater/innen an Klienten/innen. So ist nicht gesichert, dass die Fragebögen an alle in Frage kommenden Klienten/innen weitergegeben wurden oder eher an die als „zufrieden“ eingeschätzten Klienten/innen. Im Fragebogen selbst wurde durch explizites Abfragen bzw. Ermöglichen positiver und negativer Antworten, der etwaigen Tendenz zu positiven Antworten entgegengewirkt, und somit die mögliche Verzerrung der Ergebnisse relativiert.

Auf Seiten der betrieblichen Sozialberater/innen setzte die anonymisierte Datenverwendung ein Gegengewicht zur Tendenz, gewünschte bzw. erwartete Antworten zu geben.

Eine weitere Schwäche der Studie kann darin gesehen werden, dass auf klinisch-psychologisch und psychiatrische Diagnostik bzw. Fragebögen verzichtet wurde. Allein eine Frage zielte letztendlich auf die klinische Diagnose der Klienten/innen ab. Dem ist entgegenzuhalten, dass eben die Arbeitsweise betrieblicher Sozialberater/innen auch nicht nach klinischer Diagnostik mittels ICD 10 oder DSM IV abläuft (Anmerkung: was auch rechtlich problematisch wäre).

So baut die Datenerhebung allein auf retrospektive Selbstauskunft der Interviewpartner/innen und Mitarbeiter/innen, die den Fragebogen ausfüllten, was wiederum Ungenauigkeiten in den Angaben mit sich bringen kann, zumal keine Begrenzung des Befragungszeitraums in die Vergangenheit gegeben wurde, und dies nicht verifizierbar ist.

7.5 Übersicht zur Durchführung der Studie

Das Konzept für die Studie wurde im Herbst 2008 erstellt. Die Durchführung folgte weitgehend dem erstellten Ablaufplan:

August bis Dezember 2008

Erarbeitung des Untersuchungsdesigns, Literaturstudium und Entwicklung der Datenerhebungsinstrumente (semistrukturierter Interviewleitfaden und halbstandardisierter Fragebogen) sowie Begleitschreiben zur Information über die Studie

Januar 2009

Erprobung und Überarbeitung des Leitfadens und des Fragebogens an Personen, die der Zielgruppe entsprachen (Pre-Test)

Februar bis Mai 2009

Datenerhebung: Terminvereinbarung und Durchführung von zehn mündlichen Experten/innen-Interviews incl. digitaler Aufzeichnung, Verteilung von 140 Fragebögen incl. Anschreiben und portofreiem Rücksendeumschlägen an betriebliche Sozialberater/innen des Rhein- Main- Gebietes (25 Berater/innen) zur Weitergabe an deren Klienten/innen gemäß den Anforderungen an die Stichprobe (vgl. Anlage 1 bis 4)

März bis April 2009

Bereinigte Transkription der Experten/innen-Interviews (vgl. Anlage 5 bis 14)
und Vorbereitung der Datenauswertung

Mai bis Juni 2009

Auswertung des Datenmaterials, Verfassen des Endberichts der Studie
(Erstellen der Masterthese)

Juli 2009

Abschließende, redaktionelle Überarbeitung, Druck und Abgabe des Berichts

In der Durchführung der Studie zeigte sich, dass es zu der ein oder anderen Verschiebung kam, da nicht genau im Voraus abgeschätzt werden konnte, welche Zeit genau für die jeweiligen Vorhaben benötigt wurde. So konnte z. B. auf Grund der sinkenden Rücklaufquote schon früher mit der Datenaufbereitung und –auswertung begonnen werden und erfolgte zusätzlich bei einem Arbeitstreffen betrieblicher Sozialberater/innen des Rhein-Main-Gebiets eine kurze Vorstellung des Studienprojektes, um zusätzlich für die Beteiligung durch Weitergabe von Fragebögen an Klienten/innen zu werben. Grundsätzlich behielt der Plan jedoch seine Gültigkeit.

In die Studie floss Literatur ein, die bis Dezember 2008 veröffentlicht wurde. Bei im Internet publizierten Texten kann der Abrufzeitpunkt noch bis einschließlich Juni 2009 datiert sein.

7.6 Erläuterungen zu den Datenerhebungsinstrumenten

Grundsätzlich war es, wie schon erläutert, das Anliegen, Interviewleitfaden und Fragebogen inhaltlich ähnlich, jedoch in den Formulierungen zielgruppenspezifisch und der mündlichen und schriftlichen Befragungsmethode angemessen zu gestalten.

Die letztendlich verwendeten Vorlagen befinden sich in den Anlagen 1 bis 4.

In Bezug auf die erarbeiteten Datenerhebungsinstrumente seien nun die durch entsprechende Forschung bisher festgestellten, relevanten Faktoren, die die Inanspruchnahme von Psychotherapie beeinflussen, noch einmal stichwortartig genannt und in Klammern [] mit den direkten und indirekten Bezugsfragen in den Datenerhebungsinstrumenten versehen.

Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch psychogen erkrankte Menschen erhöht sich, wenn:

- a) eine hohe Offenheit (gegenüber Hilfe und Psychotherapie, aber auch im Hinblick auf das Sprechen über eigene Probleme) gegeben ist (Franz et al 1990) [IL + FB 1 und FB 2.5, 2.6, 7]*,
- b) das Mitteilungs- und Anerkennungsbedürfnis eher hoch ist (ÖBVP 2007) [IL ggf. durch Nachfragen im Interview und FB 7]*,
- c) die Zielorientierung stärker als die Problemorientierung ist (Schuster 2007) [IL 4, 7 und FB 7]*,
- d) soziale Unterstützung (Unterstützernetzwerk) auch gegenüber professioneller Hilfe gegeben ist (Franz et al 1990, Herrle und Angermeyer 1997, Slunecko et al 2007) [IL 7, 10, 11 und FB 12]*,
- e) ausreichend Zeit für die psychotherapeutische Behandlung zur Verfügung steht (Franz 1997, Fischer-Kern et al 2006) [IL 10, 11 und FB 11, 12]*,
- f) sie über eine höhere (Aus-)Bildung verfügen (Garfield in Garfield und Bergin 1986, Franz 1997, Fischer-Kern et al 2006) [IL 10 und FB 8 in Verbindung mit 19]*,
- g) eine/ein bestimmte/r bzw. konkrete/r Psychotherapeut/in empfohlen wird (Slunecko et al 2007) [IL 4 und FB offene Antwortkategorien 3, 4, 5]*,
- h) eine vertrauensvolle Beziehung, ein „guter“ Kontakt zum/r z. B. Berater/in vor Psychotherapiebeginn oder zum/r Psychotherapeuten/in selbst gegeben ist bzw. aufgebaut werden kann. Das ist ein wesentliches Kriterium (Hermer 1994, Petzold 1996b, Herrle und Angermeyer 1997, Slunecko et al 2007) [IL 4 und FB 7, 17]*.

*Zeichenerklärung:

IL steht für Interviewleitfaden, FB steht für Klienten/innen-Fragebogen, die Zahl danach ist die Nummer der Frage

Die Fragen 2 bis 12 des Interviewleitfadens und 2 bis 13 des Fragebogens beinhalten die wesentlichen Interessenspunkte betreffs Motivationsförderung (Was motiviert wie und woran wird es bemerkbar? und Hardfacts wie z. B. welche Therapie in Anspruch genommen wurde), gefolgt von den Fragen zu Auswirkungen, was ohne Betrieblicher Sozialberatung geschehen wäre (Frage 13 im Interviewleitfaden bzw. 14 im Fragebogen) und auf die Psychotherapie (Fragen 14-16 im Interviewleitfaden bzw. 15-16 im Fragebogen).

Die Klienten/innen erhielten zusätzlich mit Frage 13 und 17 die Möglichkeit der Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen Psychotherapie und Sozialberatung.

Soziodemographische und Kontextdaten wurden im vorletzten Teil abgefragt (Frage 17-26 im Interviewleitfaden bzw. 19-23 im Fragebogen). Sie orientierten sich an anderen entsprechenden Erhebungsinstrumenten der Psychotherapieforschung (z. B. Schigl. 1998), der Fragestellung der Studie und in der Kategorienbildung für die Interviews an Forschungsfeldkenntnissen des Autors.

Den Abschluss bildeten jeweils eine offene Ermutigung und Möglichkeit, Rückmeldung zu geben und ggf. Kritik zu üben.

Wichtig war, dass, wenn es sich inhaltlich als möglich und gleichzeitig als notwendig erwies, nicht geschlossene Antwortkategorien vorgegeben, sondern Platz für eigene Ergänzungen eingeräumt wurden. Dies geschah, um im Vorfeld nicht bedachte Aspekte mit erfassen zu können.

8 Auswertung und Studienergebnisse

Bei der Zusammenschau und Auswertung der Studienergebnisse wird nach der zusammenfassenden Übersicht zur Datengrundlage der Reihenfolge der Fragestellung gefolgt. Zunächst stehen die Ergebnisse aus den Leitfadeninterview bzw. die Antworten der betrieblichen Sozialberater/innen im Mittelpunkt, anschließend folgt die Übersicht zu den Rückmeldungen der Klienten/innen gemäß deren Fragebögen. In dem darauf folgenden Abschnitt steht explizit die Beantwortung der Fragestellungen der Untersuchung im Mittelpunkt.

8.1 Datengrundlage

Der Übersicht halber sind die Grundlagen der Datenerhebung in folgender Tabelle zusammengefasst (Tabelle 1).

	Befragung betrieblicher Sozialberater/innen	Befragung von Mitarbeiter/innen bzw. Klienten/innen
Datenerhebungsmethode	Mündliches, leitfadensorientiertes Experten/innen-Interview	Schriftlicher, halbstandardisierter, Fragebogen
Zielgruppe	Sozialberater/innen, die nur oder überwiegend in einem privatwirtschaftlichen oder öffentlichen Unternehmen tätig sind	Volljährige Mitarbeiter/innen privatwirtschaftlicher oder öffentlicher Unternehmen, die betriebliche Sozialberatung in Anspruch genommen haben und zum Themenbereich Psychotherapie beraten wurden
Untersuchungsregion	Sozialberater/innen aus Unternehmen in den deutschen Städten Darmstadt, Mainz, Wiesbaden und Frankfurt am Main	Klienten/innen aus Unternehmen des Rhein-Main-Gebietes um die bzw. aus den deutschen Städte/n Darmstadt, Mainz, Wiesbaden und Frankfurt am Main
Zeitraum der Datenerhebung	Februar bis April 2009	Februar bis Mai 2009
Rücklaufquote	Von 10 angesprochenen betrieblichen Sozialberater/innen haben sich 10 für das Experten/innen-Interview zur Verfügung gestellt. Das entspricht 100%.	140 Fragebögen wurden zur Weitergabe an 25 betriebliche Sozialberater/innen verteilt. Sie gaben 54 Bögen an der Zielgruppe entsprechende Klienten/innen weiter. 23 Fragebögen gingen als Rückläufer ein und konnten in die Auswertung einfließen. Das entspricht rund 42,59%.
n (Anzahl der Befragungsteilnehmer/innen)	n=10	n=23
Methoden der Datenauswertung	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und deskriptive Statistik	Deskriptive Statistik

Tabelle 1: Grundlagen der Datenerhebung

8.2 Datenauswertung

Für die Datenauswertung wurde zu Gunsten der Übersichtlichkeit folgender Weg gewählt. Zunächst erfolgt die Darstellung der Daten aus den Interviews betrieblicher Sozialberater/innen in Reihenfolge der Fragestellung und anschließend die Übersicht der Daten aus den Klienten/innen-Fragebögen.

8.2.1 Zusammenschau der Daten aus den Antworten der Sozialberater/innen

Zu Frage 1)

Die erste Frage diente insbesondere zur Gesprächseröffnung, quasi als „Warm up“. Gleichzeitig spiegeln die Antworten die grundlegende Haltung der betrieblichen Sozialberater/innen gegenüber Psychotherapie wider. Sie ist durchgängig geprägt von einer positiven Einstellung gegenüber Psychotherapie als eine wirkungsvolle, erfolgreiche Behandlungsform bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Leidenszuständen, Verhaltensstörungen und psychosozialen Krisen.

Eine Antwort der 10 Sozialberater/innen betont Psychotherapie in diesem Zusammenhang als „das erste Mittel der Wahl“, das „ich sicher eher empfehlen würde als eine Pharmakotherapie“ (Interview 1).

Zu Frage 2)

Im Interessensmittelpunkt der zweiten Frage standen die Kriterien, wann betriebliche Sozialberater/innen Klienten/innen in zu Psychotherapie beraten bzw. sie vermitteln. Die qualitative Inhaltsanalyse der Antworten hat folgende fünf induktiv ermittelte Kategorien ergeben:

- a) Beratung bzw. Vermittlung zu Psychotherapie auf von den Klienten/innen direkt oder indirekt geäußerten Wunsch, wie z. B.: „Ich will eine Psychotherapie, helfen Sie mir dabei, wie kann ich dahin kommen“ (Interview 5, S.1). Dieser Wunsch wird in der Sozialberatung geäußert, mitgebracht durch Anstöße seitens der Kollegen/innen, der Vorgesetzten oder aus dem Beratungsgesprächsverlauf. Alle zehn Antworten der interviewten Sozialberater/innen umfassten diesen Punkt. Acht von ihnen äußerten, dass

sie in deutlich über 50% der Fälle, selbst das Thema „Psychotherapie“ in die Beratung eingebracht zu haben.

- b) Zwei der Berater/innen-Antworten beinhalteten, dass (offensichtliche) psychische Probleme und/oder Verhaltensauffälligkeiten am Arbeitsplatz wie Ausfallzeiten auf Grund psychischer Erkrankungen und/oder im Zusammenhang mit psychomentalen Belastungen, der Verdacht auf psychische Erkrankung und eine schwere psychosoziale Krise Hinweise bzw. Verweise auf die betriebliche Sozialberatung mit sich brachten, worauf hin der/die Mitarbeiter/in entsprechend Kontakt mit der Beratungsstelle aufnahm (zum Beispiel: Interview 1, S.1).
- c) Alle zehn betrieblichen Sozialberater/innen gaben in jedoch unterschiedlicher Schwerpunktsetzung Ergebnisse der Anamnese bzw. des/der Erstgesprächs/e als Kriterien zur Psychotherapieansprache und/oder Therapievermittlung an. Im einzelnen waren das häufig durch ein wahrgenommenes, eigenes, fachlich reflektiertes Gefühl begründete Schlussfolgerungen, dass:
- die Meinung entstand, dass eine psychische Erkrankung vorliegt und/oder ein Verdacht über eine bestehende, psychische Erkrankung aufkam (zum Beispiel durch entsprechend andere Wahrnehmung der Welt),
 - aktuelle Probleme oder Störungen wie zum Beispiel Konflikte am Arbeitsplatz wahrscheinlich in überwiegendem Teil in der Person begründet sind,
 - überwiegend frühkindliche und/oder andere biographische Ereignisse aktuelle Schwierigkeiten begründen (zum Beispiel Interview 8, S.1),
 - die psychosoziale, psychische Stabilität aktuell gefährdet und/oder nicht ausreichend gegeben ist,
 - der/die Klient/in von einer Psychotherapie profitieren und Nutzen daraus ziehen kann.

Ein/e Befragte/r distanzierte sich ausdrücklich von der Vorgehensweise der Psychodiagnostik psychischer Erkrankungen im Hinblick auf die Therapievermittlung (Interview 10, S.1), die den Sozialberater/innen auch rechtlich nicht zusteht. Trotzdem wirken psychische Diagnosen (-stellungen) bei der Beratung zu Psychotherapie mit. So wurden Depression, Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, chronische und

psychosomatische Krankheiten als Erkrankung bzw. entsprechender Verdacht darauf genannt. Bei psychosomatischen Symptomen gab ein/e Berater/in an, immer einen Arzt hinzuzuziehen (Interview 7, S.1). Darüber hinaus wurde auf Stressphänomene, Burnout-Symptome, Krisen, Psychotraumata, Selbstgefährdungen und körperliche Symptomatiken, welche zur Beratung im Hinblick auf Psychotherapie führten, eingegangen (zum Beispiel Interview 9, S.1).

Je nach Inhalt und Verlauf der individuellen Erstgespräche bzw. eines der ersten Gespräche bringen alle Sozialberater/innen bei dem Verdacht, eine psychische Erkrankung könnte eine Rolle spielen, unter Herausstellung der individuellen Vorteile und des persönlichen Nutzens einer Psychotherapie, das Thema „Psychotherapie“ in die Beratung ein (insofern es nicht schon durch den/ die Klient/in geschehen ist).

- d) Bei der Beratung bzw. Vermittlung zu Psychotherapie gehen acht Sozialberater/innen auf das (Beratungs-) Setting ein (zum Beispiel Interview 6, S.1). So spielen die Tiefe der Problematik bzw. deren Lösungsvorgehen, die Nähe des Themas zum Arbeitsplatz bzw. der Biographie des/r Klienten/in (Interview 3, S.1) und die fachliche Möglichkeiten der Beratung - ausreichend oder eben nicht zum Beispiel bei Selbstgefährdung - eine entsprechende Rolle.
- e) Als fünfte Kategorie sind Kriterien aus drei Interviews zusammengefasst, die zum Bereich der Beratungskapazität zählen (zum Beispiel Interview 4, S.1). Das sind die Möglichkeiten, wie regelmäßig, häufig und wie lange (über welchen Zeitraum) Beratungsangebote gemacht werden können (zum Beispiel Interview 2, S.1).

Zu Frage 3)

Die dritte Frage beinhaltete das Interesse, wann Motivationsarbeit im Hinblick auf Inanspruchnahme von Psychotherapie erfolgt. Die Antworten stehen in engem Zusammenhang mit denen zur zweiten Frage (Kapazitäts- und Settingsaspekten, biographische Anteile an der Problemstellung etc.), gehen jedoch noch mehr ins Detail und sind differenzierter. Motivationsarbeit wird nicht oder weniger geleistet, so zwei

Berater/innen, wenn eine entsprechende Eigenmotivation da ist, nur noch zum Beispiel etwas Informationsbedarf besteht (zum Beispiel Interview 5, S.2). Das ist laut einem anderen Interview auch eher bei traumatisierten Klienten/innen der Fall (Interview 7, S.2).

Dagegen gibt es sieben Nennungen, bei denen die Differenzierung für Motivationsarbeit an die (vermutete) Diagnose bzw. die (vermutete) klinische Relevanz der Symptomatik gekoppelt ist. Erhöhter Motivationsbedarf besteht demzufolge in der Regel bei (dem Verdacht auf) Suchterkrankungen, Anorexie, psychosomatischen Erkrankungen/Symptomen. Die Einschätzung der Relevanz bzw. Erkrankung(-sgefahr) findet dabei meist im Gespräch, gemeinsamen, manchmal auch allein durch die/den Klient/in statt (zum Beispiel Interview 1, S.2).

Zwei Angaben der Sozialberater/innen beinhalten den Leidensdruck, der unter Umständen motivationsfördernd (Suchterkrankung u. a.) und –hemmend (schwere depressive Erkrankung u. a.) wirken kann, und mit dem ein entsprechender Umgang gefunden werden muss (zum Beispiel Interview 7, S.2).

Bei sieben Nennungen wurde die Notwendigkeit einer Förderung der Psychotherapiemotivation besonders in den Zusammenhängen herausgestellt, wenn schon viele Heilungs- und Lösungsversuche unternommen wurden, aber nicht fruchteten, sprich, wenn es zu Wiederholungen von Problematiken und/oder Nicht-Lösungen kam, Verfestigung oder Chronifizierung schon stattfand (Interview 6, S.2).

Auch dies entwickelte sich den Aussagen nach erst im Laufe der Beratung.

Einzelaussagen über verstärkte Motivationsarbeit für Psychotherapie gab es des weiteren,

- wenn die Ungeduld der/des Berater/in bei Wiederholungen der/des Klienten/in wächst („nach ca. $\frac{3}{4}$ Jahr“ Interview 9, S.2),
- die Kommunikation einer Psychotherapieaufnahme und/oder psychischen Erkrankung im privaten und/oder beruflichen Umfeld als schwierig erwartet wird (Interview 1, S.2),
- Nutzen und Chancen der Psychotherapie nicht deutlich genug sind, weil zu starke Ängste oder andere Widerstände existieren (Interview 2, S.1),
- wenn Führungskräfte Coaching oder Persönlichkeitsentwicklung bevorzugen, Psychotherapie aber relevant ist (Interview 1, S.2).

Zwei Aussagen wurden getroffen, dass der Auftrag zur Motivationsarbeit sich aus dem Selbstverständnis der betrieblichen Sozialberatung ergibt (zum Beispiel Interview 2, S.1f).

Zu Frage 4)

Zur Frage, wie Klienten/innen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie motiviert werden, gab es die meisten Äußerungen in Bezug auf die Informationsvermittlung. Neun von zehn der Sozialberater/innen gingen darauf ein. Die Informationsvermittlung erfolgt jedoch nicht pauschal, sondern angepasst an den jeweiligen Kenntnis- und Bedürfnisstand des/der Klienten/in. Sie dient dabei bewusst und in starkem Maß dem Angst- und Befürchtungsabbau, der Korrektur von Vorurteilen sowie der Ermutigung und Ermöglichung der praktischen Umsetzung. So zeigen sich in den neun Meinungen zwei Richtungen der Informationsvermittlung. Zum einen über den formalen Zugang zur Psychotherapie wie Kostenübernahme, wen spreche ich wie an, Aufklärung über Wartezeiten und Erreichbarkeiten von Psychotherapeuten/innen etc. Zum anderen erfolgt eine Information über Inhalte von Psychotherapie (eigene Lösungen entdecken, eigenen Weg finden, aktiv mitgestalten können und müssen, Arbeitsweisen etc.), verschiedene Verfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie etc.) und Arten (ambulant, stationär, Rehabilitation etc.), was zum Teil in den Angaben der Berater/innen damit verbunden ist, dass auch die individuell passenden Therapiebedingungen (männlicher, weiblicher Therapeut/in, Gruppe, Einzel, Psychotherapieverfahren etc.), bzw. auch Therapieanliegen (Themensetzungen, Ziele etc.) erarbeitet werden (zwei zusätzliche Nennungen). Ausdrücklich gingen drei Sozialberater/innen auf die Bedeutung der individuellen Zielsetzung für die Psychotherapiemotivation ein („eher hin-zu als weg-von Motivation“ Interview 5, S.2), zwei weiter auf das Herausstellen positiver Aspekte der Psychotherapie wie zum Beispiel das Erschließen eigener Ressourcen (Interview 2, S.2).

Im Zuge der Informationsvermittlung zu Psychotherapie benannte ein/e Sozialberater/in den Aspekt der Selbstbestimmung als wichtigen Faktor zur Motivation (Interview 4, S.2).

Einmal wurde betont, sich die Zeit für das persönliche Tempo der Klienten/innen zu nehmen (Interview 1, S. 3), was wiederum Einfluss auf die Beziehung zwischen Sozialberater/in und Klienten/in hat. Letzteres erwähnten drei Berater/innen als Motivationsfaktor, wobei das Vertrauen, die Authentizität des/der Berater/in, die gleichberechtigte Beziehung (Interview 3, S.2) und die Differenzierung zwischen der Beratungs- und therapeutischen Beziehung/Arbeit unterschieden wurde (Interview 9, S.3).

Ein weiterer Motivationsfaktor ist die Benennung von ähnlichen Situationen (zwei mal in den Interviews aufgeführt), von anonymisierten oder mit Einverständnis der betroffenen Person konkreten Beispielen, bei denen Kollegen/innen der Klienten/innen auch schon Psychotherapie in Anspruch genommen haben und dies sich trotz zunächst bestehender Ängste und Befürchtungen positiv auswirkte (Interview 6 und 7 jeweils S.2).

Drei Mal wurden praktische Hilfen als Motivationsfaktor aufgeführt (insbesondere bei schwer depressiven Menschen). Dazu zählen Durchgehen von Listen mit Adressen von Psychotherapeuten/innen, gemeinsames Telefonieren zwecks Terminvereinbarung, gemeinsames Informationsgespräch in einer Klinik, Durchgehen, Mitgeben von Checklisten für das psychotherapeutische Erstgespräch u. a..

Das Abwägen von Vor- und Nachteilen einer Psychotherapie, Kosten-Nutzen-Vergleichen und/oder Besprechen von Risiken für die betroffene Person selbst und im privaten sowie beruflichen Kontext wurde vier Mal von Sozialberater/innen angesprochen (zum Beispiel Interview 4, S.2).

Sieben Mal gingen Sozialberater/innen darauf ein, (emotionale) Entlastung und Erleichterung zu schaffen (Interview 9 und 10 jeweils S.2) und damit verstärkt Veränderungsbereitschaft zu ermöglichen, oder Neugier, Interesse und Mut für eine Psychotherapie zu wecken (zum Beispiel Interview 3, S. 2).

Zu Frage 5)

Am deutlichsten zeigt sich nach Angabe der Sozialberater/innen (9 Nennungen) der Motivationsanstieg zur Inanspruchnahme von Psychotherapie daran, dass Vorurteile,

Ängste, Unsicherheiten weniger werden (Interview 5, S. 3), Nachfragen kommen und insbesondere Faktenfragen gestellt werden (Was muss ich tun, wo sollte ich denn hingehen, ...), außerdem wenn Interesse und Neugier zum Beispiel durch Mitnahme von Informationsmaterial gezeigt und ein Erkenntnisgewinn deutlich wird (Ach ja, so ist das) (zum Beispiel Interviews 1 und 4 jeweils S.3).

Ein zweiter aus den Interviews ersichtlicher Aspekt ist mit sechs Erwähnungen, dass Psychotherapie als Möglichkeit, mit der aktuellen Problematik umzugehen, gesehen wird (zum Beispiel Interview 2, S.2), sich Fixierungen auf zum Beispiel eine bestimmte Problemursache (wie meinen Kollegen oder Vorgesetzten als Problemverursacher) lösen und andere Sichtweisen hinzukommen. Der Focus verändert sich und eigene Veränderungsmöglichkeiten fließen verstärkt unter positiven Gesichtspunkten ins Beratungsgespräch ein (zum Beispiel Interview 3, S.2 und Interview 6, S.3).

Zwei Sozialberater/innen gingen auf veränderte Körperhaltungen (Blickkontakt aufnehmen, aufrechter Sitzen, Kopfnicken etc.) ein (zum Beispiel Interview 10, S.3).

Des weiteren äußerten zwei Berater/innen, dass die Motivation steigt, wenn der/die Klienten/in eigene Schritte unternimmt, in dem er/sie tatsächlich beim Therapeuten/in anruft, mit dem/der Hausarzt/ärztin über Psychotherapie spricht etc. (Interview 8, S.2f).

Insbesondere bei Suchterkrankungen, so eine Aussage, ist es ein Zeichen für Motivation, wenn tatsächlich Beratungstermine stattfinden, Therapieanträge und Sozialbericht ausgefüllt, Krankheitstage weniger werden, Konfliktpotentiale sinken, positive Anteile wie Freude wachsen etc. (Interview 7, S. 2f).

Zu Frage 6)

Alle zehn betrieblichen Sozialberater/innen benennen, dass die Motivationsarbeit zum überwiegenden Teil (zwei Mal ausschließlich) im Einzelgespräch stattfindet.

Darüber hinaus gibt es Informationsveranstaltungen, Seminare, Workshops und ähnliches für Mitarbeiter/innen und Vorgesetzte zu unterschiedlichen Themen wie Stressmanagement bzw. Entspannungsverfahren, Suchtprävention und Vorstellung der Leistungen der jeweiligen betrieblichen Sozialberatung, aus denen sich Einzelberatungen unter anderem zu Psychotherapie ergeben. Vier Berater/innen sehen darin (indirekt) Motivationsarbeit, da die Maßnahmen helfen, Vorurteile

abzubauen, Tabus aufzulösen, persönliche Kontakte zu knüpfen, Informationen zu Psychotherapien zu geben usw. (zum Beispiel Interview 1, S.5 und Interview 10, S.3).

Drei Sozialberater/innen gehen auf motivierende Aspekte der innerbetrieblichen Kooperationen mit Betriebs-/Personalräten/innen, Werkärzten/innen, Schwerbehindertenvertretern/innen, Vorgesetzten und/oder Kollegen/innen ein (zum Beispiel Interview 3, S.3).

Motivationsfördernd wirken nach Angabe von drei Interviewpartner/innen auch die Regelungen aus den Betriebs-/Dienstvereinbarungen zum Thema Sucht, bei denen unter anderem Gesprächsrunden mit mehreren beteiligten Personen neben der/dem betroffenen Mitarbeiter/in vorgegeben sind.

Ähnlich verhält es sich mit den Gesprächsrunden (hier zwei Angaben) mit Vorgehensweisen beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement, d. h., wenn mit länger erkrankten Mitarbeiter/innen über betriebliche Maßnahmen gesprochen wird, die gesundheitsförderlich sind.

Zwei Sozialberater/innen gaben Werbemaßnahmen wie zum Beispiel interne Veröffentlichungen und Flyer als motivationsfördernd an (zum Beispiel Interview 5, S.4).

Zu Frage 7)

Angaben zu dem Umgang mit Widerständen in der Beratung zu Psychotherapie flossen in andere Antworten schon ein, so zum Beispiel, dass sich Zeit genommen wird, eben genau darüber (Ängste, Befürchtungen, Zeitargumente etc.) zu sprechen. Der Faktor „Zeit nehmen“, keinen Zeitdruck ausüben, sondern erst einmal sich Beratungszeit zu nehmen und das „Einlassen“ des/der Klient/in zu ermöglichen, nannten vier Berater/innen (zum Beispiel Interview 1, S.5).

Die gezielte, auf Widerstände eingehende Vermittlung von (Sach-)Informationen war für sechs Sozialberater/innen wichtig (zum Beispiel Interview 8, S.3).

Widerstände zum Beispiel auch als individuellen Schutzfaktor anzuerkennen, Verständnis dafür zu zeigen und sie ggf. auch zu thematisieren, beinhalteten sieben Aussagen der Sozialberater/innen (zum Beispiel Interview 10, S.3).

Fünf Berater/innen gingen in ihren Äußerungen auf die Bedeutung des freien Willens, der eigenen Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung der/des Klienten/in ein. Damit werden nach ihren Angaben ebenfalls Widerstände abgebaut und neue Perspektiven eröffnet. (zum Beispiel Interview 3, S.3)

Des Weiteren gab es zwei Äußerungen, mit dem Aufbau von Vertrauen und Arbeit an der Beratungsbeziehung Widerstände zu reduzieren (zum Beispiel Interview 10, S.4).

Jeweils eine Aussage bezog sich auf die Entwicklung von Zielen (Interview 9, S.5), dem Einbringen positiver Beispiele und Erfahrungen zum Abbau von Widerständen (Interview 6, S.3) und zur Schwierigkeit, in der Beratung Widerstände zu erkennen und sie richtig zu deuten (Interview 7, S.3).

Drei Sozialberater/innen sprachen die Möglichkeit der Rollen- bzw. der Gedankenspiele nach dem Motto „Was wäre wenn?“ zum Umgang mit Widerständen an. Dabei soll die eigene, positive Erfahrung entsprechend wirken (zum Beispiel Interview 4, S.4).

Zu Frage 8)

Bei der Frage nach den Beratungs- und Vermittlungszeiträumen gaben alle betrieblichen Sozialberater/innen an, dass dies sehr unterschiedlich ist. Je nach Problematik bzw. Themensetzung kann es mehr oder weniger Zeit beanspruchen. Ist ein/e Klienten/in ausreichend motiviert und gleichzeitig ein passender Psychotherapieplatz frei, kann es zum Beispiel bei einem Beratungsgespräch bleiben und innerhalb von 14 Tagen beginnt die Psychotherapie. Kommt jemand aus einer stationären psychotherapeutischen Behandlung geht es in der Regel ebenfalls schneller, da zum Beispiel schon Kontakte aus der Klinik zu niedergelassenen Psychotherapeuten/innen geknüpft wurden.

Bei länger erkrankten Mitarbeiter/innen, die vielleicht auch depressiv sind, kann es schnell ein halbes Jahr dauern, bis eine Psychotherapie beginnt. Wird die Psychotherapie bei einem bestimmten Therapeuten oder bei angeblich besonders guten Therapeuten/innen angestrebt, kann es ebenfalls länger dauern (zum Beispiel Interview 1, S.6, Interview 6, S.4 und Interview 3, S.3).

Keine oder keine genauen Angaben zu der Frage machten drei Berater/innen.

Die Angaben von den anderen Sozialberater/innen zu Zeiträumen von Beratungsbeginn bis zu einer Psychotherapieaufnahme schwankten zwischen ca. 4, 6 oder 8 Wochen bis hin zu 6 bis 9 Monaten oder auch Jahren. Es spielen eben viele Faktoren eine Rolle, so die Begründung. Für die Regionen Darmstadt und Frankfurt am Main wurden Wartezeiten für einen ambulanten Psychotherapieplatz von bis zu einem halben Jahr als nicht selten genannt (Interview 6, S.4 und Interview 8, S.4).

Die Anzahl der Beratungsgespräche konzentriert sich nach vier Angaben auf eins bis fünf, meist 3 Termine über ein bis zwei Monate. Doch auch hier kann es je nach Situation und Themenstellung sehr unterschiedlich sein.

Fünf der Sozialberater/innen benannten die Möglichkeit, Wartezeiten bis zum Psychotherapiebeginn überbrücken zu können oder auch darüber hinaus eine Begleitung anzubieten (zum Beispiel Interview 4, S.4).

Zu Frage 9)

Zur Frage des Zeitraums vom ersten Impuls des/der Klienten/in, dass Psychotherapie in Frage kommt, bis zum Beginn einer solchen wurde von acht Sozialberater/innen dahingehend beantwortet: es ist sehr unterschiedlich, es lassen sich keine oder nur vage Aussagen treffen. Es wurden beispielhaft Klienten/innen- Gruppen genannt, bei denen es eher länger dauert. So verhält es sich, wenn Psychotherapie völlig fremd ist und große Abneigungen bestehen, evtl. spezielle Störungen existieren oder das Umfeld besonders negativ eingestellt ist (zum Beispiel Interview 9, S.5f). Schneller hingegen geht es bei einer Gruppe von Klienten/innen, deren Leidensdruck besonders hoch, die Handlungsfähigkeit aber noch gegeben ist (zum Beispiel Interview 3, S.4).

Neun Berater/innen machten trotzdem Zeitangaben, ohne dies als absolut verbindlich zu betrachten. Diese Angaben schwanken zwischen einem Monat über ein, zwei Jahre bis zu vielen Jahren mit einem Schwerpunkt bei einem halben Jahr.

Zu Frage 10)

In Bezug auf die Eigenschaften von Klienten/innen, die den Zeitraum bis zur Psychotherapieaufnahme beeinflussen, gab es verschiedenste Aussagen, die nur ein

oder maximal zwei Mal getätigt wurden. Sie werden der Übersichtlichkeit wegen im folgenden zusammen aufgeführt. Die Zeit verkürzend sind tendenziell:

- weibliches Geschlecht
- kaum oder keine psychosomatischen Symptome
- Vertrauen in die/den Berater/in
- eine gewisse Intelligenz
- eher gebildet
- eher kommunikativ
- eher offen für neue Wege, Erfahrungen und Hilfe
- weniger ängstlich
- eher flexibel
- weitgehende Übereinstimmung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- erleben eine Psychotherapieaufnahme als weniger selbstwertbedrohlich
- eher gut selbst organisiert
- betreiben keine missbräuchliche Selbstmedikation (zum Beispiel mit Alkohol oder Medikamenten)
- entscheidungsfreudiger
- entschlossener, tatkräftiger
- nicht antriebsgehemmt, -gemindert
- verfügen eher über eine positiv-optimistische Weltsicht.

Ein Mal sind Erfahrungen gerade mit männlichen Klienten, die weniger motiviert sind und psychosomatische Symptome zeigen, genannt. Sie lassen sich mittels Sozialberatung ca. ein Jahr schneller auf eine Psychotherapie ein (Interview 1, S. 5f).

Zu Frage 11)

An erster Stelle, der äußeren Einflussfaktoren für Zeiten bis zur Psychotherapieaufnahme, von allen betrieblichen Sozialberater/innen genannt, steht die Problematik der Wartezeiten bei den niedergelassenen Psychotherapeuten/innen bzw. die teilweise psychotherapeutische Unterversorgung (zum Beispiel trotz vieler krankenkassenzugelassenen Therapeuten in Darmstadt). Die Erfahrungen zeigen, dass Wartezeiten von vier bis sechs Monaten keine Seltenheit sind. Sogar bis zu einem Jahr kann es bis zum Psychotherapiebeginn dauern.

Zwei Sozialberater/innen sprachen an, dass privat versicherte Personen und Beamte durch die Beihilferegelung (ähnlich der privat versicherten Personen) schneller einen Therapieplatz finden (zum Beispiel Interview 4, S.5).

Jeweils eine Äußerung kritisierte die Arbeitszeitmodelle der niedergelassenen Psychotherapeuten/innen als ausreichend flexibel, jedoch mit teilweise unklaren Absprachen mit den Patienten/innen zu den Therapieregeln (Interview 9, S.7f), zum Teil benachteiligenden Aufnahmekriterien zur Psychotherapie (Interview 7, S.5) und schwieriger Erreichbarkeit – meist nur über Anrufbeantworter (Interview 6, S.5).

Mit insgesamt 10 Nennungen sind des Weiteren betriebliche Regelungen von großer Bedeutung. Gibt es zum Beispiel ein Betriebliches Eingliederungsmanagement, das unterstützt (Interview 1, S. 5)? Wie ist das Arbeitszeitmodell des/der Klienten/in (Interview 5, S.6)? Wird Arbeitszeit für die Psychotherapiedauer gutgeschrieben oder nicht etc.?

Auffällig ist, dass die betrieblichen Regelungen durchgehend als unterstützend für den/die Mitarbeiter/in bewertet wurden. Ausnahmen sind einzelne Vorgesetzte die zum Beispiel zusätzlich Druck ausüben (Interview 1, S.7) oder einzelne betriebliche Personalinteressenvertreter/innen, die Behandlungsbedarf in Frage stellen (Interview 3, S.5).

Die zum Teil schwierige Erlangung von Kostenübernahmen für insbesondere stationäre Therapiemaßnahmen erwähnten drei Sozialberater/innen (zum Beispiel ebenda).

Zu Frage 12) siehe zu Frage 23)

Zu Frage 13)

Bei der Frage nach den Alternativen, wenn die Betriebliche Sozialberatung nicht in Anspruch genommen wird oder nicht existieren würde, gaben sechs Interviewpartner/innen an, dass die Klienten/innen eher zum Hausarzt/-ärztin gehen würden, wobei eine stärkere Psychosomatisierung stattfinden würde (zum Beispiel Interview 1, S.8). Eine Aussage könnte sich noch die Werkärzte/innen im Vergleich zu

den niedergelassenen Mediziner/innen als bessere, eine andere Meinung als schlechtere Anlaufstelle vorstellen (je nach Einschätzung der psychotherapeutischen, psychologischen bzw. psychiatrischen Qualifikation der Ärzte/innen).

Eine Nennung bezog sich auf weitere betriebliche Ansprechpartner/innen wie Schwerbehindertenvertretung oder Frauenbeauftragte, die vermutlich verstärkt genutzt würden. Weniger hingegen geeignet erschienen bei dieser Nennung die Personalvertreter/innen bzw. Personal- bzw. Betriebsräte/innen (Interview 3, S.6).

Externe Beratungsstellen sehen drei Berater/innen zum Teil als Alternative, die vermutlich jedoch weniger genutzt würden (zum Beispiel Interview 4, S.6).

Dass die betroffenen Mitarbeiter/innen vielleicht direkt zum/ zur Psychotherapeut/in gehen würden, benennen zwei Sozialberater/innen (zum Beispiel Interview 10, S. 6).

Einmal ist der/ die Rechtsanwalt/in und die Krankenversicherung als externe Anlaufstelle erwähnt (Interview 3, S.6 und Interview 5, S.7).

Die interne Rechtsabteilung als ggf. aktiv werdende Stelle bis hin zur Kündigung ist ebenfalls einmal genannt, genauso insbesondere bei Süchten die medizinische Notaufnahme des Krankenhauses (Interview 7, S.6).

Am deutlichsten wird aber die Meinung vertreten, dass gar nichts weiter unternommen wird, Leid sich verstärkt, mehr Konflikte am Arbeitsplatz und privat zu erwarten sind, eher eine Verschlechterung und/ oder Chronifizierung der Erkrankung bzw. der Symptomatiken eintritt. Arbeitsversuche unternommen werden aber häufiger fehlschlagen, die Problematiken sich verschleppen, betroffene Mitarbeiter/innen vor sich „hindümpeln“ etc. (zum Beispiel Interview 1, S.8 und Interview 8, S.6). Alternative Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, sei es Familie, Freunde oder andere, wird von drei Sozialberater/innen genannt, aber nur bedingt gesehen, da dort meist keine angemessenen Ressourcen bestehen (zum Beispiel Interview 2, S.4).

Zu Frage 14)

Alle 10 Sozialberater/innen geben an, dass sich durch die motivierende Beratung die Zeit bis zur Psychotherapieaufnahme (zum Teil erheblich) verkürzt. Damit sind Wochen und Monate, in selteneren Fällen Jahre gemeint.

Voraussetzung ist, dass es in der Beratung gelingt, Vertrauen zu schaffen, Ängste abzubauen etc., sprich Motivation zu schaffen, was jedoch fast immer der Fall ist.

Als Begründungen werden noch genannt, dass die Klienten/innen effektiver und zielstrebig in der Therapieplatzsuche vorgehen (Interview 6, S.7), eine „Ärzte-Odyssee“ verhindert wird (Interview 9, S.8f) und sich die Orientierungszeit (der Selbstklärungsprozess) in Bezug auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie verkürzt (Interview 4, S.6).

Zu Frage 15)

Die Frage zielte auf den Einfluss motivierender Beratung auf den Verlauf von Psychotherapie ab, welche Erfahrungen und Einschätzungen es seitens der betrieblichen Sozialberater/innen diesbezüglich gibt.

Den Antworten zu Folge sehen die Berater/innen den Verlauf der Therapie in Verantwortung des/der Psychotherapeuten/in und dem/der Klient/in. Allerdings werden die Startbedingungen für die Psychotherapie durch die motivierende Beratung als deutlich besser bewertet, da unter anderem Psychotherapie positiv(er) angesehen, als angemessene Behandlungsform anerkannt wird und auf eine positive Beziehungserfahrung aus der Beratung zurückgegriffen werden kann (7 Nennungen). Drei Meinungen darunter benennen aber auch ein Risiko. Gerät jemand an einen „Murks-Therapeuten/in“ kann die vorherige positive Erfahrung die Psychotherapie eventuell verhindern. Ohne diese Erfahrung würde die Therapie wo möglich stattfinden (zum Beispiel Interview 2, S.4).

Drei Antworten zielten auf die Intensivierung und Beschleunigung des Psychotherapieprozesses durch die Beratung ab, da zum Beispiel relevante Therapie-Themen schon bekannt sind und/oder in Absprache mit den beteiligten Personen Arbeitsteilungen wie Beratung für beruflichen Kontext und Psychotherapie für die biographischen Zusammenhänge stattfinden (zum Beispiel Interview 8, S.7).

Als sehr wichtigen Einflussfaktor auf den Verlauf der Psychotherapie sehen sechs Sozialberater/innen die Möglichkeit der Klienten/innen, sich bei Krisen in der Psychotherapie, Rücksprache bzw. Rückhalt bei einer vertrauten, professionellen Person zu holen. Damit werden Therapieabbrüche verhindert, aber auch Prozesse in die Psychotherapie zurückgeführt, ggf. intensiviert und beschleunigt (zum Beispiel Interview 1, S.9 und Interview 10, S.7).

Zu Frage 16)

Den Einfluss motivierender Beratung auf das Ergebnis der Psychotherapie beurteilen vier betriebliche Sozialberater/innen gar nicht oder sehen ihn als positiv möglich an. Sie entnehmen das Rückmeldungen von Klienten/innen, legen sich diesbezüglich aber nicht fest (zum Beispiel Interview 8, S.7 und Interview 10, S.7).

Positive Effekte werden in der Form beschrieben, dass:

- gute Beziehungserfahrungen in der Beratung und mit sich in der Selbstwirksamkeit gemacht wurden, was sich wiederum positiv in der Psychotherapie auswirkt (Interview 1, S. 9),
- motivierende Beratung die Selbstbestimmung fördert und sich dies in der Psychotherapie widerspiegelt (Interview 3, S.7),
- motivierende Beratung die Zielstrebigkeit der Klienten/innen und die realistische Einschätzung von Psychotherapie fördert, was wiederum zu einem besseren Psychotherapieergebnis führen kann (Interview 4, S.6),
- die Eigenmotivation gerade bei Suchterkrankungen durch die Sozialberatung gefördert und damit eine gute Basis für das Therapiebeginn und -ergebnis gelegt wird (Interview 5, S.8),
- mit der Erfahrung aus einer gelungenen Beratung und Therapie die Möglichkeit eröffnet wird, auch zu einem späteren Zeitpunkt daran anzuknüpfen (Interview 6, S.8).

Zu Frage 17 und 18)

In Bezug auf die Qualifikationen der Sozialberater/innen zeigt sich, dass durchgehend mindestens ein einschlägiges Erststudium (9 x Diplom- Sozialpädagogik, Diplom-

Sozialarbeit oder Diplom- Pädagogik und 1 x Diplom- Soziologie incl. Promotion in Politikwissenschaften) und wenigstens zwei tätigkeitsbezogene, postgraduierten Zusatzausbildungen, Berufsausbildungen oder Ergänzungsstudien gegeben sind. Im Einzelnen verfügt ein/e Berater/in über 12 curriculare Zusatzqualifikationen, fünf über zwei, eine/r über drei, zwei über vier, eine/r über fünf entsprechende Zusatzqualifikationen. Folgende Tabelle (Tabelle 2) zeigt die Arten der Zusatzqualifikationen und wie oft sie vertreten sind:

Art der curricularen Zusatzqualifikation	Wie oft vertreten:
Klientenzentrierte Gesprächsführung / Gesprächspsychotherapie	5
Systemische Beratung / Familientherapie	4
Gestaltberatung / Integrative Gestalttherapie	3
Supervision und Organisationsberatung	3
Mediation	2
Transaktionsanalyse incl. Lehrtherapeut/in	1
Tanz- und Ausdruckstherapie	1
Sozialpsychiatrische Weiterbildung	1
Betriebliche Suchtprävention	1
Coaching	1
Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen	1
Autogenes Training	1
Personal Totem Pole Process (Stern Gallegos)	1
Achtsamkeitstraining	1
Krebsnachsorge	1
Sport in Prävention und Rehabilitation	1
Lizenz Krafttrainer/in	1
Laufinstructor	1
Trainer/in für Rückenschule	1
Chemielaborant/in	1
Kommunikationselektroniker (Informationstechnik)	1
Rechtsanwalts- und Notariatsgehilfe/in	1

Tabelle 2: Zusatzqualifikationen der betrieblichen Sozialberater/innen

Zu Frage 19, 20, 21 und 22)

Vier der interviewten Sozialberater/innen waren in einem Unternehmen der öffentlichen Verwaltung (incl. Krankenhaus der Maximalversorgung), zwei in einer Hochschule/Universität, drei in einem Wirtschaftsunternehmen der Chemie-, Energie- oder Transportbranche und zwei in einem Medienunternehmen tätig. Die Gesamtzahl von 11 Unternehmen ergibt sich aus einer Doppelzuständigkeit einer/eines Sozialberaters/in.

Die wöchentlichen Arbeitszeiten liegen je nach individueller und tarifvertraglicher Regelung zwischen 16 und 41 Zeitstunden. Im Durchschnitt sind es 29,68 Wochenarbeitsstunden bei einer Zuständigkeit für durchschnittlich 3587,86 Mitarbeiter/innen. Die durchschnittliche Zuständigkeit eines/r Sozialberater/in wird jedoch stark beeinflusst durch zwei Zuständigkeiten von eins zu über 5000 (einmal sogar für 9000 Mitarbeiter/innen). Ohne diese beiden liegt die durchschnittliche Zuständigkeit pro Sozialberater/in (mit 29,68 Wochenarbeitsstunden) bei 2712,83 Mitarbeiter/innen.

Zu Frage 23)

Frage 23 ist eine Wiederholungsfrage zu Frage 12 und diente zur Kontrolle der erfassten Angaben. Sie wurde im Interview im Zusammenhang mit den direkten Fragen zu „Motivation“ und bei den statistischen Angaben gestellt. Es zeigte sich, dass das doppelte Nachfragen wichtig war, da erst dadurch ein teilweise unterschiedliches Verständnis zu Tage trat. Zählen die wegen einer Suchterkrankung vermittelten Klienten/innen mit zur Vermittlung in Psychotherapie? Was ist mit den Klienten/innen, mit denen über Psychotherapie gesprochen wurde, die aber keine in Anspruch nahmen oder bei denen nicht bekannt ist, ob sie in Psychotherapie gegangen sind oder nicht?

Gemäß der Zielgruppendefinition wurden alle Klienten/innen mitgezählt, mit denen eine Beratung zu Psychotherapie stattfand, unabhängig davon, welche (psychische) Erkrankung, Störung oder Krise relevant ist/war und ob eine Psychotherapie in Anspruch genommen wurde oder eben nicht.

Zwei der Sozialberater/innen beraten bis zu eine/n Klienten/in pro Monat zu Psychotherapie, drei Berater/innen zwischen zwei und drei Klienten/innen pro Monat, zwei Berater/innen drei bis vier Klienten/innen und drei Berater/innen fünf bis 10 Klienten/innen.

Im Durchschnitt werden 3,6 Klienten/innen pro Monat und Sozialberater/in zu Psychotherapie beraten und zum Teil in Therapie vermittelt, wobei die Spanne von 0,33 bis 10 Klienten/innen pro Monat reicht. Bei 10 befragten betrieblichen Sozialberater/innen sind das insgesamt 36 Klienten/innen bzw. Mitarbeiter/innen pro Monat.

Zu Frage 24)

Über eigene, (eher) positive Erfahrungen aus psychotherapeutischer Behandlung und/oder Psychotherapie im Rahmen der Ausbildung verfügen acht der zehn Sozialberater/innen. Zwei haben keine entsprechende eigene Erfahrung.

Als Besonderheit ist zu nennen, dass bei den Erfahrungen aus Psychotherapie weniger die Überwindung von Krisen und/oder Krankheiten eine Rolle spielte, sondern viel mehr die Selbstreflexion und Entwicklung der eigenen Persönlichkeit im Vordergrund stand.

Zu Frage 25 und 26)

Das Alter von neun Sozialberater/innen liegt zwischen 46 und 55 Jahren, einmal zwischen 36 und 45 Jahren.

Von den interviewten Personen sind acht weiblich und zwei männlich.

Zu Frage 27)

Bei der Zusammenschau der Ergänzungen, Kritik und Anmerkungen zum Fragebogen lassen sich fünf Unterpunkte bilden:

- a) Als Selbstreflexion wird zum einen einmal genannt, dass es wichtig ist, als Sozialberater/in die eigenen Grenzen insbesondere zur psychotherapeutischen

Behandlung zu erkennen und zu beachten. Zum anderen erfolgte eine Nennung, dass die eigene Überzeugung, der eigene Optimismus bei Therapievermittlungen und der selbst gegebene, fachlich begründete Auftrag zur Motivationsarbeit unter anderem bei Vorgesetzten wichtige, positive Aspekte (im Sinne von: Erfolg versprechend) der Berater/innen- Rolle sind. D.h., eine Rückmeldung entspricht der Meinung, dass die eigene Überzeugung über die Wirksamkeit des sozialberaterischen Handelns sich motivierend auf z. B. Vorgesetzte auswirkt und somit erfolgreiche Beratungsarbeit fördert.

b) Eine Kritik bezieht sich auf die Fragebogenkonstruktion, bei der die Trennschärfe der Fragestellungen nicht immer ausreichend gegeben sei.

c) Eine/r Sozialberater/in gab an, dass die Einzelberatung nur ein kleiner Teil der Arbeit ist. Ein/e andere/r Berater/in wies darauf hin, dass sich die Einzelberatung bei Langzeiterkrankung (mehr als sechs Wochen krankheitsbedingte Fehltage im Jahr) zum Teil auch mit größeren Zeitabständen über ein Jahr nach Wiedereingliederung erstrecken und dabei Fragen zur Psychotherapie ebenfalls immer wieder neu relevant sein können.

d) Von fünf Sozialberater/innen wurde die offene Abschlussrubrik (Frage 27) genutzt, um den Aspekt der Netzwerkarbeit anzusprechen und deren Bedeutung hervorzuheben:

- zweimal in Bezug auf die Notwendigkeit bzw. den Ausbau und Erhalt eines Psychotherapeuten/innen- Netzwerkes zur entsprechenden Vermittlung,
- zweimal in Bezug auf ein ausgebautes bzw. weiter auszubauendes firmeninternes und externes Netzwerk von Gesundheitsdienstleistern incl. eines funktionierenden Gesundheitsmanagement, dass unter Beteiligung und/oder Federführung der Sozialberatung arbeitet. Über das Gesundheitsmanagement sollte der Aspekt der psychische Belastung und

Beanspruchung mehr berücksichtigt werden.

- einmal wurde ausdrücklich auf das in manchen Städten existierende „Bündnis gegen Depression“ eingegangen, dass gerade im Hinblick auf Psychotherapiemotivation hervorragend geeignet ist, über Einzelmotivation hinaus aktiv zu werden, und von dem das entsprechenden Unternehmen wechselseitig stark profitieren konnte. Der Kontakt vom Unternehmen zu den Bündnispartner/innen besteht bei dieser Nennung über die Sozialberatung.

e) Folgende fünf Punkte wurden jeweils einmal als weiterführende Verbesserungsvorschläge bzw. Anmerkungen genannt:

- Erfassung und Berücksichtigung der hohen Kompetenz der Betrieblichen Sozialberatung bei der Psychotherapievermittlung und darüber hinaus durch den Gesetzgeber,
- die klarere und einheitlichere Benennung von gruppentherapeutischen Angeboten bei den Psychotherapeuten/innen- Listen der Krankenkassen,
- Erweiterung der krankensicherungsfinanzierten, gruppentherapeutischen Angebote,
- Durchführung von Kostenanalysen bei krankheitsbedingten Ausfallzeiten und Bezugnahme auf Aktivitäten der Betrieblichen Sozialberatung im Sinne der Darstellung von ökonomischem Nutzen Betrieblicher Sozialberatung,
- Ein/e Sozialberater/in berichtet, dass sich die Bewertung bzw. der Stellenwert Betrieblicher Sozialberatung durch das bzw. im Unternehmen über die letzten Jahre zum positiven verändert hat, sprich die vielfältigen Vorteile deutlicher gesehen werden und mehr zum Tragen kommen.

8.2.2 Zusammenschau der Daten aus den Antworten der Klienten/innen

Die Zusammenschau der Daten bezieht sich auf 23 Antwortbögen der Klienten/innen Betrieblicher Sozialberatung, wobei nicht immer alle Fragen beantwortet wurden und zum Teil Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten gegeben waren. So kann es in der Summe bei einzelnen Fragen bzw. Antworten zu Schwankungen der Antwortzahlen kommen.

Zu Frage 1)

Bei der einleitenden Frage zur grundsätzlich vertretenen Meinung gegenüber Psychotherapie kreuzten 14 Personen die Rubrik „kann sehr hilfreich sein“ an, sechs waren der Meinung „auf jeden Fall hilfreich“, zwei gaben an „weiss nicht“ und eine Person „bringt eher nichts“. Damit sind rund 87% der Klienten/innen der Meinung, dass Psychotherapie eine hilfreiche Maßnahme ist.

Zu Frage 2)

Sie beinhaltete als erstes die Kontrolle, ob überhaupt eine Beratung zu Psychotherapie bei der Betrieblichen Sozialberatung stattgefunden hat (vgl. Zielgruppe der Untersuchung). 22 Personen antworteten mit „ja“ und eine mit „nein“. Letztere Person räumt jedoch ein, dass innerhalb der Sozialberatungszeit über Psychotherapie gesprochen und daher der Fragebogen im weiteren Verlauf ausgefüllt wurde (und damit auch Verwendung in der Auswertung fand).

Zu Frage 2.1)

Der Gesamtzeitraum pro Klient/in, über den hinweg (in an dieser Stelle nicht bestimmter Anzahl) Sozialberatungstermine stattgefunden haben, liegt:

- fünf Mal bei einem Monat,
- ein Mal bei zwei Monaten,
- jeweils zwei Mal bei drei, vier und fünf Monaten,
- jeweils ein Mal bei 6, 7 und 9 Monaten,
- drei Mal bei einem Jahr,

- zwei Mal bei 1,25 Jahren,
- drei Mal bei 1,5 Jahren und
- einmal bei 4,5 Jahren.

Bei einer Person fand in der Vergangenheit schon einmal eine Sozialberatung statt und wurde zu einem anderen Thema eine neue Beratung aufgenommen (beide jedoch auch im Zusammenhang mit Psychotherapie), wodurch insgesamt 24 Beratungszeiträume genannt sind. Im Durchschnitt entspricht das einem Beratungs- bzw. Begleitungszeitraum pro Klient/in von etwas über 9 Monaten (ohne den besonders langen 4,5 jährigen Zeitraum sind es durchschnittlich etwas über 7 Monate), wobei zu beachten ist, dass neun Beratungen beim Ausfüllen des Fragebogens noch aktuell, d. h., noch nicht abgeschlossen waren.

Der längste zurückliegende Beratungskontakt war im September 2004, der jüngste Zeitpunkt im April 2009.

Zu Frage 2.2)

Die Häufigkeit der Sozialberatungstermine verteilt sich nach Klienten/innen- Anzahl wie folgt (Tabelle 3):

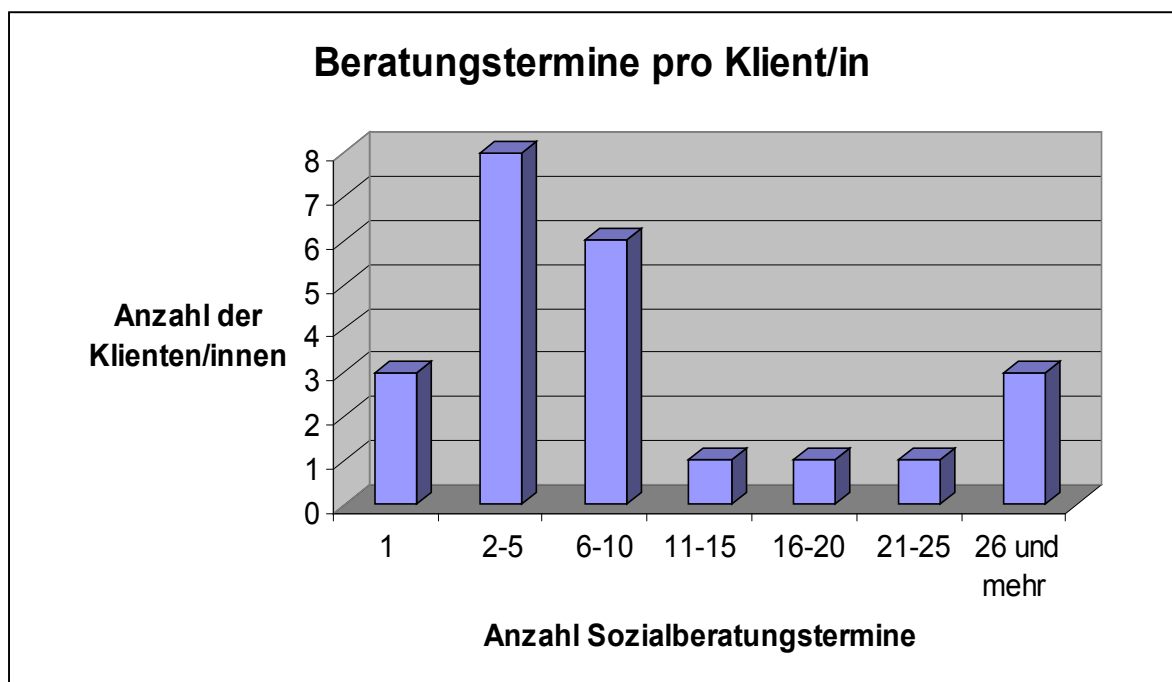


Tabelle 3 Häufigkeit der Sozialberatungstermine und Klient/innen- Anzahl

Zu Frage 2.3)

Das Thema Psychotherapie wurde nach Angabe von insgesamt 21 Klienten/innen drei Mal von ihnen selbst, acht Mal von ihnen und der/dem Berater/in gleichzeitig und zehn Mal von Seiten der/des Sozialberaters/in angesprochen.

Zu Frage 2.4)

14 Klienten/innen kreuzten an, dass ihnen ausdrücklich Psychotherapie von der/dem Berater/in empfohlen wurde, ein mal keine Empfehlung und zwei konnten sich nicht erinnern, sechs machten hier keine Angaben.

Als Gründe für die Psychotherapieempfehlung wurden genannt (Doppelnennung möglich): „es ging mir so schlecht“ (sieben Mal), Ängste und Panik (vier Mal), Depressivität (vier Mal), Burnout-Syndrom (drei Mal) und jeweils ein Mal psychische Erkrankung, Arbeitsüberlastung, sozialer Rückzug/Isolation, Mobbing, Tinnitus nach Hörsturz, Messie-Syndrom sowie Partnerschaftsprobleme.

An dieser Stelle sei auf die Angaben zu Frage 2.7 und Frage 18 hingewiesen, die vergleichsweise, ebenfalls Beschwerden, Gründe für die Psychotherapieaufnahme und/oder Diagnosen beinhalten.

Zu 2.5 und 2.6)

In der folgenden Tabelle (Tabelle 4) sind die Standpunkte von 21 Klienten/innen respektive Patienten/innen gegenüber Psychotherapie vor der Therapieaufnahme und zum Befragungszeitpunkt, d. h. nach oder während der Psychotherapie aufgeführt.

Haltung gegenüber einer möglichen Psychotherapie (Anzahl der Nennungen)		
	vor Therapieaufnahme	zum Befragungszeitpunkt (nach oder während der Psychotherapie)
ablehnend	4	0
neutral	5	5
offen	12	16

Tabelle 4 Haltungen der Klienten/innen gegenüber Psychotherapie

Zu Frage 2.7)

Tabelle 5 zeigt die Antworten auf die Frage nach den Beschwerden der Mitarbeiter/innen, die Sozialberatung in Anspruch genommen haben, vor Psychotherapieaufnahme auf.

Beschwerden vor Aufnahme einer Psychotherapie , n=23 (Mehrfachnennungen)	Anzahl der Nennungen
Angst, Panik	17
Selbstwertprobleme	15
Depression	14
zwischenmenschliche Konflikte (am Arbeitsplatz und/ oder im privaten sozialen Umfeld wie mit Geschwistern, Hausmitteigentümern etc.)	12
Arbeitsüberlastung	10
Schlafstörungen	10
Körperliche Beschwerden	7
Partnerschafts-/ Eheprobleme	5
Tod nahe stehender Person	4
Trauer	3
Essstörung	3
Sucht, Drogen	1
Schmerzen	1
Zorn, Wut	1
Suizidgedanken	1
Hoffnungslosigkeit	1
Psychische Traumatisierung	1
Burnout- Syndrom	1
Tinnitus nach Hörsturz	1
soziale Isolation	1
Probleme, Ordnung und Sauberkeit zu halten	1
familiäre Belastungen	1
Unzufriedenheit mit den eigenen, bescheidenen psychosozialen Lebensbedingungen	1

Tabelle 5 Beschwerden vor der Aufnahme einer Psychotherapie

Zu Frage 2.8)

Die offen gehaltene Frage zur Rolle von Psychotherapie unabhängig von der Sozialberatung sollte dazu dienen, relevante Aspekte insbesondere aus dem sozialen Umfeld zu erfassen, in so fern sie bisher nicht abgefragt wurden.

Eine Antwort lautete „nein“, es gibt keine weiteren, relevanten Aspekte.

Vier „Ja“- Antworten gingen darauf ein,

- dass Psychotherapie zeitgleich zur Sozialberatung aufgenommen wurde,
- dass eine psychische Erkrankung vorliegt und daher schon wiederholt Psychotherapie in Anspruch genommen wurde,
- dass die jetzige Psychotherapieaufnahme die zweite im Laufe des Lebens ist,
- dass seit dem 17. Lebensjahr Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht wurden,
- dass der Versuch unternommen wurde, sich mit Hilfe von Literatur selbst zu therapieren,
- dass wegen Ehescheidung im Zusammenhang mit Alkohol, Gewalt, finanziellen Schulden und Existenzangst Psychotherapie angestrebt wurde.

Zu Frage 3)

12 der befragten Personen gaben an, „stark“ durch die betriebliche Sozialberatung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie motiviert wurden zu sein, fünf „sehr stark“, zwei „weniger stark“. Den Angaben zufolge fühlten sich 19 Klienten/innen durch die Sozialberatung motiviert, eine Psychotherapie aufzunehmen. Vier machten hier keine Angaben.

In der offen gehaltenen Ergänzungsmöglichkeit nannten sieben Personen, dass gleichzeitig schon genügend Motivation vorhanden war, was sich entweder mit der Motivationsförderung durch die Sozialberatung ergänzt und/oder die vier Personen umfasst, die oben keine Angaben machten. Ersteres unterstützen die jeweils ein Mal zusätzlich gemachten Angaben, dass die betriebliche Sozialberatung eine wichtige Anlaufstelle ist, dass er/sie in der Idee, Psychotherapie in Anspruch zunehmen, deutlich bestärkt wurde und nun der Weg, wie ein/e Therapeut/in gefunden und Psychotherapie begonnen bzw. aufgenommen werden kann, klarer ist.

Zu Frage 4)

Auf die Frage nach dem Einfluss der Einschätzung der/ des Sozialberaters/in auf die Entscheidung zur Psychotherapieaufnahme gab es folgende Antworten (Tabelle 6):

Einfluss der Sozialberatung	Anzahl der Nennungen
sehr stark	3
stark	11
weniger stark	3
kaum	2
gar nicht	0
hatte negative Auswirkung	0
hatte positive Auswirkung	6
<i>anderes und zwar:</i>	
Bestätigung	2
letzten Impuls gegeben	1
hat Sicherheit vermittelt	1
bin zumindest zu Facharzt (Psychiater) gegangen	1

Tabelle 6 Einfluss der Sozialberatung auf die Entscheidung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie

17 der 19 Antworten, das sind rund 89,5%, belegen einen starken Einfluss der Sozialberatung auf die Entscheidung zur Psychotherapie, wobei sechs Personen die Auswirkung ausdrücklich positiv bewerten, was sich an einzelnen Beispielen wie „Bestätigung gegeben“ verdeutlicht.

Zu Frage 5)

Bei den Antworten auf die Frage nach den Aspekten, die in der Sozialberatung motivierend zur Aufnahme einer Psychotherapie wirkten, waren es insbesondere informative Anteile, die genannt wurden (14 Mal). Dies differenziert sich folgendermaßen. Informationen zur praktischen Vorgehensweise und Umsetzung des Entschlusses, Psychotherapie zu beginnen, wurde sechs Mal genannt (zum Beispiel bestimmte Therapeuten/innen-Adressen). Aufklärung und/oder Bestätigung über bzw.

zu psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Depression) oder möglichen Erklärungen von psychischen/seelischen Schwierigkeiten sowie angemessenen Schlussfolgerungen daraus gaben vier Klienten/innen an. Drei nannten die gezielte Information über Therapiemethoden und -formen (zum Beispiel ambulante Rehabilitation und unterstützende medikamentöse Behandlung) als motivierende Aspekte. Vier Nennungen bezogen sich allgemein auf die fachliche Einschätzung des Sachverhalts, Problems bzw. der Situation und entsprechender Informationen dazu, was sich motivierend auswirkte (zum Beispiel mehr Klarheit über die Situation oder Bestätigung der eigenen Einschätzung).

Darüber hinaus gab es vier Angaben, dass die einfühlsame, verständnisvolle, angstnehmende Art des/ der Berater/in motivierend wirkte.

Weitere vier Antworten benannten bestimmte (nicht näher angegebene) Aussagen als Motivationsfaktor.

Einmal führte der Druck des/der Sozialberater/in „wenigstens“ dazu, ein Informationsgespräch bei einer/m Psychotherapeuten/in zu führen.

Eine Rückmeldung benennt das eigene „Nicht-wollen“ als motivationsverhindernd bzw. betont das eigene Wollen als notwendige Voraussetzung, damit die Sozialberatung Erfolg haben kann.

Ebenfalls jeweils eine Aussage gab es zu der motivierenden Wirkung, positive Erfahrungsberichte von Kollegen/innen in ähnlichen Situationen zu hören, zum Wecken von Hoffnung bzw. der Aussicht auf Hilfe und zum allein nicht Weiterkommen, was sich mit der Sozialberatung dann änderte.

Zu Frage 6)

Die Änderung der Motivation machten die Klienten/innen erstens daran fest, dass sie besser wussten, was zu tun ist und dies auch taten (7 Nennungen).

An zweiter Stelle der Nennungen steht, dass die Angst abnahm, sie ruhiger und sicherer wurden (5 Nennungen).

Zwei Aussagen gab es jeweils zum Gewinn an Sicherheit bzw. Informationen gegenüber dem Arbeitgeber bzw. zu betrieblichen Regelungen im Umgang mit

Langzeiterkrankungen (zum Beispiel, dass keine Kündigung droht), zur Abnahme der Termino Häufigkeit der laufenden Psychotherapie zu Gunsten der Selbsthilfeaktivitäten und/oder Sozialberatungsaufnahme und zum Gewinn an Offenheit gegenüber der Aufnahme einer Psychotherapie.

Des Weiteren sah eine Person die Motivationssteigerung darin, sich für eine selbstfinanzierte Psychotherapie zu entscheiden.

Eine andere Person wollte allein das Verständnis um ihre/ seine Situation und daher keine weiter führende Motivation zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie.

Zu Frage 7)

Frage 7 zielte auf Anteile der Klienten/innen und Aspekte aus der Sozialberatung ab, die die Motivationsförderung überhaupt ermöglichten. Neben vorgegebenen Kategorien zu zum Beispiel *Vertrauen* und *Offenheit* war die Möglichkeit, eigener Ergänzungen vorhanden. Tabelle 7 zeigt die Antworten in Rangfolge der Anzahl der Nennungen (Mehrfachnennungen waren möglich).

Aspekte der Sozialberatung, die es ermöglichten, zur Inanspruchnahme von Psychotherapie motiviert zu werden	Anzahl der Nennungen
Vertrauen in Berater/in	18
kompetente fachliche Einschätzung des Problems durch Berater/in	18
Gefühl, verstanden zu werden	17
Offenheit gegenüber Berater/in	15
konnte Hilfe von Berater/in annehmen	11
Offenheit gegenüber vorgeschlagener Lösung für mein Problem	9
Gefühl, selbst entscheiden zu können	7
Optimismus des/der Beraters/in	7
hatte Hoffnung auf Hilfe noch nicht aufgegeben	7
wollte unbedingt kompetente Unterstützung bei Veränderung	6
sonst keine passende Gesprächspartner/innen gehabt	4
Vermittlung von geeignetem/r Psychotherapeuten/in	1
Relativ kurze Wartezeit bis Psychotherapiebeginn dank Vermittlung durch Sozialberatung	1
Eigene Motivation war ebenfalls schon vorhanden	1

Tabelle 7 Aspekte, die Motivationsförderung in der Sozialberatung ermöglichten

Zu Frage 8)

Nach den Antworten haben 21 der 23 Klienten/innen Psychotherapie in Anspruch genommen bzw. taten es zum Befragungszeitpunkt noch. Zwei gaben an, dass sich die Probleme mit der Sozialberatung ausreichend lösten bzw. ausreichend weniger wurden und daher keine Psychotherapie begonnen wurde.

Tabelle 8 zeigt die Angaben der 21 Klienten/innen, die eine oder mehrere Therapien machten.

Angabe zur Psychotherapie	Anzahl der Nennungen (Mehrfachnennung möglich)
Ambulante Therapie (meist ein Termin pro Woche)	17
Teilstationäre Therapie (z. B. in einer Tagesklinik)	3
Vollstationäre Therapie (ganzzeitig in Rehabilitationsklinik oder Krankenhaus)	5
Wer hat die Kosten getragen:	
selbst	1
Krankenversicherung / Beihilfe für Beamte	16
Rentenversicherungsträger	5
teils privat, teils Versicherung	1
falls bekannt, welches Psychotherapieverfahren wurde angewandt:	
verhaltenstherapeutisch	7
tiefenpsychologisch	4

Tabelle 8 Angaben zur Psychotherapie

Zu Frage 9)

Vier Antworten beinhalteten einen Zeitraum von einer Woche bis einem Monat vom Beratungsbeginn bis zum Start einer Psychotherapie, sechs ein bis zwei Monate, ebenfalls sechs zwei bis drei Monate und drei drei bis vier Monate.

Eine Nennung bezieht sich auf einen Zeitraum von fünf bis sechs Monaten, einmal sechs bis zwölf Monate.

Das bedeutet, es gab durchschnittlich einen Zeitraum von ca. drei Monaten vom Beginn der Sozialberatung bis zum Start der Psychotherapie.

Zu Frage 10)

Der Zeitraum zwischen dem ersten Gedanken, dass Psychotherapie in Frage kommen könnte, und dem tatsächlichen Beginn einer Psychotherapie stellt sich nach Angabe der Klienten/innen in Tabelle 9 dar. Auffällig dabei ist, dass mit Ausnahme eines/r Klienten/in alle Zeiträume mit einer Woche bis zu einem $\frac{3}{4}$ Jahr benannt sind. Die Ausnahme ist ein Zeitraum von sieben bis neun Jahren. Ohne diese Ausnahme liegt der Zeitraum durchschnittlich bei ca. 3,5 Monaten.

Zeitraum vom ersten Gedanken, dass Psychotherapie in Frage kommt, bis zum Psychotherapiebeginn	Anzahl der Nennungen
bis eine Woche	1
1 Woche -1 Monat	5
1-3 Monate	7
3-6 Monate	4
6-9 Monate	3
7-9 Jahre	1

Tabelle 9 Zeitraum der Überlegungen bis zum Psychotherapiebeginn

Zu Frage 11)

Zu den persönlichen Eigenschaften, die die Zeitspanne vom Beginn der Sozialberatung bis zur Aufnahme einer Psychotherapie eher verlängernd beeinflussten, gaben acht der Klienten/innen Kraftlosigkeit, Erschöpfung und Antriebslosigkeit und neun Personen Ängste, Sorgen und Unsicherheit an. Zwei Mal wurde Zeitmangel genannt, jeweils ein Mal Scham, fehlende Zuversicht, „schleifen lassen“, negative Erfahrungen mit und negative Haltung gegenüber Psychotherapie sowie das Denken, es auch so zu schaffen.

Eher verkürzenden Einfluss hatten nach zwei Nennungen das Glück, dass der/die Therapeut/in direkt einen Psychotherapieplatz frei hatte, und die Entscheidung, selbst die Therapiekosten zu tragen.

Zu Frage 12)

Bezogen auf die äußeren Umstände bzw. Rahmenbedingungen, die den Zeitraum vom Beginn der Sozialberatung bis zur Psychotherapieaufnahme beeinflussten, wurde 17 Mal die Wartezeit als verlängernder Faktor genannt.

Je zwei Mal war es die (fehlende bzw. mangelnde) zeitliche Flexibilität, das Erstellen der Antragunterlagen und die Angst vor den Reaktionen aus dem sozialen Umfeld (zum Beispiel Stigmatisierung).

Einzelnennungen erfolgten zum hohen Aufwand bei der Psychotherapeuten/innen-Suche, zur Resignation und zur Skepsis gegenüber dem Therapieerfolg.

Zu Frage 13)

Zur Zufriedenheit mit der Psychotherapie befragt, antworteten:

- zwei Personen, sie sind unzufrieden,
- eine, sie ist noch nicht sicher,
- neun, sie sind zufrieden und
- sechs sind sehr zufrieden.

Somit sind rund 83,33 % der Klienten/innen mit der durchgeführten oder aktuellen Psychotherapie zufrieden.

Zu Frage 14)

Als alternative Möglichkeiten zur betrieblichen Sozialberatung gaben fünf Klienten/innen an, sie hätten gehofft, es allein zu schaffen, hätten weitere (erfolglose) Versuche unternommen und/ oder sich im Kreis gedreht.

Weitere fünf Nennungen gibt es zur deutlichen Verlängerung der Zeit bis zum Psychotherapiebeginn. Drei Antworten gingen auf den erheblichen Mehraufwand, einen Therapieplatz zu finden ein und bezweifelten, dies getan zu haben, und wenn, dann eventuell zu einem viel späteren Zeitpunkt. Zwei hätten gar keine Psychotherapie in Anspruch genommen.

Eine Person gibt an, ansonsten nichts getan zu haben.

Vier hätten eventuell ihre/n Hausarzt/-ärztin angesprochen, eine/r davon weil der/die Hausarzt/ -ärztin auch psychotherapeutisch qualifiziert ist.

Ein/e Klient/in hätte die falsche Klinik gewählt und ebenfalls eine/r die Psychotherapiesitzungen in einer geringeren Frequenz durchgeführt.

Eine Antwort benennt deutlich als Alternativhandlung den Suizid, zwei weitere Klienten/innen hätten sich fortgesetzt mit dem „Leben“ gequält und die Selbsttötung ernsthaft in Erwägung gezogen.

Den Ausbildungsplatz hätte ein/e Klient/in verloren, ohne eine Alternative zu haben.

Zu Frage 15)

11 von 21 Klienten/innen antworten, dass sich die Zeitspanne bis zur Psychotherapieaufnahme durch die Sozialberatung erheblich verkürzt hat, sechs weitere, dass sich die Zeit verkürzte und drei geben an, dass es diesbezüglich keinen Einfluss gab. Eine Antwort betont die Wichtigkeit, eine/n vertrauenswürdige/n und kompetente/n Ansprechpartner/in in der Firma zu haben, geht aber nicht auf die Zeitspanne ein.

Zu Frage 16)

Zum Einfluss der Sozialberatung auf den Verlauf der Psychotherapie nennen fünf Klienten/innen, dass es vor allem die Wahl des richtigen Psychotherapieverfahrens bzw. der bessere Kontakt und Zugang zur Therapie bzw. zum/zur Therapeut/in war. Drei Angaben beinhalten den positiveren Einfluss der Sozialberatung im Vergleich zur Psychotherapie, die umfassenderen Leistungen der Sozialberatung insbesondere bei lebenspraktischen Dingen (zum Beispiel Umgang mit Schulden und Formularen oder im betrieblichen, kollegialen Geschehen) und die durch die unterschiedliche Ausrichtung gute Ergänzung von Sozialberatung und Psychotherapie.

Die Sozialberatung vermittelte mit Kompetenz und Verständnis eine große Sicherheit („gut zu wissen, dass jemand da ist“), gaben fünf Klienten/innen als positiven Einfluss an.

Einmal wurde ein Psychotherapieabbruch durch die Intervention in der Sozialberatung verhindert bzw. die Fortsetzung der Therapie ermöglicht.

Je einmal an dieser Stelle genannt, ist der frühere Psychotherapiebeginn sowie der Gewinn an Eigenmotivation und Optimismus.

Zu Frage 17)

19 Klienten/innen sind nach ihren Angaben mit ihrer betrieblichen Sozialberatung sehr zufrieden, eine/r zufrieden und eine/r unzufrieden.

Zu Frage 18)

Bei der Frage zur Diagnose, auf deren Grundlage die psychotherapeutische Behandlung stattfand, antworteten die Klienten/innen wie folgt (Mehrfachdiagnosen möglich):

- sechs Mal Depression (drei davon schwere Depression),
- fünf Mal Angststörung,
- drei Mal Burnout- Syndrom,
- zwei Mal Anpassungsstörung,
- ein Mal Alkoholabusus,
- ein Mal Posttraumatische Belastungsstörung,
- ein Mal Persönlichkeitsstörung (Borderline),
- ein Mal psychosomatischer Erschöpfungszustand,
- ein Mal Paranoide Psychose,
- ein Mal affektive Störung (F34.0 – Zylothymia),
- ein Mal Essstörung,
- ein Mal Hörsturz,
- ein Mal Krebserkrankung,
- ein Mal Mobbing am Arbeitsplatz, Suizidgedanken
- ein Mal Messie- Syndrom.

Zu Frage 19)

Eine/r der Klienten/innen, die geantwortet haben, verfügt über einen Hauptschulabschluss, acht Realschulabschluss, eine/r über Fachabitur und neun über Abitur.

Studiert haben acht der Klienten/innen (eine/r davon ohne Studienabschluss), acht eine Ausbildung absolviert.

Weitere Angaben wurden nicht gemacht.

Zu Frage 20)

Acht der antwortenden Personen gaben an, zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal eine Psychotherapie gemacht zu haben. 14 beantworteten die Frage danach mit „Nein“. Diejenigen, die auf Psychotherapievorerfahrung zurückgreifen konnten, nannten die in Tabelle 10 aufgeführten, weiteren Aspekte.

Angaben zur Psychotherapievorerfahrung	Anzahl der Nennungen
Ambulante Therapie (meist ein Termin pro Woche)	6
Teilstationäre Therapie (z. B. in einer Tagesklinik)	1
Vollstationäre Therapie (ganztätig in Rehabilitationsklinik oder Krankenhaus)	3
Wer hat die Kosten getragen:	
selbst	1
Krankenversicherung	6
Rentenversicherungsträger	3
Versorgungsamt nach den deutschen Opferentschädigungsgesetz (OEG)	1
Falls bekannt, welches Psychotherapieverfahren wurde angewandt:	
verhaltentherapeutisch	3
Psychoanalyse	1
Gesprächstherapie	2

Tabelle 10 Angaben zu Vorerfahrungen mit Psychotherapie

Zu Frage 21)

Acht der Klienten/innen sind ledig, sieben verheiratet, zwei getrennt lebend, vier von ihnen leben allein und drei in einer festen Partnerschaft/ Beziehung. Weitere Nennungen gab es nicht.

Zu Frage 22)

Die Altersangaben wurden nicht konkret erfasst, sondern sind in Gruppen summiert. 25- 35 Jahre alt sind demzufolge sechs Klienten/innen, sieben 35- 45 Jahre alt, sechs 45- 55 Jahre und drei über 55 Jahre alt.

Zu Frage 23)

Fünf der Personen, die antworteten, sind männlichen, 18 weiblichen Geschlechts.

Zu Frage24)

Die letzte Frage war als Abschlussfrage offen gehalten und bot die Möglichkeit, Anregungen, Anmerkungen, Kritik etc. zu geben. Die Antworten seien wie folgt zusammengefasst. Neben einer Kritik zur Verständlichkeit der Fragen gab es drei Mal Lob, Dank und Empfehlung für die betriebliche Sozialberatung, zwei Mal die Hoffnung, mit den eigenen Beiträgen hilfreich zu sein, und zwei Mal gute Wünsch für das Gelingen dieser Untersuchung.

8.2.3 Antworten auf die Fragestellungen der Untersuchung

Die einzelnen Fragestellungen der Untersuchung sind unter Punkt 7.2 aufgeführt (Unterfragen A bis E). Bei der Beantwortung dieser wird in Bezug auf die Untersuchungsergebnisse genommen. Gleichzeitig erfolgt die Verknüpfung mit bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

A) Die betrieblichen Sozialberater/innen folgen bei Indikationsstellung zur Motivationsarbeit für die Aufnahme einer Psychotherapie seitens der ratsuchenden Mitarbeiter/innen bzw. Klienten/innen verschiedenen Kriterien.

Sie betreiben keine ausdrückliche Psychodiagnostik und keine Differenzialdiagnostik im klinischen Sinne (z. B. nach ICD 10), obwohl sie zum Teil durch ihre Ausbildung dazu befähigt wären. Der Verdacht auf oder auch ggf. die Kenntnis um eine psychische Erkrankung spielt jedoch meist eine Rolle. Es ist ein Auswahlkriterium. Die wesentlichen Erkenntniswege betreffs der Vermutung einer oder die Kenntnis um eine psychische Erkrankung des/der Mitarbeiters/in, der/die Sozialberatung aufsucht, sind:

- das Beratungsgespräch selbst, gemeinsam erarbeitet oder vom/von der Mitarbeiter/in selbst mitgeteilt,
- an den/die Berater/in mitgeteilte Kenntnisse aus dem Betrieb des/der Betroffenen bzw. von den Kollegen/innen,
- über Vorgesetzte an den/die Berater/in herangetragen.

Bei allen Antworten wurde deutlich, dass es bei der Beurteilung von Erkrankungen allein um eine „grobe“ Diagnostik, quasi um die Bildung von Arbeitshypothesen für die Beratung und weitere Vorgehensweisen handelte. Zum Teil wurde an der Stelle der (Psycho-)Diagnostik ausdrücklich auf die Kooperation mit Werkärzten/innen, niedergelassenen Fachärzten/innen (zum Beispiel Psychiater/innen) oder anderen zur medizinisch-psychiatrischen Diagnosestellung berechtigten Personen verwiesen.

Festzuhalten ist, dass bei allen Sozialberater/innen durch ihre (Zusatz-) Qualifikationen die Kompetenz für eine sachgerechte, erste Einschätzung zur psychischen Verfassung der Klienten/innen vorliegt. Wenn eben eine klinische Relevanz oder der Verdacht darauf festgestellt wird, suchen sie (bis auf einen der 23 geschilderten Fälle mit Erfolg), die Klienten/innen zur Aufnahme einer Psychotherapie zu motivieren bzw. sie entsprechend zu vermitteln.

Ein zweites Auswahlkriterium der Sozialberater/innen ist in individuell unterschiedlich ausgeprägter Bedeutung die Antwort auf die Frage, inwieweit aktuelle Probleme der Klienten/innen auf biographische Zusammenhänge zurückgeführt werden können. Damit sind insbesondere traumatische Erfahrungen wie zum Beispiel sexueller

Missbrauch gemeint. Andere Beispiele dazu wären, dass sich bei einem aktuellen Konflikt mit einem Vorgesetzten offensichtlich eine „Vaterproblematik“ widerspiegelt oder dass eine am Arbeitsplatz offensichtliche Essstörung in engem Zusammenhang mit der Herkunftsfamiliendynamik steht. Je stärker die Bedeutung der biographischen Anteile eingeschätzt wird, umso mehr bzw. eher steht die Aufnahme einer Psychotherapie im Fokus des Sozialberatungsgesprächs.

In engem Zusammenhang mit den beiden schon genannten Kriterien steht der dritte Indikator. Hier ist die Frage, inwieweit aktuelle, zwischenmenschliche Konflikte (am Arbeitsplatz) als in der Person der/des Klienten/in (mit)begründet gesehen werden. Die Einschätzung dessen kann bei dem/bei der Klienten/in selbst liegen, bei dem/bei der Sozialberater/in und/oder gemeinsam erarbeitet sein. Je stärker die Gründe als beim/bei der Klienten/in liegend gesehen werden, umso eher wird versucht (hier meist etwas schwieriger umsetzbar und mit mehreren Beratungsgesprächen), eine Psychotherapie beginnen zu lassen. Als Beispiele seien genannt, dass sozialer Rückzug oder mangelndes Engagement im Betrieb negativ interpretiert wird wie „Der will nicht mehr, ist faul, macht leere Versprechungen“ und nicht als mögliche Folge einer psychischen Störung wie Angsterkrankung oder depressiven Erkrankung. Ein anderes Beispiel ist, dass es einer/m Mitarbeiter/in sehr schwer fällt, NEIN zu sagen, und unter anderem dadurch eine völlige, längerfristige Arbeitsüberforderung mit vielen Krankheitstagen und unangenehmen Gesprächen mit dem/der Vorgesetzten die Folge waren.

Ein viertes Kriterium besteht einvernehmlich bei den Sozialberater/innen und den Klienten/innen darin, wie die psychosoziale Stabilität und die Ressourcen zur Problembewältigung eingeschätzt werden. Je höher die psychische Instabilität (Gefahr der Dekompensation) und je weniger Ressourcen bestehen, um so eher, schneller erfolgt der Versuch einer Psychotherapievermittlung. Hier wäre auch die Stärke des Leidensdrucks einzuordnen, bei dem jedoch *nicht* gilt, je stärker um so eher Psychotherapie. Das Leid bzw. der Druck kann unter Umständen so groß sein, dass zum Beispiel keine Hoffnung auf Besserung gegeben ist, wo möglich Suizidgefahr besteht oder wie zum Beispiel bei schweren depressiven Erkrankungen die

Handlungsfähigkeit gravierend eingeschränkt ist. Bei diesem Beurteilungspunkt spielen Aspekte aus dem beruflichen und privaten (sozialen) Umfeld eine wichtige Rolle: Ist zum Beispiel die aktuelle Arbeitsüberlastung deutlich durch private Be-/Überlastungen wie permanente Konflikte in der Hausgemeinschaft, Kinderversorgung oder Pflege von Eltern wechselseitig bedingt bzw. gefördert oder droht akut der Arbeitsplatzverlust oder gibt es und wenn ja wie viel soziale Unterstützung etc.?

Ein fünftes Kriterium bildet die Einschätzung der/des betrieblichen Sozialberaters/in, welchen Nutzen bzw. Gewinn und welchen Schaden bzw. Verlust eine Psychotherapie dem/der Klient/in bringen könnte, was zunächst rein subjektiv, ohne äußere Gegebenheiten so empfunden werden kann und zum Beispiel erst im Beratungsgespräch relativiert wird. Dieses Kriterium steht in engem Zusammenhang mit der Einschätzung der Veränderungsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft des/der Klienten/in.

Die genannten Kriterien werden in der Praxis sicherlich nur bedingt ausdrücklich so abgearbeitet, um dann zu entsprechenden Entscheidungen zu kommen, vielmehr sind sie aus den gewonnenen Daten extrahiert. Gleichzeitig sind sie in dem so genannten und häufiger genannten *begründeten, reflektierten Gefühl* enthalten, nach dem in der alltäglichen Beratungspraxis je nach betrieblichem Sozialberater/in und Klient/in in individueller Schwerpunktsetzung vorgegangen und entschieden wird.

Die Untersuchung bestätigt, dass die individuelle Vorgehensweise in Anbetracht der Unterschiedlichkeit der einzelnen Konstellationen und persönlichen Verfassungen sicher wichtig und richtig ist.

Zur ersten Untersuchungsfrage lässt sich ein ganz praktisches sechstes Kriterium hinzufügen. Das ist die Antwort auf die Frage: Reicht das Setting der betrieblichen Sozialberatung und die eigene Kapazität zeitlich und fachlich aus, das Problem der Person und Sache nach angemessen zu bewältigen?

Auf eine Parallelität, nach der die Sozialberater/innen ihre Einschätzung vornehmen, ob und in wie weit zur Aufnahme einer Psychotherapie zu motivieren sei, soll an dieser Stelle noch hingewiesen werden: Die fünf Säulen der Identität, wie sie Petzold beschreibt, und die eine fundierte Einschätzung der aktuellen Verfassung des/der Klienten/in ermöglichen (Rahm et al 1993, S.155f).

Gleichzeitig ist es, mit Petzold gesprochen, vor allem der erste Weg der Heilung und Förderung „Bewusstseinsarbeit“, der hier in der betrieblichen Sozialberatung beschritten wird (Petzold 1991, S.177f).

Der Auftrag, Motivationsarbeit zur Inanspruchnahme von Psychotherapie zu leisten, kommt zum überwiegenden Teil aus dem Selbstverständnis Betrieblicher Sozialberatung und ist im Unternehmensauftrag inkludiert. In etwa der Hälfte der Gespräche bringen die Berater/innen das Thema Psychotherapie ein (vgl. Antworten der Klienten/innen zu Frage 2.3, S. ... dieser Arbeit). In der Regel prüfen sie in der Beratung gemeinsam mit den Klienten/innen, vertraulich und offen kommuniziert oben genannte Kriterien. Dies geschieht auch, wenn der/die Klient/in das Thema Psychotherapie selbst einbringt. (Hinweis: vgl. Prozessuale Diagnostik der Integrativen Therapie und Life span developmental approach, Petzold 1992, S.592ff)

B) Auf die Frage der Kategorienbildung, welche Klienten/innen-Gruppen sich bilden lassen und wie sie ggf. auf bestimmte Weise angesprochen, motiviert werden müssen, lässt sich mit den Untersuchungsergebnissen nur bedingt antworten. Die individuellen Bedingungen und Situationen sind eben immer wieder weitgehend einzig- und verschiedenartig. Gleichzeitig können sie sich im Lauf der Beratung ändern und tun es meist. Trotzdem sei hier der Versuch unternommen, „Tendenzgruppen“ aus den gewonnenen Daten zu bilden. (Zur stärkeren Differenzierung nach Symptomen und Krankheitsbildern vergleiche Franz 1997 S.75ff)

Handelt es sich um Problemstellungen, die im Zusammenhang mit einer psychosomatischen Erkrankung gesehen werden und insbesondere, wenn ein Mann davon betroffen ist, zeigt sich die Tendenz, dass mehr Kontakte und Kooperationen mit

Ärzten/innen stattfinden, Beratungs- und Vermittlungsprozesse zur Psychotherapie länger dauern und mehr Motivationsarbeit geleistet werden muss, es eher Unterbrechungen oder auch Abbrüche bis zu Wiederaufnahmen der Beratung zu einem späteren Zeitpunkt und vielleicht mehr Druck seitens des Arbeitgebers auf Grund häufiger Krankheitstage gibt. Zum Teil sind hier auch verstärkt (jahre-)lange Vorgeschichten mit erfolglosen Behandlungsversuchen etc. zu verzeichnen.

Ähnlich verhält es sich, wenn andere Symptome und/oder Problematiken schon über Monate oder Jahre hinweg bestehen und bisher kein befriedigender Umgang bzw. keine konstruktive Lösung gefunden wurde. Dabei kommt als Aufgabe für den/die Berater/in verstärkt hinzu, neue Hoffnung zu wecken, Sinn und Nutzen zum Beispiel einer neuen Psychotherapie bei einer/m anderen Therapeuten/in, für neue Wege zu finden, aufzuzeigen bzw. zu wecken.

Bei Klienten/innen, die mit dem eigenen Interesse an Psychotherapie oder einer Vorahnung dazu, dass dies für sie eine angemessene Behandlungsform wäre, in die Sozialberatung kommen, sind es tendenziell häufiger inhaltliche Fragestellungen nach der für sie richtigen Therapieform (ambulant, stationär etc.) und dem für sie richtigen Therapieverfahren (zum Beispiel Verhaltenstherapie bei einem männlichen Therapeuten oder tiefenpsychologische orientierte Psychotherapie).

Bei eher verschlossenen und kommunikationsschwächeren Klienten/innen ist es tendenziell wichtiger, über Beziehungsarbeit vermehrt für Vertrauen in die Beratung bzw. den/die Berater/in zu werben und Kommunikationsübungen zum Beispiel in Form von Rollenspielen „Wie führe ich ein Erstgespräch mit einem/r Psychotherapeut/in?“ zu machen. Dies kann zum Beispiel aber auch bei sehr ängstlichem Klientel wichtig sein.

Ganz praktischer Unterstützung zum Beispiel in Form eines gemeinsamen Telefonates mit einem/r Therapeut/in oder mittels einer Begleitung zum Informationsgespräch in eine Klinik bedarf es tendenziell eher bei Klienten/innen, die zum Beispiel durch ausgeprägte depressive Symptomatiken nicht ausreichend Antrieb für eigenständige

Aktivitäten zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie haben (unabhängig der Bildung und Intelligenz). In diesen Zusammenhängen sind die Beziehungsgestaltung, das Ernstnehmen in der Beratung, das Verständnis und ausreichend Zeit für eine gelingende Psychotherapievermittlung besonders von Bedeutung.

Anders ist das Vorgehen bei Klienten/innen, die selbst aktiver sind bzw. sein könnten, wenn sie konkret wüssten, wie sie vorgehen können. Sie bedürfen tendenziell eher praktischer Informationen und eines akzeptierten, persönlichen Handlungsplanes incl. konkreter Ziele, was, wann, wie, warum zu tun ist, um eine Therapie aufzunehmen. Leistungs- und handlungsfähigere Klienten/innen wären hier einzugruppieren.

Um zum gewünschten Erfolg zu kommen, ist zusammenfassend eher die Möglichkeit der betrieblichen Sozialberater/innen ausschlaggebend, individuell, methodenflexibel und mit ausreichend Zeit auf die einzelnen Klienten/innen eingehen und die jeweils richtige Entscheidung treffen zu können. Das begründet im Hinblick auf Motivationsarbeit zur Inanspruchnahme von Psychotherapie u. a. die Notwendigkeit einer umfassenden, methodenübergreifenden, verschiedene Beratungstechniken beherrschende Ausbildung bzw. Qualifikation der Berater/innen sowie deren hohen eigenverantwortlichen Entscheidungsspielraum, deren anerkannte (und gerechtfertigte) Vertrauensstellung im Unternehmen und deren Möglichkeit zur Selbstreflexion zum Beispiel durch Supervision.

C) Interessanterweise gaben die Klienten/innen und Sozialberater/innen zum einen weitgehend ähnliche Zeiträume für Beratungs- und Motivationsprozesse sowie Zeiten bis zur Psychotherapieaufnahme an. Zum anderen sind die Zeiträume erheblich kürzer als zum Beispiel die durchschnittliche Psychotherapielatenz von sieben Jahren (Meyer et al 1991). Sieben bzw. mehr als sieben Jahre wurde nur von einem Klienten/in genannt, alle anderen nannten einen maximalen Zeitraum von 9 Monaten zwischen dem ersten Gedanken an Psychotherapie bis zur Aufnahme einer solchen (Antworten der Klienten/innen auf Frage 10), wobei die Bedeutung der individuellen Bedingungen wie soziales Umfeld, Erkrankungsart, betriebliche Regelungen, aktuelle Verfügbarkeit

von Psychotherapieplätzen etc. als Einflussfaktoren nicht vernachlässigt werden dürfen. So gibt es eben auch bei den Beratungszeiträumen und –häufigkeiten deutlich längere (über Jahre hinweg mit mehr als 26 Beratungsterminen) aber auch kürzere Beratungsverläufe (nur ein Beratungstermin).

Die Mehrzahl der Beratungen zu Psychotherapie findet über einen Zeitraum von etwas drei Monaten mit zwei bis fünf Gesprächen statt.

Neben den individuell verlaufenden, motivationalen Prozessen zeichnet sich tendenziell ein Prozess derart ab, dass zunächst, wenn Psychotherapie erst einmal als Behandlungsform thematisiert wurde, eine Reihe Widerstände gegenüber Psychotherapie auftreten, die viel mit Vorurteilen, Stigmatisierung, Ängsten und Befürchtungen etc. verbunden sind. Diese nehmen die Berater/innen vor allem ernst und gehen mit gezielten Informationen und einer positiven, entspannenden, wohlwollenden, Verständnis gewinnenden, Optimismus vermittelnden Beziehungsgestaltung darauf ein. Sie suchen gemeinsam die Sachlage zu klären und Erkenntnisgewinnungsprozesse in Gang zu setzen. Je prägnanter dies geschieht, umso besser ist die Motivationsförderung möglich (vgl. auch Jäkel 2001). Daraus entstehen meist neue Handlungsoptionen wie eben zum Beispiel die tatsächlich für sich in Betracht zu ziehende Aufnahme einer Psychotherapie, der Gewinn an Interesse an den neuen Möglichkeiten und von Zuversicht, dass eine Lösung bzw. Besserung erreicht werden kann. Praktische Schritte zur Psychotherapieaufnahme wie Vereinbarung eines Erstgesprächs oder das Erstellen von Antragsunterlagen schließen sich meist daran an und werden von den Berater/innen mal mehr und mal weniger begleitet und kontrolliert, um dann ggf. Korrekturen vorzunehmen oder, wenn zum Beispiel trotz vieler Telefonate seitens der/des Klienten/in kein Erstgespräch zu Stande kam, verstärkt selbst über bestehende Netzwerke einen Termin bei einem/r Psychotherapeuten/in zu vereinbaren.

Der aus den Antworten zu entnehmende, motivationale Prozess erinnert stark an die von Petzold beschriebenen drei Phasen der Motivation (vgl. Petzold 1997b), wobei die Hauptarbeit in der Beratung erst einmal darin liegt, überhaupt eine Wahlmöglichkeit zum Beispiel für die Aufnahme einer Psychotherapie für bzw. mit den Klienten/innen zu

schaffen (erste Phase), sprich auch Fixierungen und Verfestigungen zu lockern, Blickwinkel zu verändern.

Darüber hinaus spiegelt sich in der Art und Weise, wie die Beratung geführt wird, der Ko-Respondenzgedanke der Integrativen Therapie wider (vgl. Petzold 1993, S.1296).

D) Wie erfolgt nun bei den unterschiedlichen Klienten/innen (-Gruppen) die Motivationsförderung? In Beantwortung der Frage sei vorangestellt, dass nicht auf einzelne Klienten/innen (-Gruppen) eingegangen wird. Dies ist, wie schon mehrfach angesprochen, individuell sehr verschieden und von unterschiedlichsten Faktoren abhängig, kann aber auch in den unterschiedlichen Beratungs-/Lebensphasen der Klienten/innen variieren. Darüber hinaus wurden gewissen Tendenzen diesbezüglich schon erwähnt.

Die Motivationsförderung erfolgt erstens und vor allem durch gezielte, persönlich angepasste Informationsvermittlung. Dabei sind vier Bereiche der Informationsvermittlung zu unterscheiden.

Zum ersten ist die Vermittlung von grundlegenden und allgemein verständlichen Informationen zu psychischen Erkrankungen von großer Bedeutung. Diese Informationsvermittlung knüpft gezielt an Beschwerden, Symptomen und Problemen, die die Klienten/innen nennen und erfragt werden, an und ist zum Teil mit einer grobrastrigen (Eigen-)Psychodiagnostik (zum Beispiel: Angststörung, Depression, Zwangserkrankung oder Sucht) sowie dem Aufzeigen grundsätzlicher, erfolgreicher Behandelbarkeit der entsprechenden Erkrankungen verbunden. Ebenso zählen Information zum Umgang mit psychosozialen Krisen sowie Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten zu diesem Bereich. Konkret geht es in Bezug auf die Psychotherapiemotivation um Informationen darüber: Um welche psychische Erkrankung könnte es sich handeln und was würde dies beinhalten und bedeuten? Es gilt, aufzuklären und damit Stigmatisierungen und Vorurteilen entgegenzuwirken, was mit Achtung und Respekt gegenüber dem/der Klienten/in zu tun hat sowie seine/ihre Selbstverantwortung ernst nimmt (vgl. „informed consent“ Robitscher 1978 in Petzold 1992, S.507).

In einem engen Zusammenhang damit steht der zweite Bereich der Informationsvermittlung und zwar zu Verfahren und entsprechenden Inhalten von Psychotherapie. Das wiederum beinhaltet in der Regel die Analyse der Situation und der Bedürfnisse des/der Klienten/in im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer konkreten Psychotherapie, der entsprechenden fachlichen Einschätzung und Kommunikation des/der Berater/in. In der Beratung ist gefordert, Informationen zu geben bzw. zu erarbeiten, die die Fragen beantworten:

- welche konkrete Psychotherapie,
- die sich vermutlich inhaltlich und methodisch wie gestaltet,
- ist für diese/n bestimmte/n Klient/in warum vermutlich die richtige?

(Vermutlich meint hier nach besten Wissen und Gewissen.)

Als dritten Bereich sind Information zu formalen, praktischen Aspekten der Inanspruchnahme von Psychotherapie wichtig: wer muss wann, wie, wo, was tun, um welche Psychotherapie beginnen zu können, wie sie zum Beispiel im „Wegweiser Psychotherapie“ (Kraft 2002) zu finden sind. Entscheidend dabei ist jedoch nicht die kompakte Vermittlung aller Angaben, sondern viel mehr und wichtiger, wie oben genannt, der individuelle „Zuschnitt“ der Informationen im Beratungsgespräch. Es geht darum, dem/der Klient/in Informationen zu geben, wie er/sie sich konkret in Psychotherapie begeben kann bzw. begibt. Dazu gehören zum Beispiel spezifische Telefonnummern, Adressen oder entsprechende Überweisungen.

Der vierte und letzte Bereich der motivationsfördernden Informationsvermittlung bezieht sich auf Information zu betrieblichen Regelungen:

- was ist, wenn mehrere Wochen krankheitsbedingte Ausfallzeiten entstehen,
- was muss dem Vorgesetzten gesagt werden,
- wie mache ich das mit Psychotherapieterminen und meiner Schichtarbeit etc.?

Eingeschlossen sind hierbei Angaben zu betrieblichen und weiterführenden sozialberaterischen Unterstützungsmöglichkeiten.

Nach der Informationsvermittlung sind die am zweithäufigsten genannten Motivationsfaktoren die kompetente Einschätzung der Situation, des Problems des/der Klienten/in bzw. des Sachverhaltes und die Beziehungsgestaltung im Beratungskontext bzw. die Beziehungsarbeit in der Beratung. Zu beachten ist hierbei, dass die Rahmenbedingungen der Betrieblichen Sozialberatung wie insbesondere die unternehmensinterne Anerkennung als Fachberatungsstelle und die Vertraulichkeit der Gespräche (Schweigepflicht) den Klienten/innen in der Regel im Vorfeld bekannt sind (Anmerkung des Autors aus eigener Erfahrung).

Die Fachkompetenz vermittelt sich den Klienten/innen-Antworten nach vor allem durch die oben genannte, gezielte Informationsweitergabe und damit inkludiert die Analysefähigkeit. Offenheit, Vertrauen und Verständnis sind wesentliche Aspekte der Beziehung zwischen Sozialberater/in und Klient/in, die Motivationsförderung ermöglichen, aber auch Lösungsoffenheit sowie die Vermittlung von Hoffnung und Optimismus. (vgl. zum Beispiel Antworten zu Frage vier und sieben der Klienten/innen)

Das Herausarbeiten vom möglichen Nutzen einer Psychotherapie zeigt sich als fünfter Motivationsfaktor. Dazu zählt, dass negative Aspekte der Inanspruchnahme einer Psychotherapie ebenfalls benannt werden (zum Beispiel durch entsprechende Reaktionen des Umfeldes, zeitlichen und emotionalen Aufwand, Kosten etc.). Es geht also um eine möglichst umfassende und realistische Einschätzung der Vor- und Nachteile einer Psychotherapie. (zum Beispiel Angaben der Sozialberater/innen zu Frage vier)

Motivierend wirken sich desweiteren (lebens-) praktische Hilfen (sechster Motivationsfaktor) wie das zur Verfügung stellen von Infrastruktur (Telefon, Kopierer u. a.), Netzwerken bzw. Kontakten zu Kliniken und Psychotherapeuten/innen, die Hilfe beim Ausfüllen von Formularen, Begleitung zum Vorstellungsgespräch in eine Klinik etc. aus. (ebenda)

Als siebter Motivationsfaktor seien die Einbeziehung von positiven Beispielen zu ähnlichen Situationen aus eigenen Erfahrungen des/der Berater/in, des/der Klienten/in,

dem Kollegenkreis und/oder privaten Umfeld genannt. Das können reine Berichte darüber sein sowie die Vermittlung von Kontakten unter den Klienten/innen selbst (unter Wahrung der Schweigepflicht bzw. deren Entbindung). (ebenda)

An achter Stelle ist der Motivationsfaktor „einzelne Äußerungen“ genannt. Leider sind die Äußerungen nicht in den Antworten aufgeführt, was auch an der Fragestellung im Fragebogen gelegen haben mag. Gemeint sind jedoch Aussagen der Sozialberater/innen, die eine „zündende“ Wirkung hatten, was wiederum sehr individuell ist. Dies könnte zum Beispiel auch eine bestimmte Information bewirken.

Darüber hinaus betreiben manche der Sozialberater/innen übergeordnete, allgemeine Maßnahmen der Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie. Zum Beispiel führen sie Workshops zum Stressmanagement oder Informationsveranstaltungen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen im Unternehmen durch und motivieren damit auf indirekte Weise den/die eine/n oder andere/n Mitarbeiter/in.

E) Die fünfte und letzte der Untersuchungsfragen richtete sich auf die Auswirkungen motivierender Beratung auf die Psychotherapielatenz und Psychotherapie sowie darauf, welche weiteren Wirkungen festgestellt werden konnten.

Als erstes belegen die Studienergebnisse, durchgehend von Sozialberater/innen und Klienten/innen so beschrieben, dass motivierende, betriebliche Sozialberatung die Psychotherapielatenz deutlich verkürzt. Häufiger wird durch die Sozialberatung aber überhaupt erst die Aufnahme einer Psychotherapie angestoßen, d. h., bis dahin wurde Psychotherapie von den Klienten/innen noch gar nicht als Lösungsmöglichkeit für bestehende Probleme betrachtet. Hier erfolgt also eine schnellere Motivation und Vermittlung zu Psychotherapie als dies ohne betriebliche Sozialberatung der Fall wäre. Leidens- und Krankheitszeiten werden offensichtlich verkürzt, Kosten reduziert. Dies zu quantifizieren könnte Aufgabe einer anderen Studie sein.

Der schnelleren Motivation bzw. Bereitschaft, eine Psychotherapie zu beginnen, stehen in der Regel längere Wartezeiten für die Aufnahme einer Psychotherapie

(insbesondere im Raum Darmstadt von über drei Monaten, im Einzelfall bis ein Jahr) gegenüber. Hier leistet betriebliche Sozialarbeit nicht nur die anfängliche Motivationsarbeit, sondern trägt auch dazu bei, die Motivation zur Aufnahme einer Psychotherapie zu halten, und leistet für die Zeit bis dahin unter anderem psychosoziale Krisenintervention, Psychotherapievorbereitung (zum Beispiel Ziel- und Themenklärung) und in Einzelfällen psychotherapeutische Beratung.

Im Zusammenhang mit den positiven Erfahrungen der Klienten/innen, insbesondere auf Verständnis, Akzeptanz, Wertschätzung, Förderung der Selbstverantwortung, Sachkenntnis in der Sozialberatung zu stoßen und Erleichterung dabei festzustellen, zeichnet sich tendenziell das Risiko ab, dass der/die Klient/in die Betriebliche Sozialberatung als ausreichende „Behandlungsform“ erachtet, obwohl dies nicht der Fall ist, oder dadurch die Motivation zur Aufnahme einer Psychotherapie sinkt.

Des weitern deutet sich eine Tendenz an, dass durch die Sozialberatung vor Aufnahme einer Psychotherapie, die Anforderungen an und Vorstellungen von Psychotherapie seitens der Klienten/innen klarer und deutlicher werden, was den Behandlungserfolg zum einen fördern kann, da zum Beispiel die gezielte Auswahl von Psychotherapieverfahren, -formen und Therapeuten/innen selbst eine bessere (anfängliche) Passung ermöglicht und die „wichtigen Themen“ in der Psychotherapie eher angesprochen werden, als dies ohne Sozialberatung der Fall wäre (effizientere Psychotherapie - Schigl 1998, Schneider et al 1999, Schumacher 2001).

Zum anderen kann es aber auch den/die Psychotherapeut/in oder die Klinik verstärkt unter Leistungsdruck setzen, da wo möglich der/die Klient/in bzw. Patient/in kritischer und fordernder ist, als jemand, der/die keine Sozialberatung im Vorfeld der Psychotherapie in Anspruch genommen hat. Frust oder Enttäuschungen auf Seiten der Klienten/innen könnten zum vorzeitigen Ende der Psychotherapie führen oder die evtl. gewachsenen Ansprüche eine längere Suche nach einem/r geeigneten Psychotherapeuten/in bedingen. (vgl.: Passung in der Psychotherapie bzw. Anschlussfähigkeit des/der Therapeuten/in – Petzold 1996, Kächele und Kordy 2003)

Beim Auftreten von Konflikten zwischen dem/der Psychotherapeuten/in und Patienten/in, die die Fortsetzung der Psychotherapie gefährden können, leistet die begleitende Sozialberatung Krisenintervention und trägt, wenn dies im Beratungsgespräch mit dem/der Klienten/in als sinnvoll erachtet wird, zur Klärung des Konfliktes in der Psychotherapie bei und verhindert somit deren Abbruch.

Wie weiter festzustellen ist, wirkt sich die motivierende Beratung auch dadurch aus, dass Konfliktpotentiale im betrieblichen Kontext reduziert werden, Arbeitsmotivation und Leistungsvermögen steigen sowie Suizidprophylaxe betrieben wurde bzw. wird.

Das Ergebnis von Psychotherapie wird der vorliegenden Studie nach nur bedingt, zum Beispiel mittels o. g. Aspekte durch betriebliche, motivierende Beratung beeinflusst. Belastbare Angaben wurden ansonsten nicht gemacht, da (so die überwiegende Feststellung der Sozialberater/innen) zu viele Faktoren hierbei eine Rolle spielen.

8.2.4 Gesamtergebnis, zusammenfassende Dateninterpretation und Ausblick

Die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Studie spiegeln die Prävalenzen psychischer Erkrankungen bzw. psychogener Symptomaten, wie sie in den einschlägigen Untersuchungen von zum Beispiel Wittchen und Jacobi 2005 oder auch durch den Berufsverband Betrieblicher Sozialberatung festgestellt wurden (bbs e.V. 2009), wider. So sind es insbesondere depressive und Angst-Symptomaten und psychosomatische Beschwerden ergänzt durch zwischenmenschliche Konflikte, die im Kontext betrieblicher Sozialberatung relevant werden (vgl. Interviews der Sozialberater/innen, Angaben der Klienten/innen).

Ausgehend davon, dass schätzungsweise jeder/e vierte deutsche Arbeitnehmer/in einmal im Jahr psychogen erkrankt (Gesundheitssurvey 1998), die zehn befragten Sozialberater/innen bei einer Wochenarbeitszeit von durchschnittlich 29,68 Stunden für 3586,86 Mitarbeiter/innen zuständig sind und insgesamt im Monat 36 Klienten/innen zu Psychotherapie auf dem Hintergrund etwaiger oder tatsächlicher

psychischer Erkrankungen beraten (Antworten der Sozialberater/innen zu Frage 19 bis 23), kämen ca. 8967 Mitarbeiter/innen für die entsprechende Beratung bzw. eine Psychotherapievermittlung in Frage. Es nahmen aber nur rund 4,82% davon (432 Mitarbeiter/innen) das innerbetriebliche Beratungsangebot in Anspruch.

Zum Vergleich: Valentin und Janta ermittelten (1987) eine Quote von 5% der Menschen mit psychogenen Beschwerden, die das Expertensystem (insgesamt) mit psychotherapeutischer Fachkompetenz in Anspruch nahmen. Dass zwischenzeitlich eine deutlich höhere Inanspruchnahmequote angenommen werden kann, begründet sich dadurch, dass betriebliche Sozialberatung eben nur eine entsprechende Stelle im Experten/innen-System ist. Daneben gibt es weitere wie externe (psychotherapeutische) Beratungsstellen, entsprechend qualifizierte Ärzte/innen und Psychologen/innen etc., die ebenfalls nachgefragt werden. Man kann also, unterstützt durch die Untersuchungsergebnisse, schlussfolgern, dass die betroffenen Menschen heutzutage eher entsprechende professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, offener dafür sind und damit auch eher (vielleicht leichter) in Psychotherapie vermittelt werden können. Trotzdem besteht nach wie vor eine hohe Diskrepanz zwischen der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Betriebliche Sozialberatung könnte hier also weitaus aktiver in der Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie werden, wenn die Kapazitäten vorhanden wären und das Unternehmen es wünschte.

Dass betriebliche Sozialberater/innen aber schon auf hohem fachlichen Niveau Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie betreiben, belegen eindeutig die Untersuchungsergebnisse. Sie tun das vor allem in der individuellen Beratung, was sich auf Grund der Komplexität des Themas und den individuell verschiedenen Situationen und Bedingungen als unbedingt notwendig zeigt. Zum Teil betreiben die Sozialberater/innen zur Motivationsförderung aber auch Netzwerkarbeit und ergreifen andere, allgemeine Maßnahmen im Betrieb (zum Beispiel Seminare zum Stressmanagement, Informationsveranstaltungen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen im Betrieb (vgl. Antworten auf die Untersuchungsfrage D).

Die hohe Kompetenz und wirksame Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie der betrieblichen Sozialberater/innen attestieren der Untersuchung zu

Folge die Klienten/innen zum Beispiel durch die hohe Zufriedenheit mit der Leistung „ihrer/ihrer“ betrieblichen Sozialberaters/in (über 95% sind eher zufrieden, über 90% sind sogar sehr zufrieden; vgl. Antworten zu Frage 17) aber auch, in welchem Maße die gewonnenen Daten an den bisherigen Forschungsstand zur Psychotherapiemotivation und dem Inanspruchnahmeverhalten anschließen bzw. damit korrelieren. Im Vergleich mit der Theorie und Praxis der Integrativen Therapie kristallisierte sich ebenfalls eine hohe Anschlussfähigkeit heraus.

Auf Grund der Probanden-Anzahl lassen die Untersuchungsergebnisse eher qualitative als quantitative Aussagen zu. Quantitativ ausgerichtete Forschung könnte sich hier anschließen.

Menschen mit psychogenen Symptomen kommen mittels motivierender betrieblicher Sozialberatung früher und manchmal überhaupt erst in Psychotherapie (vgl. Franz 1997, Huber et al 2000). Der von Schuster (2007) beschriebene Latenzprozess beschleunigt sich und wird von der Zeitspanne her zum Teil um mehrere Jahre verkürzt (bis auf eine von 23 Angaben maximal ein $\frac{3}{4}$ Jahr versus durchschnittlich sieben Jahren).

Menschlichem Leid, Manifestation und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen wird somit nachgewiesenermaßen vorgebeugt bzw. erfolgreich entgegengewirkt. Untermauert wird die Aussage durch das Untersuchungsergebnis, dass über 83% der Klienten/innen bzw. Patienten/innen mit der durchgeführten oder zum Befragungszeitpunkt aktuellen Psychotherapie zufrieden oder sehr zufrieden waren (Antworten zu Frage 13).

Die Reduktion von krankheitsbedingten Ausfalltagen und Leistungsminderungen sowie von zwischenmenschlichem Konfliktpotenzial ist die Folge. Die Berater/innen und Klienten/innen bewirken das entweder direkt, aus den unmittelbaren Ergebnissen der Beratung heraus (wie dem Anstieg von Psychotherapiemotivation und der Therapievermittlungen) oder indirekt, durch sich anschließende, positiv verlaufende Psychotherapie und daraus folgender Gesundung und Besserung. Kostenreduzierung für Arbeitgeber und Krankenkassen schließen sich an.

Die Quantifizierung dieser Aussagen könnte Aufgabe neuer Studien sein.

Weiter ist festzustellen, die Untersuchungsergebnisse bestätigen, dass:

- höhere Bildung den Zugang zur Psychotherapie erleichtert (Klienten/innen-Antworten zu Frage 19 und 20; Fischer-Kern 2006),
- Psychotherapievorerfahrung weniger eine Rolle bei der erneuten Inanspruchnahme spielt (ebenda),
- die Annäherung an ein positives Ziel motivierender im Hinblick auf Psychotherapie wirkt, als der Gewinn von Abstand zum Negativen (Interviewangaben der Sozialberater/innen; Franke in Schuster 2007, S.267).

Den Antwortrückläufern (Männer 5, Frauen 18) und den Interviewaussagen nach zu urteilen, nehmen Frauen eher Beratung und Psychotherapie in Anspruch als Männer (zum Beispiel Interview 4, S.3), was andere Untersuchungen bestätigten (zum Beispiel Schigl 1998).

Männer nehmen hingegen im Vergleich zu Frauen eher die Sozialberatung im Zusammenhang mit psychosomatischen Symptomen in Anspruch, was aber wiederum häufiger durch den Betrieb angestoßen wird (konstruktive Erhöhung des Leidensdrucks zum Beispiel durch Vereinbarung von Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements). Grundsätzlich, so bestätigen die Ergebnisse, ist bei psychosomatischen Symptomen mit einer längeren Krankheitsvorgeschichte, mehr erfolglosen Behandlungsversuchen aber eben auch mehr Motivationsaufwand der Sozialberatung und leicht häufigeren Beratungsterminen bis zur Inanspruchnahme von Psychotherapie zu rechnen. Die von Meyer et al 1991 festgestellte Dauer psychosomatischer Beschwerden bei zwischen 8% und 48% der Patienten/innen von über 10 Jahren dürfte dadurch aber erheblich verkürzt werden (Meyer et al 1991 nach Franz 1997).

Das Herausarbeiten und in möglichst weitgehende Kongruenz-Setzen von bewussten und unbewussten Motiven nach Heilung und Veränderung sowie Krankheits- und Behandlungstheorien zwischen dem/der Klienten/in und dem/der Berater/in in der betrieblichen Sozialberatung unter Einbezug affektiver Dimensionen entspricht älteren

und neueren, wissenschaftlichen Erkenntnissen der Motivationsförderung (Ruff und Werner 1987, Petzold 1991, Franz 1997, Jäkel 2001).

Es zeigt sich, dass meist erst die motivationale Ausgangslage zur Inanspruchnahme von Psychotherapie (Nübling 1992) in der Beratung geschaffen werden muss, bevor die Motivation bis zur Handlungsrealisierung Unterstützung, Förderung und Bewahrung erfährt (vgl. Motivationale Kräfte nach Petzold 1995, 1997a). Der in der Untersuchung festgestellte Motivationsprozess entspricht dabei den von Petzold beschriebenen drei Phasen (Petzold 1997b).

Ist die Motivation zur Inanspruchnahme einer Psychotherapie ausreichend vorhanden, zeigt die Untersuchung auf, dass leider die Mängel und Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem bzw. der Rhein-Main-Region Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie mit sich bringen. Es stehen teilweise nicht genügend zeitnahe, adäquate Behandlungsplätze zur Verfügung und das Problem verschärft sich, wenn mehr Menschen mit psychogenen Störungen zur Psychotherapie vermittelt werden (würden). (vgl. Kritik von Wittchen und Jacobi 2005, Schuster 2007, Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt 2008)

Abschließend ist festzuhalten, dass es sinnvoll wäre, die Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung insbesondere in ihrem Umfang zu entwickeln und auszubauen, sie aber schon jetzt insbesondere qualitativ den berufsständigen und unternehmensseitigen Anforderungen sowie den Wünschen ihrer Klienten/innen gerecht wird. (Engler 2008 und Antworten der Klienten/innen zur Zufriedenheit)

8.3 Methodenreflexion

Die Ausführungen zur vorliegenden Studie sollen nicht abgeschlossen werden, bevor nicht die angewandte Methodik bzw. der konkrete Fragebogen und Interviewleitfaden kritisch reflektiert werden. So hat sich die Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden als grundsätzlich positiv für die Beantwortung der Untersuchungsfragen herausgestellt. Insbesondere die Verbindung der Befragung von

betrieblichen Sozialberater/innen und deren Klienten/innen bzw. eben auch Klienten/innen anderer, nicht interviewter betrieblicher Sozialberater/innen und die Abstimmung der Fragestellungen aufeinander sowie die hohe Übereinstimmung in den Antworten belegen die Validität der Untersuchungsergebnisse.

Die Gültigkeit der Interpretationen kann zum Beispiel durch die in der Anlage befindlichen Interviewtranskripte überprüft werden (interne Validität). In Bezug auf die externe Validität ist zu sagen, dass die Auswahl der befragten bzw. interviewten Personen einen Querschnitt der Unternehmen des Rhein-Main-Gebietes mit Betrieblicher Sozialberatung darstellt und somit einen gewissen Anspruch auf Repräsentativität erhebt. Die Ergebnisse lassen sich, zumal ebenfalls quantitative Aspekte abgefragt wurden, weitgehend verallgemeinern oder sind in den Formulierungen als Tendenzen bezeichnet bzw. entsprechend vorsichtig ausgedrückt.

In Umfang, Genauigkeit und Spezifizierung der Fragestellungen bezüglich der Untersuchungsfrage sowie im Layout erscheinen die Erhebungsinstrumente als verbesserungsfähig, um qualitativ noch differenziertere und quantitativ noch stärker abgesicherte Antworten zu erhalten. Ein ausgeweiteter Pre-Test wäre im Vorfeld an der Stelle hilfreich gewesen.

Trotzdem bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass die Untersuchung den von Mayring formulierten Kriterien für qualitativ orientierte Studien entspricht (Mayring 2007, S.7) und damit wissenschaftlichen Standards standhält.

9 Fazit

Die Untersuchung weist nach, dass Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung auf hohem fachlichem Niveau erfolgt. Dabei entspricht das Vorgehen der Sozialberater/innen in hohem Maß dem aktuellen Forschungsstand zur Psychotherapiemotivation und weist viele Ähnlichkeiten mit der Theorie und Praxis der Integrativen Therapie auf (vor allem Ko-Respondenzmodell, Bewusstseinsarbeit als erster Weg der Heilung und Förderung, motivationale Kräfte, Phasen der Motivation).

In einer Unternehmenskultur, die von Wohlwollen, Akzeptanz und Wertschätzung gegenüber der betrieblichen Sozialberatung und den Mitarbeiter/innen geprägt ist, gelingt es, Mitarbeiter/innen mit psychogenen Symptomen mittels der Sozialberatung in ihren eigenen Selbststeuerungsprozessen der Symptom- respektive Krankheitsbewältigung aktiv und konstruktiv zu fördern.

In der Sozialberatung findet Selbstklärung und Selbsterkenntnis der Klienten/innen in Bezug auf die Problemlage und deren Bewältigung statt (z. B. Symptome, mögliche Ursachen und psychotherapeutische Maßnahmen), die ohne Beratung in der Regel deutlich länger dauern würde. D. h., die Motivation zur Inanspruchnahme als auch die tatsächliche Inanspruchnahme von Psychotherapie steigt. Die Grundlage hierfür bildet die Beziehung zwischen dem/der Sozialberaterin und dem/der Klient/in, die besonders von Offenheit, Vertrauen und Anerkennung der Fachkompetenz geprägt ist.

In der Regel wird mittels der Sozialberatung überhaupt erst eine Psychotherapiemotivation geschaffen. Dies geschieht überwiegend durch persönliche, spezifische, auf die individuelle Situation und Verfassung des/der Klienten/in zugeschnittenen Informationsvermittlung zu psychischen Erkrankungen, deren Symptomen, Ursachen und Behandlungsformen, zu formalen und inhaltlichen Aspekten von Psychotherapie, zur praktischen Vorgehensweise bei der Psychotherapieplatzsuche und den betrieblichen Regelungen, darüber hinaus durch:

- fach- und sachkompetenten Kommunikations- und Analysefähigkeiten der Berater/innen,
- die positive Erfahrungen ermöglichende Gestaltung der Beratungsbeziehung,
- das Abwägen von Kosten/Aufwand und Nutzen/Gewinn einer Psychotherapieaufnahme, wobei realistischer Optimismus und angemessene Zuversicht im Hinblick auf die Situationsbewältigung bzw. Problemlösung wichtig sind,
- anonymisierte Erfahrungsweitergabe und evtl. Vermittlung von Kollegen/innen, die in einer vergleichbaren Situation waren und diese erfolgreich bewältigt haben,
- (lebens-) praktische Hilfen bei Formalitäten und logistische Unterstützung,

- einzelne Äußerungen der Sozialberater/innen, die „Aha-Effekte“ auslösen,
 - Begleitung bei und ggf. Krisenintervention während einer Psychotherapie,
 - in einigen Unternehmen zusätzlich, übergeordnete Maßnahmen (z.B. Seminare, Informationsveranstaltungen für bestimmte Zielgruppen).
-

Zum einen werden dadurch die Psychotherapielatenz von Klienten/innen um Monate bis Jahre verkürzt, eine (effizientere) Psychotherapie ermöglicht, die Verlängerung von Beschwerden/Leid bis hin zu Suizidalität verhindert und Chronifizierung psychischer Erkrankungen vorgebeugt.

Zum anderen trägt die Sozialberatung damit in starkem Maß direkt und indirekt zur Reduzierung von krankheitsbedingten Fehltagen und von Konfliktpotenzialen im privaten und betrieblichen Umfeld bei bzw. fördert deutlich die Leistungsfähigkeit von Mitarbeiter/innen.

Die Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch die Betriebliche Sozialberatung in der Einzelberatung wird auf Grund der Komplexität des Themas und der Einzigartigkeit von Situationen und Verfassungen als das wesentliche und wirkungsvollste Element angesehen. Dies leistet keine andere Stelle, was in den Angaben der Klienten/innen zu alternativen Möglichkeiten gegenüber der Sozialberatung offensichtlich wird (Antworten zu Frage 14).

Wenn dies vom jeweiligen Unternehmen gewünscht wäre und entsprechend mehr Kapazitäten in der Betrieblichen Sozialberatung sowie mehr krankensicherungsfinanzierte Psychotherapieplätze kurzfristig zur Verfügung stünden, könnten um ein vielfaches mehr Mitarbeiter/innen mit psychogenen Symptomen zur Inanspruchnahme motiviert werden. Die Krankheitsprävalenzen zeigen noch einen großen Spielraum nach oben.

Die Untersuchungsergebnisse sprechen dafür,

- insbesondere die Motivationsförderung über die Einzelberatung hinaus zu intensivieren und zu erweitern, was ganz sicher lohnenswert für alle beteiligten Personen und Institutionen wäre,

- das Psychotherapieplatzangebot (Einzel und Gruppe) insbesondere in der Region Darmstadt/Deutschland auszubauen, was als dringend notwendig erachtet wird,
- die Betriebliche Sozialberatung stärker, auch formal, in das Gesundheitssystem einzubinden,
- dass Leistungen und Erfolge zur Psychotherapiemotivation durch Betriebliche Sozialberatung mehr dokumentiert, evaluiert und kommuniziert werden,
- dass weitere, wissenschaftliche Untersuchungen neben den qualitativen Anteilen der Psychotherapiemotivation durch Betriebliche Sozialberatung die quantitativen Aspekte verstärkt in den Focus setzen.

Zusammenfassung: Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung

Die empirische Studie „Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Betriebliche Sozialberatung“ schöpft ihre Ergebnisse aus Interviews mit betrieblichen Sozialberater/innen und Angaben von Klienten/innen Betrieblicher Sozialberatung aus Unternehmen in Deutschland. Ziele sind, neben der wissenschaftlichen Erfassung der Motivationsarbeit zu deren Verbesserung, zur Linderung von menschlichem Leid, Vorbeugung von Chronifizierung psychischer Erkrankungen sowie Kostenreduktion beizutragen.

Aufgezeigt wird, wie die Motivationsförderung erfolgt, und dass eine hohe Übereinstimmung der praktischen Motivationsarbeit mit bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen besteht. Zum Teil überraschende Parallelen zur Theorie und Praxis der Integrativen Therapie werden hierbei offensichtlich.

Die Studienergebnisse belegen, dass Betriebliche Sozialberatung ihren berufsständigen Ansprüchen, denen ihrer Klienten/innen und den Anforderungen der jeweiligen Unternehmen in Bezug auf die Themensetzung weitgehend gerecht wird und es keine Alternative dazu gibt.

Möglichkeiten der weiteren Förderung von Psychotherapiemotivation im betrieblichen Kontext und verbessertes Inanspruchnahmeverhalten von Mitarbeiter/innen mit psychogener Symptomatik werden zum Abschluss aufgeführt.

Schlüsselwörter: Betriebliche Sozialberatung, Psychotherapiemotivation, Integrative Therapie, Motivationsförderung

Summary: Fostering Motivation for Using Psychotherapy by Social Counselling in The Company

The empiric study „Promotion of motivation for claiming of psychotherapy by in-house social counseling“ extracts her results from interviews with in-house social counselors and information of clients of in-house social counsellors from enterprises in Germany. Aims are, beside the scientific capture of the work of motivation for their improvement, to the relief of human grief, to contribute prevention of chronic manifestation of psychic illnesses as well as cost reduction.

It is indicated as the promotion of motivation works, and that a high correspondence of the practical work of motivation with present scientific knowledge exists. Partly astonishing parallels to the theory and practise of the Integrative Therapy become evident on this occasion.

The study results prove, that in-house social counseling satisfies extensively her claims which of her clients and the requirement of enterprises related to the topic and that there is no alternative to it.

Possibilities of other promotion of psychotherapy motivation in the in-house context and improving claiming of psychotherapy of employees with psychogenic symptoms are performed at the end.

Keywords: Social Counselling, Motivation for Psychotherapy, Integrative Therapy, Motivation Work

LITERATURVERZEICHNIS

- Apel, K., O. (1985): Das Leibapriori der Erkenntnis. In: Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Petzold, H.G., (Hg.), S.47-70, Junfermann, Paderborn 1985
- Baumgartner, E. (2003): Der Nutzen betrieblicher Sozialarbeit. Eine Kosten-Nutzen-Analyse in zwei Unternehmen. Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz, Reihe A, Solothurn 2003
- bbs e.V. (2009): Wenn die Seele „stolpert“. Jahrestagung 2008 in Bad Salzschlirf <http://www.bbs-ev.de/aktuelles.php> (Stand 18.02.2009)
- Bellach, B. M. (1999) Editorial: Der Bundes- Gesundheitsurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. In: Gesundheitswesen, 61 (Sonderheft 2), S.55-56, Thieme, Stuttgart 1998
- BetrVG (2009): Betriebsverfassungsgesetz. In: Arbeitsgesetze. 74. Auflage, Beck-Texte im dtv, München 2009
- BKK (2008): BKK Gesundheitsreport 2008: Seelische Krankheiten prägen das Gesundheitsgeschehen. BKK Bundesverband, Essen 2008
- BKK Bundesverband (2007): Psychische Erkrankungen nehmen als einzige Krankheitsart zu - stationäre Behandlungen wegen psychischer Störungen in 20 Jahren mehr als verdoppelt. Pressemeldung 02.01.2007. <http://www.presseportal.de/story.htx?nr=921410> (Stand 20.02.2009)
- BKK Bundesverband (2008): Faktenspiegel. Oktober 2008, Essen, <http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/85/Faktenspie49018889861ed.pdf> (Stand 20.02.2009)
- Blemenschitz, G. (2003): Betriebliche Sozialarbeit – Nutzt die Chance. Chance mit Nutzen. Diplomarbeit an der Sozialakademie Wien X, 2003
- bmfg, Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2006):

- Psychotherapie – Wenn die Seele Hilfe braucht. Eigenverlag, Wien 2006
- Bortz, J., Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation. 3.Aufl., Springer, Berlin 2002
- Calder, B. J. , Straw, B. M. (1975): Self-perception of intrinsic and extrinsic motivation. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 31, No. 4, S.599-605
- Cox, M. W., Klinger, E. (Hg.) (2004): Handbook of Motivational Counseling. Wiley & Sons, West Sussex 2004
- DAK (2009): DAK Gesundheitsreport 2009. DAK Zentrale, Hamburg 2009
- DIMDI (Hg.) (2005): ICD-10-GM 2005 Systematisches Verzeichnis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005
- Engler, R. (2008): Rahmenkonzeption für das Arbeitsfeld Betrieblicher Sozialarbeit. (Kurzfassung) http://www.bbs-ev.de/rahmenkonzeption_3040101.php (Stand 17.03.2009)
- Fischer-Kern, M., Slunecko, T., Leithner, K., Löffler-Stastka, H., Ponocny-Seliger, E. (2006): Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. In: Der Nervenarzt. Band 77, Heft 3, S. 309- 317, Springer, Berlin 2006
- Fleck, J. (2006): Gutachten vom 13.01.2006 zur Schweigepflicht von Akteuren betrieblicher Sozialarbeit. Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit e. V., bbs-spektrum, Tübingen 2006
- Flick, U. (2000): Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5.Aufl., Rowohlt, Hamburg 2000
- Franz, M. (1997): Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1997
- Franz, M., Schiessl, N. Manz, R., Fellhauer, R., Schepank, H., Tress, W. (1990): Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. In PPM, 40, S. 369-374, Thieme, New York 1990
- Friedmann, H. S., Schustack, M. W. (2004): Persönlichkeitspsychologie und Differenzielle Psychologie. 2., aktualisierte Auflage, Pearson Studium, München

2004

- Garfield, S. L. (1986): Research on client variables in psychotherapy. In: Handbook of psychotherapy and behaviour change. Garfield S. L., Bergin A.E. (Hg.), S.213-256, Wiley & Sons, New York 1986
- Heckhausen, H. (1989): Motivation und Handeln. 2. völlig überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer, Berlin 1989
- Heilpraktikergesetz (1939): Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung.
<http://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/index.html> (Stand 23.03.2009)
- Hermer, M. (1994): Zwischen Schuldenken und Eklektizismus. In: Psychologische Beiträge. 36, S. 228-247, 1994
- Herrle, J., Angermeyer, M. C. (1997): Psychotherapie anstelle sozialer Unterstützung? Die Rolle des individuellen Unterstützungsnetzwerks bei der Inanspruchnahme therapeutischer Angebote. Zeitschrift für Psychologie. 26 (1), S.58-67, Hogrefe, Göttingen 1997
- Hill, C. E., Lambert, M. J. (2003): Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In: Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change. Lambert, M. J. (Hg.), 5. Auflage, S.84-135, Wiley & Sons, New York 2003
- Huber, D., Heinrich, G., Rad,v. M. (2000): Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. In: PPMp. 50 (3-4), S. 147-156, Thieme, New York 2000
- Huether, G., Ruether, E. (2003): Die Nutzungsabhängige Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Verlauf psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung. In: Neurobiologie der Psychotherapie. Schiepek, G.; Schattauer, Stuttgart 2003, S. 224-234
- Jacobi, F. (2004): Der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und psychischen Störungen aus epidemiologischer Perspektive. In: Arbeitsbedingtheit

- depressiver Störungen – Tagungsbericht. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.), S. 7-16, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund 2004
- Jäkel, B. (2001): Motive und Motivationen als Grundlage menschlichen Verhaltens – Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. In: Integrative Therapie. Petzold, H. G. (Hg.), 1-2/2001, 27Jahrg., S. 145-172, Junfermann, Paderborn 2001
- Kächele, H., Kordy, H. (2003): Indikation als Entscheidungsprozeß. In: Psychosomatische Medizin. Uexküll, v. T. (Hg.), 6.Auflage, S. 425-436, Urban und Fischer, München 2003
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S. (2008): Der Fragebogen - Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 4. überarbeitete Aufl., Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008
- Kraft, U. (2002): Wegweiser Psychotherapie. Fachhochschulverlag, Frankfurt 2002
- Krapp, A., Weidenmann, B. (Hg.) (2006): Pädagogische Psychologie. 5., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz PVU, Weinheim 2006
- Kriz, J. (2005): Von den Grenzen zu den Passungen. Psychotherapeutenjournal 1/2005, S. 12-20, unter:
<http://www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2005-1/Kriz.pdf> (Stand 06.04.2009)
- Lambert, M. J. (Hg.) (2003): Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change., 5. Auflage, Wiley & Sons, New York 2003
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2003): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change. Lambert, M. J. (Hg.), 5. Auflage, S.139-193, Wiley & Sons, New York 2003
- Lau-Villinger, D. (1994): Betriebliche Sozialberatung als Führungsaufgabe. G.A.F.B. Verlag, Frankfurt am Main 1994
- Leitner, A. (2007): Kurze Zusammenfassung der Integrativen Therapie.

- http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/artikel/leitnerit_hf_07.pdf (Stand 10.03.2009)
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J., Bachrach, H. M. (1997):
Factors influencing the outcome of psychotherapy. Psychological Bulletin, Vol. 75, No. 3 , 1997
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., Auerbach, A. (1988): Who Will Benefit from Psychotherapy: Predicting Therapeutic Outcomes. Basic Books, New York 1988
- Märtens, M. / Petzold, H. G. (Hg.) (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Matthias- Grünewald- Verlag, Ostfildern 2002
- Mayer, H.O. (2008): Interview und schriftliche Befragung – Entwicklung, Durchführung, Auswertung. 4.Aufl., Oldenburg, München 2008
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(2), Art. 20,
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089>
(Stand 24.04.2009)
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: FQS - Forum Qualitative Sozialforschung, Vol.1, No.2, Art.20, Juni 2000,
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewFile/1089/2384>
(Stand 06.04.2009)
- Mayring, P. (2007): Designs in qualitativ orientierter Forschung. Journal für Psychologie, Jg. 15 (2007), Ausgabe 2,
<http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-2-2007-4.html> (Stand 06.04.2009)
- Meichenbaum, D., Turk, D. C. (1994): Therapiemotivation des Patienten – Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: ein Handbuch. Huber, Bern, 1994
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Graf v. d. Schulenburg, J.-M., Schulte, B. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes i. A.

- des BM Jugend, Familie und Gesundheit Deutschland. Hamburg-Eppendorf:
Univ.-Krankenhaus, 1991
- Mohr, G. (2004): Forschungsstand und Forschungsperspektive aus
arbeitspsychologischer Sicht zum Zusammenhang von Erwerbsarbeit und
Depressivität. In: Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen – Tagungsbericht.
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.), S. 58-63,
Wirtschaftsverlag NW, Dortmund 2004
- Nübling, R. (1992): Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: Zur
Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. VAS Verlag für Akademische
Schriften oHG, Frankfurt am Main 1992
- ÖBVP (Hg.) (2007): Psychotherapie NEWS. 3.Ausgabe, 10/2007, Wien 2007
- Petzold, H. G. (1991): Integrative Therapie – Modelle, Theorie und Methoden für
eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd.II/1, Junfermann, Paderborn
1993
- Petzold, H. G. (1992): Integrative Therapie – Modelle, Theorie und Methoden für
eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd.II/2, Junfermann, Paderborn
1993
- Petzold, H. G. (1993): Integrative Therapie – Modelle, Theorie und Methoden für
eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd.II/3, Junfermann, Paderborn
1993
- Petzold, H. G. (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 3. überarbeitete
Auflage, Bd. I /1, Junfermann, Paderborn 1996
- Petzold, H. G. (1996b): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische
Beziehung. 3.Auflage, Junfermann, Paderborn 1996
- Petzold, H. G. (1997b): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven
Praxeologie und Systemberatung. In Integrative Therapie 23 / 4, S.435-471,
Junfermann, Paderborn 1997
- Petzold, H. G. (2006): Grau muss doch nicht schlecht sein. bvvp-magazin-

- Interview von Neumann, U., unter: http://www.bvvp.de/news06/int_petz.htm
(Stand 06.04.2009)
- Petzold, H. G. (Hg.) (1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Junfermann, Paderborn 1995
- Petzold, H. G. (Hg.) (1996): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, 3. Auflage, Junfermann, Paderborn 1996
- Petzold, H. G. (Hg.) (1997a): Frühe Schädigungen - späte Folgen? 2. Auflage, Junfermann, Paderborn 1997
- Petzold, H. G. (Hg.) (2001): Wille und wollen: Psychologische Modelle und Konzepte. Vandenhoeck & Ruprecht, Bd. I, Göttingen 2001
- Petzold, H. G. / Heini, H. (Hg.) (1983): Psychotherapie und Arbeitswelt. Junfermann, Paderborn 1983
- Petzold, H. G., Sieper, J. (Hg.) (2003): Wille und Wollen in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Bd. II, Göttingen 2003
- Pflanz, M. (1977): Patienten- Compliance als sozialmedizinische Problem. In: Patienten- Compliance. Weber, E., Grundert-Remy, U., Schrey, A. (Hg.), S. 71-72, Baden Baden 1977
- Psychotherapeutengesetz (1999): Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. <http://bundesrecht.juris.de/psychthg> (Stand 23.03.2009)
- Psychotherapiegesetz (1990): Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jg. 1990 ausgegeben am 29.06.1990 / 361, Wien 1990
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Holenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. 2. Auflage, Junfermann, Paderborn 1993
- Robert- Koch- Institut, Statistisches Bundesamt (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsbericht des Bundes, Heft 41, Berlin 2008
- Rudolf, G. (2008): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 6. neu bearbeitete Auflage, Thieme, Stuttgart 2008
- Rudolf, U. (2003): Motivationspsychologie. Beltz Verlag, Weinheim 2003

- Ruff, W., Werner, H. (1987): Der Wunsch der Patienten nach Behandlung – untersucht am Beispiel stationärer Psychotherapie. In: PPmP 9/10, S. 355-360, Thieme, New York 1987
- Schaffer, H. (2002): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Lambertus Verlag, Freiburg 2002
- Schigl, B. (1998): Was wünschen sich PraktikerInnen und ForscherInnen voneinander? Thesen zum Workshop des ÖBVP Symposiums: Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung. In Vorbereitung in: Psychotherapie-Forum 6(2), Springer Verlag, Wien 1998
- Schigl, B. (2007): Forschungsmethoden. Seminarunterlagen, Donau-Universität Krems, 2007
- Schigl, B., Petzold, H. G. (1997): Evaluation einer Ausbildungsgruppe in Integrativer Supervision – ein begleitendes Forschungsprojekt. In: Integrative Therapie, 23.Jg. 1-2/1997, S. 85-145, Jungfermann, Paderborn 1997
- Schigl, B. (1998): Evaluation zur Integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren. Wien 1998
- Schmidt, J. (1991): Evaluation einer Psychosomatischen Klinik. VAS Verlag für Akademische Schriften oHG, Frankfurt am Main 1991
- Schneider, W., Klauer, T. (2001): Symptom level, treatment motivation and the effects of inpatient psychotherapy. Society of Psychotherapy Research 1(2), S.153-167, 2001
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L., Tetzlaff, M. (1999): Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. In: Nervenarzt, 70, S.240-249, Springer, Berlin 1999
- Schubert, Ch., Schiepek, G. (2003): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie: psychosozial induzierte Veränderungen der dynamischen Komplexität von Immunprozessen. In: Neurobiologie der Psychotherapie. Schiepek, G.; Schattauer, Stuttgart 2003, S. 485-508

- Schuhmacher, J. (2001): Das Überschreiten des Rubikon: Willensprozesse und deren Bedeutung für Therapie und Rehabilitation. In: Schröder, H., Hackhausen, W., Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation. S.1-15, VAS Verlag für Akademische Schriften oHG, Frankfurt am Main 2001
- Schulz, H., Nübling, R., Rüdell, H. (1995): Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5 (2), S. 89-95, Karger, Basel 1995
- Schuster, S. (2007): Die Entscheidung zur Psychotherapie – Prozess und Einflussfaktoren der Therapielatenz aus Patientensicht. Psychosozial-Verlag, Gießen 2007
- Schweighofer, A. (Hg.) (2009): Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/sonstiges/lexikon_der_it.pdf (Stand 09.03.2009)
- Siegrist, J., Rödel, A. (2004): Chronischer Distress im Erwerbsleben und depressive Störungen: epidemiologische und psychobiologische Erkenntnisse und ihre Bedeutung für die Prävention. In: Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen – Tagungsbericht. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.), S. 27-37, Wirtschaftsverlag NW, Dortmund 2004
- Sluneko, Th., Fischer-Kern, M., Zimmerleiter, O., Ponocny-Seliger, E. (2007): Initiale Therapiemotivation und institutionelles Schicksal von ambulanten Psychotherapiepatienten. Journal für Psychologie, Jg. 15, Ausgabe 3, Papst Science Publisher, Lengerich 2007
- Sponzel, R. (2002): Über potenzielle Kunst- und Behandlungsfehler in der Psychotherapie aus allgemeiner und integrativer Sicht. Erlangen 2002 <http://www.sgipt.org/gipt/kf/kf020727.htm> (Stand 23.03.2009)
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2002): Gesundheit - Krankheitskosten 2002. Statistisches Bundesamt Pressestelle, Wiesbaden 2002
- StGB (1993): Strafgesetzbuch. 27.Auflage, Beck-Texte im dtv, München 1993

- Stoll, B. (2001): Betriebliche Sozialarbeit – Aufgaben und Bedeutung, Praktische Umsetzung. Walhalla, Regensburg, 2001
- Valentin, E., Janta, B. (1987): Inanspruchnahme. In: Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Heidelberg, S.244-249, 1987
- Willutzki, U., Koban, Ch. (2004): Enhancing Motivation for Psychotherapy: The Elaboration of Positive Perspectives (EPOS) to Develop Clients' Goal Structure. In: Handbook of Motivational Counseling. Cox, M. W., Klinger, E. (Hg.) (2004), S. 337- 356, Wiley & Sons, West Sussex 2004,
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, Springer, Berlin 2001
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2005): Psychische Störungen in Deutschland und der EU - Größenordnung und Belastung. Präsentation anlässlich des 1. Deutschen Präventionskongresses am 1. Dezember 2005, Dresden 2005,
<http://www.tu-dresden.de/presse/psyche.pdf> (Stand 20.02.2009)
- Wottawa, H., Thierau, H. (2003). Lehrbuch Evaluation. 3. korrigierte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2003

Anlagen

