

Kommunikation und Rehabilitation – bis zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung

„Es hat mich getroffen – wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Durch meinen Unfall ist nun nichts mehr wie es war. Bis jetzt war ich das Subjekt und der selbständig Handelnde in meinem Leben. Nun habe ich das Gefühl, Objekt des Handelns fremder Menschen zu sein – ich bin im wahrsten Sinne des Wortes zum Behandelten geworden. Ich fühle mich ausgeliefert. Mein Lebensfaden erscheint mir wie angerissen. Ich erlebe an mir selbst Gefühle, die mir früher fremd waren. Zum Verlust meiner Autonomie treten Hilf- und Ratlosigkeit. Es hat mir zunächst regelrecht die Sprache verschlagen. Mein körperlicher Schmerz wird von Verzweiflung und Sorge um meine und die Zukunft meiner Familie überlagert. Apathie wechselt mit Wut und Auflehnung gegen die Ungerechtigkeit, dass gerade ich das erleiden muss. Wie soll es denn jetzt weitergehen? Schaffe ich das alles? Werde ich von einer selbstbewussten Persönlichkeit nun zum „Fall“? An wen kann ich mich wenden?“

Wozu Kommunikation in der Rehabilitation?

Kommunikation mit einem schwerverletzten Menschen ist Kommunikation mit einem Menschen in einer oft lang andauernden physischen, psychischen und sozialen Ausnahmesituation. Kommunikation in der Rehabilitation ist dabei kein Selbstzweck, sondern dient dazu, im engen Schulterschluss mit der verletzten Person ein gemeinsames Ziel zu errei-

chen: Als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist es unsere Aufgabe, nach Arbeitsunfällen oder bei Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen! Das bedeutet: „Wir müssen miteinander reden!“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rehabilitationsmanagement geben dabei der anonymen Institution Unfallversicherung bei den Betroffenen ein konkretes menschliches Gesicht und eine persönliche Stimme. Sie treten über die gesetzliche Aufgabe hinaus in eine professionell-personale Beziehung zu der verletzten Person.

In welchen Handlungsfeldern bewegt sich die Kommunikation?

Die Kommunikation muss im Wesentlichen die folgenden Handlungsfelder ausfüllen:

— Information

Im Rahmen der Heilbehandlung und der Rehabilitation stürzen auf den Betroffenen eine Unzahl von Informationen ein und trotzdem fehlt oft gerade die spezifische Information, die aktuell geeignet ist, die Situation zu erklären, Wege aufzuzeigen und Entscheidungen fundiert zu treffen. Der Reha-Manager oder die Reha-Managerin kann hier helfen, diese Informationen zu erläutern, zu gewichten und fehlende Informationen nicht nur für die

verletzte Person, sondern auch für die anderen Beteiligten am Prozess der Genesung entweder aus eigener Erfahrung beizubringen oder gezielt zu beschaffen.

— Koordination

„Viele Köche verderben den Brei!“ Gemeinsames, planvolles, zielgerichtetes und aufeinander abgestimmtes Vorgehen ist eine wesentliche Grundlage für den Rehabilitationserfolg – und so schwer! Durch geplante und gezielte Ansprache werden die Akteure durch das Rehamanagement in ihrem Handeln aufeinander abgestimmt und auch in der zeitlichen Abfolge zu einem lückenfreien Ineinandergreifen geführt. Einer muss diese Sache in die Hand nehmen!

— Motivation

Motivation bewirkt als Motor die Bewegung auf das Ziel zu: Wo Behandlungs- und Verfahrensmüdigkeit, Desinteresse, Verzagtheit und Hoffnungslosigkeit den Blick auf das Ziel verstellen, müssen durch ermutigende Ansprache, durch Aufzeigen der Vorteile und Chancen, durch Beispiele und Anreize bei allen Beteiligten evtl. neue Impulse gesetzt werden. „Warum soll ich umschulen?“ „Warum soll ich nach einem langen Tag im OP noch ein gemeinsames Gespräch mitmachen?“ „Was bringt mir als Unternehmer die Eingliederung der noch immer eingeschränkten Verletzten im Betrieb?“ „Warum soll ich weiter die Trennung von meinem Partner

ertragen?“ Im Gespräch wird der Standpunkt des jeweiligen Partners aufgegriffen und argumentativ der Blick neu ausgerichtet – bis der „Motor“ wieder anspringt!

─ Inklusion

Über die verletzte oder erkrankte Person zu sprechen ist manchmal nötig, mit ihr zu sprechen, sie in die Erörterung einzubeziehen und ihr selbst das Heft des Handelns wieder in die Hand zu geben, das ist unverzichtbar. Selbst im Zentrum der Rehabilitation zu stehen, Handelnder und selbstverantwortliche Persönlichkeit zu bleiben, muss durch aktive Kommunikation gefördert und sichergestellt werden. Im Sinne der Inklusion zu handeln – buchstäblich eingeschlossen zu bleiben im Familienverbund, im Freundeskreis, im Unternehmen, unter den Kolleginnen und Kollegen – im täglichen Leben, mit evtl. geänderten körperlichen und geistigen Rahmenbedingungen – erfordert auch die Ermutigung des sozialen Umfelds zur Kommunikation und das so früh wie nur möglich!

Alle diese Handlungsfelder sind inhaltlich und zeitlich miteinander verzahnt und bedingen sich gegenseitig: Ohne Information keine Motivation, ohne Motivation keine Inklusion, ohne Koordination keine Information ...

Phasen der Rehabilitation

Die Schwerpunkte der Kommunikation verlagern sich immer wieder auf der Zeitachse mit unterschiedlichem aktuellem Gewicht je nach den Phasen der Rehabilitation, die sich teilweise auch zeitlich überlagern können:

─ Frühphase und Akutbehandlung

In dieser Phase stehen der Aufbau von Vertrauen und das Gewinnen eines Zuges zur verletzten Person und ihren Angehörigen, sachliche Information und Planung des Heilverlaufs, Empathie und Motivation im Vordergrund.

─ Medizinische/physikalische Rehabilitationsphase

Durch Gespräche mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit der verletzten Person müssen nun die Chancen, Potentiale und Defizite bewertet und der Blick jetzt schon auf den Arbeitsalltag am Arbeitsplatz gerichtet werden. Frühe Kontakte mit dem Arbeitgeber bringen praxisbezogene Informationen und bereiten den optimalen Weg zur gezielten Rehabilitationsmaßnahme.

─ Teilhabe am Arbeitsleben

Wo sieht sich die verletzte Person nach Rückkehr in das Erwerbsleben? Welche Ziele hat sie? Was denkt/will/kann der Arbeitgeber? Wie könnte eine Qualifizierung aussehen? Wie beschreibe ich die Persönlichkeit gegenüber dem Fachberater eines Berufsförderungswerks? Standardisierte Profile, gelenkte Information, Routinefragen helfen das individuelle Profil zu beschreiben. Einerseits findet jetzt das Gespräch mit Fachleuten statt. Andererseits braucht die betroffene Person jetzt besondere Begleitung, Anleitung und Hilfe zur eigenen Kommunikation, sei es schriftlich oder im (Bewerbungs-) Gespräch im Unternehmen.

─ Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Vermieter z. B. sind manchmal schwierige Gesprächspartner, das Mietverhältnis hat ja auch oft eine bunte Vorgeschichte. Aber man kann als neutrale Person aus dem begleitenden Rehamangement heraus im sachlichen Gespräch, bei dem man das Interesse der anderen Partei ehrlich aufgreift, oft erstaunliche Dinge bewegen. Die eigene Motivation – ohne selbst betroffen zu sein – hilft Anderen, Einsichten zu wecken und – die Rampe darf doch gebaut werden. Ein gutes Wort zur rechten Zeit- und dann klappt es auch mit dem Nachbarn!

─ Nachgehende Betreuung/Begleitung

Auf vertrautem Boden stehen, sich lange kennen, Vertrauen genießen – in der nachgehenden Betreuung der Versicherten findet über viele Jahre ein auf eingespielter Kommunikation beruhender Austausch statt. Man fängt mit dem Ge-

spräch sofort da wieder an, wo man vor längerer Zeit aufgehört hat – als ob es gestern gewesen wäre. Der Reha-Manager oder die Reha-Managerin darf am täglichen Leben der Versicherten Anteil nehmen, manche Last mindern helfen, aktiv zuhören und kann so auch manchen unausgesprochenen Bedarf hinter den Worten erkennen und aufgreifen.

Wer kommuniziert? Die Akteure

Je nach den konkreten Aufgaben in den o. a. Phasen wandeln sich nicht nur die Inhalte der Kommunikation, sondern es treten besonders auch sehr verschiedene Akteure auf den Plan, auf die es sich in ihren Eigenarten und Interessen einzustellen gilt:

- ─ Versicherte/verletzte Personen
- ─ (Ehe-)Partner
- ─ Familienangehörige/Kinder/Eltern
- ─ Ärztinnen und Ärzte
- ─ Pflegepersonal
- ─ Therapeutinnen und Therapeuten
- ─ Unternehmer/innen/Vorgesetzte
- ─ Betriebsärztinnen und Betriebsärzte,
- ─ Betriebsräte
- ─ Anwälte, Rechtsvertreter
- ─ die „Behörde“ Unfallversicherungsträger selbst
- ─ andere Sozialversicherungsträger
- ─ Reha-Manager/Reha-Managerin, „Berufshelfer/in“
- ─ ...

Jede dieser Personen erfordert und erwartet die für sie passende Ansprache und Sprache. Anpassungsfähigkeit in Wortwahl, Stil, Auftreten, intellektuellem Anspruch, Geschwindigkeit und Temperamentslage sind hier gefragt und deswegen ist die Person gegenüber erst einmal „auszuloten“. Nicht selten sind hier auch „emotionale Fremdsprachenkenntnisse“ gefragt.

Eine rheinische Lebenserfahrung hilft das mit Humor zu ertragen und getröstet zu bewältigen:

„Jede Jeck es anders, ävver jeck sin'se all...“

(Frei übersetzt: Jeder hat seine Eigenart, aber etwas „verrückt“ sind sie ja doch alle!)

Kontextfaktoren der Kommunikation

Aber nicht nur die jeweilige Stellung und Funktion des Kommunikationspartners im Rehaprozess bestimmen die Rahmenbedingungen des kommunikativen Austauschs. Zahlreiche Kontextfaktoren beeinflussen den Willen und die Möglichkeiten zur Kommunikation. Hier folgt nur eine Auswahl:

- Alter
- Geschlecht (?)
- Sprachkenntnisse (allgemein und speziell der deutschen Sprache)
- Begleiterkrankungen (physische und psychische Sprachhindernisse)
- Bildungsgrad/Auffassungsgabe
- Temperament
- Landsmannschaftliche Prägung (z. B. Rheinland, Westfalen, Bayern und die Welt)
- Lebenssituation/Familiensituation
- Kultureller Hintergrund
- Wirtschaftliche Interessen

Allein zu dem letzten Punkt sei aus Gründen des Umfangs der Darstellung an dieser Stelle nur eine kurze Beobachtung weitergegeben: Wer (Geld-)Ansprüche gegen Dritte Personen/private Versicherungen geltend macht und dazu noch keine Entscheidung erhielt oder wirtschaftlich auf Arbeit nicht (mehr) angewiesen ist, der kann auch mit Engelszungen nicht motiviert werden. Hier prallen gelegentlich Ratschläge der Rechtsvertreter und des Rehamanagements diametral aufeinander.

Kommunikationsformen

Im Zeitalter elektronischer Vernetzung sind Informationen bei uns an nahezu allen Orten und unmittelbar zu erreichen. Im „Global Village“ sind wir virtuelle Kontakte gewöhnt und diese sind oft auch hilfreich.

Für den Bereich der Rehabilitation ist nach unserer Erfahrung aber eine sorgfältige Abwägung zu treffen, welche Kommunikationsform im Einzelfall gewählt wird:

Schriftlichkeit (evtl. elektronisch) hilft, wichtige Informationen eindeutig niederzulegen. Der Rehaplan, komplizierte Ab-

läufe, langfristige Termine, Vereinbarungen und Verwaltungsakte müssen eindeutig und wiederholt nachlesbar festgehalten werden.

Ein schneller telefonischer Kontakt wiederum ist besser als kein Kontakt. Er hilft besonders zur schnellen Terminvereinbarung oder im Rehaprozess, wenn nur kurze und eindeutige Sachverhalte zu klären sind.

In allen anderen Situationen gilt aber:

- Nichts geht über den unmittelbaren Kontakt von Mensch zu Mensch!

Das angenehme, offene Auftreten, die menschliche Zuwendung, die schlüssige Körpersprache, nonverbale Signale – sie sind nur unmittelbar erleb- und vermittelbar. Erst die ganzheitliche Wirkung des Menschen insgesamt bereits in den ersten Minuten des Kennenlernens ermöglicht, Vertrauens- und Glaubwürdigkeit zu vermitteln und einen soliden Kontakt zueinander aufzubauen.

Kommunikationsprobleme der verletzten Person

Aus der jeweiligen Rolle im Rehabilitationsprozess ergeben sich für die beteiligten Personen über die allgemeinen Kontextfaktoren hinaus besondere Kommunikationsprobleme, die zu überwinden sind:

Sprachbarrieren können nicht nur aus der evtl. fremden Muttersprache herrühren. Auch eine komplizierte Sprache im Dialog grenzt u. U. die verletzte Person aus und schreckt sie von der Teilnahme im Gespräch ab. Verletzungsbedingte Artikulationsprobleme verlangen zusätzlich evtl. nach besonderer Anpassung der Gesprächsform.

Ein generelles Problem entsteht aus den Fachsprachen, derer sich die Medizin ebenso wie die Verwaltungen bedienen. Was dem Fachkundigen vertraut ist, stellt für den erstmals mit dieser Flut von Fachbegriffen konfrontierten Gesprächspartner ein unüberwindliches Hindernis – eine Art „Nebelwand“ dar. Die Amtssprache ist Deutsch – „Fachchinesisch“ ist im Gespräch unfair und wirkt für die betroffene Person im wörtlichen Sinn „exklusiv“!

Trauma Berufskrankh 2014 · 16[Suppl 1]:21–25
DOI 10.1007/s10039-013-1998-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

N. Erlinghagen Kommunikation und Rehabilitation – bis zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung

Zusammenfassung

Das Rehabilitationsmanagement in der gesetzlichen Unfallversicherung verknüpft in planvollem Handeln die Akteure bei der medizinischen, beruflichen und sozialen Wiedereingliederung der verletzten Person in ihrer Ausnahmesituation. Um mit allen geeigneten Mitteln Teilhabe bewirken zu können, sind die Beteiligten in den verschiedenen Phasen des Prozesses zu koordinieren, zu informieren und zu motivieren. Der Reha-Manager oder die Reha-Managerin stehen hier mit ihrer ganzen Persönlichkeit für den Träger und die Aufgabe ein. In der Kommunikation sind dabei die verschiedenen Erfahrungshorizonte und situativen Rahmenbedingungen der Kommunizierenden besonders zu beachten. Erfahrung, sprachliches Geschick, Einfühlungsvermögen und eine offene Persönlichkeit müssen dabei mit Fachkenntnis einhergehen. Alle Kommunikation muss den betroffenen Menschen als aktiv Handelnden im Sinne echter Inklusion einbeziehen und in den Mittelpunkt stellen.

Schlüsselwörter

Rehamanagement · Inklusion · Kommunikation · Beziehung · Planung · Motivation

Eingespielte Gesprächspartner benötigen oft nur wenig Zeit für den notwendigen Austausch. Aber die verletzte Person ist gerade nicht eingespielt auf den Umgang mit Ärztinnen und Ärzten oder „Verwaltungsmenschen“. Sie benötigt unbedingt gerade die meist sehr rare Ressource Zeit, um den Gesprächsinhalt wirklich zu erfassen und zu verarbeiten. Hinzu treten gelegentlich durch das Informationsgefälle und den Eindruck, als Patient in der Hierarchie des Medizinbetriebs in einem Über-/Unterordnungsverhältnis zu stehen, Ohnmachtsgefühle und ein angeschlagenes Selbstbewusstsein.

Fast jedes Kind kennt das Gruppenspiel „Stille Post“. Erwachsene spielen es auch – meist aber nicht freiwillig: Das gesprochene Wort, z. B. bei einer Visite, ist sehr flüchtig. Was gehört, verstanden und

behalten wurde, kann oft auch bei aufmerksamen Zuhörern schon nach Minuten nicht mehr richtig wiedergegeben werden. Und dann fragen Sie als Reha-Manager/in einmal am Nachmittag danach, was denn die Ärzte bei der morgendlichen Visite genau gesagt haben!

Wer „angeschlagen“ und nicht fit ist, hat oft akut nicht das rechte Vertrauen in sein Umfeld. In fremder Situation kann man nur schwer Vertrauen „schenken“. Es stellt sich die Frage, wer eigentlich für mich sprechen darf oder soll und mir bei der Kommunikation helfen kann. Ein naher Angehöriger oder eine Angehörige ist meist der natürlichste Beistand, aber oft auch selbst fachlich überfordert. Ihn treffen dann nicht selten die gleichen Hemmnisse, wie den Verletzten/die Verletzte selbst.

Kommunikationsprobleme in der medizinischen Reha

— Faktor Zeit

Eine besonders wertvolle Ressource gerade auch im Medizinalbetrieb ist die Zeit. In der engen Taktung des Krankenhausbetriebs oder einer Praxis von einem Arzt/einer Ärztin die Zeit zu erlangen, derer es bedürfte, die durchaus gewollte Nähe zu den Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen in ruhigem Gespräch aufzubauen, ist außerordentlich schwierig. Für jeden Gesprächspartner stellt sich im Übrigen oft die Frage: Wann kann/darf ich den Arzt oder die Ärztin eigentlich (erfolgreich) ansprechen?

— Schwierige Aufklärung und Beratung über komplexe Sachverhalte

Die umfassende Aufklärung der Patienten über die Diagnose und die geplanten Behandlungsschritte ist nicht nur ein Gebot der Menschlichkeit, sondern auch rechtlich unabdingbar. Aber der Arzt/die Ärztin müsste oft sehr weit in der Erläuterung der komplexen medizinischen Zusammenhänge ausholen und Grundwissen vermitteln, wozu aber letztlich die Zeit fehlt. So bleibt die „Aufklärung“ der vernebelten Sachlage auf der Laienseite oft mangelhaft bis frustrierend, auf ärztlicher Seite aber zumindest unbefriedigend bis

rechtlich problematisch. In dieser Situation sind zuverlässige und sachkundige Personen gefragt, die helfen können, Unsicherheiten und fehlende Eindeutigkeit bei den betroffenen Personen später im vertiefenden Gespräch abzubauen.

— Planung/Prognosemöglichkeit

Bei aller Erfahrung und oft regelhaften Heilungsverläufen, der Blick in die Zukunft bleibt auch für die Therapeuten ungewiss. Wo Gewissheit für die Planung der Heilverfahren gefragt ist, können Ärztinnen und Ärzte oft nicht die gewünschte Klarheit in den Prognosen erzielen, was dann (ungerechterweise) auf Unverständnis stößt.

— Datenschutz

Gelegentlich stehen auch das Patientengeheimnis und der Datenschutz der Kommunikation dort im Wege, wo diese z. B. telefonisch ohne vorherige persönliche Bekanntschaft versucht wird und nicht klar ist, wer der Gesprächspartner ist und ob er Auskünfte erhalten darf. Hier geht natürlich das Recht vor. Es ist zunächst Rechtssicherheit herzustellen, indem die Identität und die Stellung des Gesprächspartners klargestellt werden.

— Umgang mit der Verwaltung/externen Partnern

Anrufe, Gesprächsersuchen, Berichtsanforderungen usw. – all das nervt den in der Behandlung engagierten Arzt, weil es ihn seiner Zeit beraubt. „Verwaltungsleute“ sind daher nicht immer beliebt. Aber der Reha-Manager oder die Berufshelferin teilen mit dem Arzt das gleiche Ziel bei der Heilbehandlung. Sie können und sollen dem Arzt nützlich und so dessen Zeit wert sein. Es gilt, das den gestressten Ärzten auch aus deren eigenen Interesse heraus (mit Charme) zu vermitteln.

Rollen des Reha-Managers/der Reha-Managerin

Aus den dargestellten Problemlagen ergibt sich eine Vielzahl von Rollen, die der Reha-Manager und die Reha-Managerin

„spielen“ und in denen sie vertrauenswürdig sein müssen: Sie sind

- Gesichts- und Botschafter der Verwaltung vor Ort
- Dolmetscher zwischen den Fachlichkeiten mit fachübergreifenden Kenntnissen und Erfahrungen
- „Ombudsman“ für die Versicherten im Rehaprozess, gerade in den Unternehmen
- Moderator im Streit
- Motor bei Stillstand
- Motivator bei verzagtem Verhalten
- „Notar“ für Vereinbarungen zwischen Ärzten, Arbeitgebern, Verwaltungen und Versicherten
- „Coach“ für Selbstdarstellung und beruflichen Wiedereinstieg
- „Blitzableiter“ bei Spannungen
- Rückhalt/Anker in der Ungewissheit
- Lotse in für den Versicherten unbekanntem Gewässer
- Pfadfinder und Kenner der Möglichkeiten in der Rehabilitation
- Und immer: „Netzwerker“ („Ich kenne da den...“/„Da frag ich doch mal den...“)

Wer kann das? Welche Fähigkeiten braucht ein Reha-Manager/Reha-Managerin?

Langjährige Erfahrung in der Leistungsbearbeitung der gesetzlichen Unfallversicherung und Fähigkeit zu planvollem Handeln sind zunächst die unverzichtbare Grundlage und der Weg zu erfolgreichem Rehamanagement. Neben der Fachkenntnis sind aber Menschenkenntnis und eine reife Persönlichkeit, Verhandlungsgeschick und Standhaftigkeit, physische und psychische Stabilität sowie gelegentlich ein „dickes Fell“ gefragt. Kein „Fall“ ist wie der andere. Nach Schema kann man hier nicht arbeiten. Die geistige Beweglichkeit macht diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unfallversicherung zu echten „Multitools“! Entscheidungsfreudigkeit und die Bereitschaft, das Risiko einer „Fehlentscheidung“ zu Gunsten schneller Hilfe und aktiver Gestaltung abgewogen einzugehen, sind das Gegenteil einer oft in der Karikatur zu findenden „Beamtenmentalität“, die wir nicht wollen. Der Preis dafür ist ein hohes Maß an Vertrauen und

Rückhalt bei den Dienstvorgesetzten, die bereit sein müssen, Freiheiten zu gewähren und die eigene Meinung nicht als einzige Lösung zu anzusehen.

Wen soll ich also als Vorgesetzter zu den Versicherten schicken? Ich habe dazu für mich persönlich eine Gewissens- und Testfrage: „Würde ich diese Person selbst an meinem (Kranken-) Bett stehen haben wollen und ihr mein Leben anvertrauen?“

Nicht zuletzt darf ich als Vorgesetzter die Belastbarkeit dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch nicht überstrapazieren. Es ist schwer, das Schicksal der anvertrauten Versicherten am Abend vor der eigenen Haustür zu lassen. Aber nur die Fähigkeit zum „Abschalten“ nach dem Dienst erhält die eigene Gesundheit und bringt die Zeit, „den Akku wieder aufzuladen“, damit die Gesprächsfreude am nächsten Morgen wieder wach ist.

Was hilft also im Kontakt? Was erfordert die gute Kommunikation in der Reha?

Empathie mit den Versicherten und deren Schicksalen ist der Antrieb des Handelns. Auch wenn die Menschen nicht immer gut zu ertragen sind gilt:

Immerwährende Höflichkeit, Freundlichkeit, Geduld und Humor sind die „Schmiermittel“ der Kommunikation. Sind sie echte Eigenschaften der Persönlichkeit, werden auch Einsteiger bald die Fähigkeit entwickeln, schnell Zugang zu finden, Schwellen zu erkennen, zu überwinden und aktiv zuzuhören. Kompetenz zu haben ist eine Sache, diese aber auch durch das Auftreten auszustrahlen muss gelernt werden. Dabei helfen selbstkritische Beobachtung und evtl. Training und Beratung von außen. Besonders wichtig ist die Zuverlässigkeit. Mit dem Wort muss kurz darauf die Tat einhergehen („Versprochen ist versprochen!“). Wenn es gelingt die Balance zwischen professioneller Distanz und angemessener Nähe zu dem anvertrauten Versicherten zu finden, für diesen emotional, fachlich und technisch erreichbar zu sein, gelingt die Kommunikation und macht auch bei manchmal nur mühsamen, kleinen Fortschritten allen Beteiligten Freude. Ziel ist es, *ein Mensch für Menschen zu sein – nicht ein „Case-Manager“!*

Was nicht im Gesetz steht

Wir wollen in der gesetzlichen Unfallversicherung den Versicherten wie ein treuer Freund zur Seite stehen. Das wollen wir beweisen, denn:

„Amicus certus in re incerta cernitur.“

„Einen treuen Freund erkennt man in unsicherer Lage.“

(Quintus Ennius zugeschrieben).

Korrespondenzadresse

N. Erlinghagen

Berufsgenossenschaft Rohstoffe
und chemische Industrie, Bezirksdirektion Köln,
Stolberger Straße 86, 50933 Köln
norbert.erlinghagen@bgrci.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Erlinghagen gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Infobox

Ergänzende Quellen:

http://www.dguv.de/inhalt/rehabilitation/med_reha/index.jsp. Zugegriffen: 22.08.2013

Download:

- Handlungsleitfaden zum Reha-Management, 2010
- DGUV: Anforderungsprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager, 2012