ReIntra

medizinisch-
berufskundlicher
Beratungs- und
Reintegrationsdienst

Wem nutzen die Kosten?

Inhaltsverzeichnis

Mediation als Maßnahme zur Kostenreduktion 6
Bianca Winograd,
Rechtsanwältin und Mediatorin, München
Dr. Reiner Ponschab,
Rechtsanwalt und Wirtschaftsmediator, München

Berufliche Rehabilitation und Nachhaltigkeit 8
Professor Dr. Hans Stadler,
Universität Dortmund
Ingo Bültemann,
Institut für integrative Personalentwicklung, München
Nikolaos Mitritzikis,
BMW, München

Begutachtung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen 12
Dr. Cornelius Stadtland,
Forensische Psychiatrie,
Ludwig-Maximilians-Universität, München
Professor Dr. Margot Albus,
Ärztin für Psychiatrie, London

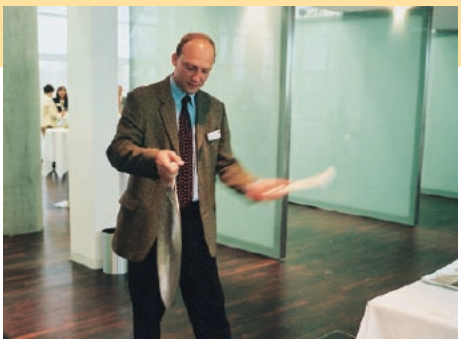
Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeits-versicherung: Regulierung vor Ort? 18
Bernd Rüther,
Oberlandesgericht Hamm
Bernd Messerschmidt,
Aspecta Lebensversicherung AG, Hamburg

Pflegeheim versus mobile Dienste 20
Dr. Christa Scholtissek,
Ärztin und Psychotherapeutin,
Mitbegründerin von IKARUS, München
Andreas Heyn,
Diplom-Pflegewirt (FH), Berlin

Rehabilitation vor Pflege? 26
Professor Dr. Paul W. Schönle,
MEDIAN Klinik,
Neurologisches Rehazentrum Magdeburg
Manfred Sauer,
Manfred Sauer GmbH, Lobbach

„Wahr ist, was wir wahrnehmen“ 29
Dr. Andreas Philipp,
PhilOs Managementberatung, München

Vorwort



Unfall oder Krankheit sind für die Betroffenen meist sehr einschneidende Ereignisse, vor allem, wenn mit bleibenden gesundheitlichen Einschränkungen zu rechnen ist. Bisher Gewohntes bricht zusammen, und der alte „Ist-Zustand" lässt sich nicht mehr herstellen. Zu familiären, sozialen, psychischen und physischen Veränderungen kommen oft finanzielle Sorgen. Werden die Bedürfnisse der Patienten vom zuständigen Versicherer nicht ernst genommen, kann es zu Schuldzuweisungen und unangemessenen Forderungen bis hin zu Begehrensneurosen kommen. Eine Chronifizierung der Krankheit erschwert und verteuert die Regulierung durch die Versicherungsgesellschaften. Die Folge sind häufig juristische Streitigkeiten.

In den Workshops des ReIntra-Forums wurden deshalb die Kosten und die Rolle der Dienstleister fokussiert. Dabei war man sich einig: Die Dienste frühzeitig einzuschalten kann schlechten Verläufen und damit höheren Kosten vorbeugen. Die Rehabilitationsdienste nehmen eine vermittelnde Rolle ein, sie können auch durch ihren hohen Grad an Spezialisierung die Situationen analysieren und Wege zur bestmöglichen Versorgung und Wiedereingliederung bahnen. Ein Ergebnis ist dabei sicher: die Transparenz von Möglichkeiten und Kosten. Für die Betroffenen ergibt sich daraus die Klarheit, die unangemessenen Forderungen und negativen Entwicklungen entgegenwirkt. Generelle Voraussetzungen für die Akzeptanz von Dienstleistern sind Integrität, Professionalität und das Bewusstsein, welch einzigartiges Vertrauen ihnen eingeräumt wird.

Das Betätigungsfeld wird zunehmend größer: Es wird immer deutlicher, dass medizinisch-berufskundliche Beratungsdienste auch auf anderen Gebieten eine vermittelnde und klärende Rolle übernehmen können. Ein Beispiel hierfür sind die häufig diagnostizierten psychosomatischen Störungen. Es besteht ein großer Bedarf an Objektivierung und Qualitätsmanagement, was Diagnose, Begutachtung und Behandlung angeht. Die Zukunft lässt erwarten, dass professionelle medizinisch-berufskundliche Dienstleister wesentlich dazu beitragen werden, dass für alle am Reha-Prozess beteiligten Parteien eine Win-Win-Situation entsteht. Das setzt jedoch voraus, dass die Dienstleister frühzeitig in diesen Prozess eingeschaltet werden.



Einleitung

Der medizinisch-berufskundliche Beratungs- und Reintegrationsdienst ReIntra, eine Tochtergesellschaft von Swiss Re, bietet Unterstützung bei der Bearbeitung von Personenschäden. Er wurde 1996 gegründet und hat sich seither etabliert und vielfach bewährt. Die Dienstleistung der hochqualifizierten Mediziner und Berufskundler wird sowohl von Lebens- wie auch von Haftpflichtversicherern in Anspruch genommen. An Problemen bei der Bearbeitung der Anträge auf Leistungen mangelt es nicht. Sie umfassen die Einschätzung des zu erwartenden finanziellen Ausmaßes, die Differenzierung zwischen gerechtfertigten oder auch unrealistischen Forderungen von Antragstellern, fehlende Objektivierbarkeit wegen komplexer Krankheitsbilder, ungenutzte Ressourcen, schwerfällige Sozialsysteme oder kostenintensive, aber ineffiziente Rehabilitationsverläufe. In all diesen Bereichen kann der professionelle Dienstleister Hilfestellung geben.

ReIntra arbeitet im Auftrag der verschiedenen Versicherungsgesellschaften mit den Berufsgruppen zusammen, die an einem Reha-Prozess beteiligt sind. Ein Anliegen ist auch, über neue Entwicklungen aus den verschiedenen medizinischen und sozialen Bereichen zu informieren und einen interdisziplinären Austausch zu ermöglichen. Deshalb führen wir in regelmäßigen Abständen ein ReIntra-Forum durch.

Die diesjährige Veranstaltung stand unter dem Motto „Wem nutzen die Kosten?“.
Bei der Auswahl der Themen wurden die neuesten Versicherungsprodukte und Gesetze sowie aktuelle Versicherungsfragen berücksichtigt. Die interaktive Form der Veranstaltung machte es möglich, in den Workshops das Know-how der Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Bereichen mit einzubeziehen.

Diese Broschüre gibt Einblick in die behandelten Themen und erhält den Teilnehmern die Erinnerung.

Wem nutzen die Kosten?

Kosten entstehen immer und haben stets einen negativen Touch. Kosten versucht man zu vermeiden, Kosten drohen zu explodieren, Kosten müssen bezahlt werden, Kosten werden in die Höhe getrieben, um Kosten wird gehandelt und gefeilscht. Wenn nun schon Kosten entstehen müssen, wem nutzen sie dann? Für die Schadenregulierung stellt sich die Frage, ob sich ökonomisches Handeln und der Nutzen für die Betroffenen gegenseitig ausschließen.

In den unterschiedlichen Workshops herrschte weitgehende Übereinstimmung darüber, dass zielgerichtete Ausgaben, auch unter Berücksichtigung humanitärer Aspekte wie beim Thema Pflege, zu einer Win-Win-Situation führen. Diese ist allerdings bei einer kurzfristigen Entscheidung nicht zu erkennen, sondern richtet sich in die Zukunft. Der Spareffekt kommt zum Teil erst nach Jahren zum Tragen. Wichtigste Voraussetzung für eine Win-Win-Situation ist die Bereitschaft aller Beteiligten zum Dialog. Darüber hinaus ist es notwendig, die Schnittstellenprobleme zu erkennen, auf die Qualität der Dienstleister zu achten und die Bedürfnisse des Unfallopfers (Antragstellers) in den Mittelpunkt zu stellen. Es müssen daher Möglichkeiten für eine objektive Darstellung dieser Bedürfnisse geschaffen werden.



Bei einigen Themen wie der Begutachtung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen kam die Frage auf, ob nicht Veränderungen in der Vorgehensweise oder im juristisch-medizinisch-sozialen Kontext dringend notwendig sind, um der drohenden Kostenexplosion zu entkommen.



Aus der konstruktiven Diskussion in allen Workshops entstanden neue Ideen für Verbesserungen in der Regulierung von Personenschäden. Diese Erkenntnisse umzusetzen ist eine herausfordernde Aufgabe. Ziel ist, dass die entstehenden Kosten nachvollziehbar sind und zum Nutzen aller Beteiligten eingesetzt werden, vor allem zum Nutzen des Betroffenen.

Bianca Winograd,
Rechtsanwältin und Mediatorin,
München
Dr. Reiner Ponschab,
Rechtsanwalt und Wirtschaftsmediator,
München

Mediation als Maßnahme zur Kostenreduktion





Mediation ist eine Methode, Konflikte zu lösen. Ziel der Mediation ist eine Einigung der Konfliktparteien, bei der die Interessen aller Parteien berücksichtigt sind. Der Mediator lenkt das Verfahren und handelt als neutraler, allparteilicher Vermittler ohne Entscheidungskompetenz. Die Verantwortung für das Ergebnis liegt bei den Parteien. Im Gegensatz zum gerichtlichen Verfahren, dessen Ergebnis ein fremdbestimmtes Urteil im Rahmen des rechtlich Vorgeschriebenen ist, reicht das Spektrum der Lösungsansätze bei der Mediation wesentlich weiter:
Es kann alles umfassen, was rechtlich erlaubt ist. Als großer Vorteil gegenüber anderen Verfahren gilt darüber hinaus die (vertraglich vereinbarte) Diskretion.

Im Vergleich zu den Kosten, die ein Verfahren bei einem ordentlichen Gericht mit sich bringt, liegen die der Mediation bei etwa einem Drittel; gegenüber den Kosten bei einem Schiedsgerichtsverfahren sind sie ebenfalls wesentlich niedriger. Das Beispiel der amerikanischen Firma Toro belegt, dass nach Einführung des Alternative-Dispute-Resolution-Programms nicht nur die durchschnittlichen Verfahrenskosten deutlich gesunken sind, sondern auch die durchschnittlichen Zahlungen an Geschädigte. Dies zeigt, dass der geschädigten Partei häufig nicht allein der monetäre Ausgleich wichtig ist; vielmehr spielen auch andere Formen der Entschädigung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Der Fall Rover vs. Müller, bei dem ein Kind durch ein Bullengitter am Auto schwer verletzt wurde, ist ein Beispiel dafür, wie vielfältig und kreativ die Lösungsmöglichkeiten bei einer Mediation sein können. Sie reichen von einer offiziellen Entschuldigung über Sicherheitskampagnen bis hin zur praktischen Mitarbeit im Werk bei der Änderung der Konstruktion des Autoteils.

Wie funktioniert Mediation? Ein Rollenspiel

Die verschiedenen Phasen der Mediation können in einem Rollenspiel veranschaulicht werden. Die Verhandlung wird eröffnet mit der Klärung der Methode und der Festlegung der Spielregeln (Neutralität des Mediators und Vertraulichkeit). Im nächsten Schritt schildern die Betroffenen ihre Anliegen. In emotional aufgeladenen Situationen werden häufig Einzelgespräche zwischen den sich uneinigen Parteien geführt. Gesprächsbeiträge werden vom Mediator jeweils in klaren Worten zusammengefasst, damit die eine Partei die Beweggründe der jeweils anderen verstehen lernt. Im Rollenspiel wird zwischendurch auf Metaebene erklärt, was methodisch gerade angewendet wurde. Es wird für Deeskalation gesorgt und ein Gleichgewicht zwischen den Gesprächspartnern hergestellt. Anschließend werden gemeinsam Lösungsoptionen entwickelt. Die Mediation wird mit der rechtlichen Ausgestaltung einer Vereinbarung abgeschlossen.



Fazit

Mediation ist auch für Großschäden im Haftpflichtbereich ein probates Verfahren. Sie hilft, Zeit und Kosten in erheblichem Umfang zu sparen. Gleichzeitig kann ein emotionaler Ausgleich hergestellt werden. Gerade dieser Punkt wird häufig außer Acht gelassen. Verhärtungen in den Verhandlungen sind die Folge. Allerdings ist hier ein – wenn auch langsames – Umdenken im Gange. Einige Rechtsschutzversicherungen übernehmen inzwischen die Kosten für eine Mediation. Generell gilt jedoch: Die Kosten einer Mediation müssen beiden Konfliktparteien nutzen. Denn diese Methode wird von beiden Parteien freiwillig gewählt, um eine Lösung herbeizuführen, von der sie beide profitieren. Die Aufteilung der Kosten wird von beiden Parteien gemeinsam festgelegt; sie ist ebenfalls Gegenstand der Mediation. In der Regel trägt jeder Konfliktbeteiligte die Kosten seines Anwalts und anteilig die Kosten des Mediators.

Voraussetzung für den Erfolg einer Mediation sind gleich starke Verhandlungspartner. Die Entscheidungsträger müssen miteinander verhandeln, um zu einem guten Ergebnis zu kommen. Bei komplexeren Sachverhalten ist es deshalb sinnvoll, dass jede Partei durch einen Anwalt rechtlich unterstützt wird.

Ebenso wichtig ist, dass der gewählte Mediator die Methode wirklich beherrscht. Es hat sich gezeigt, dass juristischer Sachverstand von Vorteil ist. Interdisziplinäre Teams haben sich bewährt. Der Mediator als Persönlichkeit muss Spannungen aushalten und gut zuhören können, ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten besitzen und sich nicht zu schnellen Kompromissen hinreißen lassen.

Ein unabhängiger Serviceleister bietet hier die Neutralität, Mediation ins Verfahren einzuführen und deutlich auf die angestrebte Win-Win-Situation hinzuweisen.

Professor Dr. Hans Stadler,
Universität Dortmund
Ingo Bültemann,
Institut für integrative
Personalentwicklung, München
Nikolaos Mitritzikis,
BMW, München

Berufliche Rehabilitation und Nachhaltigkeit



Unter beruflicher Rehabilitation versteht man ein breit gefächertes Angebot von Instrumentarien. Sie dient dem Ziel, Menschen mit Behinderungen beruflich und sozial dauerhaft wiedereinzugliedern. Das Angebot reicht (abhängig von der individuellen Ausgangssituation des Rehabilitanden) von einer der Behinderung angepassten Umrüstung eines noch bestehenden Arbeitsplatzes über die Assistenz am Arbeitsplatz und den Erwerb ergänzender oder neuer beruflicher Qualifikationen bis hin zur Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes.
Berufliche Rehabilitation findet in Betrieben, Schulen und Bildungseinrichtungen verschiedener Art statt und kann als Einzel- oder Gruppenmaßnahme in ambulanter oder stationärer Form durchgeführt werden. Der beruflichen Rehabilitation gehen häufig berufsdiagnostische Verfahren voraus. Sie dienen der Einschätzung der beruflichen Qualifizierungs- und Einsatzmöglichkeiten.
Die Kosten der Maßnahmen, die jährlich Milliarden von Euro betragen, werden vorrangig von den zuständigen öffentlichen Rehabilitationsträgern übernommen.





Nachhaltige berufliche Rehabilitation endet mit der dauerhaften beruflichen und damit verwobenen sozialen Integration des erkrankten Menschen.

Die Nachhaltigkeit der beruflichen Rehabilitation wird gelegentlich angezweifelt. Es wird der Vorwurf erhoben, dass die eingesetzten Mittel in keinem adäquaten Verhältnis zum „Ertrag“ stünden. Bildungsträger geraten in den Ruf der Nutznießerschaft mit der Tendenz zur Selbstversorgung. Die Lage auf dem Arbeitsmarkt mit ihren Erschwernissen, Menschen mit Behinderungen zu vermitteln, und die zunehmende Flexibilisierung der Arbeitsmärkte nähren die Zweifel an der Sinnhaftigkeit aufwendiger Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

Wem nutzt die berufliche Rehabilitation?

Die berufliche Rehabilitation nutzt

- dem behinderten Menschen und seinem unmittelbaren sozialen Umfeld. Sie steuert der Abhängigkeit von fremder Hilfe entgegen und schafft die Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen Leben

- der Gesellschaft. Sie entlastet öffentliche Haushalte von Kosten für Renten- und andere Lohnersatzleistungen

- der Wirtschaft. Sie bewahrt eintrittspflichtige private Versicherungen vor Verdienstausfallschäden

Obgleich keine eindeutigen Parameter vorliegen, um die Erfolgswahrscheinlichkeit der beruflichen Rehabilitation einzuschätzen, scheinen die psychosoziale Situation und die Motivation der betroffenen Menschen den Verlauf der beruflichen Rehabilitation wesentlich zu beeinflussen. Diese Faktoren gilt es zu berücksichtigen. Die berufliche Rehabilitation ist als ganzheitlicher Prozess zu verstehen, der sich an der individuellen Ausgangssituation der Rehabilitanden orientiert.

Ganzheitliche Rehabilitation berücksichtigt:

- die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Rehabilitanden sowie ihre Privatsituation
- die Folgen von Chronifizierung und Psychotraumatisierung
- die Folgen von Arbeitslosigkeit

Externe Faktoren, die die berufliche Rehabilitation überlagern:

- unklare Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger
- uneinheitliche Rechtslage im Bereich der beruflichen Rehabilitation
- unklare Zielsetzung der Rehabilitationsträger
- fehlende Vernetzung der Rehabilitationsleistungen
- strukturelle und konjunkturelle Arbeitslosigkeit
- zunehmende Flexibilisierung der Arbeitsmärkte
- steigende kognitive und psychomentale Arbeitsanforderungen
- abnehmende körperliche Arbeitsanforderungen



Fazit

Die berufliche Rehabilitation ist eindeutig eine Investition in die Zukunft. Um diese erfolgreich gestalten zu können, müssten die politisch Verantwortlichen ein einheitliches Reha-Recht schaffen und Transparenz in den Dschungel der Zuständigkeiten bringen. Gleichzeitig wäre es erforderlich, das Ausbildungssystem zu überprüfen, um mehr Teilausbildungen statt Vollausbildungen zu ermöglichen. Wichtig erscheinen darüber hinaus zwei „weiche" Faktoren: Einerseits gilt es, in Phasen der Arbeitslosigkeit sozialer Isolation vorzubeugen, und andererseits die Betroffenen dahin zu führen, ein erfolgreiches Leben nicht nur über den Beruf zu definieren.

Bei der Realisierung dieser Ziele können die Service-(Reha-)Dienste eine bedeutende Rolle übernehmen, wenn sie frühzeitig eingebunden werden und den gesamten Reha-Prozess begleiten.

Die wichtigsten Aufgaben der Service-(Reha-)Dienste sind:

- rechtzeitiges Reha-Management
- Vernetzung der am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen und Institutionen
- Auswahl und Organisation zielführender Berufsdiagnostik
- Auswahl und Organisation maßgeschneiderter Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
- Betreuung während der beruflichen Rehabilitation, um Interferenzen zu vermeiden
- Einleitung von Maßnahmen, um soziale Isolation, Chronifizierung und Psychotraumatisierung zu vermeiden
- Nachbetreuung nach abgeschlossener Rehabilitation





Dr. Cornelius Stadtland,
Forensische Psychiatrie,
Ludwig-Maximilians-Universität, München
Professor Dr. Margot Albus,
Ärztin für Psychiatrie, London

Begutachtung von psychischen und psychiatrischen Erkrankungen

Die Begutachtung psychischer und psychiatrischer Erkrankungen spielt eine wichtige Rolle bei Arbeitsunfähigkeits-, Reha- und Rentenanträgen. Im Gegensatz zu den vielen gut behandelbaren psychiatrischen Krankheiten, sind es die so genannten „weichen" Diagnosen (z. B. neurotische Erkrankungen, psychosomatische Leiden, Somatisierungsstörungen und Schmerzsyndrome) sowie die Diagnose Depression, die dem Psychiater sowohl bei der Behandlung als auch bei der Erstellung von Gutachten besondere Probleme bereiten. In Deutschland wie auch in den Nachbarländern (etwa Österreich) sinkt das Berentungsalters auf Grund psychischer und psychiatrischer Erkrankungen deutlich. Dies bedeutet schwerwiegende soziale und wirtschaftliche Folgen. Ob diese Problematik lösbar ist, kann derzeit noch nicht hinreichend beantwortet werden.







Im Vordergrund steht das Problem der funktionellen körperlichen Störungen. Den ersten Platz unter diesen „weichen" Diagnosen nehmen Rückenschmerzen ohne organisches Korrelat ein. Daneben gibt es eine Vielzahl anderer Symptomkomplexe wie Fibromyalgie, chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS) oder Sick-Building-Syndrom (SBS). Eine extrem hohe Zahl von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und vorzeitigen Berentungen gibt es zum Beispiel bei den Berufsgruppen der Postbeamten in Österreich sowie der Gymnasiallehrerinnen in Deutschland. Die Berentung scheint hier die Lösung für eine berufliche Überforderung zu sein. Bei jungen Patienten kann eine Berentung jedoch eher Schaden statt Nutzen bringen.

Die Probleme bei der Begutachtung psychischer und psychiatrischer Erkrankungen stellen sich wie folgt dar:

Eine Aggravation im psychischen Bereich ist keine Seltenheit und kann durchaus psychiatrischen Krankheitsbildern zugeschrieben werden. Dies bedeutet, dass sich der Patient kränker darstellt, als es der Realität entspricht. Davon abzugrenzen ist die Simulation. Hier ist es das Ziel des Patienten, sich durch Vortäuschen einer Erkrankung eine Berentung zu „erschwindeln".

Zwei Beispiele

Zwei praktische Fälle verdeutlichen, wie schwierig es sein kann, eine Rentenbegehrensneurose oder eine Simulation in einem Gutachten nachzuweisen.

Die 50-jährige Textilverkäuferin leidet unter einer Major Depression, die durch berufliche Überforderung ausgelöst wurde. Die Anamnese der Frau weist bereits mehrere ambulant und stationär behandelte depressive Phasen auf. Auch eine positive Familienanamnese (Suizid einer Tante) liegt vor. Die bisherige Pharmako- und Psychotherapie führte zu Remissionen im Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten. Die Patientin ist für alle Therapien aufgeschlossen, die ihren Zustand verbessern können, und es liegt auch keine Rentenbegehrensneurose vor. Es besteht deshalb kein Anlass für eine frühzeitige Berentung. Während einer angemessenen Behandlung kann im Hinblick auf die Berentung zugewartet werden. Die Begutachtung dieses Falles ist unproblematisch.

Eine 50-jährige Arzthelferin weist mehrere nicht objektivierbare Krankheitssymptome auf. Ursachen sind Mobbing und Überlastung am Arbeitsplatz. Es liegt keine psychiatrische Anamnese vor. Anamnestische Angaben sind lediglich eine seit 30 Jahren bestehende Migräne sowie ein Karpaltunnelsyndrom, das vor fünf Jahren festgestellt wurde. Laut Familienanamnese ist der Vater alkoholkrank. Die Patientin lehnt eine Pharmakotherapie strikt ab und besteht auf einer Behandlung der zu Grunde liegenden Krankheitsursachen, die aber nicht objektivierbar sind. Dieser Fall bereitet einem Gutachter erhebliche Schwierigkeiten.



Schwachpunkte psychiatrischer Gutachten

Die Schwachpunkte psychiatrischer Gutachten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Ein Patient kann nicht gezwungen werden, sich einer Therapie zu unterziehen.
- Softdiagnosen sind nicht objektivierbar; ferner sind die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließend.
- Auf Grund der vielfältigen Möglichkeiten, sich einschlägige Informationen über nahezu jedes Krankheitsbild zu verschaffen, können Symptome leicht „erlernt" und vor dem Gutachter „aufgesagt" werden (Simulation).
- Nicht alle Gutachter sind ausreichend qualifiziert und beherrschen den State-of-the-Art ihres Berufes.
- Der behandelnde Arzt steht auf der Seite seines Patienten. Es ist daher nicht zulässig, dass er selbst das Gutachten erstellt (Gefälligkeitsstatement).
- Der Gutachter ist meist chancenlos, wenn Mobbing am Arbeitsplatz vorliegt oder wenn ein Patient mit besonders guten medizinischen Kenntnissen eine Begehrensneurose aufweist.

Fazit

Es besteht überwiegend Skepsis gegenüber psychiatrischen Gutachten; sie werden als „nutzlos“ ausgegebenes Geld betrachtet. An Stelle kostspieliger Gutachten wird vorgeschlagen, Gelder für alternative Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, die der Motivation der Antragsteller dienen. Zumindest sollte der Zeitpunkt einer Gutachtenerstellung genau geprüft werden. Die Einschaltung einer Mediation (Pflichtberatung) im Vorfeld mit dem Ziel, eine ganzheitliche Behandlungsstrategie auf multidimensionalem Wege zu entwickeln, kann dazu beitragen, die Zahl der Gutachten zu verringern. Des Weiteren sollte eine Berentung niemals sofort, sondern immer erst nach einer zweijährigen Reintegrationsphase des Antragstellers stattfinden. Diese Zeit sollte für begleitende Therapien genutzt werden. Im Anschluss daran könnte auch eine Begutachtung akzeptiert werden.

Anlass zur Kritik ist die fehlende Objektivierbarkeit psychiatrischer Gutachten (Sicherheit der Diagnosen) und deren Qualität. Diese hängt hauptsächlich von der Qualifikation der Gutachter ab. Die Experten weisen darauf hin, dass psychiatrische Gutachten nach einer vorgegebenen Struktur erstellt werden sollten. Ist dies nicht der Fall, handelt es sich um mangelhafte Gutachten, die allerdings aus Gründen der Kosteneinsparung nicht selten herangezogen werden. Versicherungen sollten dazu angehalten werden, nur qualitativ hochwertige Gutachten zu akzeptieren. Dies ist nur möglich, wenn sie die Qualitätskriterien kennen und anwenden. Wertlos sind Gutachten auch dann, wenn der behandelnde Arzt selbst Gutachter ist, wenn so genannte Hausgutachter beauftragt werden, wenn der Antragsteller das Gutachten selbst in Auftrag gibt oder das Gutachten nach Aktenlage erstellt wird.

Psychiatrische Gutachter sollten den Grad der Berufsunfähigkeit nicht beurteilen. Zum einen fehlen hierzu brauchbare Tätigkeits- und Arbeitsplatzbeschreibungen, zum anderen sind die Arbeitswelten nicht ausreichend bekannt. Es sind zwar Tabellen vorhanden, diese werden aber unterschiedlich interpretiert und angewandt.

Der Zusammenhang zwischen Zeitverzögerungen im Rehabilitationsverlauf und Prognose (Chronifizierung) ist unumstritten. Eine Beschleunigung des Rehabilitationsverlaufs ist stets anzustreben, auch um die volkswirtschaftlichen Kosten zu reduzieren.

Versicherungsnehmer zu verpflichten, empfohlene Therapien über sich ergehen zu lassen (Mitwirkungspflicht des Antragstellers), um die volle Höhe der Leistung zu erhalten, scheint ein möglicher Weg zu sein. Positive Erfahrungen dazu gibt es in Amerika. Als nicht realisierbar erscheint es, bestimmte psychische Erkrankungen auszuschließen.

Die Experten erklärten abschließend, dass eine Kostenexplosion im Bereich psychiatrischer Reha-Maßnahmen und Berentung zu befürchten ist. Ja nach Lage von Arbeitsmarkt und Konjunktur raten Arbeitgeber nicht selten dazu, Arbeitnehmer auf Kosten der Privatwirtschaft zu verrenten.



„Unsere jeweilige Sichtweise hängt von der Perspektive ab. Wir wissen aber nicht genau, aus welcher Perspektive wir etwas sehen.“







Bernd Rüther,
Oberlandesgericht Hamm
Bernd Messerschmidt,
Aspecta Lebensversicherung AG,
Hamburg

Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeits-versicherung (BU): Regulierung vor Ort?





In der Sparte BU sind die meisten Versicherungsfälle sehr komplex, und die Leistungsprüfung ist schwierig. Wenn sie nur vom Schreibtisch aus durchgeführt wird, ist sie häufig nicht sachgerecht. Sie erfüllt dann weder den Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine gerechte Beurteilung seiner beruflichen Situation (Existenzbedrohung), noch schützt sie den Versicherer vor der Zahlung ungerechtfertigter Leistungen. Der Leistungsträger steht zudem vor der Frage, nach welcher Methode er den Grad der Berufsunfähigkeit in der Praxis ermitteln soll. Bei einer quantitativen Betrachtung wird geprüft, welcher zeitliche Umfang für den Teil der durch die gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausübbaren Tätigkeit vorliegt. Bei der qualitativen Betrachtung wird untersucht, wie bedeutsam (prägend) die Teiltätigkeiten sind, die auf Grund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausgeführt werden können. Diese Prüfung kann ergeben, dass eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit (50-Prozent-Klausel) vorliegt, obwohl diese Teiltätigkeiten nicht die Hälfte der üblichen Arbeitszeit ausmachen.
Für den Leistungsprüfer ist es somit wichtig, möglichst früh einen hohen Informationsstand zu haben.

Oft reicht es nicht, mit einem Fragebogen die notwendigen Angaben zu erfassen. Fragen zu körperlicher Mitarbeit (z. B. beim selbstständigen Betriebsinhaber) oder zu einer zumutbaren betrieblichen Umorganisation sollten in einem persönlichen Gespräch mit dem Versicherungsnehmer geklärt werden. Ausgangspunkt für jede Leistungsprüfung ist die vom Versicherungsnehmer zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Sie muss in all ihren Voraussetzungen und Anforderungen analysiert werden.

Der persönliche Kontakt hilft bei der Beurteilung der Leistungspflicht und bei der Verweisungsprüfung. Die Entwicklungen werden vorausschauend betrachtet. Ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation möglich? Ist eine neue Berufsausbildung sinnvoll? Oder kann der Versicherungsnehmer auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden?

Leistungsprüfer berücksichtigen nicht immer die von den Gerichten geforderten Kriterien an eine sachgerechte Verweisung. Diese erfordert vom Prüfer nicht nur eine umfangreiche Kenntnis der Berufswelt, sondern auch besondere Sorgfalt, Sensibilität und Kommunikationsfähigkeit. Wie die Erfahrung zeigt, sind Vorschläge per Ferndiagnose oft recht realitätsfremd.

Die Regulierung vor Ort wird allerdings durch zwei Aspekte erschwert: zum einen durch die Kosten, die einen wirtschaftlichen Zwang darstellen, zum anderen durch fehlende Erfahrung im berufskundlichen Bereich. Dienste wie ReIntra können hier Abhilfe schaffen.

Regulierung vor Ort – eine Sache des Vertrauens

Sinn und Zweck der Regulierung vor Ort und ihr Nutzen für das Tagesgeschäft wurden im Workshop kontrovers diskutiert.

Beim Oberlandesgericht Hamm werden zurzeit die im Senat verhandelten BU-Fälle überwiegend mit einen Vergleich geschlossen. Voraussetzung ist das persönliche Erscheinen der Parteien (persönliches Bild vom Versicherungsnehmer). So können die Problempunkte eines Falles besprochen und Vorschläge zur Lösung des Konflikts (Abfindungsvergleich) vorgebracht werden. Bei einer Regulierung vor Ort könnte bereits vor dem Prozess nach einem gemeinsamen Lösungsweg gesucht werden. Dadurch können Zeit und Geld gespart sowie weitere Konflikte vermieden werden.

Die BU hat sich vom Nischenprodukt zum Massenprodukt entwickelt. Für die Versicherer heißt das, neue Wege in der Leistungsbearbeitung zu beschreiten. Ein Vergleich mit der Sachversicherung legt nahe, dass die Regulierung vor Ort sowohl für den Versicherer als auch den Versicherungsnehmer von Vorteil ist. Denn sie führt zu fundierten Ergebnissen.

Die Regulierung vor Ort schafft die notwendige Vertrauensgrundlage, um Informationen über die gesundheitliche, berufliche und soziale Situation des Betroffenen zu erhalten.

Zusammenfassend lassen sich folgende Vorteile nennen, die ein persönlicher Kontakt mit dem Versicherungsnehmer schafft:

- Unterstützung bei der Antragstellung
- Klärung des Sachverhaltes
- Beschreibung des konkreten Arbeitsplatzes
- Prüfung einer möglichen Umorganisation bei Selbstständigen
- Diskussion unterschiedlicher Auffassungen
- Beratung zu beruflichen Alternativen
- Beratung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation
- Unterstützung bei der Realisierung beruflicher Alternativen (Reha+)
- Vergleichsverhandlungen

Fazit

Insgesamt verdient das Thema „Leistungsprüfung in der BU: Regulierung vor Ort?“ statt des Fragezeichens ein Ausrufezeichen! Die überwiegende Mehrheit der Diskussionsteilnehmer ist für eine qualifizierte Leistungsprüfung und Regulierung vor Ort. Sie schafft die Möglichkeit, auf einer umfassenden Informationsgrundlage zu entscheiden, und führt über das gegenseitige Vertrauen zu schnellen Entscheidungen.

Schließlich rechnet sich die Regulierung vor Ort auch wirtschaftlich. An den Versicherern ist es, qualifizierte Mitarbeiter für die Regulierung vor Ort zu gewinnen bzw. Mitarbeiter zu qualifizieren. Die frühzeitige Inanspruchnahme externer Dienstleister mit fundiertem berufskundlichem Know-how ist eine Alternative, die sich auszahlt.

Dr. Christa Scholtissek,
Ärztin und Psychotherapeutin,
Mitbegründerin von IKARUS, München
Andreas Heyn,
Diplom-Pflegewirt (FH), Berlin

Pflegeheim versus mobile Dienste

Die Entscheidung über die richtige Wohnform für Pflegebedürftige hängt von vielen Faktoren ab. Besondere Beachtung verdienen zunächst der Zeitpunkt der Prognosestellung, der Grad der Pflegebedürftigkeit, das Behinderungsprofil sowie das Alter der Pflegebedürftigen. Gleichzeitig muss die Möglichkeit der Rehabilitation betrachtet werden, die eine berufliche Rehabilitation mit einschließen sollte. Wichtig sind überdies der soziale Status, die finanziellen Ressourcen des Behinderten, das Engagement der Angehörigen bzw. des sozialen Netzwerks und nicht zuletzt die psychische Verarbeitung der Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Schließlich sind die örtlichen Gegebenheiten ein wichtiges Kriterium.

Das selbst bestimmte Leben des pflegebedürftigen Behinderten im Rahmen der Möglichkeiten muss Maßstab für alle Entscheidungen sein. Während in der Akutphase, in der der psychische und physische Heilungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, häufig mehr Unterstützung benötigt wird, kann in der chronischen Phase – bei guter Rehabilitation – auf eine zunehmende Handlungsfähigkeit und Eigenaktivität gesetzt werden. Ohne Rehabilitation können Vereinsamung, Entwertung und Hilflosigkeit die Prognose deutlich verschlechtern.







Die Kosten der Pflege müssen langfristig geschätzt werden. Dabei gilt es zu beachten, dass kurzfristige Einsparungen durch unprofessionelle Pflege nicht selten zu hohen Folgekosten führen, wenn Komplikationen eintreten. Es wurde festgestellt, dass Pflege allein durch Angehörige zu überraschenden Verteuerungen führen kann. Denn häufig tritt bei den zu wenig unterstützten Pflegepersonen Erschöpfung auf. Hier würden sich die Kosten für Assessment und Koordination deutlich rechnen, und Fehlentscheidungen könnten vermieden werden.

Wohnformen für Pflegebedürftige im Vergleich

Häusliche Pflege

Bei der häuslichen Pflege muss der Zeitaufwand bzw. der Pflegebedarf (kein einzelner Pflegedienst kann 24 Stunden Betreuung leisten) berücksichtigt werden. Die Kosten hierfür schwanken zwischen 2.400 und 18.000 Euro pro Monat. Die räumlichen Voraussetzungen müssen gegeben sein (Haus, Wohnung, Aufzug, Treppen, große Räume, behindertengerechtes Badezimmer, abgeflachte Türschwellen). Hier kann immer die Möglichkeit eines Assistenzmodells geprüft werden. In diesem Fall tritt der Behinderte selbst als Arbeitgeber auf und organisiert mit verschiedenen Experten und Hilfen selbst seine Pflege.

Betreutes Wohnen

Der Vorteil des betreuten Wohnens besteht in der relativ großen Eigenständigkeit des Behinderten in einer für ihn geschaffenen Infrastruktur. Das semiprofessionelle Umfeld kann in der Regel adäquat auf seine Probleme reagieren. Die Ansprechpartner stehen dem Behinderten unterstützend zur Seite. Das Angebot für betreutes Wohnen reicht allerdings nicht aus. Die Wohnkosten mit Grundbetreuung betragen ca. 6.000 Euro pro Monat mit großen örtlichen Unterschieden.

Pflegeheim

Pflegeheime sind meist Altenpflegeheime. Für jüngere Pflegebedürftige gibt es kaum Angebote. Sie müssen oft mit dementen und sterbenden Menschen zusammenleben, was eine zusätzliche psychische Belastung für sie bedeutet. Weitere Probleme der Pflegeheime sind zu wenige Einzelzimmer und deutlich weniger Rehabilitationsmöglichkeiten. Allerdings sind die Pflegekosten überschaubar. Sie liegen zwischen 2.000 und 4.000 Euro pro Monat.

Status quo – der Pflegenotstand

Das Thema Pflege wird von der Gesellschaft und vom Einzelnen in der Regel verdrängt. Das Interesse steigt jedoch, wenn in der eigenen Familie oder im sozialen Umfeld ein Pflegefall eintritt. Dann wird auch der so genannte Pflegenotstand verstanden. Er besteht darin, dass nicht nur der Faktor Geld sich limitierend auf die Pflege auswirkt, sondern viel stärker noch der Mangel an guten Pflegekräften. Ideologisch gesehen ist Pflege ein schwieriges Thema, weil sie fälschlicherweise oft als Endphase und nicht als Investition – was sie sein kann und will – bewertet wird.

Der derzeitige Ist-Zustand lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Es gibt zu wenig Information über mögliche Pflegemodelle sowohl für die Betroffenen als auch für die Versicherer.
- In den seltensten Fällen entscheidet der Betroffene über seine Pflegesituation selbst (Sachzwänge, zu frühe endgültige Entscheidung direkt nach Krankenhaus und stationärer Rehabilitation).
- Pflegeheime werden negativer bewertet als die Pflege in der häuslichen Umgebung, auch wegen teils unsachlicher Presseberichte.
- Gute Pflege ist kaum finanzierbar, die Folgekosten schlechter Pflege können allerdings noch höher werden (Dekubitus, Niereninfektionen bei Dauerkatheder, Kontrakturen etc.).
- Die sich auflösenden bzw. sich verändernden Familienstrukturen lassen eine Pflege in der Familie kaum mehr zu.
- Die Krankheitsbilder und die erforderliche Professionalität in der Pflege (z. B. bei einem Patienten mit hohem Querschnitt) sind mit früheren Pflegesituationen oder der Pflege von geriatrischen Patienten kaum vergleichbar.
- Die Diskussion um die steigenden Kosten überdeckt den immer größer werdenden Mangel an qualifiziertem Fachpersonal.
- Alte oder behinderte Pflegebedürftige besitzen keine Lobby; das Problem der teilweise mangelhaften Versorgung dieser Menschen wird in unserer Gesellschaft bewusst nicht diskutiert, sondern verdrängt.
- Das Misstrauen gegen die Leistungserbringer in der Pflege ist allgemein und wird durch mangelnde Kostentransparenz und fehlende Nachvollziehbarkeit der pflegerischen Tätigkeiten geschürt.
- Der Ansatz der gegenwärtigen Qualitätskontrollen ist zumindest teilweise fragwürdig (höhere Kontrolle der Dokumentation als der eigentlichen Pflege?).

Positive Erfahrungen und Lösungsansätze

Es hat sich gezeigt, dass die Integration der Betroffenen in ihr eigenes Pflegesystem die Pflegebedürftigkeit verringert. Sie werden aktiver und zufriedener. Größere Zufriedenheit und bessere Ergebnisse werden auch dadurch erreicht, dass die Pflegebedürftigen in die Entscheidung über ihre Wohnsituation eingebunden werden. Dabei hat sich ein frühzeitiges Casemanagement bewährt. Es gibt heute – wenn auch wenige – ausgezeichnete stationäre Angebote für jüngere Pflegebedürftige. Diese koordinieren außer der reinen Pflege ein umfangreiches Angebot an Ergotherapie, Krankengymnastik, Freizeitaktivitäten etc. Generell verbessert sich die Pflegequalität deutlich, wenn sich die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte erhöht. Dies muss besonders beachtet werden.

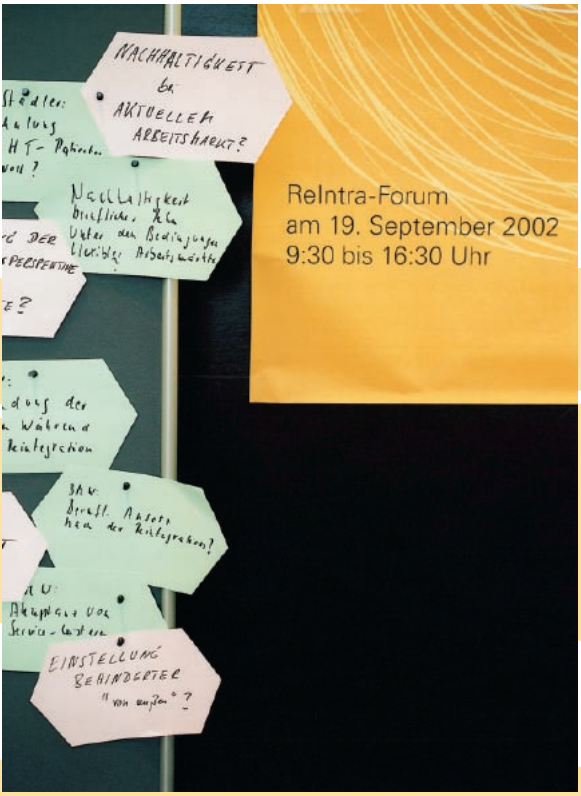




Fazit

Gute Pflege ist rehabilitativ und präventiv. Angehörige müssen rechtzeitig beraten, begleitet und unterstützt werden, um Burn-out und falsche Pflege zu verhindern. Dies kann Aufgabe eines Serviceanbieters sein. Daneben ist ein frühzeitiges Casemanagement notwendig, um eine gute Kosten-Nutzen-Relation zu schaffen. Zum Casemanagement gehören Beratung, Koordination, Evaluation und Qualitätsüberwachung. Die Kosten dafür rechnen sich durch eine bessere Erstellung von Prognosen, durch einen verbesserten Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung und durch eine optimierte Abstimmung der Pflege- und Rehabilitationsangebote.

Ausreichende und gute Pflege wird es erst dann geben, wenn der gesellschaftliche Stellenwert der pflegerischen Tätigkeit angehoben wird. Gleichzeitig müssen arbeitsorganisatorische Strukturen geändert werden, um auch in Zukunft qualifiziertes Pflegepersonal gewinnen zu können. Eine adäquate Kontrolle und Qualitätsüberwachung ist unabdingbar, hierfür müssen geeignete Instrumente entwickelt werden. Die ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen sind gefordert, ihre Arbeit nachvollziehbar darzustellen und die Kosten transparent zu machen.


NACHHALTIGKEIT
AKTUELLEN
ARBEITSMARKT?
ReIntra-Forum
am 19. September 2002
9:30 bis 16:30 Uhr
EINSTELLUNG
BEHINDERTER


oft den
Falschen





„Andere annehmen, zuhören, lernen wollen: Dieses Potenzial ist nicht nutzbar, wenn die Kommunikation nicht funktioniert.“

Professor Dr. Paul W. Schönle,
MEDIAN Klinik,
Neurologisches Rehazentrum Magdeburg
Manfred Sauer,
Manfred Sauer GmbH, Lobbach

Rehabilitation vor Pflege?





Rehabilitation bedeutet, den bestmöglichen Gesundheitszustand für einen Patienten zu erreichen und zu erhalten. Rehabilitation kann, etwa nach einem schweren Unfall, ein lebenslanger Prozess sein. Im günstigsten Fall wird der Rehabilitand wieder voll arbeitsfähig oder kann seine Restleistungsfähigkeit wenigstens teilweise wieder einsetzen. Dies ist ein bedeutender Aspekt, da die Berufstätigkeit in unserer Gesellschaft einen hohen Identifikationswert für den Einzelnen hat. Dabei geht es nicht allein um den Gelderwerb und die Sicherung der Existenz, vielmehr bietet der Beruf auch soziale Kontakte, Anerkennung und vermittelt das Gefühl, nützlich zu sein.

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist zwar gesetzlich verankert. Dennoch kann im Jahr 2002 noch keine Rede davon sein, dass er auch umgesetzt ist. Die Gründe dafür sind vielfältig: Vor allem sind zu nennen die unklaren Zuständigkeiten der verschiedenen Kostenträger, unser gegliedertes, noch auf Bismarck zurückgehendes Sozialsystem und der fehlende gesellschaftliche Druck (das Problem wird individualisiert).



Medizinische Rehabilitation hat das Ziel, funktionelle Fähigkeiten so weit wie möglich wiederherzustellen und/oder sie zu erhalten. Gute Rehabilitation trägt dazu bei, die Kosten für die Pflege zu reduzieren. Hauptkostenträger in Reha-Verfahren sind die Rentenversicherer, die Pflegekosten für Rentner und dauerhaft Nicht-Erwerbstätige übernehmen die Krankenkassen.

Leistungsgedanke und Leistungsbereitschaft der Betroffenen sollten in der Rehabilitation gestärkt werden. Auch bei schwerer Behinderung darf die (vielleicht zunächst notwendige und bequemere) finanzielle Versorgung nicht vergessen lassen, dass (auch unter veränderten Bedingungen) die Selbstverantwortlichkeit des Einzelnen für sein Leben im Vordergrund stehen muss.

Reha vor Pflege – Trendwende bei den Versicherern?

Zum Grundsatz „Reha vor Pflege" gibt es keine Alternative. In der Realität zeigt sich jedoch, dass Schnittstellenprobleme oft keine Kontinuität im Reha-Prozess zulassen. Ein großer Mangel ist im ambulanten Bereich festzustellen. Ein ganzheitlicher individueller Gesamt-Reha-Plan, der regelmäßig überprüft und wenn nötig geändert wird, existiert meistens nicht.

Rehabilitanden muss stärker als bisher dabei geholfen werden, neue Lebenspläne zu entwerfen, zu realisieren und zu stabilisieren. Gleichzeitig muss die Selbstakzeptanz unter veränderten Bedingungen vorrangig gefördert werden. Eine zu frühe Berentung (vor allem die Dauerberentung) wirkt sich negativ auf die Leistungsbereitschaft aus und schadet dem Betroffenen auf Dauer mehr, als sie vordergründig nutzt.

Bei richtigem Einsatz profitieren alle Beteiligten von den Kosten. Dienstleister im Sinne von Reha-Beratern oder Reha-Managern können hier eine wesentliche Hilfestellung geben: als Ansprechpartner für alle Beteiligten, für die individuelle Betreuung der Betroffenen, um Schnittstellenprobleme zu glätten und um Selbsthilfegruppen einzubinden.

Ein positiver Trend im Sinne eines „neuen Denkens" ist seit einiger Zeit bei privaten Versicherern, vor allem bei privaten Haftpflichtversicherern, erkennbar: Vermehrt werden Reha-Dienste eingeschaltet, um den Grundsatz „Reha vor Pflege" umzusetzen.





Wie kann die Rehabilitation gefördert werden?

- Eine 0mbudsstelle sollte eingerichtet werden.
- Es sind Anreize für die Betroffenen zu schaffen: z.B. unbegrenzter Hinzuverdienst (ohne Rentenverlust).
- Es sollte ein individueller ganzheitlicher Gesamt-Reha-Plan aufgestellt werden, der dann kontinuierlich zu überprüfen ist.
- Eine individuelle Betreuung durch Reha-Berater/-Manager ist zu gewährleisten.

Fazit

Globalisierung, Nivellierung und Rationalisierung kennzeichnen unsere Gesellschaft.
Der Begriff Kosten ist in diesem Umfeld durchweg negativ besetzt. Auch in der Rehabilitation können Kosten kräftig zu Buche schlagen – etwa dann, wenn ausschließlich schematische, standardisierte Maßnahmen angewendet werden und die individuelle Situation des Betroffenen nicht hinreichend berücksichtigt wird. Auf die Bedürfnisse des Betroffenen bezogen ist jedoch nicht von „Kosten“ zu reden, sondern von „Investitionen“.

Ein Hauptproblem der Rehabilitation ist in den Schnittstellen zu sehen, etwa in den verschiedenen Übergängen (Krankenhaus – Reha-Klinik – ambulanter Bereich). Auf Grund verschiedener Kostenträger gibt es in der Regel kein schlüssiges Gesamtkonzept, das auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen und seines Umfeldes ausgerichtet ist.

Dienstleister, die ein logisches, auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten ausgerichtetes Konzept vorzuweisen haben, können hier Wesentliches zur Kooperation und Koordination beitragen und so die notwendige Optimierung des Reha-Prozesses in all seinen Facetten vorantreiben. Das Ziel ist eine Win-Win-Situation zum Nutzen und zur Zufriedenheit aller Partner.

Zum Abschluss des ReIntra-Forums hielt Herr Dr. Andreas Philipp, PhilOs Managementberatung, München, einen Vortrag zum Thema:

„Wahr ist, was wir wahrnehmen!“

„In jedem Moment wird die Wahrheit neu berechnet.“

„Unsere jeweilige Sichtweise hängt von der Perspektive ab. Wir wissen aber nicht genau, aus welcher Perspektive wir etwas sehen.“

„Jeder ist Architekt seiner eigenen Wahrheit.“

„Andere annehmen, zuhören, lernen wollen: dieses Potenzial ist nicht nutzbar, wenn die Kommunikation nicht funktioniert.“

„Kosten nutzen denen, die begriffen haben.“



Wie akzeptiere ich andere Sichtweisen?

- beginne bei dir
- Normierung aufgeben
- Unterschiedlichkeit akzeptieren
- Betroffene zu Beteiligten machen
- Muster sprengen



Impressum

Herausgeber
ReIntra GmbH
medizinisch-berufskundlicher
Beratungs- und Reintegrationsdienst

Redaktion
PD Dr. Ursula Wandl
Dorothee von Bose
Brigitte Glaser

Lektorat
Anna Gerich

Fotografie
Christoph Mukherjee

Gestaltung
kognito, Berlin

ReIntra-Forum 2002
Dokumentation

Stand: September 2002

ReIntra GmbH
Postfach 1225
85766 Unterföhring bei München

ReIntra

ReIntra GmbH
medizinisch-berufskundlicher
Beratungs- und
Reintegrationsdienst

Postfach 1225
85766 Unterföhring bei München
Telefon 089 3844-1838
Telefax 089 3844-2214
info@reintra.com