

# Case Management

Schwerpunkt: „System im Stress“

\_Systemübergänge positiv bewältigen mit CM

\_Zielgerichtete Fallbegleitung als Arbeitsinstrument

\_Arbeitsmarktorientierte CM-Programme in Österreich

\_Social Prescribing als Modellprojekt

\_Nachhaltige Behandlung nach Klinikaufenthalt

\_Mehr Behandlungserfolg nach Schlaganfall

\_Case Management auf Organisationsebene

\_Case Management und Beschäftigungsförderung

# Was hilft nach einem stationären Aufenthalt bei Burnout und/oder Depression?

## Perspektiven für einen „Integrierten Behandlungspfad“

Seit langem steigt die Zahl der Menschen, die aufgrund psychosozialer Belastungen, z.B. einem Burnout und/oder einer Depression, das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Gleichzeitig ist das Thema Kostenexplosion in aller Munde. Dieser Artikel fokussiert Möglichkeiten, eine effektive und gleichzeitig nachhaltige Behandlung durch einen „Integrierten Behandlungspfad“ zu ermöglichen. Dabei spielen Erkenntnisse einer Pilotstudie, welche an der Universität Hohenheim angefertigt wurde, eine wesentliche Rolle. Es standen v.a. die Bedürfnisse der Patienten nach einem Klinikaufenthalt im Zentrum. Durch diesen Perspektivenwechsel wurden aufschlussreiche erste Erkenntnisse gesammelt, die wichtige Hinweise zur weiteren Arbeit und speziell auch zur Rolle des Case/Care Managements liefern.

### Ausgangslage

Die Schnittstelle von stationärer zu ambulanter Versorgung stellt im fragmentierten Gesundheitswesen nach wie vor eine grosse Herausforderung dar. Während eine Koordination im stationären Setting weitgehend sichergestellt ist, so ist bei der anschliessenden ambulanten Versorgung der Patient für die psychosoziale Koordination oft auf sich allein gestellt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein Care Management von Kostenträgern in komplexen Situationen ein Instrument darstellt, Patienten in der poststationären Phase geeignet zu unterstützen.

Die psychosozialen Belastungen von Menschen in der Arbeitswelt nehmen immer weiter zu. So zeigte z.B. die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012-2017, dass die psychosozialen Belastungen der Erwerbstätigen, die mindestens drei von neun Risikofaktoren umfassten, von 46 Prozent im Jahr 2012 auf 50 Prozent im Jahr 2017 gestiegen sind. Diese Steigerung zeigt sich v.a. im Erleben von Stress (von 18 Prozent auf 21 Prozent) oder in der Angst um den Arbeitsplatz (von 13 Prozent auf 16 Prozent) [1].

Ähnliche Zahlen werden aus Deutschland gemeldet: So stiegen dort z.B. die Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen seit 2008 um 64,2 Prozent. Auffallend ist, dass die durchschnittliche Falldauer bei diesen Erkrankungen mit 26,3 Tagen mehr als doppelt so lang ist wie der Durchschnitt (11,8 Tage) [2].

Aufschlussreich ist auch die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund eines Burnouts. Diese haben sich bei den AOK-Mitgliedern zwischen 2009 und 2018 mehr als verdoppelt (51,2 auf 120,5 Tage) und führten im Jahr 2018 zu insgesamt 3,9 Millionen Fehltagen. Frauen fehlen bei einem Burnout doppelt so lange wie Männer, und die

Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen ist am häufigsten von einem Burnout betroffen.

Es ist zu befürchten, dass die aktuelle Covid-19-Pandemie mit ihren grossen Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft auch die psychosozialen Belastungen noch weiter erhöhen wird.

### Fragestellung

Diese Zahlen, die noch nicht die volkswirtschaftlichen Kosten von Absentismus und Präsentismus berücksichtigen, sollten ein Impuls sein, den Umgang mit psychischen Erkrankungen seitens der verschiedenen Stakeholder näher anzuschauen. Insbesondere geht es um die Fragestellung, welche die Bedürfnisse von Patienten sind und was für eine Unterstützung sie sich wünschen. Was brauchen Menschen auf ihrem Weg zurück in den Beruf bzw. ins Familienleben?

### Forschung zur „Integrierten Versorgung“ – Pilotstudie

Während sich im Bereich der wissenschaftlichen Literatur (und der Ratgeberliteratur) viele Publikationen mit der Symptomatik oder Prävention von Burnout und/oder Depression befassen, ist die Forschung, die sich mit der „Integrierten Versorgung“ beschäftigt, noch sehr bescheiden [3]. Der Weg von einer psychischen Erkrankung eines Menschen über den Arztbesuch, die Diagnose durch einen Psychiater, den Aufenthalt in einer Fachklinik und die sich daran anschliessende Rückkehr an den Arbeitsplatz und ins Privatleben ist noch kaum erforscht [4]. Um Bedarfserhebungen und Behandlungsplanungen durchzuführen und nahtlose Übergänge zwischen den ver-

schiedenen Versorgungssettings zu gewährleisten, müssen nicht nur alle Fachkräfte zusammenarbeiten, sondern es bedarf auch eigens dazu ausgebildeter Spezialisten. Case und Care Manager werden sogar als wichtigste Elemente eines effektiven Gesundheitsmanagement-Teams wahrgenommen, denn ohne sie funktioniert „Integrierte Versorgung“ nicht [5].

Deshalb gelang es den Autoren dieses Artikels, eine Pilotstudie am Institut für Health Care & Public Management der Universität Hohenheim Stuttgart unter Leitung von Prof. Alfonso Sousa-Poza zu lancieren. Die Autorin, Annalena Wels [6], fokussierte die von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen in ihrer Untersuchung als ihre eigenen Experten und nahm ihre Bedürfnisse nach Abschluss eines Reha-Aufenthalts in den Blick.

Ihre Forschungsfrage lautete: „Welche Ziele, Wünsche und Sorgen haben Patienten mit Burnout und/oder Depression nach Beendigung einer stationären Therapie und von welchen Institutionen benötigen sie Unterstützung?“ [7].

## Das Behandlungsumfeld

Schaut man sich die gegenwärtigen Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen an, erscheinen neben dem Hausarzt, dem Psychiater oder dem Psychotherapeuten folgende Institutionen: ambulante psychiatrische Tagesklinik, ambulante Reha-Tagesklinik, stationäre psychiatrische Klinik, stationäre Reha-Klinik. Die Bezeichnungen sind je nach Land etwas unterschiedlich. Wichtig ist v.a., dass häufig bei schweren Erkrankungen ein stationärer Klinikaufenthalt (fast) unvermeidlich ist.

Die Erfahrungen der Autoren in der Zusammenarbeit mit vielen Kliniken zeigen, dass diese ihr Bestes tun, um die Regeneration der Patienten zu ermöglichen, z.B. durch medizinisch-psychiatrische Behandlungen, Psychotherapie, Sportangebote und Entspannungstechniken (etwa Yoga, Pilates, MBSR). Besonders der Sozialdienst steht für weitere Unterstützungen zur Verfügung und schlägt oftmals auch die Brücke zur Aussenwelt (Familie, Berufsumfeld). Gleichwohl liegt der Fokus z.Zt. sehr stark auf dem Klinikangebot. Dies ist verständlich und wichtig, dennoch stellt sich die Frage, ob und wie in diesen Institutionen ein Schlüsselfaktor für eine „Integrierte Behandlungskette“ zu finden sein könnte.

Neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Akteuren gibt es verschiedene Stellen, die sich um die Patienten kümmern, z.B. das Care Management der Krankenversicherungen, Human Resources-Dienstleister oder in der Schweiz die Invaliditätsversicherung (IV) und die Regionale Arbeitsvermittlung (RAV) [8]. In Deutschland ist zudem das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) rechtlich verankert [9].

## Interventionen – der Forschungsstand

Der Blick auf den Stand der Forschung zu Interventionen bei Burnout und/oder Depression zeigt ein sehr widersprüchliches Bild. Es werden sowohl positive als auch keine Effekte bezüglich der Kognitiven Verhaltenstherapie erwähnt, wohingegen beruflich ausgerichtete Interventionen durchweg einen positiven Effekt haben [10]. Die geringe Zahl der Studien hat sicherlich auch damit zu tun, dass die Forschung dazu eine grosse methodische und logistische Herausforderung ist. So hat man gegenwärtig grosse Datenmengen und Evaluationen des Behandlungserfolgs nur bei Kliniken nach einem ambulanten oder stationären Aufenthalt, z.B. eine Evaluation mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) oder dem Maslach Burnout-Inventary (MBI).

## Desiderat: Perspektive der Patienten

Es fehlt bisher in den Untersuchungen allerdings die Perspektive der Betroffenen. Daher ist es mehr als gerechtfertigt, zu untersuchen, was diese am meisten im Hinblick auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. in ihr Privatleben beschäftigt. Daraus abgeleitet kann dann erörtert werden, welche Institutionen für diesen Prozess notwendig sind und wie eine sinnvolle Koordination aussehen könnte.

## Die Pilotstudie

Die Pilotstudie von Annalena Wels bediente sich eines Multimethodenansatzes. Aufgrund von qualitativen Interviews wurden zunächst vier Themenbereiche identifiziert, die dann mit verschiedenen Teilfragen (63 Items) näher untersucht und anschliessend quantitativ ausgewertet wurden.

Die Untersuchung erfolgte im Juni 2019 in zwei Reha-Kliniken in der Schweiz (Klinik Gais – Abtl. Psychosomatik und Psychiatrie; Clinica Holistica Engiadina – Fachklinik für Burnout) bei 27 Patienten am Ende ihres Klinikaufenthalts. Der Fragebogen in digitaler und analoger Form umfasste vier Themenbereiche: Zunächst ging es in einer offenen Frage um die gegenwärtige Stimmung des Patienten und seine Gefühle im Hinblick auf den Wiedereinstieg im Alltag. Der zweite Themenbereich betraf das Privatleben bzw. die Familie, als drittes wurde nach dem Themenfeld Beruf gefragt und anschliessend nach den persönlichen Kompetenzen.

Zur Thematik dieses Artikels war der Abschnitt über Institutionen, von denen die Betroffenen Unterstützung erhalten können, aufschlussreich: Hier wurde näher abgefragt, ob Massnahmen schon vereinbart, Unterstützung benötigt oder kein Bedarf nötig sei.

## Einige wichtige Ergebnisse der Pilotstudie im Überblicks

1. „Mehr Zeit für mich“, „Funktionierende Partnerschaft führen“ oder „Work-Life-Balance etablieren“ sind mit

einem Mittelwert > 6 von 7 wichtige Zielsetzungen der Patienten. Im Themenfeld Beruf bereitet v.a. „Wieder in alte Muster verfallen“ Sorge [5.42/7].

2. Bezüglich der beruflichen Zukunft liegen hohe Werte vor für „Mich auf das Wesentliche konzentrieren können“ [6.31] und „Wertgeschätzt werden“ [6.12].
3. Bei den persönlichen Kompetenzen stechen die Themen „Für mich einzustehen und selbstfürsorglich zu handeln“ [6.72] und „Zuversichtlich in die Zukunft blicken zu können“ [6.72] hervor. Allerdings gibt es deutliche Abweichungen, wenn danach gefragt wird, ob sie die Kompetenzen auch tatsächlich leben können.
4. Bei den Institutionen zeigt sich folgendes Bild: Beim Hausarzt, Psychiater und Psychotherapeuten sind Massnahmen nach dem Klinikaufenthalt häufig schon vereinbart; gleichzeitig besteht aber auch Unterstützungsbedarf. Job-Coaches der IV oder des RAV werden weniger nachgefragt, wobei auch hier der Bedarf doppelt so hoch ist wie die effektive Inanspruchnahme. Auch beim Case Management der Krankenversicherungen überschreitet der Bedarf die Zahl der schon effektiv vereinbarten Angebote. Das Coaching verzeichnet eine geringere Nachfrage und auch einen geringeren Bedarf. In den Unternehmen wird v.a. die Abteilung Human Resources nachgefragt, wobei auch hier die schon vereinbarte Unterstützung geringer ist als die benötigte; das Gleiche gilt für die persönliche Betreuung durch die Führungskraft oder den Chef.

## Reflexionen zur Pilotstudie

Die Pilotstudie liefert wichtige Erkenntnisse zur Thematik des „Integrierten Behandlungspfads“ und zeigt gleichzeitig, wo noch weiterer Forschungsbedarf besteht. Im Folgenden wird deshalb sowohl auf die Ergebnisse der Studie als auch auf die Erfahrungen der Autoren im Themenfeld Bezug genommen.

Generell stellt sich bei allen Patienten die Frage der Nachhaltigkeit. Im Themenfeld Privatleben/Familie werden sehr hohe Werte erzielt, d.h. die verschiedenen Items sind sehr wichtig; gleichzeitig zeigt die Realität, dass ein Klinikaufenthalt ein geschützter Bereich ist, an dem viele positive Impulse aufgenommen werden, nachher aber auch versanden. Dies wird auch dadurch belegt, dass beim Themenfeld Persönliche Kompetenzen eine recht grosse Kluft zwischen Anspruch und tatsächlicher Realisierung besteht.

Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Unterstützung durch die Psychotherapie und das Coaching stärker profiliert werden könnte. Psychotherapien arbeiten – verallgemeinernd gesagt – mit den kranken bzw. defizitären Teilen der Persönlichkeit des Patienten, während Coaching u.a. ein stark auf die Lebensbewältigung gerichtetes Beratungsangebot ist. Hier scheint eine ver-

tiefende Weiterarbeit nötig zu sein, v.a. auch deshalb, weil Coaching zumindest in der Schweiz nicht im Rahmen der Grundversicherung der Krankenkassen in Anspruch genommen wird, sondern höchstens als freiwillige Leistung in einer Zusatzversicherung ausgesprochen werden kann.

Eine weitere Klärung scheint im Themenfeld Beruf nötig. Die grössten Sorgen, „wieder in alte Muster zu verfallen“ und „mich auf das Wesentliche konzentrieren können“, beziehen sich auf den Arbeitsplatz und erfordern deshalb ein Beratungsangebot, das weit über den Klinikaufenthalt hinausgeht. Erfahrungsgemäss sind Psychiater und Psychotherapeuten im beruflichen Kontext von Patienten mit den individuellen und organisationalen Herausforderungen weniger bewandert. Von daher scheint auch hier eine klarere Profilierung des Job-Coachings der IV oder des RAV nötig zu sein. In der Zusammenarbeit mit dem behandelnden Psychiater und/oder Psychotherapeuten braucht es über einen längeren Zeitraum (ca. vier bis sechs Monate) einen sehr fokussierten Blick auf die besondere Situation des Patienten an seinem Arbeitsplatz. Nur durch eine intensive und zeitnahe Begleitung bei der Vorbereitung des Wiedereinstiegs in den Beruf, dem Wiedereinstieg selbst und der sukzessiven Steigerung des Arbeitspensums ist eine nachhaltige Verhaltensänderung zu erreichen.

Eine Diskrepanz besteht auch zwischen den beruflichen Wünschen nach „Unterstützung vonseiten des Unternehmens“ [5.79/7] und „Wertgeschätzt zu werden“ [6.12/7]. Es zeigt sich, dass hier nur ca. ein Drittel auch einen konkreten Ansprechpartner in der Personalabteilung oder der Führungskraft bzw. dem Chef haben; auffallend ist gleichzeitig, dass zum Teil mehr als die Hälfte dabei „keinen Bedarf“ anmeldet. Hier müsste vertiefter untersucht werden, wie diese Unterstützung konkret aussehen sollte. Dafür scheint ein „Return-to-Work (RTW)“-Prozess erfolgversprechend zu sein und müsste stärker etabliert werden. Dabei wird der betroffene Mitarbeiter durch einen RTW-Coach in der Rückkehr an seinen Arbeitsplatz unterstützt, wobei medizinisch-therapeutische Angebote mit dem Betrieb vernetzt werden [11].

Eine in diesem Themenfeld offene Frage ist die nach der Veränderungsmöglichkeit der Arbeitsbedingungen. Die Erfahrungen der Autoren zeigen, dass individuelle bzw. personale Verhaltensveränderungen der Patienten immer möglich sind. Eine Herausforderung stellen die organisationalen Belastungen dar. Ideal ist gerade auch bei einem RTW-Prozess die Reflexion darüber, inwieweit auch organisationale Belastungen zukünftig reduziert werden können, sodass die Stärkung der persönlichen Ressourcen des Mitarbeiters mit möglichen Veränderungen der Arbeitsumgebung einhergeht. Diese Prozesse, die durch erfahrene Organisationsberater begleitet werden können und u.a. eine intensive Schulung der Führungskräfte im Umgang mit psychischen Belastungen benötigen, sind

noch weitgehend nicht im Bewusstsein der Unternehmen und Organisationen. Dies ist eigentlich verwunderlich, weil der Ausfall und/oder die Neueinarbeitung eines Mitarbeiters erhebliche Kosten verursachen [12].

Im Fokus des „Integrierten Behandlungspfades“ scheint auch Handlungsbedarf bei den Institutionen zu bestehen. Hier gilt es v.a. näher zu untersuchen, warum der Bedarf an Case Management grösser ist als die tatsächliche Inanspruchnahme. Es müsste vertieft geklärt werden, inwieweit die Handlungsspielräume der verschiedenen Case Managements (in der Schweiz CM des KVG und der Taggeldversicherungen bzw. Pensionskassen) erweitert werden könnten.

Zumindest in der Schweiz reagieren viele Patienten beim Verweis auf die Invaliditätsversicherung (IV) sehr verwundert und skeptisch. Sie assoziieren damit eine für sie meist nicht zutreffende Invalidität. Sie wissen aber nicht, dass die IV ein grosses Unterstützungspotential bei der Arbeitsintegration sowohl finanzieller Art als auch durch Job-Coaches hat. Ähnliches gilt für die Regionalen Arbeitsvermittlungen (RAV), wobei diese nur bei drohender oder aktueller Arbeitslosigkeit ins Spiel kommen.

### Pilotprojekt „Zurück ins Leben“

Auf Initiative der SWICA Gesundheitsorganisation, Winterthur/Schweiz, und der Klinik Gais (AR), Abteilung Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie, kam es von 2013 bis 2017 zu einem Pilotprojekt, das die Grundgedanken des „Integrierten Behandlungspfades“ in die Praxis umsetzte. Dabei kam dem Care Management eine wichtige Rolle zu. Es nahm mit den Patienten z.T. schon vor dem stationären Klinikaufenthalt Kontakt auf und wusste um die Problematik der einzelnen Personen. Während und gegen Ende des Aufenthalts war es ein wichtiges Verbindungsorgan zum Übertritt „zurück ins Leben“.

Konkret sah dies so aus, dass die Fallführung beim zuständigen Arzt und/oder Psychotherapeuten lag. Dieser ging bei schwierigen Situationen am Arbeitsplatz, bei drohendem Arbeitsplatzverlust oder auch bei schwierigen Familiensituationen, die nicht nur psychiatrische oder psychotherapeutische Interventionen verlangten, aktiv auf das Care Management zu. Dieses vereinbarte ein Gespräch am „runden Tisch“ in der Klinik und lud dazu einen qualifizierten Coach ein. Zusammen mit dem fallführenden Psychiater oder Psychotherapeuten, dem Patienten, dem Care Management und dem Coach wurden die aktuelle Situation, die Hintergründe und die Perspektiven nach dem Klinikaustritt erörtert und überlegt, ob und welche zusätzliche Unterstützung der Patient benötigt und ob das Coaching das geeignete Instrument ist. Darüber hinaus wurden auch unterstützende Angebote der Invaliditätsversicherung und der Regionalen Arbeitsvermittlung bzw. der Taggeldversicherungen in Betracht gezogen.

Der Chefarzt der Klinik Gais, Abtlg. Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie, Dr. Frank Zimmerhackl, sagt dazu:

- „Psychische Erkrankungen einschliesslich Depressionen und Burnout-Entwicklungen, gehen in Folge in der Regel mit einer lebenslang erhöhten Vulnerabilität einher. Bei der Verhinderung oder Milderung von Rezidiven spielt daher neben den klassischen Behandlungs- und Rehabilitations-Elementen die poststationäre Nachsorge und Reintegration ins Berufs- und Privatleben eine elementare Rolle. Diese muss bereits von Beginn der Behandlung und Rehabilitation an ein roter Faden im Versorgungspfad werden. Welche Ansätze im allgemeingültigen oder individuellen Sinn effektiv sind, muss die noch stark unterrepräsentierte Versorgungsforschung zeigen. Aus der eigenen klinischen Erfahrung heraus sind die wesentlichsten weichenstellenden Faktoren die „Mehrberücksichtigung von Patienten- und Arbeitgebersicht, Wissensvermittlung zum Krankheitsbild sowie ein möglichst entstigmatisiertes psychosoziales Umfeld.“

Eine ähnliche Position vertritt der Chefarzt der Clinica Holistica Engiadina, Dr. Michael Pfaff:

- „Die Einwirkung von chronischem Stress auf den menschlichen Organismus ist als Burnout-Risikozustand zu beschreiben. Dieser kann zu verschiedensten Folgeerkrankungen führen, unter anderem zu den psychiatrischen Stressfolge-Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und auch psychosomatische Störungen. Die Betroffenen leiden dabei längerfristig neben dem rein psychopathologischen Syndrom in aller Regel unter einer anhaltenden Erschöpfung mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit vor allem in den kognitiven Funktionen, aber auch den sozialen Kompetenzen und der allgemeinen Belastbarkeit. Die direkten medizinischen Heilungsmöglichkeiten sind dabei beschränkt. Die Hoffnungen früherer Zeiten, mit Hilfe von Medikamenten und gezielten therapeutischen Techniken einen schnellen Heilungsprozess in kurzen Phasen einer institutionellen Unterbringung zu erreichen, müssen heute als gescheitert beurteilt werden. Wir stehen in der Psychiatrie in einem sogenannten post-psychopharmakologischen Zeitalter, das damit rechnet, dass therapeutische Prozesse besonders im Bereich komplexer psychischer Leidenszustände über Monate und Jahre zu entwickeln sind. Bezüglich der in ihrer Lebenskontrolle längerfristig eingeschränkten Patienten benötigt dies umfassende Hilfsstrukturen, die den Lebenskontext der Erkrankten aufnehmen und begleiten. Die Versorgungsforschung hat zu klären, welche Modelle sich für die notwendigen Behandlungsketten zwischen medizinisch ambulanten, stationären und anderen Gesundheitsinstitutionen bewähren. Ziel einer psy-

chischen Gesundheit sollte die erneute möglichst umfassende Teilhabe des Erkrankten an der Gesellschaft sein.“

### Perspektiven für einen „Integrierten Behandlungspfad“

Die Pilotstudie von Annalena Wels hat – durch die Fokussierung auf die Perspektive der Patienten – wichtige Erkenntnisse geliefert und z.T. weitergehenden Forschungsbedarf signalisiert.

Schon jetzt lassen sich aber wichtige Schlussfolgerungen ziehen und Perspektiven gewinnen. Diese sollen grob skizziert werden:

1. Es braucht das Paradigma einer nachhaltigen Behandlung von Patienten mit Burnout und/oder Depression. Diese muss vom ersten Kontakt beim (Haus-)Arzt bis hin zur erfolgreichen Wiedereingliederung in das Erwerbs- und/oder Familienleben reichen.
2. Es ist anzustreben, dass schon nach einer ersten Diagnosestellung durch den Arzt und der absehbaren Behandlung in einer ambulanten oder stationären Klinik eine aussenstehende Person als möglicher Unterstützungspartner erscheint. Dafür sind schon jetzt die Mitarbeitenden des Care/Case Managements geeignet. Dabei ist zu klären, inwieweit das bestehende Angebot den dann nötigen Bedarf auch abdecken kann.
3. Die Kliniken mit einem ambulanten und/oder stationären Angebot sind dahingehend zu schulen, dass ihnen das Unterstützungsangebot eines RTWL-Coaches („Return-to-Work-Life“) für eine nachhaltige integrierte Behandlung bekannt ist. Ebenso sollten von ihnen Kriterien erarbeitet werden, wann das Hinzuziehen eines RTWL-Coaches angeraten ist.
4. Ein kritischer Moment ist das Ende des Klinikaufenthaltes. Der Übergang in den Arbeits- und/oder Familienalltag ist für viele Menschen herausfordernd. Hier wäre es eine wichtige Aufgabe des Care Managements und/oder der RTWL-Coaches, den Kontakt mit den Betroffenen zu halten und ggf. weitergehende Unterstützung anzubieten und/oder aufzugleisen.
5. Damit es zu keiner Überlastung des Betroffenen kommt, ist eine abgestimmte Behandlung bei einem Psychiater, einem Psychotherapeuten, dem Job-Coach und dem Coach nötig. Hier kann es des Guten zu viel sein. In der Vergangenheit hat sich insbesondere ein regelmässiger Austausch zwischen Psychiater, Job-Coach und Coach bewährt, in dem die jeweilige Behandlungsstrategie aufgezeigt wird und eine – aus der je eigenen fachlichen Perspektive –gezielte und nachhaltige Behandlung reflektiert und ggf. weiterentwickelt wird.
6. Job-Coaches werden gegenwärtig für die Rückkehr zum Arbeitsplatz von der IV finanziert. Da nicht alle Betroffenen in einem Arbeitsverhältnis stehen, ist zu

überprüfen, inwieweit auch die Etablierung eines Coachings, das die Rückkehr in den privaten oder familiären Alltag begleiten kann, institutionell und finanziell verankert werden kann.

7. Die Angebote der IV und des RAV scheinen kaum bekannt zu sein. Hier ist Aufklärungsarbeit über mögliche Leistungen in der Reintegration nötig, die (vermutlich) auch die verschiedenen Leistungsträger als Zielpublikum hat.
8. Für Menschen in einem Beschäftigungsverhältnis ist das Konzept des RTWL-Coachings gut etabliert. Dieses gilt es, weiter institutionell zu verankern und auszubauen.
9. Zu einer nachhaltigen Behandlung gehört auch, die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld stärker in den Blick zu nehmen. Hier wäre es wünschenswert, dass bei Arbeitgebern die Offenheit für organisationale Veränderungen wächst, die zum Wohl der Betroffenen sind und auch eine gesundheitsförderliche Organisation ermöglicht. Die Kosten für Absentismus und Präsentismus sind hoch und können damit wesentlich gesenkt werden.

### Literatur

- [1] Bundesamt für Statistik (2019): Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand, 2012–2017. Schweizerische Gesundheitsbefragung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.9366230.html>, Zugriffen: 29.7.2020. Die Befragung wird alle fünf Jahre durchgeführt.
- [2] Meyer, M., Maisuradze, M. & Schenkel, A. (2019): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2018 – Überblick. in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose J. & Meyer M. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin/Heidelberg (Springer), S. 415; 461f.
- [3] Die Bezeichnung „Return-to-Work RTW“ wird in der Fachliteratur für die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter verwendet. Sie umfasst dabei allerdings nur die Dimension „Zurück zum Arbeitsplatz“. und berücksichtigt Menschen ohne bezahlte Beschäftigung (z.B. Familienarbeit) nicht.
- [4] Stegmann, R. & Schröder, U. (2018): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Wiesbaden (Springer), S. 4–7.
- [5] Zander, K. (2019): Population Health Management: Coming of Age. Prof Case Manag. Jan/Feb 2019; 24(1): 26–38.
- [6] Wels, A. (2019): Behandlungspfade in der (nach-)stationären Behandlung von Patienten mit Burnout und/oder Depression. Unveröffentlichte Bachelorarbeit am Institut für Health Care & Public Management der Universität Hohenheim Stuttgart.
- [7] A.a.O., S. 2
- [8] Die entsprechenden Institutionen in Deutschland oder Österreich haben z.T. abweichende Bezeichnungen.
- [9] Die Arbeitgeber sind laut § 167 Abs. 2 Neuntes Sozialgesetzbuch dazu verpflichtet, wenn ein Arbeitnehmer innerhalb der letzten zwölf Monate mehr als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war.
- [10] Wels, A. S. 18

- [11] Stegmann, R. & Schröder, U. (2018): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement. Wiesbaden (Springer), S. 43–58.
- [12] Scherrmann, U. (2015): Stress und Burnout in Organisationen. Ein Praxisbuch für Führungskräfte, Personalentwickler und Berater. Berlin und Heidelberg (Springer), S. 164–167.

#### Ulrich Scherrmann

MSc in Organisational Development, Organisationsberater, Supervisor und Coach BSO in CH-Gais  
u.scherrmann@scherrmann-beratung.ch



[Foto: U. Scherrmann]

#### Erich Scheibli

MAS in Health Service Management,  
SWICA-Gesundheitsorganisation  
CH-Winterthur, erich.scheibli@swica.ch

#### Prof. Alfonso Sousa-Poza

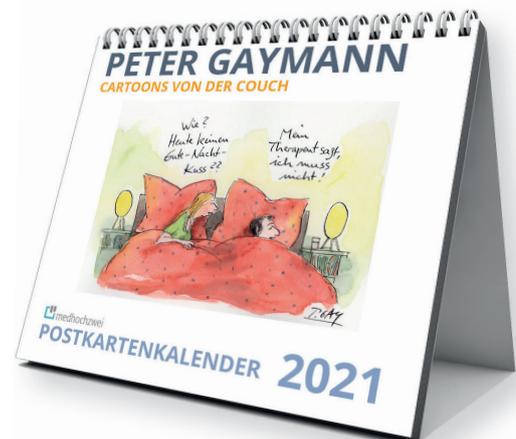
Institute for Health Care & Public  
Management Universität Hohenheim  
alfonso.sousa-poza@uni-hohenheim.de

#### Annalena Wels

Autorin der Pilotstudie an der Universität  
Hohenheim, die dem Artikel zugrunde liegt  
annalena.wels@googlemail.com

die Kalenderblätter  
sind auch als Post-  
karten verwendbar

Peter Gaymann bringt mit dem Tisch- und Postkartenkalender „Cartoons von der Couch“ viele Beziehungs- und Therapiesituationen humor- und liebevoll auf den Punkt.



Peter Gaymann

**Cartoons von der Couch**  
**Postkartenkalender 2021**

12 Postkarten. Maße 21 x 19 cm.  
UVP € 19,99. ISBN 978-3-86216-634-3

**Peter Gaymann** ist seit 1976 als humoristischer Zeichner selbstständig. Viele der 80 unter seinem Namen veröffentlichten Bücher wurden Bestseller.

Infos und Bestellung unter:  
[www.medhochzwei-verlag.de/shop](http://www.medhochzwei-verlag.de/shop)

 medhochzwei

## Impressum

Case Management gehört zu den zentralen Reformperspektiven und Strategien in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens. Dabei werden mit dem Case Management noch höchst unterschiedliche Ansätze, Methoden und Erwartungen verbunden. Die Zeitschrift Case Management will der breiten Diskussion um das Case Management und die Vielfalt seiner praktischen Umsetzung eine qualifizierte Plattform geben.

Case Management wird in weiten Bereichen des Sozialwesens, des Gesundheitswesens, der Pflege und Betreuung, der Integration in Arbeit und des Versicherungswesens gebraucht und eingesetzt. Es bezeichnet die zielwirksame Gestaltung und Handhabung von Versorgungs-, Behandlungs-, Unterstützungs- und Hilfeprozessen sowohl auf der Ebene der Organisations- und Prozesssteuerung (care management), als auch auf der Ebene der individuellen Fallführung. Case Management wird insbesondere für eine integrierte und vernetzte Leistungserbringung und für die Verbindung von systemgesteuerten Dienstleistungen mit der Selbstbestimmung und aktiven Beteiligung von Nutzern angefordert.

Die Zeitschrift widmet sich dieser Thematik umfassend. Ihre Leserschaft sind die Fachkräfte im Case Management, die Einrichtungen der Ausbildung und Weiterbildung im Case Management, die Leistungsträger und Dienstleister, die das Verfahren anwenden oder es implementieren wollen, sowie die politischen Entscheider in der Sozialwirtschaft und Gesundheitswirtschaft und in der Reform der Versorgungssysteme, ihrer Strukturen und Prozesse. Ihren Lesern im deutschsprachigen Raum nutzt die Zeitschrift mit der zeitnahen Vermittlung von Erkenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet von Care und Case Management. Mit Beiträgen zur Konzeptentwicklung und aus der Anwendungspraxis hält die Zeitschrift die Fachwelt über den state of the art auf dem Laufenden. Das Spektrum der Information, die geboten wird, reicht von Modellen und Projekten, die vorgestellt werden, über Instrumente für die Praxis zu den einzelnen Schritten und in verschiedenen Einsatzgebieten des Verfahrens, über Forschungsergebnisse, Tagungsberichte und Veranstaltungshinweise bis zur Kommentierung von Vorhaben und neuen gesetzlichen Regelungen in den deutschsprachigen Ländern, auf europäischer Ebene und von internationalen Entwicklungen auf dem Gebiet von Care und Case Management.

Die Zeitschrift ist Organ der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

### Herausgeber/innen

Mona Frommelt, Hans-Weinberger-Akademie, München  
 Anna Hegedüs, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich  
 Prof. Dr. Michael Klassen, Hochschule RheinMain  
 Prof. Dr. Thomas Klie, Evang. Hochschule Freiburg  
 Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Hochschule Mainz  
 Dipl.-Psych. Dr. Michael Monzer, Sozialamt Stuttgart  
 Prof. Dr. Claus Reis, Frankfurt University of Applied Sciences  
 Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt, DHBW Stuttgart, Universität Tübingen

### Schriftleitung (V.i.S.d.P.)

Prof. Dr. Thomas Klie, Evang. Hochschule Freiburg

### Fachbeirat

Prof. Dr. Michael Ewers, MPH, Charité-Universitätsmedizin Berlin  
 Marius Greuß, Alice Salomon-Hochschule Berlin-Hellersdorf  
 Prof. Dr. Hugo Mennemann, Kath. Hochschule NRW, Abt. Münster  
 Prof. Dr. Martin Schmid, Hochschule Koblenz  
 Prof. Dr. Birgit Vosseler, Hochschule Ravensburg-Weingarten

### Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1,  
 69115 Heidelberg, Annette Xandry, Tel. 06221/91496-12, Fax: -20,  
 annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

### Anzeigen

Sabine Hornig, Tel. 06221/91496-15,  
 sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de,  
 Alina Machka, Tel. 06221/91496-17,  
 alina.machka@medhochzwei-verlag.de

### Satz

Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

### Druck

Schleunigdruck GmbH,  
 97828 Marktheidenfeld

### Bezug- und Bedingungen

Jahresabonnement Inland € 112,-, Jahresabonnement Ausland € 119,-, Ermäßigt € 84,- gegen gültige Vorlage. Online-Abo € 89,-. Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer, Versand und Zugang zum Online-Archiv. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Kündigungen sind bis 8 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

### Erscheinungsweise

„Case Management“ erscheint viermal jährlich, jeweils zum Ende des Quartals.

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), des Netzwerkes Case Management Schweiz und der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) erhalten die Zeitschrift kostenlos im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

ISBN 978-3-86216-612-1

### Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

### Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Auf die für den Versand der Case Management erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice des Verlages und der Lettershop des Verlages Zugriff.