

2.3 Tertiärpräventive Maßnahmen/berufliche Rehabilitation

2.3.1 Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke bei allgemeinen psychischen Störungen – Überblick und internationale Studienlage

E. ROTHERMUND, H. GÜNDEL und N. WEGE

Begriffsbestimmung

Unter dem Begriff „Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke“ (BVN) allgemeiner psychischer Störungen (wie vor allem Depression, Angst, Somatisierungs- und Anpassungsstörungen) fasst man Angebote an der Sektorengrenze zwischen medizinischer Regelversorgung und betrieblichem Gesundheitsmanagement zusammen. Die Zielgruppe sind erwerbstätige Menschen mit manifesten oder beginnenden psychischen Erkrankungen.

Gemeinsamer Kern dieser Angebote ist die Initiierung fachpsychotherapeutischer Behandlung durch den Betrieb. Dabei kann die Durchführung ganz oder teilweise in diesem stattfinden, oder Betroffene werden in betriebsnahe, bestehende oder speziell für die Kooperation geschaffene Versorgungsnetzwerke aus der Regelversorgung integriert. Charakteristischerweise werden dafür betriebliche Strukturen und Prozesse genutzt. Diese bestehen meist unter dem Dach des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Durchgeführt werden sie von betrieblicher Seite in der Regel von Betriebsärzten und weiteren Akteuren wie z. B. Sozialdiensten.

BVN: komplexe Interventionen in der Versorgungslandschaft

Bei BVN handelt es sich um eine heterogene Gruppe an „gewachsenen“, maßgeschneiderten Angeboten. Dies ist auf die differenzierte Bedürfnislage (*siehe ausführlich Abschnitt „Spannungsfeld für die Entstehung BVN“*) zurückzuführen. Häufig handelt es sich in der Praxis um eine bereits etablierte Gesundheitsleistung, z. B. eine „Psychosomatische Sprechstunde“, die in einen neuen Kontext z. B. „Betrieb“ transportiert wird. Daraus ergibt sich eine neue Versorgungsleistung, die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB), die wissenschaftlich gesehen eine komplexe Intervention ist (Pfaff u. Schrappe 2011). Durch das „In-Kontakt-kommen“ unterschiedlicher Kulturen an der Schnittstelle entsteht eine Versorgungsleistung, die über die Summe ihrer Teilkomponenten hinaus einen eigenen Charakter entwickelt. Dieser ist unter anderem auch dadurch bedingt, dass neben mehreren Komponenten die Beteiligung unterschiedlicher Interessensvertreter und Berufsgruppen eine Vielzahl an Perspektiven und Motiven aufwirft. Es entstehen vielschichtige Prozesse, die durch Wechselwirkungen von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren innerhalb des Individuums und mit organisationalen und arbeitsplatzbezogenen Faktoren bedingt sind.

Zielsetzung BVN

Klinisch steht das Ziel einer verbesserten Früherkennung und -intervention bei Mitarbeitern mit beginnenden oder fortgeschrittenen psychischen und psychosomatischen Beeinträchtigungen im Mittelpunkt. Soweit möglich, geht es um die Vermeidung manifester Erkrankung, in den anderen Fällen um Vermeidung (weiterer) Chronifizierung. Die Verkürzung des Krankheitsverlaufs und/oder eine bestmögliche Adaptation von Arbeitnehmern mit bleibenden Einschränkungen in den Arbeitsplatzkontext sind ebenfalls wichtige Ziele. Eine Klärung der arbeitsplatzbezogenen Perspektive und die Wiederaufnahme der Arbeit als strukturierende, wirtschaftlich notwendige Maßnahme, die selbstwirksames Handeln erfordert und erlebbar macht, ist therapeutisch ebenfalls anzustreben. Eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeits-(AU)Zeiten zur Senkung von Kosten leitet zu Zielen und Interessen der Sozialversicherungsträger (*siehe Abschnitt „Spannungsfeld für die Entstehung BVN“*) und Arbeitgeber über. Die Motivation der Unternehmen basiert u. a. auf dem Ansatz, über eine Optimierung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter zum einen Mitarbeiterzufriedenheit und das Arbeitsklima zu verbessern, sowie gerade auch deren quantitative und qualitative Leistungsfähigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Damit wird auch eine wichtige Voraussetzung geschaffen, spezifisches Wissen und Fertigkeiten von Mitarbeitern länger im Betrieb halten zu können. Ein weiterer Grund mag sein, dass mit der Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ein positiver Einfluss auf das Unternehmensimage sowie eine erhöhte Attraktivität als Arbeitgeber assoziiert wird (Prenzler 2012).

Spannungsfeld für die Entstehung von BVN

Für Unternehmen und das Sozialversicherungssystem verursachen psychische und psychosomatische Beschwerden europaweit zunehmende Kosten von geschätzten 3–4 % des Bruttoinlandsprodukts und sind eine führende Ursache für Frühberentung (European Commission 2005).

Für die Diagnose Depression wurden 136,3 Milliarden Euro Gesamtkosten für den europäischen Wirtschaftsraum angenommen. Ein Großteil der jährlich verursachten Kosten wird durch Erwerbsausfälle verursacht (McDaid 2011).

Arbeitsbedingter Stress kann die Entstehung psychischer und somatischer Erkrankungen mit bedingen (Kivimäki et al. 2012, Stansfeld et al. 2012, Virtanen et al. 2012). Allgemein werden eine voranschreitende Verdichtung der Arbeitstätigkeit und häufige innerbetriebliche Umstrukturierungen als ungünstige Faktoren benannt. Die geläufigsten Modelle, die erklären, wie es in Wechselwirkung zwischen Individuum und Arbeitsumgebung zu Distress kommt, sind das Gratifikationskrisenmodell (Siegrist 1996) und geringe soziale Unterstützung (Stansfeld u. Candy 2006) und das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek 2008).

Auf der anderen Seite steht das Inanspruchnahmeverhalten betroffener Arbeitnehmer bzw. die häufig gehemmte Inanspruchnahme (Lexis et al. 2010) von medizinischen Leistungen bei psychischen Erkrankungen aufgrund von Angst vor Stigmatisierung (Lasalvia et al. 2013). Dies führt in der Regel zur Chronifizierung der Störung und einer Verschlechterung der Prognose (Dell’Osso et al. 2013).

Die demographische Entwicklung in Deutschland macht eine schrumpfende und alternde Bevölkerung mit allgemein steigenden Krankheitsprävalenzen und infolgedessen einen Fachkräftemangel absehbar.

Eine gesunde, arbeitsfähige Bevölkerung ist aus unterschiedlichen Gründen (*siehe Abschnitt „Zielsetzung BVN“*) sowohl für das Sozialversicherungssystem als auch für den Arbeitsmarkt von besonderer Wichtigkeit. Maßnahmen, die der Früherkennung und effektiven Behandlung psychischer Störungen dienen, scheint damit ein großes Potenzial innezuwohnen (Fuchs 2009, Fuchs u. Zika 2010).

Hinzu kommt, dass eine reine Sensibilisierung für das Thema „seelische Erkrankung“ in der Regel den Zugang zu früher psychotherapeutischer Beratung und Therapie nicht erleichtert. Für die Behandlung der Depression ist beispielsweise belegt, dass Früherkennungsprogramme, die zwar für die Störung sensibilisieren, jedoch nicht mit entsprechenden Behandlungsangeboten verzahnt sind, zu keiner Verbesserung der Symptome bei den Betroffenen führen (O'Connor et al. 2009). Der Arbeitsplatz rückt damit als Ort, an dem frühe, niedrigschwellige und maßgeschneiderte Interventionen stattfinden können, in den Mittelpunkt. Die Intensivierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements wird nicht zuletzt durch die Sozialgesetzgebung SGB V, § 20a vorangetrieben, demnach die Krankenkassen bereits verpflichtet sind, Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erbringen.

Internationale Studienlage

Präventive Interventionen, die BVN den Weg bereiten

Es existiert eine Reihe von Interventionen, die nicht der oben genannten Definition von BVN entsprechen, an dieser Stelle jedoch genannt werden, da sie oft den Boden für eine folgende sekundär- oder tertiärpräventive Maßnahme schaffen. Häufig sind sie mit einem solchen Angebot verknüpft. Sie liegen meist im präventiven Bereich. Eine Übersicht findet sich bei Richardson u. Rothstein (2008).

Die Interventionen bestehen meist aus einem Gruppenangebot, oft lautet das Thema „Stressprävention“. Besonders beforscht ist dies in der Berufsgruppe von Pflegekräften. Zwei wichtige Übersichtsarbeiten kommen zu dem Schluss, dass kleine, jedoch belastbare positive Effekte für individuumsbezogene Interventionen, Interventionen für die Schnittstelle Mensch-Arbeit und verhältnispräventive Maßnahmen bestehen (Marine et al. 2009, Ruotsalainen et al. 2008). Weitere aktuell evaluierte und damit evidenzbasiert wirksame Interventionen sind im Setting eines Industriebetriebes beschrieben (Gündel et al. 2011, Limm et al. 2011). Neben der unmittelbaren Erarbeitung individueller verhaltenspräventiver Strategien in der Gruppe ist auch ein verhältnispräventiver Nebeneffekt ausdrücklich erwünscht und Ziel dieser Interventionen (ggf. Rückmeldung der wichtigsten Stressoren in anonymisierter Form an die Betriebsleitung). Weiter dienen diese Seminare häufig der Sensibilisierung für das Thema „Psyche“ und deren Entstigmatisierung vor allem unter männlichen Beschäftigten. Das fördert eine wohlwollende, nicht-stigmatisierende Kultur im Umgang mit psychischen Beschwerden, in der es den Betroffenen leichter möglich wird, entsprechendes Inanspruchnahmeverhalten zu zeigen.

Übersichtsarbeiten zum Thema psychische Gesundheit im Betrieb

Es existieren Übersichtsarbeiten zum Thema „Arbeitsfähigkeit bei psychisch erkrankten Arbeitnehmern“ (Martin et al. 2009, Nieuwenhuijsen et al. 2009). Sie zeigen die Heterogenität der Zielvariablen und der verwendeten Interventionen, die von Pharmakotherapie über intensivierete hausärztliche Versorgung bis hin zu psychotherapeutischer Behandlung (im Einzel- oder Gruppensetting, persönlich oder am Telefon und in unterschiedlichen Verfahren) reichen. Nieuwenhuijsen et al. (2009) konstatieren, dass, möglicherweise durch die Heterogenität der Studien bedingt, kein Effekt auf die Arbeitsfähigkeit depressiver Arbeiter festgestellt werden konnte durch singuläre Pharmakotherapie, intensivierete hausärztliche Betreuung, psychologische Interventionen oder Kombinationen der genannten Interventionen. Martin et al. (2009) schlossen aus ihrer Übersicht, dass es eine Vielzahl an wirkungsvollen Interventionen in diesem Bereich gibt, auch wenn die Effekte sehr klein seien. Furlan et al. (2012) widmen sich in ihrem Review dem Thema „Arbeitsbezogene Störungen“, mischen jedoch ebenfalls Interventionen unterschiedlichsten Charakters und unterscheiden nicht, ob die Intervention ein BVN beinhaltet oder ein außerhalb des Betriebes initiiertes Projekt ist, das auf die Veränderung arbeitsbezogener Parameter (z. B. Arbeitsfähigkeit) ausgerichtet ist. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die aktuelle Studienlage nicht ausreichend ist, um zu beurteilen, welche Interventionen für den Umgang mit Depression am Arbeitsplatz hilfreich sind. Es ist daher zum jetzigen Zeitpunkt kaum möglich, eine valide Aussage über die Effektivität dieser Maßnahmen zu geben. Hier sind weitere Studien sinnvoll.

Unvernetzte oder wenig vernetzte Modelle

Unvernetzte Modelle, die vom medizinischen System auf arbeitsbezogene Parameter zielen

Nicht vom Betrieb ausgehend, aber mit gezieltem Fokus auf die Arbeitsfähigkeit, untersuchten Schene et al. (2007) in den Niederlanden die Wirkung einer zusätzlich zur bestehenden Versorgung (treatment as usual, TAU) angewandten arbeitsbezogenen Intervention. Diese bestand aus einer Mischung von 20 Einzel- und 24 Gruppenkontakten, in deren Rahmen die individuelle Arbeitssituation und -anamnese erhoben wurde und allgemeine und spezielle Fragen zum Thema Wiedereinstieg behandelt wurden. Ergebnis der Untersuchung war, dass kein Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des klinischen Parameters Depressivität bestand, die Interventionsgruppe jedoch weniger Fehlzeiten im Anschluss (Beobachtungszeitraum 18 Monate) zeigte und es starke Hinweise für eine Kosteneffektivität der überprüften Intervention gab. Eine wenige Zeit später durchgeführte Untersuchung (Hees et al. 2013) mit überarbeiteter Intervention, die einem ganz ähnlichen Studiendesign folgte, zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Verbesserung im klinischen und arbeitsbezogenen Langzeitverlauf. Ebenfalls auf „Arbeitsfähigkeit“ ausgerichtet, jedoch nicht in Form eines BVN und ohne ökonomische Evaluation, ist eine Studie aus Finnland (Knekt et al. 2008a, Knekt et al. 2008b, Knekt et al. 2011), die vor allem verschiedene Psychotherapieformen im Langzeitverlauf untersuchte. Ebenfalls weder mit betriebsinternen Strukturen verbunden, noch damit

in Kontakt ist eine weitere Studie aus den Niederlanden (Blonk et al. 2006). Die Autoren subsumieren im Fazit der Arbeit, dass das Thema „Arbeitsfähigkeit“ besser früh im Verlauf der Psychotherapie eines Arbeitnehmers mit einer psychischen Erkrankung thematisiert werden sollte, um die Arbeitsfähigkeit nachhaltig wiederherzustellen.

Unvernetzte Modelle, die vom Betrieb aus auf eine rasche Wiedereingliederung nach psychischer Erkrankung zielen

Die Studienlage zu Prädiktoren, die AU-Zeiten aufgrund psychischer Probleme vorherzusagen oder Auskunft über das Risiko wiederholter AU-Zeiten geben, ist uneinheitlich (Cornelius et al. 2011). Neueste Studien hierzu identifizieren sowohl individuums- wie auch organisationsbezogene Faktoren und nicht selten Beziehungsthemen, die diesen beiden Kategorien nicht eindeutig zuzuordnen sind. So berichten Arends und Kollegen, dass wiederholte AU-Zeiten durch eine Betriebsgröße über 100 Mitarbeiter und Konflikte mit dem Vorgesetzten begünstigt wurden (Arends et al. 2013a). Eine geringere Erkrankungsschwere und höhere Selbstwirksamkeitserwartungen sagten kürzere AU-Zeiten voraus (Nielsen et al. 2011).

Eine wachsende Anzahl von Interventionsstudien ist auf die Zielvariable „rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz“ bzw. „rasche Wiedereingliederung“ („return to work“) fokussiert. Der Beginn dieser Interventionen konzentriert sich folglich meist auf den Zeitpunkt nach der akuten Erkrankungsphase und darauf, die Wiedereingliederung zu erleichtern (van der Klink et al. 2003).

Vorwiegend auf die betriebliche Seite bezogen und ebenfalls kaum vernetzt ist die Untersuchung von Rebergen in den Niederlanden (Rebergen et al. 2009a). In der Versorgung psychisch erkrankter Mitarbeiter durch speziell geschulte Betriebsmediziner offenbarte sich kein deutlicher Vorteil bezüglich z. B. der Dauer bis zum Wiedereintritt in die Arbeitstätigkeit. Die Kontrollgruppe erhielt die bisher übliche Behandlung in dem betreffenden Betrieb. Diese bestand aus einer sehr geringen Beteiligung des Betriebsmediziners, der ggf. sehr rasch zum Psychologen überweisen konnte, welcher durch eine Art Betriebskrankenkasse finanziert wurde. Allerdings erwies sich die so gestaltete Behandlung als kostengünstiger (Rebergen et al. 2009b).

In einem systematischen Review zeigte sich für die Behandlung von Mitarbeitern mit Anpassungsstörungen die beste Wirksamkeit für diejenigen Interventionen, die auf die Vermittlung von Problemlösestrategien fokussieren. Verglichen wurde mit „keiner Intervention“ oder „Interventionen mit kognitiver Verhaltenstherapie“ (Arends et al. 2012). Eine nachfolgend durchgeführte randomisiert-kontrollierte Studie testete die Wirksamkeit einer speziell entwickelten, auf Problemlösestrategien basierenden Intervention, die von Betriebsmedizinern durchgeführt wurde. Dazu wurden die Ärzte zwei Tage lang, u. a. in einer der kognitiven Verhaltenstherapie entlehnten Interventionen trainiert. Trotz der im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Interventionen niedrigen Dosis von zwei bis fünf 30-Minuten-Kontakten zeigte sich die Intervention nicht kosteneffektiver als die in den Niederlanden bereits bestehende Versorgung (Arends et al. 2013b). Es existiert eine Leitlinie, die allen Betriebsmedizinern zugänglich ist und die die Versorgung von an psychischen Störungen erkrankten Mitarbeitern durch Betriebsärzte beschreibt (van der Klink et al. 2003). Der Betriebsmediziner ist dabei in

der Rolle eines Beraters, der Psychoedukation zum Erkrankungsbild vermittelt, anregt, angenehme Aktivitäten in den Alltag einzuplanen und Stressbewältigungsfertigkeiten mit dem Betreffenden erarbeitet und vermittelt. Die arbeitsbezogene Intervention beinhaltet die Anregung des Mitarbeiters zu Gesprächen mit Vorgesetzten. Ob und wie weit sich die Betriebsärzte der Kontrollgruppe leitliniengetreu verhielten, wurde in der vorliegenden Studie nicht untersucht. Im 12-Monatszeitraum konnte die Effektivität der Intervention jedoch bereits belegt werden, mit einer deutlich geringeren Inzidenz der Interventionsgruppe für wiederholte AU-Zeiten (Arends et al. 2013c).

Martin et al. (2012) beschreiben wichtige Fallstricke bei der Implementierung einer maßgeschneiderten Wiedereingliederungsmaßnahme für Angestellte mit psychischen Problemen. Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei auf der Förderung der Kommunikation zwischen den Akteuren liegen. Die Arbeit weist auf die Notwendigkeit hin, Interventionen an dieser Schnittstelle thematisch sowohl auf die Bedürfnisse der Zielpopulation abzustimmen, als auch den Kontext und die verschiedenen Perspektiven (de Vries et al. 2012) unterschiedlicher Interessensvertreter, die diese Schnittstelle mitgestalten, zu beachten.

BVN in der Fachliteratur

Die Beschreibung von Konzepten BVN sowie deren Evaluation sind bislang wenig publiziert, auch wenn diesbezüglich Informationen über die graue Literatur auf Internetseiten beschrieben sind, z. B.: „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA) (<http://psyga.info/ihre-schritte/best-practice/>).

Die konzeptuelle Umsetzung, wie in der Begriffsbestimmung (*siehe dort*) ausgeführt, ist explizit nur in wenigen Fachbeiträgen zu lesen (Mayer et al. 2010, Preiser u. Rieger 2012, Rothermund et al. im Druck). Es handelt sich dabei um Angebote, die einen Erstkontakt mit dem psychotherapeutisch-psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystem durch Ärzte oder Psychologen im Sinne einer „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) herstellen. Zunächst angeboten werden oft bis zu fünf, meist 50-minütige Psychotherapiesitzungen. Sie dienen der Kontaktaufnahme, Diagnostik, Krisenintervention, ggf. dem Motivationsaufbau und der Weitervermittlung in das bestehende Versorgungssystem. Je nach speziellem Modell kann in eine Kurzzeitintervention übergeleitet werden (Hölzer 2012).

Obwohl bereits unter randomisiert-kontrollierten Bedingungen die Effektivität BVN nachgewiesen wurde (s. unten aufgeführte Studien), wird das Nutzerprofil von in der Versorgungsrealität gewachsenen Modellen erst aktuell untersucht (Rothermund et al. 2012). Danach wird es auch um die Evaluation der Wirksamkeit der PSIB gehen.

In einer randomisiert-kontrollierten Studie wurde die Wirksamkeit einer strukturierten Intervention für eine Risikopopulation für lange AU-Zeiten (> 28 Tage) überprüft. Als größte Diagnosegruppen imponierten hierfür muskuloskelettale und psychische Erkrankungen. Im Mittelpunkt stand der Zeitpunkt der Intervention im Erkrankungsverlauf: Es sollten noch nicht arbeitsunfähige Mitarbeiter durch den Betriebsmediziner erreicht und ggf. behandelt oder weitervermittelt werden. Die Identifikation der Risikopopulation geschah durch die Anwendung eines speziell entwickelten Screeninginstruments (Kant et al. 2009). In der Interventionsgruppe wurde individuell

auf die Bedürfnislage, die in einem Einzelgespräch mit dem Betriebsarzt mit einer Dauer von 30 Minuten exploriert wurde reagiert: im Vergleich zur Kontrollgruppe, die erst bei tatsächlich auftretenden Beschwerden, gemäß „care as usual (CAU)“ Unterstützung erhielt, verringerten sich die langen AU-Zeiten signifikant (Kant et al. 2008). Damit ist die Wirksamkeit eines sekundärpräventiven Modells, ein Element, das auch in einer „PSIB“ eine wichtige Rolle spielt, belegt.

Taimela und Kollegen untersuchten in Finnland ein weiteres Modell: ebenfalls von der Art der Erkrankung unabhängig wurde eine Risikopopulation bezüglich drohender Arbeitsunfähigkeit identifiziert und je nach Bedarf individuell behandelt und weitervermittelt. Die Untersuchung zeigte eine deutliche Senkung von künftigen AU-Zeiten im Vergleich zur Kontrollgruppe, die nicht sekundärpräventiv behandelt wurde, sondern CAU erhielt. Eine weitere Kontrollgruppe, die das Angebot einer telefonischen Unterstützung ohne persönlichen Kontakt erhielt, schnitt ebenfalls schlechter ab. Das lag unter anderem daran, dass das Telefonangebot kaum in Anspruch genommen worden war (Taimela et al. 2008a, Taimela et al. 2008b, Taimela et al. 2010). Besonders interessant ist das Modell deshalb, weil die Risikostratifizierung, die in einer vorangehenden Studie entwickelt worden war (Taimela et al. 2007), nicht als Screening für psychische Störungen angelegt war, die wichtigen Kriterien jedoch stark mit Symptomen überlappen, die sich bei allgemeinen psychischen Erkrankungen sehr häufig finden lassen. Es handelt sich dabei um einen Depressivitätsscore, Angaben zu Schlafproblemen, Müdigkeit und Erschöpfung, „Stress“ und einer pessimistischen Einschätzung der künftigen Arbeitsfähigkeit. Das einzige, nicht unter das Thema „Depressive Symptome“ fallende Merkmal war „muskuloskeletale Probleme“.

In den USA beschrieben Wang et al. (2007) folgendes Modell: Betriebe, die an einem „managed behavioral health programm“ teilnahmen, wurden im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie an einem Telefonscreening für depressive Störungen beteiligt. Je nach Indikation wurde ein gestufter Weiterbehandlungsplan vermittelt, der über Krisenintervention, ein telefonisch durchgeführtes Kurzzeit-Psychotherapieprogramm, Psychopharmakotherapie oder Motivation und Vermittlung in die bestehenden ambulanten Angebote verfügte. Rund je 300 Teilnehmer in Interventions- und Kontrollgruppe beteiligten sich. Die Autoren konnten belegen, dass das Screening und die folgende, gezielte Weitervermittlung in Behandlung nicht nur die klinischen Parameter, sondern auch die arbeitsbezogenen Zielvariablen günstig beeinflusste.

In einer finnischen Studie (Kaila et al. 2012) wurde ein Modell eines BVN mit positiven Folgen bezüglich klinischer und arbeitsbezogener Parameter beschrieben. Das Finnish Institut of Occupational Health (FIOH) führte das Projekt mit Unterstützung des Verbundes der finnischen Rentenversicherungsträger TELA durch. Ziel war, ein Modell zu etablieren, das von betriebsmedizinischen Diensten in unterschiedlichen Settings und mit unterschiedlicher Ausstattung angeboten werden kann. Schwierigkeit in dem Projekt war die Zuordnung zu Interventions- und Kontrollgruppe, die aus ethischen Gründen nicht randomisiert erfolgte, jedoch zu einer Verteilung von 186 Patienten in der Interventions- und 47 in der Kontrollgruppe führte. Unter anderen wichtigen Aspekten beinhaltet das Projekt vor allem die gute Verzahnung zwischen betriebsmedizinischen Diensten und psychiatrisch-psychotherapeutischen-psychologischen Fachangeboten. Diese reichten von punktueller Konsultation über pharmakotherapeutische

Betreuung durch Psychiater bis hin zu Kurzzeitpsychotherapie oder Konsultation eines Arbeits- und Organisationspsychologen. Der Betriebsmediziner fungierte mit seinen Mitarbeitern u. a. als Fallmanager.

Dass BVN, die über den Betriebsmediziner organisiert sind und über eine enge und zeitnahe Kooperation zum psychiatrisch-psychotherapeutischen System definiert sind, die AU-Zeiten deutlich verkürzen können, bestätigen zwei weitere aktuelle und methodisch anspruchsvolle Studien aus den Niederlanden (van der Feltz-Cornelis et al. 2010, Vlasveld et al. 2012).

Zusammengefasst spricht aktuell vieles für einen weiteren Ausbau maßgeschneiderter Erstberatungs- und kurzzeittherapeutischer Interventions- und Behandlungsangebote an der Schnittstelle von Betrieb bzw. Behörde etc. und dem psychosomatisch-psychiatrisch-psychotherapeutischem Versorgungssystem. Günstig ist ein Ineinandergreifen von primär-, sekundär- und tertiär-präventiven Angeboten. Ziel ist eine bestmögliche Früherkennung und Frühintervention bei bislang häufig chronifizierten Behandlungsverläufen. Anzustreben ist eine individuell abgestimmte, zeitnahe und intensive Kooperation zwischen betrieblichen Angeboten und Strukturen und der medizinischen bzw. psychologischen und fachpsychotherapeutischen Behandlung.

Literatur

- Arends I, Bruinvels D, Rebergen D, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Bültmann U, Verbeek J (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 12. doi: 10.1002/14651858.CD006389.pub2
- Arends I, Bültmann U, van Rhenen W, Groen H, van der Klink JJL (2013b). Economic evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *PLoS one*, 8 (8), e71937
- Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U (2013a). Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32 (1): 67–74
- Arends I, van der Klink JJL, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U (2013c). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*. doi: 10.1136/oemed-2013-101412
- Blonk RWB (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress* 20 (2): 129–144. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=2006440448>
- Cornelius LR, van der Klink JJL, Groothoff JW, Brouwer S (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21 (2): 259–274
- De Vries G, Koeter MWJ, Nabitz U, Hees HL, Schene AH (2012). Return to work after sick leave due to depression; a conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *Journal of Affective Disorders* 136 (3): 1017–1026
- Dell’Osso B, Glick ID, Baldwin DS, Altamura AC (2013). Can long-term outcomes be improved by shortening the duration of untreated illness in psychiatric disorders? A conceptual framework. *Psychopathology* 46 (1): 14–21
- European Commission (2005). Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels, 30
- Fuchs J (2009). Demografische Effekte auf das künftige Arbeitsangebot in Deutschland – eine Dekompositionsanalyse. *Schmollers Jahrbuch*, 129 (4): 571–595
- Fuchs J, Zika G (2010). Arbeitsmarktbilanz bis 2025: Demografie gibt die Richtung vor. IAB-Kurzbericht. Aktuelle Analysen und Kommentare aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 12: 1–8

2.3.1 Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke – Überblick und internationale Studienlage

- Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E, Amick BC, DeRango K et al. (2012). Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (3): 312–321
- Gündel H, Limm H, Heinmüller M, Marten-Mittag B, Angerer P (2011). Verhaltenspräventive Intervention in einem DAX-30 Industriebetrieb – Ergebnisse einer kontrollierten und randomisierten Studie. *Public Health Forum* 19 (3): 20.e1–20.e3
- Hees HL, de Vries G, Koeter MWJ, Schene, AH (2013). Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 70 (4): 252–260
- Hölzer M (2012). Psychische Gesundheit im Betrieb. *Psychotherapie im Dialog* 13 (3): 52–55
- Kaila E, Väisänen A, Leino T, Laamanen A, Vihtonen T, Hyvärinen HK, Varjonen J (2012). Toimiva massennuksen hoitokäytäntö työterveysuollossa (Effective model for the treatment of depression in occupational health services). Helsinki, Finland. <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/ToMaHoK.pdf>
- Kant I, Jansen NWH, van Amelsvoort LG, van Leusden R, Berkouwer A (2008). Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 18 (1): 79–86
- Kant IJ, Jansen NWH, van Amelsvoort LG, Swaen GM, van Leusden R., Berkouwer A (2009). Screening questionnaire Balansmeter proved successful in predicting future long-term sickness absence in office workers. *Journal of Clinical Epidemiology* 62 (4): 408–414.e2
- Karasek R (2008). Low social control and physiological deregulation – the stress-disequilibrium theory, towards a new demand-control model. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Suppl* 6: 117–135
- Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L et al. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 380 (9852): 1491–1497
- Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen M et al. (2008a). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine* 38 (5): 689–703
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen, MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järviskoski A (2008b). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders* 107 (1–3): 95–106
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Harkanen T et al. (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders* 132 (1–2): 37–47. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=21316768>
- Lasalvia A, Zoppi S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K et al. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 381 (9860): 55–62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23083627>
- Lexis MAS, Jansen NWH, Stevens FCJ, van Amelsvoort LG, Kant I (2010). Experience of health complaints and help seeking behavior in employees screened for depressive complaints and risk of future sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation* 20(4): 537–546. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=20467796>
- Limm H, Gündel H, Heinmüller M, Marten-Mittag B, Nater UM, Siegrist J, Angerer P (2011). Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 68 (2): 126–133. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=20833759>
- Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek JH (2009). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 4
- Martin A, Sanderson K, Cocker F (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 35 (1): 7–18
- Martin MHT, Nielsen MB, Petersen SM, Jakobsen LM, Rugulies R (2012). Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (3): 427–436

- Mayer D, Schmidt H, Hölzer M (2010). „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 45 (10): 593–597
- McDaid D (2011). Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability from a health, public sector and societal. European Commission. <http://eprints.lse.ac.uk/41901/>
- Nielsen MB, Madsen IE, Bültmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R (2011). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *European Journal of Public Health* 21 (6): 806–811
- Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, van der Feltz-Cornelis CM (2009). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 1: CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub2
- O'Connor E, Whitlock E, Gaynes B, Beil T (2009). Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36403/>
- Pfaff H, Schrappe M (2011). Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg): *Lehrbuch Versorgungsforschung Systematik – Methodik – Anwendung*. 1. Aufl., Schattauer, Stuttgart, 21
- Preiser C, Rieger MA (2012). Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Chancen und Grenzen der Versorgung von Beschäftigten mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden – Ergebnisse einer qualitativen Studie. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137 (S 03): A262
- Prenzler A (2012). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Definition – Ziele – Maßnahmen. In: Kirch W, Hoffmann T, Pfaff H (Hrsg): *Prävention und Versorgung*. 1. Aufl., Thieme, Stuttgart, 352–361
- Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bezemer PD, van der Beek AJ, van Mechelen W (2009a). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine* 51 (3): 305–312
- Rebergen DS, Bruinvels DJ, van Tulder MW, van der Beek AJ, van Mechelen W (2009b). Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *Journal of Occupational and Environmental Medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine* 51 (3): 313–322
- Richardson KM, Rothstein HR (2008). Effects of occupational stress management interventions programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 13: 69–93
- Rothermund E, Gündel H, Kilian R, Hölzer M, Reiter B, Mauss D, Rieger MA, Beschner P (im Druck). Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten. *Z Psychosom Med Psychother*
- Rothermund E, Kilian R, Hölzer M, Mayer D, Mauss D, Krueger M, Rieger MA, Gündel H (2012). Psychosomatic consultation in the workplace – a new model of care at the interface of company-supported mental health care and consultation-liaison psychosomatics: design of a mixed methods implementation study. *BMC Public Health* 12 (1): 780
- Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 34 (3): 169–178. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18728906>
- Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine* 37 (3): 351–362
- Siegrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1 (1): 27–41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9547031>
- Stansfeld S, Shipley MJ, Head J, Fuhrer R (2012). Repeated job strain and the risk of depression: longitudinal analyses from the Whitehall II study. *American Journal of Public Health* 102 (12): 2360–2366
- Stansfeld S, Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32 (6): 443–462
- Taimela S, Justén S, Aronen P, Sintonen H, Läärä E, Malmivaara A et al. (2008a). An occupational health intervention programme for workers at high risk for sickness absence. Cost effectiveness analysis based on a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine* 65 (4): 242–248
- Taimela S, Malmivaara A, Justén S, Läärä E, Sintonen H, Tiekso J, Aro T (2008b). The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occupational and Environmental Medicine* 65 (4): 236–241

2.3.1 Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke – Überblick und internationale Studienlage

- Taimela S, Aronen P, Malmivaara A, Sintonen H, Tiekso J, Aro T (2010). Effectiveness of a targeted occupational health intervention in workers with high risk of sickness absence: baseline characteristics and adherence as effect modifying factors in a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 20 (1): 14–20
- Taimela S, Läärä E, Malmivaara A, Tiekso J, Sintonen H, Justén S, Aro T (2007). Self-reported health problems and sickness absence in different age groups predominantly engaged in physical work. *Occupational and Environmental Medicine* 64 (11): 739–746
- Van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 6: 375–385. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2938286&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine* 60 (6): 429–437. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1740545&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Virtanen M, Stansfeld S, Fuhrer R, Ferrie JE, Kivimäki M (2012). Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PloS one* 7 (1): e30719
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman TF (2012). Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 200 (6): 510–511
- Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J et al. (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA, The Journal of the American Medical Association* 298 (12): 1401–1411