



**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in  
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und  
Schleswig-Holstein**

**Aufgaben- und Rollenverteilung in der  
medizinischen Rehabilitation  
Bestandsaufnahme und Prüfung von  
Optimierungsmöglichkeiten und  
Entlastungschancen**

**Jürgen Höder & Ruth Deck**

**Abschlußbericht**

**Februar 2011**

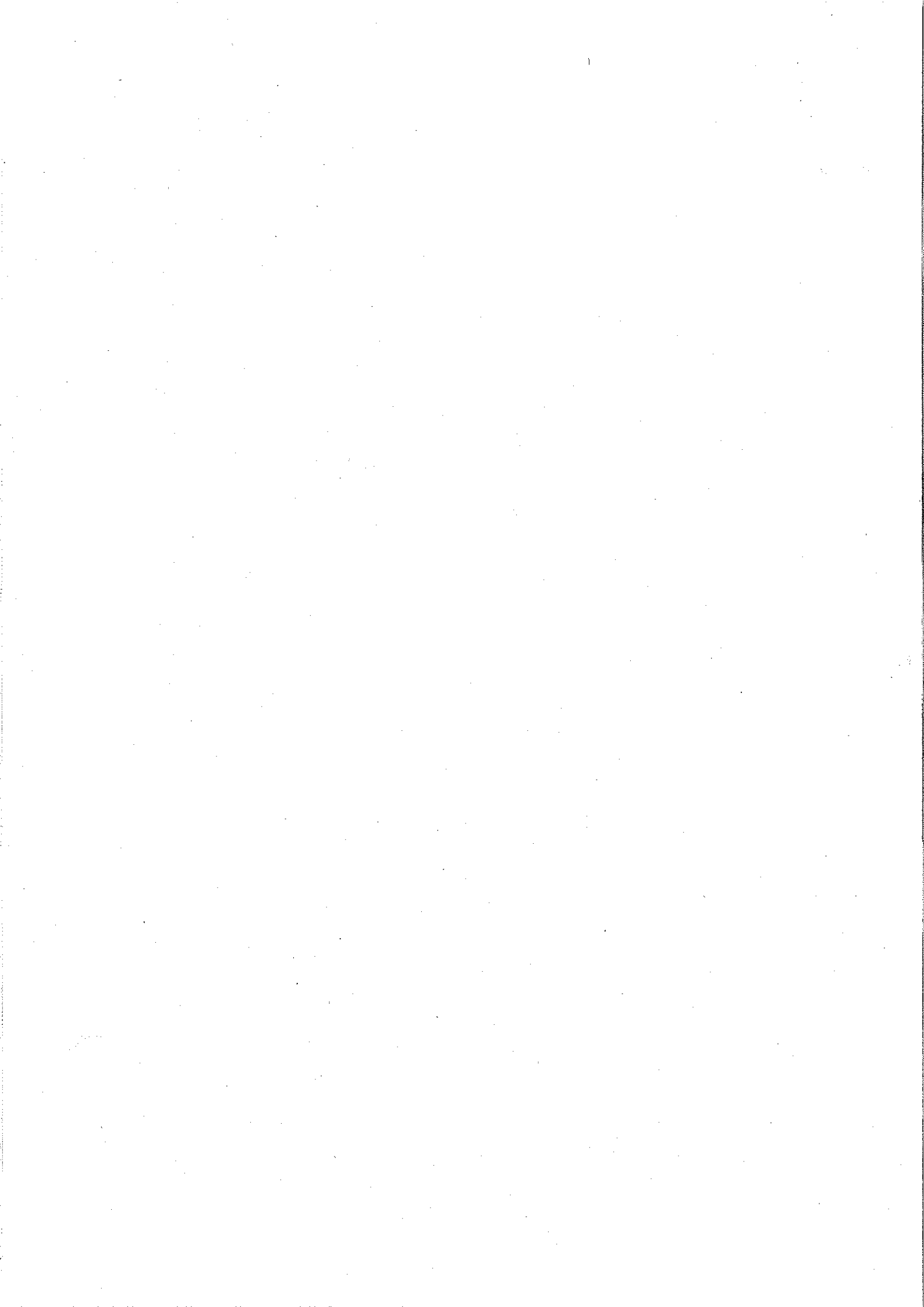
**Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen  
Rehabilitation.**

**Bestandsaufnahme und Prüfung von  
Optimierungsmöglichkeiten und Entlastungschancen**

vffr Projekt 118



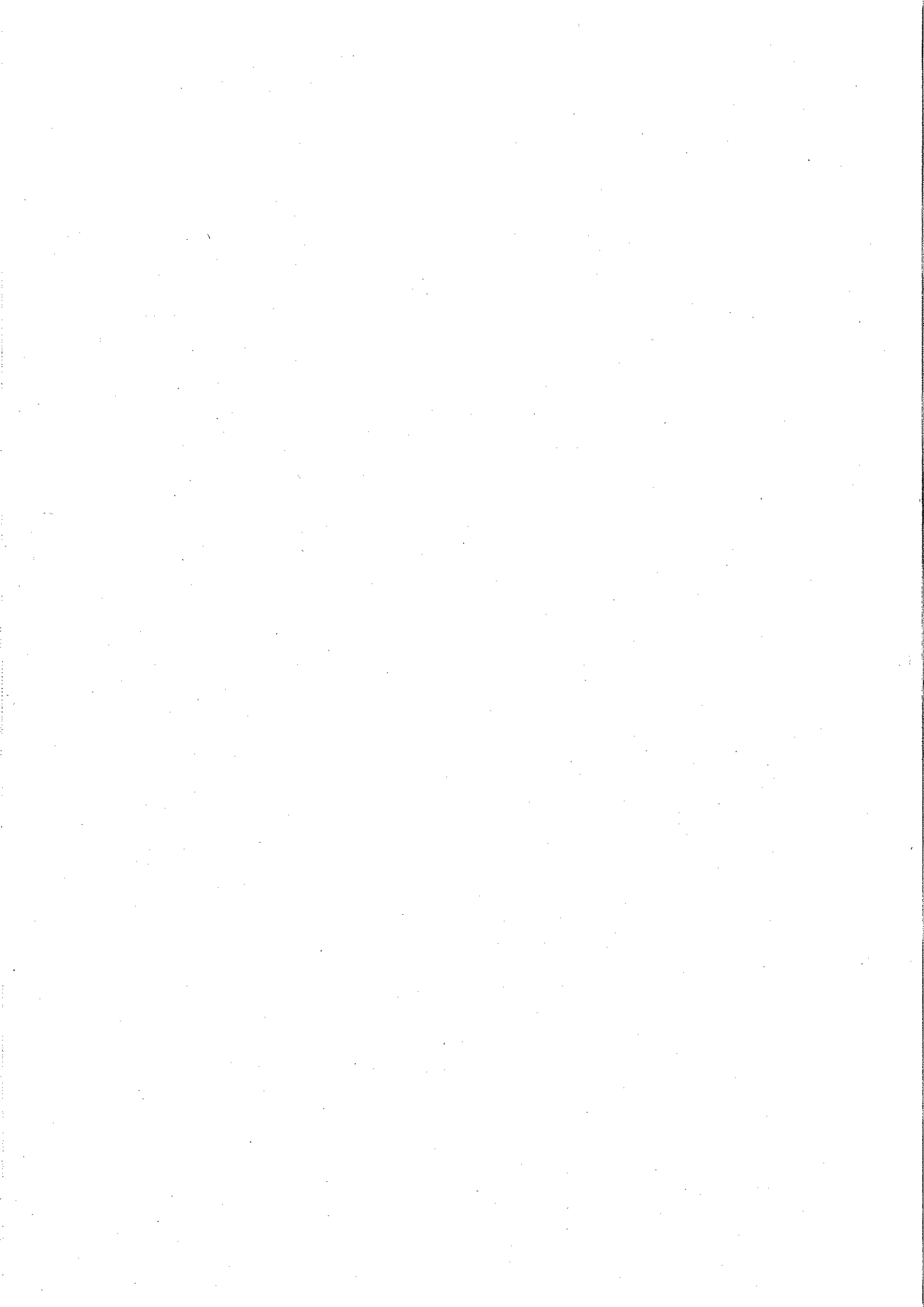
Dr. Jürgen Höder, Dr. Ruth Deck  
Institut für Sozialmedizin, UK SH Campus Lübeck



## Inhaltsübersicht

1. Zusammenfassung .....	6
2. Beschreibung des Problems .....	9
3. Stand der Forschung .....	15
4. Hypothese .....	18
5. Methode: Übersicht .....	19
6. Aufgaben und Ziele der Rehabilitation .....	19
7. Vorschläge für Aufgabenumverteilungen suchen .....	22
8. Prüfung der Vorschläge auf Akzeptanz bei Klinikern .....	28
9. Die Akzeptanz der Vorschläge bei Rehabilitanden .....	53
10. Reaktionen von führenden Personen aus Klinik, Wissenschaft, Fachverbänden und Rentenversicherung .....	62
11. Diskussion .....	64
12. Literatur .....	70
13. Anhänge .....	75





# Inhalt

1.	Zusammenfassung .....	6
1.1	Fragestellung .....	6
1.2	Methode .....	6
1.3	Ergebnisse .....	7
1.3.1	Befragung der Kliniker .....	7
1.3.2	Befragung der Rehabilitanden .....	7
1.3.3	Befragung führender Persönlichkeiten .....	8
1.4	Schlussfolgerung .....	8
2.	Beschreibung des Problems .....	9
2.1	Der Arzt im Mittelpunkt .....	9
2.2	Sachverständigenrat: Arztzentriertheit nicht immer effizient .....	11
2.3	Akademisierung der Gesundheitsberufe .....	12
2.4	Ärztmangel .....	13
2.5	Gesetzliche Regelungen .....	13
2.6	Delegieren versus substituieren .....	14
3.	Stand der Forschung .....	15
3.1	Arzt und Pflege .....	15
3.2	Arzt und Physiotherapeut .....	16
3.3	Laien .....	17
4.	Hypothese .....	18
5.	Methode: Übersicht .....	19
6.	Aufgaben und Ziele der Rehabilitation .....	19
6.1	Aufgabenverteilung im Rahmenkonzept .....	19
6.2	Kritische Würdigung .....	22
7.	Vorschläge für Aufgabenumverteilungen suchen .....	22
7.1	Die Interviews .....	23
7.2	Die Stellungnahmen der Berufsverbände .....	24
7.2.1	Bundesärztekammer .....	25
7.2.2	Bundespsychotherapeutenkammer .....	25
7.2.3	Deutscher Pflegerat .....	26
7.2.4	Berufsverbände der Physiotherapeuten .....	26
7.2.5	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen .....	27
7.2.6	Deutscher Verband der Ergotherapeuten .....	27
7.3	Fünfzehn Vorschläge .....	28
8.	Prüfung der Vorschläge auf Akzeptanz bei Klinikern .....	28
8.1	Methode .....	28
8.1.1	Der Fragebogen .....	28
8.1.2	Die Stichprobe .....	29
8.1.3	Statistik .....	29
8.2	Die Vorschläge und ihre Bewertungen durch Kliniker .....	30
8.2.1	Die Reha-Assistentin .....	30
8.2.2	Administrative Aufnahme .....	31
8.2.3	Information über organisatorische Abläufe .....	32
8.2.4	Medizinische Aufnahme: Vorbereitung .....	33
8.2.5	Medizinische Aufnahme: die Patientensicht .....	35

8.2.6	Medizinische Aufnahme: Mobilität .....	36
8.2.7	Medizinische Aufnahme: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen.....	38
8.2.8	Verlauf: Therapieleitung und Therapiesteuerung (Bewegungstherapie) .....	39
8.2.9	Verlauf: Entspannungstraining .....	41
8.2.10	Verlauf: Information, Motivation, Schulung, Anleitungen.....	42
8.2.11	Verlauf: Psychologische Beratung.....	44
8.2.12	Verlauf: Moderation des Rehateams .....	45
8.2.13	Abschluss: Assessment in Mobilität.....	46
8.2.14	Abschluss: Subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen .....	48
8.2.15	Abschluss: Vorbereitung der Schlussuntersuchung.....	49
8.2.16	Abschluss: Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht .....	49
8.2.17	Überblick über alle Vorschläge.....	50
8.2.18	Teilgruppen: Zusammenhänge und Unterschiede .....	50
8.2.19	Zusammenfassung.....	52
9.	Die Akzeptanz der Vorschläge bei Rehabilitanden.....	53
9.1	Methode .....	53
9.1.1	Der Fragebogen .....	53
9.1.2	Die Stichprobe.....	54
9.1.3	Statistik .....	55
9.2	Die Vorschläge und ihre Bewertung durch Rehabilitanden .....	55
9.2.1	Aufnahme durch Reha-Assistentin .....	55
9.2.2	Vorbereitung auf die medizinische Aufnahme durch Reha-Assistentin .....	56
9.2.3	Erhebung der Rehabilitandenperspektive durch Psychologen.....	56
9.2.4	Assessment der Beeinträchtigungen der Mobilität durch Bewegungstherapeuten .....	57
9.2.5	Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen durch den Arzt.....	57
9.2.6	Steuerung der Bewegungstherapie .....	57
9.2.7	Entspannungstraining ohne Psychologen.....	58
9.2.8	Psychologisch hilfreiche Gespräche durch Teammitglied.....	58
9.2.9	Abschluss: Assessment und Leistungsbild durch Bewegungstherapeut.....	58
9.2.10	Subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen .....	59
9.2.11	Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht .....	59
9.2.12	Die Grundidee .....	59
9.2.13	Übersicht.....	60
9.3	Teilgruppen: Zusammenhänge und Unterschiede.....	60
9.4	Zusammenfassung: Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung .....	61
10.	Reaktionen von führenden Personen aus Klinik, Wissenschaft, Fachverbänden und Rentenversicherung.....	62
10.1	Methode .....	62
10.2	Stichprobe .....	63
10.3	Ergebnisse.....	63
11.	Diskussion .....	64
11.1	Grenzen.....	65
11.2	Ökonomie .....	65
11.3	Mitarbeiterzufriedenheit .....	67

11.4	Ergebnisqualität .....	67
11.5	Schlussfolgerungen .....	68
12.	Literatur .....	70
13.	Anhänge .....	75
13.1	Quellen für Anforderungen an die Rehabilitation .....	76
13.1.1	Deutsche Rentenversicherung .....	76
13.1.2	Sozialgesetzbücher .....	77
13.1.3	Gemeinsamer Bundesausschuss .....	77
13.1.4	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation .....	77
13.1.5	Krankenkassen .....	77
13.2	Aufgaben der Rehabilitation gemäß DRV-Rahmenkonzept S. 11f .....	77
13.3	Interviewleitfaden .....	79
13.4	Fragebogen für Kliniker .....	81
13.5	Freie Antworten .....	99
13.6	Fragebogen für Rehabilitanden .....	137
13.7	Beurteilung von Vorschlag 12 bei verschiedenen Untergruppen .....	142
13.8	Fragen an den Expertenworkshop "Transdisziplinarität im Rehteam" .....	144
13.9	Anmerkungen aus der Befragung führender Personen .....	145
13.10	Entgelte der Tarifgemeinschaft der Deutschen Rentenversicherung .....	156



# 1. Zusammenfassung

## 1.1 Fragestellung

Ein rundes Dutzend verschiedener Berufe beteiligt sich daran, die vielfältigen Aufgaben in der Rehabilitation zu bearbeiten. Diese Studie geht der Frage nach: Wer macht was? Wie sind die anfallenden Arbeiten auf die verschiedenen Berufsgruppen verteilt? Und gründet sich diese Verteilung rational auf die tatsächlichen spezifischen Kompetenzen, oder ist sie „historisch gewachsen“? Sind andere Verteilungen möglicherweise sinnvoller?

## 1.2 Methode

Aus verschiedenen Publikationen der Leistungsträger, vor allem aus dem Rahmenkonzept der Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation, wurde eine Liste von Aufgaben zusammengestellt, die in der Reha regelmäßig anfallen. Die Liste wurde 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern<sup>1</sup> von fünf Rehakliniken für muskuloskelettalen Erkrankungen vorgelegt.<sup>2</sup> Sie gehörten verschiedenen klinischen Berufen an (Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten usw.). Es wurde gefragt, welche der Aufgaben sie regelmäßig ausführen, welche davon sie als ihre eigentlichen Kernaufgaben ansehen und für welche Aufgaben, die sie zurzeit nicht bearbeiten, sie ihre Berufsgruppe für kompetent hielten, also welche Aufgabenerweiterungen sie sich vorstellen könnten.

Auf der Grundlage dieser Interviews, einschlägiger Studien, von Stellungnahmen von Berufsverbänden und eigener Erfahrungen wurden 15 Vorschläge für eine Aufgabenneuverteilung entwickelt und 135 weiteren Klinikern, 100 Rehabilitanden und 27 führende Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Klinik, Fachverbänden und Rentenversicherung zur Beurteilung vorgelegt. Die Kliniker erhielten einen Fragebogen per Post. Die Rehabilitanden erhielten eine eigene, inhaltsähnliche Version des Fragebogens. Sie füllten ihn einzeln in Anwesenheit des Projektleiters aus. Die Personen mit herausgehobener Verantwortung bekamen eine Darstellung des Projekts und die Ergebnisse der Befragungen. Sie nahmen Stellung zu der Frage, ob sie sich angesichts dieser Informationen dafür aussprechen würden, in eine praktische Phase der wissenschaftlich begleiteten Umsetzung der Vorschläge einzutreten.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird in der Regel das generische Maskulinum verwendet

<sup>2</sup> Wir danken dem Klinikum Bad Bramstedt, der Mühlenbergklinik Bad Malente, dem Reha-Zentrum Gyhum, der Diana-Klinik Bad Bevensen, der Asklepios Klinik Bad Schwartau, der Kompass Klinik Kiel, der Reha-Klinik Damp und der Rheuma-Klinik Bad Eilsen für die freundliche Unterstützung in verschiedenen Phasen.

## 1.3 Ergebnisse

### 1.3.1 Befragung der Kliniker

Die Vorschläge wurden insgesamt recht positiv beurteilt, wenn auch nicht alle gleich positiv. Vorschläge, die den – zunächst nur imaginierten – Beruf der Reha-Assistentin beinhalteten, wurden mit einer Ausnahme deutlich positiv bewertet. Die Ausnahme betraf die Vorbereitung auf die medizinische Aufnahme, die eine geteilte Zustimmung erfuhr, insbesondere von Ärzten, die auch die Sozialanamnese lieber selbst erheben wollten.

Ebenso deutlich positiv wurden die Vorschläge für die Bewegungstherapeuten beurteilt, denen mehr Selbständigkeit beim Assessment der Leistungsfähigkeit sowie der Therapieverordnung und -durchführung zugetraut wurde. Ihnen mehr Gewicht bei der Erstellung des Leistungsbildes zu geben, wurde von einem Teil der Ärzte abgelehnt.

Auch bei Vorschlägen, die eine Erweiterung der Psychologentätigkeit befürworteten, überwog die Bewertung als sinnvoll, allerdings war sie im Vergleich zu den anderen Vorschlägen weniger ausgeprägt. Andererseits fand auch eine Verengung des Aufgabengebietes keine deutliche Zustimmung: Dass Psychologen die Aufgabe, hilfreiche Gespräche zu führen, auf Wunsch des Rehabilitanden abgeben könnten, wurde durchschnittlich nur als *vielleicht sinnvoll* klassifiziert.

Der Arzt wäre vor allem zuständig für Fragen der Diagnostik und der medikamentösen Therapie, sowie für eine Integration und Plausibilitätsprüfung aller ihm zugeliferten Informationen. Die Zustimmung der Ärzte zu allen diesen Vorschlägen überwog, variierte allerdings stark. Sie war höher, wenn es eher um einfachere, delegierbare Tätigkeiten ging (zum Beispiel Vorbereitung der Abschlussuntersuchung) und geringer, wenn das Abgeben von Verantwortung vorgeschlagen wurde (zum Beispiel Vorschläge, die das unmittelbare Schreiben in den Entlassungsbericht durch andere Berufsgruppen vorsahen).

Die Urteile der Kliniker waren bei einigen Vorschlägen abhängig von ihrem Beruf oder der Länge ihrer Berufserfahrung. Das Geschlecht wies kaum Zusammenhänge mit den Urteilen auf. Wenn es Zusammenhänge gab, waren sie vermutlich durch die Berufszugehörigkeit vermittelt. Leitende Personen urteilten über alle Vorschläge hinweg positiver als nichtleitende.

### 1.3.2 Befragung der Rehabilitanden

Der Einsatz der Reha-Assistentin bei einer „Aufnahme aus einer Hand“ wurde einhellig begrüßt. Teile der Anamnese zu erheben, trauten der Reha-Assistentin 80 % der Befragten zu. 30 % schlossen nicht aus, dass ihnen das Gespräch mit der Reha-Assistentin sogar leichter fallen würde.

Dass ein Physiotherapeut oder Diplomsportlehrer zu Beginn und Ende der Reha Assessments der Leistungsfähigkeit durchführt (auf die der Arzt dann verzichtet), die Art und Intensität der Bewegungstherapie selbständig steuert, das Entspannungstraining anstelle des Psychologen durchführt und ein sehr gewichtiges Wort bei der Erstellung des sozialmedizinischen Leistungsbildes einlegt – das fand die Billigung von mindestens zwei Dritteln der Befragten.

Psychologen erheben die subjektive Sicht des Rehabilitanden auf seine Krankheit und ihre Folgen, auf den erlebten Reha-Erfolg u.a. Diese Vorschläge begrüßten ebenfalls etwa zwei Drittel. Dasselbe traf zu für die Möglichkeit, bei psychischen Schwierigkeiten Hilfe bei einer Pflegekraft zu suchen.

Die Konzentration des Arztes auf Diagnostik und Medikamente sowie das Sammeln, Integrieren und Besprechen aller ihm vom Team zugeliferten Informationen fand ebenfalls eine große Zustimmung.

Bei der zusammenfassenden Darstellung aller Vorschläge war die häufigste Antwort (48 Mal) „müsste man mal ausprobieren“. Acht Rehabilitanden äußerten Ablehnung.

Nennenswerte Zusammenhänge mit Alter, Geschlecht, Reha-Erfahrung, Diagnose, subjektiver Gesundheit und Berufsausbildung ergaben sich nicht.

Der Vergleich der Rehabilitandenurteile mit denen der Mitarbeiter zeigte tendenziell viele Übereinstimmungen. Wo es Unterschiede gab, waren die Mitarbeiter skeptischer als die Rehabilitanden: Die Vorbereitung der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung, insbesondere die Erhebung von Teilen der Anamnese durch eine Reha-Assistentin, fanden die Rehabilitanden viel weniger problematisch als die Klinikmitarbeiter. Dasselbe galt für die Besprechung psychischer Beeinträchtigungen mit psychotherapeutischen Laien.

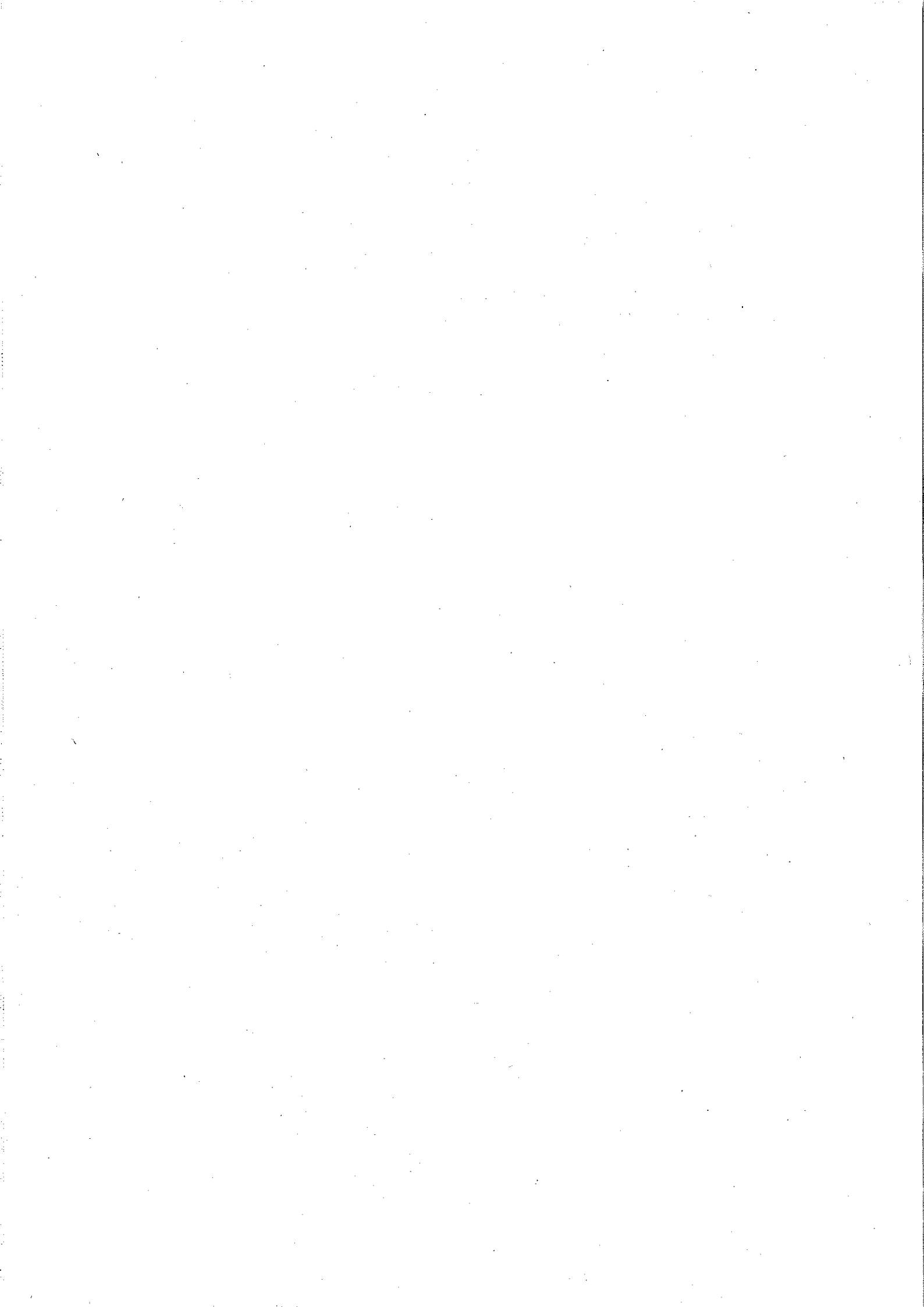
### 1.3.3. Befragung führender Persönlichkeiten

Von 27 Befragten sprachen sich 21 für eine praktische Erprobung unter wissenschaftlicher Begleitung aus, 2 hielten weitere Vorarbeiten für nötig, 2 kreuzten beide Möglichkeiten an. Keine Person riet von einer praktischen Erprobung ab.

## 1.4 Schlussfolgerung

Ob unsere Vorschläge wirklich praktikabel und nützlich sind, können wir noch nicht wissen. Wir haben aber genügend gute Gründe dafür gefunden, uns dafür auszusprechen, dass sie einem wissenschaftlich begleiteten Praxistest unterzogen werden sollten.





## 2. Beschreibung des Problems

Verfolgt man die Publikationen der verschiedenen Reha-Akteure – Gesetzgeber, Leistungsträger, Wissenschaftler, Kliniker – so haben sich Philosophie, Zielsetzungen und Methoden der Rehabilitation über die Jahre deutlich verändert. Die ICF hat die begriffliche Grundlage für den biopsychosozialen Ansatz geschaffen, die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin beginnen die Auswahl der therapeutischen Methoden zu verändern und Leitlinienentwicklungen anzustoßen (Raspe, 2004, Wegscheider et al., 2004, Farin et al., 2003), die Outcome-Forschung legt eine stärkere Akzentsetzung auf Patientenschulung (Faller et al., 2005, Mühlig et al., 2005), Berufsorientierung (Deck und Glaser-Möller, 2006) und systematische Nachsorge (Deck et al., 2004; Köpke, 2005) nahe.

In der Praxis finden wir jedoch häufig noch „altes“ Denken und Handeln: Reha wird oftmals noch mit physikalischer Medizin gleichgesetzt, kuratives Denken und Behandeln stehen im Vordergrund, Konzentration auf Schädigungen statt auf Aktivitäten und Teilhabe sind nicht selten. Dies spiegelt sich auch in der gegenwärtigen Aufteilung der Aufgaben auf die verschiedenen Berufsgruppen wider.

Ein rundes Dutzend verschiedener Berufe beteiligt sich daran, die vielfältigen Aufgaben in der Rehabilitation zu bearbeiten. Diese Studie geht der Frage nach: Wer macht was? Wie sind die anfallenden Arbeiten auf die verschiedenen Berufsgruppen verteilt? Und gründet sich diese Verteilung rational auf die tatsächlichen spezifischen Kompetenzen, oder ist sie „historisch gewachsen“? Sind andere Verteilungen möglicherweise sinnvoller?

### 2.1 Der Arzt im Mittelpunkt

Wenn man die einschlägigen gesetzlichen Regelungen und die Vorgaben und Konzepte der Leistungsträger<sup>3</sup> studiert, wird schnell klar: Das meiste macht der Arzt. Als Chefarzt trägt er die letzte Verantwortung, als Assistent kümmert er sich um zahlreiche Details – auch um solche, für die seine Kompetenz nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden können. Neben den genuin medizinischen Aufgaben, auf die ihn seine Ausbildung vorbereitet hat, und neben dem üblichen beklagten „Papierkrieg“ stehen folgende rehaspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten in seinem Pflichtenheft:

- Rehatheorie: Krankheitsfolgenmodell der WHO, Terminologie der ICF, Rahmenkonzept der RV, Indikationsspezifische Konzepte der BAR
- Gesetzliche Regelungen: Terminologie SGB IX, VI u.a., Leistungen zur Teilhabe, Renten wegen Erwerbsminderung, rechtliche Konsequenzen aus Gutachten, Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung und vieles mehr

<sup>3</sup> Siehe Beispiele auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und der Krankenkassen, URLs s. Abschnitt 13.1, Einzelheiten ab S. 17.

- Gutachterliche Tätigkeit: Assessment von Funktionen, Strukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren; daraus Reha-Ziele ableiten; die Leistungsfähigkeit beschreiben, dazu die Anforderungen eines (ihm aus eigener Anschauung meist unbekanntem) Arbeitsplatzes in Beziehung setzen
- Unterricht: Gesundheitsbildung und Patientenschulungen durchführen, wobei er nicht nur Informationsvermittlung betreiben, sondern vor allem die Veränderung von Einstellungen, Lebensstilen und Motivationslagen erreichen soll
- Interviewtechnik, Ermittlung der Rehabilitandensicht: Der DRV-Entlassungsbericht erwartet vom Arzt Stellungnahmen zu zahlreichen Punkten, die er im Gespräch mit dem Rehabilitanden erfragen muss. Im Einzelnen: Subjektive Belastungen, Krankheitsverständnis und Informationsstand, Ressourcen zur Krankheitsbewältigung, bisheriger Bearbeitungsstil, bisherige Eigeninitiative, Erwartungen an die Reha, Reha-Ziele, Anforderungen und Belastungen im gegenwärtigen Beruf, subjektives Reha-Ergebnis, Veränderungen bei Einstellungen, Motivation, Lebensstil und Umgang mit Krankheit, Lernerfolge in der Gesundheitsbildung
- Patientenzentrierte Gesprächsführung, Beratung, Empowerment, Shared Decision Making, Angehörigengespräche
- Moderation des Rehatteams

Wie wahrscheinlich ist es, dass der durchschnittliche Reha-Arzt der Fülle dieser Aufgaben wirklich gewachsen ist?

Von Rehatheorie und Sozialmedizin (und sozialmedizinischem Formularwesen) hat ein Arzt in der Ausbildung wenig oder gar nichts gehört – keine einfachen Gebiete, in die er sich nun neben der praktischen Tätigkeit einzuarbeiten hat.

Unterrichten, befragen, beraten, moderieren, motivieren – das sind Tätigkeiten, die in ihrer Schwierigkeit oft unterschätzt werden. Wie gut und effektiv sind die Konferenzen moderiert, an denen wir selbst teilgenommen haben? Oder: An wie viele wirklich gelungene Unterrichtsstunden erinnern wir uns aus unserer eigenen Schulzeit? An Stunden, die unsere Einstellungen, unser Verhalten, unseren Lebensstil geändert haben? Und dabei hatten wir es mit Personen zu tun, die als professionelle Pädagogen ihre ganze Ausbildung und ihr gesamtes Berufsleben diesem Thema gewidmet hatten.

Zum Thema Gesprächsführung und Beratung bieten die verschiedenen Fachgesellschaften und Ausbildungsinstitute Fortbildungen an, die sich über zwei bis drei Jahre erstrecken, mit einem Umfang von 200 und mehr Stunden. Wie viele Reha-Ärzte nehmen daran teil? Kann man erwarten, dass der durchschnittliche Arzt diese Fähigkeiten auch ohne systematische Ausbildung mitbringt? Es gibt sogar eine Reihe von Hinweisen, dass die Empathiefähigkeit –

eine Schlüsselkompetenz bei der Gesprächsführung – bei Ärzten im Laufe ihrer Ausbildung eher abnimmt (Bellini und Shea, 2005; Hojat et al., 2004; Chen et al., 2007). Die neue Approbationsordnung soll Empathiefähigkeit explizit fördern. Ob sie dieses Ziel erreicht, bleibt abzuwarten.

Einige weitere Hinweise gibt das externe Qualitätsmanagement der Rentenversicherung. Sowohl in den Patientenbefragungen wie auch in den Peer Reviews zeigen sich – relativ konstant seit mehreren Jahren – Schwachstellen dort, wo es um die Erhebung der Sichtweise des Rehabilitanden geht, etwa bei Rehazielen, subjektiven Einschränkungen in Alltag und Beruf, Krankheitsverständnis und -verarbeitung, Selbsteinschätzung zur Teilhabe am Erwerbsleben oder bei der Darstellung der Beeinträchtigungen der Aktivität gemäß ICF.

Vor allem die Abstimmung der Rehazielen scheint Schwierigkeiten zu bereiten. In einer eigenen Studie (Höder et al., 2006) stimmten weniger als die Hälfte der Ziele von Ärzten und ihren Rehabilitanden überein. Dabei gaben Rehabilitanden mehr rehatypische Ziele an als Ärzte, zum Beispiel „Treppen steigen können“ 31 vs. 6 Prozent. – In einer qualitativen Studie konstatierten Meyer et al. (2008): „Eine Therapiezielorientierung als integrativer Ansatz zur Steuerung von Rehaprozessen scheint in der Rehabilitationspraxis nicht präsent zu sein.“ (S. 104)

## 2.2 Sachverständigenrat: Arztzentriertheit nicht immer effizient

Der Eindruck, dass Ärzte in der Reha mit Aufgaben nicht nur überfrachtet, sondern teilweise auch fehlqualifiziert sind, wird vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auch für den Akutbereich geteilt. In seinem Gutachten 2007 legt er einen Schwerpunkt auf die Fragen: „Wer macht in Zukunft was? – Welche Art der Arbeitsteilung entspricht den Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft?“ (Sachverständigenrat, 2007, S. 15)

Im Mittelpunkt der Analysen und Vorschläge des Sachverständigenrates steht dabei die Tätigkeit der Ärzte. Der Rat beklagt die „nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung“ (S. 17), z. B. durch die „Verrichtung von Aufgaben, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen“ (S. 18), und fordert den „verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben“ (S. 23). Die Pflege soll Pflegehilfsmittel und auch bestimmte Medikamentengruppen selbst verordnen können (23f). Er plädiert ferner für so genannte „Poolkompetenzen, ... die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen“ (S. 25). Es solle der Grundsatz gelten, „Leistungen sind stets dort [gemeint ist: von der Berufsgruppe, JH] zu erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist“ (S. 16).

Der akutmedizinische Bereich ist bereits in eine Phase der praktischen Umsetzung eingetreten. Die Krankenhausmanagementliteratur der letzten Jahre enthält eine Fülle von – zumeist positiven – Erfahrungsberichten<sup>4</sup>. Das Deutsche Krankenhausinstitut analysiert Ideen zur Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes (Offermanns, 2008). Es führt eine Liste von 61 übertragbaren Leistungen an, die ohne zusätzliche Qualifikation kurzfristig umgesetzt werden können (S. 162 ff). Diese Leistungen werden vom Pflegepersonal übernommen, das seinerseits an Assistenzberufe delegiert. Offermanns (2010) spricht in diesem Zusammenhang von Kaskadeneffekten. Blum und Grohmann (2009) informieren über die Weiterentwicklung der technischen Assistenzberufe, z. B. über den Operationstechnischen Assistenten (OTA), Studiengänge entwickeln sich, z. B. an der privaten Steinbeis Hochschule Berlin ein Bachelor in Physician Assistance.

Für den ambulanten Bereich gibt es ein Curriculum der Bundesärztekammer „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ für „ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen...in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes“ (Bundesärztekammer, 2010).

Die Auffassungen darüber, in welchem Ausmaß ärztliche Aufgaben übertragbar sind, gehen allerdings weit auseinander. Richardson et al (1998) identifizierten in ihrem Review Angaben zwischen 25 % und 70 %. Ein Gutachten im Auftrag der britischen Regierung kam zu dem Ergebnis, dass in Anbetracht gegenwärtiger und zukünftig zu erwartender personeller Engpässe in der Gesundheitsversorgung 20 % der ärztlichen Arbeit an examinierte Pflegekräfte und 12,5 % der Tätigkeiten von examinierten Pflegekräften an Hilfskräfte übergehen sollten (Wanless 2002).

### 2.3 Akademisierung der Gesundheitsberufe

War der Arzt in der medizinischen Rehabilitation zunächst der einzige Akademiker, hat sich das Bild allmählich gewandelt. Seit nun schon mehreren Jahrzehnten trifft man auf Psychologen, die – wenn sie über eine Approbation als Psychotherapeuten verfügen – sogar zur selbständigen Krankenbehandlung berechtigt sind. An die Stelle der Fürsorger sind Sozialpädagogen getreten. Hier und da gibt es einen Diplompädagogen für die Gesundheitsberatung. Diplomsportlehrer oder Sportwissenschaftler führen Bewegungstherapie durch. Was in anderen Ländern schon länger üblich ist, zum Beispiel mit den Nurse Practitioners oder Physician Assistants mit Masterabschluss, beginnt sich auch in Deutschland zu entwickeln: eine Ausbildung aller Gesundheitsberufe auf wissenschaftlichem Niveau. Hierzu zählen Gesundheits- und Krankenpfleger, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Sie streben mit ihren erweiterten Kompetenzen natürlich auch nach erweiterten Aufgaben, dokumentiert z. B. auf dem Symposium „Reha 2020“ (Uhlmann, 2010). Sie beginnen den Anspruch zu erheben, nicht nur ausführende Organe oder Hilfskräfte zu sein. Einiges, was traditionell dem

---

<sup>4</sup> Einen Überblick findet man bei Offermanns (2010).

Arzt obliegt, trauen sie sich ebenso zu. Nicht die Delegation von Aufgaben – die Übertragung von Verantwortung ist das Ziel. Mehr dazu weiter unten in der Darstellung der eigenen Studie.

## 2.4 Ärztemangel

Was der Diskussion um die Aufgabenverteilung neben den angeführten Überlegungen wirklich Dynamik verliehen hat, ist die schiere Not: 80 Prozent aller Krankenhäuser konnten 2009 ihre Arztstellen nicht vollständig besetzen. Das Deutsche Krankenhausinstitut schätzt die Zahl der offenen Stellen auf insgesamt 5000, Tendenz steigend (Blum und Offermanns, 2010). Für die Reha liegen zwar keine verlässlichen Zahlen vor, aber es fehlt an Gründen, die Lage in diesem Sektor für günstiger zu halten. Die Rehabilitation hat bei Ärzten ein eher schlechtes Image (vergleiche z. B. Wirth et al., 2010). Der Ersatz durch ausländische Ärzte erscheint in der Rehabilitation mit ihrem hohen Anteil „sprechender Medizin“ besonders problematisch. Die Deutsche Rentenversicherung hielt es für nötig, 2009 und 2010 Expertentagungen zu veranstalten, die sich darum drehten, wie man den Arbeitsplatz Reha für Ärzte attraktiver gestalten und welche Aufgaben man delegieren oder übertragen könnte. In ihrem Positionspapier „Rehabilitation 2010“ schreibt sie:

„Ergebnisse der Reha-Forschung weisen darauf hin, dass Ärzte in der medizinischen Rehabilitation häufig berufsferne Tätigkeiten ausüben, die mit der direkten Versorgung der Rehabilitanden konkurrieren. Die Rentenversicherung wird deshalb die Reha-Einrichtungen dabei unterstützen, alle Möglichkeiten zur Entlastung von Ärzten auch durch nicht-ärztliches Personal gezielt auszuschöpfen.“ (Deutsche Rentenversicherung, 2010a, S. 14)

Wenn der Ärztemangel die Diskussion auch dringlicher gemacht hat – es geht um mehr als die Handhabung dieses womöglich vorübergehenden Problems, das sich bei der nächsten „Ärztenschwemme“ von selbst löste. Es geht um die These: Eine andere Aufgabenverteilung steigert die Qualität.

## 2.5 Gesetzliche Regelungen

Gesetzliche Regelungen zu unserem Thema sind dünn gesät. Was „Heilkunde“ ist und wer sie ausüben darf, steht kurioserweise im Heilpraktikergesetz von 1939. Die konkrete Ausgestaltung liegt in den Händen der Richter. Psychologen und neuerdings Physiotherapeuten können eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis erhalten und damit auf ihrem jeweiligen Fachgebiet eigenständig, also ohne ärztliche Verordnung, die Heilkunde ausüben<sup>5</sup>.

Der Gesetzgeber steht einer Erweiterung der Kompetenzen nichtärztlicher Gesundheitsberufe offensichtlich aufgeschlossen gegenüber, indem er Modellversuche erlaubt (SGB V § 63). Ausdrückliche Erwähnung findet die Erlaubnis für Physiotherapeuten, die „Auswahl und die

---

<sup>5</sup> Für Psychologen gibt es seit 1998 auch die Möglichkeit einer Approbation mit Einbeziehung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten [zu] bestimmen" (Absatz 3b). Ferner heißt es

Modellvorhaben ... können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe ... qualifiziert sind, auf diese vorsehen. (Absatz 3c).

Im Deutschen Ärzteblatt beschäftigen sich die Bundesärztekammer und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2008) in einer gemeinsamen Stellungnahme mit den „Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ unter rechtlichen Gesichtspunkten und kommen dabei zu dem Schluss: Der Arzt muss nur solche Leistungen „höchstpersönlich“ erbringen, die seine spezifische Fachkenntnis und Erfahrung benötigen, weil sie schwierig sind, für den Patienten gefährlich sind oder zu unvorhersehbaren Reaktionen führen können. Solche Leistungen dürften in der Rehabilitation eher selten sein. Ausdrücklich erlaubt wird etwa die Durcharbeitung eines Anamnesefragebogens mit nachfolgender Überprüfung/Ergänzung durch den Arzt.

In den Sozialgesetzbüchern ist nur beschrieben, welche Berufsgruppe die rehabilitative Behandlung leiten und verantworten soll – allerdings in verschiedenen Paragraphen mit kleinen Unterschieden: So heißt es in § 26 SGB IX:

- (2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere
1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, ...

Dagegen sieht § 15 SGB VI eine Einschränkung vor:

- (2) ... Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert ...

Ob eine Einrichtung, die sich beispielsweise auf die Rehabilitation bei chronischen nichtspezifischen Rückenschmerzen oder bei Fibromyalgiesyndrom spezialisiert hat, unter Berufung auf diesen Paragraphen einen Psychologen oder Sportwissenschaftler als Leiter einsetzen könnte, scheint zumindest diskussionswürdig.

## 2.6 Delegieren versus substituieren

Ärzte sehen wenig Schwierigkeiten, Aufgaben zu delegieren: Andere erledigen die Arbeit, aber der Arzt trägt die Verantwortung und überwacht die Ausführung. Er bestimmt daher Art und Weise der Erledigung. Anders sieht es aus beim Thema Substitution: Praktische Ausführung und Verantwortung werden auf andere Berufe übertragen. Dies wird von Ärztevertretern (Bundesärztekammer, 2008) abgelehnt. Der Deutsche Pflegerat (2006) und die Deutschen Krankenhausgesellschaft (2008) hingegen stehen der Substitution positiv gegenüber. In dieser Diskussion spielen natürlich berufspolitische Interessen und Konkurrenzängste eine Rolle. Erfahrungen und Studien, insbesondere aus dem Ausland, stützen eher die Vermutung,

dass qualifizierte Pflegekräfte bei einer Vielzahl von Aufgaben eine ähnliche Qualität erzielen wie Ärzte und dass die konkret Beteiligten – anders als ihre berufspolitischen Vertreter – sich überwiegend zufrieden mit Neuregelungen zeigen, wo sie tatsächlich eingeführt wurden.

### 3. Stand der Forschung

Einschlägige Studien, die unmittelbar die Rehabilitation betreffen, sind zwar noch nicht vorhanden, jedoch lassen sich einige begründete Vermutungen aus der wissenschaftlichen Bearbeitung anderer Bereichen ableiten. So existieren zahlreiche wissenschaftliche Studien aus der ambulanten und akuten Medizin beziehungsweise Psychotherapie.

#### 3.1 Arzt und Pflege

In einer Übersichtsarbeit zu den Diagnosen Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus, die mehr als 300 Studien und systematische Reviews einbezog, ziehen Großmann et al. (2009) ein Fazit, dass gerade für rehaspezifische Aufgaben von Bedeutung ist:

In Anbetracht der Ergebnisse nationaler und internationaler Forschungsarbeiten kann für nicht-ärztliche Heilberufe ein großes Potenzial in der Versorgung chronisch kranker Patienten konstatiert werden. Vor allem nicht-medikamentöse Interventionen wie krankheitsspezifische Schulung und Beratung der Betroffenen, Maßnahmen der Sekundärprävention sowie rehabilitative Handlungen treten hier in den Blickpunkt des Interesses. (S. 45)

Eine praktische Umsetzung der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch besonders geschulte Pflegekräfte in ländlichen Gebieten versuchte das Projekt „Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention“ (AGnES). Jeweils 27 von 42 teilnehmenden Ärzten stimmten den Aussagen sehr zu: „AGnES ist arztentlastend“ – „AGnES wirkt sich positiv auf die Compliance der Patienten aus“. 99 Prozent der Patienten empfanden „Schwester AGnES“ als kompetente Ansprechpartnerin (van den Berg et al., 2009).

Höppner (2008) erkundete die Sicht der Patienten in der ambulanten Versorgung. Von den 1454 Befragten lehnten über ein Drittel die Übertragung bislang ärztlicher Aufgaben an speziell weitergebildete Pflegekräfte oder medizinische Fachangestellte grundsätzlich ab. Sammeln Patienten jedoch tatsächlich Erfahrungen mit anderen Rollenverteilungen, wie es bereits in einigen Ländern möglich ist, schwinden diese Vorbehalte (Jakobs et al., 2002 [zitiert nach Höppner und Kuhlmeier, 2009], Caldwell et al., 2007).

Laurant et al. (2004) fanden international über 4000 Studien, die sich mit einem Vergleich von Ärzten und Pflegekräften auseinandersetzen. Allerdings erfüllen nur 16 methodische Mindestanforderungen. In ihrem Cochrane-Review kommen sie zusammenfassend zu dem Schluss:

„In primary care, it appears that appropriately trained nurses can produce as high quality care and achieve as good health outcomes for patients as doctors. However, the research available



is quite limited. Many countries have sought to shift the provision of primary care from doctors to nurses in order to reduce the demand for doctors and improve healthcare efficiency. The expectation is that nurses working as substitutes can provide as high quality care as doctors at lower cost. This review found that quality of care is similar for nurses and doctors but it is not known if it decreases the doctor's workload. Nurses tend to provide more health advice and achieve higher levels of patient satisfaction compared with doctors. Even though using nurses may save salary costs, nurses may order more tests and use other services which may decrease the cost savings of using nurses instead of doctors."

Diegeler et al. (2006) zeigen, dass Pflegekräfte, die sich als Chirurgie- oder Gefäßassistenten spezialisieren und zum Beispiel Venen entnehmen dürfen, bessere Ergebnisse bei geringeren Kosten erzielen als Assistenzärzte.

### 3.2 Arzt und Physiotherapeut

Walton et al. (2008) berichten über Erfahrungen mit 865 Patienten, die nach Gelenkersatz nicht von einem Arzt, sondern in einer von Physiotherapeuten geleiteten Ambulanz betreut wurden. Weniger als 7,5 Prozent der Patienten mussten danach noch von einem Arzt gesehen werden. Es gab keine Hinweise darauf, dass die Patienten die zuvor übliche ärztliche Betreuung vermissen. Allerdings gab es auch kaum eine Kostenersparnis, weil die Physiotherapeuten mehr Zeit darauf verwandten, die Patienten zu beraten.

Daker-White et al. (1999) verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie an 481 Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden Assessment und Behandlungsplanung durch Orthopäden („post-Fellowship junior orthopaedic surgeons“) vs. Physiotherapeuten, die sich auf orthopädische Krankheiten spezialisiert hatten. Outcome-Maße waren Schmerzen, funktionelle Beeinträchtigungen und Behinderungen, eingeschätzt durch die Patienten selbst. Nach fünfeinhalb Monaten ergaben sich in diesen Parametern keine Unterschiede. Patienten im Physiotherapeuten-Arm der Studie waren signifikant zufriedener. Die Behandlungskosten waren geringer, da Physiotherapeuten weniger Röntgenaufnahmen anforderten und weniger Operationen veranlassten (256 vs. 498 £ im Mittel pro Patient). Über geringere Kosten bei einer Selbstzuweisung zum Physiotherapeuten in Schottland berichten auch Holdsworth et al. (2007).

Eine kleine randomisierte kontrollierte Studie (Nordeman et al., 2006) an 60 Patienten mit „Low Back Pain“ verglich eine Gruppe, die zunächst einen Arzt aufsuchte, mit einer Gruppe, die sich unmittelbar, ohne ärztliche Verordnung, an den Physiotherapeuten wandte. Es ergaben sich bei Behandlungsende keine Unterschiede, nach sechs Monaten sogar leichte Vorteile in der Schmerzreduktion bei der Gruppe mit direktem Zugang.

Eine Evaluation des „direct Access“ in Schweden lieferte Leinich (2007) in seiner Monographie. Anhand einer Literaturübersicht, Experteninterviews und Messung der Patientenzufriedenheit kommt er zu ganz überwiegend positiven Ergebnissen.

Gegner des direkten Zugangs von Patienten zu Physiotherapeuten führen an, dass Physiotherapeuten Warnzeichen für ernsthafte Erkrankungen („red Flags“) übersehen könnten. Jette et al. (2006) entwickelten 12 hypothetische Fallvignetten und legten sie knapp 400 Physiotherapeuten mit der Frage vor, ob sie im jeweiligen Fall vor Beginn der Behandlung einen Arzt konsultieren würden oder nicht. Die Physiotherapeuten trafen für verschiedene Konstellationen etwa zu 80 bis 90 Prozent richtige Entscheidungen. Auf orthopädische Krankheiten spezialisierte Therapeuten schnitten besonders gut ab.

### 3.3 Laien

Selbst Laien können ersatzweise oder zusätzlich wirksame und kostengünstige Leistungen zur Verbesserung zahlreicher Outcomes beitragen. Dies zeigen die Ergebnisse zu Selbsthilfegruppen (Übersicht zum Beispiel bei Kyrouz et al., 2002; Borgetto und von dem Knesebeck, 2009) oder zur Durchführung von Patientenschulungen (Cochrane Review von Foster et al., 2007). Bei Vergleichen von expertengeleiteten vs. laiengeleiteten Schulungen in der Rheumatologie fanden Cohen et al. (1986) und Lorig et al. (1986) keine Unterschiede in den Outcomes, ebenso wenig wie Taal et al. (1997).

Viele Studien existieren zum Thema Psychotherapie durch Laien oder so genannte *Paraprofessionals*. Hierunter werden in der internationalen Literatur meist Personen verstanden, die psychologisch hilfreiche Interventionen durchführen, ohne Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter oder Pflegekräfte zu sein, mit Abschlüssen unterhalb des Masters. Es kann sich auch um erfahrene Patienten oder Studenten handeln. Sie haben oft ein gewisses Maß an Training und Supervision. Schon in den Achtzigerjahren existierten über 40 Studien, die zeigten, dass dieser Personenkreis gleich gute, gelegentlich sogar bessere Ergebnisse als professionelle Psychotherapeuten erzielte. Ausbildung, Training und Erfahrung erklären kaum die Varianz der Ergebnismaße (Durlak, 1979; Gunzelmann et al., 1987; Hattie et al., 1984; Berman und Norton, 1985). Reviews aus neuerer Zeit belegen, dass sich daran nichts geändert hat (Cochrane Review von Boer et al., 2005) und die Ergebnisse auch für kognitive Verhaltenstherapie gelten (Montgomery et al., 2010).

Die Studien aus dem Bereich der Psychotherapie zeigen exemplarisch, dass Vieles, was als allgemein akzeptiertes Wissen daherkommt, so sicher doch nicht ist. Sie sind eine Einladung, überkommenes Denken in Frage zu stellen. Hier einige weitere Beispiele:

Manche Psychotherapeuten machen geltend, dass den Laien ein zentrales Element ihrer Ausbildung fehle: die Selbsterfahrung oder Eigentherapie. Diese nimmt, je nach Therapie- richtung, über einhundert Stunden bis zu mehreren Jahren in Anspruch. Notwendigkeit und Nutzen werden von teilnehmenden Therapeuten als sehr hoch eingeschätzt. Dem ist entgegenzuhalten: Studien konnten nicht belegen, dass sich eine Eigentherapie positiv auf die Effekte der therapeutischen Arbeit auswirkt (Beutler et al., 1994; Binder, 1993; Laireiter,

2000, S. 89-233). Im Gegenteil: Manche Befunde sprechen dafür, dass Therapeuten *ohne* eigene Therapie bessere Ergebnisse erzielen (Wheeler, 1991; Übersicht bei Everts, 1990 [nach Lange, 1994]). – Ein anderer Einwand bezieht sich auf die Befürchtung, dass Laien sich nicht an die modernen, manualisierten Therapieformen halten könnten. Wenn es so ist, scheint es keine negativen Auswirkungen zu haben. Shadish et al. (2000) zeigten in einer Meta-Analyse an neunzig Studien, dass manualisierte und nichtmanualisierte Therapien gleich wirksam sind. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Duncan und Miller (2006). Nach den Daten mancher Autoren schneiden manualisierte Therapieformen sogar schlechter ab (Emmelkamp et al., 1994; Lambert und Ogles, 2004). – Supervision – vielleicht ein weiterer Mythos – hilft zwar den Therapeuten, mit den spezifischen psychischen Belastungen umzugehen, die ihre Arbeit mit sich bringt. Ihre Bedeutung für den Therapieerfolg ist jedoch völlig unklar, es existieren keine nennenswerten Studien. – Klinische Urteile von Psychologen und Psychotherapeuten erwiesen sich in einer Übersicht über mehr als 130 Studien (Grove et al., 2000) als weniger zutreffend als mechanisch gefundene Beurteilungen (Algorithmen, Checklisten, Computerprogramme). – Insgesamt: Etliche Menschen haben offensichtlich die Fähigkeit, anderen in psychisch schwierigen Situationen zu helfen, eine formale Ausbildung scheint nicht viel dazu beizutragen.

#### 4. Hypothese

Personell tragen in den orthopädischen Reha-Kliniken Ärzte und Physiotherapeuten die Hauptlast. Sportlehrer, Pädagogen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Psychologen bringen von ihrer Ausbildung her jedoch Kenntnisse und Fähigkeiten mit, mit denen sie eigentlich ein größeres Aufgabenspektrum übernehmen könnten als bisher üblich. Vermutlich besteht auch für Pflegedienstmitarbeiter und Arzthelfer ein bisher ungenütztes Einsatzpotential. Eine Verlagerung von Aufgaben auf andere Berufe könnte zu einer Ressourcen schonenden Entlastung der Ärzte, aber vielleicht auch zu einer besseren Qualität der Rehabilitation führen – und das vielleicht noch zu geringeren (oder jedenfalls nicht höheren) Kosten. Erfahrungen und Studien aus dem ambulanten und akuten Bereich zeigen gemischte Ergebnisse. Während die Zufriedenheit der Patienten steigt<sup>6</sup> und manche Outcomes sich verbessern, scheinen die Kosten gleich zu bleiben und die Arztentlastung fraglich zu sein. Für die Reha existieren noch keine systematischen Untersuchungen.

Aus den bisherigen Überlegungen leiten wir folgende Hypothese ab: In der medizinischen Rehabilitation sind die Aufgaben mehr nach traditionellen als nach rationalen, bedarfsgerechten und berufsgruppenspezifischen Gesichtspunkten auf die verschiedenen Teammitglieder verteilt. Andere Rollenverteilungen sind rational begründbar. Sie würden von der Mehrheit der Kliniker und Rehabilitanden akzeptiert und gewünscht.

---

<sup>6</sup> Ein Befund, der der häufig geäußerten Vermutung einer „Arztfixiertheit“ der Patienten widerspricht.

## 5. Methode: Übersicht

Die Fragestellung wurde in einer multizentrischen, explorativen Feldstudie untersucht. Im Zentrum standen eine Bestandsaufnahme definierter Aufgaben in einer Rehaklinik, die qualitative Erfassung gegebener Rollenverteilungen, die Reflexion der aktuellen Kliniksituation mit verschiedenen Experten- und Rehabilitandengruppen sowie die gemeinsame Ausarbeitung von Optimierungsvorschlägen. Die Erhebungen erfolgten in acht Rehakliniken Schleswig-Holsteins und Niedersachsens. Die Auswahl der Kliniken erfolgte zum einen aus pragmatischen Gründen: Es wurden die Kliniken ausgewählt, die seit längerer Zeit, u. a. in Klinikverbänden mit den Autoren zusammenarbeiten (Verbund Norddeutscher Reha-Kliniken, Qualitätsgemeinschaft Rehabilitation). Einbezogen wurden Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen, sie stellen nach wie vor die häufigste somatische Indikation für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme dar.

## 6. Aufgaben und Ziele der Rehabilitation

Welche Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation regelmäßig anfallen, ist in detaillierter Form relativ klar von autorisierter Seite beschrieben: in den Rahmenkonzepten der Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation und zur Nachsorge, in den Konzepten der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) zu verschiedenen Indikationen, in den Therapiestandards der DRV-Bund und der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). In allgemeinerer Form gehen die Aufgaben aus Gesetzestexten, Publikationen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder Gemeinsamen Erklärungen der gesetzlichen Krankenversicherung hervor. Eine Liste der wichtigsten Dokumente findet sich im Anhang, S. 76.

Eine Analyse dieser Texte zeigte zahlreiche inhaltliche Überschneidungen mit unterschiedlichen Nuancierungen, aber ohne relevante widersprüchliche Aussagen was die Aufgaben und Ziele der Rehabilitation betrifft. Allerdings findet man nur selten eine explizite Zuordnung zu den Berufsgruppen. Nur eine Publikation macht hier eine Ausnahme: Das *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung* (Deutsche Rentenversicherung, 2009). Die wesentlichen Punkte werden im Folgenden zusammengefasst.

### 6.1 Aufgabenverteilung im Rahmenkonzept

Das Rahmenkonzept unterscheidet in Anlehnung an den gesetzlichen Auftrag (§ 26, SGB IX) zwölf wesentliche Aufgaben der Rehabilitation (siehe Anhang, Seite 77). Die ersten vier sind eher medizinischer Natur: Diagnostik in den verschiedenen ICF-Domänen, Erstellen eines Rehaplanes, Therapien durchführen, Kompensationsstrategien verfolgen und Kontextfaktoren bearbeiten. Die nächsten fünf Aufgaben sind edukativer und psychologischer Art: Informationen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten geben, eine angemessene Einstel-

lung zur Krankheit fördern, Selbstmanagement, Verhaltensmodifikation, Beratung von Bezugspersonen. Es folgen die sozialmedizinische Beurteilung, die Sozialberatung und die Einleitung der Nachsorge.

Nr.	Aufgabe: Diagnostik, Assessments	Berufsgruppe	Seite
1	Diagnostik der Erkrankung	k. A.	29
2	Diagnostik der Schädigungen	k. A.	30
3	Aktivitätsdiagnostik, Leistungsdiagnostik	k. A.	30
4	Diagnostik psychischer Belastungen	k. A.	30
5	Indikationsstellung, Durchführung und Auswertung der Rehabilitationsdiagnostik	Arzt	33
6	Durchführung von Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen	Arzt	33
7	Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (dem Arzt assistieren)	Pflege	33
8	Erfassen der Kontextfaktoren	Arzt	31
9	Anamnese	Arzt	31
10	Krankheitsfolgen, Krankheitsverarbeitung, Gesundheitsverhalten, Motivation, Erwartungshaltung, Suchtverhalten, Ernährungsgewohnheiten, psychische Belastungen, soziale Lebensumstände	k. A.	31
11	subjektives Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Erwartungen hinsichtlich der Aufgaben und Inhalte der Rehabilitation	k. A.	32
12	Zusammenfassung der diagnostischen Informationen	Arzt, Behandlungsteam	30

Tabelle 1: Aufgaben aus dem Bereich Diagnostik und Assessments im Rahmenkonzept der Rentenversicherung. – k. A.: Das Rahmenkonzept macht keine Angabe, welche Berufsgruppe diese Aufgabe bearbeiten soll.

Wem diese Aufgaben obliegen, wird zunächst nicht benannt. In verschiedenen weiteren Abschnitten des Rahmenkonzeptes werden die Aufgaben genauer beschrieben und auch Berufsgruppen zugeordnet, allerdings lückenhaft. Wir geben dies in Tabellenform abgekürzt wieder (Tabellen 1 bis 4). Dabei lassen wir triviale Beziehungen aus (etwa dass Physiotherapeuten die Physiotherapie durchführen, Ergotherapeuten die Ergotherapie und so weiter).

Aus der Tabelle 1 ist zu ersehen, dass entweder gar keine Zuständigkeit oder Ärzte benannt werden, einmal taucht auch die Pflege auf, aber nicht mit einer eigenständigen Tätigkeit, sondern als Arztassistent. Trotzdem sollen wohl andere Berufsgruppen beteiligt werden, sonst ergäbe die Nennung des Behandlungsteams bei der Zusammenfassung der diagnostischen Information (12) keinen Sinn. Es bleibt unklar, was fehlende Zuordnungen bedeuten: Lässt das Rahmenkonzept hier Freiheit, oder ist die Zuordnung so selbstverständlich, dass keine explizite Nennung nötig erschien?

Nr.	Aufgabe: Ziel und Plan	Berufsgruppe	Seite
1	Rehaziele, Therapieziele festlegen	Rehateam und Rehabilitand	31
2	Rehaplan, Therapieplan (inklusive Anregungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; Beratung bei der Auswahl von Hilfsmitteln, bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung, bei einer notwendigen Wohnungsumgestaltung; Kontakt zu geeigneten Selbsthilfegruppen herstellen)	Arzt, Beteiligung Rehateam	32 33
3	Erstellung und Anpassung des Rehabilitationsplans	Arzt	33

Tabelle 2: Aufgaben aus dem Bereich Rehaziel und Rehaplan im Rahmenkonzept der Rentenversicherung.

Die Aufgaben aus Tabelle 2 beschäftigen sich mit den übergeordneten Reha- und den detaillierteren Therapiezielen sowie dem daraus abgeleiteten Reha- und Therapieplan. Auch hierbei wird außer dem Arzt keine Berufsgruppe explizit benannt. Eine Beteiligung des Reha-teams wird an einer Stelle gefordert, an einer anderen Stelle (S. 33) dann wieder nicht.

Eine Vielzahl von Aufgaben fällt im weiteren *Verlauf* der Rehabilitation an, wiederum vor allem für den Arzt (Tabelle 3). Ferner wird hier die Pflege genannt, der neben den üblichen Organisations-, Koordinations- und Dokumentationsarbeiten einige rehatypische Aufgaben zugewiesen werden, etwa die Besprechung gesundheitsrelevanter Kontextfaktoren. Außerdem erhalten Physiotherapeuten die Anregung, ein Entspannungstraining, häufig eine Domäne der Psychologen, in die Physiotherapie zu integrieren. Zum ersten und einzigen Mal wird auch leitenden Ärzten eine Aufgabe neben ihrer Leitungsfunktion angetragen, nämlich die praktische Mitwirkung in der Gesundheitsberatung.

Nr.	Aufgaben im Rehaveverlauf	Berufsgruppe	Seite
1	Fortsetzung, Überprüfung und Modifikation der gesamten Behandlungsmaßnahmen.	Arzt	33
2	Einleitung und Verlaufskontrolle der medikamentösen Therapie	Arzt	33
3	Indikationsstellung psychologische Betreuung	Arzt	33, 38
4	Rehateam koordinieren, Rehateam leiten	Arzt	26, 32
5	Durchführung von regelmäßigen patientenbezogenen Teambesprechungen (mindestens 1 mal pro Woche.)	Arzt	33
6	Zwischenuntersuchungen	Arzt, alle	41
7	Koordination und Anpassung, Überwachung und Evaluation der Therapiemaßnahmen	Arzt	33
8	Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten und Ärztinnen, konsiliarärztlichen Diensten,	Arzt	33
9	Gezielte Beobachtung in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens	Pflege	33
10	Kontextfaktoren ansprechen	Pflege	33
11	Motivierung und Unterstützung der Rehabilitanden im Umgang mit ihrer Erkrankung	Pflege	33
12	Organisation, Koordination und Dokumentation des gesamten Behandlungsablaufs	Pflege	33
13	Integration von Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation) in Elemente der Physiotherapie und physikalischen Therapie.	Physiotherapeut	35
14	Zur Nachsorge motivieren	k. A.	49
15	Gesundheitsberatung	Team leitende Ärzte	37

Tabelle 3: Aufgaben im Rehaveverlauf. Aus dem Rahmenkonzept der Rentenversicherung.

Auch die abschließenden Arbeiten in der Rehabilitation sind dem Arzt vorbehalten, wie Tabelle 4 zeigt.

Nr.	Aufgaben am Ende der Reha	Berufsgruppe	Seite
1	Entlassungsbericht. Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit in Beruf und Privatleben, psychosoziale Situation, Pflegebedürftigkeit, Krankheitsverarbeitung, Lebensstil einschließlich Risikofaktorenkonstellation und Motivation zur Lebensstiländerung, Empfehlungen für weiterführende Leistungen, zur psychosozialen Betreuung	k. A.	41
2	Entlassungsbericht schreiben	Arzt	33
3	sozialmedizinische Beurteilung	Arzt	33
4	Hinweisen für weiterführende Maßnahmen im Rahmen der Nachsorge	Arzt	33

Tabelle 4: Aufgaben am Ende der Rehabilitation und ihre Zuordnung zu Berufsgruppen im Rahmenkonzept der Rentenversicherung

## 6.2 Kritische Würdigung

In der medizinischen Rehabilitation wird dem Arzt eine dominierende Rolle zugewiesen. Die übrigen Berufsgruppen<sup>7</sup> sollen überwiegend Tätigkeiten ausüben, für die sie im engeren Sinne ausgebildet sind: Physiotherapeuten machen Physiotherapie, Ergotherapeuten machen Ergotherapie, Sozialarbeiter machen Sozialarbeit und so weiter. Dem Arzt wird mehr zuge-  
traut. Neben den Aufgaben, auf die ein Medizinstudium vorbereitet, übernimmt er alle nicht-therapeutischen Arbeiten, die anfallen, und natürlich auch die Leitung des Teams. Eine Begründung dafür wird im Rahmenkonzept nicht gegeben. Man hat den Eindruck, sie wird gar nicht für nötig gehalten – als sei diese Aufgabenverteilung gleichsam natürlich und bedürfe keiner kritischen Reflexion.

Manches wurde wohl einfach aus dem Akutbereich übernommen. Beispiel Anamnese: in der Akutmedizin unabweisbar wichtig für die Diagnosestellung. In der MSK-Reha dagegen steht die Diagnose (ICD) in der Regel schon fest, es geht mehr um eine Leistungsdiagnostik (ICF) und die Anamnese ist vor allem Sozial- und Berufsanamnese – beides, wie wir noch sehen werden, trauen sich mit Recht auch andere Berufsgruppen zu. – Oder nehmen wir das Beispiel *Indikation zur Psychotherapie*: Spätestens seit 1999, als Psychologen mit entsprechender Ausbildung das Recht zugesprochen bekamen, eigenständig Krankenbehandlung in Form von Psychotherapie durchzuführen, ist schwer einzusehen, dass dennoch ein Arzt (in der orthopädischen Reha oft ohne jede diesbezügliche Ausbildung) die Indikation stellen soll (Rahmenkonzept, Seite 33).

## 7. Vorschläge für Aufgabenumverteilungen suchen

Im nächsten Schritt erkundeten wir, welche Ansätze zu einer Aufgabenumverteilung die praktisch tätigen Mitarbeiter in den Kliniken sehen. Dazu befragten wir in einem leitfadenge-  
stützten Interview 50 Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen (14 Ärzte, 5 Pflegekräfte, 5 Physiotherapeuten, 5 Psychologen, 4 Sozialarbeiter, 4 Sportlehrer, 2 Ergotherapeuten, 2 Diätassistentinnen, 2 Bademeister/Masseure, 2 Arzthelferinnen, 1 Medizinisch-technische Röntgenassistentin, 4 Stationssekretärinnen/ Schreibkräfte) aus den teilnehmenden Kliniken.

Die Interviewpartner waren von den Kliniken ausgesucht worden und nahmen freiwillig teil. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 45 Minuten. Für die verschiedenen Aufgaben, die während einer stationären Rehabilitation zu erledigen sind, wurde anhand eines Interviewleitfadens ermittelt, ob der Interviewpartner für diese Aufgabe zuständig ist und wenn ja, ob er die Aufgabe auch anderen Berufsgruppen zutraut und ob er sie in diesem Fall gern delegieren würde, und wenn nein, ob er seiner eigenen Berufsgruppe die in Frage stehende Aufga-

---

<sup>7</sup> Sie werden oft bezeichnenderweise „nicht-ärztliche Mitarbeiter“ genannt – Mitarbeiter, die durch das Fehlen eines Merkmals definiert werden. Empfindliche Ohren könnten hier eine Abstufung der Wertschätzung mitschwingen hören.

be zutraut und eine Delegation für sinnvoll hält. Der Interviewleitfaden ist in Anhang 13.3, Seite 79f dokumentiert. Er enthielt im Wesentlichen sinngemäß und detailliert die im vorigen Abschnitt gefundenen Aufgaben.

Weitere Aufschlüsse erwarteten wir von den Stellungnahmen der Berufsverbände, die der Sachverständigenrat auf seiner Homepage veröffentlicht hat ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)).

## 7.1 Die Interviews

Im Großen und Ganzen ergab sich folgendes Bild: Die Aufgabegebiete waren in den Kliniken für verschiedene Berufsgruppen unterschiedlich klar definiert. Recht einheitlich umschriebene Aufgaben hatten die Therapeuten, Berater und Assistenzberufe (zum Beispiel Röntgenassistentin, Stationssekretärin), die größten Unterschiede zwischen den Kliniken ergaben sich in der Verteilung der Aufgaben zwischen Ärzten und Pflegedienstmitarbeitern, die teilweise sogar innerhalb derselben Klinik von Station zu Station unterschiedlich geregelt war. Die „Verrichtung von Aufgaben, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen“ (Sachverständigenrat) wird vor allem von Ärzten beklagt, in geringerem Umfang auch von Mitarbeitern der Pflege. Diese ungeliebten Aufgaben wollten sie gern der jeweils anderen Gruppe übergeben oder an Hilfskräfte delegieren.

Andererseits assoziierten manche Ärzte mit einer Aufgabenneuverteilung eine schwindende Bedeutung ihrer Rolle, einige sorgten sich um mangelnde Akzeptanz einer Neuordnung bei den Rehabilitanden oder fürchteten, dass die Befreiung von bürokratischen Aufgaben letztlich dazu führe, dass sie mehr Patienten versorgen müssten

Therapeuten, Berater (Sozialarbeiter, Psychologen) und Angehörige der Assistenzberufe machten sich spontan wenig Gedanken zu dem Thema. Sie hatten auch kaum Wünsche, weitere Aufgaben zu übernehmen oder bisher ausgeübte Tätigkeiten zu delegieren. Die Aufgabenverteilung erschien ihnen weitgehend unproblematisch. Sie dachten eher abteilungsbezogen und nahmen wenig Bezug auf die Rehadiskussion der Fachöffentlichkeit. Im Bereich der Therapie gab es vereinzelt das Prinzip, dass die Aufgaben nach Kompetenz und nicht nach Beruf verteilt sind (Beispiel: ein Bademeister mit Zusatzausbildung leitet das Nordic Walking).

Ein Diplomsportlehrer monierte, dass er und seine Berufskollegen, auch in anderen Kliniken, überwiegend nur in der medizinischen Trainingstherapie (Kraftausdauertraining an Geräten) eingesetzt würden. Damit blieben viele Kompetenzen, die sie in ihrer akademischen Ausbildung erworben hätten, ungenutzt, etwa die Fähigkeit zu konzeptioneller und wissenschaftlicher Arbeit oder die gerade in der modernen Reha gewünschte pädagogische Haltung.

Manche Psychologen argumentierten, dass die Einigung mit den Rehabilitanden auf Rehazielen, die Auswahl von geeigneten Gesundheitsbildungsprogrammen, die Erhebung von



Informationsstand und subjektiver Krankheitstheorie vor allem kommunikative Kompetenzen erforderten, die sie für sich reklamierten.

Von verschiedenen Berufsgruppen wurde vereinzelt geäußert: Einige Aufgaben könnten – im Sinne der vom Sachverständigenrat so genannten *Poolkompetenz* (S. 25) – von Vertretern mehrerer Berufsgruppen erfüllt werden. Beispielsweise könnten Rehateamsitzungen unabhängig von der Berufszugehörigkeit von dem Teammitglied geleitet werden, das über eine Ausbildung im Moderieren von Gruppen verfügt.

## 7.2 Die Stellungnahmen der Berufsverbände

Der Sachverständigenrat bat 2006 eine Reihe von Berufsverbänden um Stellungnahmen zu drei Fragen:

1. Mit welchen Weichenstellungen für die Professionsentwicklung reagiert Ihr Verband auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen?
2. Welche Maßnahmen sollten nach Auffassung Ihres Berufsverbandes ergriffen werden, um personelle Engpässe in Ihrer Gesundheitsprofession auszugleichen?
  - a) Sollte sich die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen verändern, um z. B. einer personellen Unterversorgung zu begegnen und/oder eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen (z. B. durch Delegation ärztlicher Tätigkeit an Pflegekräfte oder Arzthelfer, Übergabe von Service-Aufgaben im Bereich der Pflege an andere Berufsgruppen)?
  - b) Welche Bedeutung kommen Ihrer Meinung nach multiprofessionellen Teams zu und in welchen Bereichen werden bzw. sollten diese eingesetzt werden? Welche Rolle sehen Sie darin für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?
  - c) Welche neuen Rollen sehen Sie dabei für die von Ihnen vertretene Berufsgruppe?
  - d) Welche Rahmenbedingungen (auch rechtliche) sind notwendig, um diese Zusammenarbeit zu erleichtern?
3. In verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zeichnen sich Probleme im Zusammenhang mit einer weder effektiven noch effizienten Verteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen ab. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband im Zusammenhang mit Neuzuschnitten von Tätigkeitsfeldern bestimmter Heilberufe (z.B. Pflegepraxen, Gemeindeschwestern, Anästhesieassistenten). Ist ein Neuzuschnitt aus Ihrer Sicht notwendig und erstrebenswert und wie begründen Sie dies?

Zwar betrifft keine dieser Fragen und keine der Stellungnahmen explizit die Rehabilitation. Trotzdem lassen sich gewisse Rückschlüsse ziehen. Wir referieren entsprechende Stellen aus den Antworten der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, des Deutschen Pflegerats, des „Deutscher Verbands für Physiotherapie, Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten“ und des „Bundesverbands selbständiger Physiotherapeuten (IFK)“, der Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen und des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten.

### 7.2.1 Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer betont in ihrer Stellungnahme „... die Gegebenheiten des historisch gewachsenen und gesellschaftlich akzeptierten deutschen Versorgungssystems ...“ (S. 1) sollen ausreichend berücksichtigt werden. Vordringlich sei vor allem „eine deutliche Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in Krankenhaus und Niederlassung durch die Politik“ (S. 2), es wird gefordert: „Der Arzt ist und muss der Case-Manager der Patientinnen und Patienten bleiben.“ (S. 3) Der Arzt sei „... am besten geeignet, die Patienten umfassend und kontinuierlich zu begleiten und die Behandlung zu koordinieren“ (S. 3), einiges mehr könne aber an Medizinische Fachangestellte delegiert werden. Eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten, also eine Übertragung der Verantwortung, wird abgelehnt: „Die Anbindung von pflegerischen Tätigkeiten an die ärztliche Verordnung im Rahmen medizinischer Behandlung sollte unbedingt erhalten bleiben.“ (S. 4) – Bei der Interpretation der Ergebnisse des Cochrane-Reviews (Laurant et al.; 2004) zum Thema Substitution kommt die Bundesärztekammer in Bezug auf die Patientenzufriedenheit aus nicht erläuterten Gründen zu einem negativeren Urteil als die Reviewer selbst.

Insgesamt: Delegation ja, Substitution nein. Damit wirkt die Stellungnahme konservativ und defensiv. Die Ärztekammer sieht hinter den diskutierten Innovationen vor allem „berufspolitische Wunschvorstellungen verschiedener Berufsgruppen“ (S. 5), die sie abwehren möchte<sup>8</sup>.

### 7.2.2 Bundespsychotherapeutenkammer

Die Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten geht in ihrer umfangreichen Stellungnahme ganz überwiegend auf die Verhältnisse im ambulanten/akuten Bereich ein. Für die Rehabilitation lassen sich nur wenige Gesichtspunkte ableiten. Wie zu erwarten, monieren die Psychologen, die im Vergleich zu Ärzten die größeren Beiträge sowohl in der Therapieforschung wie in der psychotherapeutischen Versorgung geleistet haben, dass sie Ärzten nicht völlig gleichgestellt sind. Man kann daraus schließen, dass in der Reha eine Indikationsstellung für psychologische Betreuung durch den Reha-Arzt (s. Tabelle 3) abgelehnt würde. Außerdem setzen sie sich ein für die Einführung von Pflegekräften als so genannte Mental Health Nurses zur Behandlung (!) und Betreuung von Patienten mit chronischen psychischen Störungen. Hier nimmt die Kammer auch Bezug auf eine rehatypische Leistung:

Die spezifisch qualifizierten Pflegekräfte könnten wichtige Case-Management-Funktionen übernehmen und aufsuchende Hilfen leisten, wie sie bislang für diese Patientengruppen nur unzureichend verfügbar sind. Neben dem Screening von Risikokonstellationen und Frühsymptomen, der Unterstützung der Therapieadhärenz sowie der Zuweisung zu weiteren medizinischen Hilfen, könnte auch die Beratung und die Koordination von *Leistungen zur Verbesserung der Teilhabe* [Hervorhebung von JH] in das Tätigkeitsspektrum eines solchen neuen Heilberufs fallen. (S. 38)

---

<sup>8</sup> Natürlich im Interesse von „Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit, Berufszufriedenheit und Wirtschaftlichkeit“ (S. 6)

### 7.2.3 Deutscher Pflegerat

Der Pflegerat verweist auf die zunehmend höheren Qualifikationen, die mit Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepädagogik im Pflegebereich möglich sind, und berichtet von 50 einschlägigen Studiengängen an Universitäten und Fachhochschulen. Er fordert eine grundsätzliche Ausbildung aller Pflegenden an Universitäten, wie sie in der EU in fast allen Ländern üblich ist. Die zunehmende Akademisierung ermögliche es, mehr Verantwortung als bisher zu übernehmen. Angestrebt wird nicht nur die Delegation ärztlicher Leistungen, sondern auch die Substitution (in der Terminologie des Pflegerates: Allokation). In der *Advanced Nursing Practice* arbeiten akademisch ausgebildete Pflegekräfte direkt mit den „Klienten“. Der Pflegerat nennt viele Beispiele, darunter für die Rehabilitation relevant: Versorgungsangebote für definierte Patientengruppen, z. B. Schmerz, Diabetes mellitus, Beratung und Training, Gesundheitsförderung und Prävention (S. 5). Auch der vom Sachverständigenrat in die Diskussion gebrachte Gedanke des Kompetenzpools findet sich beim Pflegerat wieder:

Es ist zu prüfen, welche Gesundheitsprofession welche Leistungen am sinnvollsten erbringen kann. Diese Bewertung kann in unterschiedlichen Kontexten ... unterschiedlich ausfallen. (S. 7)

### 7.2.4 Berufsverbände der Physiotherapeuten

Der interessanteste Punkt findet sich in dem Positionspapier des Bundesverbands selbständiger Physiotherapeuten. Gefordert wird dort der „direct Access“ der Patienten und die Rolle des Physiotherapeuten als „First-Contact-Practitioner“ – ein Therapeut, der ohne ärztliche Verordnung tätig wird. Voraussetzung dafür sei eine Ausbildung, wie sie im Grunde heute schon gegeben sei und mit der fortschreitenden Akademisierung weiter gesichert würde. Argumentiert wird mit einem schnelleren Behandlungsbeginn, der zu besseren Behandlungsergebnissen führe. Außerdem werden ökonomische Gründe angeführt. Der „direct Access“ zu einer physiotherapeutischen Behandlung ist nach Angaben der Europäischen Region der World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT) 2005 in fünfzehn europäischen Ländern verwirklicht, darunter sind die skandinavischen Länder, die Niederlande, das Vereinigte Königreich und Frankreich.<sup>9</sup> Weltweit kennen zum Beispiel Australien und Staaten der USA diese Regelung. Auch wenn eine ärztliche Überweisung nötig ist, sind die Physiotherapeuten in den meisten europäischen Mitgliedsorganisationen der ER-WCPT frei in der Wahl ihrer Intervention. Dies gibt auch der deutsche Verband an.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> [www.physio-europe.org/download.php?document=100&downloadarea=7](http://www.physio-europe.org/download.php?document=100&downloadarea=7). S. 13. Letzter Zugriff am 4.12.2010.

<sup>10</sup> <http://www.physio-europe.org/download.php?document=100&downloadarea=7>, S. 15. Letzter Zugriff am 4.12.2010.

Die Haltung des deutschen Berufsverbandes entspricht der offiziellen Position der World Confederation for Physical Therapy (WCPT)<sup>11</sup>, des Weltverbandes der Physiotherapeuten. Auch der amerikanische Verband formuliert auf seiner Website eine Vision 2020:

By 2020, physical therapy will be provided by physical therapists who are doctors of physical therapy, recognized by consumers and other health care professionals as the practitioners of choice to whom consumers have direct access for the diagnosis of, interventions for, and prevention of impairments, functional limitations, and disabilities related to movement, function, and health.<sup>12</sup>

Einige Studie, die den „direct Access“ stützen, haben wir bereits im Abschnitt Stand der Forschung (S. 15) aufgeführt. Die weltweit erhobenen Forderungen, die in vielen Ländern gängige Praxis und einige wissenschaftliche Untersuchungen ermutigen zu prüfen, ob den Physiotherapeuten in der Rehabilitation nicht eine wichtigere, eigenständigere Rolle zukommen könnte.

### 7.2.5 Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Die Stellungnahme der Sozialarbeiter ist für unsere Fragestellung nicht sehr ergiebig. So fordern sie zwar eine „stärkere Einbindung der sozialarbeiterischen Kompetenz auch auf (struktureller) Entscheidungsebene“ (S. 4), führen aber nicht aus, was im Detail darunter zu verstehen wäre. Ferner reklamieren sie – wie eigentlich alle Berufsgruppen – die Fähigkeit zum Casemanagement für sich. Sie befürchten für den Neuzuschnitt vor allem die Schaffung neuer Schnittstellen und bewerten das als kontraproduktiv (S. 4). Stattdessen befürworten sie „Abstimmung der Aufgabenverteilung je nach spezifischer Kompetenz und damit *multi-professionelles Handeln* [Hervorhebung im Original]“ (S. 4) – was man im Sinne der Poolkompetenzen des Sachverständigenrates interpretieren könnte.

### 7.2.6 Deutscher Verband der Ergotherapeuten

Anknüpfungspunkte zur Rehabilitation ergeben sich in der Stellungnahme dort, wo die Ergotherapeuten sich als Spezialisten für Teilhabeprobleme beschreiben. Wenn es um Teilhabe geht, „... sollten ... Ergotherapeuten vermehrt als Case Manager bzw. Koordinatoren eingesetzt werden. Ergotherapeuten sind speziell dafür ausgebildet, die Handlungsfähigkeit und Leistungen im Alltag zu beurteilen ...“ (S. 4) Von diesem, relativ bescheidenen, Wunsch abgesehen, scheinen Ergotherapeuten sich zurzeit eher dafür einzusetzen, dass sie überhaupt angemessen zum Einsatz kommen:

Die Ergotherapie bedarf ... weniger einer neuen Rolle als der Möglichkeit, die spezifischen Kompetenzen in der Kuration, Rehabilitation und Prävention angemessen einsetzen zu dürfen. (S. 5)

<sup>11</sup> [www.wcpt.org/node/29028](http://www.wcpt.org/node/29028). Letzter Zugriff am 4.12.2010.

<sup>12</sup> [www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=Vision\\_20201&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=285&ContentID=32061](http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=Vision_20201&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=285&ContentID=32061). Letzter Zugriff am 4.12.2010.

Für den ergotherapeutischen Bereich besteht hier zurzeit kein zentraler Handlungsbedarf, wenn die grundsätzlich bestehenden Möglichkeiten der Ergotherapie angemessen benutzt werden.  
(S. 6)

Immerhin könnten Ergotherapeuten in der Rehabilitation es sich zutrauen, bei der Erstellung der Leistungsbildes bei der sozialmedizinischen Beurteilung ein größeres Gewicht zu erhalten.

### 7.3 Fünfzehn Vorschläge

Die Aufgabenbeschreibungen durch die DRV Bund, die Formulierungen des Sachverständigenrats, die Ergebnisse empirischer Studien, die Interviews der Kliniker und die Stellungnahmen der Berufsverbände geben insgesamt zahlreiche Anregungen für eine Neuverteilung der Aufgaben. Wir haben daraus pragmatisch fünfzehn Vorschläge entwickelt. Inhaltlich sind die Vorschläge vielgestaltig. Sie betreffen die Einführung einer so genannten Reha-Assistentin für Organisations-, Dokumentations- und Informationsaufgaben; die Einschätzung der Leistungsfähigkeit, die eigenständige Ausgestaltung der Bewegungstherapie und die Durchführung des Entspannungstrainings durch Physiotherapeuten oder Diplomsportlehrer; die Erfassung der subjektiven Sicht des Rehabilitanden einschließlich seiner Reha-Ziele sowie die Moderation des Rehateams durch Psychologen; psychologische Beratung durch ein vom Rehabilitanden gewähltes Teammitglied; Bildung eines festen interprofessionell besetzten Schulungsteams unter Beteiligung hochrangiger Mitarbeiter, z. B. Chefärzte, für Information, Motivation und Schulung. Eine detaillierte Beschreibung der Vorschläge folgt im nächsten Abschnitt.

## 8. Prüfung der Vorschläge auf Akzeptanz bei Klinikern

Was sagen die Kliniker zu unseren Vorschlägen? Es folgen einige methodische Hinweise, die detaillierte Beschreibung der Vorschläge sowie die Analyse der Antworten.

### 8.1 Methode

#### 8.1.1 Der Fragebogen

Die Entwicklung eines geeigneten Fragebogens gestaltete sich schwierig. Das übliche Format – ein kurzes Statement, dem der Proband abgestuft zustimmen kann – erwies sich als untauglich. Solche Items lösten in Vorversuchen viele Fragen der Teilnehmer aus. Sie wollten mehr Details wissen: Wie wir auf einen Vorschlag gekommen seien, ob wir dieses und jenes dabei bedacht hätten, wie sich diese Aufgabe in den ganzen Rehaprozess einordne. Ohne die Rahmenbedingungen zu kennen, in denen ein bestimmter Vorschlag sich bewegte, fiel es ihnen schwer, sich zu einem Urteil zu entschließen.

Beispiel: „Bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit soll der Physiotherapeut/Sportwissenschaftler in der Regel das entscheidende Urteil fällen.“ Dieses Item war erst beurteilbar, nachdem erklärt wurde, dass es sich um denselben Physiotherapeuten handelt, der auch ein berufsbezogenes Assessment bei der Aufnahme durchführt und der auch während der Reha den Rehabilitanden bewegungstherapeutisch behandelt.

Wir haben uns daher entschlossen, jeden Vorschlag auf etwa einer halben bis dreiviertel Seite ausführlicher zu beschreiben und zu begründen. Als Antwortkategorien standen zur Verfügung: Das wäre ... sinnvoll, vielleicht sinnvoll, nicht sinnvoll, weiß nicht. Außerdem wurden die Teilnehmer gebeten, freitextlich zu notieren, warum sie einen Vorschlag eventuell nicht sinnvoll finden, welche Schwierigkeiten oder Nachteile sie befürchteten und welche besseren Alternativen sie anregen möchten. „Sinnvoll“ war so definiert:

Ein Vorschlag sei umso sinnvoller,

- je mehr die vorgeschlagene Mitarbeitergruppe die zur Prozessbeherrschung nötigen Kompetenzen mitbringt oder sie leicht erwerben kann und
- dadurch der Prozess oder sein Ergebnis eine Qualitätssteigerung erhält oder
- bei annähernd gleicher Qualität kostengünstiger wird oder
- mit mehr Mitarbeiterzufriedenheit verbunden ist.

Die so definierte Sinnhaftigkeit sollte das einzige Beurteilungskriterium sein. Folgende Fragen sollten dagegen unberücksichtigt bleiben: Sind die vorgeschlagenen Mitarbeiter in Anzahl oder Qualifikation in der Klinik zurzeit vorhanden? – Ist der von der Rentenversicherung gewünschte Stellenschlüssel mit den Vorschlägen vereinbar? – Würden die Patienten die vorgeschlagene Änderung akzeptieren? (Das würden die Patienten selbst beantworten.) Der Fragebogen mit der vollständigen Instruktion und allen Items findet sich im Anhang, Seite 81.

### 8.1.2 Die Stichprobe

Befragt wurden 135 Personen, davon 21 Ärzte (davon 12 in leitenden Positionen), 33 Pflegekräfte (12 leitende), 21 Psychologen, 35 Sportlehrer und Physiotherapeuten und 17 Personen aus anderen Berufen (z. B. Diätassistentin, Gesundheitsberater, Sozialpädagoge, Stationssekretärin), 8 machten keine Angaben zum Beruf. 74 Prozent waren weiblich. Die durchschnittliche Berufserfahrung in der Rehabilitation betrug  $12 \pm 8$  ( $M \pm s$ ) Jahre. Die Probanden waren Mitarbeiter in fünf norddeutschen Rehakliniken, in denen Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Gesundheitsstörungen behandelt wurden. Sie nahmen freiwillig teil auf Anfrage durch Mitglieder der Klinikleitungen. Die Bogen wurden per Post zugesandt und kamen auf demselben Weg zurück.

### 8.1.3 Statistik

Dargestellt werden pro Item die Häufigkeiten, mit denen die Antwortkategorien gewählt wurden. Dabei werden die Berufsgruppen gesondert betrachtet. Abweichungen von der Gleichverteilung der Häufigkeiten auf die Berufsgruppen wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test ge-

prüft. Dazu wurden die Antworten kodiert (sinnvoll: 2, vielleicht sinnvoll: 1, nicht sinnvoll: 0) und als Ränge betrachtet. Die *Weiß-nicht*-Antworten blieben unberücksichtigt.<sup>13</sup>

Ferner: Für eine überblicksartige Darstellung aller Items wurde pro Item ohne Berücksichtigung der *Weiß-nicht*-Antworten ein Summenwert über alle Probanden gebildet und im Interesse der Anschaulichkeit so linear transformiert, dass das Ergebnis für jedes Item Werte zwischen 0 (= alle Probanden urteilen *nicht sinnvoll*) und 100 (= alle Urteile lauten *sinnvoll*) annehmen konnte. In anderer Formulierung handelt es sich um den prozentualen Anteil der erreichten Zustimmung an der theoretisch möglichen Zustimmung.

## 8.2 Die Vorschläge und ihre Bewertungen durch Kliniker

### 8.2.1 Die Reha-Assistentin

Aus den Interviews mit Ärzten und Pflegekräften wurde sehr schnell klar, dass diese Berufsgruppen einen hohen Anteil an Aufgaben zu erledigen hatten, die sie als berufsfremd oder berufsfern erlebten, also nicht zum eigentlichen Kern ihres Berufsbildes zählten. Sie wünschten sich eine Assistenzkraft, die ihnen diese Aufgaben abnehmen könnte – eine Reha-Assistentin<sup>14</sup>.

Damit ist eine Person gemeint, die die Qualifikation einer Medizinischen Fachangestellten (frühere Bezeichnung: Arzthelferin) oder eines Gesundheits- und Krankenpflegers besitzt und durch Fortbildung oder Berufserfahrung mit den Besonderheiten der Rehabilitation vertraut ist. Dazu gehören Kenntnisse der für die Alltagspraxis wichtigsten sozialmedizinischen Begriffe und sozialrechtlicher Regelungen. Die Reha-Assistentin weiß, was sich im Prinzip hinter Ausdrücken wie KTL, ICF, Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Grad der Behinderung, Rente wegen Erwerbsminderung usw. verbirgt, so dass sie mit den übrigen Mitarbeitern und den Rehabilitanden darüber sprechen kann – detailliertes Fachwissen ist aber nicht nötig. Die Reha-Assistentin ist vertraut mit den in der Klinik häufigsten Krankheitsbildern und weiß darüber etwa so viel, wie ein interessierter, Rehabilitand. Sie kennt sich in der Klinik aus, die wichtigsten Personen, Abteilungen und Abläufe sind ihr geläufig. Sie verfügt über kommunikative Fähigkeiten, kann mit dem PC umgehen und „tippen“.

Die Reha-Assistentin soll vor allem bei der Aufnahme und vor der Entlassung der Rehabilitanden tätig werden. Gedacht ist an eine „Aufnahme aus einer Hand“ mit konsequenter Ver-

---

<sup>13</sup> Abweichungen von der Gleichverteilung der Häufigkeiten auf die Berufsgruppen konnten mit dem Chi<sup>2</sup>-Test nicht geprüft werden, weil die Voraussetzungen (80 % der erwarteten Häufigkeiten mindestens fünf, keine gleich null) nicht vorlagen. Die Antworten – wie wir noch sehen werden – fielen generell sehr häufig in die Kategorie *sinnvoll*, die Randsummen für die übrigen Kategorien waren dadurch klein und in der Folge die unter der Hypothese der Gleichverteilung erwarteten Häufigkeiten in zu vielen Zellen geringer als fünf.

<sup>14</sup> Natürlich können diese Funktion auch männliche Personen wahrnehmen.

meidung von Doppelbefragungen. Hierzu zählen die (1) administrative Aufnahme, die (2) Information der Rehabilitanden über organisatorische Abläufe sowie (3) die Vorbereitung der medizinischen Aufnahme, ferner (4) die Vorbereitung der Abschlussuntersuchung.

### 8.2.2 Administrative Aufnahme

Der folgende Kasten zeigt den Text des Items 1, so wie er im Fragebogen dargestellt wurde.

#### **Item 1: Administrative Aufnahme**

##### **Prozesse**

- Erfragen und Abstimmen von personenbezogenen Daten, Eingaben ins Krankenhausinformationssystem
- Prüfung oder Klärung von Kostenübernahmen
- Abschluss eines Behandlungsvertrages, Datenschutzerklärungen, Wahlleistungen usw.
- Meldungen an die Leistungsträger
- Aushändigen von Informationsunterlagen

##### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Reha-Assistent**

Nach Einweisung oder Schulung könnte diese Aufgabe von Reha-Assistenten wahrgenommen werden. Dies wäre besonders vorteilhaft, wenn es in Verbindung mit den folgenden Aufgaben 2 und 3 geschähe – es wäre eine Aufnahme aus einer Hand mit konsequenter Vermeidung von Doppelbefragungen.

Tabelle 5 auf der nächsten Seite zeigt, dass dieser Vorschlag von knapp zwei Dritteln aller Kliniker als *sinnvoll* beurteilt wurde. Das Urteil der Ärzte fiel dabei mit 90 Prozent Zustimmung besonders deutlich aus, Bewegungstherapeuten, Pflegekräfte und Psychologen äußerten sich zurückhaltender. Der Unterschied zwischen den Berufsgruppen ist signifikant (Kruskal-Wallis  $H = 9,65$ ;  $p < .05$ ).

Im Freitext<sup>15</sup> wird das Hauptargument der Gegner dieses Vorschlages deutlich: Es bezog sich vorwiegend auf die Regelung der Vertragsangelegenheiten, dies sollte Aufgabe der Patientenverwaltung bleiben. Es wurde betont, dass es sich um ein sehr komplexes Geschehen handelt, das vertiefter und sich auch häufig ändernder Kenntnisse bedarf, die bei der dezentralen Organisation der Reha-Assistentinnen nur schwer einheitlich und aktuell sicherzustellen seien.

<sup>15</sup> Alle Freitexte sind im Anhang aufgeführt (Seite 100 ff).



Item 1	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	3,0	5,6	4,8	0,0	3,0
Nicht sinnvoll	9,5	18,2	8,3	0,0	8,3	9,6
Vielleicht sinnvoll	0,0	21,2	33,3	38,1	12,5	22,2
Sinnvoll	90,5	57,6	47,2	57,1	79,2	63,7
Fehlend	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	1,5
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 5: Administrative Aufnahme durch Reha-Assistentin, Angaben in Prozent,  $N = 135$ .

### 8.2.3 Information über organisatorische Abläufe

Eine Aufgabe, die die interviewten Pflegekräften gern abgegeben würden, ist die Information der Rehabilitanden über organisatorische Fragen. Der Kasten zeigt die Formulierung des Items 2.

#### Item 2: Information über organisatorische Abläufe

Der Patient wird informiert über die wichtigsten ersten Termine und ihre Orte, über Stationsabläufe, Regelungen bei Therapien, Hausordnung usw. – alles, was er wissen muss, um sich zurechtzufinden und sich in die bestehenden Prozesse einzugliedern.

#### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Reha-Assistent

Diese Aufgabe erfordert keine besonderen Fachkenntnisse und könnte von jedem, der über kommunikative Grundfertigkeiten verfügt, erfüllt werden. Reha-Assistenten bieten sich besonders an, wenn sie auch die vorangegangene und die nachfolgenden Aufgaben bearbeiten – im Sinne einer Aufnahme aus einer Hand.

Von 135 Befragten beurteilten 105 (78 Prozent) diese Regelung als *sinnvoll*, weitere 25 (19 Prozent) als *vielleicht sinnvoll*. Ablehnend äußerten sich nur drei Mitarbeiter (Tabelle 6). Angehörige des Pflegepersonals unterschieden sich dabei nicht überzufällig von den übrigen Mitarbeitern.

Item 2	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,7
Nicht sinnvoll	9,5	3,0	0,0	0,0	0,0	2,2
Vielleicht sinnvoll	4,8	15,2	36,1	14,3	12,5	18,5
Sinnvoll	85,7	81,8	61,1	85,7	83,3	77,8
Fehlend	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,7
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 6: Information über organisatorische Abläufe durch Reha-Assistentin, Prozentwerte,  $N = 135$ .

Freitext (S. 102): Eine Ärztin mit weniger als einem Jahr Berufserfahrung hielt dies nicht für sinnvoll, da diese Aufgabe auch von Zivildienstleistenden übernommen werden könnte. Eine Pflegekraft möchte diese Aufgabe bei der Pflege belassen, ohne allerdings eine Begründung anzugeben.

#### 8.2.4 Medizinische Aufnahme: Vorbereitung

Nun folgt das erste Item, bei dem es um wirklich rehatypische Prozesse ging. Die Reha-Assistentin soll die Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt vorbereiten, indem sie die nötigen Unterlagen sichtet und wo nötig vervollständigt; Informationen, die man strukturiert erheben kann, vom Patienten erfragt; falls verfügbar einen für die jeweilige Indikation vorgesehene Standardtherapieplan anlegt (der vom Arzt natürlich modifiziert werden kann und muss) und all dieses in das EDV-System einbringt, so dass Pflege, Therapeuten und Beratern darauf zugreifen können. Hierzu gehören auch Teile der Anamnese sowie Beratungswünsche der Rehabilitanden.

##### **Item 3: Medizinische Aufnahme: Vorbereitung**

###### **Prozesse**

- Unterlagen sichten und vervollständigen
- Fragebögen auswerten (nicht interpretieren, nur Punkte zusammenzählen, Scores bilden)
- Teile der Anamnese erheben: gegenwärtige Therapie einschließlich Medikamente, allgemeine Sozialanamnese, Arbeits- und Berufsanamnese
- Bedarf für Sozialberatung ermitteln und ggf. Beratung einleiten
- Standardtherapieplan anlegen
- Entlassungsbericht im EDV-System anlegen und bisher erhobene Daten eintragen

###### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Rehaassistent**

Nach Einweisung oder Schulung, vielleicht auch mit Hilfe von Checklisten, könnte diese Aufgabe von Reha-Assistenten wahrgenommen werden. Dies wäre besonders vorteilhaft, wenn es in Verbindung mit den bisherigen Aufgaben geschähe – es wäre eine Aufnahme aus einer Hand mit konsequenter Vermeidung von Doppelbefragungen.

Knapp zwei Fünftel der Befragten (39 %) fanden diesen Vorschlag *sinnvoll*, ebenso viele *vielleicht sinnvoll* (Tabelle 7). Bei den Ärzten war die Skepsis ausgeprägter: Für *sinnvoll* entschied sich nur jeder Vierte, 38 Prozent lehnten ihn ganz ab. Bei den Pflegekräften überwog dagegen die Zustimmung. Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen war überzufällig groß ( $H = 10,88; p < .05$ )

Item 3	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	6,1	5,6	0,0	4,2	3,7
Nicht sinnvoll	38,1	15,2	19,4	9,5	4,2	17,0
Vielleicht sinnvoll	33,3	21,2	44,4	52,4	45,8	38,5
Sinnvoll	23,8	57,6	27,8	38,1	41,7	38,5
Fehlend	4,8	0,0	2,8	0,0	4,2	2,2
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 7: Vorbereitung der medizinischen Aufnahme durch Reha-Assistentin, Prozentwerte, N = 135.

Dass dieser Vorschlag kontrovers beurteilt wurde, zeigte sich auch daran, dass besonders viele Befragte von der Möglichkeit einer Freitextantwort Gebrauch machten (S. 104ff). Alle acht Ärzte, die den Vorschlag *nicht sinnvoll* fanden, gaben eine Begründung. Die Ablehnung bezog sich meist auf die Punkte Anamnese, Beratungsbedarf und Standardtherapieplan. Überwiegend bezweifelten die Ärzte, ob eine Reha-Assistentin kompetent genug sei. Ein Arzt in leitender Position mit 15 Jahren Berufserfahrung in der Rehabilitation schrieb zum Beispiel:

... 4 – 5 [die Zahlen beziehen sich auf die Gliederungspunkte im Itemtext, J.H.] sind nicht durch Reha-Assistenten aufgrund fehlender Qualifikation durchführbar! 3 nur eingeschränkt möglich, da ebenfalls vorhandene Kenntnisse hierfür nicht durch die berufliche Qualifikation ausreichen!

Oder eine Ärztin (weniger als ein Jahr Reha-Erfahrung) mit wenig Vertrauen:

Der Arzt wird einige dieser Fragen ohnehin noch mal stellen, allein um die Richtigkeit klarzustellen. Um Doppelbefragungen zu vermeiden lieber gleich den Arzt nach Therapie und Medikamenten fragen lassen.

Eine Ärztin mit sieben Jahren Berufserfahrung fand es nicht richtig, dass der Reha-Assistentin „sehr private“ Informationen anvertraut werden:

... Punkte 3 – 5 sind ... wesentliche Inhalte des ärztlichen Gesprächs, hier werden z. T. sehr private Dinge erfragt, die m. E. nicht delegiert werden können.

Nicht immer wurde das Item richtig verstanden. Zum Beispiel wurde das Erfragen der bisherigen Medikation verwechselt mit dem Verordnen von Medikamenten: „Bei der Medikation ist heute meist eine Umsetzung in Hauspräparate erforderlich, das erfordert ärztliche Tätigkeit.“ (Arzt, 20 Jahre Berufserfahrung)

Ein anderes Missverständnis: Das Anlegen eines Standardtherapieplans wurde verwechselt mit einer Therapieverordnung durch die Reha-Assistentin.

Ärzte mit Vielleicht-sinnvoll-Antworten begründeten diese in ähnlicher Weise. Ein neues Argument wurde von einer Ärztin mit 9 Jahren Berufserfahrung vorgetragen. Sie betonte, dass auch Teile des Arzt-Patienten-Gesprächs wichtig sind, in denen es nicht um harte Fakten geht, weil dadurch der Aufbau einer guten Beziehung zum Rehabilitanden gefördert würde.

### 8.2.5 Medizinische Aufnahme: die Patientensicht

Die Rolle von Psychologen wird meist im Zusammenhang mit psychischen Störungen oder Belastungen gesehen. In der Rehabilitation spielen aber auch normalpsychologische Vorgänge, Eigenschaften, Einstellungen, Erwartungen, Kognitionen und Verhaltensgewohnheiten eine große Rolle für den weiteren Verlauf der Erkrankungen und das Verhalten des Rehabilitanden im Gesundheits- und Sozialsystem. Sie zu erheben, ist nicht trivial und gelingt häufig nicht befriedigend, wie man der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung entnehmen kann. Eine Verbesserung der Situation könnte durch den Einsatz von Psychologen erzielt werden.

#### **Item 4: Medizinische Aufnahme: die Patientensicht**

##### **Prozesse**

- Das Krankheitsverständnis und den Informationsstand des Patienten, seine Ressourcen und weitere persönliche Umstände erheben, die für seine Gesundheit wichtig sind
- Daraus den Beratungsbedarf ableiten (Patientenschulung, Gesundheitsbildung) und Beratungen verordnen
- Erheben, in welchen Bereichen von Aktivität und Teilhabe Beeinträchtigungen bestehen
- Daraus Rehazielen ableiten und sich mit dem Patienten einigen
- Informieren über den grundsätzlichen Sinn von Reha
- Über die Möglichkeiten und die Notwendigkeit von nachgehenden Aktivitäten (Nachsorge) informieren
- Den Bedarf für eingehendere psychologische Diagnostik und Beratung ermitteln und diese ggf. einleiten
- Geeignete Befunde unmittelbar im Entlassungsbericht dokumentieren

##### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Psychologe**

Die subjektive Sicht des Patienten zu kennen und womöglich zu beeinflussen, ist für den Krankheitsverlauf und die sozialmedizinische Prognose von großer Bedeutung. Wie wir z. B. aus den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung wissen, gibt es hier auf Seiten der Kliniken einen deutlichen Verbesserungsspielraum. Es handelt sich offensichtlich um eine schwierige Aufgabe, die von Mitarbeitern ein besonderes Interesse an der Patientensicht erfordert und darüber hinaus die kommunikativen Fähigkeiten, die es Patienten ermöglichen, ihrer Sichtweise Ausdruck zu verleihen oder sich ihrer überhaupt erst einmal bewusst zu werden. Diese Voraussetzungen erscheinen Psychologen am ehesten zu erfüllen. – Die Rehazielen können natürlich vom Arzt und den übrigen Berufsgruppen ergänzt oder modifiziert werden, das Thema Nachsorge muss auch von anderen immer wieder angesprochen werden.

Knapp die Hälfte der Befragten (44 %) fand diesen Vorschlag *sinnvoll*, etwas weniger *vielleicht sinnvoll* (Tabelle 8). Die Zustimmung war unter den befragten Psychologen größer als unter Ärzten und Bewegungstherapeuten, jedoch nicht überzufällig ( $p = .08$ ).

Item 4	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	6,1	0,0	0,0	4,2	2,2
Nicht sinnvoll	23,8	9,1	19,4	4,8	12,5	14,1
Vielleicht sinnvoll	42,9	39,4	44,4	33,3	25,0	37,8
Sinnvoll	33,3	45,5	33,3	61,9	54,2	44,4
Fehlend	0,0	0,0	2,8	0,0	4,2	1,5
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 8: Erfassung der Patientensicht durch Psychologen, Prozentwerte,  $N = 135$ .

Die freien Antworten (S. 108) legen die Vermutung nahe, dass einigen Ärzten, auch nach langer Berufserfahrung, auch in leitender Position, das biopsychosoziale Krankheitsmodell fremd geblieben ist:

In der orthopädischen Reha steht meist die Funktion z. B. eines Gelenks im Vordergrund, weniger die „Teilhabe“, die ergibt sich ja, wenn ich mobiler bin! Das ist viel zu psychologisiert! (Arzt, 20 Jahre Berufserfahrung )

Bei den AHB-Patienten steht das Somatische – d.h. die Funktionseinschränkung – im Vordergrund. (Arzt in leitender Position, 9 Jahre Berufserfahrung)

Ein solches Verfahren ist bei einem Teil der Patienten mit psychosozialen Belastungen sinnvoll. Diese müssten durch ein Screeningverfahren erfasst werden. Außerdem teilt man den Patienten künstlich in somatische und psychologische Bereiche. (Ärztin in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung)

Andere gaben an, dass diese Aufgaben dem Arzt vorbehalten bleiben sollen, allerdings ohne diese Auffassung zu begründen.

### 8.2.6 Medizinische Aufnahme: Mobilität

In der MSK-Rehabilitation steht die Mobilität, wie sie in der ICF definiert ist, im Mittelpunkt der Bemühungen. Hier kommt der Bewegungstherapeut ins Spiel. Wie sich aus der Studienlage, der gängigen Praxis in vielen Ländern, der Stellungnahme der Berufsverbände und den eigenen Interviews ergibt, erheben Physiotherapeuten und auf Reha spezialisierte Sportwissenschaftler (Diplomsportlehrer) begründet den Anspruch, selbständig die Gesundheitsprobleme der Rehabilitanden beurteilen und Behandlungsziele und therapeutische Konsequenzen daraus ableiten zu können. Während der Arzt sich auf die Diagnostik gemäß ICD konzentriert, führt der Bewegungstherapeut Assessments der Leistungsfähigkeit durch. Der Itemtext:

### Item 5: Medizinische Aufnahme: Mobilität

#### Prozesse

- Assessments und Tests aus den ICF-Bereichen Struktur/Funktion und vor allem Mobilität durchführen
- Rehaziele aus dem Bereich der Mobilität im Einvernehmen mit dem Patienten prüfen, bestätigen oder modifizieren
- Den Standardtherapieplan prüfen und wo nötig individuell anpassen
- Den Sinn und die Wirkungsweise der wichtigsten Therapien (Bewegung und Sport, Physiotherapie, physikalische Therapie) erläutern
- Den Entlassungsbericht ergänzen

#### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Diplomsporllehrer oder Physiotherapeut

Die vorgeschlagenen Berufsgruppen bringen für diese Aufgaben von ihrer Ausbildung her die nötigen Kompetenzen mit und haben häufig große Routine und Präzision darin entwickelt. Ärzte könnten anordnen, welche Tests oder Assessments standardmäßig durchgeführt werden sollen, aber sie müssten sich nicht selbst mit der Durchführung belasten. Sie könnten sich bei ihrer klinischen Untersuchung auf diagnostische Spezialfälle beschränken. So würde auch verhindert, dass es zu zeitraubenden Doppeluntersuchungen kommt. – Dieser Vorschlag gewinnt an Wert, wenn Therapiesteuerung und Assessment in Mobilität (S. Item 12, S. 46) ebenfalls von Sportlehrern oder Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Tabelle 9 zeigt: Zwei Drittel aller Befragten fanden diesen Vorschlag *sinnvoll*, ein weiteres Viertel *vielleicht sinnvoll*. Besonders die Bewegungstherapeuten stimmten diesem Vorschlag zu (*sinnvoll*: 83 %), bei den übrigen waren es im Durchschnitt 56 %. Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind statistisch bedeutsam ( $H = 18,68$ ;  $p < .001$ ).

Item 5	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	3,0	0,0	0,0	8,3	2,2
Nicht sinnvoll	4,8	18,2	2,8	0,0	4,2	6,7
Vielleicht sinnvoll	38,1	39,4	13,9	28,6	8,3	25,2
Sinnvoll	57,1	39,4	83,3	71,4	79,2	65,9
Fehlend	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 9: Aufgaben des Bewegungstherapeuten, Prozentwerte,  $N = 135$ .

Aus den freien Antworten (S. 111) ließen sich Hinweise darauf entnehmen, was die wenigen, die diesen Vorschlag ablehnten, kritisierten: der Punkt „den Entlassungsbericht ergänzen“. Aus der Tatsache, dass der Arzt zurzeit den Entlassungsbericht unterschreibt und verantwortet, wird geschlossen, dass er jeden Inhalt auch selbst einbringen müsse. Die Therapeuten und Berater strebten jedoch, wie aus den Interviews deutlich wurde, einen so genannten

wachsenden Entlassungsbericht an, das heißt jede Gruppe schreibt ihre Befunde, Erkenntnisse und Tätigkeiten mit Hilfe eines geeigneten EDV-Systems unmittelbar in das Dokument. Dem Arzt steht es dann am Ende natürlich frei, eine Endredaktion durchzuführen.

### 8.2.7 Medizinische Aufnahme: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen

Nachdem die Reha-Assistentin organisatorische Dinge erledigt hat, u. a. den Arztbrief angelegt und Teile der Anamnese eingetragen hat, nachdem der Psychologe die subjektive Sicht des Rehabilitanden ergründet hat und der Bewegungstherapeut die Leistungsfähigkeit im Bereich Mobilität untersucht hat, bleiben dem Arzt jetzt die Aufgaben der Integration und Prüfung sowie der eventuell nötigen weiterführenden Diagnostik.

#### **Item 6: Medizinische Aufnahme: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen**

##### **Prozesse**

- Alle bisher erhobenen Informationen, Rehaziele und Therapieplan unter medizinischen Gesichtspunkten prüfen, ergänzen und wo nötig abändern
- Klinische Untersuchung durchführen, insbesondere zur Überprüfung oder Ergänzung von Diagnosen
- Einen orientierenden Gesamtstatus erheben
- Individuelle Besonderheiten, Risiken oder Komplikationen ermitteln
- Technische Untersuchungen einleiten
- Entlassungsbericht ergänzen (oder Ergänzung diktieren)

##### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Arzt**

Das sind klassische Arztaufgaben. Bemerkenswert an diesem Vorschlag ist eher, was der Arzt nicht macht, da es von anderen Berufsgruppen übernommen wird, wie z. B. bestimmte Teile der Anamnese erheben, Beeinträchtigungen von Funktionen oder Aktivitäten feststellen, sich auf Rehaziele einigen, die Art der Bewegungstherapie detailliert verordnen u. a. m. (s. Aufgaben 1 bis 5). Er konzentriert sich auf die Tätigkeiten, die seine spezielle medizinische Fachkompetenz erfordern und kann sich in den übrigen Bereichen auf eine abschließende Prüfung beschränken. Voraussetzung ist, dass ihm alle Daten, Informationen und Befunde der übrigen Berufsgruppen zeitgerecht vorliegen.

77 Prozent aller Befragten hielten diesen Vorschlag für *sinnvoll*. Die größte Zustimmung fand sich bei den Bewegungstherapeuten und den „anderen“ (Tabelle 10). Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen waren überzufällig groß ( $H = 11,48; p < .05$ ).

Item 6	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	4,8	0,0	0,0	4,8	0,0	1,5
Nicht sinnvoll	19,0	12,1	2,8	0,0	4,2	7,4
Vielleicht sinnvoll	4,8	12,1	8,3	42,9	0,0	12,6
Sinnvoll	71,4	75,8	86,1	52,4	91,7	77,0
Fehlend	0,0	0,0	2,8	0,0	4,2	1,5
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 10: Ärztliche Aufgaben: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen, Prozentwerte,  $N = 135$ .

Freitext (S. 113): Alle vier Ärztinnen und Ärzte, die diesen Vorschlag *nicht sinnvoll* fanden, äußerten sich mit einer freien Antwort. Zwei von ihnen wollten die gesamte Anamnese selbst durchführen, einer davon ohne Begründung, ein anderer (in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung) mit dem Hinweis darauf, dass „die Anamnese ein elementarer Baustein zur ärztlichen Diagnose“ sei – allerdings ging es bei diesem Vorschlag gar nicht um den Teil der Anamnese, der zur Diagnosestellung unerlässlich ist, sondern um die Berufs- und Sozialanamnese („Haben Sie Kinder?“—„Wie lange sind Sie schon arbeitsunfähig?“ usw.) Eine Ärztin führte als Begründung (?) an: „Die klassische Arztaufgabe sollte weiterhin die Diagnosefindung sein.“ Genau das allerdings war ja der Vorschlag. – Eine weitere Ärztin (neun Jahre Berufserfahrung) lehnte den Vorschlag ab, weil sie befürchtete, dass die Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen an der Aufnahme so viel Zeit in Anspruch nähme, dass der Arzt den Patienten erst am nächsten oder übernächsten Tag nach Aufnahme zu Gesicht bekäme. Dieses Problem sahen auch zwei Psychologen, die den Vorschlag mit *vielleicht sinnvoll* bewerteten:

Ich befürchte organisatorische Probleme im zeitgerechten Erstellen der Informationen der anderen Berufsgruppen. Wäre nur sinnvoll, wenn die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen sehr gut funktioniert. Allerdings läge hier auch eine Chance [Hervorhebung im Original] dieses veränderten Ablaufs. (Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung)

Klingt unter dem Aspekt der Zeitersparnis für Ärzte sinnvoll, könnte aber eventuell im Extremfall zu einer Art „Fließband-Arbeit“ führen (z. B. keine Zeit für Patienten, alles beschränkt aufs rein Medizinische). (Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung)

### 8.2.8 Verlauf: Therapieleitung und Therapiesteuerung (Bewegungstherapie)

Unter den Bewegungstherapeuten in der MSK-Rehabilitation sind die Physiotherapeuten in der Überzahl. Dies wird offenbar auch von der Deutschen Rentenversicherung (2010b) so gewünscht: In ihren Strukturanforderungen verlangt sie achtmal mehr Physiotherapeuten als Diplomsportlehrer, die im Übrigen auch von deutlich geringer qualifizierten Sport- und Gymnastiklehrern ersetzt werden können. In der Rehapraxis werden Diplomsportlehrer, jetzt auch Sportwissenschaftler genannt, anscheinend vor allem in der medizinischen Trainingstherapie eingesetzt. Damit bleiben viele ihrer Kompetenzen ungenutzt. Die vier Diplomsportlehrer, die wir interviewt haben, zeigten sich entsprechend unzufrieden. So bedauerte ein Sportlehrer zum Beispiel die verschenkten Möglichkeiten im Rahmen des Qualitätsmanagements:



Das ist ja das, was wir als Sportlehrer anbieten, das [gemeint sind Outcome-Maße, JH] zu evaluieren und statistisch zu untermauern, das ist ja ein Bestandteil unserer Ausbildung, was wir auch immer gern zur Verfügung stellen, aber selten genutzt wird. Prinzipiell sind alle Daten oder Möglichkeiten der Datenerhebung vorhanden, sprich Rechner, die Geräte, die standardisierte Tests ermöglichen und erlauben – ja, immer wieder angesprochen, auch im Rahmen der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements ... Ich weiß nicht, die Kompetenzen werden wohl in irgendwelchen anderen Bereichen gebraucht. Unsere Arbeitsressource soll dafür wahrscheinlich nicht freigestellt werden.

Wenn man die modernen Studiengänge anschaut, zum Beispiel den „Masterstudiengang Sportwissenschaft – Rehabilitation und Prävention“ der Universität Leipzig, so scheint diese Ausbildung geradezu dafür gemacht, Leiter von Therapieabteilungen in Rehakliniken hervorzubringen:

Der Studiengang soll hochrangige Kompetenzen für bewegungs- und verhaltensmedizinische Diagnose- und Therapiestrategien sowie deren wissenschaftliche Evaluationen auf Basis bestehender sozialmedizinischer Kostenträgerstrukturen vermitteln. Einsatzfelder sind therapeutisch anspruchsvolle Tätigkeiten in den Handlungsfeldern rehabilitativ- und präventivmedizinisch wirksamer Sport- und Bewegungsmaßnahmen. (Studienordnung § 5 Absatz 3)<sup>16</sup>

Sportwissenschaftler arbeiten auf wissenschaftlicher Grundlage, während man bei Physiotherapeuten noch häufiger eine Ausrichtung an traditionellen Therapieschulen findet – wenn nicht gar an esoterischen Vorstellungen. Sportwissenschaftler haben eher einen pädagogischen Ansatz als einen therapeutischen, es geht auch um Befähigen, nicht nur um Behandeln. Das kommt moderneren Auffassungen von Rehabilitation als Bildungsveranstaltung entgegen.

#### **Item 7: Verlauf: Therapieleitung und Therapiesteuerung (Bewegungstherapie)**

##### **Prozesse**

- Erstellen von Bewegungstherapiekonzepten
- Eigenverantwortliches Anpassen des Therapieplans
- Sport- und Bewegungstherapie durchführen
- Freude an gesundheitsfördernder Bewegung wecken oder steigern
- Bewegungsbezogenes Gesundheitswissen vermitteln

##### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Diplomsportlehrer**

Diplomsportlehrer (oder Sportwissenschaftler) können konzeptionell arbeiten und bringen neben ihren sporttherapeutischen auch gruppenpädagogische Kompetenzen mit, so dass sie nicht nur Übungen anleiten können, sondern auch erfolgreich in den Bereichen Information, Motivation und Schulung arbeiten und so imstande sind, den Doppelcharakter der Reha –

<sup>16</sup> <http://www.uni-leipzig.de/~sportfak/neue%20Studiendokumente/master%20spowi%20reha%20+%20praevention/so.pdf>.  
Zugriff am 20.12.2010.

Behandeln und Befähigen – besonders gut zur Geltung zu bringen. Sie sollten eine herausragende Rolle in der Steuerung des Therapieprozesses und in der Therapie selbst spielen. Nachdem ein Arzt generell Bewegungstherapie verordnet hat, entscheidet der Sportlehrer eigenständig über die Art der Therapie. – Alternativ kann diese Rolle auch von einem besonders qualifizierten Physiotherapeuten übernommen werden. – Dieser Vorschlag gewinnt an Wert, wenn „Aufnahme: Mobilität“ (Seite 87) und „Assessment in Mobilität“ (Seite 94) ebenfalls von Sportlehrern oder Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Knapp zwei Drittel fanden den Vorschlag *sinnvoll*, mehr als ein Viertel *vielleicht sinnvoll* (Tabelle 11). Am positivsten urteilten die Psychologen (*sinnvoll*: 90 %), am skeptischsten waren die Pflegekräfte (45 %). Die Unterschiede waren signifikant ( $H = 13,07$ ;  $p < .05$ ).

Item 7	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	3,0	8,3	0,0	8,3	4,4
Nicht sinnvoll	4,8	9,1	8,3	0,0	4,2	5,9
Vielleicht sinnvoll	38,1	42,4	22,2	9,5	16,7	26,7
Sinnvoll	57,1	45,5	61,1	90,5	70,8	63,0
Fehlend	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 11: Therapieleitung und -steuerung durch Diplomsportlehrer, Prozentwerte,  $N = 135$ .

Die freien Antworten (115) lieferten wenig Argumente gegen diesen Vorschlag. Eine Ärztin mit geringer Berufserfahrung (2 Monate) meinte, die Änderung des Therapieplanes erfordere eine Absprache mit dem Arzt, vier Physiotherapeuten bezweifelten die Kompetenz der Diplomsportlehrer. In dieselbe Richtung gingen auch die Antworten derer, die sich für *vielleicht sinnvoll* entschieden hatten.

### 8.2.9 Verlauf: Entspannungstraining

Im Interview äußerten Psychologen, dass sie diese Tätigkeit auch anderen Berufsgruppen zutrauen würden. Dies ist teilweise auch schon gängige Praxis. Entspannung kann Teil der Ausbildung von Physiotherapeuten und anderen Berufsgruppen sein. In der *Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, S. 181)* tauchen in der Rubrik *Berufsgruppe* der Psychologisch-technische Assistent sowie ein nicht näher bezeichneter „Kotherapeut mit entsprechender Fortbildung und Supervision“ auf (Itemtext auf der folgenden Seite).

Die folgende Tabelle 12 zeigt, dass nur gut die Hälfte diesen Vorschlag uneingeschränkt als *sinnvoll* empfand und etwa ein Drittel als *vielleicht sinnvoll*. Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen waren nicht signifikant.

**Item 8: Verlauf: Entspannungstraining**

**Vorgeschlagene Zuständigkeit: jeder therapeutische Beruf**

Die Anleitung zu Entspannungsübungen als Ergänzung und Abrundung des aktiven Programms kann nach entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen und unter psychologischer Supervision prinzipiell von Mitarbeitern aller therapeutischen Berufe (Sportlehrer, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Bademeister/Masseur) durchgeführt werden. – Aber: Entspannung als Copingstrategie mit Akzent auf *selbständigem* Üben und gezieltem Einsatz bei Stress oder Schmerz sollte Psychologen vorbehalten bleiben.

Item 8	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	0,0	2,8	4,8	12,5	3,7
Nicht sinnvoll	9,5	3,0	5,6	14,3	4,2	6,7
Vielleicht sinnvoll	9,5	36,4	47,2	28,6	37,5	34,1
Sinnvoll	81,0	60,6	44,4	52,4	41,7	54,8
Fehlend	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,7
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 12: Entspannungstraining als Aufgabe aller therapeutischen Berufe, Prozentwerte, N = 135.

Wer den Vorschlag für nicht sinnvoll hielt, fürchtete eine „Verwässerung“ (leitende Ärztin) oder fand die Einschränkung auf „Entspannungsübungen als Ergänzung und Abrundung“ (Physiotherapeutin) falsch. Eine Psychologin mit 15 Jahren Berufserfahrung verwies auf Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren<sup>17</sup>. Ein erfahrener Psychologe urteilte *vielleicht sinnvoll* und begründete seine eingeschränkte Zustimmung so:

Im Zustand der Entspannung erleben manche Patienten – auch im Zustand erlebten Kontrollverlustes – psychologische Krisen, die der Psychologe besser beantworten kann als andere Berufsgruppen. (Psychologe männlich, 22 Jahre Berufserfahrung)

Die Freitexte sind ab Seite 117 dokumentiert.

### 8.2.10 Verlauf: Information, Motivation, Schulung, Anleitungen

Die Effekte von Patientenschulungen im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen sind im Großen und Ganzen gering bis moderat und im Allgemeinen nicht von großer Dauer. Ein Cochrane Review fand kurzfristige Effekte bei rheumatoider Arthritis (Riemsmaa et al., 2003), ein anderes bei Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich gar keine Effekte (Haines et al., 2009). Dies mag zum Teil daran liegen, dass die Fähigkeiten der Dozenten für eine effektive Unterrichtsgestaltung nicht ausreichten (vgl. auch die Studien, die zeigten, dass die Fachexperten keine besseren Ergebnisse erzielten als Laien, S. 17).

<sup>17</sup> [http://www.entspannungsverfahren.com/pdf/leitlinien\\_pr.pdf](http://www.entspannungsverfahren.com/pdf/leitlinien_pr.pdf). Zugriff am 20.12.2010. Die Leitlinie beruht auf einem einfachen Konsens.

Denn die Anforderungen sind enorm. Schäfer und Döll (2000) führen in dem von der Rentenversicherung herausgegebenen Standardwerk „Aktiv Gesundheit fördern“ unter anderem aus:

Neben diesen Kenntnissen [Konzept der Salutogenese, JH] sollten die Referent(inn)en über ein Basiswissen zu Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepten sowie den medizinischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Grundlagen von Gesundheitsförderung verfügen ... und mit relevanten nachsorgenden Angeboten der Gesundheitsbildung vertraut sein ... Im Hinblick auf die Vermittlungskompetenz sind Fähigkeiten der Informationsvermittlung, der Präsentation und des Medieneinsatzes sowie Kenntnisse und Erfahrungen in Gruppenleitung und Moderation gefordert. ... Als Beispiele ... sind zu nennen: Teilnehmerorientierte Gesprächsführung, Brainstorming, Blitzlicht, Themenspeicher, Clustering, Mind Mapping, Kartenabfrage, Vier-Felder-Matrix, Problem-Analyse-Schema, Fallarbeit, Pro-und-Kontra-Diskussion, Rollenspiel, Ursache-Wirkungs-Diagramme etc. ... Es wird ... auf die didaktische Fachliteratur verwiesen. [es folgen 34 Literaturhinweise, JH] (S. 12)

Geradezu bescheiden wirken dagegen die von Ströbl et al. (2009) geforderten Qualifikationen:

Alle Schulungsleiter sind in Gesprächsführung, Moderation und Gruppenarbeit fortgebildet... Alle Schulungsleiter haben an schulungsspezifischen Train-the-Trainer-Seminaren teilgenommen, wenn ein solches existiert... Alle Schulungsleiter werden in geeigneter Weise eingearbeitet und supervidiert...

Ferner gelten gegenseitiges Visitieren, interne Fortbildung, Besuch von Fachtagungen und Seminaren sowie die aktive Mitwirkung des Chef- oder Oberarztes als notwendig.

**Item 9: Verlauf: Information, Motivation, Schulung, Anleitungen**

**Prozesse**

- Erarbeitung, Einführung, Evaluation und Weiterentwicklung der Angebote zur Gesundheitsberatung
- Durchführung von diagnosebezogenen Patientenschulungen
- Durchführung von problembezogenen Patientenseminaren

**Vorgeschlagene Zuständigkeit: Interprofessionell besetztes, festes Schulungsteam unter Beteiligung hochrangiger Mitarbeiter**

Gesundheitsberatung ist in den meisten Kliniken ein Bereich mit deutlichem Verbesserungspotenzial. Häufig wird die Schwierigkeit unterschätzt, eine von Patienten akzeptierte und wirksame, nicht nur auf Wissenszuwachs, sondern auch auf Einstellungs- und Verhaltensänderung zielende Schulung durchzuführen. Dies gelingt am ehesten durch ein festes Team von Referenten mit spezieller Fortbildung, längerer praktischer Erfahrung und gegenseitiger Unterstützung. Chef-/Oberärzte, Stationsleitungen und Abteilungsleiter sollten in diesem Team vertreten sein.

Um aus Ärzten, Psychologen, den verschiedenen Therapeutengruppen und den Pflegekräften wirklich effektive Gesundheitsberater zu machen, sind erhebliche Fortbildungsmaßnahmen nötig, die man aus ökonomischen Gründen nur wenigen Mitarbeitern angedeihen lassen kann. Wir plädieren deshalb für ein festes Team gut geschulter Referenten (Itemtext s. o.).

Item 9	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	3,0	2,8	0,0	4,2	2,2
Nicht sinnvoll	0,0	6,1	5,6	4,8	4,2	4,4
Vielleicht sinnvoll	19,0	30,3	38,9	14,3	29,2	28,1
Sinnvoll	81,0	60,6	52,8	76,2	62,5	64,4
Fehlend	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,7
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 13: Gesundheitsberatung: Aufgabe für feste, interprofessionelle Teams, Prozente,  $N = 135$ .

Aus Tabelle 13 geht hervor, dass dieser Vorschlag bei allen Berufsgruppen gleichermaßen auf Zustimmung stieß. Von den 123 Probanden, die diese Frage beantwortet haben, wählten 87 (64 Prozent) die Kategorie *sinnvoll*, weitere 38 (28 Prozent) *vielleicht sinnvoll*. Der Kruskal-Wallis-Test lieferte keinen überzufällig großen  $H$ -Wert.

Die wenigen skeptischen Stimmen zweifelten in den freien Antworten (S. 119) vor allem an der Notwendigkeit der Mitwirkung „hochrangiger“ Mitarbeiter. Eine Psychologin mit zehnjähriger Berufserfahrung meinte, dass Psychologen am besten qualifiziert seien. Eine andere Psychologin fand den Vorschlag *sinnvoll* und vertrat die Auffassung, dass die Akzeptanz der Patientenseminare „immer noch häufig vom Status des Vortragenden abhängt.“ Für ein festes Schulungsteam waren alle, die sich frei äußerten.

### 8.2.11 Verlauf: Psychologische Beratung

Der folgende Vorschlag wurde von keinem interviewten Psychologen vorgebracht. Er entstand allein aufgrund der Studienlage (vgl. S. 17): Danach steht fest, dass auch Personen ohne psychotherapeutische Ausbildung hilfreiche Beratungsgespräche oder sogar psychotherapeutisch wirksame Gespräche führen können. Diese wissenschaftlichen Ergebnisse sind nach unserer Erfahrung bei Psychologen kaum bekannt oder ihre Gültigkeit wird stark angezweifelt. Aus der Sicht der Rehabilitanden bergen sie aber ein wertvolles Potenzial. Die Anzahl möglicher Helfer würde sich vervielfachen.

#### Item 10: Verlauf: Psychologische Beratung

##### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Gesundheits- und Krankenpflege

Ein erheblicher Teil orthopädischer Rehabilitanden ist psychisch belastet und wünscht sich Beratungsgespräche. Diese könnten in leichteren Fällen oder auf Wunsch des betroffenen Patienten auch von bestimmten geeigneten und fortgebildeten Mitarbeitern der Pflege durchgeführt werden, etwa in Art der Telefonseelsorge mit Supervision durch Psychologen (hier natürlich genügend Personal vorausgesetzt). – Aber: Patienten mit psychischen Störungen von Krankheitswert werden weiterhin von psychologischen Psychotherapeuten versorgt.

Dieser Vorschlag erhielt von allen die niedrigste Zustimmung. Nur 27 Prozent fanden ihn *sinnvoll*, von den Psychologen war es nur ein einziger. Die Beurteilung erfolgte ohne überzufällige Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.

Item 10	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	9,1	5,6	4,8	0,0	4,4
Nicht sinnvoll	23,8	21,2	36,1	28,6	33,3	28,9
Vielleicht sinnvoll	28,6	30,3	27,8	61,9	41,7	36,3
Sinnvoll	47,6	33,3	30,6	4,8	16,7	27,4
Fehlend	0,0	6,1	0,0	0,0	8,3	3,0
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 14: Psychologisch hilfreiche Gespräche durch Pflegekräfte, Prozentwerte, N = 135.

### 8.2.12 Verlauf: Moderation des Rehateams

Bei diesem Vorschlag geht es nicht um die Leitung des Rehateams, sondern um die Moderation der Rehateamsitzungen.

#### Item 11: Verlauf: Moderation des Rehateams

##### Prozesse

- eine konzeptionelle Grundlage für die Arbeit im Rehateam erarbeiten (Ziele, Mitglieder, Arbeitsweise, Regeln)
- Moderieren, also: für eine offene Gesprächsatmosphäre sorgen; gewährleisten, dass man am Thema bleibt, dass alle gehört werden, dass die Regeln und die Zeit eingehalten werden; Einigungen herbeiführen usw.
- wichtige Beschlüsse dokumentieren
- Kontakt zu anderen Rehateams pflegen

##### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Psychologe

Das Rehateam ist ein Instrument zur Verlaufskontrolle. Verschiedene Befunde und Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen müssen zur Sprache gebracht und zu einem Urteil integriert werden – und zwar in relativ kurzer Zeit. Das erfordert auf Seiten des Moderators hohe Kompetenzen im Umgang mit heterogenen Gruppen. Von der Berufsausbildung und Erfahrung her scheinen Psychologen diese Fähigkeiten am ehesten mitzubringen. (Selbstverständlich heißt das nicht, dass die Sitzungen inhaltlich von psychologischen Themen dominiert werden sollen.)

Diesen Vorschlag fanden 43 % *sinnvoll*, weitere 39 % *vielleicht sinnvoll*, Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ließen sich nicht als überzufällig nachweisen (Tabelle 15).

Item 11	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	4,8	3,0	13,9	9,5	4,2	7,4
Nicht sinnvoll	19,0	9,1	2,8	0,0	20,8	9,6
Vielleicht sinnvoll	42,9	36,4	44,4	42,9	25,0	38,5
Sinnvoll	33,3	51,5	36,1	47,6	45,8	43,0
Fehlend	0,0	0,0	2,8	0,0	4,2	1,5
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 15: Moderation des Rehateams als Aufgabe von Psychologen, Prozentwerte,  $N = 135$ .

Im Freitext (S. 125) wurde deutlich, dass manche einem Missverständnis aufgesessen waren. Obwohl im Itemtext explizit darauf hingewiesen worden war, dass die Moderation durch einen Psychologen nicht automatisch psychologische Themen in den Vordergrund der Sitzungen bringen würden, kritisierten sie z. B.: „Im Fall einer somatischen Reha steht das medizinische körperliche Leiden im Vordergrund – falscher Schwerpunkt“ (Ärztin mit fünf Jahren Berufserfahrung). Eine andere Ärztin, in leitender Position und mit 20 Jahren Berufserfahrung sprach sich für eine Schulung der Ärzte aus:

Besser wäre, wir würden Ärzte schulen, die Moderation zu übernehmen, denn hier müssen alle Fäden zusammenlaufen. Abschlussbericht, sozialmedizinische Entscheidungen usw.

Der Haupteinwand lautete jedoch, dass nicht nur Psychologen, sondern alle Teammitglieder, die eine entsprechende Fortbildung absolviert haben, die Moderation übernehmen könnten. So schrieb eine Psychologin, seit 14 Jahren im Beruf:

vielleicht sinnvoll: Ich könnte mir auch einen Wechsel zwischen verschiedenen Berufsgruppen vorstellen. Das übt auch das Moderieren in Patientengruppen – und das müssen Ärzte und andere Therapeuten z. B. im Rahmen der Patientenschulung auch.

Dies steht auch im Einklang mit einigen Überlegungen und vorläufigen Studienergebnissen von Körner und Bengel (2004), nach denen ein interdisziplinäres Team im Vergleich zu einem multidisziplinären, allein vom Arzt verantworteten Team Vorteile aufwies.

### 8.2.13 Abschluss: Assessment in Mobilität

Für die Rentenversicherung wie auch für die Rehabilitanden ist der Entlassungsbericht mit dem Leistungsbild ein außerordentlich wichtiges Dokument. Er kann entscheidende Weichen für das weitere Leben stellen. Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung nimmt die Entlassungsberichte kritisch unter die Lupe. Allerdings wird nur geprüft, ob alle relevanten Themen angesprochen werden und ob die Darstellung in sich schlüssig ist. Es gibt keine nennenswerten Kenntnisse darüber, wie weit die Berichte inhaltlich zutreffend sind. Objektivität, Reliabilität und Validität der Arzturteile sind bisher kaum wissenschaftlich geprüft. Sozialmedizinisch relevante Prognosen auf der Grundlage von technischen und klinischen Untersuchungen sind nicht zuverlässiger als Prognosen durch die Rehabilitanden selbst (Küpper-Nybelen et al., 2003). Wäre es nicht besser, wenn ein sozialmedizinisch fort-

gebildeter Sportwissenschaftler den Teil des Entlassungsberichts schreibe, der sich auf die Leistungsfähigkeit im Bereich Mobilität bezieht? Und zwar der Therapeut, der den Rehabilitanden über Stunden hinweg während der Ausübung verschiedenster Bewegungsaufgaben sieht? Das ist der Kern des folgenden Vorschlags.

**Item 12: Abschluss: Assessment in Mobilität**

**Prozesse**

- Assessments, Tests, Prüfungen durchführen
- Grad der Rehazielerrreichung beschreiben
- Stellungnahme zum Leistungsbild abgeben (in den Entlassungsbericht schreiben)

**Vorgeschlagene Zuständigkeit: Sportlehrer**

Die Untersuchungen sollten von dem Mitarbeiter vorgenommen werden, der den Patienten auch aufgenommen und therapiert hat. Der Vorschlag beruht auf der Vermutung, dass ein Therapeut, der den Patienten mehrere Stunden in verschiedenen Situationen in Aktion erlebt hat, Wesentliches zu seiner beruflichen Leistungsfähigkeit zu sagen hat und so dem Arzt manches Sozialmedizinische abnehmen kann. Eine gewisse sozialmedizinische Fortbildung und Einweisung in das Schreiben von Entlassungsberichten ist Voraussetzung. – Alternativ kann diese Aufgabe auch von einem qualifizierten Physiotherapeuten wahrgenommen werden. – Dieser Vorschlag gewinnt an Wert, wenn Aufnahme: Mobilität (Seite 87) und Therapiesteuerung (Seite 89) ebenfalls von Sportlehrern oder Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Diesen Vorschlag bezeichneten etwas mehr als die Hälfte der Befragten als *sinnvoll*, ein weitere gutes Viertel als *vielleicht sinnvoll*. Ärzte urteilten zurückhaltender als Psychologen und Bewegungstherapeuten, aber die Unterschiede waren nicht groß genug, um als überzufällig gelten zu können (Tabelle 16).

Item 12	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	4,8	3,0	5,6	4,8	12,5	5,9
Nicht sinnvoll	23,8	12,1	16,7	0,0	12,5	13,3
Vielleicht sinnvoll	33,3	33,3	19,4	28,6	29,2	28,1
Sinnvoll	33,3	51,5	58,3	66,7	41,7	51,1
Fehlend	4,8	0,0	0,0	0,0	4,2	1,5
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 16: Assessment in Mobilität als Aufgabe der Diplomsportlehrer, Prozentwerte, N = 135.



Mit freien Antworten äußerten sich vor allem Ärzte und Physiotherapeuten (S. 127). Die fünf Ärzte, die *nicht sinnvoll* angekreuzt hatten, reklamierten diese Aufgabe für sich – eine nähere Begründung gaben sie jedoch nicht. Die Physiotherapeuten störten sich an der Zuordnung zum Beruf des Sportlehrers; sie unterstrichen, dass sie die eigene Berufsgruppe für noch geeigneter hielten.

#### 8.2.14 Abschluss: Subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen

Dies ist das Pendant zu Item 4. Wie dort geht es auch hier um die Sichtweise des Rehabilitanden, und zwar um die subjektive Einschätzung der Reha.

##### Item 13: Abschluss: Subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen

###### Prozesse

- Auswertung von Fragebogenergebnissen
- Persönliches Gespräch
- Dokumentation im Entlassungsbericht

###### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Psychologe

Wie sieht der Patient selbst den Erfolg der Reha? Hat er seine Ziele erreicht? Wie schätzt er sein Leistungsvermögen, seine Arbeitsfähigkeit ein? Außerdem geht es um die Veränderungen so genannter personbezogener Kontextfaktoren, also Krankheitswissen, Einstellungen, Motivation, Lebensstil, Umgang mit Krankheit und Gesundheit usw. Soweit diese Themen nicht nur durch Fragebögen erfasst werden, sondern auch durch strukturierte Gespräche, benötigt der zuständige Mitarbeiter besondere Kompetenzen in der Gesprächsführung. Die finden wir gewöhnlich bei Psychologen.

Tabelle 17 zeigt: Gut die Hälfte fand diesen Vorschlag *sinnvoll*, ein weiteres Drittel *vielleicht sinnvoll*. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen waren nicht signifikant.

Item 13	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	6,1	2,8	0,0	8,3	3,7
Nicht sinnvoll	14,3	15,2	2,8	9,5	12,5	10,4
Vielleicht sinnvoll	42,9	27,3	41,7	23,8	25,0	32,6
Sinnvoll	42,9	51,5	52,8	66,7	54,2	53,3
Fehlend	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 17: Erfassung des subjektiven Reha-Erfolgs durch Psychologen, Prozentwerte,  $N = 135$ .

Die freien Antworten (S. 130) derer, die diesen Vorschlag nicht oder nur vielleicht sinnvoll fanden, enthielten vielfältige, teils widersprüchliche Argumente: Neben (sinngemäß) „Das ist

sehr wichtig, also muss es ein Arzt machen" fand sich „das könnte auch [jeder beliebige Beruf] machen.“ Während eine Pflegekraft meinte, „da wären die Psychologen überqualifiziert“, urteilte eine Ärztin: „Gespräch über Leistungsvermögen-Arbeitsfähigkeit: dazu braucht man medizinische Kenntnisse, die finden wir gewöhnlich nicht beim Psychologen.“ Sie hatte offensichtlich übersehen, dass es gar nicht um die Leistungsfähigkeit an sich geht, sondern darum, wie Rehabilitanden selbst ihre Leistungsfähigkeit bewerten.

### 8.2.15 Abschluss: Vorbereitung der Schlussuntersuchung

Dieser Vorschlag betrifft die organisatorische Vorbereitung der ärztlichen Abschlussuntersuchung durch die Reha-Assistentin.

#### Item 14: Abschluss: Vorbereitung der Schlussuntersuchung

##### Prozesse

- die Untersuchung terminieren
- alle benötigten Unterlagen zusammenstellen
- fehlende Befunde rechtzeitig anfordern
- Nachsorgeformulare ausfüllen, wohnortnahe Adressen ausgeben

##### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Reha-Assistent

Dies sind typische Sekretariatsaufgaben, die von Reha-Assistenten problemlos übernommen werden können. (Definition Reha-Assistent s. Seite 83)

Dieser Vorschlag fand über alle Berufsgruppen hinweg große Zustimmung (83 Prozent *sinnvoll*, s. Tabelle 18).

Item 14	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	0,0	3,0	2,8	0,0	0,0	1,5
Nicht sinnvoll	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,7
Vielleicht sinnvoll	19,0	6,1	16,7	19,0	8,3	13,3
Sinnvoll	81,0	87,9	80,6	81,0	83,3	83,0
Fehlend	0,0	3,0	0,0	0,0	4,2	1,5
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 18: Vorbereitung der Abschlussuntersuchung durch Reha-Assistentin, Prozentwerte, N = 135.

### 8.2.16 Abschluss: Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht

Der Arzt hat gemäß diesem Vorschlag nicht so sehr die Aufgabe, eigene Befunde zu erheben. Vielmehr sammelt und prüft er, was andere erhoben haben. Der Entlassungsbericht ist

– im Sinne eines „wachsenden Entlassungsberichts“ – schon weitgehend fertig gestellt. Das fand eine große Mehrheit (81 %) aus allen Berufsgruppen *sinnvoll*, wie Tabelle 19 zeigt.

**Item 15:**

**Vorgeschlagene Zuständigkeit: Arzt**

Der Arzt konzentriert sich auf das, was von anderen nicht untersucht werden kann. Er kann wichtige Themen wiederholen, abschließende Fragen des Patienten beantworten und wichtige Hinweise und Ratschläge herausstellen. Bei gut eingearbeiteten Mitarbeitern sollte der Entlassungsbericht schon weitgehend komplett sein. Der Arzt prüft alle Unterlagen und die bisher entstandenen Teile des Entlassungsberichts auf Stimmigkeit, korrigiert und ergänzt bei Bedarf und erzeugt so die endgültige Fassung (abgesehen von weiteren Änderungen durch vorgesetzte Ärzte).

Item 15	Ärzte	Pflegekräfte	Bewegungstherapeuten	Psychologen	Andere	Alle
Weiß nicht	4,8	3,0	0,0	0,0	4,2	2,2
Nicht sinnvoll	4,8	9,1	0,0	0,0	4,2	3,7
Vielleicht sinnvoll	19,0	6,1	11,1	23,8	4,2	11,9
Sinnvoll	66,7	81,8	88,9	76,2	87,5	81,5
Fehlend	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
	100	100	100	100	100	100

Tabelle 19: Schlussuntersuchung durch den Arzt, Prozentwerte,  $N = 135$ .

### 8.2.17 Überblick über alle Vorschläge

Die folgende Tabelle 20 (auf der nächsten Seite) gibt noch einmal einen Überblick über alle Vorschläge unabhängig von der Berufsgruppe. Hierzu wurde pro Vorschlag ein Zustimmungspunktwert berechnet (siehe Abschnitt 8.1.3, Seite 29). Er kann zwischen 0 (alle Befragten bewerten den Vorschlag als *nicht sinnvoll*) und 100 (alle Urteile lauten *sinnvoll*) variieren. Die Vorschläge sind nach Ausmaß der Sinnhaftigkeit absteigend geordnet.

Die Werte variieren zwischen mittlerer Zustimmung (50 Punkte, hilfreiche Gespräche durch Pflegekräfte) und fast völliger Zustimmung (92 Punkte, Vorbereitung der Schlussuntersuchung durch die Reha-Assistentin). Bei 13 von 15 Vorschlägen ist *sinnvoll* die am häufigsten angekreuzte Kategorie, bei zweien *vielleicht sinnvoll*, bei keinem *nicht sinnvoll*.

### 8.2.18 Teilgruppen: Zusammenhänge und Unterschiede

Leitende Personen (Ärzte, Pflege, Physiotherapeuten) beurteilten die Sinnhaftigkeit fast aller Vorschläge positiver als nichtleitende. Wenn man einen auf 100 normierten Summenscore über alle Vorschläge hinweg bildet, wird der Unterschied signifikant. Leitende erzielten  $79 \pm 15$  Punkte ( $M \pm s$ ), Nichtleitende:  $71 \pm 16$  (Mann-Whitney-U-Test,  $U = 1120,5$ ;  $p = .021$ ).

Nr.	Prozent			Punkte (0 – 100)	Vorschlag
	Nicht sinnvoll	Vielleicht sinnvoll	sinnvoll		
14	1	13	83	92	Abschluss: Vorbereitung der Schlussuntersuchung: Reha-Assistent
15	4	12	82	90	Abschluss: Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht: Arzt
2	2	18	78	88	Aufnahme: Information über organisatorische Abläufe: Reha-Assistent
6	7	13	77	86	Aufnahme: Prüfen, Ergänzen...: Arzt
9	4	28	65	81	Verlauf: Information, Schulung, Anleitungen: festes Team
5	7	26	65	80	Aufnahme: Assessment Mobilität: Sportlehrer/Physiotherapeut
7	6	26	63	80	Verlauf: Therapieleitung und -steuerung: Sportlehrer/Physiotherapeut
1	10	22	64	78	Aufnahme, administrativ: Reha-Assistent
8	7	34	54	75	Verlauf: Entspannungstraining: jeder therapeutische Beruf
13	10	32	54	73	Abschluss: Subjektiver Reha-Erfolg und persönliche Veränderungen: Psychologe
12	13	28	51	71	Abschluss: Assessment in Mobilität, Leistungsbild: Sportlehrer/Physiotherapeut
11	10	38	43	69	Verlauf: Moderation Rehateam: Psychologe
4	14	38	44	66	Aufnahme: die Patientensicht: Psychologe
3	17	39	38	61	Aufnahme: Vorbereitung: Reha-Assistent
10	29	36	28	50	Verlauf: Psychologische Beratung: auf Wunsch durch Pflege

Tabelle 20: Ausmaß der Zustimmung zu den 15 Vorschlägen in absteigender Reihenfolge.

Geschlechtsunterschiede ergaben sich nur für 2 Vorschläge. Dass die Information über organisatorische Abläufe durch die Reha-Assistentin erfolgen sollte (Vorschlag 2) fanden mehr Frauen *sinnvoll* (86 vs. 60 %). Dass psychologisch hilfreiche Gespräche auf Wunsch eines Rehabilitanden auch von Pflegekräften durchgeführt werden können (Vorschlag 10) beurteilten mehr Männer als *sinnvoll* (65 vs. 35 %; beide Unterschiede signifikant,  $p < .01$  im U-Test). Zu beachten: Das Geschlecht ist mit dem Beruf korreliert, 88 % der Pflegekräfte und 85 % der Psychologen in dieser Stichprobe waren weiblich.

Die Berufserfahrung zeigte Zusammenhänge mit vier Vorschlägen (Tabelle 21). Mit Ausnahme des ersten Vorschlags verfügten Personen, die *sinnvoll* angekreuzt hatte, über mehr Berufserfahrung. Berufserfahrung ist konfundiert mit dem Innehaben einer Leitungsfunktion. Leitende verfügten im Mittel über 5 Jahre mehr Berufserfahrung.

Nr.	Berufserfahrung in Jahren (M)			Vorschlag
	Nicht sinnvoll	Vielleicht sinnvoll	Sinnvoll	
1	17	9	12	Aufnahme, administrativ: Reha-Assistent
6	7	9	12	Aufnahme: Prüfen, Ergänzen...: Arzt
10	9	12	13	Verlauf: Psychologische Beratung: auf Wunsch durch Pflege
13	11	9	13	Abschluss: Subjektiver Reha-Erfolg und persönliche Veränderungen: Psychologe

Tabelle 21: Einfluss der Berufserfahrung in der Rehabilitation auf die Beurteilung von vier Vorschlägen. Die Zahlen sind Mittelwerte. Die Unterschiede sind signifikant (Varianzanalysen,  $p < .05$ ).

### 8.2.19 Zusammenfassung

Vorschlägen, die den – zunächst nur imaginierten – Beruf der Reha-Assistentin beinhalteten, wurden mit einer Ausnahme deutlich positiv bewertet. Die Ausnahme betraf die Vorbereitung auf die medizinische Aufnahme, die eine geteilte Zustimmung erfuhr.

Ebenso deutlich positiv wurden die Vorschläge für die Bewegungstherapeuten beurteilt, denen mehr Selbständigkeit beim Assessment der Leistungsfähigkeit sowie der Therapieverordnung und -durchführung zugetraut wurde. Ihnen mehr Gewicht bei der Erstellung des Leistungsbildes zu geben, wurde von einem Teil der Ärzte abgelehnt.

Auch bei Vorschlägen, die eine Erweiterung der Psychologentätigkeit befürworteten, überwog die Bewertung als sinnvoll, allerdings war sie im Vergleich zu den anderen Vorschlägen weniger ausgeprägt. Andererseits fand auch eine Verengung des Aufgabengebietes keine deutliche Zustimmung: Dass Psychologen die Aufgabe, hilfreiche Gespräche zu führen, auf Wunsch des Rehabilitanden abgeben könnten, wurde durchschnittlich nur als vielleicht sinnvoll klassifiziert.

Ärzte würden nach diesen Vorschlägen entlastet. Vorbereitende Arbeiten würde die Reha-Assistentin übernehmen. Informationen, die im Gespräch erhoben werden müssen, würde der Psychologe beschaffen. Einschätzungen der Leistungsfähigkeit aus dem Bereich der Mobilität lieferte der Bewegungstherapeut, der auch die Therapiesteuerung verantworten würde. Teile des Entlassungsberichtes würden von verschiedenen anderen Berufsgruppen verfasst. Der Arzt wäre vor allem zuständig für Fragen der Diagnostik und der medikamentösen Therapie, sowie für eine Integration und Plausibilitätsprüfung aller ihm zugeliferten Informationen. Die Zustimmung der Ärzte zu allen diesen Vorschlägen überwog, variierte allerdings stark. Sie war höher, wenn es eher um einfachere, delegierbare Tätigkeiten ging (zum Beispiel Vorbereitung der Abschlussuntersuchung) und geringer, wenn das Abgeben von Verantwortung vorgeschlagen wurde (zum Beispiel Vorschläge, die das unmittelbare Schreiben in den Entlassungsbericht durch andere Berufsgruppen vorsahen).

Die Urteile der Kliniker waren bei einigen Vorschlägen abhängig von ihrem Beruf oder der Länge ihrer Berufserfahrung. Das Geschlecht wies kaum Zusammenhänge mit den Urteilen auf. Wenn es Zusammenhänge gab, waren sie vermutlich durch die Berufszugehörigkeit vermittelt. Leitende Personen urteilten über alle Vorschläge hinweg positiver als nichtleitende.

## 9. Die Akzeptanz der Vorschläge bei Rehabilitanden

Nachdem wir ein überwiegend positives Urteil der Kliniker konstatieren konnten, stellt sich nun die Frage, wie die Rehabilitanden dazu stehen.

### 9.1 Methode

In diesem Abschnitt wird der verwendete Fragebogen vorgestellt, die Stichprobe beschrieben und einige Angaben zur Statistik geliefert.

#### 9.1.1 Der Fragebogen

Die Befragung der Rehabilitanden erwies sich methodisch als schwierig. Versuche mit herkömmlichen Fragebogenformaten und dem Ausfüllen in Gruppen führten zu sehr vielen Verständnisschwierigkeiten und Nachfragen. Daraus entwickelten sich schwer zu unterbindende Diskussionen mit der Gefahr gegenseitiger Beeinflussung.

Üblicherweise enthalten Fragebögen kurze Items: Jedes beschreibt oder erfragt möglichst nur einen einzigen Sachverhalt. Komplexere Sachverhalte werden dadurch abgebildet, dass man mehrere Items zu Skalen zusammenfasst.

Ein zunächst erwogenes Item lautete zum Beispiel: „Ein Physiotherapeut sollte selbst entscheiden können, welche Art von Bewegungstherapie ich bekomme.“ Hinter diesem Item steckte allerdings ein ganzes Konzept: 1. Ein Physiotherapeut führt zu Beginn der Reha selbstständig ein Assessment der Leistungsfähigkeit und der Probleme im Bereich Mobilität durch. – 2. *Derselbe* Physiotherapeut bestimmt selbstständig Art und Umfang der Physiotherapie. – 3. *Derselbe* Physiotherapeut führt einen größeren Teil der Therapie auch selbst durch. – 4. Schließlich untersucht er auch am Ende der Reha die Leistungsfähigkeit und erhält ein hohes Gewicht beim Erstellen des sozialmedizinisch relevanten Leistungsbildes, soweit die Mobilität betroffen ist.

Diese Hintergründe mussten immer wieder erläutert werden. Schließlich wurde ein Vorgehen gewählt, bei dem die Erläuterungen in den Itemtext hineingeschrieben wurden. Die Texte wurden jedem Rehabilitanden einzeln vorgelegt und vorgelesen. Er erhielt Gelegenheit, Verständnisfragen zu stellen. Erst wenn sichergestellt war, dass er alles verstanden hatte, wählte er die zutreffende Antwortkategorie. Die Antwortkategorien wurden so formuliert, wie sie in Vorversuchen spontan häufig von Rehabilitanden geäußert wurden, zum Beispiel: „Das [die

Berufsgruppe, JH] wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernst genommen werde.“

Die Instruktion lautete: „Vielleicht erinnern Sie sich noch, was das Ziel dieser Befragung war. Es ging um die Frage, wie die verschiedenen Aufgaben, die in der Reha anfallen, auf die verschiedenen Berufe verteilt werden sollten. Dazu hat eine Arbeitsgruppe Vorschläge erarbeitet, und wir möchten nun gern von Ihnen wissen, was Sie als Patient davon halten. Bitte beachten Sie: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern Ihre Meinung ist gefragt. Bitte versuchen Sie nicht herauszufinden, ob ich mich über eine bestimmte Antwort freuen würde. Bitte antworten Sie so, wie Sie es in Ihrem Innersten wirklich empfinden.“

Inhaltlich entsprachen die Itemtexte soweit sinnvoll denen der Version für die Klinikmitarbeiter. Die Vorschläge 1 und 2 wurden wegen großer inhaltlicher Nähe in der Rehabilitandenversion zu einem zusammengefasst. Drei Vorschläge (Gesundheitsberatung durch festes Team, Moderation des Rehateams durch Psychologen, Vorbereitung der Abschlussuntersuchung durch Reha-Assistentin) wurden weggelassen, weil sie für Rehabilitanden wenig erfahrbar und beurteilbar waren. Ein Item wurde hinzugefügt, das in Form eines Fazits die ganze Tragweite der Vorschläge noch einmal deutlich machen sollte. Der Fragebogen ist im Anhang (Seite 137 ff) wiedergegeben.

### 9.1.2 Die Stichprobe

Befragt wurden 100 Personen aus vier verschiedenen Kliniken. Ihnen wurde die Befragung vorgestellt, zum Beispiel in einer Begrüßungsveranstaltung, und sie konnten sich dann zur Teilnahme melden. 75 Personen waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug  $52 \pm 8$  Jahre ( $M \pm s$ ). Nach eigenen Angaben litten 33 unter einer entzündlichen, systemischen rheumatischen Erkrankung, 35 unter einer degenerativen, 16 gaben das Fibromyalgiesyndrom an, 10 hatten andere Erkrankungen (z. B. Unfallfolgen, Morbus Sudeck) und 6 unklare oder unbekannte Diagnosen.

Die beruflichen Qualifikationen verteilten sich auf 6 Rehabilitanden mit ungelerten/angelernten Tätigkeiten, 68 mit Lehrberufen und 18 mit akademischen Ausbildungen. Bei acht Rehabilitanden war die Zuordnung schwierig („Organisatorin“) oder sie waren nicht berufstätig gewesen.

Ihren Gesundheitszustand insgesamt beurteilten 16 als *gut*, 59 als *weniger gut*, 22 als *schlecht* und 3 als *sehr schlecht*. Für 47 war es die erste Reha, für 26 die zweite und für 11 die dritte. 16 Rehabilitanden hatten schon häufiger als dreimal eine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen.

Die Stichprobe enthielt relativ viele Frauen und tendenziell besser ausgebildete Personen als es dem Durchschnitt der Rehabilitanden entspricht. Das spiegelt das größere Interesse die-

ses Personenkreises an der Fragestellung wieder. Die Stichprobe war kleiner als geplant. Das liegt an der aufwändigen Datenerhebung. Andererseits – wie sich noch zeigen wird – war die Zustimmung meist sehr deutlich, so dass sich auch bei Vertrauensintervallen für die Anteilswerte von meist weniger als  $\pm 10$  noch fundierte Aussagen machen lassen. Wenn etwa 75 von 100 einer Aussage zustimmen liegt der „wahre Wert“ mit 95%iger Wahrscheinlichkeit zwischen 67 und 85 ( $p \leq .05$ ).

### 9.1.3 Statistik

Dargestellt werden die Häufigkeiten, mit denen die jeweiligen Antwortkategorien gewählt wurden. Zusammenhänge mit anderen erhobenen Variablen – Alter, Geschlecht, Reha-Erfahrung, Diagnose, subjektiver Gesundheit und Berufsausbildung – wurden interferenzstatistisch getestet.

Für die Prüfung von Alterseinflüssen wurde bei jedem Item für jede Antwortkategorie das Durchschnittsalter derjenigen berechnet, die diese Antwort gewählt hatten. Die Mittelwertsunterschiede wurden pro Item mit einer einfachen Varianzanalyse überprüft.

Die Geschlechtsunterschiede wurden anhand von Kontingenztafeln und dem Chi<sup>2</sup>-Test untersucht. In derselben Weise wurden die Antworten der Diagnosegruppen und der Berufsgruppen auf Unterschiede geprüft.

Zusammenhänge mit der Häufigkeit vorangegangener Rehamassnahmen wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test überprüft. Die Itemantworten dienten als Gruppierungsmerkmale, die Häufigkeit der Reha-Massnahmen als Testvariable. Auf dieselbe Weise wurden Zusammenhänge mit subjektiver Gesundheit überprüft.

## 9.2 Die Vorschläge und ihre Bewertung durch Rehabilitanden

### 9.2.1 Aufnahme durch Reha-Assistentin

Der erste Vorschlag beschrieb die Aufnahmesituation. Auf Nachfragen betonten zusätzliche mündliche Erläuterungen die Idee einer „Aufnahme aus einer Hand“ mit der Vermeidung von Doppelbefragungen.

Die **Reha-Assistentin** begrüßt Sie in der Klinik. (Dabei handelt es sich um eine Arzthelferin, wie Sie sie von Ihren Ärzten zu Hause kennen. Sie hat zusätzlich eine intensive Fortbildung in allen Fragen rund um die Reha absolviert.) Sie erledigt sämtliche Aufnahmeformalitäten, zeigt Ihnen Ihr Zimmer und erklärt Ihnen den Reha-Alltag und was als Nächstes auf Sie zukommt.



Es folgen die Antwortkategorien und in Klammern die Häufigkeit der Antworten.<sup>18</sup> Damit bin ich einverstanden (94) – Die Regeln auf der Station sollte eine Krankenschwester erklären (4) – Das wäre mir egal (2). Dieser Vorschlag wurde also einhellig begrüßt.

### 9.2.2 Vorbereitung auf die medizinische Aufnahme durch Reha-Assistentin

Bei diesem Vorschlag ging es unter anderem darum, dass die Reha-Assistentin Teile der Anamnese erhebt. Mündliche Erläuterungen machten auf Nachfragen deutlich, dass die Reha-Assistentin keine medizinischen Entscheidungen trifft, sondern nur strukturiert erhebt und aufbereitet, was der Rehabilitand selbst berichtet und wünscht.

Dann nimmt die **Reha-Assistentin** sich Zeit, mit Ihnen gemeinsam einen Fragebogen durchzugehen. Er betrifft vor allem Ihre Krankengeschichte und Ihre jetzigen Gesundheits Sorgen, die Therapien, die Sie bisher gemacht haben, die Medikamente, die Sie einnehmen, Ihren Arbeitsplatz und Ihre finanzielle Situation. Alle Ihre Auskünfte werden notiert und an Ihren Reha-Arzt und alle für Sie zuständigen Therapeuten und Berater weitergeleitet, so dass alle Bescheid wissen. – Die Reha-Assistentin macht dann für Sie Termine beim Arzt, beim Physiotherapeuten und bei Bedarf bei verschiedenen Beratern (Ernährungsberatung, Sozialdienst, Psychotherapeut).

Die Antworten: Über meine Gesundheitsprobleme möchte ich nur mit einem Arzt sprechen (20) – Das wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernst genommen werde (49) – Vielleicht würde es mir sogar leichter fallen, mit der Assistentin zu sprechen als mit dem Arzt (30). Ein Rehabilitand konnte sich für keine Antwort entscheiden. Fast 80 Prozent hatten demnach akzeptiert, dass diese Aufgabe nicht von einem Arzt erledigt wird.

### 9.2.3 Erhebung der Rehabilitandenperspektive durch Psychologen

Die Sichtweise des Rehabilitanden zu erfragen sollte Aufgabe der Psychologen sein. Zusätzliche Erläuterungen betrafen vor allem die Klarstellung, dass es sich dabei nicht um Diagnostik psychischer Beeinträchtigungen oder Störungen handelt.

Für die Gestaltung der Reha soll auch Ihre persönliche Sichtweise berücksichtigt werden. Dazu erkundigt sich ein **Psychologe** bei Ihnen, was Sie selbst über Ihre Krankheit wissen und wie Sie darüber denken und auf welchen Gebieten Sie Beratung wünschen. Er fragt danach, wo sich die Krankheit in Ihrem Leben besonders nachteilig bemerkbar macht und wobei die Reha helfen soll. Er informiert Sie über die grundsätzlichen Ziele der Reha und die Möglichkeiten, die Sie nach der Reha haben, um den Erfolg zu stabilisieren.

Die Rehabilitanden signalisierten überwiegend Zustimmung: Das finde ich gut (69) – Das möchte ich nur mit einem Arzt besprechen (11) – Das wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernst genommen werde (12). Acht Rehabilitanden konnten sich nicht entscheiden.

---

<sup>18</sup> Die Zahlen lassen sich bei N = 100 als absolute oder relative Häufigkeiten lesen. Die Anzahl fehlender Daten war wegen der Anwesenheit des Versuchsleiters beim Ausfüllen in der Regel sehr gering (Median unter 1). Die relativen Häufigkeiten bezogen auf die Anzahl der Antwortter sind also noch etwas höher.

## 9.2.4 Assessment der Beeinträchtigungen der Mobilität durch Bewegungstherapeuten

Auf Nachfragen wurde verdeutlicht: Welche Assessmentverfahren mit welchem Ziel routinemäßig angewandt werden, kann im Team abgesprochen werden. Durchführung und Auswertung liegen beim Therapeuten. Der Arzt wird sich um diesen Aspekt nicht mehr selbst kümmern.

Der **Physiotherapeut** oder der **Diplomsportlehrer** untersucht, wie stark Ihre Beschwerden Sie in Beruf und Privatleben behindern. Wie steht es mit Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit? Was fällt Ihnen schwer? Und was können Sie gar nicht mehr tun? Er ist zuständig für die Erfassung Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und berücksichtigt dabei besonders die Belastungen durch Ihre Arbeit.

Die Antworten waren auch hier überwiegend zustimmend: Ich kann mir vorstellen, dass ein Physiotherapeut oder Sportlehrer meine Leistungsfähigkeit sogar besonders gut beurteilen kann (77) – Meine körperliche Leistungsfähigkeit kann ein Arzt besser beurteilen (5) – Beide Berufe sind gleich gut geeignet (17) – keine Angabe (1).

## 9.2.5 Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen durch den Arzt

Der Arzt beschränkt sich bei der Aufnahme auf das, was andere Berufsgruppen ihm nicht abnehmen können. Im Itemtext wurde vergessen und deswegen bei jedem Rehabilitanden mündlich ergänzt: Der Arzt ist auch zuständig für die Verordnung von Medikamenten.

Der **Arzt** überprüft, ob klar ist, welche Krankheiten Sie haben und ob irgendwelche besonderen Risiken oder Komplikationen bestehen. Bei Bedarf führt er weitere Untersuchungen durch. Er ist der Fachmann für die medizinische Diagnose. – Der Arzt prüft an dieser Stelle *nicht*, welche Auswirkungen Ihre Krankheit auf Berufsleben und Alltagstätigkeiten hat – das ist ja schon von den vorangegangenen Personen geprüft worden.

Gemessen an den übrigen Vorschlägen war auch hier die Zustimmung vorhanden, aber doch verhaltener ausgeprägt: „Der Arzt sollte sich für meine ganze Person interessieren, nicht nur für meine medizinische Diagnose“, meinten 36 Befragte; „ich finde es in Ordnung, wenn der Arzt sich auf das konzentriert, wofür er am besten ausgebildet ist: die Diagnostik“, wählten 64.

## 9.2.6 Steuerung der Bewegungstherapie

Dieser Vorschlag spiegelte eine Idee des *open access* wieder (vgl. S. 16). Zusätzlich erläutert wurde die Rolle des Arztes: Er entscheidet, dass Bewegungstherapie durchgeführt wird, aber nicht über die Art und Intensität.

**Bewegungstherapie:** Art und Umfang von Bewegungstherapie, Gymnastik und Sport werden von *dem* Physiotherapeuten oder Sportlehrer festgelegt, der am Anfang Ihre Leistungsfähigkeit untersucht hat. Er führt die Übungen auch mit Ihnen durch. Sie haben es also von Anfang bis Ende immer mit demselben Therapeuten zu tun, einzeln oder in der Gruppe.

Dieses Vorgehen war vielen Rehabilitanden schon aus der ambulanten Therapie vertraut, wo es offensichtlich recht üblich und in der Wahrnehmung der Rehabilitanden unproblematisch ist: „Damit wäre ich einverstanden“ sagten 91; „alle Therapien sollten grundsätzlich nur von einem Arzt verordnet werden“ kreuzten 8 Befragte an, einer blieb unentschlossen.

### 9.2.7 Entspannungstraining ohne Psychologen

Das Item lautete:

**Entspannungstraining:** Auch das Entspannungstraining wird von Ihrem Sportlehrer/Physiotherapeuten geleitet – es sei denn, Sie haben sehr unter Stress oder psychischen Problemen zu leiden. Dann kommen Sie in eine Gruppe, die von einem Psychologen geleitet wird.

Entspannungstraining hatten nicht wenige Rehabilitanden bereits bei anderen Gelegenheiten unter der Leitung von Physiotherapeuten und Sportlehrern positiv erlebt. Ein knappes Viertel war jedoch skeptisch: Damit wäre ich einverstanden (77) – Entspannungstraining sollte grundsätzlich nur von Psychologen angeleitet werden (23).

### 9.2.8 Psychologisch hilfreiche Gespräche durch Teammitglied

Dieser Vorschlag hatte von den Mitarbeitern die geringste Zustimmung erhalten.

**Bei psychischen Problemen** kann der Patient wählen, ob er mit einem Psychotherapeuten sprechen möchte oder lieber mit einem Mitglied seines Rehateams, das er schon kennt und zu dem er vielleicht ein besonderes Vertrauen hat, z. B. mit einer Krankenschwester.

Auch bei den Rehabilitanden – wie vorher schon bei den Mitarbeitern – löste dieser Vorschlag keine einhellige Zustimmung aus, ein gutes Drittel war dagegen: Für psychische Probleme sollte grundsätzlich nur ein Psychotherapeut zuständig sein (35) – Psychologische Hilfe kann jeder erbringen, der dem Patienten auf natürliche Weise einfühlsam und respektvoll begegnet und sich aktiv bemüht (65).

### 9.2.9 Abschluss: Assessment und Leistungsbild durch Bewegungstherapeut

Hier ging es um die Abschlussuntersuchung durch den Bewegungstherapeuten. Viele Nachfragen betrafen das Leistungsbild. Die zusätzliche mündliche Information hierzu lautete: Im Unterschied zum bestehenden Vorgehen erhält das Urteil des Bewegungstherapeuten ein deutlich größeres Gewicht. Der Arzt wird das Urteil des Therapeuten *in der Regel* übernehmen, wenn nicht neben den orthopädischen noch weitere Gesundheitsprobleme eine sozialmedizinisch relevante Rolle spielen, die der Bewegungstherapeut nicht einschätzen kann.

**Ihr Physiotherapeut/Sportlehrer**, der Sie durch die Reha begleitet und Sie bei den verschiedensten Übungen kennengelernt hat, untersucht gegen Ende der Reha – genau wie schon am Anfang – Ihre körperliche Leistungsfähigkeit. Aufgrund der Ergebnisse stellt er fest, wieweit Sie ihre Rehaziele erreicht haben. Außerdem gibt er ein Urteil darüber ab, ob Sie vollschichtig in Ihrem Beruf weiterarbeiten können oder ob er irgendwelche Einschränkungen sieht.

Die Antworten: Der Physiotherapeut/ Sportlehrer hat mich während der gesamten Reha betreut und weiß genau, was ich kann. Daher vertraue ich seinem Urteil (73) – Meine berufliche Leistungsfähigkeit zu beurteilen, das traue ich eher einem Arzt zu (21). Sechs Rehabilitanden konnten sich nicht entscheiden.

#### 9.2.10 Subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen

Dieser Vorschlag ist das Pendant zu Item 3: Ging es dort um die subjektive Sicht des Rehabilitanden auf sein Gesundheitsproblem und dessen Folgen sowie um seine Ziele in der Reha, so werden hier die Erfahrung und der Erfolg der Reha selbst thematisiert, ferner werden die Nachsorgemöglichkeiten diskutiert.

Der **Psychologe** befragt Sie noch einmal nach Ihrer persönlichen Meinung: Wie sehen Sie selbst den Erfolg der Reha und wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit ein? Außerdem erkundigt er sich danach, was Sie in Zukunft selbst für Ihre Gesundheit tun wollen, welche nützlichen Tipps Sie in der Klinik bekommen haben, was Sie Neues erfahren haben in Bezug auf Ihre Krankheit. Er erklärt Ihnen auch die so genannte Nachsorge und sagt ihnen, wo Sie sie in Anspruch nehmen können. Er gibt alle Informationen an Ihren Arzt weiter.

Auch hier überwog eine positive Bewertung bzw. Akzeptanz: Das finde ich gut (67) – Das möchte ich nur mit einem Arzt besprechen (9) – Das wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernst genommen werde (23). Ein Rehabilitand konnte sich zu keiner Entscheidung durchringen.

#### 9.2.11 Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht

In der Abschlussuntersuchung beschränkt sich der Arzt weitgehend darauf, die Arbeit der anderen Berufsgruppen zusammenzufassen und mit dem Rehabilitanden zu besprechen:

Beim **Arzt** laufen alle Informationen der Therapeuten, Berater, Pflegekräfte und der Reha-Assistentin zusammen. Er formt daraus ein Gesamtbild und bespricht es abschließend mit Ihnen.

Hierfür gab es fast völlige Zustimmung: Das wäre mir zu wenig. Der Arzt soll möglichst viel selbst machen (3) – Wenn es klappt, dass der Arzt wirklich alle wichtigen Informationen erhält, wäre ich damit einverstanden (97).

#### 9.2.12 Die Grundidee

Unter der Überschrift „Fazit“ wurde die Grundidee, die hinter allen Vorschlägen steckte, ausdrücklich dargestellt. Damit sollte den Rehabilitanden auch noch einmal die Tragweite der Vorschläge vor Augen geführt werden.

Der Arzt steht nicht mehr so im Mittelpunkt der Reha. Er gibt Aufgaben ab: Aufgaben, für die er überqualifiziert ist, übernimmt die Reha-Assistentin. Andere Aufgaben gibt er ab, weil es dafür auch andere Mitarbeiter gibt, die ebenso gut qualifiziert sind oder sogar besser. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit zum Beispiel übernimmt der Physiotherapeut. Der Arzt ist auch nicht mehr der Hauptansprechpartner des Patienten. Diese Rolle übernimmt der Physiotherapeut.

peut, teilweise auch die Reha-Assistentin. Der Arzt konzentriert sich vor allem auf seine Kernkompetenz: Diagnostik und Medikamente.

Acht Rehabilitanden lehnten dies prinzipiell ab („gefällt mir nicht“), zehn vermuteten, dass sich Vor- und Nachteile vermutlich ausgleichen. Ein Drittel fand „dieses System besser als das bisherige“. Die häufigste Antwort kam von 48 Rehabilitanden: „Müsste man mal ausprobieren.“

### 9.2.13 Übersicht

Die folgende Tabelle 22 stellt die Antworten der Rehabilitanden noch einmal übersichtlich dar. Die Zustimmung variiert zwischen 30 und 97, bei jedem Vorschlag gibt es mehr Zustimmung als Ablehnung.

Nr.	Vorschlag-Stichwort	Zustimmung	Ablehnung	Keine Angabe
1*	Aufnahme durch Reha-Assistentin	94	4	0
2*	Anamnese mit Reha-Assistentin	30	20	1
3*	Psychologe: subjektive Sicht	69	11	8
4*	Bewegungstherapeut: Assessment	77	5	1
5	Arzt: Diagnostik, Medikamente	64	36	0
6	Bewegungstherapeut: Therapiesteuerung	91	8	1
7	Bewegungstherapeut: Entspannung	77	23	0
8	Teammitglied: psychologisch hilfreiche Gespräche	65	35	0
9	Bewegungstherapeut: Assessment, Leistungsbild	73	21	6
10*	Psychologe: Reha-Erfahrungen, subjektiver Erfolg	67	9	1
11	Arzt: Sammeln, integrieren, besprechen	97	3	0

Tabelle 22: Zustimmung und Ablehnung von 100 Rehabilitanden bei 11 Vorschlägen für eine neue Aufgabenverteilung. – \* An 100 fehlende Werte entfielen auf eine dritte, in der Tabelle nicht aufgeführte Antwortkategorie: „Das wäre mir egal, solange mir zugehört und ich ernstgenommen werde“ (Vorschläge 2, 3 und 10), „Beide Berufe sind gleich gut geeignet“ (Vorschlag 4), „Das wäre mir egal (Vorschlag 1).

### 9.3 Teilgruppen: Zusammenhänge und Unterschiede

Geprüft wurden Zusammenhänge mit dem Alter, Geschlecht, Reha-Erfahrung, Diagnose, subjektiver Gesundheit und Berufsausbildung. Es ergaben sich mit einer Ausnahme bei keinem Item irgendwelche signifikanten Ergebnisse. Die Ausnahme betraf die Erhebung der Reha-Erfahrungen durch den Psychologen. Frauen wählten häufiger „das finde ich gut“, Männer „das wäre mir egal“ (Tabelle 23). Die Unterschiede waren allerdings gering. Bei insgesamt 72 durchgeführten Tests ist *ein* signifikantes Ergebnis zu erwarten.

Viele Tests, bei denen Kreuztabellen angewandt wurden, konnten nicht interpretiert werden, weil die Kombination von geringer Fallzahl und geringer Variabilität der Antworten bei Kon-

tingenztafeln geringe erwartete Häufigkeiten mit sich brachten<sup>19</sup>. Auf die Darstellung der vielen nichtsignifikanten Ergebnisse wird hier verzichtet. Beispielhaft finden sich die Ergebnisse für den zusammenfassenden Vorschlag 12 im Anhang (Seite 142).

Antworten Vorschlag 10	Frauen	Männer	alle
Das finde ich gut	55 50,1	12 16,9	67
Das möchte ich lieber mit einem Arzt besprechen	4 6,7	5 2,3	9
Das wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernstgenommen werde	15 17,2	8 5,8	23
Summe	74	25	99

Tabelle 23: Unterschiedliche Antworten von Männern und Frauen. Kursiv dargestellt sind die erwarteten Häufigkeiten unter der Annahme der Gleichverteilung. Die Abweichung ist signifikant ( $Chi^2 = 7,40$ ;  $p \leq .05$ ).

#### 9.4 Zusammenfassung: Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung

Der Einsatz der Reha-Assistentin bei einer „Aufnahme aus einer Hand“ wurde einhellig begrüßt. Teile der Anamnese zu erheben, trauten der Reha-Assistentin 80 % der Befragten zu. 30 % schlossen nicht aus, dass ihnen das Gespräch mit der Reha-Assistentin sogar leichter fallen würde.

Dass ein Physiotherapeut/Diplomsportlehrer zu Beginn und Ende Assessments der Leistungsfähigkeit durchführt (auf die der Arzt dann verzichtet), die Art und Intensität der Bewegungstherapie selbständig steuert, das Entspannungstraining anstelle des Psychologen durchführt und seine Ergebnisse bei der Erstellung des sozialmedizinischen Leistungsbildes maßgeblich berücksichtigt werden – das begrüßten mindestens zwei Drittel der Befragten.

Psychologen erheben die subjektive Sicht des Rehabilitanden auf seine Krankheit und ihre Folgen, auf den erlebten Reha-Erfolg u.a. Diese Vorschläge fanden ebenfalls die Billigung von etwa zwei Dritteln. Dasselbe traf zu für die Möglichkeit, bei psychischen Schwierigkeiten Hilfe bei einer Pflegekraft zu suchen.

Die Konzentration des Arztes auf Diagnostik und Medikamente sowie das Sammeln, Integrieren und Besprechen aller ihm vom Team zugeliferten Informationen fand ebenfalls eine große Zustimmung.

Bei der zusammenfassenden Darstellung der Grundidee war die häufigste Antwort (48 Mal) „müsste man mal ausprobieren“. Acht Rehabilitanden äußerten Ablehnung.

Nennenswerte Zusammenhänge mit Alter, Geschlecht, Reha-Erfahrung, Diagnose, subjektiver Gesundheit und Berufsausbildung ergaben sich nicht.

<sup>19</sup> Der Chi<sup>2</sup>-Test setzt voraus, dass bei Vier-Felder-Tafeln alle erwarteten Häufigkeiten, bei Tafeln mit mehr Feldern mindestens 80 % der erwarteten Häufigkeiten  $\geq 5$  sind.

Der Vergleich der Rehabilitandenurteile mit denen der Mitarbeiter zeigte tendenziell viele Übereinstimmungen. Wo es Unterschiede gab, waren die Mitarbeiter skeptischer als die Rehabilitanden: Die Vorbereitung der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung, insbesondere die Erhebung von Teilen der Anamnese durch eine Reha-Assistentin, fanden die Rehabilitanden viel weniger problematisch als die Klinikmitarbeiter. Dasselbe galt für die Besprechung psychischer Beeinträchtigungen mit psychotherapeutischen Laien.

## **10. Reaktionen von führenden Personen aus Klinik, Wissenschaft, Fachverbänden und Rentenversicherung**

Eine abschließende Befragung richtete sich an einige Personen, die in der Rehabilitation an herausgehobener Stelle besondere Verantwortung tragen – in Leitungsfunktionen in Kliniken, in Fachverbänden, in der Wissenschaft oder bei der Deutschen Rentenversicherung – und denen wir daher eine besonders ausgebildete Urteilskraft zutrauten.

### **10.1 Methode**

Im Dezember 2009 veranstaltete der Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen ein Symposium „Reha 2020 – Neue Rollen- und Aufgabenverteilung in der Rehabilitation“ (Uhlmann, 2010). Die 15 Referenten kamen aus den o. a. Bereichen<sup>20</sup>. Im Sommer 2010 führte die DRV Bund einen Expertenworkshop mit ca. 30 Teilnehmern mit dem Titel „Transdisziplinarität im Rehateam“ durch. Auch dabei ging es um die Frage, ob und wie Aufgaben anders als bisher verteilt werden könnten. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Arztentlastung.

Alle Referenten und Referentinnen des Freiburger Symposiums und alle Teilnehmer des Expertenworkshops wurden angeschrieben (s. Anhang, Seite 143 f). Zusätzlich in den Empfängerkreis aufgenommen wurde eine leitende Person der Deutschen Rentenversicherung, die in der Vergangenheit Interesse an unserer Fragestellung gezeigt hatte. Alle erhielten per Post eine zusammenfassende Darstellung (Höder 2011) unseres Themas sowie eine Übersicht über alle Ergebnisse der Befragungen von Klinikern und Rehabilitanden.

In dem Schreiben wurden Ihnen dann folgende Möglichkeiten zur Auswahl vorgelegt:

1. Einige der 15 Vorschläge zu einer neuen Aufgabenverteilung erscheinen mir so plausibel, dass sie unter wissenschaftlicher Begleitung praktisch erprobt werden sollten.
2. Vor einer praktischen Erprobung müssten noch weitere Vorarbeiten geleistet werden.
3. Ich sehe nicht genügend Erfolgsaussichten und würde von einer praktischen Erprobung abraten.

---

<sup>20</sup> Programm und Referenten unter [http://www.uniklinik-freiburg.de/rfv/live/Symposium/Symposium2009/Flyer\\_Symposium\\_Reha2020.pdf](http://www.uniklinik-freiburg.de/rfv/live/Symposium/Symposium2009/Flyer_Symposium_Reha2020.pdf)

4. Ich favorisiere ganz andere Alternativen (z. B. Arztstellen irgendwie attraktiver machen, bessere Fortbildung der Mitarbeiter).

Die Empfänger wurden gebeten, unter den vier vorgegebenen Sätzen denjenigen auszuwählen, der ihrer Meinung am besten entsprach. Einige fügten auch Kommentare hinzu, zum Teil sehr ausführliche.

## 10.2 Stichprobe

In der Stichprobe vertreten waren 7 Klinikchefs aus verschiedenen Fachbereichen, 4 leitende Klinische Psychologen (darunter gegenwärtige/vergangene Vorstandsmitglieder des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation), 6 Repräsentanten der Deutschen Rentenversicherung (darunter drei Erste Direktoren), 7 Reha-, Sport- oder Pflegewissenschaftler (überwiegend Professoren) sowie 3 Vertreter von Fachverbänden der Ergotherapie und Sozialarbeit, insgesamt 27 Personen, 60 % der Angeschriebenen.

## 10.3 Ergebnisse

Von 27 Befragten sprachen sich 22 für eine praktische Erprobung unter wissenschaftlicher Begleitung aus (Antwort 1), 2 hielten weitere Vorarbeiten für nötig (Antwort 2), 2 kreuzten sowohl Antwort 1 wie 2 an und 1 Person lieferte eine detaillierte Stellungnahme, ohne sich für eine der Wahlmöglichkeiten explizit zu entscheiden (Anhang Seiten 145 ff.). Auch andere lieferten kleinere oder größere Kommentare, sie sind alle im Anhang dokumentiert.

Manche Kommentare äußerten Bedenken in Anbetracht der gegenwärtigen Strukturen (Stellenpläne etc.), andere zeigten Missverständnisse, vor allem in Bezug auf die vorgeschlagene Rolle des Psychologen, z. B. wenn unterstellt wurde, er solle die ärztliche Aufnahmeuntersuchung in Gänze ersetzen, wo doch nur gemeint war, er soll die subjektiven Parameter erheben. Auch das häufig zu hörende Argument, mit mehr Arztstellen und weniger bürokratischen Pflichten wäre alles in Ordnung, fehlte nicht. Den Kommentatoren war weiter wichtig:

- Die vorgeschlagene Aufgabenneuverteilung bezieht sich nur auf die orthopädische Rehabilitation, bei anderen Indikationen könnten andere Regelungen erfolgversprechender sein.
- Sozialarbeiter und Ergotherapeuten finden zu wenig Berücksichtigung
- Die Verwirklichung der Vorschläge stellt erhöhte Ansprüche an die Organisation der Arbeitsabläufe.



## 11. Diskussion

Die Studie nahm von folgenden Gesichtspunkten ihren Ausgang:

- Ärzte in der Rehabilitation werden mit einer Vielzahl von Aufgaben belastet. Einige davon setzen kein Medizinstudium voraus und könnten auch von anderen Berufsgruppen erledigt werden.
- Der Sachverständigenrat plädierte für eine neue Aufgabenverteilung abseits einer „nicht immer effizienten“ Arztzentrierung des Gesundheitswesens
- Andere Berufe des Gesundheitswesens reformieren ihre Ausbildung im Sinne einer Akademisierung. Ihre erweiterten Kompetenzen könnten auch in der Rehabilitation von Nutzen sein.
- Es wird allgemein ein Ärztemangel beklagt. Ein Ausweg könnte in einer Aufgabenneuverteilung liegen
- Es gibt bereits eine vorsichtige Öffnung einiger gesetzlicher Regelungen hin zu mehr Eigenständigkeit anderer Gesundheitsberufe
- Studien aus anderen medizinischen Bereichen oder anderen Ländern zeigen Ergebnisse, die eine Übertragung mancher Aufgaben vorteilhaft erscheinen lassen.

Angeregt von diesen Entwicklungen ging es in dieser Studie darum, Vorschläge für eine Neuverteilung zu entwickeln und auf Akzeptanz bei Klinikern, Rehabilitanden und Personen mit herausgehobener Verantwortung in der Rehabilitation zu prüfen. Die Vorschläge wurden auf der Basis von Interviews mit Klinikern, einschlägigen Studien, Stellungnahmen von Berufsverbänden und eigenen Erfahrungen entwickelt und fanden überwiegend eine eher positive Resonanz, allerdings nicht alle in gleichem Maße. Am Pol der größten Zustimmung sahen wir die Einführung einer Reha-Assistentin, nicht ganz so positiv beurteilten die Befragten die Übertragung von Aufgaben an Psychologen und Physiotherapeuten. Insgesamt unterschieden sich Mitarbeiter und Rehabilitanden nur wenig, wobei letztere gelegentlich mehr Zustimmung äußerten.

Die Überlegungen, Vermutungen und viele Befunde dieser Studie wurden bisher in verschiedenen Vorträgen vorgestellt und erzeugten regelmäßig heftige Diskussionen. Ärzte befürchteten, Klinikleitungen hofften, man wolle/könne vor allem Arztstellen abbauen und Geld sparen. Ärzte wollten gern ungeliebte Aufgaben delegieren, aber nicht wirklich Verantwortung übertragen. Nicht nur Psychologen lehnten den Vorschlag ab, dass auch so genannte Laien psychologisch hilfreiche Gespräche führen können. Manche Zuhörer setzten auf eine Qualitätsverbesserung und eine Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, andere erwarteten ein

organisatorisches Chaos. Außerdem gab es natürlich Methodenkritik. All dem soll im Folgenden nachgegangen werden.

## 11.1 Grenzen

Die Formulierung der Fragebogenitems hat zweifellos etwas Suggestives: In üblichen Fragebögen wird meist nur eine schlichte Aussage gemacht, der der Proband dann abgestuft zustimmen oder widersprechen kann. In unserem Fragebogen wurden die Aussagen jedoch begründet, teilweise ausführlich begründet. Unerwähnt blieb, was möglicherweise *gegen* einen bestimmten Vorschlag sprechen könnte. Ferner: Die Vorschläge unterstellten teilweise nicht nur eine andere Aufgabenverteilung, sondern auch weitere Merkmale der Prozessqualität, die von Rehabilitanden erfahrungsgemäß sehr geschätzt werden, z. B. Therapeutenkonstanz und ein funktionierendes Team mit reibungsloser Kommunikation. Dies sind konfundierende Faktoren.

Die Rehabilitandenstichprobe weist einen hohen Frauenanteil auf, was wahrscheinlich das generell höhere Interesse von Frauen an Gesundheitsthemen widerspiegelt. In der Mitarbeiterstichprobe sind die Berufsgruppen, die in den teilnehmenden Rehakliniken in geringer Kopfzahl vertreten waren, z. B. Sozialpädagogen und Ergotherapeuten, in ihren Besonderheiten nicht ausreichend gewürdigt.

Insgesamt vermuten wir, dass die „wahren Werte“ systematisch etwas ungünstiger liegen als die gemessenen. Doch selbst wenn wir alle Anteilswerte um ein halbes Konfidenzintervall ( $p \leq .01$ )<sup>21</sup> in eine inhaltlich konservativere Richtung veränderten, bliebe die Zustimmung deutlich – deutlich genug jedenfalls um eine weitere Bearbeitung unseres Themas zu rechtfertigen, wie es auch die befragten führenden Persönlichkeiten empfahlen.

## 11.2 Ökonomie

Wie würde sich die vorgeschlagene Aufgabenneuverteilung wirtschaftlich auswirken? Manche Vorschläge sind vollkommen oder annähernd kostenneutral. Dies betrifft die Moderation des Rehateams durch einen Psychologen und die Bildung eines festen Teams für die Patientenschulung. Andere bringen Einsparungen: hilfreiche Gespräche und Entspannungstraining, soweit sie nicht von Psychologen durchgeführt werden.

Schwerer zu beurteilen sind die Vorschläge, die dem Arzt Arbeiten abnehmen, ihm aber das Prüfen und Integrieren dieser Arbeiten lassen. Rein rechnerisch<sup>22</sup> kann eine Reha-Assistentin bei gleichen Lohnkosten 1,9 bis 2,6 Mal so viel Zeit für eine Tätigkeit aufwenden wie ein Arzt für dieselbe Tätigkeit. Ähnlich lauten die Zahlen für Physiotherapeuten. Diplom-

<sup>21</sup> Die Konfidenzintervalle auf dem 1-%-Niveau lagen je nach Stichprobenumfang und Höhe des Anteilswertes zwischen  $\pm 2$  und 12, die Hälfte der Konfidenzintervalle war kleiner als  $\pm 7$ .

<sup>22</sup> Berechnet nach den Entgeltgruppen, wie sie in der Tarifgemeinschaft der Deutschen Rentenversicherung gelten, jeweils Stufe 3. Einzelheiten im Anhang, S. 156.

sportlehrer könnten sich 1,4 bis 1,8 Mal solange Zeit lassen, Psychologen 1,1 bis 1,6 Mal. Der Rollentausch ist besonders lohnend, wenn ein Facharzt Aufgaben abgibt: Dann gilt der jeweils zweite Wert. Mehr Zeit bei gleichen Kosten wäre eine gute Voraussetzung für eine intensivere Auseinandersetzung mit der jeweiligen Aufgabe und für mehr Qualität.

Allerdings muss man in der Realität Zeit für erhöhten Organisationsaufwand abziehen. Die Arbeitsorganisation steht in einem Spannungsfeld zwischen zwei denkbaren Extremen: Ein universell befähigter Mitarbeiter erledigt alle Aufgaben vs. jede Aufgabe wird einem Spezialisten anvertraut. Im ersten Fall stellt sich das Problem, dass man in der Realität kaum jemanden finden wird, der alle Aufgaben gleich gut bewältigt. Der zweite Fall dagegen benötigt eine exzellente Ablauforganisation und ein ausgeklügeltes Verfahren, das alle Arbeitsergebnisse der Spezialisten zusammenführt und zu einem Gesamtbild integriert. Die optimale Organisationsstruktur liegt natürlich irgendwo dazwischen – wo genau wissen wir nicht. Die hier diskutierten Vorschläge sprachen sich überwiegend für mehr Spezialisierung aus. Eine Mindestvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist dabei sicherlich eine EDV-Ausstattung, die es jeder Berufsgruppe gestattet, schnell und unkompliziert auf die Dokumente der anderen Berufe zuzugreifen sowie die Möglichkeit für alle, unmittelbar in einen „wachsenden Entlassungsbericht“ hineinzuschreiben. Hier stecken viele Teufel im Detail.

Ferner: Ein von mehreren Ärzten geäußertes Argument lautet: Das Prüfen und eventuelle Korrigieren der Arbeit anderer dauert genauso lange wie das Selbermachen. Dies betrifft mehrere Vorschläge, z. B. die Erhebung der Sozialanamnese durch die Reha-Assistentin oder die Beurteilung von Aspekten der funktionalen Gesundheit durch den Sportwissenschaftler. Diese Vorschläge könnten kostenwirksam werden, wenn es gelingt, die Beteiligten soweit fortzubilden, dass der Arzt seine Prüfungen auf ein Minimum beschränkt, weil er berechtigtes Vertrauen in die Fähigkeiten der Mitarbeiter setzen kann.

Unakzeptabel fanden viele Ärzte, dass sie etwas abgeben sollten, wofür sie am Ende aber doch verantwortlich blieben. Nach § 26 SGB IX arbeiten „andere Heilberufe“ in der Rehabilitation unter „ärztlicher Aufsicht“<sup>23</sup>. Wie weit dieser Paragraph oder seine übliche Auslegung noch zeitgemäß ist, wäre zu diskutieren; ebenso wäre zu prüfen, welchen Spielraum der § 15 SGB VI<sup>24</sup> gibt. Die moderne Rehabilitation ließe sich auch als eine Veranstaltung der Erwachsenenbildung auffassen – eine Definition, die nicht unbedingt nahelegt, dass ein Arzt

---

<sup>23</sup> Der Gesetzestext lautet (Absatz 2): Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere 1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln, ...

<sup>24</sup> Absatz 2: ... Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert ...

die zentrale Rolle spielen muss. Wenn die Verantwortlichkeiten anders geregelt wären, würde es Ärzten leichter fallen, Aufgaben nicht nur zu delegieren, sondern ganz zu übertragen.

Wieder anders liegen die Dinge bei der vorgeschlagenen Erfassung der subjektiven Rehabilitationsansicht durch den Psychologen. Eine Einsparung von Personalkosten wäre hiermit sicher eher gering. Hier würde vermutlich ein Mechanismus wirksam, den man fand, als es um die Übertragung ärztlicher Aufgaben an Krankenschwestern ging (Laurant et al. 2004): Mitarbeiter, denen ärztliche Aufgaben übertragen werden, nehmen sich für die Ausführung mehr Zeit. Denn diese Aufgabe ist für sie nun eine Kernaufgabe, der sie mit viel Engagement nachgehen. Damit erzeugen sie wahrscheinlich eine höhere Patientenzufriedenheit, vielleicht sogar eine höhere Qualität, verbrauchen aber den ökonomischen Vorteil.

### 11.3 Mitarbeiterzufriedenheit

Vor allem Ärzte und Pflegekräfte haben sich über eine Fülle berufsfremder Aufgaben beklagt, die sie gern delegieren würden. Wenn sich aber nur noch Kernaufgabe an Kernaufgabe reihte, wäre das manchem auch nicht recht. Besonders Ärzte, die sich ganz bewusst für die Arbeit in der Rehabilitation entschieden haben, möchten dem idealtypischen ganzheitlichen Ansatz entsprechen und legen viel Wert auf ein gutes Beziehungsverhältnis zum Rehabilitanden. So schreibt eine Ärztin mit 9 Jahren Berufserfahrung in der Reha:

Besonders beim Erheben der Sozial- und Berufsanamnese baue ich die zwischenmenschliche Beziehung zum Patienten auf, die für eine erfolgreiche Behandlung unerlässlich ist! Sachlich-inhaltlich kann das sicher der Reha-Assistent, aber zum Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung brauche ich diesen Teil der Anamnese. (Wie geht es den Enkelkindern? Wie ist der Pudel versorgt?)

Einen anderen Aspekt hebt ein Psychologe hervor:

Entspannungstraining kann auch ein Physiotherapeut machen. Aber wenn ich nach drei anstrengenden psychotherapeutischen Gesprächen eine Entspannung anleite, dann schalte ich auf Autopilot und erhole mich selbst dabei.

Dagegen würden Mitarbeiter, die eine neue Aufgabe übernehmen, dies vielfach als Bereicherung und Aufwertung erfahren. Es gäbe also Gewinner und Verlierer, und wie die Gesamtbilanz ausfiele, ist unklar.

### 11.4 Ergebnisqualität

In unserer Studie zeigte sich eine Tendenz: Wer Aufgaben abgeben sollte, äußerte oft die Besorgnis, dass diejenigen, die die Aufgabe übernehmen sollten, nicht genügend qualifiziert dafür seien. Alle anderen sahen dies Problem nicht oder zumindest weniger scharf. Die Belege für diesen befürchteten Qualitätsverlust fehlen allerdings – oder besagen das Gegenteil. Pflegekräfte können nachweislich bestimmte traditionell ärztliche Aufgaben ebenso gut bewältigen. Dafür, dass von Ärzten erstellte sozialmedizinische Leistungsbilder besonders valide sind, gibt es keine Belege. Geeignete Lientherapeuten und Selbsthilfegruppen können

Menschen mit psychischen Störungen helfen. Bei nichtspezifischen chronischen Rückenschmerzen konnte nicht nachgewiesen werden, dass irgendeine Form von Bewegungstherapie einer anderen überlegen ist – was die Vermutung nicht ganz abwegig erscheinen lässt, dass alle diesbezüglich konkurrierenden physiotherapeutischen Theorien falsch sind und einfache Sport- und Gymnastiklehrer ähnliche Ergebnisse erzielen würden.

Die Rehabilitation bei muskuloskelettalen Beschwerden zeigt in Ein-Gruppen-prä-post-Designs leichte bis mittlere Verbesserungen, die sich oft nur einige Monate lang nachweisen lassen. Randomisierte kontrollierte Studien fehlen. Es gibt zahlreiche Überlegungen, wie sich die Ergebnisse verbessern ließen, zum Beispiel durch systematische Indikationsstellung, bessere Vorbereitung der Rehabilitanden, Stärkung der Berufsorientierung, mehr Berücksichtigung verhaltensmedizinischer Aspekte oder ein intensiveres Bemühen um die Nachsorge. Eine weitere Möglichkeit könnte daraus bestehen, dass wir vorsichtig und besonnen neue Aufgabenverteilungen erproben.

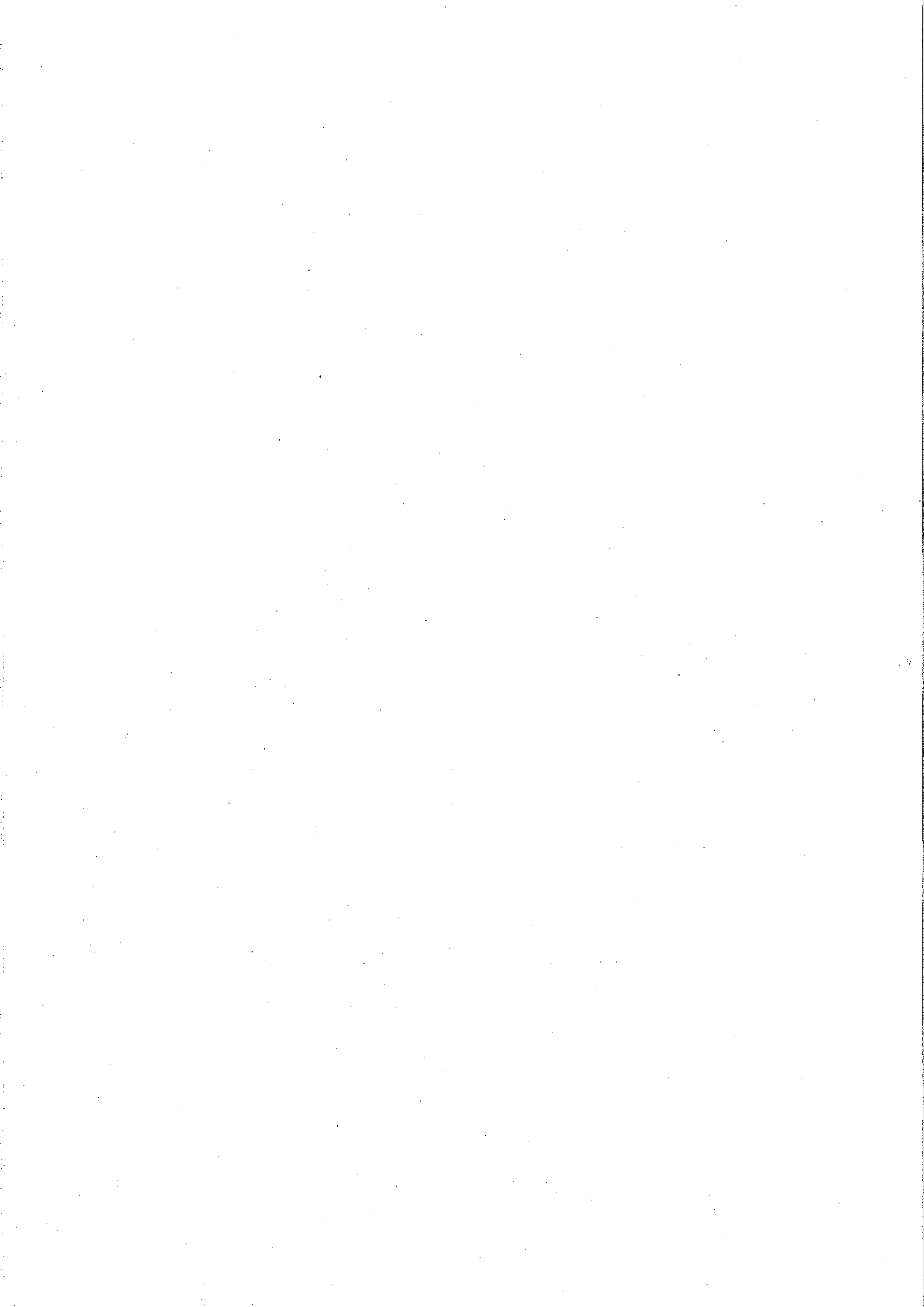
## 11.5 Schlussfolgerungen

Was folgt aus all dem? Hier noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse in kurzer Form:

- Am wenigsten umstritten und relativ schnell umsetzbar ist die Einführung einer Reha-Assistenz. Sie kann Ärzte und Pflegepersonal von Aufgaben entlasten. Erste praktische Erfahrungen, die wir damit gesammelt haben, sind ermutigend.
- Die Kompetenzen der akademischen oder sich akademisierenden Berufe außerhalb des ärztlichen Bereichs werden nicht voll genutzt. Sportwissenschaftler werden unter Wert als MTT-Trainer eingesetzt, das Arbeitsgebiet der Psychologen ist weitgehend begrenzt auf psychische Belastungen und Störungen, Pflegekräfte werden absorbiert von der Stationsverwaltung.
- Ergotherapeuten und Sozialpädagogen sind in dieser Studie zu kurz gekommen. Welche Rollen- und Verantwortungserweiterung für sie, gerade in der berufsorientierten Reha, denkbar wären, bleibt noch auszuloten.
- Die Verteilung von Verantwortung auf mehrere Berufsgruppen gelingt nur mit einer ausgezeichneten Ablauforganisation, einer modernen IT-Ausstattung und sozialmedizinischer Fortbildung für alle. Dass Ärzte bei jeder Indikation die letzte Verantwortung tragen müssen, ist schwer zu begründen, denken wir etwa an chronische nichtspezifische Rückenschmerzen oder das Fibromyalgiesyndrom. Wie bedeutsam ist das Ausmaß spezifisch medizinischer Beiträge, die ein Arzt hier überhaupt leisten kann?
- Viele Praktiker, Rehabilitanden und Personen mit herausgehobener Verantwortung in der Rehabilitation sind offen für Veränderungsdiskussionen. Diese sollten aber nicht nur und

nicht in erster Linie unter dem Gesichtspunkt des Ärztemangels geführt werden, sondern unter Qualitätsgesichtspunkten: Welche Aufgabenverteilung entspricht am ehesten modernen Reha-Konzepten, welche führt zu den besten Ergebnissen?

Auch wenn viele Überlegungen und manche Befunde dafür sprechen, auch wenn in unserer hypothetischen Befragung Kliniker und Rehabilitanden sich zustimmend äußerten: Ob eine Neuverteilung der Aufgaben in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen wirklich zu besseren gesundheitsbezogenen Ergebnissen, zu mehr Zufriedenheit auf Seiten der Mitarbeiter und Rehabilitanden oder gar zu ökonomisch interessanten Effekten führen würde, können wir nicht wissen. Wir haben aber genügend gute Gründe dafür, jetzt praktische Versuche zu starten. Diese sollten wohlüberlegt, sorgfältig vorbereitet und vor allem wissenschaftlich begleitet sein, damit die nicht selten emotional geführte Diskussion zu mehr Sachlichkeit findet und unsere Meinungen sich auf Fakten berufen können.



## 12. Literatur

- Bellini L, Shea J (2005) Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine* 80, 164–167.
- Berman J, Norton N (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401–407.
- Beutler L, Machado P, Allstetter Neufeldt S (1994) Therapist variables. In: Bergin A, Garfields (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4. Aufl. 229-269). New York: Wiley.
- Binder J (1993) Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review* 13, 301–318.
- Blum K, Grohmann J (2009) Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Deutsches Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. [http://www.bmg.bund.de/cdn\\_151/nn\\_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/H/Glossar-Heilberufe/Gutachten-Heilberufe,templated=raw,property=publicationFile.pdf/Gutachten-Heilberufe.pdf](http://www.bmg.bund.de/cdn_151/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/H/Glossar-Heilberufe/Gutachten-Heilberufe,templated=raw,property=publicationFile.pdf/Gutachten-Heilberufe.pdf).
- Blum K, Offermanns M (2010) Krankenhaus Barometer - Umfrage 2009. <http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202009.pdf>. Zugriff am 1.9.2010
- Boer P, Wiersma D, Russo S, Bosch R (2005) Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2
- Borgetto B, von dem Knesebeck O (2009) Patientenselbsthilfe, Nutzerperspektive und Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 52, 64–70.
- Bundesärztekammer (2008) Ärztetag lehnt Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Nicht-Ärzte ab. Pressemitteilung, 23.5.2008. [www.bäk.biz/page.asp?his=3.71.5877.6174.6248](http://www.bäk.biz/page.asp?his=3.71.5877.6174.6248). Zugriff am 18.9.2010.
- Bundesärztekammer (2010) Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrPraxisassistentin100826.pdf>. Zugriff am 1.9.2010.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008) Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. *Deutsches Ärzteblatt* 105, A 2173–A 2177.
- Caldow J, Christine B, Ryan M, Campbell N, San Miguel F, Kiger A, Lee A (2007) Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. *Health Expectations* 10, 30–45.
- Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J (2007) A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* 22, 1434–1438.
- Childs J, Whitman J, Sizer P, Pugia M, Flynn T, Delitto A (2005). A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disord* 6, 32.
- Cohen J, Van Houten Sauter S, DeVellis R, Mcevoy DeVellis B (1986) Evaluation of arthritis self-management courses led by laypersons and by professionals. *Arthritis Rheum* 29, 388–93.
- Daker-White G, Carr A, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, Kammerling M (1999) A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health* 53, 643-650
- Deck R, Glaser-Möller N (2006) Berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland. Verlag Hans Jacobs, Lage.
- Deck R, Glaser-Möller N, Mittag O (2004) Rehabilitation und Nachsorge. Verlag Hans Jacobs, Lage.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008) Effizienter Personaleinsatz erfordert neue Aufgabenverteilung im Krankenhaus. Pressemitteilung vom 15. April 2008. [http://www.dkgev.de/media/file/4299.2008-04-15\\_PM-DKG-zu-DKI-Gutachten.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/4299.2008-04-15_PM-DKG-zu-DKI-Gutachten.pdf). Zugriff am 18.9.2010.



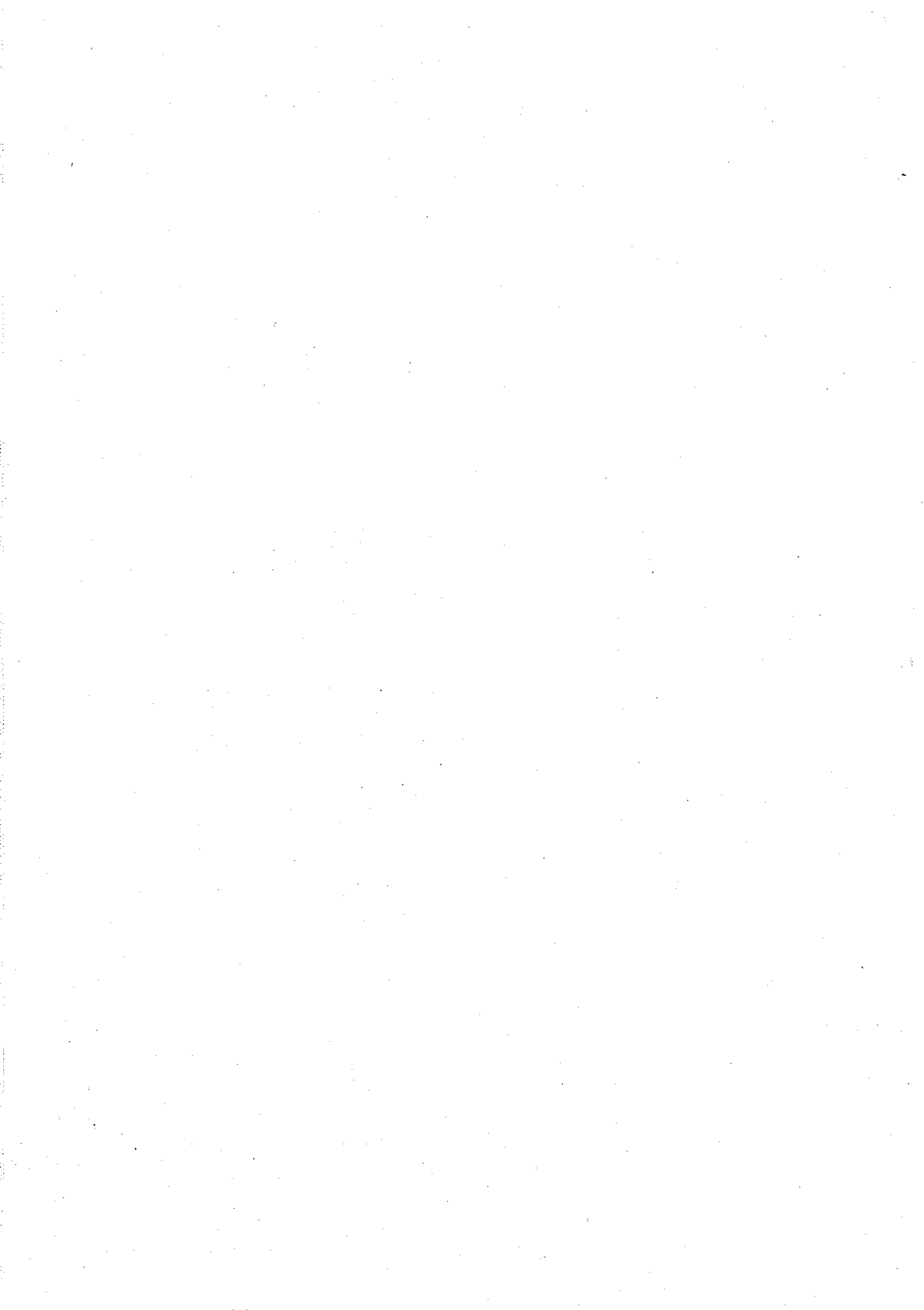
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007) KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2009) Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Aktualisierter Nachdruck. Internet: [www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/31668/publicationFile/2078/download\\_leitfaden\\_einheitl\\_e\\_bericht.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/31668/publicationFile/2078/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.pdf).
- Deutsche Rentenversicherung (2009) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 3. Aufl. Internet: [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35684/publicationFile/2127/rahmenkonzept\\_medizinische\\_reha.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35684/publicationFile/2127/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf).
- Deutsche Rentenversicherung (2010a) Positionspapier Rehabilitation 2010. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn\\_23882/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_sozialmedizin\\_forschung/05\\_konzepte\\_systemfragen/dateianhaenge/Positionspapier\\_Reha\\_2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Positionspapier\\_Reha\\_2010](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_23882/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/05_konzepte_systemfragen/dateianhaenge/Positionspapier_Reha_2010,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Positionspapier_Reha_2010). Zugriff am 13.9.2010.
- Deutsche Rentenversicherung (2010b) Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/120564/publicationFile/17843/2010\\_Brosch%C3%BCre\\_Strukturanforderungen.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/120564/publicationFile/17843/2010_Brosch%C3%BCre_Strukturanforderungen.pdf). Zugriff am 19.12.2010.
- Deutscher Pfliegerat (2006) DPR-Stellungnahme für die Anhörung beim Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24.08.2006 „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen“. Neubearbeitung am 20.09.2006. <http://www.svr-gesundheit.de/Informationen/Anh%C6rungen%20Berufsverb%E4nde/DeutscherPfliegerat.pdf>. Zugriff am 18.9.2010.
- Diegeler A, Debong B, Hacker R, Warnecke H (2006) Nichtärztliche Chirurgieassistenz. Bessere Qualität durch mehr Routine. Deutsches Ärzteblatt 103, A 1802–1804.
- Duncan B, Miller S (2006) Treatment manuals do not improve outcomes. In: Norcross J, Beutler L, Levant R (Eds.) Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, DC, American Psychological Association, 140–149.
- Durlak J (1979) Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. Psychological Bulletin 86, 80–92.
- Emmelkamp P, Bouman T, Blaauw E (1994) Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. Clinical Psychology and Psychotherapy 1, 95–100.
- Everts D (1990) Leertherapie, een kwestie van affect of effect? Tijdschrift voor Psychotherapie 16, 3–11.
- Faller H, Reusch H, Vogel H, Ehlebracht-König I, Petermann F (2005) Patientenschulung. Rehabilitation 44, e21–e31.
- Farin E, Gerdes N, Jäckel WH, Follert P, Klein K, Glattacker M (2003) „Qualitätsprofile“ von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Gesundh ökon Qual manag 8, 191–204.
- Foster G, Taylor S, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths C (2007) Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev 17, 4.
- Großmann K, Berg A, Fleischer S, Langer G, Sadowski K, Bauer A, Behrens J (2009) Nichtärztliche Heilpersonen in der Betreuung und Behandlung chronisch Kranker (Schwerpunkt: DMP-Diagnosen). Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 103, 41–48.
- Grove W, Zald D, Lebow B, Snitz B, Nelson C (2000) Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. Psychological Assessment 12, 19–30.
- Gunzelmann T, Schiepek G, Reinecker H (1987) Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung: Meta-Analysen zur differentiellen Effektivität von Laien und professionellen Helfern. Gruppendynamik 18, 361–384.
- Haines T, Gross A, Burnie S, Goldsmith C, Perry L (2009) Patient education for neck pain with or without radiculopathy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.
- Hattie J, Sharpley C, Rogers H (1984) Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. Psychological Bulletin 95, 534–541.

- Höder J, Josenhans J, Arlt A (2006) Ziele von Patienten, Ärzten und Therapeuten in der stationären Rehabilitation von Rückenschmerzpatienten. *DRV-Schriften* 64, 363–364.
- Höder J (2011) Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen. In: W. v. Eiff, B. Greitemann, M. Karoff *Rehabilitations-Management – Krankenhaus und Rehaklinik im Leistungsverbund*. Stuttgart: Thieme (im Druck)
- Hojat M, Mangione S, Nasca T, Rattner S, Erdmann J, Gonnella J, Magee M (2004) An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education* 38, 934–941.
- Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, on behalf of the Scottish Physiotherapy Self-Referral Group (2007) What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 93, 3–11.
- Höppner K (2008) Neue Aufgabenverteilung zwischen Gesundheitsberufen in der Arztpraxis aus Patientensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Höppner K, Kuhlmeier A (2009) Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. *G+G Wissenschaft (GGW)* 9, 7–14.
- Jakobs C, van Nobelen D, Broerse A (2002) Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer. [http://www.ggzbeleid.nl/pdfggz/nrv\\_\\_taakherschikking2003\\_cosnument.pdf](http://www.ggzbeleid.nl/pdfggz/nrv__taakherschikking2003_cosnument.pdf). Zugriff 18.9.2010
- Jette D, Ardleigh K, Chandler K, McShea L (2006) Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther* 86, 1619–1629.
- Köpke K (2005) Aufwerten, ausbauen und systematisieren – Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Rehabilitation* 44, 344–352.
- Körner M, Bengel J (2004) Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 43, 348–357.
- Küpper-Nybelen J, Rothenbacher D, Jacobi E, Brenner H (2003) Die prognostische Bedeutung von Variablen aus dem Qualitätssicherungsprogramm und dem Reha-Entlassungsbericht der LVA Baden-Württemberg für die Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit: Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie. *Rehabilitation* 42, 335–342.
- Kyrouz E, Humphreys K, Loomis C (2002) A review of research on the effectiveness of self-help mutual aid groups. In: White B, Madara E (Hrsg.) *American Self-Help Clearinghouse Self-Help Group Sourcebook (7th edition)*. New Jersey: Saint Clares Health Services, 1–16. Ebenso unter [http://www.chce.research.va.gov/docs/pdfs/Kyrouz\\_HumphreysLoomis\\_2002.pdf](http://www.chce.research.va.gov/docs/pdfs/Kyrouz_HumphreysLoomis_2002.pdf). Zugriff am 19.9.2010
- Laireiter A (2000). Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation: Effekte von Eigen-therapie und Selbsterfahrung auf die Person des Therapeuten, seine therapeutische Kompetenz und die Prozeß- und Ergebnisqualität der Psychotherapie. In: Laireiter A(Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde*. Tübingen: DGVTVerlag.
- Lambert M, Ogles B (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M (Eds.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5. Auflage), New York: John Wiley, 139–193.
- Lange A(1994) Nicht-schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: Eine kritische Auseinandersetzung. *Psychologische Rundschau*, 45, 148–156.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B (2004) Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.
- Leinich T (2007) *Direct Access – Direkter Zugang zur Physiotherapie in Schweden*. München: Grin Verlag.
- Lorig K, Feigenbaum R, Regan C, Ung E, Chastain R, Holman H (1986) A comparison of lay-taught and professional-taught arthritis self-management courses. *J Rheumatol* 13, 763–767.

- Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H (2008) Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag.
- Montgomery E, Kunik M, Wilson N, Stanley M, Weiss B (2010) Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bulletin of the Menninger Clinic* 74, 45–62.
- Mühlig S, Reinecke A, Worringen U (2005) Akzeptanz, Implementierung und Inanspruchnahme des BfA-Gesundheitstrainings: Eine Totalerhebung unter 434 Kliniken ausgewählter Indikationen. *Gesundheitswesen* 67, s-920732.
- Nordeman L, Nilsson B, Möller M, Gunnarsson R (2006) Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: A prospective randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain* 22, 505–511.
- Offermanns M (2008) Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. [http://www.dki.de/PDF/Neuordnung-Aerztlicher-Dienst\\_Langfassung.pdf](http://www.dki.de/PDF/Neuordnung-Aerztlicher-Dienst_Langfassung.pdf). Zugriff am 1.9.2010
- Offermanns M (2010) Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). [http://www.dki.de/PDF/Neuordnung\\_Pflege\\_Langfassung.pdf](http://www.dki.de/PDF/Neuordnung_Pflege_Langfassung.pdf). Zugriff am 1.9.2010
- Raspe H (2004) Die Rolle von lokaler und übergreifender Evidenz im Kontext der Rehabilitation. *ZaeFQ* 98, 639–645.
- Richardson G, Maynard A, Cullum N, Kindig D (1998) Skill-mix changes: substitution or service development. *Health Policy* 45, 119–132.
- Riemsma R, Kirwan J, Taal E, Rasker H (2003) Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung. Onlinepublikation, <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf>. Zugriff am 8.9.2010
- Schäfer H, Döll S (2000) Grundlagen der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation – Konzeption und Umsetzung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) *Aktiv Gesundheit fördern. Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation*. Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, 1–19.
- Shadish W, Matt G, Navarro A, Phillips G (2000) The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A metaanalysis. *Psychological Bulletin* 126, 512–543.
- Ströbl V, Küffner R, Müller J, Reusch A, Vogel H, Faller H (2009) Patientenschulung: Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. *Rehabilitation* 48, 166–173.
- Taal E, Rasker J, Wiegman O (1997) Group education for rheumatoid arthritis Patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 126, 805–816.
- Uhlmann A (2010) Reha 2020 – Neue Rollen- und Aufgabenverteilung in der Rehabilitation. Symposium des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen vom 11.–12.12.2009 in Freiburg. *Rehabilitation* 49, 127–128.
- van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R, Hoffmann W (2009) AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. *Deutsches Ärzteblatt* 106, 3–9.
- Walton M, Walton J, Scammell B (2008) The effectiveness of physiotherapist-led arthroplasty follow-up clinics. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 90, 117–119.
- Wanless D (2002) Securing our future health: Taking a long-term view. Internet: [http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations\\_and\\_Legislation/wanless/consult\\_wanless\\_final.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm) (Stand 20.06.2007).
- Wegscheider K. Methodische Anforderungen an Einrichtungsvergleiche („Profiling“) im Gesundheitswesen. *ZaeFQ* 2004; 98: 647–654.

Wheeler S (1991) Personal therapy: An essential aspect of counsellor training, or a distraction from focussing on the client? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 14, 193-202.

Wirth A, Klein G, Lepthin H (2010) Medizinische Rehabilitation: Bessere Vernetzung notwendig. *Deutsches Ärzteblatt* 107, 25, A1253–A1256.



## 13. Anhänge

13.1	Quellen für Anforderungen an die Rehabilitation .....	76
13.1.1	Deutsche Rentenversicherung .....	76
13.1.2	Sozialgesetzbücher .....	77
13.1.3	Gemeinsamer Bundesausschuss .....	77
13.1.4	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation .....	77
13.1.5	Krankenkassen .....	77
13.2	Aufgaben der Rehabilitation gemäß DRV-Rahmenkonzept S. 11f .....	77
13.3	Interviewleitfaden .....	79
13.4	Fragebogen für Kliniker .....	81
13.5	Freie Antworten .....	99
13.6	Fragebogen für Rehabilitanden .....	137
13.7	Beurteilung von Vorschlag 12 bei verschiedenen Untergruppen .....	142
13.8	Fragen an den Expertenworkshop „Transdisziplinarität im Rehateam“ .....	143
13.9	Anmerkungen aus der Befragung führender Personen .....	145
13.10	Entgelte in der Tarifgemeinschaft der Deutschen Rentenversicherung .....	155

## 13.1 Quellen für Anforderungen an die Rehabilitation

In diesem Anhang finden sich die wichtigsten Dokumente in alphabetischer Reihenfolge, die Anforderungen an die Rehabilitation beschreiben. Sie sind durchweg im Internet frei verfügbar.

### 13.1.1 Deutsche Rentenversicherung

[www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)

- Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation mit 100 Rehabilitationsplätzen und Zulassung zum AHB-Verfahren
- Broschüre der Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen
- Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht
- Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation
- Dokumentationsbogen für Visitationen in Einrichtungen zur stationären medizinischen Rehabilitation somatischer Erkrankungen (Anfordern bei: [PostkorbDokuBogen@drv-bund.de](mailto:PostkorbDokuBogen@drv-bund.de))
- Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung
- Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation
- Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation
- Indikationsübergreifende Gesundheitsbildung
- Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)
- Leitlinie zur medizinischen Rehabilitation für Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter nach lumbaler Bandscheibenoperation (S2)
- Peer-Review-Verfahren: Checkliste und Manual
- Positionspapier Reha 2010
- Psychologische Aufgaben in der medizinischen Rehabilitation
- Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Rahmenkonzept zur Nachsorge
- Therapiestandards: Chronischer Rückenschmerz, Hüft- und Knie-TEP

### 13.1.2 Sozialgesetzbücher

[www.sozialgesetzbuch.de](http://www.sozialgesetzbuch.de)

- SGB VI, § 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Absatz 2
- SGB IX, § 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Absätze 2 und 3

### 13.1.3 Gemeinsamer Bundesausschuss

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

- Rehabilitations-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V

### 13.1.4 Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)

- Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen
- Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX

### 13.1.5 Krankenkassen

- Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V (12.5.99; Grundlage später § 111b, offiziell aufgehoben 2008, soll jedoch weiter berücksichtigt werden, sofern keine anderslautenden Regelungen existieren). [http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/grundsatzpapiere/rahmenempfehlung/111A\\_120599\\_31.pdf](http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/grundsatzpapiere/rahmenempfehlung/111A_120599_31.pdf).
- Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Vorsorge nach § 137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V (<http://www.qs-reha.de/downloads/vereinbarung.pdf>)

## 13.2 Aufgaben der Rehabilitation gemäß DRV-Rahmenkonzept S. 11f

Konkrete Aufgaben der medizinischen Rehabilitation sind im Einzelnen:

1. Diagnostik der Erkrankung und der Funktionsstörungen auf der Ebene der Körperstrukturen und -funktionen (falls noch nicht ausreichend erfolgt oder falls die vorliegenden Befunde nicht mehr aktuell sind), spezielle Leistungsdiagnostik auf der Ebene der Aktivitäten (körperliche und psychische Leistungsfähigkeit) und psychosoziale Diagnostik als Eingangs-, Ver-



laufs- und Abschlussdiagnostik, Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) im Hinblick auf ihre unterstützende oder Barrierewirkung.

2. Erstellung eines Rehabilitationsplans, der soweit wie möglich die Behandlungskonzepte der Vorbehandler berücksichtigt, auf den Ergebnissen der (Verlaufs-)Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung aufbaut und die individuellen Voraussetzungen der Rehabilitanden sowie die besonderen Anforderungen an sie in Beruf und Alltag einbezieht. Dabei ist es notwendig, Rehabilitanden bei der Erstellung des Rehabilitationsplans einzubinden.

3. Fortführung, ggf. Anpassung der medizinischen Therapie und Durchführung von physikalischen, psychologischen und weiteren Therapieleistungen (z. B. Ergotherapie, Logopädie).

4. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten. Abbau hemmend und Unterstützung fördernd wirkender Kontextfaktoren.

5. Information über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen.

6. Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung: Akzeptanz irreversibler Krankheitsfolgen, Motivation zur aktiven Krankheitsverarbeitung („Wandel vom Behandelten zum Handelnden“) und Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.

7. Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgehen (Selbstmanagement) mit der Erkrankung.

8. Verhaltensmodifikation mit dem Ziel des Aufbaus einer krankheitsadäquaten und gesundheitsförderlichen Lebensweise und des Abbaus gesundheitsschädlichen Verhaltens.

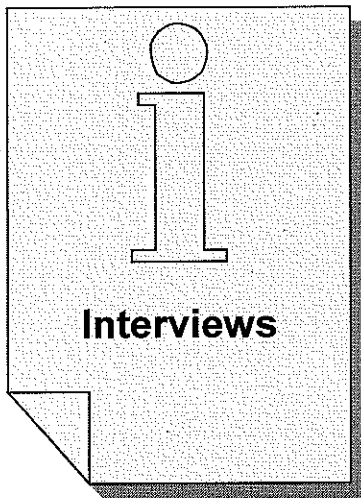
9. Beratung und Anleitung von Bezugspersonen über den adäquaten Umgang mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und den Folgen der Gesundheitsstörung.

10. Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden.

11. Beratung im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit und das Alltagsleben auf der Basis des erreichten Leistungsvermögens.

12. Planung und Anregung weiterer Maßnahmen (Nachsorge, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Indikationsstellung für weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen) und Vorbereitung der Rehabilitanden darauf.

### 13.3 Interviewleitfaden



### Interviewleitfaden



#### Phase 2

In sechs orthopädischen Kliniken wird je ein Mitarbeiter aus folgenden Berufsgruppen (soweit in der Klinik vorhanden) interviewt:

Arzt, Pflege, Pflegehelfer, Diplomsportlehrer, Physiotherapeut, Sport- und Gymnastiklehrer, Ergotherapeut, Bademeister/Masseur, Sozialarbeiter, Psychologe.

Zu jedem (soweit sinnvoll) auf der Rückseite aufgeführten Thema wird gefragt:

1. Wird diese Aufgabe (ganz oder teilweise) zurzeit von Ihrer Berufsgruppe bearbeitet?
2. a) Wenn ja: Gehört sie zum Kernbereich Ihrer Berufsgruppe? Oder könnte sie auch (ganz oder teilweise) von Angehörigen anderer Berufe bearbeitet werden (eventuell nach Einweisung oder Fortbildung)?
2. b) Wenn nein: Halten Sie es für möglich, dass Ihre Berufsgruppe die Aufgabe (ganz oder teilweise) übernimmt (eventuell nach Einweisung oder Fortbildung)?

Es gibt Raum für Erläuterungen und weitere Ideen. Um die Interviewzeit möglichst kurz (max. 30 Minuten) zu halten, werden die Interviews auf Tonträger aufgezeichnet und die Antworten später ausgewertet und kodiert. Die Interviews werden von mir durchgeführt.

Dr. Jürgen Höder  
Psychologe  
Studienleiter  
Rheumaklinik Bad Bramstedt  
Tel. 04192 90-2359  
E-Mail hoeder@r-on-klinik.de  
8.5.08

(Fortsetzung Interviewleitfaden)

## Aufgaben im Rehaprozesses

### Aufnahme

- Vorbereitung
  - Dokumente auf Vollständigkeit prüfen
  - Vorbefunde
  - Fragebögen
  - Mitgebrachte Unterlagen
  - Kommunikation mit Vorbehandlern
- Befragung
  - Familienanamnese
  - Eigenanamnese
  - Risikofaktoren
  - Jetzige Beschwerden
  - Schmerzanamnese
  - Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe
  - Krankheitsverständnis und Informationsstand
  - Gegenwärtige Therapie
  - Sozialanamnese
  - Arbeits- und Berufsanamnese
- Klinische Untersuchung
  - Vornehmen
  - Dokumentieren
- Ergänzende Diagnostik
  - Konsile anfordern
  - Psychosoziales Screening
  - Psychodiagnostik
  - Assessments, arbeitsbezogene Rehadagnostik
  - Organisation
- Rehaplan
  - Therapieziele
  - Plan erstellen
  - Besprechen
  - Aushändigen
- Information
  - Sinn der Reha
  - Abläufe, Organisation
- Dokumentation
  - Patientenakte
  - Entlassungsbrief

### Rehaverlauf

- Termine koordinieren
- Therapien durchführen
  - Sport- und Bewegungstherapie
  - Physiotherapie
  - Information, Motivation, Schulung
  - Sozialarbeit, Sozialtherapie
  - Ergotherapie
  - Psychologie, Neuropsychologie
  - Psychotherapie
  - Rehapflege
  - Physikalische Therapie

- Rekreationstherapie
- Ernährung
- Wirksamkeit prüfen
  - Verlaufsdiagnostik
  - Klinisch
  - Technisch
  - Psychometrisch
  - Konsile
  - Heil- und Hilfsmittel
  - Annäherung an Therapieziele
  - Neue Probleme?
  - Visite
  - Sprechstunde
  - An Rehateamsitzungen teilnehmen
  - Rehateamsitzungen leiten
- Rehaplan anpassen
  - Therapien ändern
  - Verlängerung / Verkürzung
- Dokumentation
  - Patientenakte
  - Entlassungsbrief
  - Aufzeichnungen von Therapeuten und Beratern
- Externe Kommunikation
  - Vor- und Nachbehandler
  - Arbeitgeber
  - Leistungsträger
  - Behörden
  - Selbsthilfegruppen
  - Lieferanten
  - Andere Interessenspartner

### Rehaergebnis

- Vorbereitung, Vollständigkeit der Unterlagen, Befunde
- Befragung
  - Subjektiv wahrgenommene Veränderungen der Fähigkeiten
  - Bei Einstellungen, Motivation, Lebensstil, Umgang mit Krankheit und Gesundheit, was wurde gelernt?
  - Selbsteinschätzung Therapiezieelerreichung
- Abschlussuntersuchung
- Entlassungsbrief
- Sozialmedizinische Epikrise
  - Leistungsvermögen, Fähigkeitsprofil
  - Berufliche Perspektive

### Nachsorge

- RV-Häuserlisten pflegen
- Adressen Recherchieren
- Formulare
- Vereinbarungen mit Patienten

## 13.4 Fragebogen für Kliniker

Jürgen Höder, Ruth Deck, Jens-Uwe Möller

**Bewertung alternativer Rollen- und Aufgabenverteilungen in der  
orthopädischen Rehabilitation  
BRAvo-Reha**



Jürgen Höder  
Klinikum Bad Bramstedt



Ruh Deck  
Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein



Jens-Uwe Möller  
Reha-Klinik Damp

gefördert vom *vffr*



## Erläuterungen

Im Folgenden finden Sie fünfzehn Beschreibungen typischer Aufgaben, wie sie in der orthopädischen Rehabilitation anfallen. Die Reihenfolge entspricht ungefähr dem normalen Ablauf einer Rehamaßnahme, aber einzelne Aufgaben können durchaus auch in anderer Abfolge bearbeitet werden. Das ist eine Frage der praktischen Organisation und soll hier nicht vorgeschrieben oder bewertet werden.

Zu jeder Aufgabe gibt es einen Vorschlag: Wie soll sie gestaltet werden? Wer könnte sie künftig übernehmen. Bitte nehmen Sie bei jeder Aufgabe eine Einschätzung vor, für wie **sinnvoll** Sie den Vorschlag halten.

### Was ist mit „sinnvoll“ gemeint?

Ein Vorschlag umso sinnvoller,

- je mehr die vorgeschlagene Mitarbeitergruppe die zur Prozessbeherrschung nötigen Kompetenzen mitbringt oder sie leicht erwerben kann und
- dadurch der Prozess oder sein Ergebnis eine Qualitätssteigerung erhält oder
- bei annähernd gleicher Qualität kostengünstiger wird oder
- mit mehr Mitarbeiterzufriedenheit verbunden ist.

### Was Sie NICHT einschätzen sollen

In diesem Projekt geht es um langfristig anzustrebende Veränderungen. Daher sollen folgende Fragen **keine** Rolle spielen:

- Sind die vorgeschlagenen Mitarbeiter in Anzahl oder Qualifikation in der Klinik zurzeit vorhanden?
- Ist der von der Rentenversicherung gewünschte Stellenschlüssel mit den Vorschlägen vereinbar?
- Würden die Patienten die vorgeschlagene Änderung akzeptieren? (Das werden die Patienten selbst beantworten.)

### Weitere Hinweise

Nicht zu jedem Prozess oder jeder Berufsgruppe gibt es Vorschläge. Prozesse, die eindeutig zur Kernkompetenz einer bestimmten Berufsgruppe gehören, verbleiben dort. Physiotherapie wird von Physiotherapeuten gemacht, Ergotherapie von Ergotherapeuten, Psychotherapie von Psychotherapeuten usw., daran soll sich nichts ändern.

Sie werden sehen, dass manche Vorschläge von der heutigen Realität ziemlich weit entfernt sind. Sie können trotzdem – oder gerade deswegen – sinnvoll sein, auch wenn ihre Umsetzung erst mittel- oder langfristig gelingen kann.

*nicht bewerten!*

## 1. Administrative Aufnahme

### Prozesse

- Erfragen und Abstimmen von personenbezogenen Daten, Eingaben ins Krankenhausinformationssystem
- Prüfung oder Klärung von Kostenübernahmen
- Abschluss eines Behandlungsvertrages, Datenschutzerklärungen, Wahlleistungen usw.
- Meldungen an die Leistungsträger
- Aushändigen von Informationsunterlagen

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Rehaassistent

#### (Definition Rehaassistent unten auf dieser Seite)

Nach Einweisung oder Schulung könnte diese Aufgabe von Rehaassistenten wahrgenommen werden. Dies wäre besonders vorteilhaft, wenn es in Verbindung mit den folgenden Aufgaben 2 und 3 geschähe – es wäre eine Aufnahme aus einer Hand mit konsequenter Vermeidung von Doppelbefragungen.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

Mit *Rehaassistent* ist eine Person gemeint, die etwa die Qualifikation eines Medizinischen Fachangestellten (frühere Bezeichnung: Arzthelfer) oder Gesundheits- und Krankenpflegers (Krankenschwester) besitzt und mit den Besonderheiten der Rehabilitation vertraut ist.

## **2. Information über organisatorische Abläufe**

Der Patient wird informiert über die wichtigsten ersten Termine und ihre Orte, über Stationsabläufe, Regelungen bei Therapien, Hausordnung usw. – alles, was er wissen muss, um sich zurechtzufinden und sich in die bestehenden Prozesse einzugliedern.

### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Rehaassistent**

Diese Aufgabe erfordert keine besonderen Fachkenntnisse und könnte von jedem, der über kommunikative Grundfertigkeiten verfügt, erfüllt werden. Rehaassistenten bieten sich besonders an, wenn sie auch die vorangegangene und die nachfolgenden Aufgaben bearbeiten – im Sinne einer Aufnahme aus einer Hand. (Definition Rehaassistent s. Seite 83.)

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht    2

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

### 3. Medizinische Aufnahme: Vorbereitung

#### Prozesse

- Unterlagen sichten und vervollständigen
- Fragebögen auswerten (nicht interpretieren, nur Punkte zusammenzählen, Scores bilden)
- Teile der Anamnese erheben: gegenwärtige Therapie einschließlich Medikamente, allgemeine Sozialanamnese, Arbeits- und Berufsanamnese
- Bedarf für Sozialberatung ermitteln und ggf. Beratung einleiten
- Standardtherapieplan anlegen
- Entlassungsbericht im EDV-System anlegen und bisher erhobene Daten eintragen

#### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Rehaassistent

Nach Einweisung oder Schulung, vielleicht auch mit Hilfe von Checklisten, könnte diese Aufgabe von Rehaassistenten wahrgenommen werden. Dies wäre besonders vorteilhaft, wenn es in Verbindung mit den bisherigen Aufgaben geschähe – es wäre eine Aufnahme aus einer Hand mit konsequenter Vermeidung von Doppelbefragungen.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll

vielleicht sinnvoll

nicht sinnvoll

weiß nicht

3

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**



#### **4. Medizinische Aufnahme: die Patientensicht**

##### **Prozesse**

- Das Krankheitsverständnis und den Informationsstand des Patienten, seine Ressourcen und weitere persönliche Umstände erheben, die für seine Gesundheit wichtig sind
- Daraus den Beratungsbedarf ableiten (Patientenschulung, Gesundheitsbildung) und Beratungen verordnen
- Erheben, in welchen Bereichen von Aktivität und Teilhabe Beeinträchtigungen bestehen
- Daraus Rehazielen ableiten und sich mit dem Patienten einigen
- Informieren über den grundsätzlichen Sinn von Reha
- Über die Möglichkeiten und die Notwendigkeit von nachgehenden Aktivitäten (Nachsorge) informieren
- Den Bedarf für eingehendere psychologische Diagnostik und Beratung ermitteln und diese ggf. einleiten
- Geeignete Befunde unmittelbar im Entlassungsbericht dokumentieren

##### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Psychologe**

Die subjektive Sicht des Patienten zu kennen und womöglich zu beeinflussen, ist für den Krankheitsverlauf und die sozialmedizinische Prognose von großer Bedeutung. Wie wir z. B. aus den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung wissen, gibt es hier auf Seiten der Kliniken einen deutlichen Verbesserungsspielraum. Es handelt sich offensichtlich um eine schwierige Aufgabe, die von Mitarbeitern ein besonderes Interesse an der Patientensicht erfordert und darüber hinaus die kommunikativen Spezialkenntnisse und -fähigkeiten, die es Patienten ermöglichen, ihrer Sichtweise Ausdruck zu verleihen oder sich ihrer überhaupt erst einmal bewusst zu werden. Diese Voraussetzungen erscheinen Psychologen am ehesten zu erfüllen. – Die Rehazielen können natürlich vom Arzt und den übrigen Berufsgruppen ergänzt oder modifiziert werden, das Thema Nachsorge muss auch von anderen immer wieder angesprochen werden.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht

4

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 5. Medizinische Aufnahme: Mobilität

### Prozesse

- Assessments und Tests aus den ICF-Bereichen Struktur/Funktion und vor allem Mobilität durchführen
- Rehaziele aus dem Bereich der Mobilität im Einvernehmen mit dem Patienten prüfen, bestätigen oder modifizieren
- Den Standardtherapieplan prüfen und wo nötig individuell anpassen
- Den Sinn und die Wirkungsweise der wichtigsten Therapien (Bewegung und Sport, Physiotherapie, physikalische Therapie) erläutern
- Den Entlassungsbericht ergänzen

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Diplomsportlehrer oder Physiotherapeut

Die vorgeschlagenen Berufsgruppen bringen für diese Aufgaben von ihrer Ausbildung her die nötigen Kompetenzen mit und haben häufig große Routine und Präzision darin entwickelt. Ärzte könnten anordnen, welche Tests oder Assessments standardmäßig durchgeführt werden sollen, aber sie müssten sich nicht selbst mit der Durchführung belasten. Sie könnten sich bei ihrer klinischen Untersuchung auf diagnostische Spezialfälle beschränken. So würde auch verhindert, dass es zu zeitraubenden Doppeluntersuchungen kommt. – Dieser Vorschlag gewinnt an Wert, wenn Therapiesteuerung (Seite 89) und Assessment in Mobilität (Seite 94) ebenfalls von Sportlehrern oder Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht

5

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 6. Medizinische Aufnahme: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen

### Prozesse

- Alle bisher erhobenen Informationen, Rehaziele und Therapieplan unter medizinischen Gesichtspunkten prüfen, ergänzen und wo nötig abändern
- Klinische Untersuchung durchführen, insbesondere zur Überprüfung oder Ergänzung von Diagnosen
- Einen orientierenden Gesamtstatus erheben
- Individuelle Besonderheiten, Risiken oder Komplikationen ermitteln
- Technische Untersuchungen einleiten
- Entlassungsbericht ergänzen (oder Ergänzung diktieren)

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Arzt

Das sind klassische Arztaufgaben. Bemerkenswert an diesem Vorschlag ist eher, was der Arzt nicht macht, da es von anderen Berufsgruppen übernommen wird, wie z. B. bestimmte Teile der Anamnese erheben, Beeinträchtigungen von Funktionen oder Aktivitäten feststellen, sich auf Rehaziele einigen, die Art der Bewegungstherapie detailliert verordnen u. a. m. (s. Aufgaben 1 bis 5). Er konzentriert sich auf die Tätigkeiten, die seine spezielle medizinische Fachkompetenz erfordern und kann sich in den übrigen Bereichen auf eine abschließende Prüfung beschränken. Voraussetzung ist, dass ihm alle Daten, Informationen und Befunde der übrigen Berufsgruppen zeitgerecht vorliegen.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht    6

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 7. Verlauf: Therapieleitung und Therapiesteuerung (Bewegungstherapie)

### Prozesse

- Erstellen von Bewegungstherapiekonzepten
- Eigenverantwortliches Anpassen des Therapieplans
- Sport- und Bewegungstherapie durchführen
- Freude an gesundheitsfördernder Bewegung wecken oder steigern
- Bewegungsbezogenes Gesundheitswissen vermitteln

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Diplomsporllehrer

Diplomsporllehrer (oder Sportwissenschaftler) können konzeptionell arbeiten und bringen neben ihren sporttherapeutischen auch gruppenpädagogische Kompetenzen mit, so dass sie nicht nur Übungen anleiten können, sondern auch erfolgreich in den Bereichen Information, Motivation und Schulung arbeiten und so imstande sind, den Doppelcharakter der Reha – Behandeln und Befähigen – besonders gut zur Geltung zu bringen. Sie sollten eine herausragende Rolle in der Steuerung des Therapieprozesses und in der Therapie selbst spielen. Nachdem ein Arzt generell Bewegungstherapie verordnet hat, entscheidet der Sportlehrer eigenständig über die Art der Therapie. – Alternativ kann diese Rolle auch von einem besonders qualifizierten Physiotherapeuten übernommen werden. – Dieser Vorschlag gewinnt an Wert, wenn Aufnahme: Mobilität (Seite 87) und Assessment in Mobilität (Seite 94) ebenfalls von Sportlehrern oder Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht

7

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 8. Verlauf: Entspannungstraining

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: jeder therapeutische Beruf

Die Anleitung zu Entspannungsübungen als Ergänzung und Abrundung des aktiven Programms kann nach entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen und unter psychologischer Supervision prinzipiell von Mitarbeitern aller therapeutischen Berufe (Sportlehrer, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Bademeister/Masseur) durchgeführt werden. – Aber: Entspannung als Copingstrategie mit Akzent auf *selbständigem* Üben und gezieltem Einsatz bei Stress oder Schmerz sollte Psychologen vorbehalten bleiben.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht

8.

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 9. Verlauf: Information, Motivation, Schulung, Anleitungen

### Prozesse

- Erarbeitung, Einführung, Evaluation und Weiterentwicklung der Angebote zur Gesundheitsberatung
- Durchführung von diagnosebezogenen Patientenschulungen
- Durchführung von problembezogenen Patientenseminaren

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Interprofessionell besetztes, festes Schulungsteam unter Beteiligung hochrangiger Mitarbeiter

Gesundheitsberatung ist in den meisten Kliniken ein Bereich mit deutlichem Verbesserungspotenzial. Häufig wird die Schwierigkeit unterschätzt, eine von Patienten akzeptierte und wirksame, nicht nur auf Wissenszuwachs, sondern auch auf Einstellungs- und Verhaltensänderung zielende Schulung durchzuführen. Dies gelingt am ehesten durch ein festes Team von Referenten mit spezieller Fortbildung, längerer praktischer Erfahrung und gegenseitiger Unterstützung. Chef-/Oberärzte, Stationsleitungen und Abteilungsleiter sollten in diesem Team vertreten sein.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll       vielleicht sinnvoll       nicht sinnvoll       weiß nicht

9

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 10. Verlauf: Psychologische Beratung

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Gesundheits- und Krankenpflege

Ein erheblicher Teil orthopädischer Rehabilitanden ist psychisch belastet und wünscht sich Beratungsgespräche. Diese könnten in leichteren Fällen oder auf Wunsch des betroffenen Patienten auch von bestimmten geeigneten und fortgebildeten Mitarbeitern der Pflege durchgeführt werden, etwa in Art der Telefonseelsorge mit Supervision durch Psychologen (hier natürlich genügend Personal vorausgesetzt). – Aber: Patienten mit psychischen Störungen von Krankheitswert werden weiterhin von psychologischen Psychotherapeuten versorgt.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll       vielleicht sinnvoll       nicht sinnvoll       weiß nicht      10

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 11. Verlauf: Moderation des Rehateams

### Prozesse

- eine konzeptionelle Grundlage für die Arbeit im Rehateam erarbeiten (Ziele, Mitglieder, Arbeitsweise, Regeln)
- Moderieren, also: für eine offene Gesprächsatmosphäre sorgen; gewährleisten, dass man am Thema bleibt, dass alle gehört werden, dass die Regeln und die Zeit eingehalten werden; Einigungen herbeiführen usw.
- wichtige Beschlüsse dokumentieren
- Kontakt zu anderen Rehateams pflegen

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Psychologe

Das Rehateam ist ein Instrument zur Verlaufskontrolle. Verschiedene Befunde und Sichtweisen der beteiligten Berufsgruppen müssen zur Sprache gebracht und zu einem Urteil integriert werden – und zwar in relativ kurzer Zeit. Das erfordert auf Seiten des Moderators hohe Kompetenzen im Umgang mit heterogenen Gruppen. Von der Berufsausbildung und Erfahrung her scheinen Psychologen diese Fähigkeiten am ehesten mitzubringen. (Selbstverständlich heißt das nicht, dass die Sitzungen inhaltlich von psychologischen Themen dominiert werden sollen.)

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll       vielleicht sinnvoll       nicht sinnvoll       weiß nicht      11

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**



## 12. Abschluss: Assessment in Mobilität

### Prozesse

- Assessments, Tests, Prüfungen durchführen
- Grad der Rehazielerreichung beschreiben
- Stellungnahme zum Leistungsbild abgeben (in den Entlassungsbericht schreiben)

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Sportlehrer

Die Untersuchungen sollten von dem Mitarbeiter vorgenommen werden, der den Patienten auch aufgenommen und therapiert hat. Der Vorschlag beruht auf der Vermutung, dass ein Therapeut, der den Patienten mehrere Stunden in verschiedenen Situationen in Aktion erlebt hat, Wesentliches zu seiner beruflichen Leistungsfähigkeit zu sagen hat und so dem Arzt manches Sozialmedizinische abnehmen kann. Eine gewisse sozialmedizinische Fortbildung und Einweisung in das Schreiben von Entlassungsberichten ist Voraussetzung. – Alternativ kann diese Aufgabe auch von einem qualifizierten Physiotherapeuten wahrgenommen werden. – Dieser Vorschlag gewinnt an Wert, wenn Aufnahme: Mobilität (Seite 87) und Therapiesteuerung (Seite 89) ebenfalls von Sportlehrern oder Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll

vielleicht sinnvoll

nicht sinnvoll

weiß nicht

12

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

### **13.Abschluss: Subjektiver Rehaerfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen**

#### **Prozesse**

- Auswertung von Fragebogenergebnissen
- Persönliches Gespräch
- Dokumentation im Entlassungsbericht

#### **Vorgeschlagene Zuständigkeit: Psychologe**

Wie sieht der Patient selbst den Erfolg der Reha? Hat er seine Ziele erreicht? Wie schätzt er sein Leistungsvermögen, seine Arbeitsfähigkeit ein? Außerdem geht es um die Veränderungen so genannter personbezogener Kontextfaktoren, also Krankheitswissen, Einstellungen, Motivation, Lebensstil, Umgang mit Krankheit und Gesundheit usw. Soweit diese Themen nicht nur durch Fragebögen erfasst werden, sondern auch durch strukturierte Gespräche, benötigt der zuständige Mitarbeiter besondere Kompetenzen in der Gesprächsführung. Die finden wir gewöhnlich bei Psychologen.

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht    13

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 14. Abschluss: Vorbereitung der Schlussuntersuchung

### Prozesse

- die Untersuchung terminieren
- alle benötigten Unterlagen zusammenstellen
- fehlende Befunde rechtzeitig anfordern
- Nachsorgeformulare ausfüllen, wohnortnahe Adressen ausgeben

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Rehaassistent

Dies sind typische Sekretariatsaufgaben, die von Rehaassistenten problemlos übernommen werden können. (Definition Rehaassistent s. Seite 83)

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll     vielleicht sinnvoll     nicht sinnvoll     weiß nicht    14

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

## 15. Abschluss: Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht

### Vorgeschlagene Zuständigkeit: Arzt

Der Arzt konzentriert sich auf das, was von anderen nicht untersucht werden kann. Er kann wichtige Themen wiederholen, abschließende Fragen des Patienten beantworten und wichtige Hinweise und Ratschläge herausstellen. Bei gut eingearbeiteten Mitarbeitern sollte der Entlassungsbericht schon weitgehend komplett sein. Der Arzt prüft alle Unterlagen und die bisher entstandenen Teile des Entlassungsberichts auf Stimmigkeit, korrigiert und ergänzt bei Bedarf und erzeugt so die endgültige Fassung (abgesehen von weiteren Änderungen durch vorgesetzte Ärzte).

Ihr Bewertung: Das wäre ...

sinnvoll       vielleicht sinnvoll       nicht sinnvoll       weiß nicht      15

**Wenn Sie diesen Vorschlag nicht sinnvoll finden – worin sehen Sie Schwierigkeiten oder Nachteile? Haben Sie Anregungen für bessere Alternativen? Bitte hier notieren:**

**Bitte beantworten Sie noch diese Fragen zu Ihrer Person:**

Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung? \_\_\_\_\_ 16

Arbeiten Sie in einer **leitenden** Position?  ja  nein 17

Wie viele Jahre arbeiten Sie schon **in der Rehabilitation**? \_\_\_\_ Jahre 18

Ihr Geschlecht:  weiblich  männlich 19

Bitte schätzen Sie: Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit muss Ihre Berufsgruppe zurzeit für Arbeiten verwenden, die eigentlich gar nicht zu Ihrem Beruf gehören? \_\_\_\_\_ 20

Gibt es in Ihrer Klinik Aufgaben, die zurzeit von **anderen** Berufsgruppen durchgeführt werden, von denen Sie aber meinen, sie könnten ebenso gut oder besser von **Ihrer** Berufsgruppe durchgeführt werden (genügend Personal vorausgesetzt)?  ja  nein 21

Wenn ja: Welche sind das? 22

---

---

---

Mit dem Bearbeiten dieses Fragebogens leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Klärung wichtiger Fragen und zur Aufdeckung von Verbesserungsmöglichkeiten in der medizinischen Rehabilitation. Vielen Dank!

## 13.5 Freie Antworten

### Inhalt

1. Administrative Aufnahme: Rehaassistent .....	101
2. Information über organisatorische Abläufe: Rehaassistent .....	103
3. Medizinische Aufnahme: Vorbereitung: Rehaassistent .....	105
4. Medizinische Aufnahme: die Patientensicht: Psychologe .....	109
5. Medizinische Aufnahme: Mobilität: Diplomsportlehrer oder Physiotherapeut .....	112
6. Medizinische Aufnahme: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen: Arzt .....	114
7. Verlauf: Therapieleitung und Therapiesteuerung (Bewegungstherapien): Diplomsportlehrer .....	116
8. Verlauf: Entspannungstraining: jeder therapeutische Beruf .....	118
9. Verlauf: Information, Motivation, Schulung, Anleitungen: Schulungsteam .....	120
10. Verlauf: Psychologische Beratung: Pflege .....	122
11. Verlauf: Moderation des Rehateams: Psychologe .....	126
12. Abschluss: Assessment in Mobilität: Sportlehrer .....	128
13. Abschluss: Subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen: Psychologe .....	131
14. Abschluss: Vorbereitung der Schlussuntersuchung Reha-Assistent .....	133
15. Abschluss: Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht: Arzt .....	134

## 1. Administrative Aufnahme: Rehaassistent

### Sinnvoll

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung sinnvoll: Ist sinnvoll, führt zur Entlastung und Beschäftigungs(un)lernerlich)

Ergotherapeut (ohne Geschl.), in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung sinnvoll: Ist auch von einem Büroangestellten zu übernehmen

Pflege weiblich halbes Jahr Berufserfahrung sinnvoll: da es die Arbeit für Pflegekräfte, AvD und Sekretärin erleichtert

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung sinnvoll: Den neuen Patienten in den ersten Tagen (1–2) jemanden zur Seite stellen, der ihnen die wichtigsten Wege zeigen kann.

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung sinnvoll: Wenn mit „Abschluss eines Behandlungsvertrages“ auch eine inhaltliche Zieldefinition der Rehaziele gemeint ist, halte ich das nicht für sinnvoll.

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung sinnvoll: [Aufnahme aus einer Hand] ist gerade zu Beginn der Reha für die Patienten sicher sehr angenehm, einen Ansprechpartner zu haben.

Psychologe weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung sinnvoll: nur sinnvoll unter der Voraussetzung einer guten Schulung!

### Vielleicht sinnvoll

Pflege weiblich in leitender Position, 23 Jahre Berufserfahrung vielleicht sinnvoll: Punkt b ist für mich schlecht vorstellbar. Wäre die Einladung des Patienten dezentral geregelt?

Pflege weiblich, in leitender Position, 6 Jahre Berufserfahrung vielleicht sinnvoll: fehlt Fachwissen und Kompetenz (*bezieht sich auf Punkt Kostenübernahme*)

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung vielleicht sinnvoll: Zu diesem Thema kann ich nicht wirklich eine qualifizierte Meinung abgeben, weil ich über den bisherigen Aufnahmeablauf zu wenig weiß.

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung vielleicht sinnvoll: Dazu gehört immer auch eine gute Kommunikation zwischen Rehaassistenten und dem restlichen Personal, dann könnte es auch nicht zu Missverständnissen kommen.

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung vielleicht sinnvoll: Qualifikation dafür: Büro-tätigkeit /PC – Datenschutzkenntnisse – Kenntnisse über Sozialrecht – Grundkenntnisse Krankenpflege/Therapien – Serviceverhalten

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung vielleicht sinnvoll: Ich kenne mich nicht gut genug aus, um das Ausmaß verwaltungstechnischer Kompetenz einschätzen zu können (Kostenübernahme etc.) sonst: „sinnvoll“ bzw. „warum nicht“

Sportlehrer männlich, in leitender Position, 3 Jahre Berufserfahrung vielleicht sinnvoll: Sozialdienst?

### Nicht sinnvoll

Arzt männlich in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: M. E. Aufgabe der Patientenverwaltung

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Teilweise werden diese Tätigkeiten bereits vor oder bei Eintreffen in der Klinik von der Verwaltung/Patienteneinbestellung durchgeführt.

Pädagoge, männlich, 22 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: sehr komplexes administratives Geschehen, was einheitlich erfolgen muss

Pflege männlich, 27 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Das Belesen der nötigen Infos dauert ähnlich lange wie das Befragen und Dokumentieren. Infos und Patient werden besser zusammengebracht, wenn dies durch Erfragen der Daten geschieht. Also (unleserlich)personal

Pflege männlich, in leitender Position, 30 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Kenntnisse „Vertragsangelegenheiten“ dezentral kaum aktuell zu halten.

Pflege weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Das sind nicht die Aufgaben einer Krankenschwester

Pflege weiblich, 21 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Administrative Aufgaben werden besser von Verwaltungsangestellten erledigt. Krankenschwestern sind für Pflege zuständig!!

Pflege weiblich, 23 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Verwaltungsaufgabe

Pflege weiblich, in leitender Position, 25 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Verwaltungsaufgaben, Kosten für Rehaassistent oder Krankenschwester zu hoch.

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 5 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Aufgaben in der PAU [= Patientenaufnahme?] strukturieren.

Physiotherapeut ohne Angabe des Geschlechts, 1 Jahr Berufserfahrung nicht sinnvoll: Vorgänge können besser von entsprechend geschultem Büro- oder Aufnahmepersonal geregelt werden.

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung nicht sinnvoll: Schwierig wäre es für Ärzte und Therapeuten, alles zu erfragen und eventuell Gelenkmessungen vorzunehmen [Bezug zur Frage unklar]



## **2. Information über organisatorische Abläufe: Rehaassistent**

### **Sinnvoll**

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: könnte aber auch z.B. von Zivildienstleistenden gemacht werden

Diätassistent weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Widerspruch: Aufgabe 1-3 sollte ein Rehaassistent machen mit einer medizinischen Fachqualifikation. Aufgabe 2 erfordert keine besondere Qualifikation nur kommunikative Grundfähigkeiten.

Diplomsportlehrer weiblich, 1 Jahr

sinnvoll: als Alternative: die „grünen Damen“ (ehrenamtliche Helfer im Krankenhaus). Aufgabenbereich finde ich grundsätzlich sinnvoll, erfordert aber wie von Ihnen oben beschrieben keine besonderen Fachkenntnisse.

Physiotherapeutin weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

sinnvoll: sehr gute Idee!

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Sehr wichtiger Punkt für die Patienten – sollte nicht zu kurz kommen!

### **Vielleicht sinnvoll**

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Abhängig von der Erkrankungsschwere der Patienten ergeben sich medizinische Fragen, die nur Fachkräfte, z. B. Pflegepersonal, beantworten können.

Ergotherapeut weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: keine Fachkraft nötig, aber eine Person für Patienten zuständig

Pflege männlich, 27 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Pflegepersonal und Patient müssen miteinander vertraut sein, damit gesundheitliche Veränderungen auch erkannt werden können.

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Zu viele Informationen am ersten Tag verwirren die meisten Patienten. Meist sind diese, vor allem die älteren Patienten, auch damit überfordert. Kurze Informationen und dann das Austeilen eines Informationsblattes als Zusatz.

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Kann jeder machen, der sich im Hause und mit den üblichen Abläufen auskennt. Diese Person sollte dazu Lust und Freude haben, da es der erste Eindruck ist.

Physiotherapeut männlich, 10 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: [bezogen auf Regelungen bei Therapien] Eventuell nur begrenzter Einblick in Planung, Durchführung, Auswahl, Inhalte etc. der Therapien

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Voraussetzung: längerfristige Erfahrung im Betrieb

Sportlehrer männlich, in leitender Position, 3 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Sozialdienst?

**Nicht sinnvoll**

Arzt weiblich, 0 Jahr Berufserfahrung

nicht sinnvoll: (Aus Kostengründen) kann dies jeder machen, z. B. Zivildienstleistende, Rezeptionspersonal etc.

Pflege (ohne weitere Angaben)

nicht sinnvoll: Stationsabläufe und die Regelung der Therapien liegt auch im weiteren Aufenthalt des Patienten im Aufgabenbereich der Pflege.

### 3. Medizinische Aufnahme: Vorbereitung: Rehaassistent

#### Sinnvoll

Pflege (ohne weitere Angaben)

sinnvoll: bis auf das Anlegen des Therapieplans. Bei fast jedem Patienten gibt es deutliche Abweichungen vom „Standard“.

Pflege weiblich halbes Jahr Berufserfahrung

sinnvoll: Ich halte dies für sinnvoll, aber nur wenn der Rehaassistent sich auch mit der Pflegekraft auseinandersetzt, z. B. gerade bei Patienten, die auf den Stationen bekannt (durch vorherige Aufenthalte) sind, da die Pflegekräfte 24h am Patienten sind.

Pflege weibliche, Stationsleitung, 9 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll außer Standardtherapieplan anlegen, da sehe ich die Gefahr, dass dieser nicht rechtzeitig vom Arzt angepasst wird an den Zustand des Patienten und der Patient somit möglicherweise in (eine) falsche Therapie(n) geht!

Pflegeleitung männlich 6 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Rehaassistent? Basisqualifikation fehlt mir. Empfehle Arzthelferin wegen der nötigen Qualifikation

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

sinnvoll: Punkt 1,2,3 sollten pro Patient von ein und demselben Rehaassistenten durchgeführt werden. Damit die Vollständigkeit [gewährleistet ist] und der Patient einen festen Ansprechpartner hat.

Psychologin weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: nur sinnvoll unter der Voraussetzung einer guten Schulung bzw. mit differenzierten Checklisten!

#### Vielleicht sinnvoll

anonym

vielleicht sinnvoll: Ergänzung durch Arzt auf jeden Fall erforderlich!

Arzt männlich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Medikamente müssen von uns Ärzten abgefragt werden. Patienten machen häufig ungenaue Angaben. Bei uns erfolgen auch gelegentlich schon bei Aufnahme Umstellungen der Medikamente. – [Standardtherapieplan] macht keinen Sinn, da Therapiepläne häufig schon initial von uns geändert werden. Da ich sowieso sämtliche [unleserlich] überprüfen muss, erfolgt dadurch keine Zeitersparnis.

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Problematisch ist sicher die Einschätzung des Bedarfs an Sozialberatung

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

ohne Kreuz: Nur teilweise sinnvoll, Punkt 1, 2 und 6 ja, Punkt 3, 4 und 5 nein: auch und gerade für die Medikamentenanamnese braucht man medizinische Kenntnisse!

- Für Bedarf an Sozialberatung-Berufsberatung muss man die Prognose der Erkrankung abschätzen können, muss beim Arzt bleiben.
- Therapieplan muss beim Arzt bleiben, Kontraindikationen müssen beachtet werden!
- Besonders beim Erheben der Sozial- und Berufsanamnese baue ich die zwischenmenschliche Beziehung zum Patienten auf, die für eine erfolgreiche Behandlung unerlässlich ist! Sachlich-inhaltlich kann das sicher der Reha-Assistent, aber zum Auf-

bau einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung brauche ich diesen Teil der Anamnese (... Wie geht es den Enkelkindern? Wie ist der Pudel versorgt? etc...)

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Setzt eine sehr standardisierte Vorgehensweise voraus mit entsprechenden Screeningverfahren

Ergotherapeut weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Anamnese: eher Arzt?

Pflege weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Standardtherapieplan: Individualität des Pat. muss berücksichtigt werden!

Pflege weiblich, in leitender Position, 6 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Einschränkungen (theoretisches Fachwissen über AM?) Beurteilung von Therapieplänen?

Pflege, männlich, 18 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Standardtherapiepläne erfordern Standardmensch und beinhalten somit die Gefahr von Fehleinschätzungen

Physiotherapeut männlich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Krankheitsspezifische anamnestic bedeutsame Punkte können meines Erachtens nur von medizinischem Personal (Arzt oder Therapeut) in ihrer Komplexität bewertet und erhoben werden.

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 5 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Prozesse hier reduzieren; auf ein realistisches Arbeitsaufkommen (ca. 800 Patienten!) reduzieren; hier enge Zusammenarbeit mit ärztlichem/therapeutischem Dienst.

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Die Anamnese sollte dem Arzt überlassen werden, da dieser qualifiziert ist.

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Die mit „X“ gekennzeichneten Punkte [3, 4, 5] sollte der Arzt bearbeiten

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Notwendig sind nur genaue Schulungen und Kenntnisse für alle Fachbereiche

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Rehaassistent müsste sich dann aber sehr gut mit den Therapien usw. auskennen. Könnte der dann auch auf spezielle Fragen von Patienten antworten? Vieles wird ja dann sowieso noch mal hinterfragt. Ergebnisse müssten dann für alle zugänglich sein.

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Ich sehe die Gefahr einer „Gleichschaltung“ der Therapiepläne – in Richtung einer ausbleibenden individuellen Therapieplanung, da ich hierfür die Kompetenz eines Rehaassistenten anzweifle.

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Eventuell Probleme für Arzt-Patient-Beziehung, wenn dieser „nur noch“ medizinische Daten erfasst? (Falls diese noch gewünscht ist)

Psychologe weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Ausarbeitung des Therapieplans besser Arzt, bei Standardplan können individuelle Beschwerden übersehen werden.

Psychologe weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Wenn wirklich Doppelbefragung vermieden wird und Infoweitergabe an den Arzt / die Ärztin klappt.

Sportlehrer männlich, in leitender Position, 3 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Sozialdienst?

#### **Nicht sinnvoll**

Arzt männlich in leitender Position mit 15 Jahren Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: (unleserlich) 4-5 sind nicht durch Rehaassistenten aufgrund fehlender Qualifikation durchführbar! -3- nur eingeschränkt möglich, da ebenfalls vorhandene Kenntnisse hierfür nicht durch die berufliche Qualifikation ausreichen!

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Bei der Medikation ist heute meist eine Umsetzung in Hauspräparate erforderlich, das erfordert ärztliche Tätigkeit. – Erst nach körperlicher Untersuchung durch Arzt/Ärztin kann die Therapie festgelegt werden und damit mögliche Abweichungen vom Standard

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Therapieplan muss vom Arzt angelegt werden

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: [bezieht sich nur auf den Punkt „Informieren über grundsätzlichen Sinn von Reha“] nicht sinnvoll im 1:1-Kontakt, ärztliche Aufgabe. Höchstens als Gruppentermin (Seminar / Vortrag)

Arzt weiblich, 0 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Der Arzt wird einige dieser Fragen ohnehin noch mal stellen, allein um die Richtigkeit klarzustellen. Um Doppelbefragungen zu vermeiden lieber gleich den Arzt nach Therapie und Medikamenten fragen lassen

Arzt weiblich, 2 Monate Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: oben genannte Punkte zum größte Teil sinnvoll. Ausnahme: Therapieplan anlegen sollte immer vom Arzt den individuellen Bedürfnissen des Patienten / Erkrankten angepasst werden. Es könnten schwerwiegende Fehler entstehen, wenn standardisiert. – Entlassungsbericht dito.

Arzt weiblich, 5 Jahre Berufserfahrung  
Bedarf an medizinischen Unterlagen ergibt sich aus der medizinischen Anamnese – kann von einer Arzthelferin nicht genau ermittelt werden. Weitere Anteile der Anamnese sind für das Arzt-Aufnahmegespräch wichtig – daher wird fast alles doppelt erfragt – Zeitverlust gegebenenfalls Informationsverlust – wenig produktiv.

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Punkt 1 und 2 können m.E. an Rehaassistent delegiert werden. Punkte 3-5 sind aber wesentliche Inhalte des ärztlichen Gesprächs, hier werden z.T. sehr private Dinge erfragt, die m.E. nicht delegiert werden können. Auch die Therapieplanung ist individuell in Hinblick auf die gemeinsam erarbeiteten Rehaziele abzustimmen – somit ist ein Standardtherapieplan kein Thema.

Pflege männlich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Anamnese ist für diejenige Berufsgruppe wichtig, die den Patienten betreut

Pflege männlich, 27 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Gerade solche Infos, die Patienten vor ihrer Anreise in Fragebögen umfassend geschildert haben, sind wertvoll für denjenigen, der verantwortlich mit dem Patienten arbeitet. Solche Infos sollte kein anderer bekommen, wenn daraus pflegerische Konsequenzen folgen sollen.

Pflege weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung  
Der Rehaassistent hat nicht genügend Fachwissen zum Thema Medizin/Sozialmedizin  
Pflege weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Vorkenntnisse fehlen

Pflege weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Aufgabe von Ärzten und vom Schreibdienst

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Ich denke, die Rehaassistentin sollte keine Therapiepläne anlegen (nicht genug Grundkenntnisse)

Physiotherapeut weiblich, 11 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Medizinische Anamnese Aufgabe des Arztes. Auch nicht qualifiziert für die Ermittlung, ob Bedarf einer Sozialberatung

Physiotherapeut weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Die Punkte 1, 2, 3 sollten nicht von Rehaassistenten durchgeführt werden, sondern von Fachpersonal, z.B. 2 von Psychologen, 1 von Krankenschwestern, 3 von Arzt.

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
weiß nicht: Der Therapieplan und der Bedarf an spezieller Beratung sollte eher ein Arzt oder Physiotherapeut festlegen, da diese mehr am und mit dem Patienten arbeiten

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Die Anamnese und Erstellung des Therapieplans bieten dem Arzt wichtige Ansatzpunkte im Gespräch. Bei Delegation dieser Arbeit wird das ärztliche Aufnahmegespräch sehr technisch und es drohen Informationen verloren zu gehen.

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Gefahr der Überforderung, diagnostischen Fehleinschätzung, Fehlen wichtiger diagnostischer Daten und Gefahr der Fehlverordnung von Therapien – versicherungsrechtliche Probleme – Nichterkennen von Beratungs- und Behandlungsbedarf.

Sozialpädagogin weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Die Ermittlung des Bedarfs für die Sozialberatung könnte allenfalls ergänzend verstanden werden. Generell sollte die Sozialberatung aber wie bisher (wie auch bei anderen ergänzenden Therapien) vom Arzt verordnet werden, da sich diese nicht nur aus der Sozial-, Arbeits-, und Berufsanamnese ergeben kann. Vielmehr steht sie in Zusammenhang mit dem festzustellenden sozialmedizinischen Leistungsbild und auch dem gesamten Rehaprozess, dessen Beurteilung meiner Meinung nach nicht in den Zuständigkeitsbereich eines Rehaassistenten fallen sollte.

Sportlehrer weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Bedarf für Sozialberatung und Standardtherapieplan anlegen sollte vom Arzt /Ärztin ermittelt bzw. erstellt werden, da die Schwere der Erkrankung eingeschätzt werden muss.

#### 4. Medizinische Aufnahme: die Patientensicht: Psychologe

##### **Sinnvoll**

Arzt männlich, in leitender Position, 30 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Wenn der entsprechende medizinische Hintergrund da ist bzw. in enger Kooperation mit der Medizin

Diplomsportlehrer weiblich, 1 Jahr

sinnvoll: eher interdisziplinäres Aufgabenfeld, vor allem Patientenschulung und Gesundheitsbildung

Ergotherapeut (ohne Geschl.), in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: können auch andere Berufsgruppen übernehmen, z. B. Sozialpädagogen usw.

Pflegeleitung männlich 6 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Die Dokumentation könnte eine Rehaassistentin oder Arzthelferin übernehmen.

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Voraussetzung wäre neben einer Aufstockung psychologischer Ressourcen die Akzeptanz durch andere. Insbesondere im ärztlichen Bereich sind Kompetenzprobleme zu befürchten.

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Man müsste das einfach mal ausprobieren!

ohne Angaben

sinnvoll: wenn Infos über Aktivität, Teilhabe, Rehaziele an alle am Rehaprozess beteiligten Bereiche weitergeleitet wird bzw. gemeinsam kommuniziert werden.

##### **Vielleicht sinnvoll**

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: In der orthopädischen Reha steht meist die Funktion z. B. eines Gelenks im Vordergrund, weniger die „Teilhabe“, die ergibt sich ja, wenn ich mobiler bin! Das ist viel zu psychologisiert!

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: sofern die interne Kommunikation einen ausreichenden Informationsfluss zwischen den Teammitgliedern gewährleistet

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

Eventuell sind Psychologen für die mit „?“ gekennzeichneten Punkte [1-4, 6] nicht qualifiziert genug. Erstellung des Entlassungsberichts muss beim Arzt bleiben, der unterschreibt schließlich auch! Befunde können zur Kopie bereitgestellt werden (so wie zurzeit die Laborwerte)

Pflege männlich, 27 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Eine Zusammenarbeit von Psychologen und Pflegepersonal macht am meisten Sinn. Schließlich ist das Pflegepersonal im Umgang mit Patienten geschult und trainiert. Auch wenn es Ausnahmen gibt.

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Eigentlich würde ich alle diese Dinge von einem guten Arzt erwarten – scheitert vielleicht oft an mangelnder Zeit oder spezieller Ausbildung, deshalb „vielleicht sinnvoll“

Physiotherapeut weiblich, 11 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Rehaziele sollten nicht nur vom Psychologen und Patienten festgelegt werden, auch andere Berufsgruppen mit einbeziehen

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Wenn die Ärzte ab und zu mal mehr Zeit für die Patienten hätten, würde das auch besser klappen, gerade auch zur externen Qualitätssicherung. Patienten hören eher auf Ärzte o.ä.

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Beeinträchtigungen sieht am ehesten der Physiotherapeut im Laufe der Therapien, sowie Rehaziele. Nachsorge der Arzt (auch Rehaziele) Alles andere: Psychologe gut!

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: nach medizinischer Aufnahme

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Ist mir vom Ablauf noch nicht ganz klar: Wird jeder Patient psychologisch aufgenommen? Betreut man Patienten dann auch weiter im Einzelgespräch (falls Bedarf)? – Die Idee finde ich gut, vor allem auch da dadurch dann wohl auch mehr Zeit für diese Dinge ist.

anonym  
vielleicht sinnvoll: Hoher Zeitaufwand

#### **Nicht sinnvoll**

Arzt männlich, in leitender Position, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Ressourcen und Rehaziele bei AHB-Patienten sind, insbesondere wenn diese (unleserlich) operiert wurden, nur vom erfahrenen Facharzt zu beurteilen. Bei den AHB-Patienten steht das Somatische – d.h. die Funktionseinschränkung – im Vordergrund.

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Ein solches Verfahren ist bei einem Teil der Patienten mit psychosozialen Belastungen sinnvoll. Diese müssten durch ein Screeningverfahren erfasst werden. Außerdem teilt man den Patienten künstlich in somatische und psychologische Bereiche.

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Viele Prozesse gehören in den ärztlichen Bereich, Teile sind möglich

Arzt weiblich, 0 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Hier folgen sicher auch Doppelbefragungen, dann durch Arzt und Psychologe. Lieber die Ärzte auf diesem Gebiet schulen.

Pflege (ohne weitere Angaben)  
nicht sinnvoll: Arztsache

Pflege weiblich, 23 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Arztaufgabe; ganzheitliche medizinische Beurteilung

Physiotherapeut männlich, 5 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Muss nicht zwangsläufig von Psychologen durchgeführt werden



Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: sehe ich als ärztliche Aufgabe (den überwiegenden Teil)

Physiotherapeut ohne Angabe des Geschlechts, 1 Jahr Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Ausübung besser durch Rehaassistent oder Physiotherapeut, bei Bedarf Psychologe

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Patientenschulung, Gesundheitsbildung, Info über Nachsorge liegen in Händen mehrerer Berufsgruppen – sonst sehr eingeschränkte Sicht von Psychologen (fachspezifisch). Um Patienten gut zu betreuen und zur Nachsorge zu motivieren sind vom Ernährungstherapeuten, Arzt, Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter alle wichtig und dieses sollte man auch in mehreren Händen lassen.

Physiotherapeut weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: 1, 2, 3 Arzt.

Sozialpädagoge weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Ich betrachte die Patientensicht als wichtig, und alles, was sich aus dieser ableiten lässt, als einen Baustein zur Bestimmung von Rehazielen usw., der mit anderen Bausteinen aus anderen Berufsgruppen zusammengesetzt werden sollte. Aus diesem Vorschlag wird nicht deutlich, warum der Berufsgruppe der Psychologen eine Schlüsselposition bzw. Koordinatorenrolle zufallen sollte – es sei denn, es läge ein ganz anderes Verständnis von orthopädischer Reha zugrunde.

anonym  
Krankheitsverständnis und Beratungsbedarf etc. sollte Arzt abklären

anonym  
nicht sinnvoll: Besser geeignet sind G.- und K.-Pfleger/Innen; Pflegeanamnese anhand des Pflegeprozesses; „Stammbblätter“ nach AEDLs gegliedert

## **5. Medizinische Aufnahme: Mobilität: Diplomportlehrer oder Physiotherapeut**

### **Sinnvoll**

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: nur Punkte Assessments und Therapieinfo, übrige Prozesse durch Arzt.

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 5 Jahre Berufserfahrung

Sinnvoll: Sinnvoll, guter Überblick über die vorhandenen Kapazitäten im Therapiebereich unbedingt nötig, enge Zusammenarbeit im/mit Leistungsbereich

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: wird ja teilweise schon gemacht.

Physiotherapeutin weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

sinnvoll: Diese Aufgabenbereiche führen wir zurzeit auch schon aus, so dass es für die Physiotherapeuten keine große Veränderung geben würde.

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Probleme in bezug auf leichteren Zugang zu den Akten, Patientenplänen etc. müsste gewährleistet sein. Die angesprochenen Berufsgruppen haben häufig nur schweren Zugang.

Psychologe weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: sinnvoll wenn nicht mehr Akten weitergegeben werden müssen, sondern man einen zentralen Zugang am PC hat, wo alles eingetragen werden kann. – Die Reihenfolge müsste noch geklärt werden. Wer legt zuerst die Rehaziele fest? Welche Prioritäten gibt es?

ohne Angaben

sinnvoll: durchgeführte Assessments sinnvoller im Rahmen der Physiotherapie, da hier auch Beurteilung der funktionellen Mobilität in Alltag und Beruf (therapie relevant)

### **Vielleicht sinnvoll**

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Den Entlassungsbrief schreibe ich lieber selber (Arzt)

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Entlassungsbericht siehe Anmerkung Frage 4 [= Erstellung des Entlassungsberichts muss beim Arzt bleiben, der unterschreibt schließlich auch! Befunde können zur Kopie bereitgestellt werden (so wie zurzeit die Laborwerte)]

Pflege weiblich, in leitender Position, 6 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Wenn sich Therapeut bzw. Lehrer nicht selbst überschätzt

Pflege weibliche, Stationsleitung, 9 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll außer: Standardtherapieplan prüfen und anpassen. Um den Punkt zu erfüllen, bedeutet dies, dass die Physiotherapeuten den Patienten gleich als erstes am Aufnahmetag sprechen, ansonsten Gefahr durch falsche Therapien.

Physiotherapeut männlich, 10 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Ergänzende (schriftlich, im PC) Angaben bezüglich des Entlassungsberichts erfordern Zeit und Kapazität (Verfügbarkeit von PC-Arbeitsplätzen). Beides zurzeit knapp – zukünftig?

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Therapeuten sollten ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Tests (Standardtests) haben.

**Nicht sinnvoll**

Arzt weiblich, 2 Monate Berufserfahrung

nicht sinnvoll: oben genannte Punkte sinnvoll mit Ausnahmen: Therapieplan anpassen; Entlassungsbericht ergänzen (aus zuvor erwähnten Gründen) Es sollten aber Vorschläge von Seiten der Physiotherapeuten gemacht werden!

Pflege (ohne weitere Angaben)

nicht sinnvoll: Arztsache, insbesondere die Aufnahme. Im Verlauf Betreuung nach obigen Angaben durch PT möglich.

Pflege weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Ein ungelernter Assistent kann ohne Wissen von Krankheitsbildern (*vermutlich gemeint: nicht*) selbständig Zusammenhänge erkennen für die Planung oder auch Gefahren absehen. Selbst beim Standardplan muss Wissen vorhanden sein.

Pflege weiblich, 23 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Arztaufgabe

Physiotherapeut weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Es fehlen Ergotherapeuten, Logopäden, Gymnastiklehrer, ... soweit sie in die Therapie eingebunden sind.

## 6. Medizinische Aufnahme: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen: Arzt

### Sinnvoll

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Er muss nur auch genügend Zeit zur Verfügung haben, um gegebenenfalls noch mal sehr konkret nachfragen zu können.

Physiotherapeut männlich, 5 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Vielleicht noch in Absprache mit den Therapeuten

Physiotherapeutin weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
sinnvoll: Finde ich gut, weil bis jetzt der Patient sowohl vom Arzt als auch vom Therapeuten aufs Neue befundet wird und somit wertvolle Zeit draufgeht.

### Vielleicht sinnvoll

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Problem Zeitfaktor, Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeuten, Motivation der Ärzte, Anerkennen der Therapeutenmeinungen

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Erstuntersuchung durch Arzt entspricht eher dem Patientenstand – Konfliktpotenzial durch Aufteilung der Zuständigkeiten – zusätzlicher Abstimmungsprozess erforderlich

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Ich befürchte organisatorische Probleme im zeitgerechten Erstellen der Informationen der anderen Berufsgruppen. Wäre nur sinnvoll, wenn die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen sehr gut funktioniert. Allerdings läge hier auch eine Chance dieses veränderten Ablaufs.

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Klingt unter dem Aspekt der Zeitersparnis für Ärzte sinnvoll, könnte aber eventuell im Extremfall zu einer Art „Fließband-Arbeit“ führen (z. B. keine Zeit für Patienten, alles beschränkt aufs rein Medizinische).

Psychologe weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Eventuell ist der Zeitaufwand bei der Bildung von Rehazielen zu groß, wenn es 3 Mal mit dem Patienten besprochen wird (Psychologe, Sportlehrer/Physiotherapeut und Arzt)

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung  
zu 4.+5.+6: Man müsste dies mal ausprobieren. Mögliche Schwierigkeiten:  
- zeitliche Koordination  
- insgesamt mehr „Aufnahmezeit“, aber auch „besser“  
- alles muss rechtzeitig vorliegen.

Psychologe weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: erfordert eine gute Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, die mit involviert sind.

### Nicht sinnvoll

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Insbesondere die Anamnese ist ein elementarer Baustein zur ärztlichen Diagnose! Würde Doppelerhebungen veranlassen.

Arzt weiblich, 0 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Besser der Arzt erhebt die Anamnese komplett

Arzt weiblich, 2 Monate Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Bezüglich Entlassungsbericht: Jede Berufsgruppe sollte ihren eigenen Entlassungsbrief / -bericht und Empfehlungen haben! – Die klassische Arztaufgabe sollte weiterhin die Diagnosefindung sein.

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Wie lange soll das dauern, bis der Arzt den Patienten zur Aufnahme bekommt? Nach dem oben geschilderten Procedere wohl frühestens am nächsten oder übernächsten Tag! – Entlassungsbericht siehe Frage 4 [= Erstellung des Entlassungsberichts muss beim Arzt bleiben, der unterschreibt schließlich auch! Befunde können zur Kopie bereitgestellt werden (so wie zurzeit die Laborwerte)]

Pflege (ohne weitere Angaben)  
nicht sinnvoll: Bis auf den letzten Punkt (Bericht ergänzen) sollten die aufgeführten Aufgaben auch Arztsache bleiben! Es geht um fachliche Kompetenz!

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Manche Aussagen lassen sich besser in einem Gespräch erklären als in Testbögen und geschriebenen Worten. Das Vertrauensverhältnis Patient-Arzt entsteht durch die Gesamtheit der Untersuchungen, nicht wenn er nur Puzzleteile davon abarbeitet.

Sozialpädagogin weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Medizinische Beurteilungen samt Bestimmung von Funktionseinschränkungen usw. kann m. M. nicht delegiert werden. Die Entlastung für den Arzt bleibt somit fraglich.

## **7. Verlauf: Therapieleitung und Therapiesteuerung (Bewegungstherapien): Diplomsportlehrer**

### **Sinnvoll**

Pflegeleitung männlich 6 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: wenn die Zuständigkeit um Physiotherapie ergänzt wird.

Physiotherapeut männlich, 10 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: In Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten und Ärzten (?)

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 5 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Auch hier ist der Überblick über die personellen Kapazitäten nötig

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Trotzdem Anmerkung: Aufgaben sollten eher von Physiotherapeuten übernommen werden, [unleserlich], da sie wesentlich mehr Kontakt zu Patienten haben als Diplomsportlehrer und medizinisch Gesehene mehr Weitblick haben.

Physiotherapeut weiblich, 11 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Auch Physiotherapeuten sind hierfür einsetzbar

Physiotherapeut weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Nur in Kombination mit Physiotherapeuten, da diese vorher schon mit dem Patienten gearbeitet haben und dessen Zustand kennen

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: auch hier Zusammenarbeit zwischen Sportlehrer, Physiotherapeuten, Arzt, Psychologen erforderlich, um Relevanz der Bewegung zu betonen – Vermeidung der Trennung Medizin-Sport.

### **Vielleicht sinnvoll**

Arzt männlich in leitender Position mit 15 Jahren Berufserfahrung  
sinnvoll bis vielleicht sinnvoll: Aus der Erfahrung überschätzt häufig diese Berufsgruppe das Pat.-Potenzial, da sie die operativen Eingriffe nicht bzw. teilweise aus der Theorie kennen!  
Typisches Beispiel: Nordic Walking bei BS-OP 3-4 postop!

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
ohne Kreuz: teilweise sinnvoll. Therapieplanänderung nur in Absprache mit dem Arzt! – Kontraindikationen!

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Physiotherapeuten müssen die wichtigste Rolle spielen!

Diplomsportlehrer weiblich, 1 Jahr  
vielleicht sinnvoll: auch Physiotherapeuten und Sport- und Gymnastiklehrer

Pflege weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: aber: immer mit Rücksprache mit dem Arzt, da einige Zusatzerkrankungen sonst nicht berücksichtigt werden.

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: auch Sporttherapeuten

Physiotherapeut ohne Angabe des Geschlechts, 1 Jahr Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: ebenfalls möglich: Physiotherapeut

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
Die Diplomsportlehrer haben glaube ich nicht die medizinischen Kenntnisse oder Erfahrungen.

Physiotherapeut weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung  
weiß nicht: Warum muss der Physiotherapeut „besonders“ qualifiziert sein? Alle Physiotherapeuten sind durch die Ausbildung besonders qualifiziert, der Diplomsportlehrer sollte an zweiter Stelle stehen bzw. gleichrangig

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: auch mögliche Zuständigkeit: Physiotherapeut

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: mit 1 Diplomsportlehrer?

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
weiß nicht: Physiotherapeuten besser für individuelle Therapiesteuerung (Anpassen des Therapieplans) Punkt 3–5 Diplomsportlehrer OK.

Sozialpädagogin weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Der Punkt eigenverantwortliches Anpassen des Therapieplanes ist fraglich.

anonym  
vielleicht sinnvoll: nur teilweise sinnvoll, Arzt muss über Änderungen informiert werden

#### **Nicht sinnvoll**

Arzt weiblich, 2 Monate Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Therapieplan sollte nicht eigenverantwortlich angepasst werden durch Diplomsportlehrer bzw. eigenverantwortlich über Art der Therapie entschieden werden. – Kommunikation zwischen Physiotherapeut/Diplomsportlehrer und Arzt sollte weiterhin aufrechterhalten werden!

Physiotherapeut männlich, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Vorgeschlagene Zuständigkeit: Physiotherapeut. Nur diese Berufsgruppe ist qualifiziert, über die Art der Therapie zu entscheiden, die dem Patienten zukommen sollte!

Physiotherapeut männlich, 5 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Pläne sollten in Absprache mit Physiotherapeuten erstellt werden

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahre Berufserfahrung  
weiß nicht: Therapiepläne sollten von Physiotherapeuten erstellt oder angepasst werden

Physiotherapeut weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Primär Physiotherapeuten, aufgrund der medizinischen therapeutischen Fachkompetenz

Stationssekretärin weiblich, 5 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Eigenverantwortliches Anpassen des Therapieplans nicht sinnvoll, sondern nur in Absprache mit Arzt

## 8. Verlauf: Entspannungstraining: jeder therapeutische Beruf

### Sinnvoll

Ökotrophologe weiblich, in leitender Position, 12 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: „Alle therapeutische Berufe“ würde auch bedeuten Ernährungstherapeuten, Logopäden. Das könnte ich mir eher nicht vorstellen. Ich gehe davon aus, dass nur die in Klammern aufgeführten Berufsgruppen gemeint sind, das wäre OK.

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen muss gegeben sein.

Physiotherapeutin weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
sinnvoll: Entspannungstraining ist sowieso ein Bestandteil der physiotherapeutischen Ausbildung

Psychologin weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Unter der Voraussetzung, dass das autogene Training bei den Psychologen bleibt, das PMR aber auch von anderen Berufsgruppen abgedeckt wird.

Psychologin weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: schwierig: wer entscheidet früh genug, wer was braucht (damit Zeit genug für Kursplanung) bleibt. (Entspannung als Coping oder „Zugabe“) Bei Rehazielen?

Psychologin weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: wenn Supervision durch Psychologen gewährleistet ist!

### Vielleicht sinnvoll

Arztin weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Wenn sie unterscheiden können, wann welches Verfahren sinnvoll ist

Pädagoge, männlich, 22 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Abgrenzung zwischen ergänzender und therapeutischer Entspannung ist sicher nicht einfach

Pflege männlich, 27 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: ebenfalls auch von Pflegepersonal durchführbar

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 5 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Folge: Reduktion im Einzeltherapiebereich!

Physiotherapeutin weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Entspannungstherapien auch mögliche Zuständigkeit: Physiotherapeut, Diplomsportlehrer mit passender Zusatzfortbildung

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Gefahr des Verlustes von Entspannung als Copingstrategie, d.h. Entspannung wird eher passiv erlebt, wenn es von Nichtpsychologen durchgeführt wird oder entsprechende Qualifikationen fehlen.

Psychologe männlich, 22 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Im Zustand der Entspannung erleben manche Patienten – auch im Zustand erlebten Kontrollverlustes – psychologische Krisen, die der Psychologe besser beantworten kann als andere Berufsgruppen.



Psychologin weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
weiß nicht: Die Anwendung auch im anderen Kontext finde ich für Patienten gut, die ein PMR-/AT-Schulung mitmachen und somit mehr Möglichkeiten des angeleiteten Übens haben bzw. in anderen Kontexten üben können (gut für Transfer zu Hause); problematisch sehe ich das für „Neulinge“: Ohne Hintergrund und Einführung kann Entspannung schnell „komisch“ wirken bzw. sehe ich Gefahr, dass sie als therapeutische Methode weniger ernst genommen wird.

Psychologin weiblich, 21 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: nach Einführung der Methode, 1-2 Sitzungen, durch Psychologen denkbar

#### **Nicht sinnvoll**

Arztin weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Verwässerung der Entspannungstherapie, unterschiedliches Niveau der Angebote

Physiotherapeutin weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Kann ohne Einschränkungen von allen o.a. Berufsgruppen durchgeführt werden

Psychologin weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: vgl. Leitlinien der Fachgesellschaft [www.entspannungsverfahren.com](http://www.entspannungsverfahren.com)

Psychologin weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Grundsätzlich sollten dies Psychologen machen.

Sozialpädagogin weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Bei entsprechender Qualifizierung ist die Differenzierung zur Funktion des Entspannungstrainings nur eingeschränkt zu verstehen.

SportlehrerIn weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Pädagogisch geschulte Therapeuten sind zur Anleitung von Entspannungstrainings besonders qualifiziert – besonders wenn es um das selbständige Üben zu Hause geht.

## 9. Verlauf: Information, Motivation, Schulung, Anleitungen: Schulungsteam

### Sinnvoll

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Aber ich bezweifle das Engagement der „Häuptlinge“, das wird doch meist auf die „Indianer“ (= Assistenten) abgewälzt.

Pädagoge, männlich, 22 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Sollte eine Berufsgruppe die Federführung machen?

Pflegeleitung männlich 6 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Eine Veranstaltung steht und fällt mit dem Dozenten! Eine Patientenbefragung nach 6 Monaten könnte die Beteiligung der hochrangigen Mitarbeiter erhärten.

Psychologe männlich, 22 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Vor allem Psychologen sollten hier Leitungsfunktionen haben.

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: das funktioniert tatsächlich gut!

Psychologe weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: da die Akzeptanz immer noch häufig vom Status des Vortragenden abhängt.

### Vielleicht sinnvoll

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Wenn die Chef- und Oberärzte dafür Zeit haben=? Patienten sehen auch gern ihren Stationsarzt im Seminar.

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Schulungen, Seminare sollten zu Beginn bzw. mit Beginn der Reha absolviert werden

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung

weiß nicht: Welche Schulung / Seminar?

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Muss nicht unbedingt eine leitende Position ausführen, sondern speziell qualifiziert. Team gut!

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Festes Team von qualifizierten (im obigen Sinne) Mitarbeitern (interdisziplinär) ist sinnvoll! Fraglich, ob das immer Abteilungsleiter oder Chef-/Oberärzte sein müssen oder aus Zeitgründen können.

Sportlehrer weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Zum Schulungsteam sollten vor allem Therapeuten gehören, die aus der „Praxis“ kommen und ihre Erfahrungen einbringen können. Pädagogisch geschulte Therapeuten sind besonders gut geeignet.

### Nicht sinnvoll

Gesundheitsberater weiblich, 24 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Interdisziplinäres Team wichtig, Mitarbeiter mit Interesse und Erfahrung. Wozu hochrangig?

Pflege männlich, 27 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: motiviertes Pflegepersonal ohne Leitungsfunktion

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Punkt 2 und 3 sind meines Erachtens auch vom Fachpersonal wie Rehaassistenten bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger und Ergo-/Physiotherapeuten durchführbar.

Psychologin weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Psychologinnen sind hierfür am besten qualifiziert

Psychologin weiblich, 21 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Ich glaube nicht, dass Stationsleitungen bzw. Abteilungsleiter oder auch Chefarzte in den Teams direkt mitarbeiten müssen. Wichtig ist m.M. Interdisziplinarität Ärzte/ Psychologinnen/ Sozialarbeiter/ Physiotherapeuten/ Ergotherapeuten/ Ernährungsberater.

## 10. Verlauf: Psychologische Beratung: Pflege

### Sinnvoll

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: ja, z.B. bei Sturzverletzungen und der Angst, wieder hinzufallen (VT = Verhaltenstherapie)

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Wenn denn Zeit da ist...

Ergotherapeut (ohne Geschl.), in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Alle Therapeuten nach entsprechender Qualifikation

Pädagoge, männlich, 22 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: vgl. Modell „Co-Therapeut“ in der Psychosomatik

Pflege (ohne weitere Angaben)

sinnvoll: wenn der Pflegedienst aus dem normalen Stationsalltag ausgeplant werden kann.

### Vielleicht sinnvoll

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung

Vielleicht sinnvoll: Wer entscheidet, was „leichtere Fälle“ sind?

Arzt weiblich, 2 Monate Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Definition „leichte Fälle“? Dies sollte vorab durch Psychologen geklärt (diagnostiziert) werden.

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Problematisch ist die Fortbildung der Mitarbeiter, dies müsste standardisiert sein. Außerdem ist die Bereitschaft des Pflegebereichs für die Interventionen unklar. Zudem müsste ein Screening erfolgen, das Patienten mit Krankheitswert herausfiltert.

Ergotherapeut weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Therapeuten? (fangen schon viel ab)

Pflege weiblich halbes Jahr Berufserfahrung

weiß nicht: Beratungsgespräche finden auf Station in kleinem Rahmen statt. Auch wenn die Mitarbeiter fortgebildet sind, glaube ich, es wird schwierig, das umzusetzen.

Pflege weiblich in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Nur „vielleicht sinnvoll“, da ausreichende Fortbildung (1 bis 2 Jahre) stattfinden muss.

Pflege weibliche, Stationsleitung, 9 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Wobei ich eine Art Telefonseelsorge zu unpersönlich finde. Gerade auch bei neurologischen und Schmerzpatienten gehört dies heute schon zur pflegerischen Betreuung dazu (wird nur nicht als Leistung anerkannt!)

Pflegeleitung männlich 6 Jahre Berufserfahrung

ohne Angabe: Es ist denkbar, abhängig von der Qualifikation der Pflegekraft in Zusammenarbeit mit dem Psychologischen Dienst

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Die Frage/Schwierigkeit bleibt bei der richtigen Zuordnung: wird das Problem als Problem mit Krankheitswert eingeschätzt oder ab wann als psychische Störung definiert...

Psychologe männlich, 22 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Bei Wunsch des Patienten ohnehin sinnvoll – aber die Bewertung, ob es ein „leichter“ Fall sei oder nicht, zu treffen, wäre ja eine originäre Aufgabe des Psychologen  
...

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
weiß nicht: Ich finde es schwierig, hier zu unterscheiden: Häufig sind es gerade die vordergründig weniger gravierenden (und auch wenig stigmatisierten) Themen, die zur Verordnung psychologischer Einzelgespräche führen, dahinter stehen aber ganz andere Dinge. Müsste wirklich ein sehr genaues Screening geben bzw. Kriterien, was „leichtere Fälle“ sind. Finde ich schwer vorstellbar. Soll das ähnlich laufen wie in anderen Kliniken beispielsweise die Bezugspflege, wo Pflegekräfte als Co-Therapeuten ebenfalls Gespräche führen etc.?

Psychologe weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: sichere Unterscheidung dieser beiden Patientengruppen vorausgesetzt!!!

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Die Frage ist, wer „leichte Fälle“ identifiziert, und zwar richtig. Grundsätzlich: Es werden eher noch zu wenige Patienten von Psychologen „gesehen“. Vielleicht: bei Patientenwunsch oder auffälligem Screening: Vorstellung bei Psychologen. Weitere Angebote: „sich einmal aussprechen“ oder so ähnlich könnte auch wie beschrieben mal probiert werden. (Es findet ja jetzt schon statt: Patienten öffnen sich bei der Massage oder suchen das Gespräch mit der Schwester.)

Psychologe weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: nur sinnvoll, wenn die Differenzierung zwischen „leichten Fällen“ und „Störungen von Krankheitswert“ sicher und einfach gelingt.

Sportlehrer männlich, in leitender Position, 3 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Sozialdienst?

#### **Nicht sinnvoll**

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Pflegepersonal sieht sich hierzu nach Rücksprache nicht in der Lage, Qualifikation fehlt. Depressive Patienten gehören vom Psychologen betreut.

Arzt weiblich, 0 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Psychologische Beratung bitte nur durch Psychologen

Arzt weiblich, 5 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Mehrbedarf an Pflegekräften ohne suffiziente psychologische Versorgung der Patienten

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: m. E. problematisch! Was sind „leichte Fälle“ – ohne professionelle Ausbildung wird dies nicht beurteilbar sein (auch (unleserlich) depressive Patienten können vordergründig kompensiert wirken). Sofern ein Patient ausdrücklich den Wunsch nach psychologischen Gesprächen äußert, hat er m. E. auch ein Anrecht darauf! Dass viele engagierte Mitarbeiter Patienten zur Seite und für Gespräche auch „zwischen durch“ zur Verfügung stehen, ist aus meiner Erfahrung ohnehin selbstverständlich.

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Häufig liegen tiefgreifendere Probleme vor als sie sich initial darstellen. Vertretbar wäre aber Vermittlung von Zusammenhängen zu Schmerz und Psyche / soziale Probleme (edukative Schmerzinfo)

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Wer ein psychologisches Gespräch wünscht, möchte sich nicht einfach nur bei der Schwester „ausheulen“, sondern professionelle Hilfe! Dafür sind die Psychologen schließlich ausgebildet, oder nicht? Eine Alternative wäre eventuell der Klinikpastor.

Pflege weiblich, 23 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Psychologenaufgabe

Physiotherapeut männlich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Mitarbeiter der Pflege wären mit einer solchen Aufgabe wohl deutlich überfordert und nicht ausreichend ausgebildet.

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Geschieht doch auch jetzt schon, u.a. in allen Berufsgruppen, die längere Termine mit den Patienten absolvieren (PT/Mass/Ergo/Pflege)

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Diese Aufgabe sollten die Psychologen weiterhin machen, da die psychischen Probleme recht tiefgründig und umfangreich sein können.

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: [bezieht sich auf das Wort Telefonseelsorge] Persönliches Gespräch ist viel wertvoller für den Patienten. Häufig keine Eigeninitiative vom Patienten, kein Anruf bzw. Anmeldung zum Gespräch. Vorschlag: Geschultes Personal geht zu (durch Visite, Stationsübergabe) „ausgesuchten“ Patienten hin und bietet Gespräch an.

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Auch die leichteren Fälle sollten von Psychologen durchgeführt werden, die psychologische Beratung

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Telefonseelsorge halte ich für zu anonym

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Der Patient wünscht sich ja gerade die fachliche Hilfe und Beratung. Schwierigkeit könnte mangelndes Vertrauen in die Fähigkeiten des Beraters sein

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Für die Genesung psychisch belasteter Patienten haben die Beratungsgespräche eine große Bedeutung und können meiner Meinung nach nur erfolgreich von Fachpersonal, also Psychologen, durchgeführt werden. Andere Mitarbeiter könnten schnell überfordert sein und die Situation des Patienten nicht richtig einschätzen.

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Die Pflege ist sowieso schon unterbesetzt und macht schon oft solche Gespräche mit Patienten

Physiotherapeut weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Wo soll die Pflege dafür die Zeit nehmen? Eher nur Psychologen

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Problem diagnostischer Zuordnung leicht-schwer – umfassende Ausbildung und praktische therapeutische Erfahrung erforderlich, die nicht „nebenbei“ erreicht werden kann – Gefahr der Sparmaßnahme – Aufweichen des Personalschlüssels, da „billigere“ Mitarbeiter scheinbar die Leistung ebenfalls erbringen können.

Psychologe weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: von Klinikpersonal kann man mehr erwarten als nur Telefonseelsorge, und das werden die Patienten auch tun. Wie sollte eine Fortbildung aussehen, die Pflegepersonal qualifiziert? Wer stellt fest, ob krankheitswertige Störungen vorliegen?

Psychologe weiblich, 21 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Zumindest würde ich es nicht als psychologische Beratung bezeichnen, sondern: Ansprechpartner für Lebensprobleme o.ä.

Pflege weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
nicht umsetzbar. Pflegepersonal übernimmt täglich viele Anfragen und bewältigt gemeinsam mit dem Patienten dessen Problematik. Soll der Assistent Sprechzeiten haben?? Dieses wäre abfertigend.

Sozialarbeiter weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Trotz Fortbildung m. E. ausreichende Qualifikation nicht gesichert.

Sozialarbeiter weiblich, 5 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: keine geeignete (ausreichende) Grundausbildung (Selbstreflexion)

Sozialpädagoge weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Es ist eine Abnahme der Qualität zu befürchten. Auch eine kostengünstigere Variante ist bei diesem Vorschlag nicht zu erkennen. Psychologische Beratung sollte weiterhin von Psychologen durchgeführt werden.

Sportlehrer weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Psychologische Beratung sollte von Psychologen durchgeführt werden. Die Verantwortung in diesem Bereich sollte nicht dem Pflegepersonal auferlegt werden.

anonym  
nicht sinnvoll: Psychisch belastete Patienten sollten Gespräch mit qualifiziertem Personal (Psychologen) erhalten. Nicht qualifiziertes Personal ist zwar eventuell empathisch, aber letztlich nicht für Unterstützung geeignet und überfordert.

anonym  
nicht sinnvoll: Da kann zu viel schiefgehen!

## 11. Verlauf: Moderation des Rehateams: Psychologe

### Sinnvoll

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Aber nur in kleinen Teams z. B. stationsbezogen. Großteambesprechungen sind erfahrungsgemäß „Quatschbuden“

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Ich halte es auch für sinnvoll, dass andere Berufsgruppen aktiv in der Zusammenarbeit mit anderen Rehateams sich austauschen. Psychologen könnten dieses aber auch vorrangig koordinieren.

### Vielleicht sinnvoll

Arzt männlich in leitender Position mit 15 Jahren Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: wenn man eine ABM für Psychologen sucht (zur Marktberreinigung bei arbeitslosen Psychologen)

Arzt männlich in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Leitung von Sozialarbeiter und Psychologe

Arzt männlich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: abhängig vom Patientenkrankheitsbild: rein somatisch oder psychosomatisch

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung  
Vielleicht sinnvoll: Wäre gegebenenfalls sinnvoll, aber (unleserlich) nicht umsetzbar bei einem Arzt/Rehab.-Verhältnis von 1:32! (ermittelt Ortho II 2-4/09)

Arzt weiblich, 2 Monate Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Moderation: Auch andere Berufsgruppen wären hierfür geeignet / sinnvoll.

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
weiß nicht: Muss m. E. nicht allgemeingültig festgelegt werden, da klinikbezogen sicher erhebliche Unterschiede in den Inhalten und im Ablauf der Teambesprechungen existieren. Sollten vor allem medizinische Aspekte besprochen werden, bietet sich auch eine ärztliche Moderation an.

Ergotherapeut weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Chefärzte sinnvoller? (Wir arbeiten unter ihrer Leitung)

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Dies kann auch von anderem Klinikpersonal durchgeführt werden, das sich in Richtung „Moderation“ fortbildet, wie Rehaassistent, Therapeut etc.

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Moderation kann auch bei entsprechender Ausbildung/Fortbildung und Erfahrung von anderen Berufsgruppen geleistet werden

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Ich könnte mir auch einen Wechsel zwischen verschiedenen Berufsgruppen vorstellen. Das übt auch das Moderieren in Patientengruppen – und das müssen Ärzte und andere Therapeuten z. B. im Rahmen der Patientenschulung auch.



Sportlehrer weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung  
weiß nicht: Jede Berufsgruppe kann nach entsprechender Weiterbildung die Moderation übernehmen

Sportlehrer weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Alternativ könnte diese Aufgabe auch von anderen Therapeuten wahrgenommen werden, die in „Moderation“ geschult, bzw. begabt sind.

anonym  
vielleicht sinnvoll: Hoher Zeitaufwand

#### **Nicht sinnvoll**

Arzt männlich, in leitender Position, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Die Rolle sollte dem Arzt mit orthopädischen und rehabilitationsspezifischen Kenntnissen vorbehalten werden.

Arzt weiblich, 5 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Im Fall einer somatischen Reha steht das medizinische körperliche Leiden im Vordergrund – falscher Schwerpunkt.

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Das haben bisher die Ärzte gekonnt, das werden wir auch weiter können. Dokumentieren müssen wir in jedem Fall in der Patientenakte. Man will die Gespräche schließlich möglichst sachlich und knapp haben und kein langes Geschwafel!

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung  
Besser wäre, wir würde Ärzte schulen, die Moderation zu übernehmen, denn hier müssen alle Fäden zusammenlaufen. Abschlussbericht, sozialmedizinische Entscheidungen usw.

Ergotherapeut (ohne Geschl.), in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Nur dann sinnvoll, wenn schwerwiegende Probleme im Rehateam auftreten.

Pflege weiblich, 23 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Rehaassistentenaufgabe

Physiotherapeut weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Kann von organisatorisch qualifiziertem Personal jedweder Berufsgruppe ausgeführt werden.

Sozialarbeiter weiblich, 5 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Moderationstechniken müssen/sollten bekannt sein. Aber diese Qualifikation können sich auch andere Berufsgruppen aneignen.

Sozialpädagogin weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Der Ablauf und die Grundlagen für das Rehateam sollten in den Sitzungen natürlich geregelt sein. Bezüglich der bisherigen Zuständigkeiten sehe ich keinen Veränderungsbedarf.

anonym  
nicht sinnvoll: Moderationsfunktion ist besser bei nicht involvierten (außerhalb des Arbeitsteams stehenden) Mitarbeitern angesiedelt.

## 12. Abschluss: Assessment in Mobilität: Sportlehrer

### Sinnvoll

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: ja!

Pflegeleitung männlich 6 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: in Kombination mit Physiotherapie

Physiotherapeut männlich, 5 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: aber mitunter schwer umsetzbar, falls Therapeut erkrankt oder in Urlaub geht.  
Sportlehrer können Patienten nicht in dem Maße begleiten und sind mit vielschichtigen Krankheitsbildern nicht so vertraut.

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 7 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Zuständigkeit eher bei den Physiotherapeuten

Physiotherapeut weiblich, 11 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Sportlehrer haben nicht die Qualifikation bzw. Fortbildungen, um diese Aufgaben durchzuführen. Geeignet sind Physiotherapeuten und Diplomsportlehrer

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
weiß nicht: sinnvoll: Physiotherapeut

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: gut: valide Einschätzung auch in ärztlicher Untersuchung möglich

ohne Angaben  
vielleicht sinnvoll: Sinnvoll im Rahmen der Physiotherapie, da Therapie funktioneller und alltagsorientierter ist.

### Vielleicht sinnvoll

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: sinnvoll 1 +2 [Assessments, Rehazielerreichung]. „In den E-Brief schreiben“ bedeutet eine abschließende Bewertung abzugeben – eindeutige ärztliche Aufgabe unter Berücksichtigung der Gesamtumstände.

Arzt weiblich, 0 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Der Arzt sollte dies auch mitbeurteilen (eventuell gemeinsame Beurteilung durch Krankengymnast/Sportlehrer und Arzt) Lieber ärztliche Kompetenz unter Absprache mit Therapeut

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
ohne Kreuz: teilweise sinnvoll. Befund für Entlassungsbericht zur Verfügung stellen, nicht in den Entlassungsbericht reinschreiben. Wenn jeder im Entlassungsbericht rumschreibt, wird das am Ende zu unübersichtlich, manchmal muss man Befunde auch zusammenfassen.

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Als objektive Untermauerung der körperlichen Leistungsfähigkeit sinnvoll.

Diplomsportlehrer weiblich, 1 Jahr  
vielleicht sinnvoll: Auch Physiotherapeuten und Ergotherapeuten

Physiotherapeut ohne Angabe des Geschlechts, 1 Jahr Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: auch durch Physiotherapeut durchführbar

Physiotherapeut männlich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: In den therapeutischen Gruppenanwendungen ist das Leistungsbild des einzelnen nur grob definierbar, vor allem noch auf beruflich spezifische Anforderungen.

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
Physiotherapeuten haben meistens einen engeren Kontakt zu Patienten als Sportlehrer, da diese die Patienten in Einzeltherapien behandeln. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den beiden Gruppen wäre wünschenswert.

Physiotherapeut weiblich, 2 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: auch möglich: Physiotherapeut

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Da kenne ich mich zu schlecht aus. Problem: Reicht die „Therapeutenkonstanz“. Auch hier: Probieren.

anonym

vielleicht sinnvoll: Nur in Zusammenarbeit mit Arzt. Leistungsvermögen beschreibt und entscheidet am Ende der Arzt unter Berücksichtigung der Mitteilungen der Therapeuten.

#### **Nicht sinnvoll**

Arzt männlich in leitender Position mit 15 Jahren Berufserfahrung  
ohne Angabe: Leistungsbilderstellung im E-Brief ist eine ärztliche Aufgabe! Sportlehrer kann nur eine beratende Funktion haben, mehr jedoch nicht! s. BfA-E-Brief siehe EFL usw.!

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Stellungnahme zum Leistungsbild ist Sozialmedizin. Rehazielerreichung eventuell vom Rehatem zu erstellen.

Arzt männlich, in leitender Position, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Stellungnahme zum Leistungsbild intern durchaus – wie bisher auch .. sinnvoll. Nach extern (unleserlich) Arztaufgabe.

Arzt weiblich, 2 Monate Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Dies ist die klassische Aufgabe des Rehafacharztes!

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Sportlehrer können sicherlich eine Stellungnahme zur körperlichen Leistungsfähigkeit abgeben dies ist auch als Grundlage für die abschließende sozialmedizinische Einschätzung des Leistungsbildes sehr hilfreich. Die Bewertung und schriftliche Darlegung ist m.E. aber ärztliche Aufgabe.

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Hängt sicherlich von dem Fachgebiet ab, aber medizinische Untersuchungsergebnisse sind - besonders bei Komorbiditäten - von Ärzten zu bewerten.

Ergotherapeut (ohne Geschl.), in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Sinnvoll ist, wenn dieses von demjenigen vorgenommen wird, der den Patienten aufgenommen und therapiert hat.

Physiotherapeut männlich, 15 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Sinnvoll halte ich nur die Zuständigkeit des Physiotherapeuten, der aufgrund der Behandlung den Patienten erlebt und beurteilen kann.

Physiotherapeut männlich, in leitender Stellung, 20 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Nur Physiotherapeuten! Sportlehrer sieht die Patienten nicht „mehrere Stunden“

Physiotherapeut weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: wird bereits von Physiotherapeuten gemacht, warum Sportlehrer?

Sozialpädagogin weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
nicht sinnvoll: Assessment im Bereich Mobilität würde ich als ergänzend ansehen; m. E. müssen sie mit einer ärztlichen Abschlussuntersuchung abgeglichen werden. Der Entlassungseffekt für den Arzt bleibt mit diesem Vorschlag somit fraglich. Zudem müsste bei diesem Vorschlag „...manches Sozialmedizinische“ oder eine „gewisse sozialmedizinische Fortbildung ...“ genauer definiert werden.

### 13. Abschluss: Subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen: Psychologe

#### Sinnvoll

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
sinnvoll: Alternative: Arzt

#### Vielleicht sinnvoll

Arzt männlich in leitender Position mit 15 Jahren Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Das kann auch von Sportlehrern durchgeführt werden. Diese Erhebung ist sehr psychologenlastig. Wohl auch so gewollt um Tätigkeitsfelder für diese Berufsgruppe neu zu erschließen, weil sie in der Studienabschlussgruppe schlechte Vermittlungschancen aufweisen.

Arzt männlich, in leitender Position, 9 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: (unleserlich) Konsile btr. wichtige Information für den behandelnden Arzt.

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung  
ohne Kreuz: nur teilweise sinnvoll. Auswertung von Fragebögen: bitte gern. Persönliches Gespräch zum Erreichen der Ziele: muss im ärztlichen Entlassungsgespräch sowieso geklärt werden – Doppelbefragung! Gespräch über Leistungsvermögen-Arbeitsfähigkeit: Dazu braucht man medizinische Kenntnisse, die finden wir gewöhnlich nicht beim Psychologen.

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Medizinische Beratung (Medikamente, Krankheitsverlauf und Sozialmedizin) sind wichtiger Bestandteil im Entlassungsgespräch und sollten grundsätzlich nicht fehlen.

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Als Beschreibung der psychischen Leistungsfähigkeit sinnvoll

Diplomsportlehrer weiblich, 1 Jahr  
vielleicht sinnvoll: in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Therapeuten

Physiotherapeut männlich, 5 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Diese Gespräche könnten auch von anderen Berufsgruppen durchgeführt werden (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten)

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: um den subjektiven Reha-Erfolg zu beurteilen, sollten alle Berufsgruppen, die mit dem Patienten Kontakt hatten, einbezogen werden (Ärzte, Schwester, PT, Ergo etc.)

Physiotherapeut weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Mir fehlen hier die sozialmedizinische Gesichtspunkte. Sozialarbeiter sind qualifiziert und mit den aktuellen Gesetzen vertraut, um Patienten gezielt über berufliche Integration oder andere Möglichkeiten zu informieren.

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
vielleicht sinnvoll: Müsste sehr engen Rahmen geben; sonst sehe ich die Gefahr, dass Patienten in diesem Gespräch eher all das loswerden möchten, was aus ihrer Sicht ungünstig war (Beschwerden über Essen, langsame Fahrstühle etc.) Günstig wäre (unleserlich) sicher diese Gespräche (im Regelfall) mit den Patienten zu führen, die man aufgenommen hat.

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Inhaltlich: sehr sinnvoll, da qualitativ besser – wird von Psychologen aber sicher nicht „nebeneinander“ abgehandelt und bekommt höheren Stellenwert. Nachteil: Mehr Zeitaufwand. Schwierigkeit: Gute zeitliche Koordination vor Entlassung, Arzt möchte auch Rückmeldungen von Patienten.

anonym

vielleicht sinnvoll: Nur in Zusammenarbeit mit Arzt, besonders Leistungsvermögen und Arbeitsfähigkeit

### **Nicht sinnvoll**

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Wichtige Information, die der Arzt erheben sollte! Gesamtbeurteilung

Arzt weiblich, 0 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Dies ist vor allem für die Patienten wichtig, die ohnehin eine psychologische Betreuung brauchen. Für alle anderen Patienten ist dies nicht sinnvoll.

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Problem sehe ich hier in der Zusammenführung von Assessmentergebnissen, psychologischer Einschätzung, körperlicher Untersuchung, Leistungsfähigkeit, die letztendlich für die Einschätzung des Leistungsvermögens sinnvoll und wichtig ist. (sozialmedizinische Erfahrung notwendig)

Gesundheitsberater weiblich, 24 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: besser Ärzte in Gesprächsführung fortbilden. Patienten erwarten Gespräch mit Arzt.

Pflege (ohne weitere Angaben)

nicht sinnvoll: Da wären die Psychologen überqualifiziert

Pflege weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

nicht sinnvoll: wird im Gespräch bei der Auf- und Abschlussvisite integriert.

Pflege weiblich, 23 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Rehaassistentenaufgabe

Psychologe weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Vielleicht lieber die Ärzte in Gesprächsführung schulen. Ein Abschluss durch den Psychologen und den Arzt birgt die Gefahr des doppelten Zeitaufwands in sich. Für den Patienten ist eventuell schwer erkennbar, wer sein Hauptansprechpartner sein soll.

Stationsassistentin, 17 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Psychologen für schwierige Fälle lassen. Dies Gespräche könnten z. B. auch Tutoren durchführen.

anonym

nicht sinnvoll: Auswertungen in der jeweiligen Berufsgruppe, dann Zusammentragen im Team. (unleserlich) ist Arztsache

#### **14. Abschluss: Vorbereitung der Schlussuntersuchung Reha-Assistent**

##### **Sinnvoll**

Pflege weiblich halbes Jahr Berufserfahrung

sinnvoll: Der Vorschlag ist sinnvoll, da dann die Aufnahme bis Abschluss Entlassung in einer Hand bleiben.

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: das wäre ja traumhaft!

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Entlastung des Pflegepersonals

##### **Vielleicht sinnvoll**

Arzt weiblich, 0 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Terminierung lieber nicht auf zu viele Leute verteilen, sonst muss zu viel Absprache gehalten werden. Punkt 2-4 sinnvoll.

Arzt weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

ohne Kreuz: teilweise sinnvoll. Der Rehaassistent kann nicht meine Termine bestimmen, weil er meinen Terminplan nicht kennt (Vorträge, Visiten, freie Tage etc.) Das muss ich schon selbst machen.

##### **Nicht sinnvoll**

anonym

Was macht das Pflegepersonal? Wird augenscheinlich durch den Reha-Assistenten „wegrationalisiert“!?

## **15. Abschluss: Schlussuntersuchung und Entlassungsbericht: Arzt**

### **Sinnvoll**

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Gefahr: Insgesamt wird der Druck auf die Therapiebereiche erhöht: z. B. alle Patienten zu Beginn/zu Ende in bestimmten Zeitkorridoren zu sehen. Geht möglicherweise zu Lasten der Therapeutenkonstanz oder gar des Therapieangebots.

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: m. E. sollte die Entscheidung über die Inhalte des Entlassungsberichts ebenso die schriftliche Darlegung beim Arzt liegen, der den Bericht auch mit seinem Namen unterschreibt.

Arzt weiblich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung

sinnvoll: Alle Einschätzungen müssen hier zusammenlaufen!

### **Vielleicht sinnvoll**

Arzt weiblich, in leitender Position, 14 Jahre Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Bei hochkomplexen Erkrankungen ist dieses für Nicht-Mediziner schwierig. Bei Komorbiditäten sind Wechselwirkungen verschiedener Krankheitsbilder aufeinander und medikamentöse und sozialmedizinische Aspekte nicht einfach übersehbar.

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung

vielleicht sinnvoll: Gerade beim Arztbrief aus „vielen Federn“ muss die Abstimmung/Koordination sehr gut sein (damit es letztlich nicht mehr Arbeit macht, die Teile zusammenzufügen, zu vereinheitlichen und einen stimmigen Text daraus zu machen, als den Brief selber zu diktieren).

### **Nicht sinnvoll**

Sozialpädagoge weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Bei diesem Vorschlag wird die Funktion des Arztes auf eine fast ausschließlich kontrollierende Tätigkeit/Aufgabe reduziert.

Arzt männlich, in leitender Position, 17 Jahre Berufserfahrung

(ohne Ankreuzung): keine Ersparnis von personellen Ressourcen!

Arzt männlich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung

nicht sinnvoll: Keine Arbeitersparnis: Das Durchlesen und Überprüfen der Befunde nimmt ebenso viel Zeit in Anspruch wie die selbständige Erstellung des Abschlussbriefes.



## **22. Neue Aufgaben übernehmen**

### **Ergotherapeut**

Ergotherapeut (ohne Geschl.), in leitender Position, 15 Jahre Berufserfahrung : Hilfsmittelschulungen

Ergotherapeut weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung: z. B. Verordnungen für unseren Therapiebereich

### **Pflege**

Pflege männlich, 10 Jahre Berufserfahrung: Entspannungstraining, Schulung BMR und TENS, Marcumar-Selbstbestimmung, Blutentnahme, EKG, (Aufgaben in der Funktionsabteilung)

Pflege männlich, 27 Jahre Berufserfahrung: Entspannungstraining, Schulung BMR und TENS, Salutogenese, Marcumar-Selbstbestimmung, Blutentnahme, Lufu, EKG

Pflege weiblich 13 Jahre Berufserfahrung: Belegungsmanagement in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Aufnahmeabteilung)

Pflege weiblich in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung: Vor Anreise des Patienten: Erhebung Mobilität/Hilfsmittelbedarf, Blutentnahmedurchführung, Routinevitalwerterhebung

Pflege weiblich in leitender Position, 23 Jahre Berufserfahrung: Blutabnehmen, Ermittlung Vitalwerte (Routine-), Erhebung von Mobilität und Hilfsmittelbedarf vor Anreise des Patienten

Pflege weiblich leitende Position 18 Jahre Berufserfahrung: Bei der Entlassung einiger Patienten besteht die Notwendigkeit, häusliche oder stationäre Betreuung zu organisieren. Es handelt sich in der Regel um alleinstehende, ältere Patienten ohne familiäre Unterstützung. Die bisherige Verfahrensweise durch den sozialen Dienst ist aus meiner Sicht unzureichend. Einzelheiten können gern diskutiert werden.

Pflege weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung: Entspannungstechniken, Gesundheitsvorträge

Pflege weibliche, Stationsleitung, 9 Jahre Berufserfahrung: Belegungsmanagement

### **Physiotherapeut**

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 20 Jahre Berufserfahrung: Masseur und Medizinischer Bademeister, Badehilfen

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 5 Jahre Berufserfahrung: Masseur und medizinische Bäderhilfen; diese Arbeiten könnten von Physiotherapeuten übernommen werden.

Physiotherapeut männlich, in leitender Position, 7 Jahre Berufserfahrung: Medizinische Aufnahme: Mobilitätsgrad erfassen: Abschluss: Tests, Grad der Rehazielerreichung beschreiben

Physiotherapeut weiblich, 18 Jahre Berufserfahrung: Zusammenstellen der Therapien (besonders physiotherapeutische) für den Patienten!

Physiotherapeut weiblich, 20 Jahre Berufserfahrung: Das Aufgabenfeld der Diplomsporthlehrer. Alle Arten von Entspannungstherapien.

Physiotherapeut weiblich, 9 Jahre Berufserfahrung: Erstellen des Therapieplans

**Psychologe**

Psychologe männlich, 14 Jahre Berufserfahrung: Beratung zu Verhaltensänderungen

Psychologe männlich, 15 Jahre Berufserfahrung: Fragen zu Therapiezielen, Motivation u. Erfolg, sowohl zu Beginn als auch zum Abschluss der Reha

Psychologe männlich, 22 Jahre Berufserfahrung: Rehazielle eruiieren

Psychologe weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung: Aufnahmegespräch wie in Frage 4

Psychologe weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung: Eventuell Aufnahmegespräche der Patienten

Psychologe weiblich, 14 Jahre Berufserfahrung : Moderation Rehateam, Rehazielle: Prioritäten setzen für Therapieplan, gemeinsam mit Patienten.

Psychologe weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung: Tätigkeiten der Rehaassistentin

Psychologe weiblich, 21 Jahre Berufserfahrung : Klärung der Rehazielle, Moderation von Teamsitzungen

Psychologe weiblich, 4 Jahre Berufserfahrung: Gespräche mit Patienten über Rehazielle

**Sozialarbeiter**

Sozialarbeiter weiblich, 10 Jahre Berufserfahrung: Zuweisung zu speziellen berufsbezogenen Angeboten

**Sportlehrer**

Sportlehrer weiblich, 15 Jahre Berufserfahrung: Nikotinentwöhnungstraining

## Allgemeine Anmerkungen

Arzt männlich, in leitender Position, 9 Jahre Berufserfahrung  
Insgesamt erscheint die Rolle und Wichtigkeit der Psychologen überbewertet, gleichzeitig scheint eine weitgehende Reduzierung des ärztlichen Dienstes angestrebt, so dass der Charakter einer orthopädischen AHB nur noch schwach ausgeprägt ist.

Arzt männlich, 20 Jahre Berufserfahrung  
Für Aufgaben wie Termine (zwischen) Patient und Arzt machen fehlt so manchen Krankenschwestern völlig das Händchen. Eine Arzthelferin (-helfer) ist aber gewohnt, dem Arzt zuzuarbeiten. Für Wochenenddienst werden aber von der PDL Krankenschwestern bevorzugt, leider.

Arzt weiblich, 7 Jahre Berufserfahrung  
Anmerkung: Nachsorgeverordnung/Funktionstraining kann sicher von Rehaassistent übernommen werden.

Physiotherapeut weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
Es fällt auf, dass Vieles doppelt gemacht bzw. gefragt wird, was die Patienten zum Teil verärgert. Zentraler Befund, der an alle Therapieeinheiten weitergeleitet wird, wäre toll.

Physiotherapeut weiblich, 3 Jahre Berufserfahrung  
Das mit dem Reha-Assistenten ist eine gute Idee, damit alles strukturierter vorgehen kann und eine Person alles managt, was sonst durch mehrere Personen passiert. Doppelbefragungen werden vermieden.

Psychologe weiblich, 1 Jahr Berufserfahrung  
Mein Wissen über die Arbeit der Physiotherapeuten & Co ist nicht so groß, daher erschienen mir die Ideen bezüglich ihrer Arbeit auf den ersten Blick wahrscheinlich eher sinnvoll, während der Blick an anderen Stellen kritischer ist.

## 13.6 Fragebogen für Rehabilitanden

### Der Anfang

<p>Die <b>Reha-Assistentin</b> begrüßt Sie in der Klinik. (Dabei handelt es sich um eine Arzthelferin, wie Sie sie von Ihren Ärzten zu Hause kennen. Sie hat zusätzlich eine intensive Fortbildung in allen Fragen rund um die Reha absolviert.) Sie erledigt sämtliche Aufnahmeformalitäten, zeigt Ihnen Ihr Zimmer und erklärt Ihnen den Reha-Alltag und was als Nächstes auf Sie zukommt.</p>	<p><input type="checkbox"/> Damit bin ich einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> Die Regeln auf der Station sollte eine Krankenschwester erklären</p> <p><input type="checkbox"/> Das wäre mir egal</p>	1
<p>Dann nimmt die <b>Reha-Assistentin</b> sich Zeit, mit Ihnen gemeinsam einen Fragebogen durchzugehen. Er betrifft vor allem Ihre Krankengeschichte und Ihre jetzigen Gesundheits Sorgen, die Therapien, die Sie bisher gemacht haben, die Medikamente, die Sie einnehmen, Ihren Arbeitsplatz und Ihre finanzielle Situation. Alle Ihre Auskünfte werden notiert und an Ihren Reha-Arzt und alle für Sie zuständigen Therapeuten und Berater weitergeleitet, so dass alle Bescheid wissen.</p> <p>Die Reha-Assistentin macht dann für Sie Termine beim Arzt, beim Physiotherapeuten und bei Bedarf bei verschiedenen Beratern (Ernährungsberatung, Sozialdienst, Psychotherapeut).</p>	<p><input type="checkbox"/> Über meine Gesundheitsprobleme möchte ich nur mit einem Arzt sprechen.</p> <p><input type="checkbox"/> Das wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernst genommen werde.</p> <p><input type="checkbox"/> Vielleicht würde es mir sogar leichter fallen, mit der Assistentin zu sprechen als mit dem Arzt.</p>	2
<p>Für die Gestaltung der Reha soll auch Ihre persönliche Sichtweise berücksichtigt werden. Dazu erkundigt sich ein <b>Psychologe</b> bei Ihnen, was Sie selbst über Ihre Krankheit wissen und wie Sie darüber denken und auf welchen Gebieten Sie Beratung wünschen. Er fragt danach, wo sich die Krankheit in Ihrem Leben besonders nachteilig bemerkbar macht und wobei die Reha helfen soll. Er informiert Sie über die grundsätzlichen Ziele der Reha und die Möglichkeiten, die Sie nach der Reha haben, um den Erfolg zu stabilisieren.</p>	<p><input type="checkbox"/> Das finde ich gut.</p> <p><input type="checkbox"/> Das möchte ich nur mit einem Arzt besprechen.</p> <p><input type="checkbox"/> Das wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernst genommen werde.</p>	3

Der **Physiotherapeut** oder der **Diplomsportlehrer** untersucht, wie stark Ihre Beschwerden Sie in Beruf und Privatleben behindern. Wie steht es mit Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit? Was fällt Ihnen schwer? Und was können Sie gar nicht mehr tun? Er ist zuständig für die Erfassung Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und berücksichtigt dabei besonders die Belastungen durch Ihre Arbeit.

- Ich kann mir vorstellen, dass ein Physiotherapeut oder Sportlehrer meine Leistungsfähigkeit sogar besonders gut beurteilen kann
- Meine körperliche Leistungsfähigkeit kann ein Arzt besser beurteilen
- Beide Berufe sind gleich gut geeignet

4

Der **Arzt** überprüft, ob klar ist, welche Krankheiten Sie haben und ob irgendwelche besonderen Risiken oder Komplikationen bestehen. Bei Bedarf führt er weitere Untersuchungen durch. Er ist der Fachmann für die medizinische Diagnose. Der Arzt prüft an dieser Stelle *nicht*, welche Auswirkungen Ihre Krankheit auf Berufsleben und Alltagstätigkeiten hat – das ist ja schon von den vorangegangenen Personen geprüft worden.

- Der Arzt sollte sich für meine ganze Person interessieren, nicht nur für meine medizinische Diagnose
- Ich finde es in Ordnung, wenn der Arzt sich auf das konzentriert, wofür er am besten ausgebildet ist: die Diagnostik

5

## Therapie und Beratung

<p><b>Bewegungstherapie:</b> Art und Umfang von Bewegungstherapie, Gymnastik und Sport werden von dem Physiotherapeuten oder Sportlehrer festgelegt, der am Anfang Ihre Leistungsfähigkeit untersucht hat. Er führt die Übungen auch mit Ihnen durch. Sie haben es also von Anfang bis Ende immer mit demselben Therapeuten zu tun, einzeln oder in der Gruppe.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Damit wäre ich einverstanden</li><li><input type="checkbox"/> Alle Therapien sollten grundsätzlich nur von einem Arzt verordnet werden</li></ul>	6
<p><b>Entspannungstraining:</b> Auch das Entspannungstraining wird von Ihrem Sportlehrer/Physiotherapeuten geleitet – es sei denn, Sie haben sehr unter Stress oder psychischen Problemen zu leiden. Dann kommen Sie in eine Gruppe, die von einem Psychologen geleitet wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Damit wäre ich einverstanden</li><li><input type="checkbox"/> Entspannungstraining sollte grundsätzlich nur von Psychologen angeleitet werden</li></ul>	7
<p><b>Bei psychischen Problemen</b> kann der Patient wählen, ob er mit einem Psychotherapeuten sprechen möchte oder lieber mit einem Mitglied seines Rehateams, das er schon kennt und zu dem er vielleicht ein besonderes Vertrauen hat, z. B. mit einer Krankenschwester.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Für psychische Probleme sollte grundsätzlich nur ein Psychotherapeut zuständig sein</li><li><input type="checkbox"/> Psychologische Hilfe kann jeder erbringen, der dem Patienten auf natürliche Weise einfühlsam und respektvoll begegnet und sich aktiv bemüht</li></ul>	8

## Der Abschluss

<p>Ihr <b>Physiotherapeut/Sportlehrer</b>, der Sie durch die Reha begleitet und Sie bei den verschiedensten Übungen kennengelernt hat, untersucht gegen Ende der Reha – genau wie schon am Anfang – Ihre körperliche Leistungsfähigkeit. Aufgrund der Ergebnisse stellt er fest, wieweit Sie ihre Rehazielen erreicht haben. Außerdem gibt er ein Urteil darüber ab, ob Sie vollschichtig in Ihrem Beruf weiterarbeiten können oder ob er irgendwelche Einschränkungen sieht.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Der Physiotherapeut/ Sportlehrer hat mich während der gesamten Reha betreut und weiß genau, was ich kann. Daher vertraue ich seinem Urteil.</li><li><input type="checkbox"/> Meine berufliche Leistungsfähigkeit zu beurteilen, das traue ich eher einem Arzt zu.</li></ul>
---	--

9

<p>Der <b>Psychologe</b> befragt Sie noch einmal nach Ihrer persönlichen Meinung: Wie sehen Sie selbst den Erfolg der Reha und wie schätzen Sie Ihre Arbeitsfähigkeit ein? Außerdem erkundigt er sich danach, was Sie in Zukunft selbst für Ihre Gesundheit tun wollen, welche nützlichen Tipps Sie in der Klinik bekommen haben, was Sie Neues erfahren haben in Bezug auf Ihre Krankheit. Er erklärt Ihnen auch die so genannte Nachsorge und sagt ihnen, wo Sie sie in Anspruch nehmen können. Er gibt alle Informationen an Ihren Arzt weiter.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Das finde ich gut.</li><li><input type="checkbox"/> Das möchte ich nur mit einem Arzt besprechen.</li><li><input type="checkbox"/> Das wäre mir egal, solange mir zugehört wird und ich ernst genommen werde.</li></ul>
--	--

10

<p>Beim <b>Arzt</b> laufen alle Informationen der Therapeuten, Berater, Pflegekräfte und der Reha-Assistentin zusammen. Er formt daraus ein Gesamtbild und bespricht es abschließend mit Ihnen.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Das wäre mir zu wenig. Der Arzt soll möglichst viel selbst machen</li><li><input type="checkbox"/> Wenn es klappt, dass der Arzt wirklich alle wichtigen Informationen erhält, wäre ich damit einverstanden</li></ul>
---	--

11

## Fazit

Der Arzt steht nicht mehr so im Mittelpunkt der Reha. Er gibt Aufgaben ab: Aufgaben, für die er überqualifiziert ist, übernimmt die Reha-Assistentin. Andere Aufgaben gibt er ab, weil es dafür auch andere Mitarbeiter gibt, die ebenso gut qualifiziert sind oder sogar besser. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit zum Beispiel übernimmt der Physiotherapeut. Der Arzt ist auch nicht mehr der Hauptansprechpartner des Patienten. Diese Rolle übernimmt der Physiotherapeut, teilweise auch die Reha-Assistentin. Der Arzt konzentriert sich vor allem auf seine Kernkompetenz: Diagnostik und Medikamente.

Dieses System ...

- finde ich besser als das bisherige
- Vor- und Nachteile gleichen sich wahrscheinlich aus
- müsste man mal ausprobieren
- gefällt mir nicht

12

Bitte beantworten Sie noch einige Fragen zu Ihrer Person

Mein Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:  weiblich       männlich

Dies ist meine

- erste Reha
- zweite Reha
- dritte Reha
- mehr als dritte Reha

Meine Krankheit heißt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin ausgebildet als: \_\_\_\_\_

Mein Gesundheitszustand ist insgesamt

- Gut       Weniger gut       Schlecht       Sehr schlecht



## 13.7 Beurteilung von Vorschlag 12 bei verschiedenen Untergruppen

### Vorschlag 12 (Fazit):

Der Arzt steht nicht mehr so im Mittelpunkt der Reha. Er gibt Aufgaben ab: Aufgaben, für die er überqualifiziert ist, übernimmt die Reha-Assistentin. Andere Aufgaben gibt er ab, weil es dafür auch andere Mitarbeiter gibt, die ebenso gut qualifiziert sind oder sogar besser. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit zum Beispiel übernimmt der Physiotherapeut. Der Arzt ist auch nicht mehr der Hauptansprechpartner des Patienten. Diese Rolle übernimmt der Physiotherapeut, teilweise auch die Reha-Assistentin. Der Arzt konzentriert sich vor allem auf seine Kernkompetenz: Diagnostik und Medikamente.

Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeiten der Antworten in verschiedenen Untergruppen bzw. beim Alter die Durchschnittsalter der Rehabilitanden pro Antwortkategorie. Zur besseren Vergleichbarkeit sind die Häufigkeiten als Zeilenprozente angegeben.

Merkmal	Ausprägung	finde ich besser	Vorteile = Nachteile	ausprobieren	gefällt mir nicht
<b>Alter</b>	Mittelwert	49	53	53	49
<b>Geschlecht</b>	Frauen	32	12	48	8
	Männer	40	4	48	8
<b>Wievielte Reha?</b>	1	43	11	34	13
	2	15	8	73	4
	3	45	18	36	0
	>3	31	6	56	6
<b>Diagnose</b>	Systemisch-entzündlich	39	6	45	9
	Degenerativ	32	12	47	9
	FMS	30	7	56	7
	Andere	33	33	33	0
<b>Gesundheitszustand</b>	Gut	50	0	44	6
	Weniger gut	27	14	53	7
	Schlecht	36	9	41	14
	Sehr schlecht	67	0	33	0
<b>Ausbildung als</b>	Angelehrt/ungelernt	33	0	67	0
	Lehrberuf	32	13	46	9
	Studium	44	6	50	0

Tabelle 24: Beurteilung von Vorschlag 12 bei verschiedenen Untergruppen. Die Angaben sind Zeilenprozente (Alter: Mittelwerte). Die Unterschiede liegen alle im Zufallsbereich.

## 13.8 Fragen an den Expertenworkshop „Transdisziplinarität im Rehateam“

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich wende mich heute an Sie Teilnehmer/in am diesjährigen Workshop „Transdisziplinarität im Rehateam“ der Deutschen Rentenversicherung in Berlin, an dem auch ich teilgenommen habe. Wie manche von Ihnen vielleicht wissen, arbeite ich an einer Studie zu diesem Thema. Sie steht kurz vor dem Abschluss. Ihr Kern besteht aus der Entwicklung und Akzeptanzprüfung von **15 Vorschlägen**, wie rehatypischen Aufgaben künftig möglicherweise sinnvoller auf die Berufsgruppen verteilt werden könnten.

In dem angehängten Papier (Anhang 1 - Befragungen.pdf) sind die Vorschläge und ihre Bewertung durch verschiedene Berufsgruppen und Rehabilitanden dargestellt. Die Bewertungen sind überwiegend sehr positiv.

Für eine Aufgabenumverteilung sprechen weitere Überlegungen und Befunde: die Überfrachtung von Reha-Ärzten mit nicht genuin medizinischen Aufgaben, die Akademisierung weiterer Gesundheitsberufe, die Überlegungen des Sachverständigenrats 2007, der Ärztemangel, das weitgehende Fehlen juristischer Bedenken, die positiven Erfahrungen und Studienergebnisse aus dem Akutbereich oder aus anderen Ländern. Ich habe sie im Anhang 2 (Anhang 2 - Höder - Aufgaben- und Rollenverteilung.pdf) ausführlicher beschrieben.

Auch die Rentenversicherung – als Institution, die die Reha konzeptionell prägt – verkündet in einem neuen Positionspapier bezogen auf die Rolle der Ärzte:

„Ergebnisse der Reha-Forschung weisen darauf hin, dass Ärzte in der medizinischen Rehabilitation häufig berufsferne Tätigkeiten ausüben, die mit der direkten Versorgung der Rehabilitanden konkurrieren. Die Rentenversicherung wird deshalb die Reha-Einrichtungen dabei unterstützen, alle Möglichkeiten zur Entlastung von Ärzten auch durch nicht-ärztliches Personal gezielt auszuschöpfen.“ (DRV, Positionspapier Rehabilitation 2010, S. 14)

Ich bin der Überzeugung: Angesichts dieser Sachlage liegen genügend gute Gründe vor, die einen praktischen, systematischen und wissenschaftlich begleiteten Versuch rechtfertigen. Ich möchte Sie bitten, mir zu signalisieren, ob Sie diese Einstellung teilen. (Sie verpflichten sich damit natürlich zu nichts, ich möchte nur ein Meinungsbild erheben.)

Bitte drücken Sie den „Antworten-Knopf“ Ihres Mail-Programms und markieren Sie mit einem X eine der folgenden Alternativen:

1. Einige der 15 Vorschläge zu einer neuen Aufgabenverteilung erscheinen mir so plausibel, dass sie unter wissenschaftlicher Begleitung praktisch erprobt werden sollten.
2. Vor einer praktischen Erprobung müssten noch weitere Vorarbeiten geleistet werden.
3. Ich sehe nicht genügend Erfolgsaussichten und würde von einer praktischen Erprobung abraten.
4. Ich favorisiere ganz andere Alternativen (z. B. Arztstellen irgendwie attraktiver machen, bessere Fortbildung der Mitarbeiter).

Natürlich ist auch eine differenziertere Stellungnahme willkommen. Zum Beispiel bei Alternative 1: Welche der 15 Vorschläge finden Sie erprobenswert? Oder bei 2: Welche Vorarbeiten sollten das sein? Ich freue mich über jeden Kommentar.

Ich sichere Ihnen zu, dass alle Ihre Angaben in meinem Forschungsbericht ohne Namensnennung ausgewertet werden.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr

Jürgen Höder

## 13.9 Anmerkungen aus der Befragung führender Personen

### **Chefarzt (m/w)**

Die Klinik [Klinikname] führt ausschließlich onkologische Rehabilitationen durch. Daher beziehe ich mich bei den nachstehenden Ausführungen ausschließlich auf den Bereich der onkologischen Rehabilitation.

1. Administrative Aufnahme: die administrative Aufnahme könnte von Reha-Assistenten übernommen werden, allerdings erscheinen mir die hier genannten Aufgaben eher etwas für die Patientenverwaltung / Bettenplanung zu sein. Zumal es für Reha-Assistenten so viele andere Aufgaben gibt, die vorrangig übernommen werden müssten.
2. Informationen über organisatorische Abläufe: sicherlich muss der Patient über organisatorische Abläufe informiert werden, dies erfolgt üblicherweise ganz zu Anfang der Rehabilitation. In meinen Augen ist es aber am sinnvollsten, diese Informationen durch den Pflegedienst übermitteln zu lassen, da der Pflegedienst ohnehin eine „pflegerische Aufnahme“ (Blutdruck / Puls messen, Körpergewicht messen, Körpergröße bestimmen) durchführt. Im Sinne der Kontinuität der Patientenversorgung mit möglichst wenig Therapeuten- / Personalwechsel erscheint es daher sinnvoll, im Rahmen der pflegerischen Aufnahme auch Informationen über organisatorische Abläufe durch den Pflegedienst mitteilen zu lassen.
3. Medizinische Aufnahme / Vorbereitung: ein Teil der hier aufgeführten Aufgaben ist tatsächlich Sache der Reha-Assistenten. Einen Standardtherapieplan kann es in meinen Augen aber nicht geben, da alle Therapien individuell für den Patienten zusammengestellt werden, gegen diesen Punkt würde ich mich daher wenden. Die Anlage eines Entlassungsberichts / einer Datei im EDV-Systeme erfolgt in unserem Hause durch den Schreibdienst, dies ist in meinen Augen auch deren genuines Aufgabenfeld (übrigens gibt es auch Software, die dies automatisch erledigt, ohne dass ein Mensch tätig werden muss).
4. Medizinische Aufnahme: Hier wird vorgeschlagen, diesen Teil durch einen Psychologen übernehmen zu lassen. In der onkologischen Rehabilitation kann schon aus rechtlichen Gründen die medizinische Aufnahme nur durch einen Arzt erfolgen, insbesondere wenn Rehabilitationsziele definiert werden sollen und über die Notwendigkeiten und Möglichkeiten von Nachsorgemaßnahmen informiert werden soll. Wer übernimmt juristisch die Verantwortung für Fehlinformationen? Wenn die oben genannten Aufgaben durch einen Psychologen erbracht werden, dann kann der ansonsten zuständige Arzt hierfür nicht die Verantwortung übernehmen. Ebenso wenig kann ein Psychologe den Patienten aus somatischer Sicht zu seiner Erkrankung beraten oder Beeinträchtigungen zu Aktivität und Teilhabe erheben, da diese an eine körperliche Untersuchung geknüpft ist, wofür Psychologen nicht qualifiziert

sind. Psychologen können sicherlich den Bedarf für psychologische Diagnostik und Beratung erfassen, den Patienten zu seinem Krankheitsverständnis und seinem Informationsstand befragen und seine Ressourcen erfassen. Allerdings können diese Punkte ebenso gut von einem Arzt im Rahmen der normalen Aufnahmeuntersuchung erfasst werden, hierfür benötigt es keinen zusätzlichen Patientenkontakt mit einem weiteren Therapeuten, der auch wieder geplant und terminiert werden muss. Die hier vorgegebene Verfahrensweise würde ja letzten Endes bedeuten, dass bei jedem Patienten, der zur Rehabilitation aufgenommen wird, grundsätzlich ein Erstkontakt mit einem Psychologen erfolgen müsste. Dies erscheint mir angesichts des momentanen vorgegebenen Stellenschlüssel der Leistungsträger nicht umsetzbar, insbesondere bei Kliniken mit hohem Patientendurchsatz (> 80 Patienten pro Woche). Zum grundsätzlichen Sinn einer Rehabilitation sollte bereits vor Antritt der Rehabilitation Klarheit bestehen, da ansonsten Missverständnisse aufkommen. Ich empfehle daher, den grundsätzlichen Sinn einer Rehabilitation bereits im Vorfeld, z.B. durch den Arzt in der Akutklinik oder den die Rehabilitation unterstützenden Haus- / Facharzt klären zu lassen.

5. Medizinische Aufnahme / Mobilität. Sicherlich ist es möglich, die hier genannten Aufgaben von einem Physiotherapeuten oder Diplomsporthelehrer erledigen zu lassen. Allerdings würde dies voraussetzen, dass jeweils einzelne Termine im Voraus festgelegt werden. In Anbetracht der begrenzten Ressourcen auch bei diesen Berufsgruppen erscheint es mir wenig sinnvoll, sämtlichen Patienten nur zur Einschätzung der Mobilität einzelne Termine bei diesen Therapeuten zu verschaffen. In Einzelfällen allerdings mag dies tatsächlich sinnvoll sein, allerdings nur dann, wenn bei Patienten, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, ohnehin eine Einzeltherapie (z.B. Einzelgymnastik) verordnet werden muss. Sinn und Wirkungsweise der wichtigsten Therapieformen wird man zur Schonung der Ressourcen (Personal) eher im Rahmen einer größeren Gruppenveranstaltung vermitteln lassen. Anpassung des Standardtherapieplanes: dies ist sicherlich möglich, allerdings nur für die Bereiche, für die der Therapeut auch qualifiziert ist. Ein Physiotherapeut oder Diplomsporthelehrer kann nicht über die Fortsetzung zum Beispiel einer ergotherapeutischen Behandlung bestimmen, dies ist ausschließlich Sache des zuständigen Arztes, möglicherweise noch eines Ergotherapeuten.

6. Medizinische Aufnahme: Prüfen, Ergänzen, Modifizieren, Abschließen durch den Arzt: kein Einwand.

7. Verlauf: Therapieleitung und Therapiesteuerung (Bewegungstherapie) durch den Diplomsporthelehrer: kein Einwand, allerdings müssen dann die Stellenpläne für Diplom-Sporthelehrer deutlich aufgestockt werden (s.a Punkt 5.)

8. Verlauf: Entspannungstraining. kein Einwand, allerdings müssen die hier vorgesehenen Berufsgruppen entsprechend geschult werden. Wir haben auf diesem Gebiet bereits Erfah-

rungen sammeln können und mussten feststellen, dass den hier involvierten Berufsgruppen (Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, medizinische Bademeister) - zumindest in unserem Hause - die berufliche Sozialisation fehlt, um diese Aufgabe auch tatsächlich gut erfüllen zu können. Wenn man nicht gelernt hat, Entspannungsverfahren in Gruppen durchzuführen, und / oder wenn man dies nicht will, weil man sich dieser Aufgabe noch nicht stellen musste, dann wird man diese Aufgabe auch nicht mit gutem Erfolg durchführen können, weil dann ein innerer Widerwille vorhanden ist, der einen hemmt. Notwendig ist also, dass diese zusätzlichen Aufgaben in die entsprechende Ausbildungspläne mit aufgenommen werden, damit künftige Kandidaten der oben genannten Berufsgruppen sich mit diesem Thema bereits während der Ausbildung beschäftigen können, so dass dann auch die Aufgaben gut ausgefüllt werden können.

9. Verlauf: Information, Motivation, Schulung, Anleitungen: kein Einwand. Notwendig ist dann allerdings für sämtliche beteiligten Berufsgruppen eine Schulung auf den Gebieten „Moderation“ und „Präsentation“.

10. Verlauf: Psychologische Beratung. In Einzelfällen mag es im Bereich Orthopädie möglich sein, eine psychologische Beratung durch Pflegekräfte durchführen zu lassen. Für den Bereich der onkologischen Rehabilitation halte ich dies nicht für möglich, da hier bei praktisch allen Patienten entsprechende Belastungen gegeben sind. Durch Fehler in der Gesprächsführung können bei Krebspatienten zum Teil starke psychische Belastungen verursacht werden, die ansonsten vermeidbar sind. Daher sollten psychologische Beratungen - auch im Sinne der raschen Wiedererlangung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit - im Bereich Onkologie ausschließlich von Psychologen oder Ärzten durchgeführt werden.

11. Verlauf / Moderation des Reha-Teams. In der Rehabilitationsmedizin nehmen medizinische Fragestellungen bei allen Patientengruppen einen zunehmenden Stellenwert ein. Hintergrund ist natürlich, dass einerseits Patienten im Anschlussheilverfahren immer früher in den Rehabilitationssektor verlegt werden (mit den dann noch bestehenden medizinischen Problemen), andererseits aber auch Patienten im allgemeinen Heilverfahren zunehmend hilflos werden, was mit inzwischen eingetretenen Versorgungseinschränkungen im ambulanten und stationären Bereich in Verbindung gebracht werden muss. Das bedeutet rein praktisch, dass im Alltag einer onkologischen Rehabilitationsklinik zunehmend akutmedizinische Probleme zur Lösung anstehen. Es ist daher schlechterdings nicht vorstellbar, dass Besprechungen des Rehabilitationsteams von Psychologen geleitet werden. Wie soll ein Psychologe zu einer akuten Infektion, zum Beispiel zu einem Erysipel oder einer Pneumonie, zu einem entgleisten Diabetes mellitus oder zu einer Bluthochdruckkrise Stellung nehmen? Konkrete Entlastungen aus Vorschlag 11. können sich auch nur dann ergeben, wenn die zuständigen Ärzte nicht am Rehabilitationsteam teilnehmen müssten. Dies ist allerdings kaum vorstellbar. Es ist daher meine feste Überzeugung dass das Rehabilitationsteam in der

onkologischen Rehabilitation in jedem Fall von einem Arzt geleitet werden muss. Im Abteilungsbereich (z.B. in den Abteilungen urologische Onkologie, gynäkologische Onkologie, gastroenterologische Onkologie etc.) wird dies im Regelfall der zuständige Oberarzt sein. Bei übergreifenden Sitzungen des Rehabilitationsteams ist der leitende Arzt / Chefarzt gefordert.

12. Abschluss: Assessment in Mobilität: den Vorschlag, Sportlehrer oder qualifizierte Physiotherapeuten sollten sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen vornehmen, halte ich für Unsinn. Sicherlich können fortgebildete Sporttherapeuten oder Physiotherapeuten bewerten, in welcher Weise eine Therapie zu einer Verbesserung der Mobilität geführt hat, auch ist eine konkrete Beschreibung der Reha-Zielerreichung möglich, allerdings ist es in meinen Augen ausgeschlossen, dass die oben genannten Berufsgruppen rechtsverbindliche Feststellungen in einem ärztlichen Gutachten (denn um nichts anderes handelt es sich beim ärztlichen Reha-Entlassungsbericht) ausführen. Eine Schmalspur-Fortbildung auf dem Gebiet der Sozialmedizin kann daran wenig ändern.

13. Abschluss: subjektiver Reha-Erfolg (Aktivitäten, Leistungsvermögen) und persönliche Veränderungen: kein Einwand (meines Erachtens bei Beibehaltung der bisherigen Personalschlüssel nicht realisierbar).

14. Abschluss: Vorbereitung der Abschlussuntersuchung: Reha-Assistent: kein Einwand.

15. Abschluss: Abschlussuntersuchung und Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Beurteilung: Arzt: kein Einwand.

16. Fazit: in meinen Augen kann der Patient kaum beurteilen, ob das bisherige oder das neue System günstiger ist, denn der Patient kennt beide Systeme nicht. Vorschlag: ersatzlose Streichung dieses Punktes.

#### Anmerkungen:

Sehr geehrter Herr Höder, insgesamt scheinen mir Ihre Ausführungen stark von ihrem eigenen Hause geprägt zu sein (orthopädische Rehabilitationsklinik), anders könnte ich mir den großzügigen Umgang mit Personalressourcen im Sport- und Physiotherapiebereich nicht erklären. Bitte bedenken Sie: nicht alle Rehabilitationskliniken haben eine derart großzügig ausgestattetes Personalkontingent im Bereich Sport- und Physiotherapie wie orthopädische Rehabilitationskliniken.

Von zentraler Bedeutung erscheint mir, dass die Berufsverbände der angesprochenen unterstützenden Berufsgruppen die hier vorgesehenen Zusatzaufgaben mit in ihr Berufsbild und ihre Ausbildung aufnehmen. Ohne diese Maßnahme wird es auf Dauer keine sinnvolle Ergänzung geben können, denn nur dann wird eine juristische Entlastung der ansonsten verantwortlichen Ärzte gegeben sein. Nur dann, wenn der Arzt für eventuelle Fehler der unter-

stützenden Berufsgruppen nicht haftbar gemacht werden kann, wird auch eine reale Arbeitsentlastung möglich sein. Auch wird man nicht darum herumkommen, für einige Berufsgruppen umfangreichere Stellenschlüssel zur Verfügung zu stellen, insbesondere für Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen. Reha-Assistenten / Stationssekretärinnen müssten komplett neu in den Stellenplan aufgenommen werden. Ich bezweifle, dass sich Prozess- und Ergebnisqualität ohne gleichzeitige Änderung der Stellenpläne positiv entwickeln werden. Des Weiteren bezweifle ich, dass es insgesamt für die Leistungsträger kostengünstiger werden wird, wenn man die Stellenschlüssel anpasst. Insgesamt darf man davon ausgehen, dass die nunmehr angestrebten Veränderungen in erster Linie durch den zunehmenden Ärztemangel motiviert sind. Alles andere, was sonst noch so angeführt wird, mag gut klingen und vielleicht auch wichtig sein, aber der Hauptgrund ist nun doch, dass ärztliche Stellen im Rehabilitationsbereich zunehmend schlechter zu besetzen sind. Dieser Mangel an qualifizierten Ärzten wird sich übrigens in den nächsten Jahren - anders als von Ihnen vermutet - nicht so einfach erledigen, das ist anhand der demographischen Entwicklung, die ja auch die Ärzte selbst betrifft, leicht ablesbar.

Die Leistungsträger könnten allerdings ohne großen Aufwand einen signifikanten Beitrag zur Verminderung der Arbeitsbelastung der im Rehabilitationsbereich tätigen Berufsgruppen leisten, indem sie von ihren völlig überzogenen bürokratischen Vorstellungen bei der Erfüllung rehabilitativer Aufgaben abrücken würden. Als Beispiele dafür nenne ich die Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes: die ärztlichen Entlassungsberichte sind in meinen Augen in der bisher geforderten Ausführlichkeit nur für Berufstätige notwendig. Für die große Zahl der Altersrentner (im Bereich der onkologischen Rehabilitation / in unserem Hause sind dies 60 - 70% der Patienten) ist der ausführliche Bericht schlechterdings Zeitvergeudung und nicht notwendig. Es wäre also möglich, allein durch Vorgabe eines speziellen, deutlich reduzierten Entlassungsberichtes bei Altersrentnern einen großen Teil der bürokratisch bedingten Arbeitsbindung bei Ärzten (und Schreibkräften) freizusetzen. Wenn man dann noch bedenkt, dass die mit großer Mühe erstellten Entlassungsberichte nur dann gelesen werden, denn der jeweilige Fall zum Sozialgericht wandert, und dass die entsprechenden Exemplare (Ausdrucke) nach nur einem Jahr der Lagerung bei den Leistungsträgern aus Platzgründen vernichtet werden, so fragt man sich, ob dies alles so sein muss. Weitere Beispiele der Arbeitsentlastung lassen sich ohne weiteres finden.

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit diesen Angaben dienen konnte.



### **Chefarzt (m/w)**

Meine Antwort ist ganz klar Alternative 1. Die Aufgaben 1 bis 3 sind m.E. schnell umzusetzen und erfordern nur geringen Weiterbildungsaufwand. Die anderen Punkte erfordern eine höhere Qualifikation und gründlichere Vorbereitung. Viel Erfolg.

### **Hochschullehrer (m/w)<sup>25</sup>**

*(x) Einige der 15 Vorschläge zu einer neuen Aufgabenverteilung erscheinen mir so plausibel, dass sie unter wissenschaftlicher Begleitung praktisch erprobt werden sollten.*

Dies gilt insbesondere für die Aufgaben des Reha-Assistenten – in einigen der anderen Bereiche sind denke ich weitere Vorbereitungen sowohl organisatorischer als auch für das Verständnis der einzelnen Berufsgruppen in den Kliniken notwendig. – Die Aufgabenverteilung muss sehr gut im Team abgestimmt werden, damit das ganze gelingt, und der Reha-Assistent könnte auch da eine wichtige Rolle als Bindeglied nicht nur zwischen Patient und Therapeut, sondern auch zwischen den Therapeutengruppen übernehmen.

*(x) Vor einer praktischen Erprobung müssten noch weitere Vorarbeiten geleistet werden.*

### **Erster Direktor einer regionalen DRV**

Ihre Vorschläge, rehatypische Aufgaben sinnvoller auf die in der Rehabilitation vertretenen Berufsgruppen zu verteilen, haben wir im sozialmedizinischen Dienst und im Reha-Management unseres Hauses diskutiert. Auch wir sind der Meinung, dass die zunehmende Überfrachtung der Reha-Ärzte mit fachfremden Tätigkeiten sie von ihren eigentlichen medizinischen Kernaufgaben fernhält, dass der allgemeine Ärztemangel eine Konzentration der vorhandenen Ärzte auf die spezifischen Kernaufgaben in der Diagnostik und der Therapie bzw. auf Führungsaufgaben verlangt, dass es wenige juristische Bedenken gegen eine gezielte Aufgabenverlagerung gibt und dass positive Beispiele einer Aufgabenverlagerung bzw. -verteilung in der Rehabilitation, wie sie aus Schweizer Reha-Einrichtungen vorliegen, für ein solches Vorgehen sprechen.

Wir stimmen deshalb mit Ihnen überein, dass angesichts dieser Sachlage gute Gründe dafür vorliegen, Ihre Vorschläge, d. h. zumindest die Einführung eines Reha-Assistenten in einem praktischen, systematischen und wissenschaftlich begleiteten Versuch zu erproben.

[handschriftlicher Zusatz:] Herzlichen Dank für Ihre wichtige Anregung, die ich sehr gern in der nächsten Sitzung des von mir geleiteten AKRQG [Arbeitskreis Reha-Wissenschaft, Qualitätssicherung und Grundsätze der Deutschen Rentenversicherung, JH] zur Diskussion stel-

---

<sup>25</sup> (m/w): Die Klammer auf dieser und den nächsten Seiten soll andeuten, dass die jeweilige Aussage von einem Mann oder eine Frau stammen könnte

le. Mehr noch, es ist mir ein Anliegen, dass die Gesamthematik zeitnah und zielführend diskutiert wird.

#### **Vorstandsmitglied DVSG (m/w)**

*1. Einige der 15 Vorschläge zu einer neuen Aufgabenverteilung erscheinen mir so plausibel, dass sie unter wissenschaftlicher Begleitung praktisch erprobt werden sollten.*

Diesen Punkt unterstütze ich sehr gerne.

Ich möchte jedoch an den im Text markierten Stellen darauf hinweisen, dass die Berufsgruppe der Dipl.-Sozialarbeiter, -Sozialpädagogen ebenfalls sehr gute Voraussetzungen und spezifische Kompetenzen zur Erfüllung der genannten Aufgaben vorzuweisen hat. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen: Case Management, Gesprächsführung, Sozialanamnese sind Bestandteil des Studiums, ein besonderes Interesse an der Patientensicht liegt im Selbstverständnis der Sozialarbeiter.

*2. Vor einer praktischen Erprobung müssten noch weitere Vorarbeiten geleistet werden.*

Erweiterung der Aufgabendelegation an Sozialarbeiter, um die Veränderung in einer Studie mit auswerten zu können.

*4. Ich favorisiere ganz andere Alternativen (z. B. Arztstellen irgendwie attraktiver machen, bessere Fortbildung der Mitarbeiter).*

Nicht als Alternative, aber als notwendige Ergänzung in dem sich in Veränderung befindlichen Prozess: bessere Fortbildung für alle Mitarbeiter!

*Anmerkung JH:* In der Originalstellungnahme finden sich hier Kopien der Vorschläge 3 (u. a. Sozialanamnese), 4 (Erhebung der Patientensicht), 8 (Entspannungstraining), 10 (psychologische Beratung), 11 (Moderation des Rehateams) und 13 (subjektiver Reha-Erfolg). Es wird jeweils vorgeschlagen, dass auch ein Sozialpädagoge für die jeweilige Aufgabe geeignet sei.

#### **Leitender Sozialpädagoge (m/w)**

Ich habe in Ihrem Anhang "Befragungen" meine Ergänzungen eingetragen und hoffe, dass sie Ihnen plausibel erscheinen oder für Sie als Anregung hilfreich sind. Sie werden schnell erkennen, dass ich aus Sicht der sozialen Arbeit schreibe, die ich in Ihren Ausführungen leider an vielen Stellen vermisst habe. Somit hoffe ich, einen Beitrag zur Neugestaltung der Aufgabenverteilung im interdisziplinären Rehateam beitragen zu können!

Konkret heißt dies in Bezug auf Ihre Antwortkategorien:

- Alternative 1 trifft nur unter Berücksichtigung meiner Ergänzungen zu
- Alternative 4 bzgl. besserer Fortbildungen – insbesondere zur Gestaltung der Aufgabenumverteilung – wünsche ich in jeder Hinsicht.

*Anmerkung JH:* In der Originalstellungnahme finden sich hier Anmerkungen zu den Vorschläge 1 (administrative Aufnahme), 3 (u. a. Sozialanamnese), 4 (Erhebung der Patientensicht), 8 (Entspannungstraining), 9 (Schulungsteam) 11 (Moderation des Rehateams) und 12 (Assessment in Mobilität). Es wird jeweils vorgeschlagen, dass auch ein Sozialpädagoge für die jeweilige Aufgabe geeignet sei. Zum Beispiel Vorschlag 4 (Patientensicht):

Hier ganz klares Statement: Sozialarbeiter ebenso! Gerade in Hinblick auf Kommunikationstechniken/Gesprächsführung etc. Darüber hinaus ist soziale Arbeit gerade in Bezug auf Krankheiten und deren (soziale) Folgen zur Erarbeitung konkreter Lösungen, Nachsorge, Reintegrationsfragen mit den Aufgaben originär betraut. D.h. auch, Ressourcenorientierung, Copingstrategien, Rehazielen entwickeln etc.

#### **Leitender Psychologe (m/w)**

Deine Vorschläge finde ich sehr interessant, und du rennst bei mir da offene Türen ein. Auch weil ich als QMB eher für das Machen und Evaluieren bin als für das Vorberörtern. Wie sich die Gruppendynamik in der Klinik durch die Aufgabenumverteilung ändern wird, kann man am Ende erst sagen, wenn dies mal stattfindet. So haben wir auch bei uns schon Umverteilungen von Aufgaben vorgenommen, die dann trotz Arbeitserleichterung (unvorhergesehen-erweise) ein emotionales Problem darzustellen schienen (da schaut jemand in meine Karten mit rein).

#### **Vorstandmitglied DVE (m/w)**

Meine Antwort lautet:

*2. Vor einer praktischen Erprobung müssten noch weitere Vorarbeiten geleistet werden.*

Prinzipiell begrüße ich Ihr Vorhaben sehr, habe allerdings noch folgende Anmerkungen:

Die 15 Vorschläge wurden – soweit ich das nachvollziehen kann –

a) durch einen reinen Bottom-up-Ansatz (Befragung praktisch tätiger Gesundheitsfachpersonen) und

b) nur aus der muskuloskelettalen Rehabilitation heraus entwickelt; zudem

c) waren die unterschiedlichen Berufsgruppen zumindest in der 2. Befragung (136 Klinikmitarbeiter und 90 Rehabilitanden) sehr ungleichgewichtig verteilt (21 Ärzte, 33 Pflegekräfte, 21 Psychologen, 36 Sportlehrer/Physiotherapeuten), 17 aus anderen Berufen. Auch in der 1. Befragung waren 14 von 50 Befragten Ärzte, das sind knapp 30%. Über die Anzahl der Befragten aus weiteren Berufsgruppen gehen aus der Anlage keine Zahlen hervor.

Sollte die unterschiedliche Gewichtung der Berufsgruppen (c) daraus entstanden sein, dass die aktuellen Personalschlüssel in der muskuloskelettalen Rehabilitation möglichst realistisch sich auch in den Befragungsergebnissen spiegeln sollten, müsste vor einer praktischen Erprobung auf jeden Fall das Thema der praktischen Erprobung zumindest sehr klar und deutlich auf die muskuloskelettale Rehabilitation eingegrenzt werden, da die Personalschlüssel (und auch im Rahmen der Rehabilitation anfallende Tätigkeiten) in anderen Fachbereichen durchaus anders gewichtet sind – so gibt es beispielsweise in der neurologischen Rehabilitation und in der Rehabilitation psychischer/psychosomatischer Erkrankungen beispielsweise deutlich mehr ErgotherapeutInnen; Logopädinnen sind in der muskuloskelettalen Reha überhaupt nicht vertreten. Dadurch könnte eine sinnvolle Aufgabenverteilung in anderen Fachbereichen anders aussehen.

Der reine Bottom-up-Ansatz (a) müsste aus meiner Sicht durch einen übergeordneten Dialog aller Disziplinen (im Idealfall paritätisch besetzt mit gleich vielen Vertreter jeder Profession und nicht als Ein-Tages-Workshop, sondern als breiterer Konsensprozess) ergänzt werden, etwa auf Verbandsebene – ungefähr so wie in der AG Prozessverbesserung der BÄK. Die Begründung ist, dass es Entwicklungen in den einzelnen Berufsgruppen geben kann und gibt, die zur Bestimmung der künftigen Aufgabenverteilung sehr wichtig sind, jedoch vielleicht noch gar nicht bei vielen rein praktisch tätigen MitarbeiterInnen vor Ort angekommen sind. Dies betrifft insbesondere die Berufe, die sich gerade im zunehmenden Prozess der Akademisierung befinden, also Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Hätten Sie beispielsweise bei Ihrer ersten Befragung (Befragung von 50 Experten) unglücklicherweise drei ErgotherapeutInnen „erwischt“, die bisher kein Studium haben und dadurch über das internationale Verständnis und Leistungsspektrum von Ergotherapie wenig informiert sind und/oder auch sonst wenig von aktuellen Entwicklungen mitbekommen, weil sie nicht regelmäßig an Kongressen teilnehmen (können), sind die Chancen groß, dass diese mit ihren Antworten lediglich den Status quo zementieren, weil diese TherapeutInnen evtl. gar nicht wissen, wie z.B. Ergotherapie in anderen Ländern aussieht und welchen Beitrag sie dort leistet und demzufolge auch hierzulande leisten könnte, nachdem in den letzten 10 Jahren eine deutliche Professionalisierung des Berufsbilds stattgefunden hat, die durch die Akademisierung auch immer rascher voranschreitet. Auch erscheint durchaus vorstellbar, dass die Mitarbeiter vor Ort nicht unbedingt von den strukturellen Gegebenheiten in ihrer eigenen Klinik abstrahieren – dass sie sich etwa gegen eine Übernahme weiterer Aufgaben durch andere Berufsgruppen aussprechen, weil sie sehen, dass sie schon mit den aktuell zu erledigenden Aufgaben am Rande jeglicher personeller Kapazitäten stehen. Einer praktischen Erprobung der bisher ausgearbeiteten Vorschläge müsste aus meiner Sicht daher unbedingt noch ein Konsensprozess auf übergeordneter Ebene vorgeschaltet werden. Nur dadurch könnten aus meiner Sicht **ALLE** aktuellen Entwicklungen und Ressourcen erfasst und von vornherein in die Pla-

nung einer neuen Aufgabenverteilung einbezogen werden. Das wäre zwar sicher nochmals aufwändig, ist aus meiner Sicht jedoch eine wesentliche Voraussetzung für eine optimale und nachhaltige Weiterentwicklung.

## 13.10 Entgelte in der Tarifgemeinschaft der Deutschen

### Rentenversicherung

Bei der Berechnung der Zeitäquivalente wurde der Tarifvertrag der Tarifgemeinschaft der Deutschen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Er gilt in den Reha-Kliniken der DRV. Angegeben sind die Entgelte für die erste Jahreshälfte 2011. Die Entgelttabellen sind im Internet einzusehen<sup>26</sup>. Entscheidend sind nicht die absoluten Beträge, sondern die Relationen. Wir vermuten, dass sie in anderen Tarifverträgen für unsere Zwecke ausreichend ähnlich sind. Die aufgeführten Werte gelten für die Stufe 3, also für Mitarbeiter, die im Normalfall ihre Position zwischen drei und sechs Jahre innehaben. Die Monatsgehälter verschiedener Berufsgruppen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Die Zuordnung zu den Entgeltgruppen erfolgte nach Auskünften der DRV, sie gilt für Mitarbeiter ohne besondere Funktionen.

	Entgeltgruppe	Gehalt in Entgeltstufe 3
Arzt	I	4.208,19
	II	5.610,91
Psychologe	13	3.614,73
	14	3.938,43
Sportwissenschaftler	10	3.075,21
Physiotherapeut	6	2.276,74
Reha-Assistentin	5	2.179,62
	6	2.276,74

Tabelle 25: Gehälter verschiedener Berufsgruppen in DRV-Kliniken

In der folgenden Tabelle sind die Gehälter in Zeitäquivalente umgerechnet, dabei wurde der Arzt gleich 1 gesetzt.

	Entgeltgruppe	Arzt Gruppe I	Arzt Gruppe II
Psychologe	13	1,2	1,6
	14	1,1	1,4
Sportwissenschaftler	10	1,4	1,8
Physiotherapeut	6	1,9	2,5
Reha-Assistentin	5	1,9	2,6
	6	1,9	2,5

Tabelle 26: Zeitäquivalente für Ärzte und andere Berufe.  
Lesebeispiel: Für 1 Zeiteinheit des Arztes der Entgeltgruppe II kann eine Reha-Assistentin in Gruppe 6 bei gleichen Lohnkosten 2,5 Zeiteinheiten einsetzen

<sup>26</sup> [http://www.tgdrv.de/tgrv/assets/down/00-1\\_Tabellen\\_aktuell\\_Beschäftigte.pdf](http://www.tgdrv.de/tgrv/assets/down/00-1_Tabellen_aktuell_Beschäftigte.pdf) und [http://www.tgdrv.de/tgrv/assets/down/00-2\\_Tabellen\\_aktuell\\_Pflegekrafte.pdf](http://www.tgdrv.de/tgrv/assets/down/00-2_Tabellen_aktuell_Pflegekrafte.pdf)