

Master-Arbeit

MAS Arbeitsintegration 2020

Das Case Management bei längerer Arbeitsunfähigkeit aus der Retrospektive von Menschen mit einer affektiven Erkrankung

–

Eine qualitative Inhaltsanalyse mittels 8 Leitfadeninterviews

Eingereicht: **Baden, 31. Oktober 2020**

Vor- und Nachname: **Pascal Keller**

E-Mail-Adresse: **pascikeller@hotmail.com**

Von dieser Master-Arbeit wurden am 31.10.2020 eine elektronische Fassung und drei schriftliche Exemplare bei der Hochschule Luzern eingereicht.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors. Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Weiterbildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Abstract

Die Sicht der Betroffenen mit affektiven Erkrankungen auf ihr Case Management (CM) wurde kaum untersucht. Diese wissenschaftliche Master-Arbeit spricht gleichsam alle Akteure der Arbeitsintegration, Arbeitgebende, Gesundheitsdienstleister und Anbietende eines Case Managements, sogar Betroffene an. Mithilfe der Arbeit konnten wertvolle Erkenntnisse gewonnen werden, um die Begleitung der beruflichen Eingliederung zu verbessern.

Ziel dieser Master-Arbeit war, das Erleben, die Beurteilungen und die Erfahrungen des Case Managements den aktuellen Erkenntnissen aus der Literatur gegenüber zu stellen. Die Zielgruppe befand sich nach einem Stellenverlust in einer IV-Eingliederungsmassnahme. Ihr Case Management bei längerer Arbeitsunfähigkeit haben sie in der Retrospektive beurteilt.

Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit acht leitfadengestützten Interviews angewendet. Die Kategorien wurden mit einem deduktiv-induktiven Ansatz generiert und kategorisiert. Die Ergebnisse wurden mittels definiertem Kategoriensystem systematisch und wissenschaftlich aufgelistet. Die Ergebnisse wurden wissenschaftlich erarbeitet und diskutiert. Erkenntnisse und Empfehlungen wurden zusammenfassend aufgelistet.

Das Case Management wurde qualitativ wie quantitativ als unterstützend und förderlich wahrgenommen. Mit ihren Erkrankungen und dem schweren Verlauf waren die Betroffenen den vielseitigen Anforderungen in ihren Prozess überfordert. Vor allem in der Kommunikation mit ihren Arbeitgebenden und sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Fragestellungen. Der Bedarf an ein CM ist vorhanden, was jedoch bei der Mehrheit der Fälle gar nicht oder zu spät griff.

CM-Programme sollten früher und besser positioniert werden. Die Möglichkeiten sind vorhanden, jedoch sind dabei alle Akteure gefordert, um die Betroffenen optimal zu unterstützen und somit möglichst schwere Verläufe oder eine Kündigung zu vermeiden. Ein Set von zusätzlichen Interventionen und Massnahmen ist notwendig.

Vorwort

Als Elektromonteur in mein Berufsleben gestartet, habe ich mich als Ergotherapeut in der beruflichen Rehabilitation und Arbeitsintegration weitergebildet und in mehrjähriger Praxis vertieft. Aktuell bin ich als Case Manager bei einer Durchführungsstelle für IV-Eingliederungsmassnahmen tätig. Diese Massnahmen starten grösstenteils ein bis zwei Jahre nach der letzten beruflichen Anstellung im 1. Arbeitsmarkt. Ich begleite psychisch erkrankte Menschen auf dem Weg der beruflichen Reintegration - dies über die Zeit einer Potenzialabklärung sowohl während Integrationsmassnahmen, zu denen ein Belastbarkeitstraining gehört, als auch während beruflichen Massnahmen, wie ein Arbeitsversuch oder ein Job Coaching.

In diesem Zusammenhang interessiert mich die erste Phase der Arbeitsunfähigkeit der betroffenen Menschen zu Beginn der gesundheitlichen, psychischen Schwierigkeiten. Ich habe mir oft die Frage gestellt, ob ein Arbeitsverlust wirklich notwendig gewesen wäre oder ob dies mit frühzeitigem und effektivem Case Management hätte verhindert werden können. Auch ob damit sogar die gesundheitliche Situation positiv beeinflussbar wäre.

Mit dieser Masterarbeit schliesse ich den MAS Arbeitsintegration an der Hochschule Luzern ab. Im Jahr 2014 habe ich mich mit dem CAS Arbeitsintegration auf den Weg dazu gemacht. Im Anschluss habe ich den CAS Eingliederungsmanagement an der Fachhochschule Nordwestschweiz absolviert, und zu guter Letzt direkt vor dieser Masterarbeit den CAS Sozialversicherungsrecht, ebenfalls an der Hochschule Luzern. Zu Beginn der „Reise“ habe ich mich noch nicht mit dem Master auseinandergesetzt, doch nun ist es soweit. Ich bedanke mich auf diesem Weg bei allen Dozierenden und vor allem auch den bereichernden Mitstudierenden, welche mich auf diesem Weg unterstützt, getragen und motiviert haben. Von dieser Zeit nehme ich neben viel neuem Wissen und wertvollen Erkenntnissen vor allem auch gute Erinnerungen, spannende Gespräche und Menschen, ja sogar Freundschaften mit in die Zukunft.

Für das Gelingen dieser Masterarbeit bedanke ich mich besonders bei:

- Werner Riedweg, Studiengangleiter und MAS Begleiter, für die hilfreichen, konstruktiven Feedbacks sowie die wertvolle Literatur, welche mich immer wieder auf den richtigen Weg brachten.
- Allen Teilnehmenden der Interviews, welche sich spontan und offen für diese empirische Forschung zur Verfügung gestellt haben. Die Gespräche, ihre ganz persönliche Geschichte, waren nicht nur für diese Arbeit spannend, sondern haben mich auch als Menschen bereichert.
- Meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen für die Unterstützung bei der Akquise der Interviewteilnehmenden.
- Meinen Korrekturlesenden für die grammatikalischen und inhaltlichen Anmerkungen.

Ich bedanke mich auch bei meinem Umfeld, vor allem bei meiner unterstützenden und fachkundigen Partnerin, welche mir den Rücken freigehalten hat, mich mental und auch fachlich unterstützt hat und mich mit ihrer Begeisterung für das Thema zusätzlich motiviert hat. Vor allem war sie die Person, die mich durch einzelne Krisen und Schreibblockaden positiv bestärkt und getragen hat.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende schriftliche Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der in den Verzeichnissen oder in den Anmerkungen genannten Quellen angefertigt habe. Ich versichere zudem, diese Arbeit nicht anderweitig als Leistungsnachweis verwendet zu haben. Eine Überprüfung der Arbeit auf Plagiate unter Einsatz entsprechender Software darf vorgenommen werden.

17. Oktober 2020

Pascal Keller



Anzahl Zeichen inklusive Leerschläge ohne Tabellen, sowie ohne Verzeichnisse und Anhang:

111'449 (57 Seiten)

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	I
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis/Glossar	VII
EINLEITUNG	8
1 Ausgangslage.....	8
2 Relevanz.....	10
3 Thematische Einleitung.....	11
3.1 Psychische Erkrankungen in Bezug zur Arbeit	11
3.1.1 Affektive Störungen (ICD 10 F3)	13
3.2 Das Case Management	14
3.2.1 Kompetenzprofil/Leitprinzipien für Case Managerinnen und Case Manager..	16
3.2.2 Existierende Formen des Case Managements in der Arbeitsintegration	16
3.2.3 Akteure in der Arbeitsintegration	17
3.2.4 Aktuelle Praxis der beruflichen Wiedereingliederung	19
4 Problemstellung.....	20
5 Fragestellung.....	21
6 Untersuchungskriterien und Zielsetzungen	22
7 Methodisches Vorgehen	23
7.1 Studienkonzept	23
7.2 Datengenerierung mittels leitfadengestützter Interviews	24

7.3	Ergebnisaufbereitung mittels Kategoriensystem	25
7.4	Gliederung der Ergebnisse	25
HAUPTTEIL		26
8	Stichprobe	26
9	Eine qualitative Inhaltsanalyse	28
9.1	Gütekriterien dieser qualitativen Forschungsmethode.....	28
9.2	A-priori und induktive Kategorienbildung.....	30
9.2.1	Kategoriendefinitionen.....	30
ERGEBNISSE.....		34
10	Beschreibung der Ergebnisse anhand des Kategoriensystems	34
10.1	Krankschreibung	34
10.2	Case Management/Fallführung	35
10.3	Arbeitsplatzerhalt/Kündigung.....	38
10.4	IV/weiteres Prozedere.....	40
11	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse.....	42
12	Beantwortung der Fragestellung.....	44
SCHLUSSFOLGERUNGEN		45
13	Fazit.....	45
14	Empfehlungen für das Case Management.....	47
14.1	Zusammenfassung für das Case Management	48
15	Weiterführende Theorien- und Hypothesenbildungen	49
16	Reflexion dieser Master-Arbeit	50

Literatur- und Quellenverzeichnis.....	52
ANHANG.....	55
A Kompetenzprofil für Case Manager/innen	55
B Interview Leitfragebogen.....	56
C Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	57
D Schriftliche Protokolle.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Invalidisierende, psychische Erkrankungen	11
Abbildung 2: Verhaltensprobleme aus der Sicht von Arbeitgebenden	12
Abbildung 3: Regelkreis des Case Management	15
Abbildung 4: Übersicht Durchführungsstelle eines CM	36
Abbildung 5: Beginn des CM	36
Abbildung 6: Zeitpunkt der Kündigung.....	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobe	27
Tabelle 2: Kategoriendefinitionen	31
Tabelle 3: Zusammenfassung der Ergebnisse zum CM	41
Tabelle 4: Empfehlungen des Autors.....	48

Abkürzungsverzeichnis/Glossar

AF	Arbeitsfähigkeit
AG	Arbeitgeber
AUF	Arbeitsunfähigkeit
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement/Betriebliches Case Management
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CM	Case Management (Konzept)
HR	Human Ressource/Personaldienst
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KTV	Krankentaggeldversicherung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RTW	Return-to-Work Programm (Zurück zur Arbeit)
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

Einleitung

1 Ausgangslage

Psychische Gesundheit in Bezug zur Arbeit begann mit der industriellen Revolution. Mit der Industrialisierung begannen auch die Forderungen nach sozialer Absicherung und gesundheitlicher Unterstützung. Zuerst haben sich die Betroffenen in Gewerkschaften zusammengeschlossen. Darauf folgte die Antwort des Staates durch die Schaffung des Fabrikgesetzes im Jahr 1877. Eine koordinierte Regelung der Kranken-, Unfall- und Militärversicherung scheiterte im Jahr 1900 deutlich in einer Referendumsabstimmung (Lex Forrer). Wegen dieses Scheiterns, wurden schrittweise eine Militärversicherung (1901) und ein Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (1911) eingeführt. Unfall und Krankheit wurden (bereits) in diesem Gesetz völlig unterschiedlich geregelt (Thomas Locher & Thomas Gächter, 2014, S. 33-36). 1913 wurde das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) gegründet und im Jahr 1918 die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2013).

Laut Brigitta Danuser (2019) wurde der Mensch in den Fabriken zu Beginn als Maschine angesehen und ab Mitte des 19. Jahrhunderts der Mensch als Motor. Mit der Massenproduktion und dem «menschlichen Motor» mussten diese Arbeitskräfte unterhalten und somit auch erforscht werden. Arbeitswissenschaftliche Forschungsthemen wie die Untersuchung von Energieaufwand, Müdigkeit oder Reaktionszeiten wurden zu betreiben begonnen. Es kamen im Verlaufe der Zeit andere Themen wie die thermalen und visuellen Faktoren (Wärme, Kälte, Licht und Dunkelheit, insbesondere die Auswirkung von Nachtarbeit auf die Gesundheit), sowie die ergonomische Forschung dazu. Mit dem Arbeitsgesetz von 1960, welches das Fabrikgesetz ablöste, wurde die Gesundheitsvorsorge gesetzlich verankert, das heisst, Arbeitgebende haben alle Massnahmen für ihre Arbeitnehmenden zum Schutz von Leben und Gesundheit zu treffen (S. 60-62).

Ab 1968 wurden mehr Autonomie und Flexibilität von den Arbeitnehmenden gefordert. Die Arbeit wurde nun als Dienstleistung verstanden und nicht mehr als Produkt, BezügerInnen wurden zur Kundschaft oder zum Klientel. Mit diesem Wandel veränderten sich auch die Arbeitsanforderungen. Eine rein physische Aktivität entwickelte sich, unter anderen mit der Entwicklung der Bürokratie und Administration, zu einer intellektuellen Arbeit. Die Interaktion und Kommunikation wurden zu einem neuen Paradigma. Die Industrie brauchte neue Kompetenzen wie Selbstverantwortung und Selbstständigkeit. Kommunikative, affektive, intellektuelle und kreative Anforderungen wurden immer wichtiger, um die Effizienz zu steigern und die Zielvorgaben erreichen zu können. In den letzten dreissig Jahren wurden zudem die

Selbstverwirklichung, soziale Integration, sowie Identität und Anerkennung im beruflichen Kontext immer wichtiger (Danuser, 2019, S. 62-63).

Seit den achtziger Jahren wurde eine kontinuierliche Zunahme von nicht spezifischen Beschwerdebildern festgestellt. Diese betreffen den Bewegungsapparat wie chronische Schmerzen, oder psychische Symptome und Beschwerden. Seit den Neunzigern wurde ein eigentlicher Forschungsboom beobachtet und seit dem Jahr 2000 traten stressbezogene Erkrankungen in den Fokus (arbeits- und berufsassoziierte Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen). Psychische Diagnosen wie Depressionen, Persönlichkeits- und Angststörungen oder das moderne «Burnout» wurden erforscht (Danuser, 2019, S. 68).

Laut Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher und Paul Camenzind (2016) erkrankt fast jede zweite Person in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung (Obsan Bericht S. 72). Für die betroffenen Personen hat sie Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Auch die Zahl der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist in den letzten Jahren gestiegen (S. 11-48). In Deutschland haben sich die Arbeitsausfalltage aufgrund psychischer Störungen zwischen 2004 und 2014 mehr als verdoppelt (Schuler et al., 2016, S. 12). Auch in der Schweiz war zwischen 2014 und 2017 eine Erhöhung von ca. 5 % feststellbar (Werner Enz, 2018). Psychische Störungen sind ausserdem die häufigste Ursache für Invalidität. Obwohl die absoluten Zahlen der Neurenten abgenommen haben, ist der Anteil Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheiten seit 2008 bei rund 43 % stabil geblieben (Schuler et al., 2016, S. 13).

Die Geschichte des Case Managements (CM) entstand in den USA und wurde gegen Ende der 90er Jahre in den deutschsprachigen Raum importiert. Der deutsche Begriff Fallmanagement bezeichnet jede Art von Ablaufschema organisierter und bedarfsgerechter Hilfeleistungen im Bereich der Sozialarbeit (Danuser, 2019, S. 223-225). Aus dem Amerikanischen wird dies als ein organisiertes Programm für den Zugang zu Gesundheitsdiensten beschrieben. Das Managed Care bezeichnet Systeme der gesundheitlichen Versorgung (Wolf Rainer Wendt, 2015). Zuerst wurde es in der Schweiz in der Medizin und Pflege implementiert. Auch heute noch wird im Krankenpflegebereich oder bei Krankenversicherungen von Care Management gesprochen.

Daraufhin wurde es in der Schweiz in verschiedene Versicherungszweige eingeführt – dies vor allem auch aus wirtschaftlichem Interesse, um Kosten einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit einsparen zu können. Wie sich die Sozialversicherungen betreffend Unfall und Krankheit trennten, so herrscht auch heute noch ein Unterschied des Case Managements bei Unfall oder Krankheit. Laut Danuser (2019) gibt es in der Schweiz eine Zwei-Klassen-Medizin betreffend Zugang zu einem Case Management. Wer einen Unfall hatte, hat am

ehesten einen Zugang zu einem Case Management, nämlich über die Unfallversicherung (S. 223). Bei der SUVA besteht das Case Management seit dem Jahr 2003. Die wesentlichen Eckpfeiler des bisherigen Case Managements hat die Suva nicht in Frage gestellt, sondern weiterentwickelt. Es wurde im Jahr 2016 nach einer Kostenwirksamkeitsstudie, betreffend der Situation, der Wirkungen und der Effizienz, angepasst (Stefan M. Scholz, Peter Andermatt, Benno L. Tobler & Dieter Spinnler, 2016).

Bei einer Krankheit gibt es verschiedene Szenarien. Die Fallbegleitung gestaltet sich unterschiedlich, zum Beispiel über das betriebliche Gesundheitsmanagement in privaten oder staatlichen Betrieben, über die Krankentaggeldversicherungen, über externe Anbieter bzw. Organisationen oder über die IV (Danuser, 2019, S. 220-222). Später in der thematischen Einleitung wird spezifischer auf die verschiedenen Arten von Case Management eingegangen. Eine gesetzliche Pflicht zu einem Case Management oder einem betrieblichen Eingliederungsmanagement gibt es in der Schweiz im Gegensatz zu Deutschland nicht. In Deutschland sind Arbeitgebende zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements gesetzlich verpflichtet (Katharine Bode, Friederike Maurer & Christoph Kröger, 2017, S. 26). Case Manager/in ist keine geschützte Berufsbezeichnung. Stellenbezeichnungen mit ähnlichen Aufgaben sind Fall- und Belegungsmanager/in, Care Manager/in, Patientenbegleiter/in oder Patientenkoordinator/in.

2 Relevanz

In dieser Thematik besteht eine hohe volkswirtschaftliche Relevanz. Gemäss einer Schätzung beliefen sich die finanziellen Belastungen psychischer Erkrankungen für das Jahr 2010 in der Schweiz auf 11 Milliarden Franken. Psychische Störungen verursachen hohe soziale und ökonomische Kosten (Schuler et al., 2016, S. 59).

Eine Vermeidung des Arbeitsplatzverlustes bzw. frühzeitige Massnahmen der Arbeitsintegration erhöhen die Chancen einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung. Laut der BSV Studie über die IV-Eingliederungsmassnahmen mit einer schweizweiten Befragung von Betroffenen steigt die Chance auf eine erfolgreiche berufliche Eingliederung über alle gesundheitlich bedingten Ausfälle um 70 %, sofern eine Kündigung vermieden werden kann. Eine erfolgreiche berufliche Eingliederung von psychisch erkrankten Menschen aus einer Eingliederungsmassnahme der IV beträgt 25 %. Die Eingliederungschancen aus IV Massnahmen sind bei psychischen Erkrankungen um das 2.5-fache geringer als bei muskuloskelettalen Erkrankungen (Niklas Baer, Ulrich Frick, Christine Besse, Neisa Cuonz & Michael Matt, 2018).

Die Thematik von einem Case Management in der ersten Phase der Arbeitsunfähigkeit für einen Arbeitsplatzverlust bei affektiven Erkrankungen hat vor allem für die Betroffenen ihre Relevanz – dies als allgemeine Unterstützung und Beeinflussung ihrer gesundheitlichen Situation – sowie wirtschaftlich für die Ökonomie und die Sozialversicherungen.

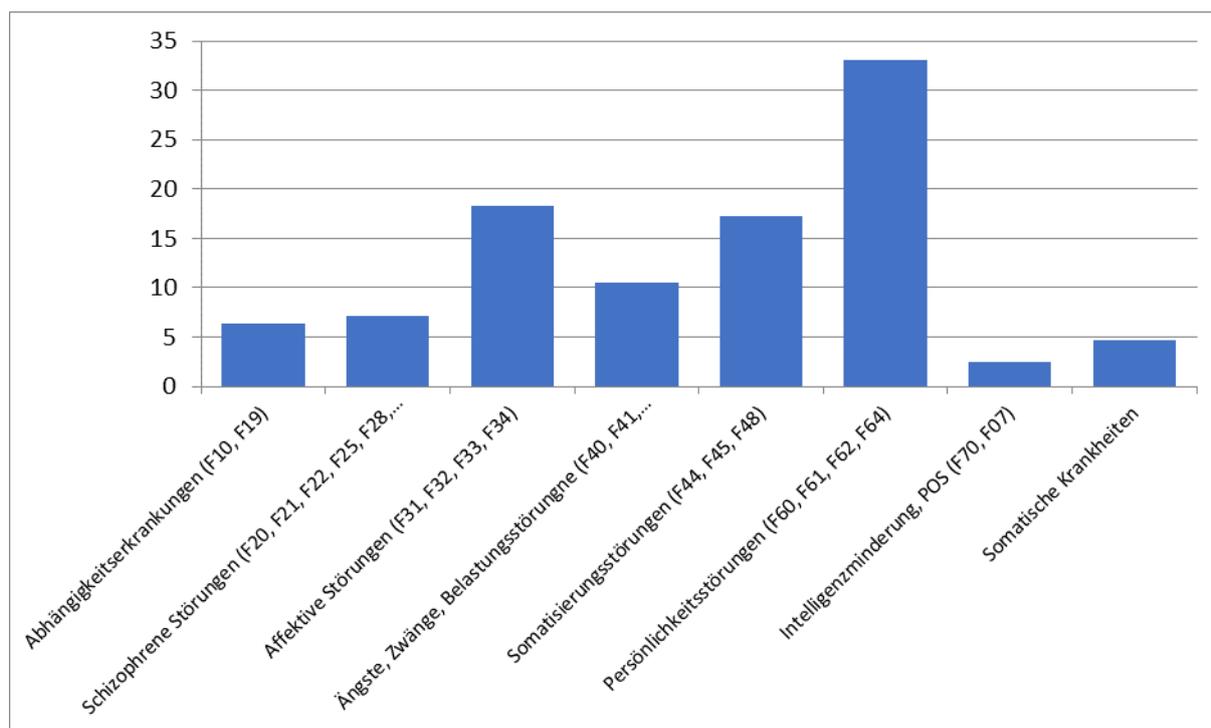
3 Thematische Einleitung

3.1 Psychische Erkrankungen in Bezug zur Arbeit

Laut Schuler et al. (2016) ist die Depression, die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Sie gilt aufgrund der durch sie verursachten Krankheitslast, einschliesslich der durch sie mitbedingten somatischen Leiden, als eines der grössten Gesundheitsprobleme entwickelter Gesellschaften. Wegen eines psychischen Problems begaben sich innerhalb eines Jahres 6.9 % der Bevölkerung in Behandlung (S. 11).

Mit einem Anteil von rund 52 % waren im Jahr 2014 psychogene Störungen und Psychopathien – darunter fallen insbesondere Persönlichkeitsstörungen, depressive Störungen sowie somatoforme Schmerzstörungen – die häufigste Ursache für psychisch bedingte Neurenten (Schuler et al., 2016, S. 7).

Abbildung 1: Invalidisierende, psychische Erkrankungen

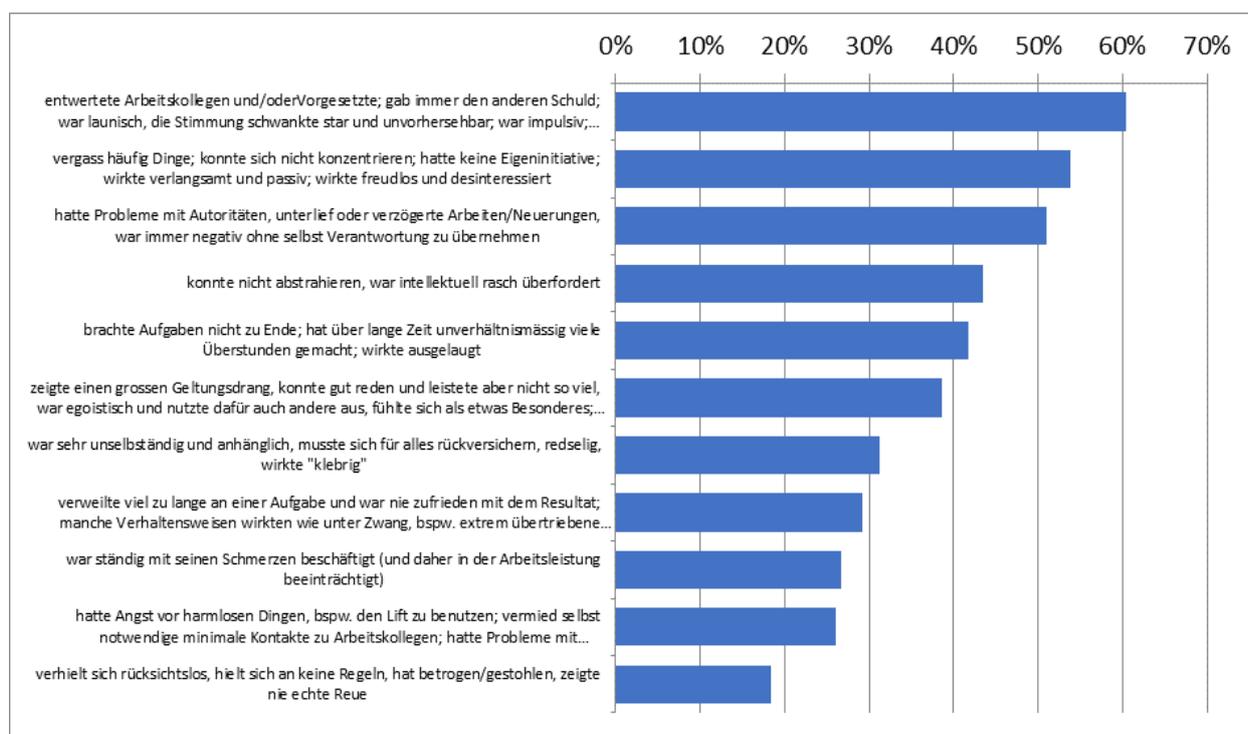


Quelle: Niklas Baer (2017)

Für diese wissenschaftliche Arbeit werden die affektiven Störungen als die zweitmeiste invalidisierende Störung nach Niklas Baer (2017) und Schuler et al. (2016) in die Zielgruppe einbezogen. Dafür wurden vor allem die Definitionen und Beschreibungen der Klassifizierung ICD-10 hinzugezogen. Eine Vermischung einzelner Symptome und Krankheitsbilder ist in der Praxis oft vorhanden, vor allem das Nebeneinanderbestehen von Depression und Angst (Horst Dilling & Harald J. Freyberger, 2019, S. 119). Laut Baer (2017) gebe es kaum Patienten/innen mit Arbeitsproblemen, bei denen arbeitsbezogene Ängste keine wichtige Rolle spielen. Ängste wirken sich im Hintergrund sehr destruktiv auf Integrationsbemühungen aus, weil sie zu einem Vermeidungsverhalten führen.

Verhaltensauffälligkeiten wirken sich besonders im Arbeitsumfeld negativ aus. Vor allem Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Verhalten werden von Führungskräften und Personalverantwortlichen als störend genannt (siehe Abbildung 2) (Baer, 2017). Ängste, Konzentrationsschwierigkeiten, fehlender Antrieb oder Freudlosigkeit und Desinteresse können auf affektive Erkrankungen schliessen, andere Verhaltensprobleme jedoch auf Persönlichkeitsstörungen oder somatoforme Schmerzstörungen.

Abbildung 2: Verhaltensprobleme aus der Sicht von Arbeitgebenden



Quelle: Baer (2017)

Psychische Gesundheit umfasst Aspekte wie persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit die normalen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und im Stande zu sein, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen. Psychische Gesundheit bedarf eines Gleichgewichts zwischen Anforderungen und Ressourcen (Danuser, 2019, S. 51).

Das Fehlen von Arbeit mache die Menschen weitaus mehr krank als die Arbeit den Menschen krank mache, so Bode et al. (2017). Arbeitslose Menschen schätzen ihre psychische und körperliche Gesundheit schlechter ein als Erwerbstätige. Arbeitslose verzeichnen eine höhere Anzahl an Arztbesuchen auf (Bode et al., 2017, S. 11-12). Die stressbezogenen Erkrankungen, wie das Burnout oder Erschöpfungsdepression, welches unter anderem direkt auf die Belastungen am Arbeitsplatz zurückzuführen sind, sind heutzutage stark im Fokus (Danuser, 2019, S. 68). Widerstandsfähigkeit, Resilienz und Recovery sind jedoch bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt. Somit kann nicht direkt die Aussage gemacht werden, dass die Anforderungen der Arbeit die Menschen krank machen. Baer (2017) meint dazu, dass bei psychisch kranken Menschen das Problem selten in ihrer spezifischen Arbeit und ihrem Beruf liegt, sondern in den krankheitsbedingten Leistungsdefiziten und Verhaltensproblemen.

3.1.1 Affektive Störungen (ICD 10 F3)

Der Beginn von einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen. Solche Episoden können auch am Arbeitsplatz ausgelöst werden, eine Prävalenz kann jedoch bereits seit der Kindheit vorhanden sein.

Die Hauptsymptome bei affektiven Störungen bestehen in einer Veränderung der Stimmung oder Affektivität. Dies kann bis hin zur Depression sein, mit oder ohne begleitende Angst, oder bis hin zur gehobenen Stimmung. Mit dem Stimmungswechsel verändert sich auch das allgemeine Aktivitätsniveau. Unter den affektiven Störungen fallen die manischen Episoden, die leichte, mittelschwere und schwere depressive Episode, die bipolare Störung, sowie die rezidivierende depressive Störung. Die bipolare Störung ist charakterisiert durch einen Wechsel der manischen und depressiven Episoden. Die rezidivierende Störung ist durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet (Dilling et al. 2019, S. 119 - 151).

Zum Krankheitsbild gehören Stimmungseinengung (Verlust der Fähigkeit zu Freude oder Trauer, fehlende Resonanz auf Aufheiterungsversuche von aussen), Antriebshemmung, Unruhe, Denkhemmungen oder Schlafstörungen (Bundesamt für Statistik, 2020). Starke Ausprägungen dieser Symptome führen zu einem reduzierten Aktivitätsniveau und einer redu-

zierten Leistungsfähigkeit, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit und meist zu einem Klinikaufenthalt führen.

Eine solche starke Ausprägung kann eine mittelgradige oder schwere depressive Episode sein (F32.1 bzw. F32.2). Diese beinhalten eine Reihe von quälenden Symptomen (nach ICD10 mindestens acht definierte Symptome) wie Interessen- oder Freudeverlust, Appetitverlust, verminderter Antrieb oder geistige Ermüdbarkeit und Verlust des Selbstvertrauens mit unbegründeten Selbstvorwürfen. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid gehören ebenfalls zu einer schweren depressiven Episode (Dilling et al. 2019, S. 137).

3.2 Das Case Management

«Case Management ist ein Handlungskonzept zur strukturierten und koordinierten Gestaltung von Unterstützungs- und Beratungsprozessen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess werden Menschen in komplexen Problemlagen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt und auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistungen erbracht. Die Erreichung gemeinsam vereinbarter Ziele wird angestrebt. Das Case Management will Grenzen von Organisationen und Professionen überwinden und eine organisationsübergreifende Steuerung des Unterstützungsprozesses gewährleisten. Dazu werden Netzwerke initiiert und gepflegt. Case Management respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, berücksichtigt die Anforderungen des Datenschutzes und nutzt und schont die Ressourcen im Klienten- sowie im Unterstützungssystem. Die bedarfsbezogene Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes wird gefördert.» (Netzwerk Case Management Schweiz, 2014, S. 5).

Im Konzept des Case Management und bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit wird stets vom Bedarf ausgegangen und die Schwerpunkte und Ziele darauf ausgerichtet. Der Bedarf beschreibt, was benötigt wird und was vom Sozialversicherungssystem her möglich ist (Gesetz, Rahmenbedingungen). Bedürfnisse sind vielfältige, dahinterliegende Wünsche der Menschen.

Im Verfahren des Case Managements gibt es drei Ebenen. In dieser Arbeit geht es um die Einzelfallebene. Das heisst, das Case Management (bei komplexen Problemlagen) bezieht sich auf die konkrete Zusammenarbeit mit den Betroffenen, den Aufbau und die Steuerung von fallbezogenen Unterstützungsnetzen (personenbezogene Fallführung). Case Manager/innen gewährleisten Kontinuität der Intervention und tragen die fachliche Verantwortung gegenüber den einzelnen Klientinnen und Klienten (Netzwerk Case Management Schweiz,

2020, S. 7). Das Case Management ist das Handwerk, einen komplexen Fall zu leiten und zu einem messbaren Resultat zu bringen (Danuser, 2019, S. 225).

Die weiteren Ebenen sind die Organisations- und die Versorgungsebenen. Diese beinhalten die Regelungen zwischen den Organisationen mit dem Auftrag, Zielsetzungen und einem Konzept. Als Element in einer gesamtheitlichen Gesundheitspolitik und der Sozialplanung verankert, soll es am wirksamsten funktionieren (Netzwerk Case Management Schweiz, 2020, S. 7).

Um das Denken und Handeln im Case Management-Prozess zu organisieren, gibt es fünf Verfahrensschritte. Ein Zyklus kann individuell gestaltet und angepasst werden. Die gleichzeitige Anwendung mehrerer Prozessschritte ist möglich. Ein erster Schritt ist die Klärungsphase bzw. das Intake und beinhaltet die Kontaktaufnahme, die Klärung der Indikation beziehungsweise der Zuständigkeiten, sowie die verbindliche Vereinbarung über die zukünftige Zusammenarbeit (Kontrakt). Ziel des Intake ist es, zu klären, ob der Fall den Kriterien des Case Management-Programms entspricht und wer für die Fallverantwortung zuständig ist (Netzwerk Case Management Schweiz, 2020, S. 7-11). Somit ist auch klar, dass in irgendeiner Form eine Anmeldung bei einem Case Management notwendig ist, um einen solchen Prozess ins Rollen zu bringen.

Die weiteren Schritte des Regelkreises in der konkreten Einzelfallebene sind in der Abbildung 3 dargestellt. Dieser Prozess beinhaltet den Befund der Ausgangslage (Assessment), die Planung mit den Zielformulierungen (Service-Planung), die Vernetzung und Koordination der notwendigen Akteure und Massnahmen (Linking), die Überwachung der Interventionen (Monitoring) und die Beurteilung dieser Interventionen (Evaluation). Die Case Manager/innen sind somit die Fallführenden, die Koordinierenden und Überwachenden in der Einzelfallbegleitung. Nach der Theorie sind sie nicht die Durchführenden der Interventionen, sondern die Vermittelnden von passenden Unterstützungsangeboten. Sie können verschiedene Rollen wie die des Kommunikators, die anwaltschaftliche Rolle oder die des Koordinators übernehmen.

Abbildung 3: Regelkreis des Case Management



Quelle: Löcherbach (2013)

3.2.1 Kompetenzprofil/Leitprinzipien für Case Managerinnen und Case Manager

Die methodischen Anforderungen im Case Management ergeben sich aus der professionellen Einstellung auf eine Person oder eine Bedarfsgemeinschaft. Dies wird mit der Art der Kommunikation, in der Weise der Beratung und im Prozedere des Entscheidens erreicht und hat das Ziel bedarfsgerecht und zielwirksam handeln zu wollen (Wolf Rainer Wendt & Peter Löcherbach, 2017, S. 12-13).

Case Manager/innen stellen sich den Anforderungen komplexe Aufgaben bzw. Problemstellungen zu meistern. Dafür benötigen sie Gesprächs- und Verhandlungskompetenzen, sowie die Fähigkeit zur Moderation und Beratung. Weiter führen Wendt und Löcherbach (2017) die Konfliktfähigkeit, die interkulturellen Kompetenzen, die Fähigkeit zum Schnittstellenmanagement oder die Berichtsfähigkeit aus. Ebenso gehört das Netzwerken mit allen Stellen und Personen, das heisst mit den involvierten Akteuren bei der Arbeitsintegration, zu einer wesentlichen Qualifikation der Case Manager/innen (S. 28-29). Das Netzwerk Case Management Schweiz (2016) hat eine eigene Darstellung von 16 Schlüsselkompetenzen veröffentlicht (siehe Anhang A). Als sehr stark ausgeprägte Kompetenzen werden unter anderem die Kommunikationsfähigkeit, die Problemlösung oder das Beziehungsmanagement aufgelistet. Die Glaubwürdigkeit und Entscheidungsfähigkeit sind ebenfalls wichtige Eigenschaften (S. 2).

Ein Case Management richtet die Unterstützungsangebote an dem Bedarf des Klientels aus. Dieses wird möglichst umfassend in alle Abläufe einbezogen und zur Verantwortungsübernahme ermutigt. Dabei werden die Lebenswelten wahrgenommen und einbezogen und im Sinne des Empowerments die Selbstbefähigung bzw. die Selbstwirksamkeit gestärkt. Es sollten relevante gesundheitliche, soziale, organisatorische und örtliche Merkmale berücksichtigt werden. Bei der Begleitung von komplexen Problemstellungen soll die prioritäre Ausrichtung des Hilfeangebotes ressourcenorientiert sein. Vorhandene Fähigkeiten und personelle, sowie materielle Hilfen sollen so weit wie möglich erhalten bleiben und gegebenenfalls ausgebaut werden (Wolf Rainer Wendt & Peter Löcherbach, 2009).

3.2.2 Existierende Formen des Case Managements in der Arbeitsintegration

In der Schweiz finden wir firmeninternes Case Management oder ein externes Case Management. Das Inhouse Case Management wird auch als betriebliches Case Management als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements bezeichnet. Diese Case Manager/innen sind Angestellte der gleichen Arbeitgebenden wie die Betroffenen. Laut Danuser (2019) mache ein betriebliches Case Management ab ca. 1000 Angestellten Sinn (S. 230-231).

Ein externes Case Management finden wir bei den verschiedenen Sozialversicherungen. Dort ist der Case Manager bzw. die Case Managerin bei der Versicherung angestellt und kennt den Arbeitsplatz, sowie die Arbeitsbedingungen weniger gut als der/die betriebliche Case Manager/in. Beim privaten Anbieter von einem Case Management sind diese beim jeweiligen Anbieter angestellt und werden von Arbeitgebenden oder von einer Versicherung beauftragt. Bei Patientenorganisationen werden die Case Manager/innen durch die Stiftungsgelder finanziert (Danuser, 2019, S. 230-231).

3.2.3 Akteure in der Arbeitsintegration

In der ersten Phase der Arbeitsintegration bei der genannten Zielgruppe sind unterschiedliche Akteure involviert. Das schweizerische System ist mit vielen verschiedenen Stakeholdern komplex (Danuser, 2019, S. 215). Im Folgenden können nicht alle aufgelistet, jedoch sollen die Wichtigsten genannt werden. Zuerst soll die Abgrenzung zum Job Coaching aufgeführt werden, da dieser Ansatz Parallelen und Überschneidungen zum Case Management hat.

Das Job Coaching arbeitet nach der Grundidee des Supported-Employment-Konzeptes, schreiben Bettina Bärtsch und Micheline Huber (2019). Dieser Paradigma-Wechsel in den 1990er Jahren gilt als evidenzbasiert und kann am besten mit «erst platzieren, dann trainieren» zusammengefasst werden. Menschen können durch ein Job Coaching beim direkten Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt werden. Die Job Coaches arbeiten eng mit Behandelnden und Arbeitgebenden zusammen. Sie begleiten das Klientel nach einer akuten Krankheitsphase bei der Rückkehr an die angestammte Tätigkeit oder wenn Schwierigkeiten am Arbeitsplatz auftreten. Somit kann der Arbeitsplatz Erhalt ein zentrales Ziel sein (S. 14-16). Jobcoachings übernehmen auch Aufgaben eines Case Managements, wie zum Beispiel die Koordination unterschiedlicher Stellen oder sie sind im beschränkten Umfang Fachpersonen für versicherungstechnische und rechtliche Fragen. Es kann aber nicht gleichgesetzt werden. Nach der Auffassung von Bärtsch et al. (2019) erfordert ein Job Coaching eine viel engere Zusammenarbeit mit den Klienten und einen höheren Beratungsanteil. Dies erfordert somit einen erhöhten Einsatz von zeitlichen Ressourcen. Ist zusätzlich ein Case Management involviert, ist eine Rollen- und Auftragsklärung wichtig und Synergien sollten genutzt werden (S. 100-101). Die Praxis zeigt, dass auch Case Manager/innen Rollen eines Job Coaches übernehmen, wenn die Kompetenzen und Ressourcen dazu vorhanden sind. Dies sollte jedoch in seinem Leistungsumfang integriert und Teil seines Auftrages sein. Umgekehrt braucht es für ein Job Coaching einen Auftraggebenden, welcher vielfach von einem Case Management herangezogen wird (IV, Taggeldversicherung, Arbeitgebende). Wer nun die Fallführung inne hat, kann im Verlauf wechseln und sollte in der Rollenklärung definiert sein.

Die Arbeitgebenden sind die zentralen Akteure. Je nachdem ob ein betriebliches CM von den Arbeitgebenden involviert ist, kann die Fallführung bei diesem sein. Wichtige Bezugspersonen bei den Arbeitgebenden sind die direkten Vorgesetzten, die Betriebsleitung oder der Personaldienst. Sie sind angewiesen auf ein Arztzeugnis und die Vorgaben der Behandelnden. Dort, wo mit einem betrieblichen Zurück zur Arbeit-Programm (Return to Work-Programm, RTW) gearbeitet wird, haben die betrieblichen Eingliederungs- oder Gesundheitsmanagements einen Case Management-Ansatz (Danuser, 2019, S. 237-240).

Das soziale Umfeld kann ein wichtiger Beitrag zum Gelingen der beruflichen Eingliederung sein und sein Netzwerk soll genutzt werden (Bärtsch et al., 2019, S. 153-154). Deshalb können Ehepartner, Kinder oder Eltern im weitesten Sinne auch als Akteure angesehen werden.

Die Behandelnden nehmen bei der Krankschreibung eine zentrale Rolle ein. Bei der Zielgruppe dieser Arbeit sind dies die Psychiater/innen oder Hausärzte/innen, sowie (Psycho)therapeutische Massnahmen, wie auch die Ergotherapie. Hausärzte/innen werden meist zuerst konsultiert, welche die Betroffenen an Spezialisten/innen weiterleiten. Laut Danuser (2019) betrifft dieses System ca. 3'850'000 Arbeitnehmende (S. 239). Ebenfalls können auch stationäre Einrichtungen Teil des Behandlungsteams sein. Dies kann ausgeweitet werden auf jegliche Formen von medizinischen/therapeutische Massnahmen.

Beim Wiedereinstieg aufgrund psychischer Krankschreibung beim bestehenden Arbeitsplatz ist die Krankentaggeldversicherung vielfach involviert. Eine Koordination mit oder von diesen kann für die Betroffenen und auch für die Arbeitgebenden zentral sein. Zum Beispiel ein therapeutischer Arbeitsversuch zur Anpassung und Angewöhnung muss vorab mit den Arbeitgebenden, den ärztlichen Behandelnden und der Taggeldversicherung koordiniert werden (Bärtsch et al., 2019, S. 154-155).

In der ersten Phase kann die IV zuerst mit einer Früherfassung oder direkt mit der Frühintervention involviert werden. Dies ist nach 30 ununterbrochenen Krankheitstagen möglich oder nach wiederholenden Kurzabsenzen innerhalb eines Jahres. Durchschnittlich verfügt dafür die IV einen Kostenrahmen von 5'000 Franken, im Einzelfall bis maximal 20'000 Franken (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2020). Die Eingliederungsberater/innen der IV-Stellen können als ein Case Management betrachtet werden.

Bei einem Stellenverlust oder einem drohenden Stellenverlust kann auch die regionale Arbeitsvermittlung RAV bereits in der ersten Phase involviert sein. Beratungsstellen – evtl. bereits während der Krankschreibung involviert – können betroffene Arbeitnehmende bei gesundheitlichen, finanziellen, sozialen oder arbeitsrechtlichen Fragen unterstützen.

3.2.4 Aktuelle Praxis der beruflichen Wiedereingliederung

Für die berufliche Wiedereingliederung bei Krankheit gibt es in der Schweiz kein einziges und konkretes Szenario. Danuser (2019) hat typische Szenarien dargestellt. Bei kleinen und mittelgrossen Betrieben reagiert häufig die Krankentaggeldversicherung. Niemand vom Betrieb nimmt die Rückkehr zu Arbeit in die Hand. Die Taggeldversicherung reagiert vielfach jedoch nicht mit einem Unterstützungsprogramm wie ein Case Management, sondern mit einer Expertise, die eine hohe Arbeitsfähigkeit attestiert. Wenn die psychisch betroffenen Arbeitnehmenden dieser Arbeitsfähigkeit nicht nachgehen können, kann die Taggeldversicherung die Zahlung einstellen und es kommt zu einer Entlassung. Der ärztlichen Betreuung (Hausarzt/Hausärztin) käme hier eine wichtige Rolle zu, indem er/sie den Prozess am Arbeitsplatz mit Kontaktaufnahme der Arbeitgebenden in Gang setzen könnte (S. 220-223).

Bei Betrieben mit einem Gesundheits- bzw. Case Management und/oder einem Arbeitsmedizinischen Dienst wird vielfach die Rückkehr begleitet. Dadurch kann ein Netzwerk aufgebaut werden, das einen dauerhaften Kontakt zwischen den Akteuren ermöglicht. In der Schweiz gibt es jedoch kaum Arbeitsmediziner/innen und ein Zugang zu einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement haben nur ca. 500'000 Arbeitnehmende (Danuser, 2019, S. 222-223).

Dieses Netzwerk könnte auch die Invalidenversicherung einschalten. Nach einer IV-Anmeldung würden über die Frühintervention vielseitige Unterstützungsmöglichkeiten wie ein Job Coaching zur Verfügung stehen. Andere Massnahmen der Frühintervention sind die Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Suche nach einer passenden Stelle (Arbeitsvermittlung) oder die Beratung für den Erhalt ihrer aktuellen Stelle (Job Coaching), Berufsberatung, sozialberufliche Rehabilitation, wie ein Belastbarkeitstraining oder Beschäftigungsmassnahmen. Auf diese Massnahmen der Frühintervention bestehen kein Rechtsanspruch, sowie kein Taggeldanspruch. Eine Mitwirkungspflicht besteht sowohl bei der versicherten Person, sowie bei den Arbeitgebenden. Ebenso ist die versicherte Person verpflichtet, alles Zumutbare zu unternehmen, um die Dauer der Arbeitsunfähigkeit möglichst kurz zu halten oder eine Invalidität zu verhindern (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2020).

Ein anderes Szenario ist je nach Art des Absenzen Managements eines Betriebes, dass die direkten Vorgesetzten oder Personalverantwortliche nach drei bis sechs Wochen Kontakt mit dem/der Mitarbeiter/in aufnimmt. Wenn dann die Rückkehrpläne unklar sind, versuchen diese, Kontakt mit dem behandelnden Arzt bzw. der Ärztin aufzunehmen. Hier treffen dann zwei wichtige Akteure aufeinander, welche in der beruflichen Wiedereingliederung nicht geschult sind. Das führt zu vielen Missverständnissen und der Prozess wird immer komplizierter. Hier kann es dann auch sein, dass bei einem komplexen Fall ein Case Management beigezogen wird (Danuser, 2019, S. 222-223).

4 Problemstellung

Es wurde ein starker Anstieg von psychisch bedingten Arbeitsproblemen festgestellt. In den letzten 30 Jahren sind in der Schweiz die Anzahl der IV-Renten aus psychischen Gründen um 400 % gestiegen (Baer, 2017). Somit sind psychische Krankheiten die häufigste Invaliditätsursache bei Neurentenbezügerinnen und -bezüger, wobei insbesondere 20- bis 50-jährige Personen davon betroffen sind (Schuler et al., 2016, S. 7).

Die Professionalisierung der Psychiatrie hat nicht verhindern können, dass immer mehr psychisch kranke Personen aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen wurden. Ein Arbeitsplatzverlust sollte vielfach das Ziel sein. Keine Kündigung, sowie ein besserer Bildungsstand der Personen wirken sich positiv auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung aus (Baer et al., 2018). Zudem findet bei psychisch auffälligen Mitarbeitenden zu selten ein Kontakt zwischen Ärzten/Ärztinnen und Arbeitgebenden statt. Behandelnde suchen bei rund 20 % der Fälle mit psychischen Problemstellungen den Kontakt mit den Arbeitgebenden (Baer, 2017).

Psychische Leiden sind für die Krankentaggeldversicherungen die kostspieligste Krankheitsgruppe. Danuser (2019) erwähnt zusätzlich, dass bei den Krankentaggeldversicherungen das Case Management meist nur auf dem Papier bestehe. Solche Programme werden seit 2012 eher wieder abgebaut. Für eine Versicherung lohne sich laut einem Direktor einer privaten Versicherung ein Case Management bei Krankheit finanziell nicht. Die Taggeldzahlungen seien geringer als die Ausgaben bzw. der Nutzen eines Case Managements. Es wird sogar kritisiert, dass das Case Management einer privilegierten Minderheit vorbehalten ist, bei welchen hohe Einsparungen erwartet werden können und nicht bei besonders komplexen Situationen (S. 235-237).

Laut Baer (2017) sollen Hausärzte/innen bei psychischen Erkrankungen Kooperationen suchen. Auch Danuser (2019) hält die Bedeutung der Hausärzte/innen in der Beratung und Begleitung fest (Danuser, 2019, S. 239) – sei dies mit dem Case Management der Taggeldversicherungen, dem Einbezug der IV mittels Früherfassung oder dem direkten Kontakt mit Arbeitgebenden. Ebenso können differenzierte Krankschreibungen entscheidend sein. Zu wenig reflektierte Krankschreibungen können eine Auflösung des Arbeitsverhältnisses bei Patienten/innen begünstigen. Im Durchschnitt gehören Krankschreibungen bei psychisch Erkrankten mit einer Dauer von fünf bis sechs Monaten zu den längsten überhaupt. Nach drei Monaten ist eine Krankschreibung für den Stellenverlust bereits an einem kritischen Punkt.

Obwohl in der aktuellen Situation scheinbar oft ein Case Management eingesetzt wird, scheinen die lange Krankschreibung und ein Stellenverlust vielfach unausweichlich. Danuser (2019) hält fest, dass das schweizerische Zurück zur Arbeit System und die Prozessunter-

stützungen lückenhaft sind. Vor allem die versicherungsbasierten Case Managements scheinen nicht die gewünschten Kostenreduktionen zu bringen, funktionieren wenig und überzeugen nicht. Vielversprechender seien die betrieblichen Programme, welche jedoch auch international am wenigsten gut erforscht seien. Eine Untersuchung der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) von 2014 hält fest, dass in der Schweiz das medizinische und das Arbeitssystem nicht verzahnt sind (S. 215).

Als Empfehlung aus der BSV Studie sollte der deutliche Zusammenhang zwischen fehlendem Austausch und Gesundheitsschädigung während der Eingliederungsmassnahme der IV weitergehend untersucht werden (Baer et al., 2018, S. 25). Für das deutsche Versorgungssystem wurde aktuell erwähnt, dass die Hausärzte/Hausärztinnen eine besondere Stellung als erste Ansprechpartner für psychisch Erkrankte sind. Die Bedeutung der besseren Vernetzung der Stakeholder bzw. Akteure werde zudem immer deutlicher (Franziska Kessemeyer, Harald Gündel, von Jörn Wietersheim, Michael Hölzer, & Eva Rothermund, 2020, S. 141).

Im Leitfaden für Arbeitgebende schreiben Peter Ettl und Niklas Baer (2020), dass meist ein rascher, schrittweiser und an die Erkrankung angepasster Wiedereinstieg sinnvoll ist, sofern es zu einer Arbeitsunfähigkeit kommt. In gewissen Fällen (z.B. schwere Depression und/oder Kaderposition) kann eine zu schnelle Arbeitsaufnahme jedoch kontraproduktiv sein (S. 7). Die Sicht der Betroffenen über die erste Phase der Krankschreibung bzw. Arbeitsintegration zeigt die BSV-Studie von 2018 nicht auf und eine relevante Literatur oder Studie darüber wurde nicht gefunden. Bei Netzwerk Case Management Schweiz wurde ebenfalls keine (aktuelle) relevante Forschungsarbeit gefunden.

Der wirtschaftliche Nutzen eines Case Managements ist die eine Seite, der volkswirtschaftliche und damit der Nutzen für die Betroffenen die andere. Es ist unklar, wie der Nutzen der Begleitung aus der Sicht von psychisch Erkrankten, erwerbstätigen Menschen aussieht. Die Beurteilung und das Erleben des Case Managements in der ersten Phase aus der Sicht von Betroffenen ist kaum untersucht worden, um das fallbezogene Case Management weiter entwickeln zu können. Der Bedarf an die Fallführung bzw. an das Case Management bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist unklar.

5 Fragestellung

Wie beschreiben und beurteilen Menschen mit längerer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer affektiven Erkrankung rückwirkend das Case Management?

6 Untersuchungskriterien und Zielsetzungen

Mit der hier vorliegenden Master-Arbeit wird die Fallführung bzw. das Case Management in der ersten Phase der beruflichen Wiedereingliederung und bei längerer Arbeitsunfähigkeit bei Menschen mit affektiver Erkrankung aus der Sicht der Betroffenen qualitativ untersucht. Die genannten Problemstellungen sollen mit einer Inhaltsanalyse aus den Interviews widerlegt, ergänzt oder bestätigt und die Fragestellung beantwortet werden. Zusätzlich können für diesen Prozess der ersten Phase der Wiedereingliederung neue Erkenntnisse, Hypothesen oder Theorien generiert werden.

Diese Arbeit soll einen Beitrag leisten, das Case Management bei psychischen Krankheiten weiter zu entwickeln und neue Erkenntnisse für die Praxis aus der Sicht der Betroffenen zu erhalten (Theorien- und Hypothesenbildungen). In der Diskussion sollen diese Erkenntnisse in Bezug zur aktuellen Praxis diskutiert werden und Empfehlungen für die Praxis ableiten. Es sollen komplexe affektive Erkrankungen angeschaut werden, um Erfahrungen von und für diese relevante Zielgruppe zu erhalten.

Die Betroffenen befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Eingliederungsmassnahme der IV und werden rückwirkend befragt. Der Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Erkrankung soll zwischen ein bis drei Jahren zum Zeitpunkt der Befragung und nicht länger zurückliegen. Ab drei Wochen Krankschreibung springt vielfach die Krankentaggeldversicherung ein und damit ein mögliches CM. Ebenso ist es möglich, dass in dieser Zeit das betriebliche Case Management, Fallbegleitung von ambulanten oder stationären Einrichtungen oder die IV ab dem dreissigsten Tag einer ununterbrochenen Krankschreibung über die Frühintervention involviert sind. Deshalb sollen in diesem Zeitraum die Fallbegleitung und die Koordination untersucht werden. Es soll nachgeprüft werden, in welcher Form eine Fallführung stattgefunden hat und welche Faktoren sich günstig oder ungünstig auf die Begleitung ausgewirkt haben. Die subjektive, qualitative Einschätzung der Betroffenen auf das Case Management soll aufgezeigt werden, wie auch konkrete Angaben, ob und durch wen eine Fallführung oder Fallbegleitung stattgefunden hat und wie sich die Betroffenen im Austausch mit ihrem Arbeitgebenden unterstützt gefühlt haben. Dem Wahrheitsgehalt dieser Angaben kann nicht nachgegangen werden. Diese entsprechen stets der Sicht der Betroffenen.

Die acht leitfadengestützten Interviews wurden aus zwei Durchführungsstellen für IV-Eingliederungsmassnahmen generiert. Die Befragung wurde in deutscher Sprache durchgeführt. In die Stichprobe sind zum Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit noch angestellte Personen im Alter von 25 – 65 Jahren eingeschlossen worden.

In Bezug zur Zielgruppe werden ausschliesslich Personen mit einer affektiven Störung als Hauptgrund der Arbeitsunfähigkeit befragt. Diese affektive Störung wird definiert nach ICD-10 (Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation) und ist eine der meistverbreitetsten und relevantesten psychischen Krankheitsbilder bei IV-Renten nach Baer (2009) (siehe Abbildung 1). Dazu werden auch das Burnout und die Erschöpfungsdepression miteingeschlossen. Eine Vermischung mit anderen Symptomen ist öfters der Fall, was nicht automatisch zum Ausschluss aus dieser Studie führt.

Die Zielgruppe soll vor dem relevanten Zeitpunkt ihrer Arbeitsunfähigkeit keine vorbestehende Teil-Invalidenrente gehabt haben. Selbstständigerwerbende werden nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Lehrlinge oder Personen in Ausbildung werden ausgeschlossen. Der Frage nach den Gründen der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Erkrankungen wird nicht explizit nachgegangen.

Teilnehmende der Befragung ohne explizites CM werden für die Ergebnisaufbereitung nicht ausgeschlossen, sondern sollen zu den Erkenntnissen beitragen und ihre Erfahrungen sollen in der qualitativen Inhaltsanalyse einfließen.

7 Methodisches Vorgehen

7.1 Studienkonzept

In dieser Arbeit wurde eine qualitative Forschung mit Theorie- und Hypothesenbildung ausgewählt. Informationen über das Case Management aus der Sicht von Betroffenen (Untersuchungsobjekt) sind in der Literatur lückenhaft untersucht. Mit dieser qualitativen Forschungsarbeit sollen Aspekte und Perspektiven erhalten, kategorisiert und verglichen werden. Der qualitativ-verstehende Ansatz wurde angewendet, um den komplexen Gegenstand des Case Managements, Zusammenhänge und Prozesse analysieren und sich in die Sicht von Betroffenen hineinversetzen zu können (Philipp Mayring, 2015, S. 17-22).

Leitfadengestützte Interviews wurden systematisch nach Mayring (2015) analysiert und kategoriengeleitet dokumentiert. Die qualitative Inhaltsanalyse wurde nach den Gütekriterien Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) überprüft. Mit dem qualitativen Forschungsansatz, einem deduktiv/induktiven Kategoriensystem, wurde dem Verständnis und dem Erleben des Case Managements wissenschaftlich nachgegangen. Es stellt eine Inhaltsanalyse mit kleiner Stichprobe und keiner Einzelfallanalyse dar. Möglichen Verallgemeinerungen wurde in den Schlussfolgerungen nachgegangen (S. 123-130).

7.2 Datengenerierung mittels leitfadengestützter Interviews

Acht Interviews wurden im Zeitraum von einem Monat im Juli 2020 allesamt durch den Autor dieser Untersuchung durchgeführt. Die Interviews fanden jeweils an den durchführenden Stellen in einem Besprechungsraum statt. Ziel der qualitativen Interviews war es, Erfahrungen, Erlebnisse, Beurteilungen sowie Sichtweisen über das Case Management bzw. der Fallführung der ersten Phase der beruflichen Wiedereingliederung in einem mündlichen Gespräch zu erheben. Der Gesprächsverlauf wurde mit einem Leitfaden (deduktive Kategorienbildung) weniger vom Interviewer, sondern mehr von den Interviewten gesteuert und gestaltet. Beim halb-standardisierten Interview oder auch Leitfadeninterview, wurde die Frageformulierung vorab überlegt und in einem Leitfaden festgehalten (Schlüsselfragen und Eventualfragen), nicht aber, wann die Fragen gestellt werden müssen (Leitfaden siehe Anhang B). Der Leitfaden wurde grob in vier Teile mit Unterfragen gegliedert. Die vier Grobkategorien waren allgemeine Angaben, Krankschreibung und Kündigung, Case Management und Fallführung, sowie Bedarfslücken. Die Fragen wurden offen gestellt und mit dem Leitfaden validiert, um Vergleiche zwischen der Zielgruppe mit einem Kategoriensystem herstellen zu können (Hochschule Luzern, 2020).

Für die Interviews wurden sechs Schritte geplant und standardisiert durchgeführt: Die inhaltliche Vorbereitung, die organisatorische Vorbereitung, den Gesprächsbeginn, das Interview selbst, das Gesprächsende und die Verabschiedung, sowie Gesprächsnotizen nach dem Interview (Stefanie Vogt & Melanie Werner, 2014, S. 35). Die Teilnehmenden wurden vorab informiert und für die Studie mittels Untersuchungskriterien eingeschlossen. Vor den Interviews wurde bezüglich Freiwilligkeit und Vertraulichkeit eine Einverständniserklärung unterschrieben. Es wurde ein auditives und ein schriftliches Protokoll (schriftliche Protokolle siehe Anhang D) erstellt.

7.3 Ergebnisaufbereitung mittels Kategoriensystem

Eine erste (theoretische) Kategorienbildung hat bereits vor der Auswertung für die Leitfadengestützten Interviews (Interviewleitfaden siehe Anhang B) stattgefunden – dies anhand des theoretischen Vorwissens, sowie der Forschungsfrage und der Zielsetzungen. Hier hat zuerst eine deduktive Kategorienbildung bzw. eine A-priori-Kategorienbildung stattgefunden (Edo Kuckartz, 2016, S. 64). Anhand der empirischen Daten wurden keine zusätzlichen Hauptkategorien gebildet, jedoch wurden die Subkategorien am Material (anhand der Informationen) weiterentwickelt und ausdifferenziert. Es wurde somit eine Mischform, eine deduktiv-induktive Kategorienbildung angewendet. Dabei wurde zur Ergebnisaufbereitung eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (siehe Ablaufmodell Anhang C) angewendet. Einzelfallanalysen wurde nicht vorgenommen (Kuckartz, 2016, S. 95).

Dieses Kategoriensystem wurde systematisch bearbeitet und jedes der acht schriftlichen Protokolle nach diesen Kategorien codiert. Die Protokolle wurden nach der «Psychologie der Textverarbeitung» empirisch untersucht. Das Ziel dabei war eine kohärente Bedeutungsstruktur über die Texte hinaus. Um die einzelnen Kategorien untereinander abgrenzen zu können, wurden für die einzelnen Kategorien Definitionen mit einer inhaltlichen Beschreibung vorgenommen und Indikatoren definiert. Die 16 Kategorien wurden in Bezug zur Fragestellung auf Vollständigkeit überprüft (Mayring, 2015, S. 123-129).

7.4 Gliederung der Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden anhand des Kategoriensystems (Codierung) systematisch und wissenschaftlich zusammengefasst aufgelistet (basierend auf den empirischen Protokollen) und zusätzlich tabellarisch dargestellt. Diese Ergebnisse werden diskutiert und interpretativ mit Theorien verknüpft. Ebenso werden die in der Ausgangslage genannten theoretischen Bezüge und Problemstellungen bestätigt und/oder widerlegt, sowie die Fragestellung beantwortet.

Hauptteil

8 Stichprobe

Die Stichprobe (N 1 bis N 8) wurde aus zwei Durchführungsstellen für IV-Eingliederungsmassnahmen aus zwei unterschiedlichen Kantonen akquiriert, welche mit einer affektiven Erkrankung dafür angemeldet wurden. Die Kantone werden nicht als relevant angeschaut und aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes für die Teilnehmenden nicht genannt. Zum Zeitpunkt der Befragung wurde über die Invalidenversicherung mittels Eingliederungsmassnahmen eine berufliche Wiedereingliederung angestrebt oder diese Eingliederungsmassnahmen wurden kurz davor abgeschlossen. Es waren je vier männliche und weibliche Teilnehmende im Alter von 31 bis 55 Jahren. Die letzte berufliche Tätigkeit mit Pensen zwischen 70 bis 100 % lag eins bis drei Jahre zurück.

Tabelle 1: Stichprobe

	w/m	Alter	Kt.	Position/ Anstellung	Pens.	Ausfallgrund	Betriebs- grösse	BGM
N 1	m	38	1	Spezialhandwerker	100 %	im Verlauf stressbedingte Depression nach Unfallereignis	12 MA direkt, ~50-1'000 MA gesamt	Personaldienst, betriebliches CM
N 2	m	31	1	Mitarbeiter Informatik	100 %	Schwere Depression	~120 MA	Personaldienst, kein BGM
N 3	m	51	1	Leiter Hauswart und technischer Dienst	100 %	Erschöpfungsdepression, Verdacht Herzinfarkt	~1'000 MA	Personaldienst, bei längerem Ausfall Meldung CM KTV
N 4	w	37	1	Mitarbeiterin Polizeipatrouille	80 %	Erschöpfungsdepression	~250 MA	externes CM nach Auftrag AG
N 5	w	39	1	Stv. Filialleiterin, Verkauf ohne Ausbildung	100 %	Erschöpfungsdepression	3 MA, 32 Filialen	Personaldienst
N 6	m	52	2	Management Consultant, Mitglied Geschäftsleitung, Gründungsmitglied 2011	100 %	Depression/Drogensucht	International 350 MA, 10 MA geführt	kein HR/BGM
N 7	w	53	2	Medizinische Praxisassistentin, Leitungsfunktion als Aushilfe	70 %	Burnout/Erschöpfungsdepression	Gemeinschaftspraxis, 5 MA, Praxiskette	Personaldienst
N 8	w	55	2	Hilfspflegerin	80 %	Burnout	~200 MA	Personaldienst

9 Eine qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden auf der Grundlage von Martin Schnell, Christian Schulz, Harald Kolbe und Christine Dunger (2013), Kuckartz (2016) und Mayring (2015) bezüglich der Vorgehensweise einer qualitativen Inhaltsanalyse und auf die Gütekriterien untersucht. Eine qualitative Inhaltsanalyse steht und fällt mit dem Kategoriensystem und der Kategorienbildung. Dazu wurde die deduktive Kategorienbildung angewendet (Leitfragebogen) und mit einer induktiven Kategorienbildung ergänzt bzw. verfeinert. Dieses Kategoriensystem wurde codiert und definiert.

9.1 Gütekriterien dieser qualitativen Forschungsmethode

Die klassischen Gütekriterien für empirische Forschung – Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) – finden auch bei der qualitativen Inhaltsanalyse Anwendung. Sie greifen jedoch zu kurz und es wurden im Folgenden zusätzliche, spezifische Gütekriterien angewendet (Mayring, 2015, S. 123-129) (Vogt & Werner, 2014, S. 69).

Verfahrensdokumentation/Reliabilität:

Das theoretische Vorverständnis wurde in der Einleitung dargestellt. Der Forschungsprozess wurde mit der gewählten Methodik dargestellt und passend zu den Problem- und Fragestellungen ausgewählt. Der Prozess dieser Master-Arbeit ging von einem hypothesenbildenden über zu einem hypothesenüberprüfenden Ansatz und am Ende jedoch wieder zu einem theorie- und hypothesenbildenden Ansatz (siehe Schlussfolgerungen im Kapitel 15).

Die Schritte der Ergebnisgenerierung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse werden dargestellt und nachvollziehbar beschrieben. Die deduktive Kategorienbildung mit induktiver Verfeinerung des Kategoriensystems ist nachvollziehbar aufgrund des theoretischen Vorverständnisses des Autors. Die Ergebnisaufbereitung wurde ebenfalls nachvollziehbar dargestellt und entspricht den Kriterien einer qualitativen Forschung. Das Vorgehen, auch bei den Interviews, wurde standardisiert durchgeführt und generierte zuverlässige, einheitliche Resultate. Bei den Interviews gab es keine schwierigen, nennenswerten Passagen.

Argumentative Interpretationsabsichten:

Die Interpretationen mussten gut theoretisch begründet und abgesichert oder klar als eigene Interpretationen aufgezeigt werden. Dies gestaltete sich aufgrund des eigenen Vorwissens, Meinungen und Kenntnissen teilweise schwierig. Die Literatur überschneidet und vermischt sich mit eigenen Interpretationen. Einschätzungen aus der Literatur wurden klar als diese gekennzeichnet.

Regelgeleitetheit:

Regeln und Analyseschritte wurden angepasst und mittels Korrekturschleifen überarbeitet. Die Codierung wurde zwei Mal überprüft und angepasst. Auch die Definitionen des Kategoriensystems wurden angepasst, bis es zur Ergebnisaufbereitung kam. Die festgelegten Arbeitsschritte wurden systematisch befolgt.

Nähe zum Gegenstand:

Die empirische Datenerhebung hat nahe an der Erlebniswelt der Befragten angeknüpft. Sie berichteten offen von ihrer persönlichen Geschichte, ihrem Krankheitsverlauf und der Arbeitsunfähigkeit mit stetem Fokus auf das Case Management bzw. der Fallführung. Mit der Distanz von eins bis drei Jahren konnten sie aus ihrer Perspektive reflektiert die Erfahrungen und das Erleben aufzeigen und ihre Akzeptanz für die Thematik war vorhanden. Die Erinnerungen schienen mehrheitlich gut gegeben gewesen zu sein, die Aussagen waren nachvollziehbar und verständlich. In der ersten akuten Phase bei affektiven Störungen können auch Gedächtnisleistungen und die Hirnleistung betroffen sein, die Wahrnehmung der Umwelt kann schwerfallen. Dies war in den Interviews teilweise bemerkbar, hatte jedoch auf das erlebte Case Management kaum Einfluss.

Kommunikative Validierung:

Die Gültigkeit der Ergebnisse wurde überprüft. Das Kategoriensystem mit den Definitionen sowie die Interpretationen der Ergebnisse wurden mit der Betreuungsperson der Hochschule durchgesprochen und allenfalls angepasst. Die Protokolle konnten klar den Kategorien zugeordnet und codiert werden. Mit den Teilnehmenden der Interviews wurden die Ergebnisse nicht nachbesprochen. Die Untersuchungsmethode hat das untersucht, was untersucht werden wollte. Das methodische Vorgehen war stimmig.

9.2 A-priori und induktive Kategorienbildung

Anhand des Leitfadens und der empirischen Daten wurde ein Kategoriensystem erarbeitet. Diese Kategorien wurden logisch nach dem Arbeitsintegrationsprozess aufgebaut und codiert. Die Krankschreibung wurde zum Beispiel mit 0 Punkt codiert. Der Hauptteil bezüglich der Fragestellung und Zielsetzung ist der Teil Case Management/Fallführung mit der Codierung 1 Punkt.

0. Krankschreibung

0.a. Mediziner/in

0.b. Dauer und Pensum

1. Case Management/Fallführung

1.a. Organisation/Durchführungsstelle

1.b. Zeitpunkt und Dauer

1.c. Beurteilung Quantität

1.d. Beurteilung Qualität

1.e. allgemeine Beschreibungen/inhaltliche Unterstützung

1.f. Anliegen/Bedarflücken

2. Arbeitsplatzverlust/Kündigung

2.a. Kommunikation und Koordination mit dem AG

2.b. Arbeitsversuch

2.c. Arbeitsplatzverlust

2.d. Kündigung

3. IV/weiteres Prozedere

9.2.1 Kategoriendefinitionen

Die einzelnen Kategorien wurden für die Zuordnungen der Inhaltsanalysen definiert und systematische Eingrenzungs- und Abgrenzungsregeln festgelegt. Mit dieser Codierung und den folgenden Kriterien zur Abgrenzung sowie den Ankerbeispielen konnten die inhaltlichen Analysen der qualitativen Interviews klar zugeordnet werden (Kuckartz, 2016, S. 31-39). Beim mehrmaligen Materialdurchlauf konnten keine zusätzlichen Kategorien oder Unterkategorien generiert werden.

Tabelle 2: Kategoriendefinitionen

Code	Kategorie	Definition/Fragestellungen	Abgrenzungs-/Eingrenzungsregeln	Ankerbeispiel
0.	Krankschreibung	<i>Beschreibt die ärztliche Krankschreibung mittels einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Der Prozess der Krankschreibung soll dargestellt werden sowie die involvierten Akteure (ev. bereits ein CM).</i>		
0.a.	Mediziner/innen	Welche medizinische Fachperson hat das Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt? Gab es im Verlauf einen Wechsel des medizinischen Beurteilers für die AUF? Gab es Absprachen mit Akteuren?	- Nur medizinische Fachpersonen (Hausärzte/innen, Psychiater/innen).	»Im ersten Monat wurde ich vom Hausarzt voll krankgeschrieben, danach vom Psychiater bzw. von der Klinik.«
0.b.	Dauer und Pensum	Für wie lange wurde jeweils das Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt? Für welches Pensum bzw. Arbeitsfähigkeit und/oder Präsenzzeit wurde das AUF ausgestellt? Gab es eine Veränderung im Verlauf (Dauer und Pensum)?	- Nur medizinische Arbeitsunfähigkeitszeugnisse oder auch Taggeldbescheinigungen.	«Mein Hausarzt hat mich monatlich 100 % krankgeschrieben.»
1.	CM/Fallführung	<i>Beschreibt das erlebte und beurteilte CM. Dazu gehören der Zeitpunkt, die Frequenz, die Dauer, die Qualität des CM, sowie allgemeine Beschreibungen mit rückwirkenden Anliegen und Bedarfslücken, immer bezüglich CM.</i>	- sofern kein Case Manager/in involviert war, werden Aspekte mit CM-Relevanz dargestellt.	
1.a.	Organisation/Durchführungsstelle	Durch welche Organisation hat ein CM stattgefunden? Gab es eine Vereinbarung? Wurde eine Organisation dahinter wahrgenommen? Gab es überhaupt ein CM?	- beinhaltet das CM über die Arbeitgebenden, Taggeldversicherung, Krankenkasse oder ein Anbieter nach Auftrag.	»Ich unterschrieb die Vereinbarung eines externen CM im Auftrag meines Arbeitgebers.«
1.b.	Zeitpunkt und Dauer	Ab welchem Zeitpunkt nach der Krankschreibung gab es ein CM? Bis wann gab es ein CM oder ein Wechsel?	- Eintritt in das CM bis Abschluss bzw. Übergang IV-Eingliederungsmassnahmen.	»Nach drei Monaten ab meiner vollen Arbeitsunfähigkeit startete das CM und endete nach einem Jahr mit Beginn der IV.«

1.c.	Beurteilung Quantität	Beinhaltet die Regelmässigkeit des Kontakts und die Erreichbarkeit des/der Case Managers/in.		»Ich hatte jede Woche ein persönliches Gespräch und konnte meine Case Managerin jederzeit telefonisch kontaktieren.«
1.d.	Beurteilung Qualität	Was war hilfreich, förderlich, unterstützend? Was war hinderlich, hemmend?	- qualitative Beurteilung der CM-Tätigkeiten.	»Mein Case Manger hat mich gut informiert und aufgeklärt. Er hat mir Arbeit abgenommen, wie den Kontakt mit meinem AG, was für mich überfordernd war.«
1.e.	allgemeine Beschreibung/inhaltliche Unterstützung	Allgemeines Erleben der Fallführung. Welche Aufgabengebiete hat das CM übernommen?	- reine Auflistung der Tätigkeiten des CM.	»Mein Case Manager hat mich an Termine begleitet, arbeitsrechtliche Themen bearbeitet und Arztzeugnisse organisiert.«
1.f.	Anliegen/Bedarflücken	Anliegen bezüglich CM. Bedarfslücken für betroffene Zielgruppe. Allgemeine Anliegen und Bemerkungen immer bezüglich CM. Hypothetische Angaben.	- Bezogen auf das CM. Andere, allgemeine Aspekte in den Schlussfolgerungen.	»Ich hätte mir eine bessere Protokollierung und einen persönlichen Abschluss gewünscht.«
2.	<i>Arbeitsplatzerhalt/ Kündigung</i>	<i>Beinhaltet den Prozess eines möglichen Arbeitsplatzerhalts mit einem möglichen Arbeitsversuch. Beinhaltet den Kontakt und die Kommunikation mit den Arbeitgebenden/Vorgesetzten bis zur Abwicklung der Kündigung. Wie war dabei das CM involviert?</i>		
2.a.	Kommunikation/Koordination mit dem Arbeitgebenden	Durch wen fand eine Kommunikation und Koordination mit den Arbeitgebenden statt? Wie erlebten die Betroffenen diese Kommunikation? Wie war das Verhältnis zum Arbeitgebenden?	- Direkte Kommunikation per Telefon oder persönlich (z.B. Standortgespräche).	»Ich habe mich selber regelmässig telefonisch mit meiner Vorgesetzten ausgetauscht.«
2.b.	Arbeitsversuch	Gab es eine zeitliche Rückkehr an den Arbeitsplatz? Wurde eine Leistungsfähigkeit erprobt und wurde mittels eines Arbeitsversuchs ein Arbeitsplatzerhalt angestrebt?	- Arbeitsversuch mit oder ohne eine Arbeitsfähigkeit (zur Anpassung und Angewöhnung mit einer Präsenzzeit –	»Es fand nie ein Arbeitsversuch statt. Ich kehrte nicht an den Arbeitsplatz zurück.«

		Wie war der Arbeitsversuch begleitet und koordiniert worden?	differenzierte Krankschreibung).	
2.c.	Arbeitsplatzerhalt	Was wurde bezüglich eines Arbeitsplatzerhalts unternommen? Wie gross waren die Bemühungen seitens Arbeitgebenden, betroffener Person und des/der Case Manager/in? War ein Arbeitsplatzerhalt zu welchem Zeitpunkt realistisch und erwünscht?	- Bemühungen für Weiterbeschäftigung. - angepasste und angepasste Tätigkeit und Pensum. - gleicher Arbeitgeber.	»Der Wunsch zurück an den Arbeitsplatz war vorhanden, wurde jedoch immer unrealistischer. Ich habe länger gebraucht, dies zu akzeptieren.«
2.d.	Kündigung	Wann und weshalb war eine Kündigung unausweichlich (Gründe)? Wie war die Akzeptanz für die betroffene Zielgruppe diesbezüglich? Wie ging die Kündigung vor sich?	- nur vertragliche/schriftliche Kündigung per welchem Zeitpunkt.	»Da ein Wiedereinstieg für 100 % unrealistisch war, wurde eine Kündigung unausweichlich.«
3.	IV/weiteres Prozedere	<i>Beschreibt den Prozess mit der Invalidenversicherung. Zeitpunkt der Anmeldung, durch wen und Zeitpunkt des Erstgesprächs bei der IV. Wie gestaltete sich das Prozedere nach der Kündigung? Weiterführung/Wechsel/Abschluss CM.</i>		<i>»Mein Case Manager war beim Erstgespräch mit der IV dabei, bevor es zum Abschluss kam.«</i>

Ergebnisse

10 Beschreibung der Ergebnisse anhand des Kategoriensystems

Alle acht schriftlichen Interviewprotokolle wurden nach dem Kategoriensystem codiert. Alle protokollierten, schriftlichen Angaben konnten klar zugeordnet und in allen 16 Kategorien wissenschaftlich zusammengefasst werden (empirische Ergebnisaufbereitung). Die auditiven Protokolle wurden bei Unklarheiten oder für Ergänzungen in Form von Zitaten hinzugezogen.

10.1 Krankschreibung

Die Krankheitsverläufe gestalteten sich individuell unterschiedlich. Ein Teilnehmer berichtete von einem Unfallereignis als Vorstufe zur affektiven Störung. Bei einer anderen Teilnehmerin wurde die Diagnose Erschöpfungsdepression erst nach mehr als einem Jahr gestellt oder ein anderer hatte vier Jahre vor dem Zusammenbruch immer wieder psychische Probleme und Substanzabhängigkeit. Die affektiven Störungen haben keinen einheitlichen Verlauf. In dieser Phase der Krankschreibungen zeigt sich schon die Komplexität dieser Stichprobe und wie die Theorie bestätigt, die vielfach längeren Krankheitsverläufe von bis zu sechs Monaten (Baer, 2017).

0.a. Mediziner/innen

Bei sieben von acht Teilnehmenden war der Hausarzt/die Hausärztin die erste Anlaufstelle. Dieses System, dass Hausärzte/innen die Betroffenen an die Spezialisten/innen überweisen, hat Danuser (2019) als weitverbreitetes Phänomen dargestellt (Danuser, 2019 S. 220). Bei vorbestehender psychiatrischer Begleitung (N 6) haben die aktuell behandelnden Psychiater/innen ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt. Ansonsten haben die Hausärzte/innen in der ersten frühen Phase die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Im Verlauf hat in allen Fällen ein Wechsel zu Psychiatern/innen stattgefunden – sei dies ambulant oder spätestens ab einem stationären Setting (sieben der acht Teilnehmenden waren im Verlauf in einem stationären Setting). Der Zeitpunkt dieses Wechsels gestaltete sich sehr unterschiedlich. Bei einem Fall nach drei Tagen bis zu einem anderen Fall nach über einem halben Jahr. Kooperationen der Hausärzte/innen mit Psychiatern/Psychiaterinnen in den ersten drei Wochen wurden selten gesucht. Ebenso waren in der Regel ausser einer psychologischen Begleitung im ersten Monat keine weiteren Akteure involviert. Beispielaussage: *«...nach fünf Monaten hat eine Überweisung vom Hausarzt in eine Klinik stattgefunden und die psychologische Begleitung wurde nach drei Monaten beendet. In der Klinik hatte ich zum ersten Mal einen Psychiater...»*.

0.b. Dauer und Pensum

Wenn eine affektive Störung medizinisch eindeutig vorhanden war, wurde die Mehrheit zu 100 % krankgeschrieben (monatlich). Bei denen, welche die Diagnose unklar war, wurde eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit ausgestellt. Aussage einer Teilnehmerin: «...es ging immer hin und her mit Gesund- und Krankschreibung, ich konnte nicht mehr, es wurde mir alles zu viel. Ich wusste nicht, was mit mir los war.»

Bei einer Person wurde für zwei Wochen ein 50 % AUF-Zeugnis ausgestellt, bevor eine volle Arbeitsunfähigkeit unausweichlich war. Bei der Mehrheit blieb es bis zur Kündigung bei dieser Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsversuche siehe Code 2.b.). Bei einer Teilnehmerin wurde nach mehr als sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ausgestellt. Eine differenzierte Krankschreibung war damit mehrheitlich nicht vorhanden. Dies beschrieben auch Ettlín und Baer (2020) in ihrer Theorie und als Empfehlung an die Psychiater/innen (S. 2).

10.2 Case Management/Fallführung

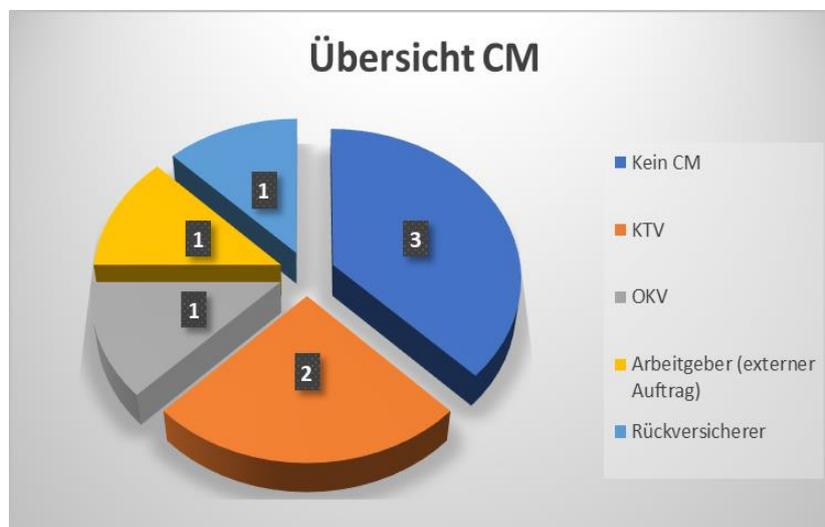
Bei N 5/8 griff ein CM im Verlauf (siehe Abbildung 4). Alle Teilnehmenden betonten, dass sie dankbar über diese Unterstützung waren und diese gerne in Anspruch nahmen. Einschätzungen bezüglich der Begleitung ohne CM wurden – falls relevant für ein CM – mit einbezogen und codiert. Je nach Arbeitgebenden bzw. Anstellungsverhältnissen war bezüglich dem CM unterschiedliche Verläufe vorhanden und Akteure involviert. Dies bestätigt die Literatur und Theorie, dass es bei Krankheit unterschiedliche und keine einheitlichen Verläufe gibt (Danuser, 2019, S. 220-223). Dies hängt vor allem von Arbeitgebenden und deren Rahmenbedingungen und Unterstützungen, dem Krankheitsverlauf, sowie vom medizinischen Behandlungernetz ab.

1.a. Organisation/Durchführungsstelle

Die Vielfalt der Durchführungsstellen eines CM zeigt sich auch in dieser qualitativen Analyse so wie es sich in der Theorie darstellt (siehe thematische Einleitung 3.2). Case Managements von Taggeldversicherern waren zwei involviert – je eines über die obligatorische Krankenversicherung bzw. die Rückversicherung. Zudem ergab sich ein CM über den Arbeitgebenden mit einem externen Auftrag.

Ein betriebliches CM war in keinem Fall involviert, jedoch sei es in einem Fall versäumt worden: «...über die Unfallversicherung habe es kein CM gegeben. Über den Kanton wurde ein eigenes CM verschlafen. Erst bei Krankheit hat dann die Grundversicherung ein CM gestellt.»

Abbildung 4: Übersicht Durchführungsstelle eines CM



1.b. Zeitpunkt und Dauer

Im ersten Monat der Krankschreibung war in keinem Fall ein/e Case Manager/in involviert. Die meisten CM griffen nach ein bis drei Monaten (3 N). In einem Fall zwischen drei bis sechs Monaten und in einem weiteren Fall erst nach sechs Monaten (über die Rückversicherung nach der Kündigung). Bei den Taggeldversicherungen oder über die Arbeitgebenden endete das CM mit der Kündigung. Beim CM über die Krankenkasse oder die Rückversicherung konnte es je nach Bedarf auch noch während den IV Eingliederungsmassnahmen im Hintergrund weiterlaufen.

Abbildung 5: Beginn des CM



1.c. Beurteilung Quantität

Die Quantität wurde durchwegs positiv beurteilt. Die Case Manager/innen waren jederzeit telefonisch erreichbar und ein regelmässiger Kontakt fand statt. In einem Fall fanden mehrmals Roundtables statt und in einem anderen Fall wurde Freiraum gelassen, was für den Betroffenen wertvoll war. Eine andere Teilnehmerin hat im Setting der Tagesklinik die psychologische und sozial beraterische Begleitung als Fallführung wahrgenommen und fühlte sich dabei mit wöchentlichen, persönlichen Gesprächen gut unterstützt. Nur in einem Fall hat wenig Kommunikation zwischen dem Klienten und der Case Managerin stattgefunden und es wurde von der Case Managerin zu wenig nachgefragt. Der Teilnehmer fühlte sich in diesem Fall zwischen Stuhl und Bank.

1.d. Beurteilung Qualität

Die qualitativen Rückmeldungen bezüglich des erlebten CM waren positiv. Der Case Manager bzw. die Case Managerin wurden als eine vertrauensvolle Stütze wahrgenommen. Sie gaben Sicherheit, nahmen Druck weg oder holten diese Klientel gut ab bzw. klärten diese zufriedenstellend auf. Hilfreich waren die Unterstützungen bei sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Themen, sowie allgemein bei der Bürokratie. Als entlastend wurden die Übernahme des Kontaktes mit den Arbeitgebenden genannt und das Aufgleisen von Standortgesprächen. Ein sauberer Fallabschluss wurde auch als positiv genannt, was nicht bei allen vorhanden war. Auch bei der Fallführung über eine Sozialberatung (ambulant und stationär) wurden die direkte Rückmeldung, die ganzheitliche Unterstützung sowie die offene, einfühlsame Art als positiv beurteilt. Beispielaussage: «...eine allumfassende Unterstützung...auch finanzielle Unterstützung, war das federführende und die richtige Behandlung (im stationären Setting).»

In einem Fall wurden zu wenige Informationen vom Case Manager weitergegeben und die Kommunikation wurde vom Klienten als negativ beurteilt.

1.e. Allgemeine Beschreibungen/inhaltliche Unterstützung

Die Aufgaben und Tätigkeiten des/der Case Manager/in gestalteten sich sehr vielschichtig, so wie es die Theorie des Kompetenzprofiles und des Regelkreises eines CM vorsieht (Siehe thematische Einleitung). Sie gleisten den Klinikaufenthalt auf, sie bearbeiteten arbeitsrechtliche Aspekte, sowie Themen in Bezug zu Sozialversicherungen. Sie machten die IV Anmeldung oder kümmerten sich um die Abrede Versicherung bzw. die Kündigung oder die berufliche Vorsorge. Der/die Case Manager/in organisierte Standortgespräche, Betroffene

wurde an Termine begleitet, er/sie hielt die Kommunikation vor allem mit Arbeitgebenden aufrecht und kümmerte sich um die Arztzeugnisse oder die Taggeldbescheinigungen.

1.f. Anliegen/Bedarflücken

Das CM wurde grundsätzlich als positiv und unterstützend bewertet, was wenige Bedarfslücken an das CM offenlegte. Eine neutrale Person als Unterstützung in der Kommunikation mit den Arbeitgebenden und bei Ängsten vor Stellenverlust wurde mehrheitlich gewünscht – vor allem für die Zeit, als noch kein CM involviert war. Auf diese Bedarfslücke wird später eingegangen. Aussage eines Teilnehmers: *«...die Gespräche mit dem Arbeitgeber waren mit meiner gesundheitlichen Verfassung sehr belastend. Eine Unterstützung in dieser Phase wäre sicher wertvoll gewesen.»*

Vom Klienten wurde in einem Fall ein persönlicher Abschluss gewünscht. Ebenso eine bessere Protokollierung und eine bessere Übergabe bei einem Wechsel des Case Managements, was als Bedarfslücke angesehen werden kann.

10.3 Arbeitsplatzzerhalt/Kündigung

Bei dieser Stichprobe kam es bei allen Teilnehmenden zu einer Kündigung. Dieser Ergebnisteil soll Gründe aus der Sicht der Betroffenen aufzeigen, weshalb es so weit gekommen ist und ob es unausweichlich war. Ein möglicher Einfluss des CM soll damit herausgearbeitet werden.

2.a. Kommunikation und Koordination mit dem Arbeitgebenden

Die Mehrheit beschrieb die Kommunikation mit dem Arbeitgebenden als belastend, vor allem in der ersten, akuten Phase. Mit den gesundheitlichen Einschränkungen war aus ihrer Sicht eine Kommunikation erschwert. Die Einschätzung der Kommunikation hing von der persönlichen Beziehungsqualität zu den Arbeitgebenden ab. Ab dem Zeitpunkt eines CM übernehmen vielfach diese die Kommunikation mit den Arbeitgebenden. Ein Teilnehmer war in der Lage die komplette Kommunikation und Koordination selbst zu übernehmen: *«Ich habe mich selber als Fallführer wahrgenommen. Als Mitgründer und Teil der Geschäftsleitung fühlte ich mich in der Lage und in der Verantwortung, die Kommunikation und Koordination selber zu übernehmen.»*

Personalwechsel bei den Arbeitgebenden haben den Kontakt und die Kommunikation eher negativ beeinflusst: *«Zehn Jahre lang war alles gut, beim neuen Verkaufsleiter war dann vieles schlecht und ich wurde als langjährige Mitarbeiterin nicht mehr geschätzt.»* Bei einem Teilnehmer war von Beginn an keinen Austausch mit dem Arbeitgebenden vorhanden. Der

Case Manager durfte auch nur mit dem Einverständnis des Klienten Kontakt aufnehmen. Ein anderer Fall berichtete, dass der Draht zum Team gut war, er war jedoch mit dem Personaldienst und dessen Bürokratie unzufrieden. Das CM war spät involviert und konnte die Kommunikation nicht verbessern. Aussage eines Teilnehmers: *«Mit meinem direkten Arbeitsumfeld hatte ich einen guten Kontakt. Jedoch vom HR und dessen Bürokratie bin ich enttäuscht.»*

Bei einer Teilnehmerin ohne CM und vorbestehend mit einer belastenden Arbeitgeberbeziehung fand überhaupt keine Kommunikation statt. Sie war auf sich allein gestellt und zu einer Kommunikation bzw. einem Kontaktaufbau nicht in der Lage. Von ärztlicher Seite fand grundsätzlich keine Kommunikation mit dem Arbeitgebenden statt: *«Mein Arbeitgeber hat mir mal gesagt, er hätte am Anfang gerne vom Arzt eine Einschätzung bekommen. Wenn ich dies gewusst hätte, hätte ich dies aufgleisen können.»*

2.b. Arbeitsversuch

Bei einer Hälfte der Stichprobe (4 N) kam es im Verlauf zu einem oder mehreren Arbeitsversuchen, bei den anderen nicht. In einem Fall wurden 50 % Arbeitsfähigkeit erreicht, bei den anderen keine. Bei einer Person wurde in einer angepassten Tätigkeit 20 % erreicht. Bei denen, wo es zu keinem Arbeitsversuch kam, war die Beziehung zum Arbeitgebenden weniger gut, die gesundheitliche Situation nicht stabil genug oder eine angepasste Tätigkeit war nicht möglich. Ein direkter Einfluss des/der Case Manager/in auf die Arbeitsversuche kam aus den empirischen Daten nicht hervor. Eine engere Koordination und Begleitung am Arbeitsplatz zum Beispiel mittels eines Job Coaching, schienen nicht stattgefunden zu haben.

2.c. Arbeitsplatzertalt

Bei zwei Personen war eine Rückkehr zum bestehenden Arbeitgebenden von Beginn an kein Thema, dies aufgrund der gesundheitlichen Situation oder dem schlechten Kontakt zum Arbeitgebenden. Aussage: *«Wenn es mir gesundheitlich besser gegangen wäre, hätte ein Arbeitsplatzertalt in den ersten drei Monaten Thema werden können. So war es aber nie Thema. Da ich der einzige Mitarbeiter in dieser Position war, wurde auch schnell klar, dass mein Arbeitgeber einen Ersatz brauchte.»* Damit habe sich eine Kündigung abgezeichnet.

Zwei weitere Teilnehmende wären vor allem zu Beginn noch gerne zurückgekehrt, jedoch fehlte die Bereitschaft vom Arbeitgebenden: *«Auch wenn ich 100 % gesund geworden wäre, bin ich nun überzeugt, hätte ich die Kündigung bekommen.»* Vier Teilnehmende hätten den Arbeitsplatz gerne behalten.

2.d. Kündigung

Bei vier von acht Aussagen war hauptsächlich ein nicht erreichtes Pensum von mehr als 80 % der Kündigungsgrund, was die Vorgabe der Arbeitgebenden war. So wurde einer Person – ohne CM – nach knapp drei Monaten an einem Gespräch die Kündigung nahegelegt. Einem anderen Teilnehmenden – mit CM – wurde am Standortgespräch die Kündigung direkt vorgelegt. Da ein Ersatz gebraucht wurde und es zeitlich nicht absehbar war, kam es in einem anderen Fall zu einer Kündigung. Zum Zeitpunkt der Kündigung gab es für alle Teilnehmenden keine andere Option und sie hatten sich schon damit abgefunden. Bei vier von acht Teilnehmenden war die Kündigung nach sechs bis zwölf Monaten, bei zwei Personen davor, bei zwei weiteren Personen nach mehr als zwölf Monaten.

Abbildung 6: Zeitpunkt der Kündigung



10.4 IV/weiteres Prozedere

Eine IV Anmeldung wurde durch das CM oder die Krankentaggeldversicherung indiziert. Bei den meisten Fällen war es nach ca. einem Jahr. Danach ging es bei allen schnell mit dem Start von Eingliederungsmassnahmen. Beim Erstgespräch mit der IV begleiteten drei Case Manager/innen ihr Klientel. Dass die IV bereits mittels Frühintervention involviert war, war nicht der Fall. Kernaussage einer Teilnehmerin: «Die Möglichkeiten der IV von Frühinterventions- oder Eingliederungsmassnahmen waren weder mir noch meinem Arbeitgeber bekannt.»

Tabelle 3: Zusammenfassung der Ergebnisse zum CM

Kategorie	Zusammenfassung
1. Case Management	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Im ersten Monat der Krankschreibung kein CM involviert. ➤ Kooperation durch Hausärzte/innen oder Psychiater/innen wenig vorhanden. ➤ Überweisung an Spezialisten/Stationärer Aufenthalt nach drei Tagen bis zu einem Jahr. ➤ Bei Arbeitsversuchen der/die Case Manager/in kaum involviert.
1.a. Organisation/Durchführungsstelle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ KTV, OKP, Rückversicherung oder Auftrag Arbeitgebende für ein externes CM.
1.b. Zeitpunkt und Dauer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Griff in N 5/8 Fällen. Nach ein bis drei Monaten (N 3) bis nach über sechs Monaten (N 1). ➤ Endet per Kündigung. In zwei Fällen weiter fortbestehend (über Krankenkasse oder Rückversicherung) während Eingliederungsmassnahmen.
1.c. Beurteilung Quantität	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Regelmässiger, wöchentlicher Kontakt. ➤ Der/die Case Manager/in war jederzeit erreichbar.
1.d. Beurteilung Qualität	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Allumfassend, ganzheitlich, neutral. ➤ Ohne Druck, vertrauensvolle Stütze mit notwendiger Aufklärung. ➤ Wertvolle Unterstützung bei affektiven Erkrankungen. ➤ Sauberer, persönlicher Fallabschluss gewünscht. ➤ Kontakt/Kommunikation mit den Arbeitgebenden unterstützend übernommen.
1.e. allgemeine Beschreibungen/inhaltliche Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arbeitsrechtliche und Sozialversicherung Themen. ➤ Standortgespräche organisiert und an Termine begleitet. ➤ Kommunikation mit Arbeitgebenden und Akteuren. ➤ Arztzeugnisse, Taggeldbescheinigungen organisiert. ➤ IV Anmeldungen und Koordination mit IV.
1.f. Anliegen/Bedarflücken	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gute Protokollierung und Fallabschluss. ➤ Ein CM bereits zu Beginn, bei akuten, gesundheitlichen Beschwerden (da Kontakt mit AG (zu) grosse Belastung darstellt).

11 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Zuerst soll nochmals betont werden, dass die Stichprobe dieser qualitativen Inhaltsanalyse aus IV-Eingliederungsmassnahmen generiert wurde. Somit kann von komplexen Fällen ausgegangen werden, mit individuell einzigartigen Verläufen, bei denen es bei allen zur Kündigung und einer IV-Anmeldung kam. Eine Einschätzung zum Einfluss eines CM bezüglich der Arbeitsfähigkeit bzw. eines möglichen Arbeitsplatzerhalts kann aus diesen empirischen Daten nicht gemacht werden, wird jedoch in den Schlussfolgerungen diskutiert und thematisiert.

Die Krankschreibung aufgrund einer affektiven Störung hat bei der Mehrheit der Betroffenen eine Vorgeschichte und kam nur in einzelnen Fällen unerwartet. Bereits der Krankschreibung und der richtigen Diagnosestellung sollten eine wichtige Bedeutung zukommen. Dazu gehört die Überweisung an eine psychiatrische Fachstelle, um auf das Krankheitsbild bezogen geeignete Massnahmen aufgleisen zu können. Die Bandbreite des Zeitpunktes der Überweisung an einen fachärztlichen Dienst oder eine stationäre psychiatrische Institution spiegelt diese Stichprobe gut wider – von drei Tagen bis über ein halbes Jahr. Ein stationärer Aufenthalt war mit den affektiven Erkrankungen vielfach unausweichlich. Die betroffenen Menschen sind in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt und brauchen eine spezifische Behandlung. Kernaussage aus den Interviews: *«Ich ging immer wieder zum Hausarzt und zum Neurologen. Ich wurde wieder zu 50 % arbeitsfähig geschrieben, was jedoch nicht ging. Mein Arbeitgeber schickte mich wieder nach Hause. Schon früher hätte eine Erschöpfungsdepression festgestellt werden müssen.»* Diese Ergebnisse werden von der Literatur bestätigt. Laut Baer (2017) sollten Hausärzte/innen bei psychischen Erkrankungen Kooperationen mit Fachärzten/innen oder Fachstellen suchen. Dazu gehört, dass nur rund 20 % der behandelnden Ärzte/innen (ärztlichen Fachstellen) den Kontakt mit dem Arbeitgebenden suchen. Ebenso wird erwähnt, dass bei schweren Depressionen eine zu frühe Wiederaufnahme der Arbeit kontraproduktiv sein kann. Aus der Literatur wird ersichtlich, dass eine spezialisierte Betreuung dieses Klientels wichtig ist. Anhand der Aussagen der Interviewten wird aus Sicht des Autors eine mangelhafte spezialisierte medizinische Betreuung festgestellt.

Der Kommunikation und Information mit den Arbeitgebenden scheinen ebenfalls eine wichtige Bedeutung zuzukommen – dies bereits im ersten Monat ohne Case Management, wenn die Erkrankung akut ist. Kernaussage: *«Zu Beginn wusste ich nicht was richtig oder falsch ist, wie ich mich gegenüber dem Arbeitgeber verhalten sollte. Von einer Woche in der Klinik habe ich keine Erinnerung mehr. Der Kontakt mit dem Arbeitgeber wurde dann immer schlechter.»*

Diese Stichprobe beurteilte die Quantität und Qualität des Case Managements zum grössten Teil als positiv, förderlich und unterstützend. Die Betroffenen waren froh und nahmen die Unterstützung dankbar an. Durch das CM wurden sie quantitativ gut unterstützt, und auch inhaltlich ganzheitlich und allumfassend begleitet. Mit ihren Einschränkungen fühlten sie sich mit den Anforderungen, welche an sie gestellt wurden (bezüglich des Arbeitsplatzes, medizinisch und administrativ), überfordert. Das Case Managements wurde als entlastend wahrgenommen. Dies vor allem im Kontakt mit den Arbeitgebenden: *«Alleine ist es ein sehr steiniger und harter Weg, mit Arbeitgeber und Hausarzt einen guten Weg zu finden. Die psychischen Spätfolgen (nach einem Unfallereignis) hätten mit besserer Unterstützung und damit einer besseren Genesung vermieden werden können.»*

Wie Danuser (2019) in ihrer aktuellen Literatur darstellt, gibt es bei Krankheit keine einheitlichen Vorgehensweisen in CM-Prozessen (S. 220-223). Dies widerspiegelt sich in den Ergebnissen dieser Arbeit wieder. Das Case Management wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten begonnen, es waren verschiedene Durchführungsorganen beteiligt und drei von acht Teilnehmenden hatten gar kein CM in der ganzen ersten Phase. Bedarfslücken der qualitativen und quantitativen Fallbegleitung durch das Case Management gab es kaum. Eine neutrale Unterstützung, vor allem in der Kommunikation und Koordination mit den Arbeitgebenden, wurde gewünscht – dies vor allem auch in der frühen, akuten Phase der gesundheitlichen Einschränkung. Im ersten Monat war kein CM involviert. Kernaussage: *«Es ist hypothetisch. Wenn jedoch frühzeitig ein Case Management mit dem Arbeitgeber und dem Hausarzt geschaut hätte, hätte Etwas (der Kontakt mit AG) abgedeckt werden können.»*

Den Arbeitgebenden kommt eine zentrale Bedeutung zu. Die Auswertung der Interviews deutet darauf hin, wenn die Beziehung zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden negativ empfunden wurde, auch ein CM vielfach keinen Einfluss auf die unausweichliche Kündigung nehmen konnte. Ein Wechsel der Kontaktperson beim Arbeitgebenden hat diese Beziehung bei einer Person zusätzlich erschwert. Die Vorgaben der Arbeitgebenden, mindestens ein 80 % Pensum zu erreichen, erschwerten einen Arbeitsplatzertand für die Betroffenen zusätzlich. Arbeitsversuche scheinen in diesen Fällen nicht die gewünschte Wirkung erzielt zu haben oder wurden nicht durchgeführt. Dabei steht im Raum, wie die Begleitung der Arbeitsversuche durch das CM war und ob eine engere Begleitung, zum Beispiel mittels eines Job Coachings, sinnvoll gewesen wäre. Eine IV Frühintervention kam in keinem Fall zum Zuge.

12 Beantwortung der Fragestellung

Wie beschreiben und beurteilen Menschen mit längerer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer affektiven Erkrankung rückwirkend das Case Management?

Ein Case Management wird als förderlich und unterstützend erlebt. Dies sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht. Die für diese Arbeit hinzugezogene Zielgruppe ist froh um die ganzheitliche Unterstützung. Aufgrund der Einschränkungen äusserten sie sich mit den Anforderungen und den Aufgaben am Arbeitsplatz überfordert zu sein. Hierbei wurden vor allem die Kommunikation mit den Arbeitgebenden genannt und der Umgang mit sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Fragestellungen. Das Bedürfnis der einzelnen Personen, dieser Überforderung bereits zu Beginn der Krankschreibung entgegenzuwirken, wird beschrieben. Vor allem in der akuten Phase scheinen viele Unsicherheiten vorhanden zu sein und die persönliche Leistungsfähigkeit scheint deutlich eingeschränkt.

Damit ist der Bedarf aus Sicht des Autors an ein Case Management vorhanden. Ein Bedürfnis für ein frühzeitiges CM mit einer ganzheitlichen, direkten und allumfassenden Begleitung wird genannt. Dazu gehört aus Sicht der Befragten eine transparente Kommunikation bis zu einem persönlichen Fallabschluss. Bei affektiven Störungen ist vor allem in der ersten Phase mit deutlichen gesundheitlichen Einschränkungen und deutlich reduzierter Leistungsfähigkeit der souveräne Umgang der eigenen Situation erschwert. Eine familiäre Unterstützung kann einen positiven Teil beitragen. Jedoch wurde das Fehlen einer kompetenten, neutralen Fallführung genannt. Ob bereits noch früher ein CM involviert werden soll und in welcher Form dies vermehrt umgesetzt werden kann, sollte weiter diskutiert werden. Dazu gehört auch, welchen zusätzlichen volkswirtschaftlichen Nutzen und Einfluss dies haben wird.

Schlussfolgerungen

13 Fazit

Die Ergebnisse dieser qualitativen Inhaltsanalysen bestätigen und ergänzen die theoretische Ausgangslage in der Einleitung. Unter anderem zeigen diese, dass es bei psychischen Erkrankungen kein einheitliches Szenario bei der Rückkehr zur Arbeit gibt. Auch die Begleitung mittels eines Case Managements ist individuell unterschiedlich. Alle Szenarien konnten mit dieser Stichprobe nicht aufgezeigt werden, so zum Beispiel, wie die Fallbegleitung bei KMU's (Kleine und mittlere Unternehmen) oder anderen Arbeitgebenden abläuft.

Im ersten Monat haben aus diesen Ergebnissen keine Kooperationen und Begleitungen stattgefunden. Ein Case Management greift mehrheitlich zwischen einem bis drei Monaten nach der Krankschreibung und in einzelnen Fällen gar nicht. Eine Kommunikation zwischen den Arbeitgebenden und medizinischen Dienstleistungen scheint nicht stattgefunden zu haben. Die Betroffenen scheinen im ersten Monat auf sich allein gestellt zu sein, d.h. besonders dann, wenn die Unterstützung durch die Arbeitgebenden zusätzlich fehlt. Aus Sicht der Studienteilnehmer griff ein Case Management bzw. eine Fallführung zu spät. Eine Anmeldung für eine IV-Frühintervention hat überhaupt nicht stattgefunden. Dies obwohl schon früh von komplexen Fällen ausgegangen werden konnte (vorbestehende, wiederkehrende Krankschreibungen/schwere Depression/Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit dem AG/längere Krankschreibungen ohne Arbeitsversuche/Leistungsfähigkeit über längere Zeit deutlich eingeschränkt/mehrere Akteure involviert). Um einen Klinikeintritt zu vermeiden, müsste aus Sicht des Autors früher auf die gesundheitliche Situation reagiert werden. Eine Frühintervention kann mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung verbunden werden. Baer meint dazu, alle sollen dabei aktiv werden und eine externe Beratung beiziehen (Susanne Wenger, 2020, S. 13-14).

Niklas Baer äussert auch in einem Zeitungsinterview, dass ein Burnout die Spitze des Eisbergs sei und Arbeitsprobleme meist eine lange Vorgeschichte haben. Wenn man am Arbeitsplatz Probleme lösen oder jemanden eingliedern will, brauche es ein zusätzliches Set an Interventionen (Andreas Minder, 2020, S. 44). Bei psychischen Erkrankungen ist im Allgemeinen eine frühe Intervention hilfreicher als eine lange Krankschreibung, bevor ein Arbeitsplatzverlust unausweichlich ist.

Bei affektiven Störungen sollte dies differenzierter angeschaut werden. Eine zu frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz kann kontraproduktiv sein. Deshalb ist eine spezifische Begleitung bzw. eine Fallführung umso wichtiger – dies für die Betroffenen, aber auch für die Arbeitgebenden. Bei schwerer Depression ist vielfach ein Klinikaufenthalt unausweichlich und eine

längere Krankschreibung zu diesem Zeitpunkt sinnvoll und notwendig. Dann ist ein Case Management vor allem für die Betroffenen wichtig, um sie im Prozess und bei den gestellten Anforderungen zu unterstützen. Ein Arbeitsplatzverlust scheint nach einem Klinikaufenthalt vielfach schwierig erreichbar zu sein. Es ist davon auszugehen, dass für die Betroffenen der gefühlte Nutzen eines Case Managements unbestritten vorhanden ist, wie diese Ergebnisse aufzeigen. Die Leitprinzipien eines CM scheinen umgesetzt zu werden. Die Kompetenzen der Case Manager/innen scheinen das Anforderungsprofil und die Erwartungen zu erfüllen. Eine Optimierung der Vernetzung aller relevanten Akteure durch das Case Management sollte weiter diskutiert werden. Mögliche Überlegungen zu monetärem Aufwand und Ertrag eines CM aus Sicht einer Krankentaggeldversicherung werden in dieser Arbeit nicht diskutiert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die strategische Ausrichtung einer Versicherung darüber bestimmt, ob und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Intensität ein CM durchgeführt wird. Eine arbeitsbezogene Arbeitsfähigkeit (Rückkehr an die angestammte Tätigkeit) konnte bei dieser Stichprobe mit diesen komplexen und schweren Verläufen nicht erreicht werden. Eine Fallführung konnte eine Kündigung nicht verhindern.

14 Empfehlungen für das Case Management

Eine frühzeitige Begleitung und Unterstützung der Betroffenen und der Arbeitgebenden kann als ein wichtiger Teil einer erfolgreichen Wiedereingliederung von psychisch Erkrankten Arbeitnehmenden. Forschungen im Bereich «Zurück zur Arbeit» von Danuser (2019) streichen dieses frühe Eingreifen als wesentlichen Befund heraus und unterstützen somit diese These. Laut Danuser (2019) gehören dazu, die betroffene Person miteinzubeziehen mit dem Schwerpunkt auf den Arbeitsplatz und dass dies zusätzlich von jemandem koordiniert werden sollte. Das heisst, dass wenn die betroffenen Personen früh mit Fokus auf den Arbeitsplatz einbezogen werden und dies zusätzlich von jemandem koordiniert wird, sich die meisten Erfolge ergeben (S. 251).

Um eine frühzeitige Begleitung gewährleisten zu können, scheinen alle Akteure gefordert zu sein. Die Instrumente und Möglichkeiten dazu sind vorhanden, auch wenn das schweizerische System komplex ist. Es kann als notwendig erachtet werden, dass Arbeitgebende und damit deren Führungskräfte für das Thema der psychischen Erkrankungen sensibilisiert werden, damit diese oder die behandelnden Mediziner/innen frühzeitig ein Case Management involvieren. Dies kann ein betriebliches CM sein oder eine Anfrage bei der Taggeldversicherung. Auch ein neutrales Case Management könnte beauftragt werden, zum Beispiel mit einer Fallbegleitung über ein ambulantes (ergotherapeutisches) Angebot im Fachbereich berufliche Rehabilitation und Integration oder andere Angebote eines Case Managements bzw. Job Coachings. Diese wiederum können über die IV-Frühinterventionsmassnahmen und Finanzierungen aufgestellt werden. Die Fähigkeit scheint darin zu bestehen, ein individuell passendes Unterstützungsnetz aufzugleisen. Ein erster Schritt dazu müssten die Betroffenen selbst, die Arbeitgebenden und damit deren Führungskräfte (Vorgesetzte) oder die medizinischen Fachstellen tun.

14.1 Zusammenfassung für das Case Management

Tabelle 4: Empfehlungen des Autors

	Zusammenfassende Empfehlungen des Autors
Frühzeitiges Case Management	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei ersten gesundheitlichen Schwierigkeiten und wiederholenden Krankheitstagen eine Koordination/Fallführung für Vernetzung passender Angebote aufgleisen. ➤ Ein CM über die Arbeitgebenden oder medizinischen Behandelnden aufgleisen (BGM, Taggeldversicherung oder ambulantes berufliches Therapieangebot). ➤ Der/die Case Manager/in aktiviert ein Unterstützungsnetz und unterstützt die Kommunikation. ➤ Einbezug der IV-Frühintervention (Job Coaching, Arbeitsplatzanpassungen, Arbeitsversuche Teilzeitpensum).
Case Management bei längerer Arbeitsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mit einer schweren Depression ist es ein komplexer Fall = CM sinnvoll. ➤ Psychosoziale Begleitung und Kommunikation mit den Arbeitgebenden. ➤ Begleitung und Koordination der medizinischen Massnahmen wie stationärer Aufenthalt bei schwerer Depression. ➤ Arbeitsversuche koordinieren. Bei Bedarf Job Coaching beauftragen. ➤ Koordination des Prozederes mit Betroffenen, Arbeitgebenden und IV.
Allgemeine Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eine richtige Diagnosestellung für passende Interventionen und Behandlungen entscheidend – Überweisung an eine/n Spezialisten/in. ➤ Alle involvierten Akteure sind gefordert. ➤ Für die Betroffenen ist der Nutzen eines CM qualitativ wie quantitativ gegeben. ➤ Die Kommunikation mit den Arbeitgebenden ist relevant, um eine Wiedereingliederung zu ermöglichen. Dies ist für Betroffene meist eine (zu) hohe Anforderung, weshalb eine Kommunikation durch den/die Case Manager/in sinnvoll ist. ➤ Anforderungen für ältere Arbeitnehmende (ü50) können mittels IV-Frühintervention (Arbeitsplatzanpassungen) angepasst werden.

15 Weiterführende Theorien- und Hypothesenbildungen

Ein Grunddilemma scheint, dass unsere Arbeitswelt nicht auf Arbeitnehmende mit einer Krankheit und damit einer Leistungsminderung vorbereitet ist. Die Arbeitswelt braucht und möchte meist explizit hundertprozentig fitte und arbeitsfähige Personen. Dieses Grunddilemma beschreibt Danuser (2019) und wurde auch aus diesen Ergebnissen ersichtlich. Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Krankheit werde kaum thematisiert. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die 50- bis 65- Jährigen während ihrer beruflichen Laufbahn mit einer oder mehreren Gesundheitsstörungen leben müssen (S. 246). Dazu gehören auch affektive Störungen. Für diese älteren Arbeitnehmenden scheinen die Arbeitsanforderungen nicht geringer zu werden und mit einer Krankheit umso herausfordernder, die Gefahr einer Erschöpfungsdepression scheint zuzunehmen. Dazu machte eine Interviewpartnerin eine interessante Aussage: *«Ich bin der Meinung, dass die Arbeitsanforderungen für ältere Arbeitnehmende evaluiert und angepasst werden müssen, da sie nicht mehr die gleiche Leistungsfähigkeit wie Jüngere bringen können. Zusätzlich Alleinerziehende mit Kindern im Teenageralter haben noch andere Anforderungen im privaten Bereich.»*

Weiter führt Danuser aus, dass besonders viele ältere Arbeitnehmende nicht zurück in den Arbeitsmarkt gehen können und werden in die Sozialversicherungen bis hin zur Sozialhilfe abgeschoben. Trotz längerer Lebenserwartung sinkt im Mittel die Anzahl der Arbeitsjahre. Das Älterwerden limitiert in gewissen Bereichen die Leistung und zudem kommen noch andere wesentliche Aufgaben im Leben dazu. Dazu gibt es sicher auch Krankheiten, welche eine Arbeit nicht erlauben (Danuser, 2019, S. 247-248). Die affektiven Erkrankungen, vor allem die schweren Depressionen, gehören dazu (siehe Abbildung 1). Deshalb ist eine frühere Intervention umso wichtiger. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz und das Arbeiten mit einer Krankheit verlangt viel Anstrengung/Bemühung und ein managen der eigenen Situation (Danuser, 2019, S. 248).

Vor allem die Arbeitgebenden, natürlich auch die Betroffenen selbst, sowie die ersten Behandelnden sollten dafür aktiv werden. Dies nicht erst, wenn ein Klinikaufenthalt unausweichlich ist und es zu schweren und schwierigen Verläufen kommt. Denn dann scheint es, als ob ein notwendiges Case Management, wie diese qualitativen Ergebnisse zeigen, die Betroffenen zwar gut begleiten und unterstützen kann, jedoch ein Arbeitsplatzverlust für diese Personen kaum mehr zu vermeiden ist. Ein Case Management sollte früher greifen, um ein sinnvolles und zielführendes Behandler- und Unterstützernetz aufgleisen zu können (Vermittler und Kommunikator als Hauptrollen des/der Case Manager/in). Die Hilfslosigkeit aller Beteiligten kann damit positiv beeinflusst werden, betont auch Baer (Minder, 2020).

Die CM-Programme sollten besser positioniert werden. Sie sollten vermehrt klienten- und ressourcenorientiert sein. Eine stärkenorientierte Arbeitsweise fördert und entfaltet die persönlichen Stärken der Betroffenen und ist damit auch eine Unterstützung von Systemen und positiven Beziehungen (Wendt et al., 2017, S. 52-53). Solche frühzeitigen, klientenzentrierte CM-Programme könnten über die Arbeitgebenden (betriebliches CM - BGM) möglich sein. Über eine Taggeldversicherung scheint eine Initiierung eines CM in den ersten Wochen der Krankschreibung schwierig (Zeitpunkt Meldung bzw. Aktivierung eines CM). Weitere gute Ansätze werden vom Autor dieser Arbeit über die IV-Frühintervention erkannt, um ein Job Coaching oder eine berufsorientierte therapeutische Massnahme aufgleisen zu können. Eine ergonomische Arbeitsplatzabklärung mit Fokus auf psychische Gesundheit könnte eine weitere Massnahme sein (Wenger, 2020, S. 12-14). Solche Massnahmen könnten auch über die Hausärzte/innen oder den psychiatrischen Dienst verordnet werden. Ebenfalls sollten Arbeitgebende im Rahmen ihres betrieblichen Gesundheitsmanagements Arbeitsplatzabklärungen in Auftrag geben – dies, um für ihre Mitarbeitenden Gesundheitsprävention und Rehabilitation zu betreiben, weniger Ausfalltage zu haben, die Attraktivität ihrer Arbeitsplätze bzw. ihres Unternehmens hoch zu halten und einen sozialen Auftrag zu erfüllen. Solche Massnahmen und Programmen sollten weiter volkswirtschaftlich untersucht werden. Angebote in diese Richtung sollten gefördert, unterstützt und untersucht werden.

16 Reflexion dieser Master-Arbeit

Die Forschungsmethode war stimmig und würde wieder so ausgewählt werden. Das methodische Vorgehen konnte eingehalten werden und wurde nachvollziehbar dargestellt. Die Stichprobengrösse war für eine solche Arbeit ausreichend und die Stichprobe erfüllte die Einschlusskriterien der Zielgruppe. Eine Repräsentativität für die Gesamtheit ist bei einer qualitativen Forschung nicht das Ziel. Für die Beantwortung der Fragestellung war die Stichprobe heterogen und informativ. Die Eigenschaften (z.B. Alter, Geschlecht, Berufsfelder) der Stichprobe der zwei Kantone verteilten sich gut. Bei drei Teilnehmenden war kein CM involviert, was für die Fragestellung jedoch relevant ist. Es kann diskutiert werden, ob ein vorhandenes CM ein Einschlusskriterium hätte sein müssen. Zwar konnten zusätzliche Informationen erhalten werden, jedoch weniger in Bezug zur Fragestellung. Es wurde aber ersichtlich, wo und wann ein CM zum Zuge kam und wie diese Betroffenen ihre Fallbegleitung bzw. Bedarfslücken erlebt haben. Ein Unterschied der zwei Kantone war erkennbar, indem im 2. Kanton weniger oft ein CM involviert war, jedoch der Prozess mit der IV schneller in die Wege geleitet wurde.

Zu den affektiven Erkrankungen gehören auch manische Episoden. Diese Form der Erkrankung kam bei der Zielgruppe nicht vor. Möglich, dass diese Erkrankungen allgemein weniger

verbreitet sind und weniger bei IV-Eingliederungsmassnahmen auftreten. Somit beziehen sich die Ergebnisse dieser Master-Arbeit vorwiegend auf Menschen mit schweren Depressionen bzw. Erschöpfungsdepressionen oder Burnout. Der Titel sowie die Untersuchungskriterien hätten angepasst werden können. Ich habe mich jedoch dagegen entschieden, da affektive Störung die übergeordnete Diagnosegruppe darstellt und dies bei der Stichprobenauswahl offengehalten wurde. Ebenfalls wurden bei der Stichprobenauswahl die Grösse und Art der Betriebe nicht berücksichtigt. Somit gab es keine differenzierte Auswahl und keine ausgeglichene Verteilung der unterschiedlichen Angestelltenverhältnisse. Solche Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Betriebsorganisation wären spannend gewesen. Hier fehlte ein wenig die Heterogenität.

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik und die Interviews waren für mich sehr spannend und anregend. Dies haben meine Hypothesen bestätigt. Ein Einfluss auf die Ergebnisse aufgrund der nicht neutralen Rolle als Autor und zugleich Durchführer der Interviews kann nicht komplett ausgeschlossen werden.

So auch bei der Auseinandersetzung für die Schlussfolgerungen könnten meine Hypothesen das Fazit etwas beeinflusst haben. Jedoch bestätigte diese Einschätzung mehrheitlich die Literatur, was diese Ergebnisse untermauern und nachvollziehbar machen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Baer, Niklas (2017). *Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen: Besonderheiten und Handlungsmöglichkeiten*. Skript (ohne Seitenangaben).
- Baer, Niklas, Frick, Ulrich & Fasel, Tanja (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Forschungsbericht Nr. 6/09. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit.
- Baer, Niklas, Frick, Ulrich, Besse, Christine, Cuonz, Neisa & Matt, Michael (2018). *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit.
- Bärtsch, Bettina & Huber, Micheline (2019). *Jobcoaching für Menschen mit psychischer Erkrankung*. Psychiatrie Verlag.
- Bode, Katharine, Maurer, Friederike & Kröger, Christoph (2017). *Arbeitswelt und psychische Störungen*. Fortschritte der Psychotherapie. Band 66. Hogrefe Verlag GmbH.
- Bundesamt für Sozialversicherung BSV (2013). *Geschichte der sozialen Sicherheit in der Schweiz*. Gefunden unter <https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/home>
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2020). *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) Stand am 1. Januar 2020*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19590131/202001010000/831.20.pdf>
- Bundesamt für Statistik (2020). *Gesundheitsstatistik 2019. Gesundheit in der Schweiz: Alle Kennzahlen auf 80 Seiten*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.10270734.html>
- Danuser, Brigitta (2019). *Homo Laborans. Gesundheit und Kranksein bei der Arbeit* (1. Aufl.). Versus Verlag AG.
- Dilling, Horst & Freyberger, Harald J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9. Aufl.). Hogrefe Verlag.

Ettlin, Peter & Baer, Niklas (2020). *Arbeitsplatzerhalt bei psychischer Erkrankung. Was Psychiaterinnen und Psychiater tun können*. Gefunden unter <https://www.rheinleben.ch/print/arbeitsplatzerhalt.pdf>

Ettlin, Peter & Baer, Niklas (2020). *Wie gehe ich mit psychisch belasteten Mitarbeitenden um? Ein Leitfaden für Arbeitgeber und Führungskräfte*. Gefunden unter <https://www.rheinleben.ch/assets/uploads/files/Arbeitgeber/Kurzversion%20-%20Wie%20gehe%20ich%20mit%20psychisch%20belasteten%20MA%20um.pdf>

Hochschule Luzern (2020). *Auswahl der Erhebungsmethode*. Gefunden unter <https://www.empirical-methods.hslu.ch/forschungsprozess/qualitative-forschung/auswahl-der-erhebungsmethode/>

Kessemeier, Franziska, Gündel, Harald, von Wietersheim, Jörn, Hölzer, Michael & Rothermund, Eva (2020). Seelische Gesundheit und berufliche Teilhabe: Die Bedeutung psychosomatischer Rehabilitation im Versorgungssystem. *Hogrefe Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68 (2), 131–144.

Kuckartz, Udo (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Beltz Juventa.

Locher, Thomas & Gächter, Thomas (2014). *Grundriss des Sozialversicherungsrechts* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Stämpfli Verlag.

Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz Verlag.

Minder, Andreas (2020). Woran die Arbeitsintegration von psychischen Kranken scheitert. *Sonntagszeitung*, 13. September 2020, S. 44.

Netzwerk Case Management Schweiz (2014). *Definition und Standards Case Management. Genehmigt von der Generalversammlung am 31. März 2014*. Gefunden unter http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf

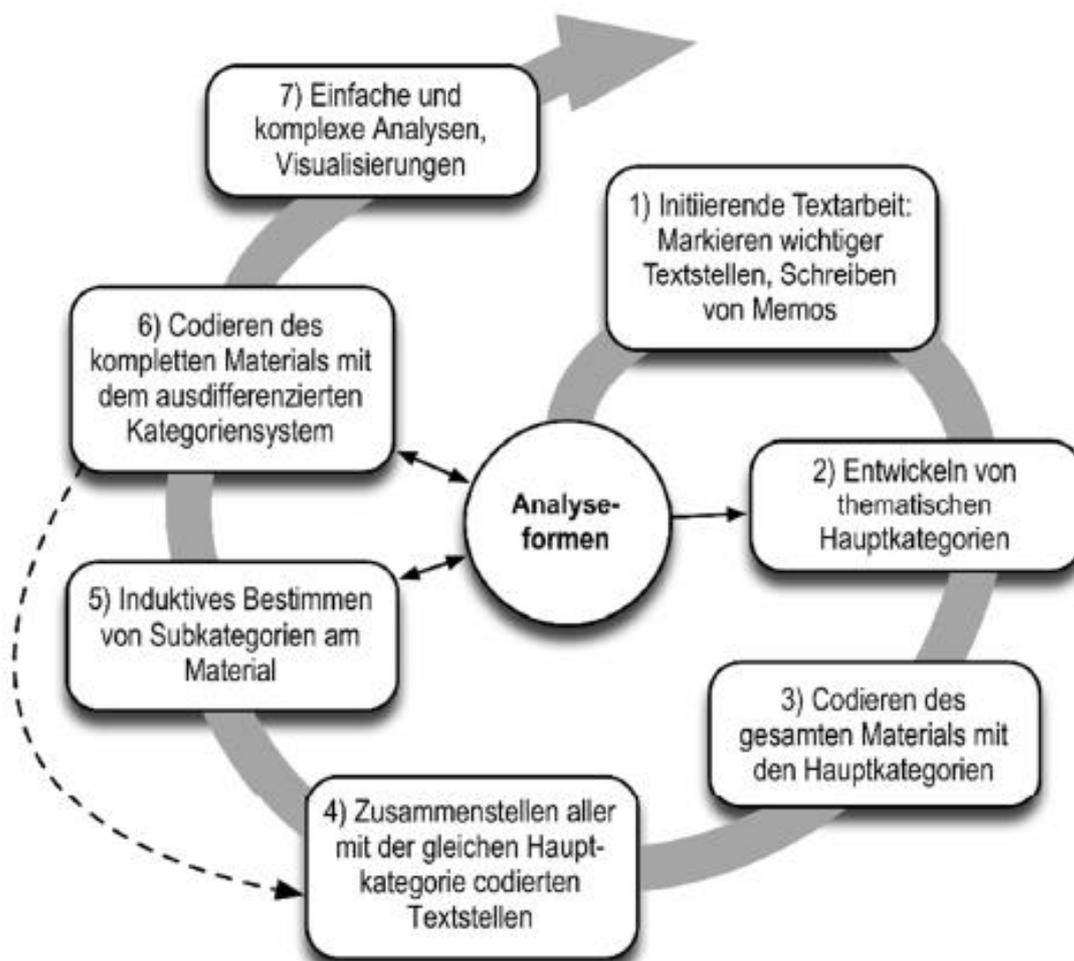
Netzwerk Case Management Schweiz (2016). *Kompetenzprofil für Case Manager und Case Managerinnen*. Gefunden unter http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/30.09.2016_infounterlage_kompetenzprofil_cm_finale_version_0.pdf

- Schnell, Martin, Schulz, Christian, Kolbe, Harald & Dunger, Christine (2013). *Der Patient am Lebensende. Eine Qualitative Inhaltsanalyse*. Springer VS.
- Scholz, Stefan M., Andermatt, Peter, Tobler, Benno L. & Spinnler, Dieter (2016). *Work Incapacity and Treatment Costs After Severe Accidents: Standard Versus Intensive Case Management in a 6-Year Randomized Controlled Trial*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26, pages 319–331.
- Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre, Buscher, Nathalie & Camenzind, Paul (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Vogt, Stefanie & Werner, Melanie (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse, Skript*. Gefunden unter https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalysefertig-05-08-2014.pdf
- Wendt, Wolf Rainer & Löcherbach, Peter (2009). *Standards und Fachlichkeit im Case Management*. Economica Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer & Löcherbach, Peter (2017). *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis* (3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). medhochzwei Verlag GmbH.
- Wendt, Wolf Rainer (2015). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (6. Auflage). Lambertus.
- Wenger, Susanne (2020). Bezieht man einmal eine IV-Rente, ist das nur schwer umkehrbar. *Dossier, psychische Gesundheit Nr.8*, 13 – 14. Gefunden unter <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/ueber-uns/medien-news/vitamin-g/vitamin-g-nr8-2020-zhaw-gesundheit.pdf>

B Interview Leitfragebogen

Nr.	Hauptfrage/Thema	Detailfragen
1	Allgemeine Angaben	Alter, Beruf/Anstellung/Position, höchste Ausbildung/Abschluss, Geschlecht, Pensum, Diagnose/Grund der AUF
2	<i>Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber</i>	Letzte Anstellung/Position? Wie gross war Ihr Betrieb? Gab es ein BGM/CM?
3	Krankschreibung	Ab wann (Datum) und von wem wurden Sie krankgeschrieben?
4		Wie lange und für welches Pensum wurden Sie krankgeschrieben?
5	<i>Kündigung/Arbeitsplatzerhalt</i>	Wann wurde Ihnen oder haben Sie gekündigt?
6		Hätten Sie zu dieser Zeit den Arbeitsplatz gerne behalten?
7		Wie gross waren aus Ihrer Sicht die Bemühungen für einen Arbeitsplatzerhalt seitens Arbeitgeber, Case Manager/in und Ihnen?
8	CM/Fallführung	Hatten Sie eine Fallführung/ein CM, zu welchem Zeitpunkt und von wem? Wen haben Sie als Fallführung wahrgenommen?
9		Konnten Sie sich dafür oder dagegen entscheiden? Wie erlebten Sie Ihre Partizipation im bzw. für das CM?
10		Wie haben Sie die Fallführung oder das CM erlebt? Wie beurteilen Sie dieses? Was war hilfreich, förderlich, unterstützend? Was war hinderlich, hemmend, schwierig?
11		Wie haben Sie die Kommunikation und Koordination mit dem Arbeitsplatz erlebt?
12		Können Sie etwas zur Quantität und Qualität des CM sagen?
13	<i>Arbeitsversuch</i>	Fand an der gleichen oder an einer angepassten Tätigkeit beim letzten Arbeitgeber ein Arbeitsversuch statt? Wie erlebten Sie diesen?
14		Haben Sie ein CM der Krankentaggeldversicherung/Krankenkasse wahrgenommen?
15		Ab wann und wie war die IV involviert?
16	Anliegen/Bedarf	Was hätten Sie sich bezüglich Begleitung in dieser Phase noch gewünscht?
17		Andere Anliegen/Bemerkungen zu der Fallführung bzw. dem CM?

C Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse



Quelle: Kuckartz (2016)

D Schriftliche Protokolle

CM > Dez. 18 - bis aktuell
(Arbeitgeber extern)
Gmüers. FK

Interview-Protokollbogen

Interviewnr.	InterviewerIn	Datum	Dauer
1	Bjke	13.7.20	

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 38 Geschlecht: M, W höchste Ausbildung/Abschluss: Fachschl. EFZ
Beruf/Ausbildung: Spezialhandwerk Gewerbe unterhalt Kant. (AWE)
Letzte Anstellung/Position: Angestellte - (9. Stufe) Pensum: 100%
Diagnose/Grund der AUF: Sept 17 Unfall (Pipe fr.) Ab 12.18 Stressbed., psych. Erk.
Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM? Ja, Prep for work
12 Mitarbeiter, AWEK ~ 50 Jahre
1 Vorgesetzter / HR ganze Bauabteilung - (21000 Arbeiter)

2) Krankschreibung/Kündigung

Von: Ok 18 Bis: _____ durch Wen: AG 2 Jahre Lohnfortz.
(Start Krankheit)

Unfall 6-8 wochen -> jedoch nicht Krankenschr.
schwierig umsetzbar (0.6) -> Hausarzt -> nicht zufrieden
schlechte Genesung -> verschiedene Kranksch. (0.5) (0.6)
okt. 18 Stressbed. / nervlich, Nerven zusamb. 100% Auf
7 wochen @ Klinik, ambulant
24.10. - 19.12.18

Kündigung:

31.12.2019 -> Abfindung 4 Monate (Lohn)
(effektive Ende Arbeitsvertrag April 2020)
genere Bewusstheit / Apparatur

Arbeitsverweigerung bei neuem Chef gemacht, war gene
Bilanz 80% Arbeitsf. (HR) -> bis Oktober
Wichtig von da -> dann nicht mehr zurück
Arbeit sondern Bewusstheit
HR Kant.

Interviewnummer: 1

Datum: 13.7.20

3) CM/Fallführung

1) bis Sept. '18 über Unfall SUVA, dann sofort über Krankheit → Vertrauensstühle Unles. Mai '18

8) Kanton eigene CM verschlafen → nicht umgesetzt
→ CM Grundbes. PK → wäre gleich, HR Betrieben
10) → externer CM gestellt → Schule noch
11) Dez 18/Jan 19 → einfaches, bürokratische Unterst.
→ Randtabel in Klinik
1x CM → aufgleisen Stock im Betrieb
12) Protokoll, rechtliches (Verf. gen. aufbauen)
→ abgeholt zeitlich verteuert durch pers. Treffen
→ schriftliche Vereinb., zeitlich nicht bedacht, hohe Kosten
10) → Verf. des Kantons: Anlaufstelle jederzeit
Arbeitsrecht wichtige Schritte, Rückmeldung mit IV
13) 2015 gut, mit neuer Chef menschlich, etwas Anzeichen
Vertrauen, aber guter Kontakt → Tür offen lassen (Dann Schweiz Prozess)

13) CM Anja nicht aktiv durch TN + AG analysiert,
Anja bekommt CM für ihn positiv
14) CM SUVA nicht geprüft → CM zu spät werden
20) bei Stressb. psych. Arbeitsfähigkeit sehr schwierig!
15) Sept 17 → erster Kontakt SUVA Dez 18/Jan 19
21) Arbeitsvertrag für Teil AF gekündigt nicht Teil-AF 80%,
Mai '19 WISU probiert/versucht beide Hausruhe
quodt + nicht gekündigt 50% AF gehabt
teillich 2 Jahre Kräfte gegeben

4) Wünsche/Bedarf

20) eher von Arbeitgeber enttäuscht, nervlich
HR Crackness bei letzte AG wartet noch auf
→ Beobacht von Anja aktuell, Arbeitsumgebung
15) Eig begleitet, aber Befehl → kann kein Befehl
16) Als AN rechtliche Fragen im 1. Jahr
17) IV Massnahme bleibt enges Rahmen, Druck bleibt (siehe IV hier)
weder 100% arbeiten, rauhes Umfeld macht noch schwer
18) Beginn Genesung gefühlt + schlechter mit AG
19) → Strukturiertes CM hypothetisch gehilfe!

Interviewnummer: 1

Datum: 13.7.20

psych. Spätfolge hätte vermeiden können
→ situationaler Profil von Arzt/Arztin. - Gutachter → nicht vor Ort (Anja)

CM (PKR) → Jan 18 - 2020

Interview-Protokollbogen

Interviewnr.

2

InterviewerIn

Datum

16.7.20

Dauer

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 31 Geschlecht: M, W höchste Ausbildung/Abschluss: Informatiker EF2

Beruf: Informatiker Sachbearbeiter

Letzte Anstellung/Position: Angestellter Pensum: 100%

Diagnose/Grund der AUF: Depression, schwere Depression

Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM?

120 Mitarbeiter, einziger Informatiker, kein BGM

2) Krankschreibung/Kündigung

Von: Aug 2017 Bis: Jan 18 durch Wen: Hausarzt, Klinik

06. monatliche Krankschreibung, Formular Toppladers
Jan 18 Klinik

Kündigung:

2. dper Ende Jan 18 gekündigt, lediglich 3 Monate vor
Einziger Informatiker, brauchte Ersatz, aber nicht
nicht schnell zurück

Interviewnummer: _____

Datum: _____

3) CM/Fallführung

- 1.0 über PK Rück> Arzina CM ab Zeitpunkt per Kündigung ^{1.0} davor - Sachbearb. KTU, kein CM über Hausarzt Psychoth, bis neuer Vertrag
- 1.1 kostenlos, war nicht verpflichtet Uwehlag
- 1.2 Arbeitszeugnis AG, Koordination mit AG, Abschluss Tagelohns geko-e/weiter gelaufen
- 1.3 Telefonisch während Stationär bei Tagelohn pers. K., + U-Anmeldung ^{1.2} - wöchentlich monatlich ^{1.0} + Entlastung mit Arbeitgeber + Sicherheit externe Unter. - nichts belastend, kein Druck Qualität nicht festgelegt ges.
- 2.0 Gespräche mit AG belastend, Ko- mit AG wertvoll Arbeitsplatzhalt eher weniger möglich ^{2.0}
- 2.1 Arbeitsvertrag eher schwierig geworden
- 2.2 Arbeit kein Thema gewesen / Genesung im Vordergrund

- 2.3 1.0 AG direkt Vorgesetzter, Bedürfnis AG zurückgek. / Abh. ^{2.0} _{wirtsch. Motiv}
- 2.4 Wenn gesund geworden wäre, aber so/ mit gesundheitl. Sit. ^{2.0}

- 3.1 Nein ^(Jan/März)
- 3.2 U-Anmeldung über Tagelohnvers. nahe gelegte
- 3.3 1 Kontakt Herbst '18 (Sept/Okt)
- 3.4 U-Massn. März '19, U-kein CM

4) Wünsche/Bedarf

- > Hausarzt stationäre Überweisung gemacht
- > Psychologin von Hausarzt nach 3 Monate beendet
- > Psychiater als erstes bei stat. Aufst. ^{1.0}
- > Begleitg. Hausarzt alle 3 Woche
- 1.1 hat die Zeit gebraucht
- > guter Verkauf
- Externe Betreuung ev. gut gese
- überw. Ges. Schwierig
- off. Arbeitsplatzhalt geregelt
- 1.1 Ablauf/Prozess

Interview-Protokollbogen

Interviewnr. <u>3</u>	InterviewerIn	Datum <u>17.7.20</u>	Dauer
--------------------------	---------------	-------------------------	-------

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 51 Geschlecht: M, W höchste Ausbildung/Abschluss: MaBiLeh EFZ
 Beruf: Leiter Hauswart/Technischer Dienst Hauswertschule
 Letzte Anstellung/Position: 1 Mitarbeiter gefhrt/2 IV-leiter Pensum: 100%
 Diagnose/Grund der AUF: Verd. Herzinfarkt / Erschöpfungsdepression
 Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM?
1000 Mitarbeiter (Non Food Retailer), 8-fache Bewstell., HR > längerer Ausfall März

2) Krankschreibung/Kündigung

Von: 7.12.17 Bis: _____ durch Wen: Hausarzt (1 Woche)
 (0) Ob 100% AUF Erschöpf. / Zwischenm. / Mobbing / sex. Übergriff
Zusammen mit Arbeit / Überlastung -> unter Tisch gemischt
Picketdienst / Fussbrüche / Grenzsignale
> Angst Jobverlust
 (0a) > Hausarzt an Psychiater verwiesen (n. Stopen)
> Verarb. / Akzeptanz / AUF Vorliegen
(0.5) > bis Feb. 18
> 8. Ab Feb 18 - März
> (0.a)

Kündigung:

(5) (6) Kein Geld mehr zu rufen
 (2.a) > Sept 18, Kündigung beim ersten Stau mit AG
> Druck / Arbeitsüberlastung war off (0.20)
> Bereitschaft vom AG hätte vorhergehende Erlässe
 (2a) > Kon vom AG nur Kündigung / keine Diskret
> Kündigung musste unterschrieben (20)

15. Schriftl. Abschluss
Feb. 19

3) CM/Fallführung

- 8) KIV/CM → Care
Nach 3 Monate/März 18/16.
- 9) konnte Zustimmung geben, keine Frage für ja!
- 10) CM Wechsel nach ~ 3 Monate
1. gut (1.f.) 2. Neuling / weiger gut aufgehoben
- 1c) Freiwilligkeit (1.d) Administ. mit AG abnehme
Unterstützung - zu wenig nachgefragt / weiger
- SVA / Uers. / SV kann
- Abred. vers. - BVG - Schul + Bank - rechtl. Tätigkeit
- 1e) - Froh u. unterstütz. - Prof. Job Frau + ihr
- Stabe / eher gebreitet / in Schritte besprochen
- transparent - Kommunikation (1.d) Vertrauen - Vorkehr. Stütze
- 2a) kein Kontakt direkt nach (9) Tage AUF A
kein Infos an Arbeitg.; Einwilligung von ihm für CM / AG
Aug '18 ber. Kontakt AG / Gespräch (Neubauort) > CM organisieren (1.f.)
(HR / Stv. Chef) - falsches Spiel E-Box
- 14) Vereinbarung mit CM KIV → über HR
- 2.b) Nein / kein Arbeitsvertrag
- 3) 15) Anfang Dez '18 / IM 5.2.19 (Erstkontakt evtl. mit)

4) Wünsche/Bedarf

- 1.f) > Abschluss CM gewünscht (Persönlich)
> Übergabe von 1. & 2. (bessere Administration, Durchsicht auf Papier) Organisation,
> Froh u. unterstütz. > positiv
> IM/EM dann auch positiv

CM > Jan bis Ende 2019 (> 6 Monate Start CM)

Interview-Protokollbogen

Interviewnr.

4

InterviewerIn

Datum

20.7.20

Dauer

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 37 Geschlecht: M, (W) höchste Ausbildung/Abschluss: Matura

Beruf: Praktik. Miros, Stadtpolizei Ausbildung Winterthur (nicht)

Letzte Anstellung/Position: 20% Büro (Ordnungsw.) seit März 19 Pensum: 80% Privatlie

Diagnose/Grund der AUF: P.b. 18 Erschöpfungsdep.

Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM?

keine Tagelöhner. AT >>> extern von Mitarbeiter:in beauftragt

2) Krankenschreibung/Kündigung

Von: Feb. 18 Bis: durch Wen: Hausarzt zu Neurologe

verschieden Untersuchung / (Schwindel, Sehne / Betäubung)

Jobstart (50%) Abgabe Reizepf. (2.b)

→ immer wieder 100% AUF geschr.

2.b Juli 18 Büroarbeit (keine AUF Ergebnis 100%)

Ende Okt. 18 (Anfang) Nov über Hausarzt (hilfslos selber)

in Reha Schösch (Abt. Stressbew.) → Start 27.12.18

↳ Erlebnis Burnout

Kordison - kr fast in der Tot

Kündigung:

Verkaufsart 50% AF AG Nov. 19 zu viel

auf 20% zurück → Kündigungsgrund (2.d)

→ Kündigung Juli 2020 (2.d) → Mind. AF 50%

→ keine Berufsfähigkeit (2.c)

Interviewnummer: 4

Datum: 20.7.20

davor selbst Hausarzt

3) CM/Fallführung



1.a

1.b) Anfang Dez. '18 Stadt Winterthor Mitarbeiterhilfe
↳ Anforderung CM/Bauft AG
externe Firma (Arsana) ~~1.9~~ Jan '19 bis Ende '19 (beendet durch AG)

1.c) 1.d) sehr positiv (menschl. + inhaltlich) in Winterthor
+ gut erklärt + Aufklärung Entlastung durch
+ Aufklärung + Kontakt mit AG 2.a)

1.c) regelmäßig Telefon-wöch. Terminberichte → Entlastung Telefone
→ mehrmals Randtabel → Aufklärung Arbeit 20%

1.e) + Arbeit abgrenzen Arztgespräche/Dokumente AHV/IV
+ allgemein Nachfrage-Situation + Belastung abgrenzen
+ Pers. Unterst + an Termine mitbringen/Teile abgem.
+ sauberer Abschluss/Übergabe + Psycho Psychologin
- Wechsel beim AG 1.a) + dann amb. Psych. / psych. Spitz
↳ dann wech-zurück

1.f) zuerst alles selber, guten Kontakt mit AG (Übungen bes-
serer sich ihr aneignen → gut aufgehoben → dann viele
2.a) Wechsel/Veränderung → dann schwierig

1.g) nach 5 Tage kurz probiert (Hausarzt), nicht
2.g) gegeben.
80% 8pt. '18 probiert bis Okt. '18 → Zwischenbruch
→ Telefon Hausarzt
März '19 Arbeitsversuch 20% (Training)

3. 1.h) Juni/Juli 19 Erstgespräch IV beagl. durch CM
Dez '18 EM We-Care mit CM IFC

4) Wünsche/Bedarf

→ Hypothetische Frage:

1.f) Frühe CM? Neurologin 50% AF → Unterst. f. Hilfe
↳ Was ist los? Klarheit → Gesundheit verschlechtert
↳ Druck wegnemen → Eduktion
→ Symptome früh erkennen
→ früh Schweigepflichterz. → Informationsaustausch
→ zu Hause Unterst. durch Ehemann

→ Entlastung bei off. Ekr. schwierig/Hinf. Leistung
eingeschr.

Interviewnummer: → Anamnese

Datum: _____

kein CM

Interview-Protokollbogen

Interviewnr. <u>5</u>	InterviewerIn	Datum	Dauer
--------------------------	---------------	-------	-------

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 39 Geschlecht: M, W höchste Ausbildung/Abschluss: 10 Schuljahr
 Beruf: Temporär Verkauf
 Letzte Anstellung/Position: Stv. Filialleiter/Verkauf Pensum: 100%
 Diagnose/Grund der AUF: _____

Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM?

Schweitzer, 32 Filiale, Personalbüro (pers. Kontakt)

2) Krankschreibung/Kündigung

Von: 27.3.2019 Bis: _____ durch Wen: 100% AUF 0.9 Hausarzt

0.6 Bevor Arbeitsfall 0.8 Einstieg 50% - dann nach
11 Wochen Zusammenbruch Selber in Klinik eingewiesen
Notfallpsychologisch eingewiesen ↳ 2,5 Woche
↳ zweite 100% AUF, welches Rückspätere kein

0.6 ↳ Einstieg mit 0.5 50% Gsdschreibung durch
Klinik nach ~ 1 Monat

↳ kein CM

Kündigung:

7 Ende Feb 2020 wurde ihr gekündigt

0.2

Interviewnummer: 20.7.20

Datum: 5

3) CM/Fallführung

PK Rück Angebot (Fokus Arbeit), aber weiter über IPW + IV

Meldg bei 2 Krankenday für 19

nicht mehr notwendig/nicht versen

Psych. IPW + Tagesklinik -> Sozialberatung IPW Tagesklinik

keine (1.)

Frage Kündigung/AG/Zyris

nicht als Fall war

jede Woche Gesprächstg Psychol. Tagesk. IPW

Talftg -> Gespräche / Lös

1d + Unterstützung + Gesprächsthe -> direkte Rückantwort

1e langsam vorwärts gehen - Unsicherheit - Terminkoord.

1f Wunsch zurück ab AG (war 1 1/2 Jahre), noch länger gebraucht, bis akzeptiert

(Anfang Juni 19)

2.a. 11 Gespräch mit Verkaufsteiler Kündigung nahegelegt

STU. eher eher nicht tragbar 100% in Haus

> Depression nach dem Gespräch -> Psych -> wieder 100%

> Davon nicht fähig mit AG komm. möglich, tr. mit Verk

13a nach 1 1/2 Woche Gespräch mit Verkaufsteiler

wieder 100% Auf -> Wunsch Tagesklinik (Eltern)

nach Wartezeit Start Anfang August 19 - 1.b Sozialb. IPW

14 nichts gehört von KTS

3. 15 Erstgespräch Okt/Nov. 19, dann Eingl. (2 Anrech) 26.1.20 -> ging schnell

4) Wünsche/Bedarf

> Unterstützung durch Eltern

2.a. Mehr Unterstützung durch AG erwartet

bei 50% mehr Rückmeldung -> Gespräch zu nicht

hat gut aussehe

2.a. AG wichtigster Teil, neuer Filialleiter (jedenfalls)

hat selbe Linie - keine Chance

1.f AG hätte gerne vom Arzt etwas gehört (ver-ther)

kein Interesse von AG -> In Klinik AG mit Ther

> Fall direkte/schnelle Rückmeldung (nicht zwischen der Seite)

> Finanz Druck Rückd. Familie

Interview-Protokollbogen

Interviewnr. <u>6</u>	InterviewerIn	Datum <u>24.7.</u>	Dauer
--------------------------	---------------	-----------------------	-------

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

(Sucht + Depn., selber CM + Unterstutys-netz coord., sehr positive Ef.)

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 52 Geschlecht: (M)W höchste Ausbildung/Abschluss: Techniker TS/AF, Automech EFZ, Elektronische Fachinformatik
 Beruf: Management Consultant Mitglied Geschäftsleitung
 Letzte Anstellung/Position: Füh. Pensum: 100%
 Diagnose/Grund der AUF: Depression / Drogenmissbrauch

Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM?

10 Personen geführt, 300 Mitarbeiter International, 2011 aufgrund Aufgebaut, kein BGM/kein HR

2) Krankschreibung/Kündigung

Von: Mai 2019 Bis: 09. durch Wen: Psychiater / Psychologe

keine Zeiterfassung → mehr als 100% gearbeitet
4 Jahre lang immer wieder Krankschreibung
 ↳ Personliche Gründe / Trennung Ehefrau
mehr gearbeitet Einzelne Projekte
nach stat. 4 Monate Tageskurse

Kündigung:

2.d Ende Mai 2020 gegenseitige / Fusion mit TGV
wieder im Kontakt

2.b vorher bei Arbeit in Entlastung gehabt

seit 2016 Zweifeln

Alleine bis stat

3) CM/Fallführung

8) kein CM -> von Psycholog, nicht erstgekl. Klinik von Psych. herangezogen, -> schweregrad

1.5) Hausarzt dann stationäre Klinik (Gruhth.) 2. Juli Stat. Klinik gut 6 Monate

1.6) -> Pers. Psychologin (Wissenschaft) 8/11 -> Sozialdienst -> Regeln sitzen

1.a) CM -> gut Beherrsch gefühlt! Beherrsch. KTG nach 3 Wochen Klinik, Besuch (von Firma)

1.a) -> Von Firma indiziert / Vereinb. Abschn. pe. -> selber/Betroffene Fallführung gemacht Stat. Klinik 19/11

1.a) CM KTG -> nicht dominant, freier Raum gelassen (i.e.)

1.b) Pragmatisch / Abstraktisch unterseht. -> teilweise zureichend informiert / durch Betroffene, flexibel

1.c) + passender Ort / Such Klinik (Ursach. bezieht)

1.d) + All. fassend mit Sozialdienst (Finanz) + Federführung / malige Behandl. + Eigene Wille / Motivation /

1.d) Personal offen, flexibel, einfühler (Bestand / ges. + Verständnis + Qualitätshilf. -> Teamarbeit schwierig + gute Koordination angeht (Symptom. bek.)

11) durch höhere Geschi. A/G -> hinter ihm / unterstellt

12) -> Telef. Chefin ausgetauscht, gone zurück, Richtungswechsel (2.c.)

13) Wechsel interner Abchse (Ausbildungsstellen) wieder stat. Aufst. -> gerade eingest. / kein Bedarf

14) 14) KTG -> CM Versuche

15) Ende März / April 2018 U/RAC Berater Erstgespräch CM, KTG, AG

4) Wünsche/Bedarf

1.f) -> Sucht + Depressio, Verknüpfung / in der -> POA / März April / Mai -> keine Postive als neg. -> spielt gute Koordination, gute Beherr.

-> Zurück an AG als Schlüsselverantwortl. angepasste Tätigk. wer. -> Wunsch - aber unrealistisch

14) Berufsperspektive neu -> Schritt hätte früher kommen können / Frage der Zeit -> gestäubt, war nicht möglich, nicht bereit aber! -> Verbleibeheit Geschäft, bis an Wied. gefahr, Entlastung gehabt

⇒ Arbeit per Mail schicken

Interview-Protokollbogen

Interviewnr. <u>(7)</u>	InterviewerIn	Datum	Dauer
----------------------------	---------------	-------	-------

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 53 Geschlecht: M, W höchste Ausbildung/Abschluss: MPA

Beruf: MPA

Letzte Anstellung/Position: MPA Pensum: 70%

Diagnose/Grund der AUF: Burnout / Erschöpfung

Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM?

über 4 Jahre, Ersatz / Anrechnungsperson leitende / Assistent, 2 Ärzte, 3 MPA Teilzeit, Gemeinschaftspraxis
→ Praxisstelle (9 Praxen, Personalbüro) überfordert

2) Krankschreibung/Kündigung

Von: 1. Juli 2019 bis: 2019 durch Wen: Hausarzt, Psychiater

Zuerst 50% zwei Woche → dann 100% AUF

→ kurze Zeit, nach Ferien, probiert (50%) nicht

jepp, 2

→ nicht die erste Erschöpfung Depression (Schleidy / Allmeinerz.)

→ Körper nicht mehr

→ Druck Klinikaufenthalt / knapp davon

↳ Lieber ergraben ab. Betrieb

Kündigung:

2. d. Ende Januar 2020

Wunsch Unsicherheit (USD / typisch)

↳ Langfristige Unterst. für Betroffene /

Lösung anpeilen

Interviewnummer: (7)

Datum: 24.2.20

3) CM/Fallführung

Diagnose Burnout von Chef, kein stationärer Setting

Auszeit 2019, Begleitung Psychiater
-> selber wisse & direkt/Therapeut

6) Nein, nur ohne Ferienabl. + 50%
z.c. P.S. Unstimmigkeit / -> kein nicht in Fittage
-> zu hohem AG Palud nicht in Fittage
-> nur bei gute Angebot -> schnell besetzt werden

8) Nein (1.a.)

10) hatte den Eindruck wenig zu bewirken
mit IV unterst. früher ev. Rücke durch Sprachrohr/
Team mit AG -> Lösung finde & Konflikte klären!
1. Konfliktmanager/Vermittlung (Kurz Meeting)
(Mobbing (ev.) u.s.o)

20) Kontakt Geschäftskleitg in Ordng, Mit Chef auch

13) kurze Zeit 50% zurück

14) ja, kein CM

3) 15) IV sieht sich ei. gute Affekt positiv
IV noch haben falls -> Sie sicher nicht IV
Integrationsphase -> RTU aufgefordert, Erstgespräch

4) Wünsche/Bedarf

- > Psych. wäre gut gewesen früher
- > Aufklärung / Training habe gefehlt / Symptome /
- > Education
- > für eigene Grenzen einstehen & Angst Stellenverlust / private Zeit
- > Präventiv reagieren / Begleitung haben > FI /
- > Erwartung es wird wieder besser Arbeitsplatzexp.
- > Psychiater noch erwartet > Deutsch-System CH keine
- > Leistungserwartung ab 50% /
- > Arbeitsplatzanpassung > Präventiv

Interviewnummer:

Datum:

> IV = Spiegel, kein IV-fall, brauche keine IV

(u.s.o)

> Information IV-Arbeitsplatzhalt / FI für 50% phise / auch

> kein CM

Interview-Protokollbogen

Interviewnr.

8

InterviewerIn

Datum

Dauer

Befragte / Befragter

Name, Vorname:

Protokoll

1) Allgemeine Angaben/Rahmenbedingungen letzter Arbeitgeber

Alter: 55 Geschlecht: M/W höchste Ausbildung/Abschluss: Restaurations-Angestellte ^{Ausbildung / Centre}
 Beruf: Hilfspflegerin
 Letzte Anstellung/Position: Angestellte Pensum: 80%
 Diagnose/Grund der AUF: Burnout

Wie gross war ihr Betrieb? Gab es ein BGM?

~200 Mitarbeiter, Pflegeheim, Personaldienst

2) Krankschreibung/Kündigung

Von: 1.10.19 Bis: / durch Wen: Hausarzt 100% AUF

1. Burnout Herbst '18, nach 1 Monat wieder zurück zu 2.b 80% dann 2. Burnout

→ seither Psychologin

→ danach Stütze (Psychiater) (Okt-Nov)

Kündigung:

2019 25. Feb 2020
→ Kündigung, richtig / Rechtschritt gute Chance, 2.c kein Sinn anders zurück

Interviewnummer:

8

Datum: 24.7.20

3) CM/Fallführung

20

6) war nie Ther-a, Kündigungsgeld kein Vertrae mehr

8) keine weder AG noch Teilzeiter

1a) Psychologin, in Klinik Berufsperson - Pfleger

10) Ansprechperson für Ther-a Mobbing / Unterstützung / Unterstützung am Arbeitsplatz

1f) ↳ Interne Person schwierig, die Zukunft
↳ was alleine gestellt + untest, Ther-a Burnout
- selber nicht aktiv / Selbstwert / kein Antriebs mehr, Unsicherheit

↳ Eltern zurückget. ↳ CM nicht bekannt

11) Niemand von AG nachgehrt wollte dann
2. Bereichsleiterwechsel ~~19. Jan 19~~ war unde es schwierig

14) Nach 2 Burnout KTU Trauere / Arbeit

1. KTG nur Arzt
15) im stat. Aufst. hat Sozialdienst IV - Anmelde (hat IV ^{14. März 20} ^{14. März 20})
4) Wünsche/Bedarf

↳ liegt an eine selber schlechtes Gewisse
↳ Ther-a / Fachwiss Burnout wichtig
↳ Schuld auf sich nehmen

↳ Ther-a AG / Arbeits-erbe
↳ schneller Hilfe suchen (bei Psychologin)

↳ Ther-a soziale Auftr. AG / Zweckarbeit CM
↳ AG lässt es zu Arbeit CM zu
↳ Veränderung möglich? ↳ Neutral Person
Coach