



Zur Person:

Roland Woodtly im Gespräch mit Hendrik Persson



Hendrik Persson ist Geschäftsführender Gesellschafter der InReha GmbH in Hamburg. Die InReha GmbH ist ein bundesweit aufgestelltes Kompetenznetzwerk zur Optimierung der Rehabilitation und Reintegration von Menschen mit Handicap infolge von Unfall oder Krankheit.

Herr Persson, es gibt verschiedene Wege und Verfahren der (Re)Integration zurück an den ursprünglichen oder ggf. an einen neuen Arbeitsplatz. Hoch im Norden – aus Schweizer Sicht – gibt es in Hamburg Ihren Rehabilitationsdienst, die InReha GmbH. Ihr Unternehmen steht für eine besondere Weise der Integrationsbegleitung. Diese nennt sich „Integratives Fallmanagement“ (IFM). Was sind seine Aufgaben und was kennzeichnet dieses Verfahren?

Vorweg: Diese Kennzeichnung ist mir persönlich nicht wichtig. Und ich hatte mit deren Einführung vor ca. 12 Jahren auch nicht vor, eine neue Richtung des Case Managements zu begründen. Mir war nur wichtig, mittels dieser Benennung zu verdeutlichen, dass sich unser Handeln im Case Management an klaren ethischen Grundsätzen orientiert. Leitgedanken für unsere Arbeit sind, dass InReha stets unabhängig, transparent, teilhabe- und qualitätsorientiert ist und handelt. Allerdings muss man einschränkend sagen, dass eine solche

Arbeitsweise immer davon abhängig ist, inwieweit sie sich am Markt behaupten kann.

Unsere Überzeugung ist, dass jeder Einzelne seine Möglichkeiten zur Teilhabe und zur selbständigen Gestaltung seines Lebens optimal nutzen können soll. Wir meinen, jeder, der zum Beispiel nach einem schweren Verkehrsunfall wieder arbeiten möchte, kann das - und sollte darin unterstützt werden, eine geeignete bezahlte Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden. Supported Employment Projekte haben mittlerweile weltweit gezeigt, dass im Prinzip alle Menschen, eben auch solche mit schweren Behinderungen, auf dem Arbeitsmarkt erfolgreich sein können, wenn sie individuelle und langfristige Unterstützung erhalten. Das IFM verbindet den Case-Management-Ansatz mit den humanistisch geprägten Grundsätzen Unterstützter Beschäftigung und bietet so verbesserte Möglichkeiten, Menschen mit Behinderung in Arbeit zu bringen und langfristig zu beschäftigen. Wesentlich für den Ein-

gliederungserfolg sind der Erhalt und Ausbau von Motivation und Eigeninitiative. Und die kann der Betroffene nur bei größtmöglicher Transparenz und Selbstbestimmung entwickeln und bewahren. Zu IFM gehören stets auch alle Komponenten eines qualitätsgesicherten Case Managements. Sie sorgen für eine sorgfältige und kontrollierte Umsetzung bei koordinierter Leistungserbringung. Assessment, Monitoring, Evaluation und verantwortliche Berichterstattung sind in unserer Arbeit Standard.

Wie hat sich diese Art von Case Management entwickelt und wie unterscheidet sich diese von anderen Arten des Case Managements?

Als ich 1998 im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums die Leitung des Modellprojekts WiederEingliederungsGemeinschaft (WEG) zur Vernetzung zwischen Rehabilitationskliniken, Integrationsfachdiensten und beteiligten Kostenträgern übernahm, sagte mir Case Management noch gar nichts. Ziel war damals eine möglichst nahtlose berufliche (Wieder-)



Eingliederung der Patienten. Die Kompetenzen der beteiligten Kliniken sollten mit denen der ebenfalls beteiligten Integrationsfachdienste verbunden werden. Ein Steuerungsteam, bestehend aus Vertretern der Arbeitsagenturen, Rentenversicherern und Krankenkassen, das fortlaufend Informationen zum Rehabilitationsverlauf erhielt, sollte in Abstimmung mit den Beteiligten zeitnah Entscheidungen treffen, die einen optimierten Fortgang des Rehabilitationsprozesses ermöglichten.

Gerade wegen seines fast revolutionären Ansatzes war das Projekt ohnmächtig gegen die allgegenwärtigen Partikularinteressen und die ungeeigneten Entscheidungsstrukturen bei den Kostenträgern. In der Konsequenz wurde der Versuch, ein überregionales Netzwerk zu errichten, aufgegeben. Stattdessen wurde „zwischen Krankenbett und Arbeitsplatz“ ein konsequentes Case Management eingeführt. Bereits 1997 stieß ich auf einen Artikel von Wolf-Rainer Wendt über Case Management in der Rehabilitation, der nur fünf Seiten lang war, mich aber tief beeindruckte. Der kleine Aufsatz enthielt alles, was wir zunächst wissen mussten, um das kränkelnde Modellprojekt zu einem sehr erfolgreichen Projekt umzustricken. Es belegte im Ergebnis, dass die Integration chronisch erkrankter Menschen auch innerhalb widriger Strukturen erfolgreich verlaufen kann, wenn konsequent nach Case-Management-Kriterien verfahren wird.

Nach der Projektphase ergaben die Gespräche mit den Kliniken und den Sozialversicherungsträgern, dass dort kein besonderes Interesse an einer Verstetigung bestand. Anders sah dies bei privaten Versicherungen aus, wo man bereits begonnen hatte zu verstehen, dass in diesem Ansatz eine große Chance liegt, den Reha-verlauf und damit auch die Kosten positiv zu beeinflussen. Sie beauftragten uns und sorgten in unserem

Arbeitsfeld für den „Luxus“, dass wir in den vergangenen zehn Jahren quasi ein idealtypisches Case Management sowohl auf der Fall- wie auch auf der Systemebene betreiben konnten.

Wir konnten unfallverletzte Menschen in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle schon kurz nach dem Unfallereignis übernehmen und bis zur Erlangung eines Höchstmaßes an Teilhabe begleiten. Je nach Lage des Einzelfalls gehörten dazu die Optimierung der medizinischen Behandlungspfade, Hilfen zur beruflichen oder schulischen Eingliederung, Unterstützung bei baulichen Veränderungen, Optimierung der Hilfsmittelversorgung, Prüfung und Anpassung der Pflegesituation. Die auftraggebenden Versicherer unterstützten unsere unabhängige Arbeitsweise und sahen, dass dadurch auch für die Versicherungen Vorteile generiert wurden. Inzwischen gibt es jedoch Veränderungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass einige der Versicherer zunehmend bemüht sind, das Case Management in irgendeiner Weise selbst zu übernehmen und nur noch Teilaufgaben zu delegieren.

Was sind für Sie die größten Herausforderungen in der Integrationsbegleitung von Menschen, die ein schweres gesundheitliches Handicap erlitten haben, denen Arbeitsplatzverlust droht oder die ihren Arbeitsplatz bereits verloren haben, und wie begegnen Sie diesen Herausforderungen?

Wir haben es in unserer Tätigkeit überwiegend mit schwer- und schwerstverletzten Menschen zu tun. Es geht immer darum, jemanden durch die individuelle Begleitung, durch die fachliche Assistenz, in ein möglichst erfülltes Leben zu geleiten, das auf dem neuen gesundheitlichen Status basiert. Hier liegt die größte Herausforderung in unserer Arbeit. Wir haben in diesem Prozess eine hohe Verantwortung, die uns vielfälti-

ge fachliche wie persönliche Kompetenzen abverlangt.

Die Optimierung des individuellen Reha-Verlaufs ist unser tägliches Brot. Es ist ein komplexes wie auch im positiven Sinn herausforderndes Feld, bei dem durch das IFM meistens eine positivere Entwicklung erreicht werden kann. Aber es gelingt uns auch nicht immer, den Menschen „mitzunehmen“. Wir bedauern es zutiefst, wenn es uns in einem Fall nicht gelingt, genügend Vertrauen herzustellen und ein Unfallverletzter sich darum entscheidet, aus der Integrationsbegleitung auszusteigen, obwohl wir sicher sind, dass er davon hätte profitieren können.

Dem Handicap entsprechend ist die Zielstellung des Erreichens größtmöglicher Teilhabe für den Rehabilitanden von Fall zu Fall verschieden. Neben beruflicher (Wieder-) Eingliederung kann auch das Erreichen bestmöglicher Selbständigkeit im Alltag Ziel der Bemühungen sein. Je nach Einzelfall geht es also u. a. darum, Arbeits- oder Ausbildungsoptionen zu erarbeiten, vorhandene Arbeitsplätze ressourcenorientiert anzupassen, Nischenarbeitsplätze zu schaffen, barrierefreie Baumaßnahmen umzusetzen oder technische Hilfsmittel zu installieren.

Ihr Reha-Dienst nimmt eine Zwischenstellung ein – auf der einen Seite der Leistungs- und Kostenträger, auf der anderen Seite die Leistungsberechtigten und verschiedene Leistungserbringer. Wie gestalten sich die Beziehungen nach jeder Seite? Ergeben sich daraus für Sie nicht auch Interessenskonflikte, und wie gehen Sie gegebenenfalls damit um?

Zum einen sind da die Sozialversicherungsträger, die ja auch bei Unfallgeschädigten die primären Kostenträger sind. Das soziale Sicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland ist vielfältig und schwer überschaubar. Im gegliederten Sys-



tem der Hilfen in Deutschland ist die Hoffnung auf ein Zusammenwirken der unterschiedlichen Leistungsträger und -erbringer fast schon realitätsfern. Koordiniertes Handeln und Absprachen geschehen nur selten, obwohl sich der Gesetzgeber - etwa mit der Einführung des SGB IX - eigentlich etwas ganz anderes vorgestellt hat.

Die koordinierende Tätigkeit der Rehabilitationsdienste in Deutschland in den letzten fünfzehn Jahren hat unter Beweis gestellt, dass ein strukturiertes Case Management eine gute Erfolgsbasis für eine gelingende Rehabilitation darstellt. Unabhängige Lotsen können quer denken und handeln, wenn sie mit ausreichenden Kompetenzen in der medizinischen und beruflichen Reha ausgestattet sind. Ich bin überzeugt, dass durch ein konsequentes Case Management die Rehabilitation seitens der gesetzlichen Träger in Deutschland, insbesondere bei besonders Betroffenen, deutlich erfolgreicher verlaufen kann. Aufgrund der bestehenden Schwächen im Reha-System haben die privaten Versicherer, insbesondere die Kfz-Versicherer, vor etwa 15 Jahren begonnen, die Leistungen von Rehabilitationsdiensten einzukaufen. Gerade bei den Autoversicherungen, wo der durch den eigenen Versicherten bei einem Dritten angerichtete Schaden reguliert werden muss, ist das Verhältnis zwischen den „Gegenseiten“ häufig belastet durch eine Art ritualisiertes Kampfverhalten.

Ein professioneller Reha-Dienst hält sich aus der eigentlichen Regulierung des Schadens vollständig heraus. Nur das, was für die Rehabilitation von Bedeutung ist, hat Relevanz für unsere Arbeit. Sicherlich gibt es auch Situationen, in denen wir eine Art Mediatorenfunktion übernehmen. Unsere Aufgabe ist es, soziales und wirtschaftliches Denken und Handeln zum größtmöglichen Nutzen für alle Beteiligten zu verbinden. Das Erkennen und Generieren von Win-Win-

Situationen ist unsere Stärke und schafft damit die ideale Grundlage für dauerhafte Lösungen, die für alle Beteiligten vorteilhaft sind und die gemeinsam getragen werden.

Sicherlich gibt es in dieser Arbeit an der einen oder anderen Stelle auch mal einen Interessenskonflikt. Der Sachbearbeiter der Versicherung und der Unfallverletzte haben im Prozess vielleicht jeder für sich auch Ziele, die ein erfolgreiches Rehamanagement behindern. Wir gehen so damit um, dass wir mit allen Parteien gemeinsame Ziele vereinbaren und etwaige Verstöße dagegen transparent mit allen kommunizieren. Insgesamt handelt es sich unter dem Strich aber um ein für Außenstehende oft überraschend einvernehmliches Arbeiten. Ganz wesentlich für unsere Rolle als unabhängige Netzwerker ist es, dass die mit den Beteiligten abgestimmten und vereinbarten Ziele des Rehamanagements alleiniger Maßstab für die Auswahl von Maßnahmen und Dienstleistungen sind. Seit der Gründung 2001 achtet InReha entschieden darauf, aus der Vermittlung von Rehabilitanden an Ärzte, Therapeuten, Kliniken oder sonstige Einrichtungen oder Maßnahmeträger der Rehabilitation keinerlei geldwerten Vorteil für das Unternehmen zu ziehen. Zu den größten Problemen im Gesundheits- und Reha-Bereich gehören Korruption und Vorteilsnahme. Von solchen Praktiken haben wir uns stets ausdrücklich und entschieden abgegrenzt.

Was hat es mit dem „Code of Conduct“ auf sich?

Eine eigenständige Steuerung der Rehabilitation durch die Versicherungen wurde vor allem seitens der Anwälte von Geschädigten äußerst kritisch gesehen, so dass beim Verkehrsgerichtstag 2000 in Goslar mit einem „Code of Conduct des Rehamanagements“ Verhaltensmaßregeln verabschiedet wurden, durch die eine direkte Steuerung oder eine wei-

sungsbezogene Zusammenarbeit mit Dritten ausgeschlossen wurden. Die wichtigsten Grundsätze des „Code of Conduct“, die heute bei professionellen Rehadiensten die Praxis des Rehamanagements bestimmen, sind zusammengefasst folgende:

- Das Rehamanagement darf nicht vom Haftpflichtversicherer selbst durchgeführt werden, sondern liegt in der Hand eines Rehabilitationsdienstes.
- Der Rehadienst ist personell und organisatorisch vom Haftpflichtversicherer unabhängig, weisungsfrei und neutral. Art und Umfang seiner Tätigkeit wird ausschließlich durch das Rehabilitationsziel bestimmt.
- Der Reha-Dienst hat sich jeglicher Einflussnahme oder gar Beurteilung auf die Regulierung des Schadens, zum Grund oder zur Höhe der Ansprüche zu enthalten und bereits der Möglichkeit des Entstehens eines dahingehenden Anscheins entgegen zu wirken.
- Der vom Haftpflichtversicherer zu beauftragende Rehadienst wird einvernehmlich mit dem Anwalt des Unfallopfers vorher bestimmt.
- Die Kosten des Rehamanagements trägt der Haftpflichtversicherer

Die Anforderungen bleiben nicht gleich mit den Jahren. Welche Veränderungen nehmen Sie wahr und wie reagiert InReha als Dienstleister darauf?

Im Bereich der Kfz-Versicherungen ist derzeit im Hinblick auf die Beauftragung von Rehamanagement eine rückläufige Entwicklung zu beobachten, wobei deren Gründe nicht genau zu erklären sind. Dabei sind vor allem Emotionen im Spiel, vielleicht auch enttäuschte, weil übertriebene Erwartungen. Mit Auswertungen zum Outcome des Rehamanagements hat



sich jedoch kaum eine Versicherung befasst.

Dagegen kann man seit knapp zwei Jahren im Bereich der privaten Unfallversicherung einen regelrechten Run auf das Rehamanagement beobachten. Kaum ein Vertrag lässt sich noch ohne integriertes Rehamanagement vermarkten. Dass dabei durch mehr oder weniger starke Kostenbegrenzungen oft nur Rudimente davon Vertragsgegenstand sind, dürfte den meisten Versicherten allerdings erst im konkreten Leistungsfall auffallen. Viele der privaten und gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen beginnen zurzeit gerade erst zu begreifen, dass sie erheblich von einem individuellen Fallmanagement vor allem in Hochkostenfällen profitieren können. Auch in der gesetzlichen Rentenversicherung wird sich nach

meiner Einschätzung in den kommenden Jahren die Erkenntnis durchsetzen, dass es bei besonders kostenträchtigen Versicherten(gruppen) sinnvoll ist, ein individuelles medizinisch-berufliches Case Management zu implementieren.

Es ist also vieles im Wandel. InReha hat darauf reagiert, indem wir uns im Frühjahr 2012 in fünf Geschäftsbereiche mit eigenen Teamleitungen gegliedert haben, die jeweils sehr genau auf die spezifischen Anforderungen der unterschiedlichen Kunden, seien es nun Haftpflicht- oder Unfallversicherer, Krankenkassen, Rentenversicherer, Berufsgenossenschaften, Kliniken oder was auch immer, eingehen können.

Daneben haben wir im Frühjahr 2012 nach dreijähriger Vorbereitung eine bundesweite, spezialisierte Reha-

Arbeitsvermittlung gestartet. Tatsächlich konnten wir dabei vielfältige Anregungen aus unserem Netzwerk aufgreifen und zu einer neuartigen Lösung weiterentwickeln. Eines der Alleinstellungsmerkmale ist, dass unsere Reha-Arbeitsvermittler, die sowohl über medizinische wie berufskundliche Kompetenzen verfügen, auf besondere Art und Weise mit den am jeweiligen Ort ansässigen privaten Arbeitsvermittlern zusammenarbeiten.

Herr Persson, vielen herzlichen Dank für das Gespräch!

Weitere Informationen zu InReha:
www.inreha.net



Beratung und Case Management Konzepte und Kompetenzen

Beratung ist ein zentraler Bestandteil von Diensten am Menschen. In besonderer Weise gehört sie bei Sorgen und zur Versorgung von Personen zu einem Case Management, das steuernd zur Lösung oder Bewältigung von Problemen hinführt. Die Beiträge im Buch behandeln das Konzept einer sorgenden Beratung in Unterscheidung von anderer Fachberatung und die Beratungspraxis in Anwendungsbereichen des Case Management.



Wendt (Hrsg.)

Beratung und Case Management Konzepte und Kompetenzen

2012. XIII, 170 Seiten. Softcover.
€ 39,95. ISBN 978-3-86216-102-7

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de, Bestell-Tel. 06221/489-555, Bestell-Fax 06221/489-410
E-Mail: kundenbetreuung-mhz@hjr-verlag.de

 medhochzwei