

Kooperation BGM - psychiatrisch/psychosomatisches Versorgungssystem

Dr. Hans-Peter Unger

Chefarzt

Zentrum für seelische Gesundheit

Asklepios Klinikum Harburg

Ltd Arzt Asklepios Connecting Health

Agenda

1. Kooperation BGM-Psychiatrie/Psychosomatik: 10 Jahre integrierte Versorgung mit der DAK und 10 Jahre Kooperation mit Unternehmen
2. Integrierte Versorgung Depression – was hat sich verändert?
3. Sprechstunde seelische Gesundheit im oder außerhalb des Betriebs
4. Arbeitsplatznahe Psychotherapie
5. Konsequenzen für den „return to work“ Prozess
6. Zukunft der Versorgung

Eine leichte, mittelschwere oder schwere Depression betrifft 7,5% der erwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland (12 Monats Prävalenz)

TK Depressionsatlas 2013, Jacobi et al 2014

Nur 20% sind in angemessener Behandlung, Dauer bis dahin 6 bis 7 Jahre

Thornicraft et al 2017, Mack et al 2014

15% der Arbeitsunfähigkeitstage sind durch psychische Erkrankungen verursacht, die durchschnittliche Dauer der psychisch bedingten Krankheitsfälle ist mit 36 Tagen dreimal so hoch wie bei anderen Erkrankungen mit 12 Tagen

BKK Gesundheitsreport 2016

42,9% der krankheitsbedingten Frühberentungen sind durch psychische Erkrankungen verursacht

Deutsche Rentenversicherung Bund in Zeitreihen 2016

10 Jahre Integrierte Versorgung Depression mit der DAK

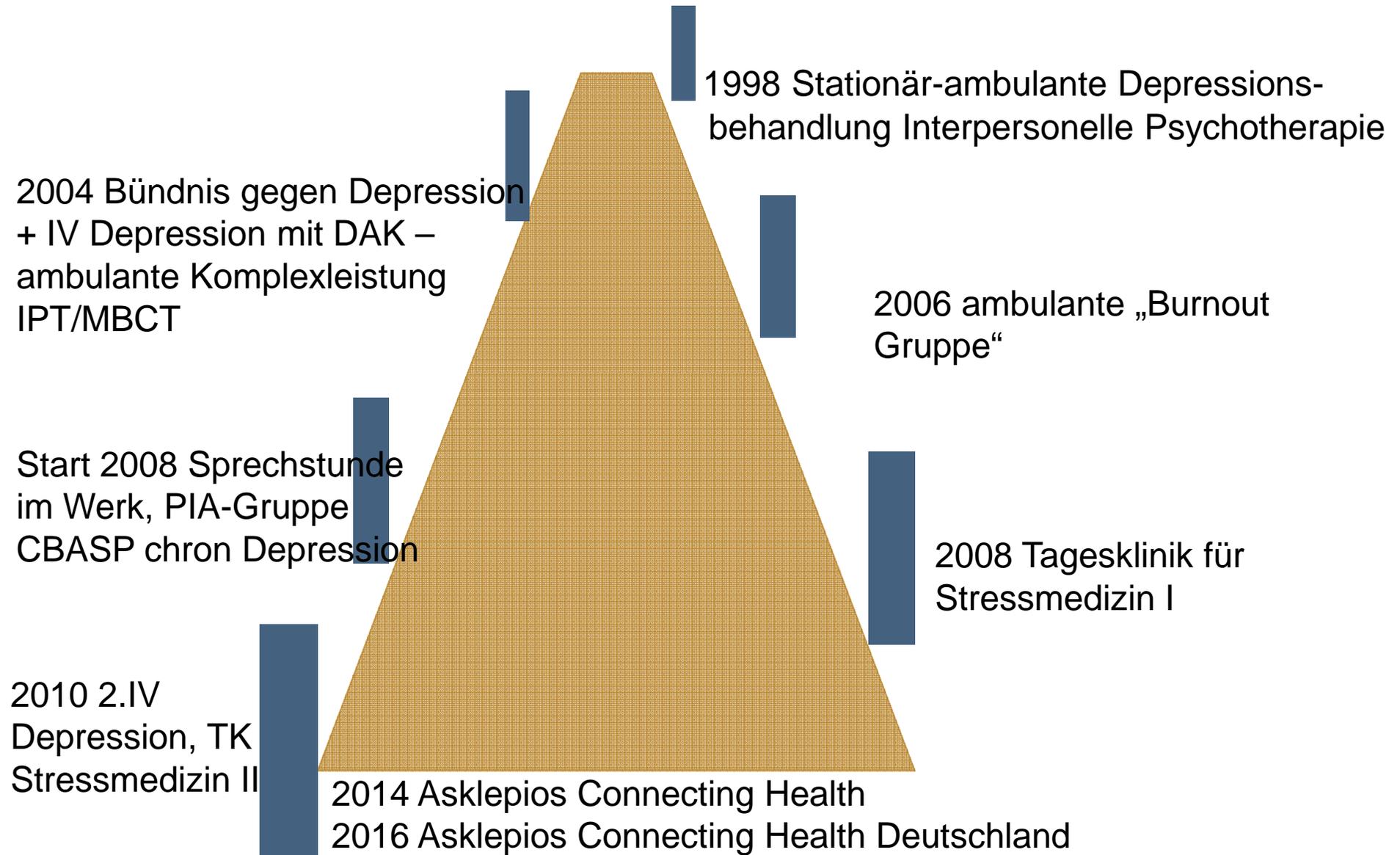
und

10 Jahre Kooperation mit Unternehmen

Integrierte Versorgung (§140 a-d SGB V)

Das GKV-Modernisierungsgesetz erlaubte ab 2004 die Vernetzung zwischen den einzelnen Leistungssektoren ohne Beteiligung der KV. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sollen verbessert werden durch eine Vernetzung der einzelnen Leistungssektoren – zum Beispiel Hausärzte, Fachärzte, niedergelassene Psychotherapeuten, Krankenhäuser, medizinische Versorgungseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Ärztenetze, Pflegeeinrichtungen etc.

„ENTWICKLUNGSGESCHICHTE“



Ziele der 2. Integrierten Versorgung Depression mit der DAK seit 2010

1. Zusammenarbeit mit Versorgungsmanagement DAK
2. Krankengeld - Fallmanagement
3. Telefonische Beratung / e-Health
4. Diagnostik und Behandlungsplanung ohne Wartezeiten
5. Ambulant vor teilstationär, teilstationär vor vollstationär / Verhinderung vollstationär
6. Reduktion Arbeitsunfähigkeit und Return to work als Therapieziel
7. Lenkung des Patienten durch die IV („Routing“)
8. Qualitätssicherung

DAK Versorgungsmanagement



Gemeinsam für Gesundheit

Hausarzt, Facharzt
Psychotherapeut

Psychiatrische Institutsambulanz
Telefon-Hotline und Coaching

Clearing/Diagnostik
Therapieplan
Fallmanagement

fakultativ

fakultativ

Je nach Gruppe 2-8
Wochen Wartezeit

- Ambulanz**
- 1. **Burnoutgruppe**
 - 2. Angstgruppe
 - 3. Depressionsgruppe
 - 4. Bipolargruppe

nach der
Arbeitszeit von
17.15-20.30

MVZ

- Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologie

Sprechstunde
Return to work

(Beachtung der
Schweigepflicht)

Vorrangige Aufnahme

- Teilstationär**
- TK für **Stressmedizin (Aufnahmeterrmin 1 x Monat)**
 - TK für Sozialpsychiatrie
 - TK für Ältere (> 50 Jahre)
- Vollstationär**
z.B. Depressionsstationen

Wie kann das betriebliche Gesundheitssystem mit dem Behandlungssystem verbunden werden?

10 Jahre Kooperation mit Großunternehmen

Empfehlung 8: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention enger verknüpfen

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung, BAuA 2017

... So ist grundsätzlich davon auszugehen, dass in den Betrieben, auch bei hervorragenden Leistungen im Bereich der Primärprävention, eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen mit psychischen Problemen (welchen Ursprungs auch immer) beschäftigt ist, die bei der Bewältigung ihrer Krankheit u.a. auch die Unterstützung durch Betriebe bedürfen...

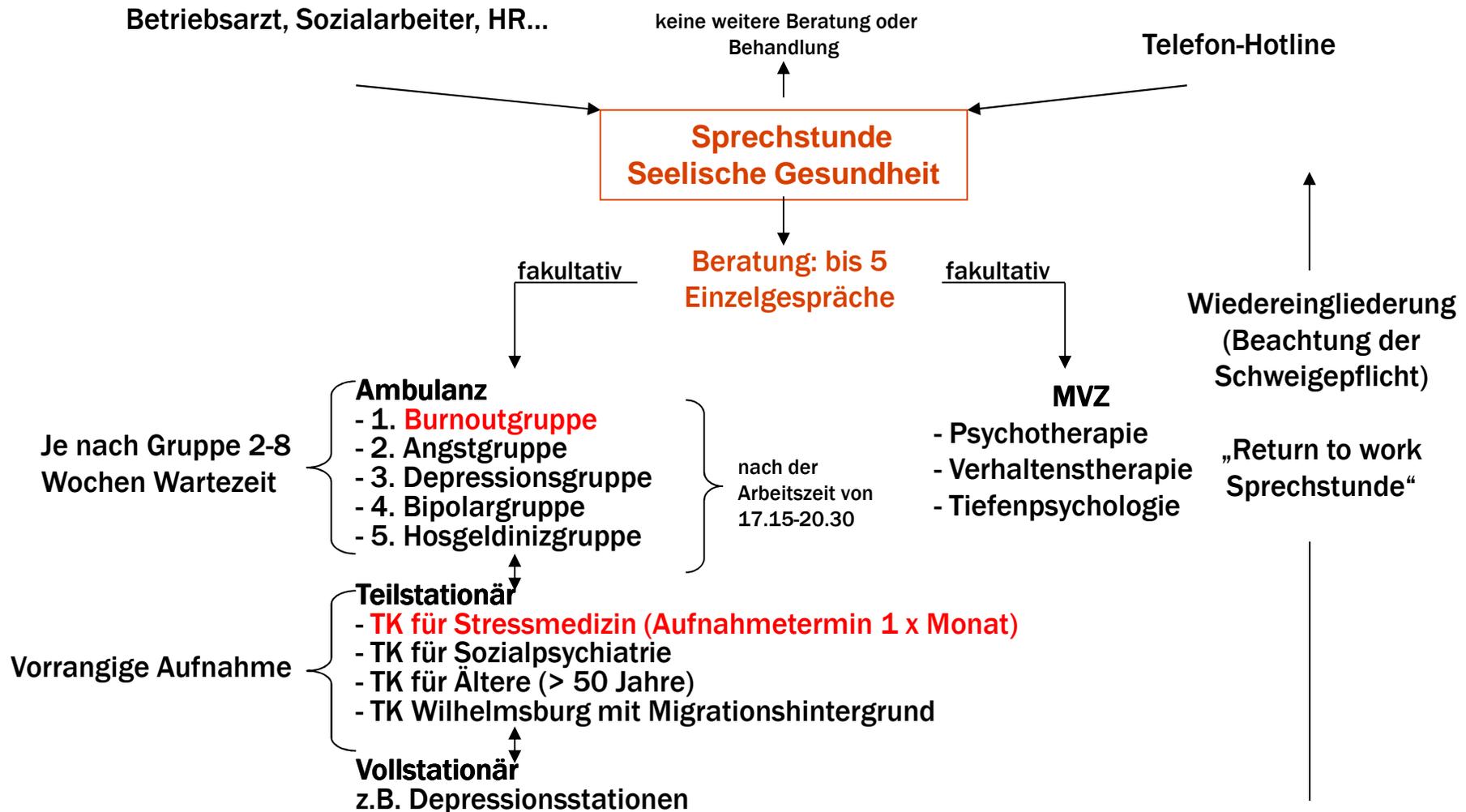
...Notwendig ist deshalb der Aufbau von Strukturen, die es erlauben, auftretende psychische Probleme von Beschäftigten so früh wie möglich zu erkennen und deren Bewältigung effektiv zu unterstützen... Dies fordert ein Ineinandergreifen von genuin betrieblichen Maßnahmen (Aufgaben-, Arbeitszeitgestaltung, Gewährung problemangemessenen Führungs- und Teamhandelns) personenbezogenen Beratungs- und Unterstützungsangeboten (auch niedrigschwelliger Art) und medizinisch-psychotherapeutischer Versorgung im professionellen System...

Ziele der Kooperation mit Unternehmen

- Planung und Durchführung von gemeinsam abgestimmten Präventionsmaßnahmen
- Vermeidung oder Reduktion von Arbeitsunfähigkeit
- Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen und **schnelle, „passende“ Beratung/Behandlungseinleitung**
- Optimale Wiedereingliederung, der RTW-Prozess beginnt mit dem Beginn der Behandlung
- **Arbeitsweltbezogene** therapeutische Angebote, Therapeuten sind über Arbeitswelt und BGM informiert

Erstes Ziel: Stay at work

Sprechstunde seelische Gesundheit



Sprechstunde seelische Gesundheit 2008 bis 2014

- Start in 2008 mit 4 Stunden pro Woche im Werk auf Veranlassung der Betriebsärzte; minimale Dropout-Quote < 2%.
- Nach Erstkontakt bei Betriebsärzten oder Sozialarbeitern sind in 2014 **524 Personen innerhalb von spätestens 14 Tagen** in der Sprechstunde von einem Psychologen/Arzt beratend gesehen worden.
- **Durchschnittlich wurden 2-3 Gespräche** geführt und bei 72% reichte diese Intervention aus.
- 145 von 524 (28% der Sprechstunden-User) konnten zeitnah therapeutisch vermittelt werden: **Ca. 100 wurden ambulant, 30 tagesklinisch und 15 vollstationär weiterbehandelt – nahtlos** und ohne die üblichen Wartezeiten. **So konnte Chronifizierung und damit längerdauernde Arbeitsunfähigkeit verhindert werden.**
- Bei über 90% der erkrankten Mitarbeiter in teil- und vollstationärer Versorgung wurde ein „**Return to Work**“-Prozess erfolgreich mit Betriebsärzten und Gesundheitsberatern durchgeführt.

Sprechstunde seelische Gesundheit 2015/2016

- 2015 besuchten 681 Mitarbeiter aus 15 Firmen die Sprechstunde, sie nahmen insgesamt 1806 Sprechstunden in Anspruch (Durchschnitt 2,65 Sprechstunden).
- 2016 besuchten ca 900 Mitarbeiter aus 19 Firmen die Sprechstunde, sie nahmen insgesamt 2567 Sprechstunden in Anspruch (Durchschnitt 2,85 Sprechstunden)
- Die Altersgruppe der 40 bis 49jährigen besuchte die Sprechstunde am häufigsten.
- Männer nutzten insbesondere eine Sprechstunde im Werk.
- Als Themen wurden mit Überschneidungen zu 40 bis 50% arbeitsbezogene Belastungen und Beanspruchungen genannt, am häufigsten die Arbeitslast, Konflikte mit Vorgesetzten und Konflikte mit Arbeitskollegen.
- Zu 30 bis 40% spielten familiäre Belastungen eine Rolle und zu 20 bis 25% körperliche Erkrankungen.
- Die Sprechstunde wird zunehmend auch aus einer begonnenen Arbeitsunfähigkeit besucht und zur RTW-Planung angefragt.

Durchschnittliches Funktionsniveau ~ GAF*-Werte

*Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF): Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.



Wert	Anzahl	Bedeutung
100-91	2	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
90-81	12	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	24	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	112	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	33	Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	2	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	0	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, Kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	0	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-01	0	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

Die Korrelation von
Behinderung/Funktionseinschränkung und
Krankheit mit Arbeitsfähigkeit ist komplex und
bidirektional.

**Oft besteht keine klare Korrelation zwischen
klinischem Verlauf und psychosozialen
Funktionsniveau.**

Work disability prevention research: Current and future prospects. Pransky et, 2011, J
Occup Rehabil 21, 287-292

Descriptive study of occupational outcome of bipolar patients. Medard et al, 2010, J
Occup Rehabil 20, 293-298

Die Sprechstunde seelische Gesundheit verändert die Kooperationsbeziehungen

- Die Sprechstunde sollte in ein funktionierendes BGM eingebettet sein.
- Im Betrieb und im PPP-Versorgungssystem werden mindestens je ein „Treiber“ benötigt, um die Sprechstunde durchzusetzen und einzurichten.
- Die Sprechstundenmitarbeiter sollten das BGM des jeweiligen Betriebes und das örtliche Versorgungssystem kennen.
- Schweigepflicht ist unabdingbar einzuhalten, ein Reporting sinnvoll.
- Mitarbeiter im Gesundheitssystem haben die Krankheitssymptome im Blick (ICD), Betriebsärzte die Auswirkung der Krankheitssymptome auf die Arbeitsfähigkeit (ICF),
- Widerstände im Gesundheitssystem, da Mitarbeiter der Kooperationspartner „bevorzugt“ werden, Verunsicherung aber auch Stigma von Seiten der betrieblichen Akteure.
- Beratung, Früherkennung und Behandlungsvermittlung verbinden sich automatisch mit dem RTW Prozess und wirken sich auf das BGM aus: wo liegen psychische Gefährdungen?
- Die Kooperation mit Unternehmen beeinflusst im Versorgungssystem die kritische Haltung zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit und fördert den RTW-Prozess.

Arbeitsplatzbezogene Psychotherapie

„Dritte Welle der Verhaltenstherapie“ Arbeit an Vulnerabilität und Resilienz

Dysfunktionale Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen werden als Verhaltenskomplexe aufgefasst, die durch verschiedene Techniken wie zum Beispiel Aufmerksamkeitslenkung, Achtsamkeit oder Veränderung von Wertvorstellungen zu einer **Veränderung von Einstellungen und „Haltungen“** führen.

Beispiele:

- Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie bei bipolaren Störungen
- Acceptance and commitment therapy ACT
- Metakognitive Therapie MCT
- Schema Therapie

Arbeitsplatzbezogene Psychotherapie und Wiedereingliederungsprozess sind untrennbar

Zwei Seiten derselben Medaille: zum Beispiel

Kognitive Verhaltenstherapie:

Rückkehr ins Arbeitsleben: Ein arbeitsplatzbezogenes Modul zur Integration in die KVT bei psychischen Erkrankungen (Winter et al, Pschother Psych Med online Thieme 2015, Kahl, Winter: Arbeitsplatzbezogene Psychotherapie, Kohlhammer, 2016)

Arbeitsweltbezogene Trainingsprogramme wie Stressbewältigungstraining, soziales Kommunikationstraining (Hillert et al 2007)

Achtsamkeit:

Mindfulness in organisations (Reb, Atkins: Cambridge University Press, 2015)

Wiedereingliederungsplanung:

Arbeitsdiagnostik und ArbeitstherapieVorbereitungsprogramme wie ZERA (psychosoziale Arbeitshilfen 16, 2006)...

Supported Employment und „place and train“ Programme...

Arbeitsplatzbezogene Psychotherapie und Return to work: Tagesklinik für Stressmedizin

Verstehen

- Gesprächsgruppe (VT)
- Einzelgespräche
- Psychoedukation: Anthropologie, Stressmedizin
- Depressions - und Angstbewältigung

Üben

- Morgenmeditation
- Meditative Körperarbeit
- Yoga

Umsetzen

- Kochen - Ernährung
- Walken
- Plastizieren
- Hausaufgaben

- Sozialmedizinische Beratung
- Arbeitsmedizinische Beratung
- Planung beruflicher Wiedereinstieg

Achtsamkeitstraining (MBCT, MBSR)



Forschungsprojekt:

Wirksamkeitsstudie
der achtsamkeitsbasierten
tagesklinischen Behandlung
akuter Depression in der
Tagesklinik für Stressmedizin
Asklepios Klinikum Harburg

Ein Kooperationsprojekt von:

 **ASKLEPIOS**

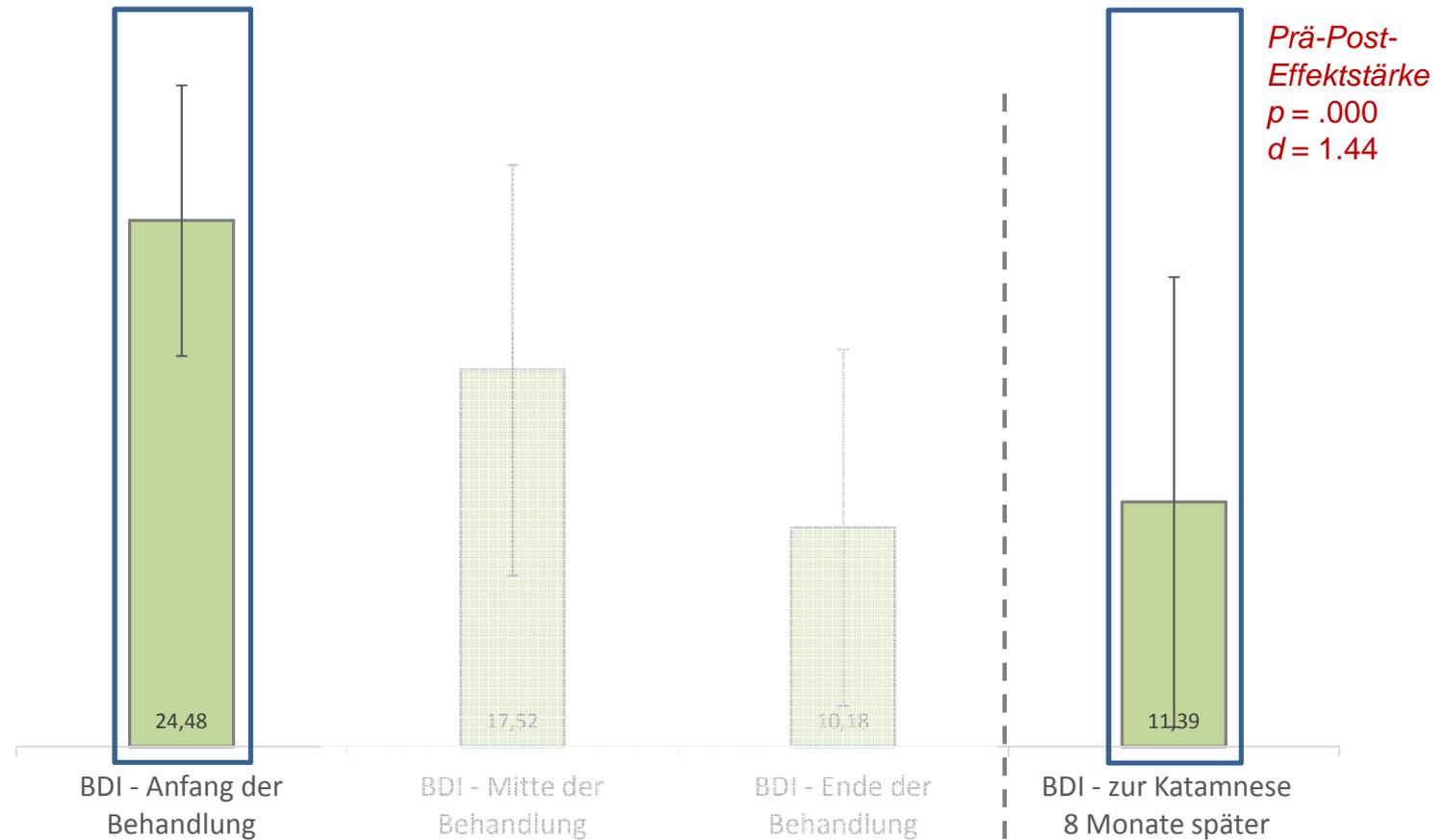
 **uni**versität
Witten/Herdecke

Gefördert durch interne
Forschungsmittel der:

 **ASKLEPIOS** proresearch

Nachhaltigkeit der Depressionsbehandlung

Mittelwerte und Streuung der Depressionswerte (BDI) der
MBT-Gruppe (n=32) 8 Monate später (Katamnese)





Forschungsprojekt:

Wirksamkeitsstudie
der achtsamkeitsbasierten
tagesklinischen Behandlung
akuter Depression in der
Tagesklinik für Stressmedizin
Asklepios Klinikum Harburg

Ein Kooperationsprojekt von:



Gefördert durch interne
Forschungsmittel der:



Veränderungen in der Arbeitsfähigkeit

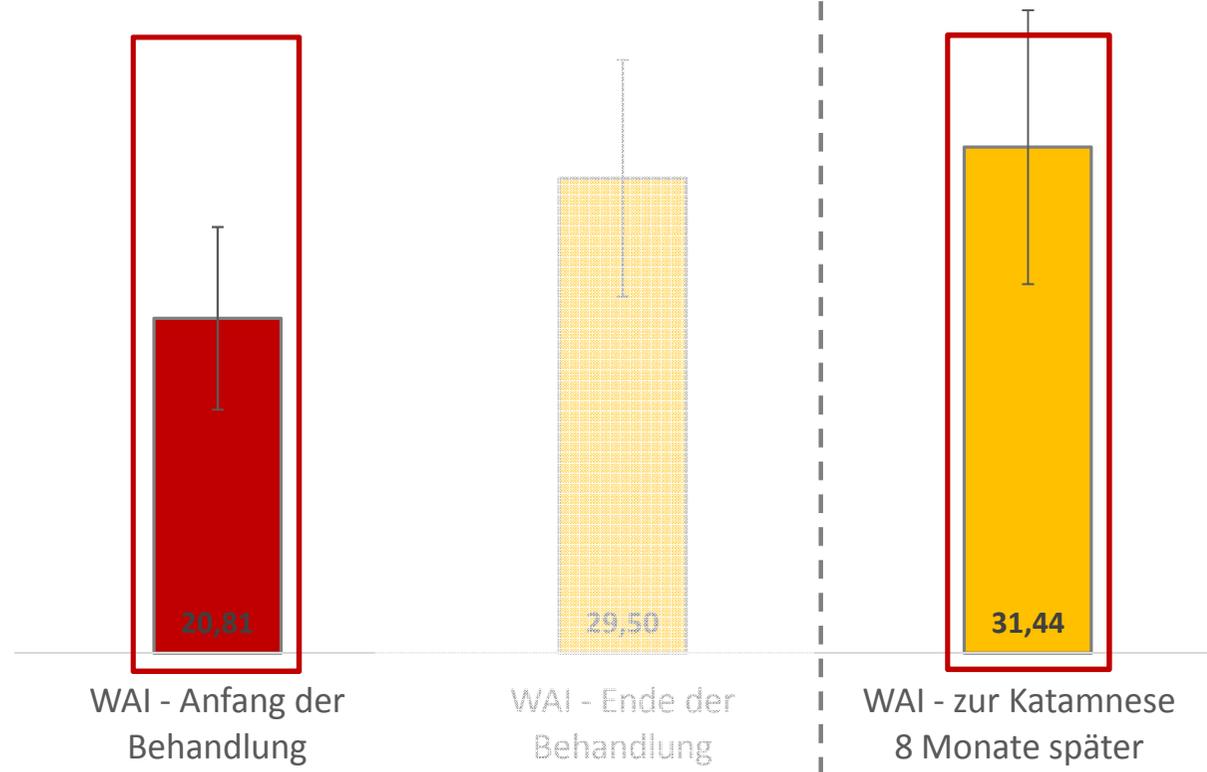
Mittelwerte und Streuung der Arbeitsfähigkeit (WAI) der MBT-Gruppe (n=32) 8 Monate später (Katamnese)

WAI-Kategorien:

Kritisch: 7-27

Mäßig: 28-36

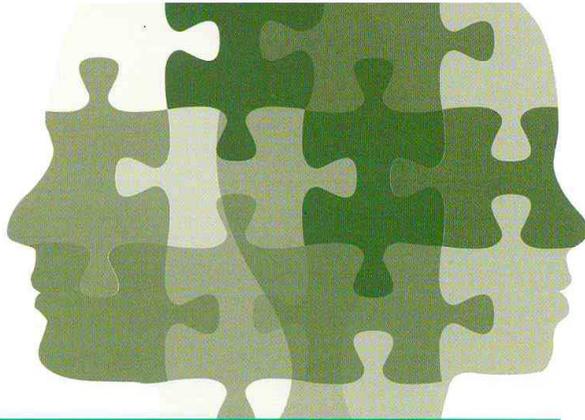
*Prä-Post-
Effektstärke*
p = .000
d = -1.17





Forschungspro

Wirksamkeits-
der achtsamke-
tagesklinischer
akuter Depress
Tagesklinik für
Asklepios Klini



Sprechstunde Arbeit und Beruf – Return to work

- Sie stehen im Berufsleben und sind psychisch erkrankt?
- Ihre Erkrankung gefährdet Ihren Beruf?
- Sie wollen oder müssen Kontakt zu Ihrem Arbeitgeber aufnehmen und es gibt Unsicherheiten diesbezüglich?
- Ihr Arbeitgeber hat sich bei Ihnen gemeldet und Sie wissen (noch) nicht, wie Sie reagieren sollen?

Jede psychische Krise kann als eine Bedrohung für Ihre Berufstätigkeit wahrgenommen werden oder sich zu einer solchen entwickeln. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile einer der häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeiten und frühzeitige Berentungen. Die rechtzeitige Klärung Ihrer beruflichen Situation kann einen wichtigen Teil zum Genesungsprozess beitragen, Ihre Arbeitssituation sichern und einer erneuten Krise vorzubeugen helfen.

Je früher Sie sich damit auseinandersetzen, wie Sie den Kontakt zu Ihrem Arbeitgeber gestalten können und wollen, desto besser vorbereitet sind Sie auf die Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz. Wir bieten Ihnen ein neutrales Angebot, sich frühzeitig mit Ihren Fragen zum beruflichen (Wieder-)Einstieg auseinanderzusetzen und möglichst gut vorbereitet zu sein. Wir entwickeln gemeinsam Ihren persönlichen Plan, wie Sie den Wiedereinstieg gestalten können.

 **ASKLEPIOS**
Klinikum Harburg

Selbstverständlich unterliegt auch dieses Angebot unseres Klinikums der Schweigepflicht. Sie bestimmen, ob und wie die Ergebnisse der Gespräche weiter verwendet werden. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit, Gespräche mit dem Arbeitgeber konkret vorzubereiten und Sie dabei zu begleiten. Wir entwickeln gemeinsam Lösungsideen für Ihren Wiedereinstieg, identifizieren die für den Prozess entscheidenden Personen und geben Ihnen so die Möglichkeit, sich optimal auf die Rückkehr in Arbeit vorzubereiten.

Wenden Sie sich an uns für:

- Neutrale Beratung
- Informationen zum Wiedereinstieg in den Beruf und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)
- Begleitung bei der Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber
- Orientierung bzgl. Rehabilitationsmöglichkeiten
- Orientierung bzgl. Beratungsmöglichkeiten

Adresse

Asklepios Klinikum Harburg

Zentrum für seelische Gesundheit
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Ole Schumacher – Disability Manager (CDMP)
Tel. (0 40) 18 18-86 32 11, E-Mail: ja.schumacher@asklepios.com
Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg
www.asklepios.com/harburg

285258-16-27818-08-15



© Grafikus, Michael Biron (13)

Ein Kooperation



Gefördert durch
Forschungsmitt



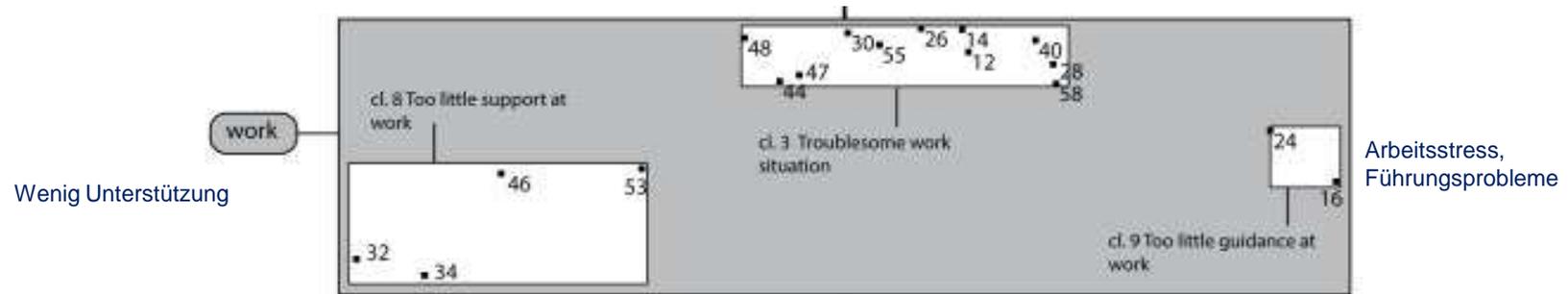
Zweites Ziel: Return to work

Bestandsaufnahme: Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychiatrischer Behandlung

- „Viele Patienten halten die Arbeitssituation für einen Auslöser ihrer aktuellen Krankheitsepisode.“
- „Die Rückkehr ist für viele Patienten angstbesetzt.“
- Ein Großteil der Patienten fühlt sich den fachlichen Anforderungen gewachsen, von der Arbeitsmenge eher überfordert. Die aktuelle Leistungsfähigkeit sollte möglichst valide eingeschätzt werden.
- Zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz spielen eine große Rolle und Konfliktlösungen können in vorbereitenden Trainingsprogrammen im Rollenspiel geübt werden.
- Rückkehrgespräche, eine geplante Wiedereingliederung und ein geordnetes BEM Verfahren finden noch zu selten statt, feste **Ansprechpartner** fehlen.

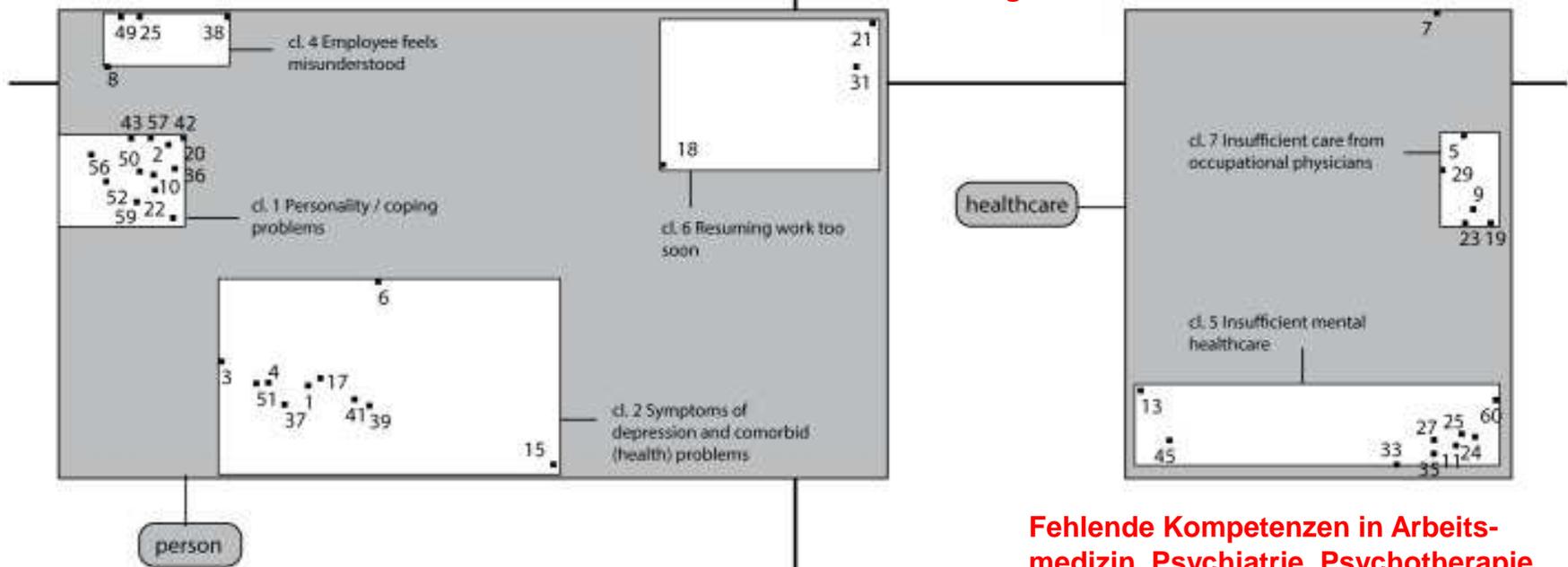
nach: Mernyi L et al. Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär psychiatrisch behandelten Patienten. Psych Prax

Was erschwert die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Depressionen?



Beschäftigte fühlt sich unverstanden, zu frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz

Gesundheitssystem, IV und Versorgung durch Facharzt/Psychotherapeut verlängert die AU?



Persönlichkeit; Symptome der Erkrankung, Komorbidität, Coping-Defizite

Fehlende Kompetenzen in Arbeitsmedizin, Psychiatrie, Psychotherapie

Perceived **Impeding Factors** for Return-to-Work after Long-Term Sickness Absence Due to Major Depressive Disorder:

Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Je besser die Versorgung depressiver Patienten (zum Beispiel Integrierte Versorgung) und wenn Fachärzte in die Versorgung mit einbezogen werden – oder je intensiver RTW Maßnahmen bei Patienten mit geringer Gesundheitssorge desto länger ist die Arbeitsunfähigkeit nach einigen Studien.

(z.B. Lötters et al, J Occup Rehabil 2011,21,304-312, Momsen et al, BMC Public Health 2016, 16,1149 DOI 10.1186/s12889-016-3812-4)

Aber: je länger die Arbeitsunfähigkeit desto schlechter ist die Arbeitsprognose.

Was ist der richtige Zeitpunkt?

Was erleichtert die Rückkehr an den Arbeitsplatz?

- Frühe Intervention in den ersten 6 Wochen
- Multidisziplinärer Ansatz, Kooperation Gesundheitssystem und Betrieb
- Zeitlich abgestimmter Rehabilitationsplan mit Kontakt zum Arbeitsplatz
- Klare Zielgruppenbestimmung

„Particularly contact with the employer/workplace resulted in improved RTW after 12 month follow up“.

Hoefsmit et al, J occup Rehabil 2012, (22) 462-477

- **„RTW effort sufficiency is largely determined by the relationship between employer and employee“.**

Muijzer et al, J occup Rehabil 2011, (21), 513-519

Wirksamkeit von Return to work Interventionen

- Die Kombination von klinischen und arbeitsbezogenen Maßnahmen führt zu den besten RTW Ergebnissen.
- RTW Maßnahmen, die direkt im Betrieb durchgeführt werden, sind bei Muskel-Skelett-Erkrankungen wirksamer als Maßnahmen im klinischen Setting.
- Der RTW Prozess sollte schon in der Genesungsphase außerhalb des Betriebs beginnen, der richtige Zeitpunkt für die einzelnen Maßnahmen oder Stufen und ein individueller Plan sind wichtig.
- Eine individuelle Evaluation des Plan erfordert oft mehr Zeit als gedacht.
- Voraussetzung ist eine gute und engmaschige Kooperation aller beteiligten Akteure und die Unterstützung durch Familie, Kollegen und Vorgesetzte.
- Alle untersuchten Maßnahmen führen zu einer schnelleren und erfolgreicherem Rückkehr an den Arbeitsplatz und zur Reduktion von AU-Tagen, eine höhere Rückkehrquote wird nicht erreicht.

zusammengefaßt nach Weikert et al, BAUA. 2017

„Wiedereingliederung beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit!“

- Arbeit und RTW als fester Bestandteil des Entlassmanagements
- Strukturierte Arbeitsanamnese zu Beginn der Behandlung
- Arbeitsplatzbezogene Elemente in der psychotherapeutische Behandlung
- Therapeuten müssen über BGM informiert sein
- *Spätestens ab Mitte der Behandlung konkret Wiedereingliederung „anstossen“ und „planen“*
- Sprechstunde „Arbeit und Beruf – Return to work“, zum Beispiel durch Disability Manager
- *Geplanter Ablauf der Wiedereingliederung*: optimaler Wiedereinstieg im Rahmen einer gestuften Wiedereingliederung 14-28 Tage nach Entlassung aus der (teil-)stationären Behandlung (Prozess)
- *Systemische Koorientierung Patient – Psychiater – RTW Coach* in der Vernetzung zwischen Versorgungssystem und Betrieb (Stegmann et al, 2014)

„Return to work“ als Verständigungs- und Abstimmungsprozess

Vertrauen ist die Voraussetzung für den RTW Prozess: Selbstvertrauen, Vertrauen in die Beteiligten, Vertrauen in den Prozess (Peter Loos et al, BAUA, 2015)

Vertrauen und Koordination zwischen RTW Coach im Betrieb (z.B. Betriebsarzt), Patient/Mitarbeiter und Psychiater, um das richtige Vorgehen zu finden und einen Wiedereingliederungsplan zu erstellen

Gefahr der Stigmatisierung als 2. Krankheit und der persönlichen Schuld-/Schamfalle

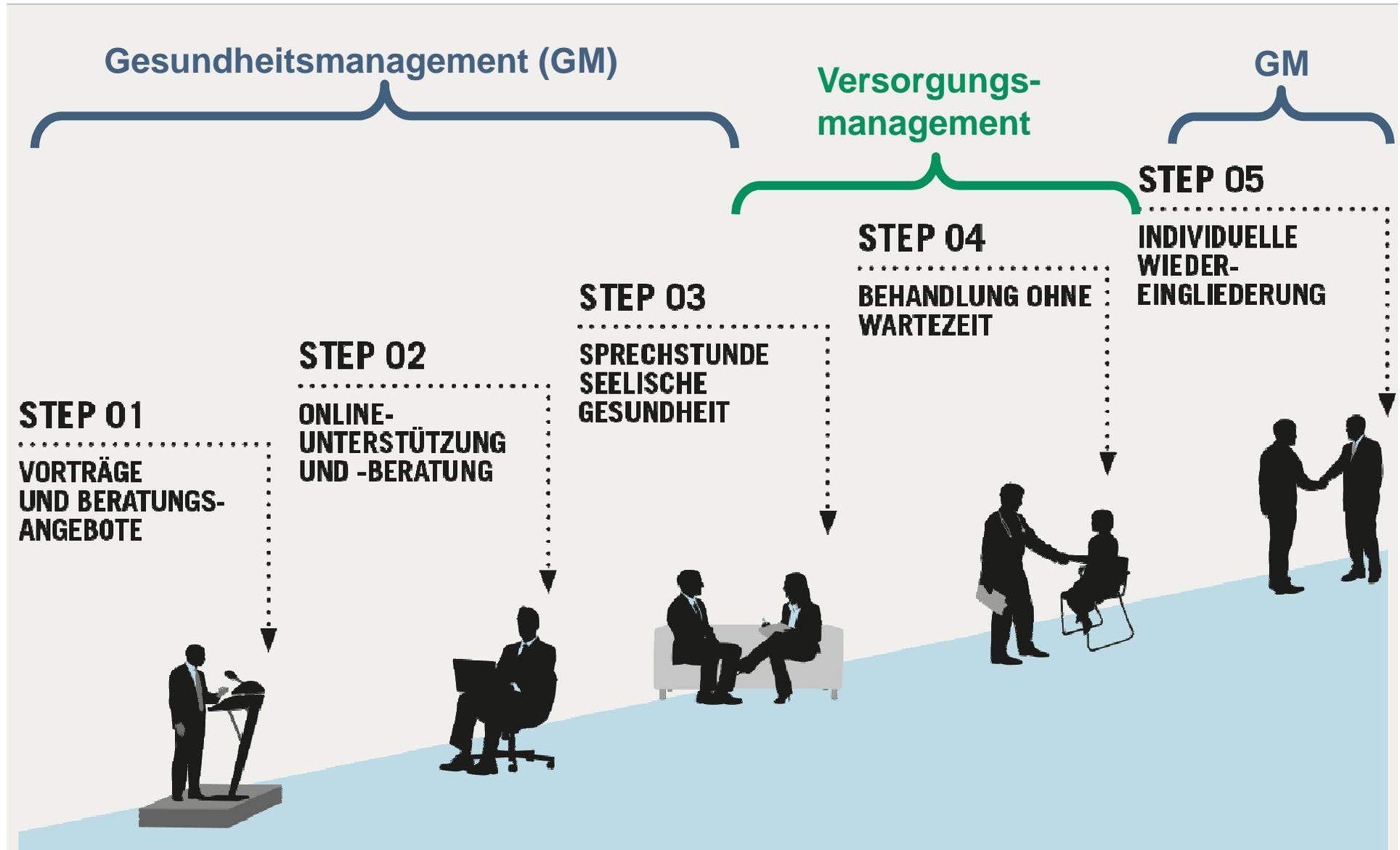
Individualität des Einzelfalls: **nicht die Diagnose sondern die Auswirkungen der Krise/Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit** und die vorhandenen Ressourcen/Lösungsmöglichkeiten sind entscheidend

Und die Kosten?

Evans-Lacko et al Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace European Neuropsychopharmacology 2016,26, 1004-1013

Screening am Arbeitsplatz und Behandlungskosten der Depression sind für den Arbeitgeber und die Gesellschaft kosteneffektiv, gerade durch Reduktion von verminderten Präsentismus.

Asklepios Connecting Health: Zwei Säulen – fünf Stufen der Kooperation



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

h.unger@asklepios.com

