

Aus dem LVR-Klinikum Düsseldorf  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Eva Meisenzahl-Lechner

Rückkehr an den Arbeitsplatz nach depressiver Erkrankung -  
Evaluation einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie eines  
betriebsnahen integrierten Versorgungsmodells

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
Alina Kristin Reifferscheid

2019

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. Birgit Janssen

Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter Angerer

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Reifferscheid, A., Wege, N., Riesbeck, M., & Janssen, B. (2018). Rückkehr an den Arbeitsplatz nach depressiver Erkrankung-Evaluation einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie eines betriebsnahen integrierten Versorgungsmodells. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*. DOI: 10.1055/s-0043-124593, PMID: 30125910.

## Zusammenfassung:

Hintergrund und Zielsetzung: Depressionen treten in der deutschen Bevölkerung mit einer Lebenszeitprävalenz von 18% auf. Trotz der großen Zahl der Betroffenen stehen gegenwärtig zu wenige adäquate Behandlungsplätze zur Verfügung, wodurch Wartezeiten von mehreren Monaten entstehen. Dies ist mit langen Krankheitsverläufen und Arbeitsunfähigkeitszeiten verbunden. Die betriebsnahe integrierte Versorgung (IGV) ist eine Kooperation zwischen einem Betrieb und einer externen Versorgungseinrichtung. Sie bietet Mitarbeitern mit Depressionen eine frühe Erkennung der Erkrankung und einen frühen Therapiezugang sowie Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Evaluation des IGV-Modells im Vergleich zur Regelversorgung. Methodik: In einer retrospektiven Datenanalyse wurden 64 Patienten der IGV mit 64 Patienten der Regelversorgung verglichen, die an Depressionen litten. Eine Parallelisierung erfolgte anhand von Diagnose, Alter und Geschlecht. Das IGV-Modell wurde primär anhand der Rückkehr zur Arbeit evaluiert. Ergebnisse: In der IGV-Gruppe kehrten die Patienten häufiger an ihren Arbeitsplatz zurück (Odds Ratio 11,9;  $p < 0,001$ ). Ebenso kehrten sie 91,2 Tage früher ( $p = 0,010$ ) an den Arbeitsplatz zurück als die Patienten in der Gruppe der Regelversorgung. Es konnten keine signifikanten Effekte der IGV auf den stationären Aufenthalt und auf die Behandlungsdauer nachgewiesen werden. Schlussfolgerung: Modelle der betriebsnahen integrierten Versorgung bei Patienten mit Depressionen könnten die Rückkehr an den Arbeitsplatz verbessern. Dies würde einen Gewinn für den Mitarbeiter und das Unternehmen darstellen. Gegebenenfalls könnten auch Kostenträger im Gesundheitswesen profitieren. Dies kann Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen sein.

## Abstract:

Background and objective: In the German population, depression is a common disorder with a lifetime prevalence of 18%. Despite the high number of affected people suffering, there are not enough treatment places. This leads to waiting times of several months and long durations of sick leave. Operational integrated care (IC) is a cooperation between a company and an external clinic. It offers employees with depression an early recognition of the disorder, early access to treatment and support in returning to work. The aim of the study was to evaluate the integrated care model in comparison to care as usual (CAU). Method: A retrospective data analysis compared 64 IC patients who were treated for depression in a psychiatric outpatient clinic with 64 CAU patients who were treated for depression in the same clinic. The groups were parallelized according to diagnosis, age and gender. The IC-model was primarily evaluated with respect to return to work. Results: In the IC-group, patients returned to work more often (Odds Ratio 11.9;  $p < 0.001$ ). They returned to work 91.2 days earlier ( $p = 0.010$ ) than patients in the control group. There were no significant effects of IC on inpatient stays and duration of treatment. Conclusion: Models of operational integrated care for patients with depression could improve return to work. This would be a win-win for the employee and the company. If cost units in healthcare could also benefit needs to be investigated in further research.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AU</b>	Arbeitsunfähigkeit
<b>DALY</b>	<i>Disability Adjusted Life Year</i>
<b>IGV</b>	Integrierte Versorgung
<b>QALY</b>	<i>Quality Adjusted Life Year</i>
<b>RTW</b>	<i>Return-to-work</i>

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Depressionen.....	2
1.1.1. Prävalenz und Krankheitslast.....	2
1.1.2 Behandlung .....	6
1.1.3 Gesellschaftliche Kosten und Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit. 7	
1.2 Versorgungssituation bei depressiven Erkrankungen.....	11
1.2.1 Defizite beim Zugang zur Behandlung .....	11
1.2.2 Ungenutzte Potentiale im betrieblichen Kontext.....	14
1.3 Forschungsstand zu Projekten der integrierten Versorgung bei Depressionen.....	16
1.3.1 Internationale Beispiele der integrierten Versorgung .....	16
1.3.2 Nationale integrierte Versorgungsansätze für Depression .....	18
1.4 Ethikvotum .....	20
1.5 Ziele der Arbeit .....	20
2. Rückkehr an den Arbeitsplatz nach depressiver Erkrankung - Evaluation einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie eines betriebsnahen integrierten Versorgungsmodells. Reifferscheid, A., Wege, N., Riesbeck, M., Janssen, B., Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2018. ....	22
3. Diskussion .....	23
3.1 Hauptergebnisse.....	23
3.2 Einordnung der Ergebnisse in die Literatur.....	23
3.2.1 Rückkehr zur Arbeit.....	23
3.2.2 Stationärer Aufenthalt.....	24
3.2.3 Behandlungsdauer .....	25
3.3 Limitationen .....	25
3.4 Schlussfolgerungen .....	28
4. Literaturverzeichnis .....	30

# 1. Einleitung

Allgemein haben psychische Erkrankungen aufgrund hoher Fallzahlsteigerungen in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung zugenommen (Kowitz et al. 2014). Das ist u.a. daran abzulesen, dass die Arbeitsunfähigkeiten, die durch psychische Störungen bedingt sind, zunehmen (Lademann et al. 2006). Ebenso steigen die Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen an (Berger et al. 2012). Neben dem persönlichen Leid der Betroffenen haben diese Entwicklungen auch ökonomische Bedeutung im Sinne vermehrter Behandlungskosten und Produktivitätsverlusten. Hier besteht ein dringender Handlungsbedarf, denn mittlerweile befindet sich fast jeder fünfte Arbeitnehmer in einem schlechten psychischen Zustand (Rixgens und Badura 2012). Eine rechtzeitige Diagnostik und Therapie könnten diese Zahlen reduzieren.

Unter den psychischen Erkrankungen sind vor allem depressive Störungen bedeutsam - gegenwärtig durchleben ca. 18% der Deutschen im Laufe ihres Lebens mindestens eine depressive Episode (Härter und Bermejo 2005). Allerdings stehen dieser großen Zahl behandlungsbedürftiger Patienten gegenwärtig viel zu wenige Therapieplätze gegenüber. Gerade im ambulanten Behandlungsbereich entstehen für die Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel Wartezeiten von mehreren Monaten (Walendzik et al. 2011). Die Verzögerung des Behandlungsbeginns wirkt sich ungünstig auf die Symptome aus und kann zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen (Huckert et al. 2012). Während es bei ausbleibender Behandlung zu sechs- bis achtmonatigen Episoden kommen kann, können diese bei angemessener Therapie auf 16 Wochen gesenkt werden (DGPPN et al. 2015; Härter und Bermejo 2005). Insofern ist der Zeitpunkt des Beginns der Therapie ein entscheidender Erfolgsfaktor bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. Zugespitzt kann man also festhalten, dass die Patienten zu dem Zeitpunkt, an dem sie heute im Regelfall das Erstgespräch haben, bei einem zeitnahen Behandlungszugang bereits ihre depressive Episode überwunden haben könnten.

Zudem gibt es zahlreiche ungenutzte Potentiale an verschiedenen Schnittstellen. Gerade bei der Erkennung psychischer Erkrankungen wie auch bei der Rückkehr

an den Arbeitsplatz wäre eine Zusammenarbeit zwischen Betrieb und Versorgungseinrichtungen vorteilhaft. Insgesamt bieten sich bei der Früherkennung im betrieblichen Kontext sowie bei einer integrativen Herangehensweise große Potentiale für eine konkrete Verbesserung der Versorgung. Dennoch werden diese Möglichkeiten nicht genutzt, da keine ausreichende Kooperation zwischen Psychiater und Betrieb stattfindet (Rothermund et al. 2018).

Hier bietet das integrierte Versorgungsmodell (IGV) Hoffnung auf Besserung. Der integrierte Versorgungsvertrag zielt darauf ab, für die im Programm eingeschriebenen Patienten eine zeitnahe Behandlungsmöglichkeit sicherzustellen. Betriebsärzte und soziale Dienste sind außerdem in der günstigen Position, erste Symptome bei Mitarbeitern zu bemerken und somit psychische Erkrankungen in einem frühen Stadium erkennen zu können. Die integrierte Versorgung sieht ebenfalls eine engere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren vor. In der IGV arbeiten Betriebsarzt und Psychiater gerade bei der Erkennung psychischer Erkrankungen und bei der Arbeitsplatzrückkehr stärker zusammen. Hierdurch sollte sich der Behandlungserfolg verbessern und gleichzeitig die Krankheitskosten und Fehlzeitentage gesenkt werden (Kissling 2008; Rothermund et al. 2014).

## **1.1 Depressionen**

### **1.1. Prävalenz und Krankheitslast**

Bei Depressionen handelt es sich um psychische Erkrankungen, bei denen der Patient unter „deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum“ leidet (DGPPN et al. 2015). Diese dauern für einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen an und können von verschiedenen Zusatzsymptomen wie z.B. verminderter Konzentrationsfähigkeit oder Schlafstörungen begleitet sein.

Depressive Störungen können nach unterschiedlichen Kriterien klassifiziert werden. Bei der syndromalen Klassifikation der Depressionen sind unipolare depressive Störungen von den bipolaren Störungen und der Zylothymie zu unterscheiden.

Nach Schweregrad kann man zwischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) und schweren (F32.2) Depressionen differenzieren. Bei der Klassifikation nach Dauer und Verlauf ist ein Andauern der Symptome über mindestens zwei Wochen zur Diagnosestellung erforderlich. Depressive Episoden können dabei remittieren oder chronisch ablaufen (DGPPN et al. 2015).

Die Inanspruchnahme der Versorgung psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren zugenommen (Kowitz et al. 2014). Stoppes et al. Bezeichnung der Depression als Volkskrankheit lässt die aktuelle Bedeutung erkennen (Stoppe et al. 2006). In Deutschland wie auch im Ausland beträgt die Lebenszeitprävalenz, also das Risiko im Laufe des Lebens an Depressionen zu erkranken, 16-20% (DGPPN et al. 2015). In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) mit dem Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) wurde über eine 12-Monatsprävalenz der unipolaren Depression von 8,2% in Deutschland berichtet (Jacobi et al. 2016). Eine neuere Studie des Robert-Koch-Instituts geht sogar von einer Prävalenz von 10,1% aus (Bretschneider et al. 2017).

Die Depression ist eine chronische Erkrankung. Mindestens die Hälfte der Patienten mit Depressionen erleidet im Laufe ihres Lebens mindestens eine weitere depressive Episode (DGPPN et al. 2015). Greden schätzt den Anteil sogar noch höher ein mit 75-90% an Patienten mit multiplen Episoden (Greden 2001). Die durchschnittliche Anzahl der Episoden bei unipolaren Depressionen beträgt dabei zwischen vier und sechs. Hierbei steigt die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs an: Nach zwei Episoden werden die Patienten zu 70% wiedererkranken, nach drei Episoden werden sie sogar mit 90%iger Wahrscheinlichkeit eine erneute Episode erleiden (DGPPN et al. 2015). Mit jeder Episode kann die Krankheitsschwere zunehmen, v.a. wenn keine adäquate Behandlung erfolgt. Mit jeder neu auftretenden Episode wird außerdem das Intervall zwischen den Episoden kürzer. Greden führt dafür den Begriff der „cycle acceleration“ an (Greden 2001). Bei fehlender Behandlung ist auch die Dauer der Episoden wesentlich länger: Durchschnittlich dauern sie sechs bis acht Monate an. Bei Behandlung ist eine erhebliche Reduktion dieser Zeiten auf 16 Wochen möglich (DGPPN et al. 2015). In einer Studie von Spijker et. al. waren 76% der Probanden innerhalb von 12 Monaten remittiert. Aber an die 20% waren selbst nach 24 Monaten noch nicht

wieder gesund (Spijker et al. 2002). Die Prognose der depressiven Störung verschlechtert sich zudem bei Vorliegen einer Komorbidität (DGPPN et al. 2015).

Die Bedeutung von Depressionen und die damit verbundene Lebensbeeinträchtigung sind mit der WHO „Global Burden of Disease“ Studie Ende des 20. Jahrhunderts in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Die Studie misst in *Disability Adjusted Life Years* (DALYs): Sie beschreiben die Lebensjahre, die durch verfrühten Tod oder durch Behinderung verloren gehen (Murray und Lopez 1996). Nach einer Studie von Üstün et. al. machten unipolare Depressionen 6,1% der DALYs in Europa im Jahr 2000 aus (Üstün et al. 2004). Depressionen nehmen nunmehr Platz eins der Erkrankungen mit der größten Beeinträchtigung (*disability*) ein (World Health Organization 2017; Wittchen et al. 2011). In einer Prognose von Mathers und Loncar für das Jahr 2030 werden Depressionen auch weltweit Rang zwei der Ursachen für die größte Krankheitslast einnehmen. In Ländern mit hohem Einkommen werden sie an erster Stelle stehen und ca. 10% der gesamten DALYs ausmachen (Mathers und Loncar 2006). Misst man die Krankheitslast in Verlust qualitätsadjustierter Lebensjahre (QALYs), so sind die Zahlen bei Depressionen hier ebenfalls enorm: In Deutschland verursachen sie einen Verlust von 144 886 bis 403 373 QALYs jährlich (Günther et al. 2007). Depressionen verursachen bei fast einem Drittel der Patienten eine erhebliche psychosoziale Behinderung – im Vergleich ca. dreimal häufiger als chronische somatische Krankheiten dies tun (Kühn et al. 2002).

Es zeigt sich außerdem eine Häufung von Suiziden bei Patienten mit depressiven Erkrankungen (World Health Organization 2017). So geschehen ca. 60% aller Suizide vor dem Hintergrund einer Depression (König et al. 2010). Durchschnittlich sterben 15% der Patienten mit Depressionen durch Selbsttötung. Angst et al. vermuten, dass dies allerdings nur auf die Gruppe der stationär behandelten Patienten zutrifft (Angst et al. 1999).

Bei Depression sind oftmals noch weitere Erkrankungen im Sinne einer Komorbidität vorhanden. Psychische Erkrankungen, v.a. Depressionen, treten gehäuft in Zusammenhang mit chronischen somatischen Erkrankungen auf (Chapman et al. 2005). Depressive Störungen können das Risiko für

Herzerkrankungen erhöhen (Wulsin und Singal 2003; Heßlinger et al. 2002; Rugulies 2002). Hierbei ist das Mortalitätsrisiko v.a. aufgrund von Schlaganfall und Herzinsuffizienz gesteigert (Kamphuis et al. 2006). Auch bei Patienten mit bereits bestehender koronarer Herzerkrankung erhöhen Depressionen das Mortalitätsrisiko (Barth et al. 2004). Ebenso treten in umgekehrtem Zusammenhang bei Patienten mit Muskel- oder Skeletterkrankungen sowie kardiovaskulären Erkrankungen häufig Depressionen auf (Härter et al. 2002). In einer Studie wurde bei Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen eine erhöhte Prävalenz der Depression von 28,5% festgestellt (Filipčić et al. 2007). Bei gleichzeitigem Bestehen einer psychischen Störung und einer körperlichen Erkrankung ist die Wahrscheinlichkeit für eine Arbeitsunfähigkeit dabei deutlich erhöht (Dewa et al. 2007). Auch wirkt sich eine Komorbidität negativ auf die Rückkehr zur Arbeit aus (Ervasti et al. 2017). Bei gleichzeitigem Vorliegen von Depression und Diabetes mellitus ist das Mortalitätsrisiko mehr als dreimal höher als bei Patienten ohne diese Erkrankungen (Pan et al. 2011).

Patienten mit Depression weisen zudem häufiger auch andere psychische Störungen auf. In einer Studie von Rush et al. wurde bei 61,8% der depressiven Patienten mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt. 20,2% litten sogar an drei weiteren psychiatrischen Erkrankungen (Rush et al. 2005). Eine deutsche Studie von Jacobi et al. zeigte sehr ähnliche Ergebnisse: Eine Komorbidität wurde bei 60,7% der depressiven Patienten beobachtet, 24,1% der Patienten hatten drei weitere psychiatrische Diagnosen (Jacobi et al. 2004). Häufig treten Angst- und depressive Erkrankungen zusammen auf (Wittchen und Jacobi 2012). Eine Studie zur Häufigkeit von Angststörungen bei ambulant behandelten Patienten mit Depressionen ergab, dass in der Stichprobe mehr als die Hälfte der Patienten auch die Kriterien einer Angststörung erfüllten (Zimmerman et al. 2000). Ebenso zeigen sich bei Depressionen Komorbiditäten mit Substanzmittelabhängigkeiten. Bezogen auf die Lebenszeit wiesen 40,3% der Patienten mit Depressionen einen Alkoholmissbrauch auf, 17,2% einen Medikamenten/-Drogenmissbrauch und 30,0% eine Nikotinabhängigkeit (Hasin et al. 2005). Depressive Patienten mit Komorbidität zeigen ungünstigere Krankheitsverläufe (Fichter et al. 2010). Auch haben sie ein erhöhtes Suizidrisiko

im Vergleich zu Patienten mit nur einer Diagnose (Davidson und Meltzer-Brody 1999; Angst et al. 1999).

### **1.1.2 Behandlung**

In den S3-Leitlinien / Nationalen Versorgungsleitlinien zur unipolaren Depression sind Behandlungsempfehlungen festgehalten (DGPPN et al. 2015). Kurzfristig kann sich die depressive Symptomatik ohne Behandlung zwar um 10-15% verringern (Posternak und Miller 2001), jedoch ist eine effektive Therapie aufgrund von verlängerter Episodendauer und erhöhtem Chronifizierungsrisiko bei fehlender Behandlung unabdingbar.

Leichte und mittelgradige Depressionen werden meist ambulant versorgt. Die Patienten werden dabei wesentlich öfter durch Haus- als durch Fachärzte behandelt (Cibis et al. 2008). Die Art der Behandlung hängt unter anderem von der Schwere der Symptomatik und dem Verlauf der Krankheit ab (Wittchen et al. 2010). Bermejo et al. untersuchten, ob eine leitlinienorientierte Behandlung in der ambulanten Versorgung von Depressionen zu besseren Ergebnissen führt. Bei der Interventionsgruppe kam es zu einem verbesserten Verlauf der Patienten, jedoch war dieser Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant (Bermejo et al. 2009).

Eine stationäre Behandlung von Patienten mit Depression ist dann angezeigt, wenn Suizidgedanken oder psychotische Symptome auftreten. Auch bei schwerem oder chronischem Verlauf der Depression kommt ein stationärer Aufenthalt in Frage (Melchior et al. 2014). Im Durchschnitt dauert der stationäre Aufenthalt bei depressiven Störungen 50 Tage an (Paulzen et al. 2013). Nach einer Studie zu regionalen Versorgungsunterschieden war die Fallzahl von Patienten mit depressiven Erkrankungen, die stationär behandelt wurden, in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2009 besonders hoch – fast doppelt so hoch wie etwa in Sachsen. Allgemein ist die Zahl der Fälle stationärer Behandlung zwischen 2001 und 2009 in Deutschland um 67% gestiegen, in NRW waren es sogar 90%. Die Behandlungsdauer ist dabei konstant geblieben. Die Autoren vermuten, dass die Gründe unter anderem darin liegen, wie gut das ambulante Versorgungsnetz ist.

Bei mangelnden ambulanten Möglichkeiten werde eher das Krankenhaus aufgesucht (Nolting et al. 2011). Stationäre Aufenthalte sind ebenso von besonderer ökonomischer Bedeutung: Sie verursachen den größten Anteil der direkten Kosten der Depressionen (Krauth et al. 2014). Es stellt sich die Frage, ob durch eine verbesserte Versorgung der Patienten ein kritischer Verlauf vermieden werden könnte und sich somit die Anzahl an Klinikeinweisungen reduzieren ließe. Dies hätte auch positive Auswirkungen auf die Versorgungskosten, da stationäre Aufenthalte besonders kostenintensiv sind (Krauth et al. 2014).

### **1.1.3 Gesellschaftliche Kosten und Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit**

Die Notwendigkeit einer frühzeitigen und effektiven Therapie der Depressionen ist nicht nur wegen der Leidensminderung der Patienten geboten, sondern auch aufgrund der gesellschaftlichen Kosten gegeben. Psychische Erkrankungen verursachten im Jahr 2008 11% der gesamten Krankheitskosten in Deutschland (Statistisches Bundesamt). Die Kostenschätzungen kommen hierbei zu unterschiedlichen Ergebnissen. Der Gesundheitsbericht des Bundes schätzt die Krankheitskosten für Depressionen für das Jahr 2002 auf vier Milliarden Euro ein (Robert-Koch-Institut 2006). Das statistische Bundesamt gibt die Kosten für das Jahr 2015 mit 8,7 Millionen Euro an (Statistisches Bundesamt). Andere berechnen noch weit höhere gesellschaftliche Kosten von 15,6 Billionen Euro pro Jahr (Krauth et al. 2014). Depressionen haben erhebliche Auswirkungen auf die Beschäftigung, gerade „aufgrund ihres früheren Auftretens während der Lebenszeit und ihrem oft chronisch-rezidivierenden Verlauf“ (Wedegärtner et al. 2007). Bei Komorbidität sind die Kosten noch höher, je nach Klinik bis zu fast 50% (Chisholm et al. 2003). Dabei zeigen die Betroffenen für die Wiederherstellung ihrer Gesundheit durchaus eine hohe Zahlungsbereitschaft (Günther et al. 2007). Bei der Kostenanalyse ist zwischen direkten (Behandlungskosten) und indirekten Kosten (Kosten durch Produktivitätsausfälle) zu differenzieren. In Deutschland kostet die Behandlung eines depressiven Patienten nach Friemel et al. 686€ pro Jahr, Krauth et al. schätzen die Kosten sogar auf 2750€ (Friemel et al. 2005; Krauth et al. 2014).

König et al. gehen davon aus, dass die indirekten Kosten der Depression die direkten Kosten noch bei weitem übersteigen (König et al. 2010). Eine

amerikanische Analyse der Kosten der Depression bestätigt diese Einschätzung: Im Jahr 2000 machten Produktivitätsverluste (durch Fehltage und Präsentismus) einen Großteil der Kosten (62%) aus. Im Vergleich dazu betrug der finanzielle Aufwand für medizinische Maßnahmen nur ca. ein Drittel (31%) der Gesamtkosten (Greenberg et al. 2003). Andere Autoren geben die indirekten Kosten jedoch nur mit ca. einem Drittel der Gesamtkosten an (Krauth et al. 2014). Depressionen treten meist im mittleren und höheren Lebensalter auf und somit, wie Stoppe et al. bemerken, in einem Alter mit der höchsten Produktivität (Stoppe et al. 2006). Das Statistische Bundesamt berichtet für das Jahr 2008 über 763.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre durch psychische Erkrankungen. Sie machen mit 18% einen erheblichen Anteil der gesamten verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre aus. Unter den psychischen Erkrankungen sind wiederum 28% durch Depressionen (F32-34) bedingt; sie verursachten 2008 210.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre (Statistisches Bundesamt 2010).

Allgemein sind psychische Erkrankungen mit höheren Arbeitsfehlzeiten verbunden (Savikko et al. 2001; Hendriks et al. 2015; Peter et al. 2015). Gerade bei depressiven Störungen ist die Arbeitsleistung der Betroffenen stark gemindert (Berndt et al. 1998; Adler et al. 2006; Kessler et al. 2008; Beck et al. 2011). Häufig ist die Leistungsfähigkeit so weit eingeschränkt, dass die Patienten arbeitsunfähig werden. Bei Depressionen ist das Risiko, arbeitsunfähig zu werden, im Vergleich zu Gesunden fast fünffach erhöht (Broadhead et al. 1990). Im Vergleich zu somatischen Krankheiten sind psychische Störungen für ca. die doppelte Zahl der AU-Fälle verantwortlich. Auch sind die AU-Zeiten wesentlich länger als bei Patienten mit somatischen Erkrankungen (Linden und Weidner 2005; Bundespsychotherapeutenkammer 2015). Der Trend steigender psychischer Erkrankungen bringt somit auch steigende Arbeitsunfähigkeiten mit sich (Unger 2007; Lademann et al. 2006). Die Jahresberichte verschiedener Krankenkassen bestätigen diese Entwicklung.

Die Daten mehrerer Krankenkassen verzeichnen eine Zunahme der Fehltage durch psychische Erkrankungen (IGES Institut GmbH 2014; Grobe 2014; BKK Dachverband e.V. 2013). Zwischen 1976 und 2012 haben sie sich sogar mehr als verfünffacht (BKK Dachverband e.V. 2013). Insgesamt gehören psychische

Erkrankungen bei der DAK zu den drei Erkrankungen mit dem größten Teil der Arbeitsunfähigkeitstage (IGES Institut GmbH 2014). Im Bericht des BKK-Dachverbandes haben psychische Störungen die längsten Fehlzeiten (Kliner et al. 2017). Im Jahr 2013 waren bei DAK und BKK ca. 15% der AU-Tage auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (IGES Institut GmbH 2014; Kliner et al. 2015). Davon waren fast die Hälfte durch affektive Störungen bedingt (Kliner et al. 2015). Allgemein sind die meisten Fehltage innerhalb der psychischen Erkrankungen durch depressive Erkrankungen bedingt (IGES Institut GmbH 2014; Kliner et al. 2015; Grobe 2014). Sie haben eine besonders lange Falldauer: Durchschnittlich hatten Patienten mit depressiver Episode 50-58 AU-Tage, bei rezidivierender Störung sogar 68-89 AU-Tage (Kliner et al. 2015; Grobe 2014; IGES Institut GmbH 2014; DAK Gesundheit 2016).

Gerade bei depressiven Erkrankungen sind die Fehlzeiten also besonders lang. In einer niederländischen Studie betrug die durch Depressionen verursachte Fehlzeit im Mittel 200 bzw. 213 Tage bei männlichen bzw. weiblichen Patienten (Koopmans et al. 2008). Die Schwere der Symptomatik kann dabei das Risiko einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit erhöhen (Bültmann et al. 2006). Bei Ko- bzw. Multimorbidität steigt sogar der Anteil der Fehltage im Vergleich zur einzelnen Diagnose (Wittchen und Jacobi 2012). Insgesamt haben ein größerer Schweregrad der Depression und Komorbidität mit Angststörungen einen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Hees et al. 2012; Kessler et al. 2008). Interessant ist jedoch, dass eine Krankschreibung scheinbar keinen Einfluss auf die Genesung des depressiven Patienten hat. Ebenso konnten keine klaren Kriterien für eine Krankschreibung gefunden werden (Bermejo et al. 2010).

Es gibt zu bedenken, dass neben den durch Depression bedingten Fehltagen auch Produktivitätsverluste an den anderen Tagen zu beklagen sind (Stoppe et al. 2006). Die Mitarbeiter sind anwesend bei der Arbeit, aber, durch ihre psychische Erkrankung bedingt, nicht voll leistungsfähig. Neben dem Absentismus muss also auch dieser Präsentismus berücksichtigt werden (Unger 2012). Dadurch steigen wiederum auch die indirekten Kosten der Depression (König et al. 2010). Amerikanische Autoren bestätigen diese Einschätzung: Ein Großteil der Kosten

durch Produktivitätsverluste sei durch verminderte Leistungsfähigkeit während der Arbeitszeit bedingt (Stewart et al. 2003).

Auch die Frühberentungen und Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen sind angestiegen (Berger et al. 2012; Deutsche Rentenversicherung Bund 2018). Psychische Erkrankungen sind nunmehr für ein Drittel aller Frühberentungen verantwortlich. Seit 2003 sind sie „der häufigste Grund überhaupt für eine krankheitsbedingte Frühberentung“ (Robert-Koch-Institut 2006). Patienten mit psychischen Erkrankungen werden im Durchschnitt in einem jüngeren Alter berentet als jene mit anderen Erkrankungen - 2005 lag das Durchschnittsalter bei nur 47,2 Jahren (Wedegärtner et al. 2007). Gerade bei Patienten mit depressiven Erkrankungen besteht ein erhöhtes Risiko der Frühberentung (Wedegaertner et al. 2013). Bei stationär behandelten Patienten ist das Risiko besonders hoch (Relatives Risiko=3,47) (Wedegärtner et al. 2011). Frühberentungen aufgrund von Depressionen machen nunmehr ein Drittel der psychisch bedingten Frühberentungen aus (Wedegärtner et al. 2007). Auch werden Patienten mit Depressionen öfter arbeitslos im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Lerner et al. 2004).

Patienten mit depressiver Symptomatik haben eine längere Zeit bis zur Rückkehr an ihren Arbeitsplatz (Huijs et al. 2017). Bei langem Bestehen der Probleme und langer Arbeitsunfähigkeitszeit vor Inanspruchnahme von Hilfsangeboten verschlechtern sich die Chancen einer zeitnahen Rückkehr an den Arbeitsplatz (Brouwers et al. 2009; Dekkers-Sánchez et al. 2008). Mit einer Reduktion der depressiven Symptomatik geht jedoch eine erhöhte Rückkehr an den Arbeitsplatz einher (Nieuwenhuijsen et al. 2013; Vries et al. 2018). Folglich könnten durch eine effektive Therapie der Depressionen mit Besserung der Symptome auch die Wiederaufnahmeraten der Arbeit gesteigert werden.

In Anbetracht dieser weitreichenden Folgen der Depressionen ist eine Verbesserung wünschenswert und ökonomisch von Interesse. Zum Beispiel hat eine verbesserte Versorgung von Depressionen positive Auswirkungen auf Produktivität und Fehlzeiten (Rost et al. 2004). Eine Reduktion der depressiven

Symptome geht nahezu synchron mit einer Verbesserung von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistung einher (Hees et al. 2013; Adler et al. 2006; Simon et al. 2000).

Nun könnte man die Frage stellen, ob die Kosten für solch eine Therapie nicht die Kosten der Produktivitätsverluste übersteigen würden und diese sich somit - rein ökonomisch gesehen - nicht lohnen würde. Doch eine amerikanische Studie zu den kurzfristigen Auswirkungen von Depressionen auf die Arbeitsfähigkeit legte dar, dass die Kosten durch vermehrte Fehltage in etwa gleicher Größenordnung wie die Kosten für eine Depressionsbehandlung liegen (Kessler et al. 1999). Auch Donohue und Pincus kommen zu dem Schluss, dass die Behandlung von Depressionen kosteneffektiv ist (Donohue und Pincus 2007). Wang et al. gehen sogar davon aus, dass die Kosteneinsparungen (im Sinne einer verbesserten Arbeitsproduktivität) durch eine effektive Behandlung der Depression die durchschnittlichen direkten Ausgaben ausgleichen, wenn nicht übertreffen könnten (Wang et al. 2003).

## **1.2 Versorgungssituation bei depressiven Erkrankungen**

### **1.2.1 Defizite beim Zugang zur Behandlung**

Von den Patienten mit psychischen Störungen sind nur ca. ein Drittel in Kontakt mit dem Versorgungssystem (Wittchen und Jacobi 2012). Das heißt, dass bei depressiven Störungen zwei Drittel der Patienten innerhalb eines Jahres keine adäquate Versorgung erhalten (Rommel et al. 2017). Gerade bei affektiven Störungen zeigt sich oftmals eine besonders lange Zeitspanne zwischen dem Auftreten der Symptome und dem Aufsuchen von professioneller Hilfe (Mack et al. 2014): Es können Monate bis Jahre vergehen, bis die Patienten eine Behandlung aufnehmen (Dietrich et al. 2017).

Die Wartezeit auf ein Erstgespräch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung betrug 2011 noch durchschnittlich drei Monate (12,5 Wochen) (Bundespsychotherapeutenkammer 2011). Nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017 hat sich diese Zeit ungefähr halbiert auf 5,7 Wochen. Allerdings gibt es immer noch große Unterschiede zwischen den Praxen (Standardabweichung von 7,6 Wochen). Die Bundespsychotherapeutenkammer empfiehlt eine maximale Wartezeit von vier Wochen auf ein Erstgespräch

einzuhalten (Bundespsychotherapeutenkammer 2015). Dieses Ziel ist allerdings immer noch nicht erreicht. Doch auch nach einem Erstgespräch ist den Patienten nicht unbedingt ein Therapieplatz sicher: In einer Studie von Zepf et al. wurden nur 58% der gesetzlich versicherten Patienten (Primärkassen) anschließend in Behandlung genommen (Zepf et al. 2003). Auch nach der Richtlinien-Reform bekommen nur weniger als die Hälfte der Patienten (48,3%), bei denen eine Psychotherapie notwendig ist, auch einen Platz in der Praxis. Die andere Hälfte der Patienten muss sich an eine andere Praxis wenden, doch diese Weitervermittlung gestaltet sich oft sehr schwierig (Bundespsychotherapeutenkammer 2015). Problematisch ist zudem, dass nach dem Erstgespräch eine erneute Wartezeit bis zum Beginn der eigentlichen Therapie folgt. Nach Untersuchungen von Zepf et al. beträgt die Wartezeit bis zu Therapiebeginn insgesamt 4,6 Monate. Die Subgruppe der Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (Primärkassen) muss hierbei besonders lange warten: Durchschnittlich vergehen 5,6 Monate, bis sie einen ambulanten Therapieplatz erhalten (Zepf et al. 2003). Die Bundespsychotherapeutenkammer berichtet über ähnlich hohe Zahlen aus dem Jahr 2011: Bei Psychotherapeuten mit Warteliste mussten Patienten nach ihrer Anfrage ca. 6 Monate warten, bis sie die eigentliche Therapie beginnen konnten (nach dem Erstgespräch erfolgten lediglich probatorische Sitzungen) (Bundespsychotherapeutenkammer 2011). Auch 2017 haben sich diese Zahlen nur etwas verringert auf nunmehr ca. 5 Monate (Bundespsychotherapeutenkammer 2015). Die Bundespsychotherapeutenkammer erwartet für die Zukunft eine noch weiter zunehmende Nachfrage. Die Patientenfragen in Psychotherapiepraxen steigen schon jetzt (Bundespsychotherapeutenkammer 2015).

In ländlichen Regionen werden die Patienten öfter medikamentös behandelt, während sie in städtischen Gebieten eher psychotherapeutisch betreut werden. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Therapie nicht leitlinienorientiert, sondern eher aufgrund der Verfügbarkeit von Therapieangeboten erfolgt (Bramesfeld et al. 2007).

Die langen Wartezeiten sind mit negativen Auswirkungen für den Patienten verbunden. Neben einer Verschlechterung der Problematik sinkt mit längeren Wartezeiten oft die Motivation der Patienten und sie erscheinen öfter gar nicht erst zur Therapie (McGarry et al. 2008). In mehreren Studien wurde nachgewiesen,

dass Patienten bei langen Wartezeiten auf eine Psychotherapie diese häufiger nicht antreten (Westin et al. 2011; Reitzel et al. 2006; Loumidis und Shropshire 1997; Folkins et al. 1980). Fast 60% der Patienten mit Depressionen berichten darüber, dass sie die Wartezeiten als große Belastung wahrnehmen (Püschner et al. 2010). Die nationalen Versorgungsleitlinien berichten darüber, dass ein später Behandlungsbeginn einen Faktor für eine ungünstigere Prognose darstellt (DGPPN et al. 2015). Bei einer längeren Dauer der unbehandelten Depression ist die Prognose schlechter (Ghio et al. 2015; Hung et al. 2017). Eine lange Dauer bis zum Behandlungsbeginn birgt außerdem die Gefahr der Verlängerung oder Chronifizierung der Depression (Gormley et al. 1999; Bundespsychotherapeutenkammer 2011). So können die Krankheitsepisoden bei unbehandelten Depressionen beispielsweise zwischen sechs und acht Monaten andauern - im Vergleich dazu könnten sie bei Behandlung auf etwa 16 Wochen reduziert werden (DGPPN et al. 2015). Auch sinkt bei lange bestehenden psychischen Problemen ohne Behandlung die Wahrscheinlichkeit einer zeitnahen Rückkehr an den Arbeitsplatz bei bereits bestehender Arbeitsunfähigkeit (Brouwers et al. 2009). Die Bundespsychotherapeutenkammer berichtet, dass durch die langen Wartezeiten auf eine ambulante Therapie mehr Patienten in stationäre Behandlung kommen. Ein Erstgespräch ist aufgrund der Notfallversorgung kurzfristig möglich, viele Patienten werden anschließend aufgenommen. Die Folge: „Damit entstehen stationäre Behandlungen, die bei geringen Wartezeiten vermieden werden könnten“ (Bundespsychotherapeutenkammer 2011).

Das Problem der langen Wartezeiten auf eine ambulante Behandlung ist auch in Großbritannien bekannt. Um diesem zu begegnen, wurde im Jahr 2000 vom Department of Health der NHS Plan erstellt, der bis 2005 die Wartezeiten für ambulante Termine auf maximal drei Monate begrenzen sollte (Department of Health 2000). Eine Studie konnte darauffolgend tatsächlich eine Reduktion der Wartezeiten im psychotherapeutischen Bereich um ca. 40% feststellen (Garry und Paley 2006).

Ein früherer Behandlungsbeginn wirkt sich positiv auf klinische Ergebnisse und depressionsbedingte Arbeitsunfähigkeit aus (Ghio et al. 2015; Lexis et al. 2011; Habert et al. 2016). Auch eine frühe medikamentöse Intervention kann den

Krankheitsverlauf verbessern (Oluboka et al. 2018) und Arbeitsunfähigkeitszeiten reduzieren (Dewa et al. 2003). Auch in anderen Studien zeigten sich bei frühem Beginn einer kognitiv-behavioralen Therapie bei psychischen Erkrankungen kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine schnellere Rückkehr zur Arbeit (Marco et al. 2018). Eine frühe Intervention verbessert auch bei Personen, die ein hohes Risiko haben, eine Depression zu entwickeln, die Symptomatik deutlich im Vergleich zu fehlender Intervention, und das über einen Zeitraum von 18 Monaten (Peden et al. 2001). In einer Studie von Williams et al. wurde die Wartezeit auf ein psychiatrisches Gespräch bei psychischen Erkrankungen reduziert. Dies hatte positive Auswirkungen: Die Zahl krisenbedingter stationärer Einweisungen war rückläufig. Außerdem gab es weniger Fälle, in denen Patienten nicht erschienen (Williams et al. 2008). Eine britische Studie konnte ebenfalls positive Effekte eines frühen Zugangs herausstellen. Hier reduzierte eine frühe Diagnosestellung und Behandlung von Depressionen am Arbeitsplatz nicht nur Fehlzeiten und Präsentismus, sondern die Gewinne überstiegen sogar die Kosten für diese Maßnahmen (Knapp et al. 2011). Allgemein scheint sich die Behandlung auch für den Arbeitgeber finanziell zu lohnen (Evans-Lacko et al. 2016). Betriebsnahe Angebote zur Früherkennung von belasteten Mitarbeitern haben sich bereits als effektiv im Hinblick auf Verlauf und Kosten erwiesen (Taimela et al. 2008a; Taimela et al. 2008b).

### **1.2.2 Ungenutzte Potentiale im betrieblichen Kontext**

Bislang spielt der Hausarzt eine große Rolle, da er es oftmals ist, der die psychischen Störungen diagnostiziert und eine Behandlung veranlasst (Stoppe et al. 2006). Jedoch werden nicht alle Patienten mit Depressionen erkannt und manche falsch diagnostiziert (Sielk et al. 2009; Jacobi et al. 2002; Beesdo-Baum et al. 2018). So wurden etwa in einer Studie von Wittchen und Pittrow nur ca. die Hälfte der Patienten mit Depressionen korrekt diagnostiziert (Wittchen und Pittrow 2002). Auch erhalten weniger als die Hälfte der Patienten mit Depressionen eine angemessene Therapie (Kessler et al. 2003; Boenisch et al. 2012; Trautmann und Beesdo-Baum 2017). 71,3% sind ausschließlich in Behandlung eines Allgemeinmediziners oder eines anderen somatischen Facharztes (Gaebel et al. 2012). Schneider et al. zeigten auf, dass Diagnostik, Therapie und

Überweisungsverhalten bei Hausärzten und auch bei Fachärzten nur selten leitlinienorientiert erfolgen. Die Hälfte der Patienten, die in Behandlung waren, zeigte ein unverändertes Krankheitsbild oder eine Verschlechterung der Symptomatik (Schneider et al. 2004). Wittchen und Jacobi geben zu bedenken, dass u.a. in einer „defizitäre[n] Früherkennung und Behandlung“ der mögliche Grund für die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei den 18-35 Jährigen liegen könnte (Wittchen und Jacobi 2012). Vor dem Hintergrund der „geringe[n] Kooperation hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung“ (Gaebel et al. 2013) wäre ein vermehrter Einbezug der Psychiater wünschenswert.

Oft erleben Patienten mit Depressionen in ihrem betrieblichem Umfeld „lange[s] Wegschauen, späte Intervention, lange Ausfallzeiten, Produktivitätsverluste durch psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz („Präsentismus““ (Unger 2012). Der Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz scheint schwierig, viele Betroffene leiden unter Diskriminierung (Hamann et al. 2013; Preiser et al. 2016; Brohan et al. 2012; Angermeyer et al. 2013; Bezborodovs und Thornicroft 2013). Jedoch wären gerade die Personen im Arbeitsumfeld in der Lage, eine Kontaktaufnahme zu einem Arzt anzuregen (Orthmann et al. 2010).

Dabei könnte eine frühe betriebsärztliche Beratung von Mitarbeitern, die ein hohes Risiko für eine Langzeit-AU aufweisen, die tatsächlichen Fehlzeiten reduzieren (Kant et al. 2008). Ebenso könnten diejenigen erreicht werden, die von sich aus keine Behandlung aufsuchen würden (Bode et al. 2016). Um die Gesundheit der Mitarbeiter im Betrieb zu fördern, empfehlen Angerer et al. eine „noch engere Zusammenarbeit von primär behandelndem Arzt mit dem Betriebsarzt, [...] Psychosomatiker/ Psychotherapeuten und dem jeweiligen Personalverantwortlichen“ (Angerer et al. 2014). Eine Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz ist notwendig, gerade da Patienten nach Entlassung aus einer stationären Behandlung besonders gefährdet sind, aus dem Erwerbsleben auszuschneiden (Mernyi et al. 2018). Zusätzlich empfehlen Nieuwenhuijsen et al., dass Vorgesetzte mit krankgeschriebenen Mitarbeitern in regelmäßigem Kontakt bleiben sollten, um eine schnellere Rückkehr an den Arbeitsplatz zu gewährleisten (Nieuwenhuijsen et al. 2004). Auch in Schweden wird

bei wachsenden Fehlzeiten aufgrund von Stress-assoziierten Störungen untersucht, ob ein Kontakt zum Arbeitgeber die Zeit bis zur Rückkehr zur Arbeit verkürzen kann (Björk et al. 2018). Eine zusammenfassende Betrachtung von Interventionen zur Verbesserung der Versorgung von Depressionen legte dar, dass das Vorhandensein eines Fallmanagers sowie die Anbindung an einen Spezialisten Faktoren waren, die zu einem verbessertem Outcome führten (Korff und Goldberg 2001).

Eine betriebsnahe Versorgung birgt die Chance für einen verbesserten Zugang. In Studien zur psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb wurde gerade dieses Potential eines zeitnahen und schnellen Zugangs zu einer Behandlung diskutiert (Preiser und Rieger 2012; Preiser et al. 2016). Auch andere sehen hierin eine Möglichkeit einer frühen Intervention (Rothermund et al. 2016). Von den Patienten wird dieses Angebot ebenfalls positiv wahrgenommen (Rothermund et al. 2019).

## **1.3 Forschungsstand zu Projekten der integrierten Versorgung bei Depressionen**

### **1.3.1 Internationale Beispiele der integrierten Versorgung**

Meta-Analysen zu Modellen der *collaborative care* bei Depressionen konnten nachweisen, dass dieses Behandlungskonzept im Vergleich zur regulären Versorgung bessere Ergebnisse erzielte, kurz- wie auch langfristig gesehen (Gilbody et al. 2006a; Agius et al. 2010; Sighinolfi et al. 2014). Die *collaborative care* und arbeitsplatzbezogene Interventionsmodelle verbessern effektiv die depressive Symptomatik (Thota et al. 2012; Nigatu et al. 2019). Auch können Interventionen bei psychischen Erkrankungen zu einer Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage führen (Nigatu et al. 2016). Die Einschätzungen zur Kosteneffektivität der neuen Versorgungsmodelle sind teilweise noch nicht ganz eindeutig. Goorden et al. berichten über geringere Kosten bei gleichzeitig geringerer Effektivität der *collaborative care* – womit es nicht kosteneffektiv wäre (Goorden et al. 2014). Gilbody et al. nehmen an, dass die Versorgungsmodelle durchaus mit höheren Kosten verbunden sein könnten (Gilbody et al. 2006b). Eine Metaanalyse von Agius et al. spricht ebenfalls von kurzfristig höheren Kosten, aber stellt auch

Kosteneffektivität in Aussicht (Agius et al. 2010). In Großbritannien konnte die Kosteneffektivität der *collaborative care* bereits nachgewiesen werden (Green et al. 2014). Aragonès et al. empfehlen bei besseren Ergebnissen und nur moderater Erhöhung der Kosten im Vergleich zur regulären Versorgung die Umsetzung der *collaborative care* Modelle (Aragonès et al. 2014).

In einer amerikanischen Studie wurde bei stationär betreuten psychiatrischen Patienten ein Fallmanagement eingeführt. Die Maßnahme hatte dabei ähnliche Elemente wie die in dieser Arbeit untersuchte integrierte Versorgung: eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Behandlern, gerade beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich und eine garantierte zeitnahe Anschlussversorgung nach Entlassung aus der Klinik (ambulant oder teilstationär). In der Interventionsgruppe gab es folglich weniger Wiedereinlieferungen in die Klinik. Ebenso gab es weniger Vorstellungen in der Notaufnahme. Trotz Einführung des neuen Fallmanagements kam es in der Interventionsgruppe zu erheblichen Kosteneinsparungen durch die geringeren stationären Zeiten (Chiverton et al. 1999).

Vlasveld et al. untersuchten die *collaborative care* bei depressiven Patienten im betrieblichen Kontext. Die Intervention bestand aus 6-12 Sitzungen zu Problemlösestrategien, dem Einsatz von Selbsthilfemanualen, einer Intervention am Arbeitsplatz und ggf. Verschreibung eines Antidepressivums. Zusätzlich erfolgten eine Supervision und Beratung des Betriebsarztes durch einen Psychiater. Die Intervention führte zu einer schnelleren Verbesserung der Symptomatik (Reduktion der Symptome um 50%). Allerdings zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe keine Überlegenheit im Hinblick auf die depressive Symptomatik im Verlauf. Ebenso gab es keine Unterschiede in der Zeit bis zur Remission und bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (Vlasveld et al. 2013). Huijbregts et al. führten bis auf die Intervention am Arbeitsplatz sehr ähnliche Maßnahmen durch. Zudem wurde hier ein *Care Manager* eingeführt, der den Krankheitsverlauf des Patienten überwachte und sowohl mit diesem als auch mit dem behandelnden Arzt und einem Psychiater kommunizierte im Sinne des *collaborative care* Modells. Dies führte bei den Messzeitpunkten nach drei Monaten und neun Monaten zu besseren Ergebnissen bei der depressiven Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Nach sechs und zwölf Monaten war dieser Effekt jedoch nicht nachzuweisen (Huijbregts et al. 2013).

Eine niederländische Studie von van der Feltz-Cornelis et al. beschäftigte sich speziell mit der Dauer bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (*Return to work* (RTW)) bei Patienten mit psychischen Störungen. In der Interventionsgruppe erfolgte zusätzlich zur Betreuung durch den Betriebsarzt eine Beratung der Patienten durch einen Psychiater. Mit diesem wurde wenn nötig eine Intensivierung oder Änderung der Therapie veranlasst. Der Betriebsarzt wurde anschließend über die Ergebnisse informiert. Die Autoren beschreiben dieses Vorgehen im Sinne eines *collaborative care* – Ansatzes. Die Kontrollgruppe wurde allein durch den Betriebsarzt behandelt und ggf. an andere Fachärzte überwiesen. Die Studie zeigte, dass die Intervention die Symptomatik ebenso gut verbesserte, aber effektiver im Hinblick auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz war - die Patienten nahmen ihre Arbeit 68 Tage früher wieder auf (van der Feltz-Cornelis et al. 2010).

### **1.3.2 Nationale integrierte Versorgungsansätze für Depression**

Die integrierte Versorgung beabsichtigt eine engere Zusammenarbeit verschiedener Sektoren unter Beteiligung einer Krankenversicherung, um eine durchgängige Behandlung mit besserer Versorgungsqualität zu gewährleisten und gleichzeitig die Kosten zu reduzieren (Kissling 2008). Bei der betriebsnahen Versorgung handelt es sich um „Angebote an der Sektorengrenze zwischen medizinischer Regelversorgung und betrieblichem Gesundheitsmanagement [...] Zielgruppe sind erwerbstätige Menschen mit manifesten oder beginnenden psychischen Erkrankungen“. Der Betrieb soll eine adäquate Therapie einleiten, entweder im Betrieb selbst oder in angebundenen Einrichtungen (Rothermund et al. 2014). Als Sinnbild für die gewünschte enge Kooperation führt Dr. Unger „Hausarzt und Betriebsarzt als Brüder“ an (Unger 2012). Die betriebsnahe Versorgung beabsichtigt eine frühere Erkennung von Symptomen psychischer Störungen und somit auch die Möglichkeit einer früheren Behandlung (Rothermund et al. 2014; Unger 2012). Damit könnte einer Verschlimmerung der Erkrankung vorgebeugt werden. Die Krankheitsdauer und Arbeitsunfähigkeitszeiten sollen somit auch verkürzt werden (Rothermund et al. 2014).

Modelle zur integrierten Versorgung bei psychischen Störungen haben bereits erste positive Ergebnisse gezeigt. Beispielsweise wurde die Kooperation der Sektoren in der integrierten Versorgung schizophrener Patienten verbessert (Schmidt-Kraepelin et al. 2009) und eine Stabilisierung ihrer Erkrankung erreicht (Lambert et al. 2015). Die IGV-Angebote führen zu einer Besserung der klinischen Parameter (Paulzen et al. 2013; Hamann et al. 2014; Edel et al. 2015). Auch konnte im Rahmen der integrierten Versorgung schon eine Reduktion der stationären Aufenthalte nachgewiesen werden, allgemein bei psychischen Erkrankungen (Sander und Albus 2010; Schmid et al. 2015) und auch speziell bei Depressionen (Hamann et al. 2014; Fischer et al. 2014). Teilweise sanken die Krankenhaustage um 50% (Mönter 2014). Es sanken ebenso die stationären Behandlungskosten (Edel et al. 2015). Stattdessen wurde eine Verlegung der Leistungen in den ambulanten Bereich beobachtet: Die stationären Tage wurden reduziert und im Gegenzug stieg die ambulante Nutzung (Schmid et al. 2015). Insgesamt deuten sich durch die IGV Tendenzen einer Kosteneinsparung an (Thielscher et al. 2016; Walle und Reichwaldt 2010). Die Patienten zeigen dabei eine hohe Zufriedenheit mit den Angeboten (Spill et al. 2013; Walle und Reichwaldt 2010; Müller-Stierlin 2018). Und auch Mitarbeiter dieser IGV Netzwerke bewerten diese als positiv (Ruppert et al. 2017; Walle und Reichwaldt 2010).

Projekte zur integrierten Versorgung von Mitarbeitern mit Depressionen sind bereits an verschiedenen Orten etabliert. Ein Beispiel ist die Asklepios Klinik Hamburg-Harburg mit der „Integrierten Versorgung Depression“ in Kooperation mit der DAK (Unger 2012). Die Merkmale des Projekts sind eine schnelle Diagnostik und Einleitung der Therapie. Neben einer leitliniengerechten Behandlung ist auch eine enge Kooperation zwischen Klinik, Haus- und Fachärzten vorgesehen. Stationäre Verweildauern sollen möglichst gering gehalten werden. Ebenso erfolgt eine „Qualitätskontrolle durch Qualitätszirkel“ (Behling-Hass und Unger 2008; Mielke 2006).

Ein weiteres Projekt zur integrierten Versorgung ist das Freiburger Modell, das seit Dezember 2008 in Kooperation mit der DAK läuft (Bermejo et al. 2012). Auch Edel et al. untersuchten Patienten mit Depressionen, die im Rahmen eines IGV-

Vertrages behandelt wurden. Es konnte eine klinische Verbesserung der Symptomatik festgestellt werden, jedoch auch eine Zunahme der AU-Zeiten. Aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe sind die Ergebnisse nur eingeschränkt interpretierbar (Edel et al. 2015).

Die „Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit“ Aachen führte zwischen 2006 und 2011 ein IGV-Projekt zur Versorgung von Patienten mit Depressionen durch. Das Konzept basierte auf einer frühzeitigen Erkennung der Erkrankung, Behandlung nach aktuellen Leitlinien, „hohe[n] Qualitätsstandards, [...] Patientenzufriedenheit als [...] wesentliche[m] Qualitätsmerkmal“ und der Etablierung eines Netzwerkes. Im Vergleich zum Ausgangszustand konnte eine bedeutsame Verbesserung der Symptomatik und des psychischen Wohlbefindens festgestellt werden. Ein Vergleich mit der Regelversorgung ist hierbei jedoch nicht möglich, da es keine Kontrollgruppe gab (Paulzen et al. 2013; Kirchner et al. 2006; Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit 2010).

## **1.4 Ethikvotum**

Eine Zustimmung der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist vorliegend (Studiennummer 5001).

## **1.5 Ziele der Arbeit**

Ziel der Arbeit ist die Evaluation der betriebsnahen integrierten Versorgung im Vergleich mit der Regelversorgung. Es soll untersucht werden, ob es durch die integrierte Versorgung zu besseren Ergebnissen bei der Behandlung von Depressionen kommt. Dabei sollte es durch die IGV zu einer häufigeren und schnelleren Rückkehr der Mitarbeiter an ihren Arbeitsplatz kommen. Durch den frühen Therapiezugang sollten weiterhin bessere Krankheitsverläufe ermöglicht und somit weniger stationäre Aufenthalte benötigt werden. Ebenso sollte sich die Behandlungsdauer verkürzen.

Aus diesem Grunde wurde die IGV-Gruppe in einer retrospektiven Datenanalyse mit einer Kontrollgruppe der Regelversorgung verglichen, die in Bezug auf Alter, Geschlecht und Diagnose parallelisiert war.

**2. Rückkehr an den Arbeitsplatz nach depressiver Erkrankung - Evaluation einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie eines betriebsnahen integrierten Versorgungsmodells. Reifferscheid, A., Wege, N., Riesbeck, M., Janssen, B., Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 2018.**

Publikation:

Reifferscheid, Alina; Wege, Natalia; Riesbeck, Mathias; Janssen, Birgit (2018): Rückkehr an den Arbeitsplatz nach depressiver Erkrankung - Evaluation einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie eines betriebsnahen integrierten Versorgungsmodells. Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie. DOI: 10.1055/s-0043-124593, PMID: 30125910

## 3. Diskussion

### 3.1 Hauptergebnisse

Die Daten geben erste Hinweise, dass es durch die integrierte Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung zu besseren Ergebnissen kommen könnte. Patienten der integrierten Versorgung kehrten häufiger und schneller an den Arbeitsplatz zurück. Es gab keine signifikanten Effekte der IGV auf die stationäre Verweildauer und auf die Behandlungsdauer (Reifferscheid et al. 2018).

### 3.2 Einordnung der Ergebnisse in die Literatur

#### 3.2.1 Rückkehr zur Arbeit

Hinsichtlich der Rückkehr zur Arbeit kommt diese Studie im Vergleich mit anderen zu guten Ergebnissen. IGV-Patienten zeigten *Return-to-work*-Raten von 90,7% innerhalb von 1,5 Jahren (Reifferscheid et al. 2018). Im Vergleich berichten Roelen et al. bei Patienten mit affektiven Störungen über etwas niedrigere RTW-Raten: 70% nach einem Jahr bzw. 86% nach zwei Jahren (Roelen et al. 2012). Auch Huijs et al. stellen bei krankgeschrieben Patienten mit Depressionen geringere *Return-to-work*-Raten fest: Dort waren 63,8% der Patienten nach einem Jahr und 73,1% nach zwei Jahren wieder vollständig an den Arbeitsplatz zurückgekehrt (Huijs et al. 2017). Bezüglich der Schnelligkeit des *Return-to-work* kommen andere Studien zu etwas besseren Ergebnissen. Die Zeit bis *Return-to-work* der IGV (229,5 Tage) (Reifferscheid et al. 2018) ist etwas länger als bei einer niederländischen Studie zur *collaborative care* bei Depressionen (190 Tage bis RTW mit bzw. 210 Tage bis RTW ohne Intervention) (Vlasveld et al. 2013). Nielsen et al. legen mit einem Median von 25 Wochen (=175 Tage) bis *Return-to-work* bei Patienten mit Depressionen ähnliche Daten vor (Nielsen et al. 2012). Bei Huijs et al. sind die Zeiten wesentlich länger, auch als in dieser Studie: 294,7 Tage bis zur Rückkehr zur Arbeit nach einem Jahr des AU-Beginns bzw. 456,5 Tage zwei Jahre nach AU-Beginn (Huijs et al. 2017). Regelversorgungspatienten in dieser Studie hatten vergleichsweise wesentlich längere Zeiten bis zu ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz (330,1 Tage). Die AU-Dauer der beiden Gruppen wies relativ große Unterschiede auf

(Standardabweichung von 173,7 in der IGV und 200,8 in der Regelversorgung) (Reifferscheid et al. 2018). Die Dauer bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz ist in dieser Studie vergleichsweise lang. In einer anderen niederländischen Studie kehrten Patienten nach Intervention bei psychischen Erkrankungen 68 Tage früher an ihren Arbeitsplatz zurück (Survival-Analyse mit  $p=0,078$ ) (van der Feltz-Cornelis et al. 2010). Bei der IGV waren es in der Survival-Analyse 110,1 Tage (Reifferscheid et al. 2018).

### **3.2.2 Stationärer Aufenthalt**

Es kam nur bei wenigen Patienten der integrierten Versorgung zu einem stationären Aufenthalt (12,5%). In der Kontrollgruppe war dies bei 26,6% der Patienten der Fall (Reifferscheid et al. 2018). Für die integrierte Versorgung konnten keine signifikanten Effekte auf die stationäre Verweildauer nachgewiesen werden. Somit konnten die Ergebnisse anderer IGV-Studien zur Reduktion der stationären Aufenthalte bei Patienten mit depressiven Erkrankungen nicht repliziert werden (Hamann et al. 2014; Fischer et al. 2014). Jedoch war die Dauer des stationären Aufenthaltes (durchschnittlich 5,6 Tage) (Reifferscheid et al. 2018) ähnlich niedrig wie bei anderen integrierten Versorgungsprojekten. Für affektive Störungen betrug die stationäre Verweildauer nach einer Intervention durchschnittlich 10,8 Tage (Hamann et al. 2014). Bei depressiven Erkrankungen waren dies durchschnittlich 9,8 Tage und 10,8 Tage (Fischer et al. 2014; Hamann et al. 2014). Bei allgemeinen psychiatrischen Diagnosen war die Dauer mit durchschnittlich 34,5 Tagen selbst nach Intervention noch vergleichsweise hoch (Schmid et al. 2015). Aus diesen Gründen liegt die stationäre Aufenthaltsdauer dieser IGV-Patienten in einem vergleichbar kurzen Bereich. Auch sind die Werte wesentlich niedriger als in anderen Untersuchungen mit einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von 45 Tagen bis 63 Tagen bei depressiver Erkrankung (Sitta et al. 2006; Härter et al. 2004; Paulzen et al. 2013).

### 3.2.3 Behandlungsdauer

In dieser Studie konnte kein signifikanter Effekt der integrierten Versorgung auf die Behandlungsdauer nachgewiesen werden. Dies könnte darin begründet sein, dass Patienten beider Gruppen oftmals während des gesamten Untersuchungszeitraums in Behandlung waren. Die Therapie depressiver Erkrankungen ist von langer Dauer und es lässt sich hier innerhalb von 1,5 Jahren keine Differenzierung zwischen den Patientengruppen erreichen. Ein Vergleich mit anderen Studien ist schwierig, da aktuell keine Differenzierung zwischen Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe getroffen wurde (Reifferscheid et al. 2018). In der integrierten Versorgung von Patienten mit Depressionen in Freiburg wurde über eine vergleichsweise kürzere Behandlungsdauer von im Median 20 Wochen (=140 Tage) berichtet. Diese Daten sind jedoch nur mit Einschränkung zu interpretieren, da es sich nur um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Erhebung handelte. Beim Großteil der Patienten war die Therapie zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen (Bermejo et al. 2012).

### 3.3 Limitationen

Diese Studie birgt einige Limitationen. Die Untersuchungsgruppe der integrierten Versorgung war mit 64 Patienten eine recht kleine Stichprobe. Daher kann sie lediglich Tendenzen bezüglich möglicher Verbesserungen durch die IGV aufzeigen. Eine weitere Einschränkung sind das retrospektive Kontrollgruppendesign der Studie und die nur unvollständige Randomisierung. Aus diesem Grund sind Konfundierungen durch andere Unterschiede zwischen den Gruppen möglich (Reifferscheid et al. 2018).

Einer dieser Unterschiede könnte beispielsweise eine Vorbehandlung vor Beginn der Studie sein. In diesem Fall wäre die depressive Symptomatik ggf. schon gebessert und ein günstigerer Verlauf zu beobachten als eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Ebenso könnte eine Krankschreibung bereits vor Beginn der Studie erfolgt sein. Dadurch würde die Zahl der Krankheitstage bis zum *Return-to-work* ggf. unterschätzt. Auch während des Beobachtungszeitraums wäre eine Krankschreibung durch den Hausarzt denkbar, welche nicht in den

Verlaufsinformationen dokumentiert war. Auch dies würde zu einer Unterschätzung der Arbeitsunfähigkeitszeiten bis zum *Return-to-work* führen. Zudem ist die Frage der Validität der Arbeitsunfähigkeitszeiten zu berücksichtigen. Teilweise wurden die AU-Zeiten und RTW-Daten lediglich in den Verlaufsinformationen durch den behandelnden Arzt dokumentiert. Fehlerhafte oder fehlende Angaben können somit nicht ausgeschlossen werden. Außerdem ist nicht zu vernachlässigen, dass auch andere Motive einen Einfluss auf die Schnelligkeit des *Return-to-work* haben könnten, wie z.B. Sicherung des Arbeitsplatzes oder Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (Ekberg et al. 2015). In dieser Studie ist zudem die Variable der Behandlungsdauer nur schwer bewertbar, da es sich hier lediglich um den Zeitraum von der ersten bis zur letzten Therapiesitzung in der psychiatrischen Einrichtung handelt. Die Dauer und Häufigkeit der Termine sowie die Therapieform (Einzel-/Gruppentherapie) wurden nicht berücksichtigt. Ebenso war hier keine Differenzierung zwischen Akuttherapie und Rezidivprophylaxe erfolgt. Auch kann durch den kurzen Beobachtungszeitraum von 1,5 Jahren der Effekt der IGV nicht langfristig bewertet werden. Gerade da die Depression eine rezidivierende Erkrankung ist, wäre eine längerfristige Beobachtung sinnvoll (Reifferscheid et al. 2018).

Auch gab es Einschränkungen der Studie hinsichtlich der Datenauswertung. Bei Patienten, die kürzer als fünf Tage in Folge krankgeschrieben waren, erfolgte keine Angabe eines Arbeitsrückkehrdatums. Probanden, die während des Beobachtungszeitraums berentet wurden, wurden als ohne Arbeitsplatzzrückkehr gewertet und die Zeit als arbeitsunfähig vermerkt. Probanden in Altersteilzeit wurden als arbeitsfähig vermerkt (Reifferscheid et al. 2018). Bei der Zeit bis *Return-to-work* musste bei der Auswertung aus statistischen Gründen bei Patienten ohne RTW die Zeit bis Ende des Beobachtungszeitraumes angegeben werden, obwohl diese wesentlich länger ist (über den Beobachtungszeitraum hinaus). Ebenso ist ungünstig, dass die Variable „Rückkehr zur Arbeit“ nur für einen Teil der bereits geringen Stichprobengröße relevant ist. Sie wird von dem Zeitpunkt bestimmt, an dem ein Patient im Beobachtungszeitraum arbeitsunfähig wird. Bei späterer Krankschreibung ist eine Rückkehr zur Arbeit noch während des Untersuchungszeitraums unwahrscheinlicher. Die Cox-Regression bezieht die

Rechtszensiertheit der Daten mit ein, beachtet jedoch nicht die kumulierten AU-Zeiten bei mehrfachen AU-Episoden (Reifferscheid et al. 2018).

Die beiden Untersuchungsgruppen wiesen zudem Unterschiede auf. Regelversorgungspatienten litten häufiger unter rezidivierenden depressiven Störungen als IGV-Patienten (43,8% vs. 29,7%). Ebenso war dort ein geringerer Anteil an weiblichen Patienten (31,3%) als in der IGV (42,2%) (Reifferscheid et al. 2018). Auch gab es unterschiedliche Eingangskriterien zur Therapie. IGV-Patienten wurden durch den Betriebsarzt oder den sozialen Dienst zugewiesen, bei den Regelversorgungspatienten gab es keine einheitlichen Eingangskriterien. Der Beobachtungszeitraum der Regelversorgungspatienten lag teilweise früher (ab 2005) als der der IGV-Patienten (ab 2011). Aus diesem Grund könnte sich auch die Behandlung unterscheiden haben. Neuere Medikamente könnten den IGV-Patienten ggf. zu einer schnelleren Genesung verholfen haben. Jedoch wurden beide Gruppen in der gleichen psychiatrischen Einrichtung behandelt, sodass eine Verfälschung durch Behandlung in unterschiedlichen Kliniken größtenteils vernachlässigt werden kann.

Ein weiterer Gruppenunterschied war der Arbeitgeber. Patienten der integrierten Versorgung waren Mitarbeiter bei einem großen Unternehmen, das an ihrer Rückkehr an ihren alten Arbeitsplatz interessiert war. Somit bestand für diese Gruppe kein zusätzlicher Stressfaktor im Sinne der Gefahr eines Arbeitsplatzverlustes. Patienten der Kontrollgruppe waren in verschiedenen Branchen und Firmen angestellt, wo diese Arbeitsplatzsicherheit möglicherweise nicht vorhanden war. Gegebenenfalls war eine Rückkehr an den Arbeitsplatz in kleinen Betrieben schwieriger (Reifferscheid et al. 2018). Schon in anderen Studien wurde beobachtet, dass Angestellte mit depressiver Erkrankung in größeren Betrieben kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten als Angestellte in kleinen Betrieben hatten (Koopmans et al. 2008; Prang et al. 2016). Allgemein war bei psychischen Erkrankungen die Arbeit in einem kleineren Betrieb mit einer verzögerten Rückkehr an den Arbeitsplatz assoziiert (Prang et al. 2016).

Ein weiterer möglicher Unterschied zwischen den Gruppen war, dass die Erkrankung bei Patienten der Regelversorgung womöglich schon länger bestanden haben könnte. Im Gegensatz dazu handelte es sich bei der IGV um eine Früherkennung der depressiven Symptome. Regelversorgungspatienten wären in

diesem Fall möglicherweise auch schon vor Beginn der Studie länger krankgeschrieben gewesen und hätten durch die lange Zeit der fehlenden adäquaten Behandlung eine ungünstigere Prognose. Ferner bestand in der IGV eine Selektion der Patienten durch Überweisung der Patienten mit schwererem Erkrankungsgrad zur psychiatrischen Einrichtung, die in dieser Studie untersucht wurde. Leichtere Fälle, die an ein MVZ zur ambulanten Therapie überwiesen wurden, wurden hier nicht berücksichtigt (Reifferscheid et al. 2018). Ein Einschluss der IGV-Patienten des MVZ wäre somit wünschenswert gewesen. Die aktuelle Stichprobe ist somit nicht repräsentativ für das Gesamtkollektiv der Patienten mit Depressionen. Jedoch ist der Effekt der IGV umso aussagekräftiger, da der Behandlungserfolg trotz ungünstigerer Diagnosefälle dargestellt werden konnte. Eine weitere Limitation der Studie ist, dass in beiden Gruppen wenige Patienten enthalten waren, die im Verlauf in Rente gingen. Dies könnte dadurch verbessert werden, dass Rentenbeginn ein Ausschlusskriterium für die Studie darstellen sollte. Auch wurde nicht berücksichtigt, ob einige der Teilnehmer nur in Teilzeit arbeiteten. Dies sollte bestenfalls miteinbezogen werden. Zudem wurde die Schwere und Zahl der psychiatrischen Nebendiagnosen der Patienten in der Parallelisierung nicht berücksichtigt. Auch diese könnten einen großen Einfluss auf die Prognose haben. Auch somatische Erkrankungen und die Behandlungsform sollten bei der Parallelisierung idealerweise Berücksichtigung finden (Reifferscheid et al. 2018).

### **3.4 Schlussfolgerungen**

Diese Studie eines betriebsnahen integrierten Versorgungsmodells konnte erste Tendenzen zeigen, dass ein solches Modell bei depressiven Erkrankungen erfolgreich sein kann. Eine Früherkennung der Erkrankung, ein zeitnaher Zugang zu einer fachärztlichen Behandlung und eine enge Kooperation zwischen Betriebsarzt und externer Versorgungseinrichtung bei der Therapieeinleitung könnten positive Effekte auf die *Return-to-work-Rate* haben. Verglichen mit der Regelversorgung kam es zu einer häufigeren und schnelleren Rückkehr zur Arbeit. Dies könnte nicht nur ein Gewinn für den Patienten, sondern auch für das Unternehmen darstellen.

Gegebenenfalls könnten sich hier auch ökonomische Vorteile für die Krankenkassen ergeben. Dies könnte Untersuchungsgegenstand weiterer Forschung sein.

Aufgrund der Limitationen der Studie sind für definitive Aussagen weitere Untersuchungen und Nachweise notwendig.

## 4. Literaturverzeichnis

- Adler, David A.; McLaughlin, Thomas J.; Rogers, William H.; Chang, Hong; Lapitsky, Leueen; Lerner, Debra (2006): Job Performance Deficits Due to Depression. In: *AJP* 163 (9), S. 1569–1576. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.9.1569.
- Agius, Mark; Murphy, Catherine Louise; Zaman, Rashid (2010): Does shared care help in the treatment of depression? In: *Psychiatria Danubina* 22 Suppl 1, S18-22.
- Angerer, P.; Gündel, H.; Siegrist, K. (2014): Stress: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Depression. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 139 (24), S. 1315–1319. DOI: 10.1055/s-0034-1370112.
- Angermeyer, Matthias C.; Matschinger, Herbert; Schomerus, Georg (2013): Public attitudes towards people with depression in times of uncertainty: results from three population surveys in Germany. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 48 (9), S. 1513–1518. DOI: 10.1007/s00127-012-0618-2.
- Angst, Jules; Angst, Felix; Stassen, H. H. (1999): Suicide Risk in Patients With Major Depressive Disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry* (60 (Suppl 2)), S. 57–62.
- Aragonès, Enric; López-Cortacans, Germán; Sánchez-Iriso, Eduardo; Piñol, Josep-Lluís; Caballero, Antonia; Salvador-Carulla, Luis; Cabasés, Juan (2014): Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. In: *Journal of affective disorders* 159, S. 85–93. DOI: 10.1016/j.jad.2014.01.021.
- Barth, Jürgen; Schumacher, Martina; Herrmann-Lingen, Christoph (2004): Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. In: *Psychosomatic medicine* 66 (6), S. 802–813. DOI: 10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2.
- Beck, Arne; Crain, A. Lauren; Solberg, Leif I.; Unützer, Jürgen; Glasgow, Russell E.; Maciosek, Michael V.; Whitebird, Robin (2011): Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss. In: *Ann Fam Med* 9 (4), S. 305–311. DOI: 10.1370/afm.1260.
- Beesdo-Baum, Katja; Knappe, Susanne; Einsle, Franziska; Knothe, Lisa; Wieder, Gesine; Venz, John et al. (2018): Wie häufig werden Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis erkannt? In: *Bundesgesundheitsblatt,*

- Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 61 (1), S. 52–64. DOI: 10.1007/s00103-017-2662-2.
- Behling-Hass, Ingeborg; Unger, Hans-Peter (2008): Integrierte Versorgung Depression DAK-HMK Modell, 2008. Online verfügbar unter [http://www.praxis-prager.de/HKHS/IV\\_DAK\\_Unger.pdf](http://www.praxis-prager.de/HKHS/IV_DAK_Unger.pdf), zuletzt geprüft am 16.02.2015.
- Berger, M.; Schneller, C.; Maier, W. (2012): Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. Konzepte und Entwicklungen in Diagnostik, Prävention und Therapie. In: *Der Nervenarzt* 83 (11), S. 1364–1372. DOI: 10.1007/s00115-012-3582-x.
- Bermejo, Isaac; Hölzel, Lars P.; Voderholzer, Ulrich; van Elst, Ludger Tebartz; Berger, Mathias (2012): "Optimal versorgt bei Depression" - Freiburger Modell zur Integrierten Versorgung depressiver Erkrankungen. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106 (9), S. 625–630. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.05.008.
- Bermejo, Isaac; Kriston, Levente; Schneider, Frank; Gaebel, Wolfgang; Hegerl, Ulrich; Berger, Mathias; Härter, Martin (2010): Sick leave and depression - determining factors and clinical effect in outpatient care. In: *Psychiatry research* 180 (2-3), S. 68–73. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.04.028.
- Bermejo, Isaac; Schneider, Frank; Kriston, Levente; Gaebel, Wolfgang; Hegerl, Ulrich; Berger, Mathias; Härter, Martin (2009): Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. In: *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* 21 (1), S. 29–36. DOI: 10.1093/intqhc/mzn050.
- Berndt, Ernst R.; Finkelstein, Stan N.; Greenberg, Paul E.; Howland, Robert H.; Keith, Alison; Rush, A. John et al. (1998): Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. In: *Journal of Health Economics* 17 (5), S. 511–535. DOI: 10.1016/S0167-6296(97)00043-X.
- Bezborodovs, N.; Thornicroft, G. (2013): Stigmatisation of mental illness in the workplace: evidence and consequences. In: *Die Psychiatrie* 10 (02), S. 102–107. DOI: 10.1055/s-0038-1670862.
- Björk, Lisa; Glise, Kristina; Pousette, Anders; Bertilsson, Monica; Holmgren, Kristina (2018): Involving the employer to enhance return to work among patients with stress-related mental disorders - study protocol of a cluster randomized controlled trial in Swedish primary health care. In: *BMC public health* 18 (1), S. 838. DOI: 10.1186/s12889-018-5714-0.

- BKK Dachverband e.V. (Hg.) (2013): BKK Gesundheitsreport 2013. Unter Mitarbeit von Sven Bungard, Dagmar Hertle, Karin Kliner, Felix Lüken, Christin Tewes und Andrea Trümner. Berlin.
- Bode, Katharina; Wunsch, Eva-Maria; Finger, Friederike; Kröger, Christoph (2016): Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 66 (6), S. 235–241. DOI: 10.1055/s-0042-106728.
- Boenisch, Stefanie; Kocalevent, Rueya-Daniela; Matschinger, Herbert; Mergl, Roland; Wimmer-Brunauer, Claudia; Tauscher, Martin et al. (2012): Who receives depression-specific treatment? A secondary data-based analysis of outpatient care received by over 780,000 statutory health-insured individuals diagnosed with depression. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 47 (3), S. 475–486. DOI: 10.1007/s00127-011-0355-y.
- Bramesfeld, Anke; Grobe, Thomas; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2007): Who is treated, and how, for depression? An analysis of statutory health insurance data in Germany. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 42 (9), S. 740–746. DOI: 10.1007/s00127-007-0225-9.
- Bretschneider, Julia; Kuhnert, Ronny; Hapke, Ulfert (2017): Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland: Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Online verfügbar unter <https://edoc.rki.de/bitstream/176904/2788/1/2277mJ58IUYWI.pdf>.
- Broadhead, W. Eugene; Blazer, Dan G.; George, Linda K.; Tse, Chiu Kit (1990): Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. In: *JAMA* 264 (19), S. 2524–2528.
- Brohan, Elaine; Henderson, Claire; Wheat, Kay; Malcolm, Estelle; Clement, Sarah; Barley, Elizabeth A. et al. (2012): Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. In: *BMC psychiatry* 12 (1), S. 73. DOI: 10.1186/1471-244X-12-11.
- Brouwers, Evelien P M; Terluin, Berend; Tiemens, Bea G.; Verhaak, Peter F M (2009): Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. In: *Journal of occupational rehabilitation* 19 (4), S. 323–332. DOI: 10.1007/s10926-009-9198-8.

- Bültmann, Ute; Rugulies, Reiner; Lund, Thomas; Christensen, Karl Bang; Labriola, Merete; Burr, Hermann (2006): Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 41 (11), S. 875–880. DOI: 10.1007/s00127-006-0110-y.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2015): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>, zuletzt geprüft am 08.01.2019.
- Chapman, Daniel P.; Perry, Geraldine S.; Strine, Tara W. (2005): The vital link between chronic disease and depressive disorders. In: *Prev Chronic Dis* 2 (1), A14.
- Chisholm, Daniel; Diehr, Paula; Knapp, Martin; Patrick, Donald; Treglia, Michael; Simon, Gregory (2003): Depression status, medical comorbidity and resource costs Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). In: *The British Journal of Psychiatry* 183 (2), S. 121–131.
- Chiverton, P.; Tortoretti, D.; LaForest, M.; Walker, P. H. (1999): Bridging the gap between psychiatric hospitalization and community care: Cost and quality outcomes\*1. In: *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 5 (2), S. 46–53. DOI: 10.1016/S1078-3903(99)90019-8.
- Cibis, A.; Bramesfeld, A.; Blume, A.; Havers, I.; Hegerl, U. (2008): Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter. Das Deutsche Bündnis gegen Depression. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51 (4), S. 430–435. DOI: 10.1007/s00103-008-0511-z.
- DAK Gesundheit (2016): DAK-Gesundheitsreport 2016. Hg. v. IGES Institut GmbH. Online verfügbar unter [https://www.dak.de/dak/download/DAK-Gesundheitsreport\\_2016-1783246.pdf](https://www.dak.de/dak/download/DAK-Gesundheitsreport_2016-1783246.pdf), zuletzt geprüft am 24.04.2016.
- Davidson, J. R.; Meltzer-Brody, S. E. (1999): The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? In: *The Journal of clinical psychiatry* 60 Suppl 7, 4-9; discussion 10-1.

- Dekkers-Sánchez, P. M.; Hoving, J. L.; Sluiter, J. K.; Frings-Dresen, M H W (2008): Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. In: *Occupational and environmental medicine* 65 (3), S. 153–157. DOI: 10.1136/oem.2007.034983.
- Department of Health (2000): The NHS plan: A plan for investment, a plan for reform.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Rentenversicherung in Zeitreihen. In: *DRV-Schriften* (22). Online verfügbar unter [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6\\_Wir\\_ueber\\_uns/03\\_fakten\\_und\\_zahlen/03\\_statistiken/02\\_statistikpublikationen/03\\_rv\\_in\\_zeitreihen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=22](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=22), zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Dewa, Carolyn S.; Hoch, Jeffrey S.; Lin, Elizabeth; Paterson, Michael; Goering, Paula (2003): Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. In: *The British Journal of Psychiatry* 183 (6), S. 507–513.
- Dewa, Carolyn S.; Lin, Elizabeth; Kooehoorn, Mieke; Goldner, Elliot (2007): Association of Chronic Work Stress, Psychiatric Disorders, and Chronic Physical Conditions With Disability Among Workers. In: *PS* 58 (5), S. 652–658. DOI: 10.1176/ps.2007.58.5.652.
- DGPPN; BÄK; KBV; AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\* (2015): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung. 2. Aufl. Online verfügbar unter [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de), zuletzt geprüft am 20.12.2018.
- Dietrich, Sandra; Mergl, Roland; Rummel-Kluge, Christine (2017): Von den ersten Symptomen bis zur Behandlung einer Depression. Wann und bei wem suchen Menschen mit Depression Hilfe? Welche Rolle spielt Stigmatisierung? In: *Psychiat Prax* 44 (8), S. 461–468. DOI: 10.1055/s-0042-113237.
- Donohue, Julie M.; Pincus, Harold Alan (2007): Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. In: *PharmacoEconomics* 25 (1), S. 7–24.
- Edel, M.-A.; Armgart, C.; Echterhoff, S.; Wietfeld, R.; Mattern, W.; Augustin, H. et al. (2015): Integrierte Versorgung von Patienten mit Depression. In: *Nervenheilkunde* 34 (03), S. 187–194. DOI: 10.1055/s-0038-1627562.
- Ekberg, Kerstin; Wåhlin, Charlotte; Persson, Jan; Bernfort, Lars; Öberg, Birgitta (2015): Early and Late Return to Work After Sick Leave: Predictors in a Cohort of

- Sick-Listed Individuals with Common Mental Disorders. In: *Journal of occupational rehabilitation* 25 (3), S. 627–637. DOI: 10.1007/s10926-015-9570-9.
- Ervasti, Jenni; Joensuu, Matti; Pentti, Jaana; Oksanen, Tuula; Ahola, Kirsi; Vahtera, Jussi et al. (2017): Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of psychiatric research* 95, S. 28–36. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.07.024.
- Evans-Lacko, Sara; Koeser, Leonardo; Knapp, Martin; Longhitano, Calogero; Zohar, Joseph; Kuhn, Karl (2016): Evaluating the economic impact of screening and treatment for depression in the workplace. In: *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 26 (6), S. 1004–1013. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2016.03.005.
- Fichter, M. M.; Quadflieg, N.; Fischer, U. C.; Kohlboeck, G. (2010): Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 122 (1), S. 75–85. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01512.x.
- Filipčić, Igor; Popović-Grle, Sanja; Marcinko, Darko; Basić, Silvio; Hotujac, Ljubomir; Pavčić, Fadila et al. (2007): Screening for depression disorders in patients with chronic somatic illness. In: *Collegium antropologicum* 31 (1), S. 139–143.
- Fischer, F.; Hoffmann, K.; Mönter, N.; Walle, M.; Beneke, R.; Negenborn, S. et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 76 (2), S. 86–95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.
- Folkins, Carlyle; Hersch, Paul; Dahlen, Dennis (1980): Waiting time and no-show rate in a community mental health center. In: *Am J Commun Psychol* 8 (1), S. 121–123. DOI: 10.1007/BF00892287.
- Friemel, Susanne; Bernert, Sebastian; Angermeyer, Matthias C.; König, Hans-Helmut (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland -- Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (3), S. 113–121. DOI: 10.1055/s-2004-834611.
- Gaebel, Wolfgang; Kowitz, Sandra; Fritze, Jürgen; Zielasek, Jürgen (2013): Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen.

- Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 110 (47), S. 799–808. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0799.
- Gaebel, Wolfgang; Kowitz, Sandra; Zielasek, Jürgen (2012): The DGPPN research project on mental healthcare utilization in Germany: inpatient and outpatient treatment of persons with depression by different disciplines. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 262 Suppl 2, S51-5. DOI: 10.1007/s00406-012-0363-2.
- Garry, Ged; Paley, Graham (2006): An audit of waiting times at a specialist psychotherapy service. In: *Psychiatric Bulletin* 30 (5), S. 182–184. DOI: 10.1192/pb.30.5.182.
- Ghio, Lucio; Gotelli, Simona; Cervetti, Alice; Respino, Matteo; Natta, Werner; Marcenaro, Maurizio et al. (2015): Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability. In: *Journal of affective disorders* 175, S. 224–228. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.014.
- Gilbody, Simon; Bower, Peter; Fletcher, Janine; Richards, David; Sutton, Alex J. (2006a): Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. In: *Archives of internal medicine* 166 (21), S. 2314–2321. DOI: 10.1001/archinte.166.21.2314.
- Gilbody, Simon; Bower, Peter; Whitty, Paula (2006b): Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 189, S. 297–308. DOI: 10.1192/bjp.bp.105.016006.
- Goorden, Maartje; Vlasveld, Moniek C.; Anema, Johannes R.; van Mechelen, Willem; Beekman, Aartjan T F; Hoedeman, Rob et al. (2014): Cost-utility analysis of a collaborative care intervention for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. In: *Journal of occupational rehabilitation* 24 (3), S. 555–562. DOI: 10.1007/s10926-013-9483-4.
- Gormley, N.; O'Leary, D.; Costello, F. (1999): First admissions for depression: is the 'no-treatment interval' a critical predictor of time to remission? In: *Journal of affective disorders* 54 (1-2), S. 49–54.
- Greden, John F. (2001): The Burden of Recurrent Depression: Causes, Consequences, and Future Prospects. In: *J Clin Psychiatry* (62 (suppl 22)), S. 5–9.

- Green, Colin; Richards, David A.; Hill, Jacqueline J.; Gask, Linda; Lovell, Karina; Chew-Graham, Carolyn et al. (2014): Cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care: economic evaluation of a randomised controlled trial (CADET). In: *PloS one* 9 (8), e104225. DOI: 10.1371/journal.pone.0104225.
- Greenberg, Paul E.; Kessler, Ronald C.; Birnbaum, Howard G.; Leong, Stephanie A.; Lowe, Sarah W.; Berglund, Patricia A.; Corey-Lisle, Patricia K. (2003): The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? In: *The Journal of clinical psychiatry* 64 (12), S. 1465–1475.
- Grobe, Thomas (2014): Gesundheitreport 2014. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 29. Hg. v. Techniker Krankenkasse. Hamburg.
- Günther, Oliver H.; Friemel, Susanne; Bernert, Sebastian; Matschinger, Herbert; Angermeyer, Matthias C.; König, Hans-Helmut (2007): Die Krankheitslast von depressiven Erkrankungen in Deutschland - Ergebnisse aus dem Projekt European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). In: *Psychiatrische Praxis* 34 (6), S. 292–301. DOI: 10.1055/s-2006-940066.
- Habert, Jeffrey; Katzman, Martin A.; Oluboka, Oloruntoba J.; McIntyre, Roger S.; McIntosh, Diane; MacQueen, Glenda M. et al. (2016): Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Focus on Early Optimized Treatment. In: *The primary care companion for CNS disorders* 18 (5). DOI: 10.4088/PCC.15r01926.
- Hamann, Johannes; Heres, Stephan; Seemann, Ute; Beitinger, Romain; Spill, Birgit; Kissling, Werner (2014): Effects of an integrated care program for outpatients with affective or psychotic disorders. In: *Psychiatry research* 217 (1-2), S. 15–19. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.02.005.
- Hamann, Johannes; Mendel, Rosmarie; Kissling, Werner (2013): Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz aus Sicht von Unternehmensmitarbeitern. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (8), S. 447–449. DOI: 10.1055/s-0033-1349524.
- Härter, M.; Baumeister, H.; Reuter, K.; Wunsch, A.; Bengel, J. (2002): Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. In: *Die Rehabilitation* 41 (6), S. 367–374. DOI: 10.1055/s-2002-36279.
- Härter, M.; Sitta, P.; Keller, F.; Metzger, R.; Wiegand, W.; Schell, G. et al. (2004): Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. In: *Der Nervenarzt* 75 (11), S. 1083–1091. DOI: 10.1007/s00115-004-1705-8.

- Härter, Martin; Bermejo, Isaac (2005): Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). In: *Nervenarzt* 76 (1), S. 103–125. DOI: 10.1007/s00115-004-1873-6.
- Hasin, Deborah S.; Goodwin, Renee D.; Stinson, Frederick S.; Grant, Bridget F. (2005): Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. In: *Archives of general psychiatry* 62 (10), S. 1097–1106. DOI: 10.1001/archpsyc.62.10.1097.
- Hees, Hiske L.; Koeter, Maarten W J; Schene, Aart H. (2012): Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. In: *The Journal of clinical psychiatry* 73 (8), e1048-55. DOI: 10.4088/JCP.12m07699).
- Hees, Hiske L.; Koeter, Maarten W J; Schene, Aart H. (2013): Longitudinal relationship between depressive symptoms and work outcomes in clinically treated patients with long-term sickness absence related to major depressive disorder. In: *Journal of affective disorders* 148 (2-3), S. 272–277. DOI: 10.1016/j.jad.2012.12.007.
- Hendriks, Sanne M.; Spijker, Jan; Licht, Carmilla M. M.; Hardeveld, Florian; Graaf, Ron de; Batelaan, Neeltje M. et al. (2015): Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. In: *Journal of affective disorders* 178, S. 121–130. DOI: 10.1016/j.jad.2015.03.004.
- Heßlinger, B.; Härter, M.; Barth, J.; Klecha, D.; Bode, C.; Walden, J. et al. (2002): Komorbidität von depressiven Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen Implikationen für Diagnostik, Pharmako- und Psychotherapie. In: *Nervenarzt* 73 (3), S. 205–218. DOI: 10.1007/s001150101168.
- Huckert, Thomas Frank; Hank, Petra; Krampen, Günter (2012): Veränderungen in der Symptombelastung während der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 62 (8), S. 301–309. DOI: 10.1055/s-0032-1314837.
- Huijbregts, Klaas M. L.; de Jong, Fransina J; van Marwijk, Harm W J; Beekman, Aartjan T F; Adèr, Herman J.; Hakkaart-van Roijen, Leona et al. (2013): A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression

- initiative. In: *Journal of affective disorders* 146 (3), S. 328–337. DOI: 10.1016/j.jad.2012.09.015.
- Huijs, Jenny J. J. M.; Koppes, Lando L. J.; Taris, Toon W.; Blonk, Roland W. B. (2017): Work Characteristics and Return to Work in Long-Term Sick-Listed Employees with Depressive Symptoms. In: *Journal of occupational rehabilitation* 27 (4), S. 612–622. DOI: 10.1007/s10926-017-9696-z.
- Hung, Ching-I; Liu, Chia-Yih; Yang, Ching-Hui (2017): Untreated duration predicted the severity of depression at the two-year follow-up point. In: *PloS one* 12 (9), e0185119. DOI: 10.1371/journal.pone.0185119.
- IGES Institut GmbH (2014): DAK-Gesundheitsreport 2014 // DAK Gesundheitsreport 2014. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Die Rushhour des Lebens: Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Job, Karriere und Familie. 1., 2014. Unter Mitarbeit von Jörg Marschall, Hans-Dieter Nolting, Susanne Hildebrandt und Caroline Schmucker. Hg. v. Herbert Rebscher. Heidelberg, Neckar.
- Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit (2010): Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit Netz Depression. Aachen. Online verfügbar unter [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/Versorgung/Projektbeschreibung\\_Netzwerk\\_Integrierte\\_Versorgung.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/Versorgung/Projektbeschreibung_Netzwerk_Integrierte_Versorgung.pdf), zuletzt geprüft am 17.02.15.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Meister, W.; Wittchen, H. U. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. In: *Nervenarzt* 73 (7), S. 651–658. DOI: 10.1007/s00115-002-1299-y.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2016): Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* 87 (1), S. 88–90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7.
- Jacobi, F.; Wittchen, H-U; Holting, C.; Höfler, M.; Pfister, H.; Müller, N.; Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological medicine* 34 (4), S. 597–611. DOI: 10.1017/S0033291703001399.

- Kamphuis, Marjolein H.; Kalmijn, Sandra; Tjihuis, Marja A R; Geerlings, Mirjam I.; Giampaoli, Simona; Nissinen, Aulikki et al. (2006): Depressive symptoms as risk factor of cardiovascular mortality in older European men: the Finland, Italy and Netherlands Elderly (FINE) study. In: *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology* 13 (2), S. 199–206. DOI: 10.1097/01.hjr.0000188242.64590.92.
- Kant, Ijmert; Jansen, Nicole W H; van Amelsvoort, Ludovic G P M; van Leusden, Rudy; Berkouwer, Ate (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. In: *Journal of occupational rehabilitation* 18 (1), S. 79–86. DOI: 10.1007/s10926-007-9114-z.
- Kessler, R. C.; Barber, C.; Birnbaum, H. G.; Frank, R. G.; Greenberg, P. E.; Rose, R. M. et al. (1999): Depression in the workplace: effects on short-term disability. In: *Health Affairs* 18 (5), S. 163–171. DOI: 10.1377/hlthaff.18.5.163.
- Kessler, Ronald; White, Leigh Ann; Birnbaum, Howard; Qiu, Ying; Kidolezi, Yohanne; Mallett, David; Swindle, Ralph (2008): Comparative and interactive effects of depression relative to other health problems on work performance in the workforce of a large employer. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50 (7), S. 809–816.
- Kessler, Ronald C.; Berglund, Patricia; Demler, Olga; Jin, Robert; Koretz, Doreen; Merikangas, Kathleen R. et al. (2003): The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In: *JAMA* 289 (23), S. 3095–3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095.
- Kirchner, T.; Bergmann, F.; Engels, J.; Kanis, T.; Hansen, F. J.; Piwernetz, K.; Schneider, F. (2006): Integrierte Versorgung Depression Aachen. In: *Der Nervenarzt* 77 (11), S. 1399–1403.
- Kissling, W. (2008): Integrierte Versorgung/Disease Management. In: Hans-Jürgen Möller, Hans-Peter Kapfhammer und Gerd Laux (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg (Psychiatrie und Psychotherapie, / Hans-Jürgen Möller ... (Hrsg.) ; Bd. 1), S. 963–969.

- Kliner, Karin; Rennert, Dirk; Richter, Matthias (2015): Gesundheit in Regionen-  
Blickpunkt Psyche: BKK-Gesundheitsatlas 2015: MWV, Med. Wiss. Verlag-Ges.
- Kliner, Karin; Rennert, Dirk; Richter, Matthias (2017): BKK Gesundheitsatlas 2017.  
Gesundheit und Arbeit. Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin. Online verfügbar  
unter <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsatlas/>,  
zuletzt geprüft am 08.01.2019.
- Knapp, Martin; McDaid, David; Parsonage, Michael (2011): Mental health promotion  
and mental illness prevention: The economic case. Hg. v. Department of Health.  
London.
- König, Hans-Helmut; Luppä, Melanie; Riedel-Heller, Steffi (2010): Die Kosten der  
Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. In: *Psychiatrische Praxis*  
37 (5), S. 213–215. DOI: 10.1055/s-0030-1248510.
- Koopmans, P. C.; Roelen, C A M; Groothoff, J. W. (2008): Sickness absence due  
to depressive symptoms. In: *International archives of occupational and  
environmental health* 81 (6), S. 711–719. DOI: 10.1007/s00420-007-0243-7.
- Korff, Michael von; Goldberg, David (2001): Improving outcomes in depression. The  
whole process of care needs to be enhanced. In: *BMJ : British Medical Journal* 323  
(7319), S. 948–949. Online verfügbar unter  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121496/>.
- Kowitz, S.; Zielasek, J.; Gaebel, W. (2014): Die Versorgungssituation bei  
psychischen Störungen in Deutschland: Aktueller Stand und Perspektiven. In:  
*Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 139 (23), S. 1249–1252. DOI:  
10.1055/s-0034-1370039.
- Krauth, Christian; Stahmeyer, Jona T.; Petersen, Juliana J.; Freytag, Antje; Gerlach,  
Ferdinand M.; Gensichen, Jochen (2014): Resource utilisation and costs of  
depressive patients in Germany: results from the primary care monitoring for  
depressive patients trial. In: *Depression research and treatment* 2014, S. 730891.  
DOI: 10.1155/2014/730891.
- Kühn, K. U.; Quednow, B. B.; Barkow, K.; Heun, R.; Linden, M.; Maier, W. (2002):  
Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen  
bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf Ergebnisse aus einer  
Studie der Weltgesundheitsorganisation. In: *Nervenarzt* 73 (7), S. 644–650. DOI:  
10.1007/s00115-002-1334-z.

- Lademann, Julia; Mertesacker, Heike; Gebhardt, Birte (2006): Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. In: *Psychotherapeutenjournal* (2), S. 123–129.
- Lambert, Martin; Schöttle, D.; Ruppelt, F.; Lüdecke, D.; Sarikaya, G.; Schulte-Markwort, M. et al. (2015): Integrierte Versorgung für erst- und mehrfacherkrankte Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58 (4), S. 408–419. DOI: 10.1007/s00103-015-2123-8.
- Lerner, Debra; Adler, David A.; Chang, Hong; Lapitsky, Leueen; Hood, Maggie Y.; Perissinotto, Carla et al. (2004): Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 55 (12), S. 1371–1378. DOI: 10.1176/appi.ps.55.12.1371.
- Lexis, Monique A. S.; Jansen, Nicole W. H.; Huibers, Marcus J. H.; Amelsvoort, Ludovic G P M van; Berkouwer, Ate; Ton, Gladys Tjin A. et al. (2011): Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. In: *Occupational and environmental medicine* 68 (6), S. 400–407. DOI: 10.1136/oem.2010.057877.
- Linden, M.; Weidner, C. (2005): Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. In: *Der Nervenarzt* 76 (11), 1421-30; quiz 1431. DOI: 10.1007/s00115-005-1996-4.
- Loumidis, Konstantinos S.; Shropshire, Julia M. (1997): Effects of waiting time on appointment attendance with clinical psychologists and length of treatment. In: *Irish Journal of Psychological Medicine* (14 (2)), S. 49–54.
- Mack, Simon; Jacobi, Frank; Gerschler, Anja; Strehle, Jens; Höfler, Michael; Busch, Markus A. et al. (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: *International journal of methods in psychiatric research* 23 (3), S. 289–303. DOI: 10.1002/mpr.1438.
- Marco, José H.; Alonso, Sandra; Andani, Joaquín (2018): Early intervention with cognitive behavioral therapy reduces sick leave duration in people with adjustment, anxiety and depressive disorders. In: *Journal of mental health (Abingdon, England)*, S. 1–9. DOI: 10.1080/09638237.2018.1521937.
- Mathers, Colin D.; Loncar, Dejan (2006): Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. In: *PLoS medicine* 3 (11), e442. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442.

- McGarry, J.; McNicholas, F.; Buckley, H.; Kelly, B. D.; Atkin, L.; Ross, N. (2008): The Clinical Effectiveness of a Brief Consultation and Advisory Approach Compared to Treatment as Usual in Child and Adolescent Mental Health Services. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 13 (3), S. 365–376. DOI: 10.1177/1359104508090600.
- Melchior, H.; Schulz, H.; Härter, M. (2014): Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (2), S. 224–233. DOI: 10.1007/s00103-013-1890-3.
- Mernyi, Lena; Hölzle, Patricia; Hamann, Johannes (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. In: *Psychiat Prax* 45 (4), S. 197–205. DOI: 10.1055/s-0043-101901.
- Mielke, Manfred (2006): "Neue Versorgungsstrukturen – Modell für eine verbesserte Versorgung psychisch kranker Menschen". - IV-Projekte der DAK. DAK-Zentrale, GB: Produktmanagement, Bereich: Integrierte Versorgung, 2006. Online verfügbar unter [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Themen/Neue\\_Versorgungsformen/vortrag\\_mielke-dak.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/Neue_Versorgungsformen/vortrag_mielke-dak.pdf), zuletzt geprüft am 16.02.2015.
- Mönter, Norbert (2014): Integrierte Versorgung zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Berlin und Brandenburg. In: *Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis*, S. 94. Online verfügbar unter [https://www.msd.de/fileadmin/user\\_upload/default/documents/gesundheitspreis/project\\_2012\\_2014/PIBB-Integrierte-Versorgung-zur-Verbesserung-der-psychiatrisch-psychotherapeutischen-Versorgung.pdf](https://www.msd.de/fileadmin/user_upload/default/documents/gesundheitspreis/project_2012_2014/PIBB-Integrierte-Versorgung-zur-Verbesserung-der-psychiatrisch-psychotherapeutischen-Versorgung.pdf), zuletzt geprüft am 31.01.2019.
- Müller-Stierlin, Annabel Sandra (2018): Wirksamkeit und Effizienz der Integrierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Realweltbedingungen bei besonderer Berücksichtigung der Verbesserung von Empowerment und Lebensqualität – die IVPOWER-Studie –. Unter Mitarbeit von Universität Ulm.
- Murray, Christopher J.L.; Lopez, Alan D. (1996): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 ; summary. [Cambridge, Mass.]: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health

- Organization and the World Bank; Distributed by Harvard University Press (Global burden of disease and injury series, v. 1).
- Nielsen, Maj Britt D; Bültmann, Ute; Madsen, Ida E H; Martin, Marie; Christensen, Ulla; Diderichsen, Finn; Rugulies, Reiner (2012): Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. In: *Disability and rehabilitation* 34 (15), S. 1311–1316. DOI: 10.3109/09638288.2011.641664.
- Nieuwenhuijsen, K.; Verbeek, J H A M; de Boer, A G E M; Blonk, R W B; van Dijk, F J H (2004): Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. In: *Occupational and environmental medicine* 61 (10), S. 817–823. DOI: 10.1136/oem.2003.009688.
- Nieuwenhuijsen, Karen; Noordik, Erik; van Dijk, Frank J H; van der Klink, Jac J (2013): Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. In: *Journal of occupational rehabilitation* 23 (2), S. 290–299. DOI: 10.1007/s10926-012-9389-6.
- Nigatu, Y. T.; Liu, Y.; Uppal, M.; McKinney, S.; Rao, S.; Gillis, K.; Wang, J. (2016): Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Psychological medicine* 46 (16), S. 3263–3274. DOI: 10.1017/S0033291716002269.
- Nigatu, Yeshambel T.; Huang, Junping; Rao, Sanjay; Gillis, Katharine; Merali, Zul; Wang, JianLi (2019): Indicated Prevention Interventions in the Workplace for Depressive Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *American Journal of Preventive Medicine* 56 (1), e23-e33. DOI: 10.1016/j.amepre.2018.08.027.
- Nolting, Hans-Dieter; Zich, Karsten; Deckenbach, Bernd; Gottberg, Antje; Lottmann, Kathrin; Klemperer, David et al. (2011): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung: Bertelsmann Stiftung.
- Oluboka, Oloruntoba J.; Katzman, Martin A.; Habert, Jeffrey; McIntosh, Diane; MacQueen, Glenda M.; Milev, Roumen V. et al. (2018): Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Providing Early Optimal Treatment for the Individual Patient. In: *The international journal of neuropsychopharmacology* 21 (2), S. 128–144. DOI: 10.1093/ijnp/pyx081.

- Orthmann, Anja; Gunkel, Ludwig; Schwab, Kai; Grofmeyer, Edgar (2010): Psychische Belastungen reduzieren — Die Rolle der Führungskräfte. In: Bernhard Badura (Hg.): Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg (Fehlzeiten-Report, 2009), S. 227–239. Online verfügbar unter [https://doi.org/10.1007/978-3-642-01078-1\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-642-01078-1_23).
- Pan, An; Lucas, Michel; Sun, Qi; van Dam, Rob M.; Franco, Oscar H.; Willett, Walter C. et al. (2011): Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus. In: *Archives of general psychiatry* 68 (1), S. 42–50. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.176.
- Paulzen, M.; Müller, A.; Akkus, T.; Bergmann, F.; Schneider, F. (2013): Integrierte Versorgung bei depressiven Störungen. In: *Der Nervenarzt* 85 (7), S. 856–864. DOI: 10.1007/s00115-013-3914-5.
- Peden, Ann R.; Rayens, Mary Kay; Hall, Lynne A.; Beebe, Lora H. (2001): Preventing depression in high-risk college women: A report of an 18-month follow-up. In: *Journal of American College Health* 49 (6), S. 299–306.
- Peter, R.; March, S.; Schröder, H.; Du Prel, J-B (2015): Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 (4), e70-6. DOI: 10.1055/s-0034-1398598.
- Posternak, Michael A.; Miller, Ivan (2001): Untreated short-term course of major depression: a meta-analysis of outcomes from studies using wait-list control groups. In: *Journal of affective disorders* 66 (2-3), S. 139–146. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00304-9.
- Prang, Khic-Houy; Bohensky, Megan; Smith, Peter; Collie, Alex (2016): Return to work outcomes for workers with mental health conditions: A retrospective cohort study. In: *Injury* 47 (1), S. 257–265. DOI: 10.1016/j.injury.2015.09.011.
- Preiser, C.; Rieger, M. A. (2012): Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Chancen und Grenzen der Versorgung von Beschäftigten mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden – Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: *Dtsch med Wochenschr* 137 (S 03), A262. DOI: 10.1055/s-0032-1323425.
- Preiser, Christine; Rothermund, Eva; Wittich, Andrea; Gündel, Harald; Rieger, Monika A. (2016): Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and

- limitations of the services offered-results of a qualitative study. In: *International archives of occupational and environmental health* 89 (4), S. 599–608. DOI: 10.1007/s00420-015-1098-y.
- Püschner, F.; Fleischmann, J.; Diewald, V. (2010): Wartezeiten in der regionalen psychiatrischen Versorgung aus Patienten- und Leistungserbringersicht am Beispiel des Rhein-Kreis-Neuss. In: *Monitor Versorgungsforschung* 3, S. 72–73, zuletzt geprüft am 20.02.2015.
- Reifferscheid, Alina; Wege, Natalia; Riesbeck, Mathias; Janssen, Birgit (2018): Rückkehr an den Arbeitsplatz nach depressiver Erkrankung - Evaluation einer retrospektiven Fall-Kontroll-Studie eines betriebsnahen integrierten Versorgungsmodells. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. DOI: 10.1055/s-0043-124593.
- Reitzel, Lorraine R.; Stellrecht, Nadia E.; Gordon, Kathryn H.; Lima, Elizabeth N.; Wingate, LaRicka R.; Brown, Jessica S. et al. (2006): Does time between application and case assignment predict therapy attendance or premature termination in outpatients? In: *Psychological Services* 3 (1), S. 51–60. DOI: 10.1037/1541-1559.3.1.51.
- Rixgens, P.; Badura, B. (2012): Zur Organisationsdiagnose psychischen Befindens in der Arbeitswelt. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (2), S. 197–204. DOI: 10.1007/s00103-011-1410-2.
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Roelen, C. A. M.; Norder, G.; Koopmans, P. C.; van Rhenen, W.; van der Klink, J J L; Bültmann, U. (2012): Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? In: *Journal of occupational rehabilitation* 22 (3), S. 409–417. DOI: 10.1007/s10926-012-9363-3.
- Rommel, Alexander; Bretschneider, Julia; Kroll, Lars Eric; Prütz, Franziska; Thom, Julia (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede: Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- Rost, Kathryn; Smith, Jeffrey L.; Dickinson, Miriam (2004): The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. In: *Medical care* 42 (12), S. 1202–1210.

- Rothermund, E.; Gündel, H.; Wege, N. (2014): Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke bei allgemeinen psychischen Störungen - Überblick und internationale Studienlage. In: Peter Angerer (Hg.): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin ; [Thema Jahrestagung DGAUM 2013]. Unter Mitarbeit von Jürgen Glaser, Harald Gündel, Peter Henningsen, Claas Lahmann, Stephan Letzel und Dennis Nowak. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Ecomed Medizin ([Handbuch der Arbeitsmedizin]), S. 288–298.
- Rothermund, Eva; Gündel, Harald; Rottler, Edit; Hölzer, Michael; Mayer, Dorothea; Rieger, Monika; Kilian, Reinhold (2016): Effectiveness of psychotherapeutic consultation in the workplace: a controlled observational trial. In: *BMC public health* 16, S. 891. DOI: 10.1186/s12889-016-3567-y.
- Rothermund, Eva; Kilian, Reinhold; Balint, Elisabeth M.; Rottler, Edit; Wietersheim, Jörn von; Gündel, Harald; Hölzer, Michael (2019): Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“? : Ergebnisse einer kontrollierten Beobachtungsstudie. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. DOI: 10.1007/s00103-018-2869-x.
- Rothermund, Eva; Michaelis, Martina; Jarczok, Marc N.; Balint, Elisabeth M.; Lange, Rahna; Zipfel, Stephan et al. (2018): Prevention of Common Mental Disorders in Employees. Perspectives on Collaboration from Three Health Care Professions. In: *International journal of environmental research and public health* 15 (2). DOI: 10.3390/ijerph15020278.
- Rugulies, Reiner (2002): Depression as a predictor for coronary heart disease. In: *American Journal of Preventive Medicine* 23 (1), S. 51–61. DOI: 10.1016/S0749-3797(02)00439-7.
- Ruppert, Daniel; Stegbauer, Constanze; Bramesfeld, Anke; Bestmann, Beate; Szecsenyi, Joachim; Götz, Katja (2017): „Die Hoffnung stirbt zuletzt ...“ – sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. In: *Psychiat Prax* 44 (3), S. 134–140. DOI: 10.1055/s-0041-109470.
- Rush, A. John; Zimmerman, Mark; Wisniewski, Stephen R.; Fava, Maurizio; Hollon, Steven D.; Warden, Diane et al. (2005): Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. In: *Journal of affective disorders* 87 (1), S. 43–55. DOI: 10.1016/j.jad.2005.03.005.

- Sander, Kerstin; Albus, Margot (2010): Innovative Projekte im Gefolge der Gesundheitsmodernisierungsgesetze: Erfahrungen mit einem Projekt der integrierten Versorgung in der Psychiatrie. In: *Psychiatrische Forschung* 1 (1), S. 92–95.
- Savikko, A.; Alexanderson, K.; Hensing, G. (2001): Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 36 (6), S. 310–316.
- Schmid, Petra; Flammer, Erich; Grupp, Dieter; Steinert, Tilman (2015): Evaluation eines Modells zur sektorübergreifenden Integrierten Versorgung mittels Leistungsnutzung, Zufriedenheit und Symptomlast. In: *Psychiatrische Praxis* 42 (8), S. 448–454. DOI: 10.1055/s-0034-1387231.
- Schmidt-Kraepelin, Christian; Janssen, Birgit; Gaebel, Wolfgang (2009): Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 259 Suppl 2, S205-12. DOI: 10.1007/s00406-009-0056-7.
- Schneider, Frank; Kratz, Sandra; Bermejo, Isaac; Menke, Ralph; Mulert, Christoph; Hegerl, Ulrich et al. (2004): Insufficient depression treatment in outpatient settings. In: *German medical science : GMS e-journal* 2, Doc01.
- Sielk, Martin; Altiner, Attila; Janssen, Birgit; Becker, Nicole; Pilars, Marieke Pilar de; Abholz, Heinz-Harald (2009): Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. In: *Psychiat Prax* 36 (4), S. 169–174. DOI: 10.1055/s-0028-1090150.
- Sighinolfi, Cecilia; Nespeca, Claudia; Menchetti, Marco; Levantesi, Paolo; Belvederi Murri, Martino; Berardi, Domenico (2014): Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. In: *Journal of psychosomatic research* 77 (4), S. 247–263. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.08.006.
- Simon, Gregory E.; Revicki, Dennis; Heiligenstein, John; Grothaus, Louis; VonKorff, Michael; Katon, Wayne J.; Hylan, Timothy R. (2000): Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. In: *General hospital psychiatry* 22 (3), S. 153–162.
- Sitta, Petra; Brand, Silke; Schneider, Frank; Gaebel, Wolfgang; Berger, Mathias; Farin, Erik; Härter, Martin (2006): Faires Benchmarking der Behandlungsdauer

- depressiver Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. In: *Psychother Psych Med* 56 (03/04), S. 128–137. DOI: 10.1055/s-2005-915331.
- Spijker, Jan; Graaf, Ron de; Bijl, Rob V.; Beekman, Aartjan, T.F.; Ormel, Johan; Nolen, Willem A. (2002): Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In: *The British Journal of Psychiatry* 181 (3), S. 208–213. DOI: 10.1192/bjp.181.3.208.
- Spill, Birgit; Beitinger, Romain; Kissling, Werner; Hamann, Johannes (2013): Patientenzufriedenheit mit einem Programm der Integrierten Versorgung für die Indikationen Schizophrenie und Depression. In: *Psychiat Prax* 40 (3), S. 142–145. DOI: 10.1055/s-0032-1327388.
- Statistisches Bundesamt: Kosten nach Krankheitsklassen. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/\\_Grafik/Krankheitskosten\\_Klassen.png?\\_\\_blob=poster](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/Krankheitskosten_Klassen.png?__blob=poster), zuletzt geprüft am 18.02.2015.
- Statistisches Bundesamt: Krankheitskosten aufgrund von Depression. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23631-0003&sachmerkmal=ICD10Y&sachschlüssel=ICD10-F32-F34&transponieren=true>, zuletzt geprüft am 09.01.2019.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit. Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Wiesbaden (Fachserie 12 Reihe 7.2). Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 13.02.2015.
- Stewart, Walter F.; Ricci, Judith A.; Chee, Elsbeth; Hahn, Steven R.; Morganstein, David (2003): Cost of lost productive work time among US workers with depression. In: *JAMA* 289 (23), S. 3135–3144. DOI: 10.1001/jama.289.23.3135.
- Stoppe, Gabriela; Bramesfeld, Anke; Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.) (2006): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Heidelberg: Springer Medizin.
- 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. In: *Occupational and environmental medicine* 65 (4), S. 242–248. DOI: 10.1136/oem.2007.033167.

- 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. In: *Occupational and environmental medicine* 65 (4), S. 236–241. DOI: 10.1136/oem.2007.032706.
- Thielscher, C.; Weitzig, S.; Dubbel, J. (2016): Integrierte Versorgung in der Psychiatrie aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. In: *Gesundh ökon Qual manag* 21 (03), S. 145–149. DOI: 10.1055/s-0042-104333.
- Thota, Anilkrishna B.; Sipe, Theresa Ann; Byard, Guthrie J.; Zometa, Carlos S.; Hahn, Robert A.; McKnight-Eily, Lela R. et al. (2012): Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. In: *American Journal of Preventive Medicine* 42 (5), S. 525–538. DOI: 10.1016/j.amepre.2012.01.019.
- Trautmann, Sebastian; Beesdo-Baum, Katja (2017): The Treatment of Depression in Primary Care. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 114 (43), S. 721–728. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0721.
- Unger, Hans-Peter (2007): Depression und Arbeitswelt. In: *Psychiat Prax* 34 (S 3), S. 256–260. DOI: 10.1055/s-2007-970975.
- Unger, Hans-Peter (2012): Folien zum Vortrag: Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung. Bundesärztekammer. Berlin, 18.09.2012.
- Üstün, T. B.; Ayuso-Mateos, J. L.; Chatterji, S.; Mathers, C.; Murray, C.J.L. (2004): Global burden of depressive disorders in the year 2000. In: *The British Journal of Psychiatry* 184 (5), S. 386–392. DOI: 10.1192/bjp.184.5.386.
- van der Feltz-Cornelis, Christina M; Hoedeman, Rob; de Jong, Fransina J; Meeuwissen, Jolanda Ac; Drewes, Hanneke W.; van der Laan, Niels C; Adèr, Herman J. (2010): Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. In: *Neuropsychiatric disease and treatment* 6, S. 375–385.
- Vlasveld, Moniek C.; van der Feltz-Cornelis, Christina M; Adèr, Herman J.; Anema, Johannes R.; Hoedeman, Rob; van Mechelen, Willem; Beekman, Aartjan T F (2013): Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at

- return to work and depressive symptoms. In: *Occupational and environmental medicine* 70 (4), S. 223–230. DOI: 10.1136/oemed-2012-100793.
- Vries, Haitze de; Fishta, Alba; Weikert, Beate; Rodriguez Sanchez, Alejandra; Wegewitz, Uta (2018): Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. In: *Journal of occupational rehabilitation* 28 (3), S. 393–417. DOI: 10.1007/s10926-017-9730-1.
- Walendzik, Anke; Rabe-Menssen, Cornelia; Lux, Gerald; Wasem, Jürgen; Jahn, Rebecca (2011): Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche PsychotherapeutenVereinigung.
- Walle, M.; Reichwaldt, W. (2010): Durch verbesserte Vernetzung zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Integrierte Versorgung im gemeindepsychiarischen Kontext – das niedersächsische Modell. In: *Soziale Psychiatrie* 34, S. 22–25.
- Wang, Philip S.; Simon, Gregory; Kessler, Ronald C. (2003): The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. In: *International journal of methods in psychiatric research* 12 (1), S. 22–33.
- Wedegaertner, Felix; Arnhold-Kerri, Sonja; Sittaro, Nicola-Alexander; Bleich, Stefan; Geyer, Siegfried; Lee, William E. (2013): Depression- and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany: a cohort study. In: *BMC public health* 13, S. 145. DOI: 10.1186/1471-2458-13-145.
- Wedegärtner, Felix; Arnhold-Kerri, Sonja; Sittaro, Nicola-Alexander; Lohse, Ralf; Dietrich, Detlef E.; Bleich, Stefan; Geyer, Siegfried (2011): Invalidität und Tod bei Erwerbsfähigen mit Depressionen. In: *Psychiatrische Praxis* 38 (3), S. 135–141. DOI: 10.1055/s-0030-1265956.
- Wedegärtner, Felix; Sittaro, Nicola-Alexander; Emrich, Hinderk; Dietrich, Detlef (2007): Invalidisierung durch affektive Erkrankungen - Lehren aus den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: *Psychiat Prax* 34 (S 3), S. 252. DOI: 10.1055/s-2007-970976.
- Westin, Anna M.L.; Barksdale, Crystal L.; Mettrick, Jennifer; Stephan, Sharon Hoover (2011): Understanding the Effect of Waiting Time on Children's Mental Health Service Use and Discharge Outcomes. Children's Mental Health Research & Policy Conference, 22.03.2011.

- Williams, Marian E.; Latta, James; Conversano, Persila (2008): Eliminating the wait for mental health services. In: *The journal of behavioral health services & research* 35 (1), S. 107–114. DOI: 10.1007/s11414-007-9091-1.
- Wittchen, H. U.; Jacobi, F.; Rehm, J.; Gustavsson, A.; Svensson, M.; Jönsson, B. et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 21 (9), S. 655–679. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Robert Koch-Institut, DEGS-Symposium, 14.06.2012. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_w1/Symposium/degs\\_psychische\\_stoerungen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile).
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Klose, Michael; Ryl, Livia (2010): Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert-Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 51).
- Wittchen, Hans-Ulrich; Pittrow, David (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. In: *Human psychopharmacology* 17 Suppl 1, S1-11. DOI: 10.1002/hup.398.
- World Health Organization (2017): Depression and other common mental disorders: global health estimates.
- Wulsin, Lawson R.; Singal, Bonita M. (2003): Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. In: *Psychosomatic medicine* 65 (2), S. 201–210.
- Zepf, Siegfried; Mengele, Ute; Hartmann, Sebastian (2003): Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 53 (3-4), S. 152–162. DOI: 10.1055/s-2003-38004.
- Zimmerman, M.; McDermt, W.; Mattia, J. I. (2000): Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. In: *The American journal of psychiatry* 157 (8), S. 1337–1340.