



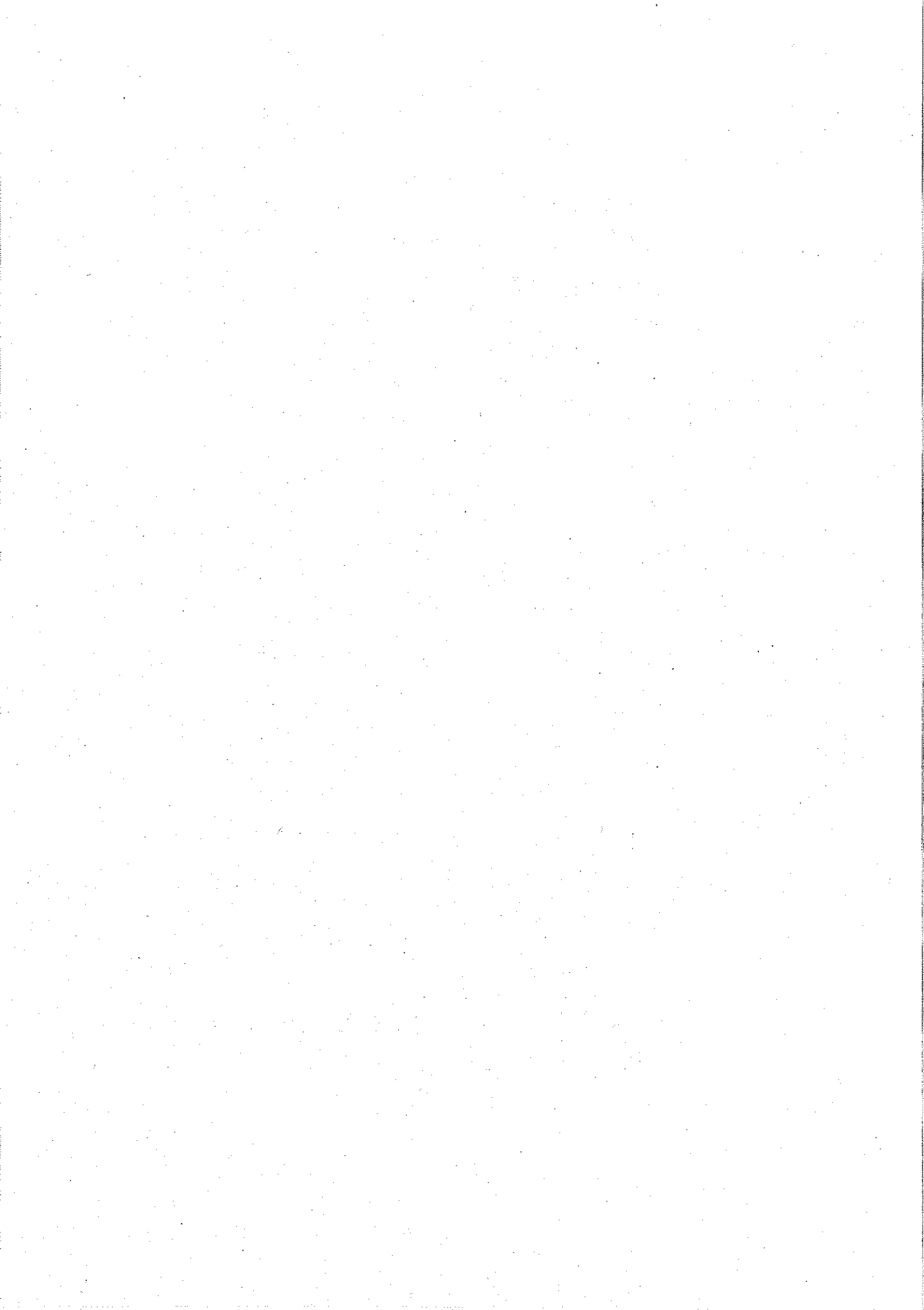
**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in  
Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und  
Schleswig-Holstein**

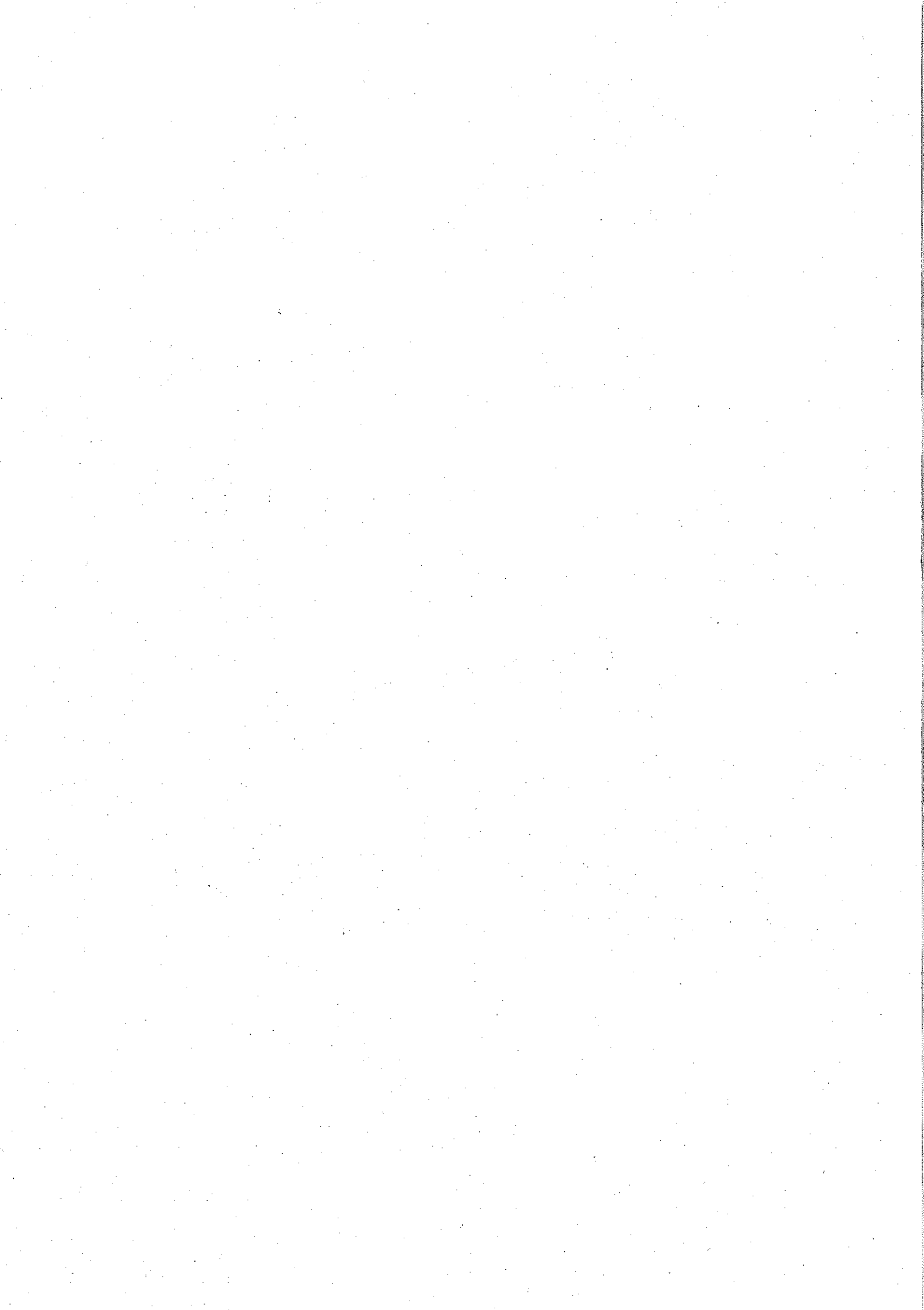
**Einführung und Evaluation einer Reha-  
Assistenz**

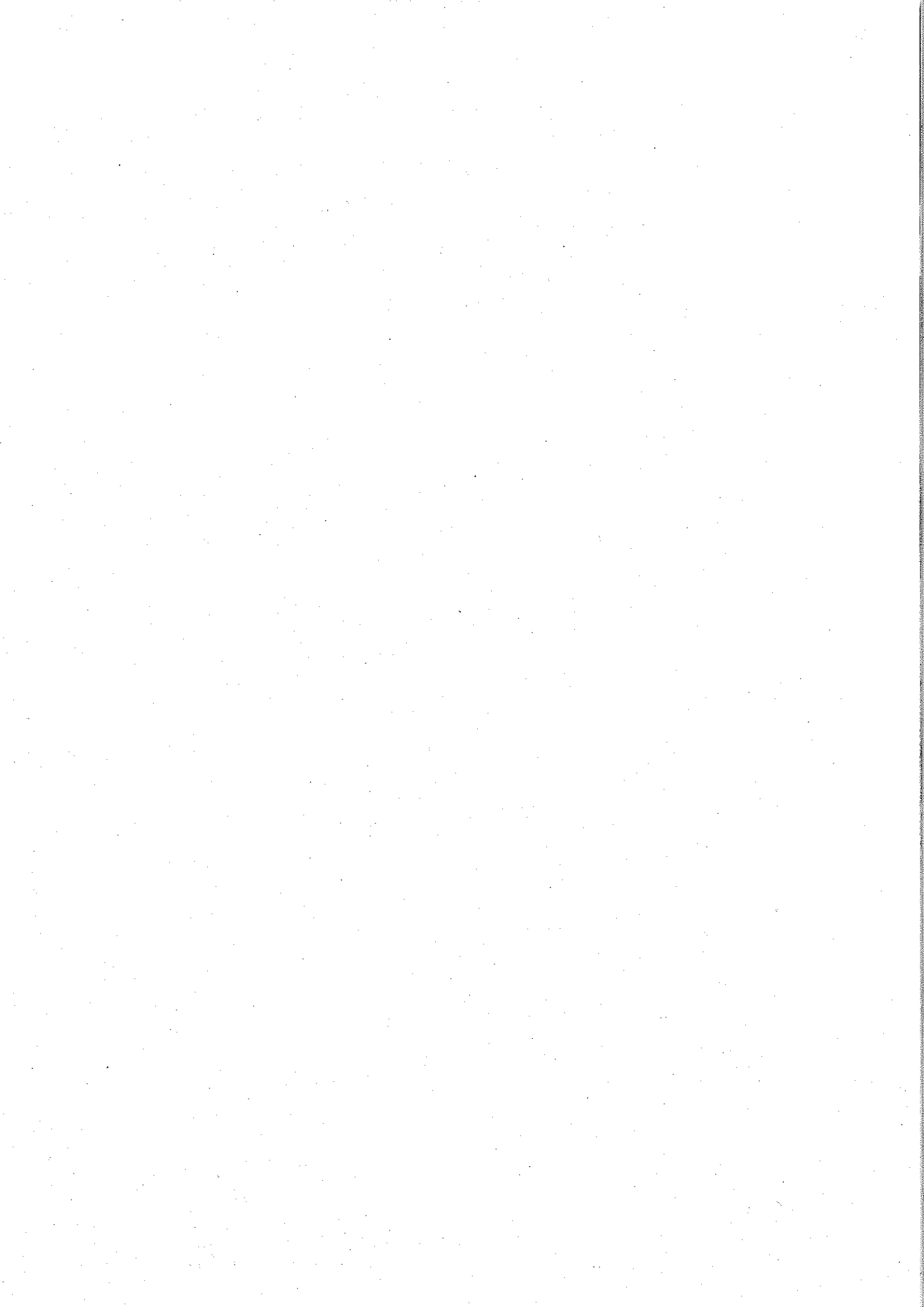
**Jürgen Höder, Andreas Arlt & Oliver Kettner**

**Abschlußbericht**

**Mai 2012**











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

**Einführung und Evaluation einer Reha-  
Assistenz**

**Jürgen Höder, Andreas Arlt & Oliver Kettner**

**Abschlußbericht**

**Mai 2012**

Korrespondenz:  
Dr. Jürgen Höder  
Institut für Sozialmedizin  
Ratzeburger Allee 160 (Haus 50) ▪ 23538 Lübeck

[Juergen.Hoeder@uk-sh.de](mailto:Juergen.Hoeder@uk-sh.de)

## Inhaltsübersicht

1	Zusammenfassung .....	10
2	Hintergrund.....	13
3	Fragen .....	16
4	Methode .....	18
5	Beschreibung der Einheiten .....	21
6	Die Arbeit der Assistenzkräfte.....	46
7	Andere Organisationsmodelle.....	87
8	Welche Ausbildung braucht eine Reha-Assistentin?.....	104
9	Diskussion.....	110
10	Gesprächsausschnitte.....	119
11	Anhang.....	206

## Dank

Wir danken den leitenden Personen und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Reha-Einrichtungen Klinikum Bad Bramstedt, Kompass Klinik Kiel, Mühlenbergklinik Bad Malente, Rehazentrum Bad Eilsen, Rehazentrum Gyhum sowie zwei weiteren Einrichtungen, die ungenannt bleiben möchten.

## Inhalt

1	Zusammenfassung .....	10
1.1	Hintergrund.....	10
1.2	Fragestellung .....	10
1.3	Methode.....	10
1.4	Ergebnisse.....	11
1.5	Fazit.....	12
2	Hintergrund.....	13
2.1	Forschung .....	14
2.2	Erfahrungen .....	14
3	Fragen .....	16
4	Methode .....	18
4.1	Qualitative Studie .....	18
4.2	Entwicklung der Codes.....	18
4.3	Systematik der Verweise .....	19
4.4	Quantitative Auswertung.....	19
4.5	Fragebogen .....	19
4.6	Stichprobe der Rehabilitanden.....	19
5	Beschreibung der Einheiten .....	21
5.1	Klinik 1 .....	21
5.1.1	Interviewte Personen .....	21
5.1.2	Aufnahme der Rehabilitanden .....	22
5.1.3	Verlauf der Reha.....	23
5.1.4	Entlassung.....	24
5.1.5	Bewertung.....	25
5.2	Klinik 2.....	25
5.2.1	Interviewte Personen .....	26
5.2.2	Aufnahme der Rehabilitanden .....	26
5.2.3	Verlauf der Reha.....	27
5.2.4	Entlassung.....	27
5.2.5	Bewertung.....	28
5.3	Klinik 3 .....	28
5.3.1	Interviewte Personen .....	29

---

5.3.2	Aufnahme der Rehabilitanden .....	29
5.3.3	Verlauf der Reha.....	30
5.3.4	Entlassung.....	32
5.3.5	Bewertung.....	32
5.4	Klinik 4.....	32
5.4.1	Interviewte Personen .....	33
5.4.2	Aufnahme der Rehabilitanden .....	33
5.4.3	Verlauf der Reha.....	35
5.4.4	Entlassung.....	35
5.4.5	Bewertung.....	36
5.5	Klinik 8.....	36
5.6	Klinik 7.....	37
5.7	Klinik 5 (Stationssekretärin).....	38
5.7.1	Interviewte Personen .....	38
5.7.2	Aufnahme der Rehabilitanden .....	39
5.7.3	Verlauf der Reha.....	39
5.7.4	Entlassung.....	40
5.7.5	Bewertung.....	41
5.8	Klinik 6 (Arztzentren) .....	41
5.8.1	Interviewte Personen .....	42
5.8.2	Aufnahme der Rehabilitanden .....	42
5.8.3	Verlauf der Reha.....	43
5.8.4	Entlassung.....	44
5.8.5	Entlassungsbericht.....	44
5.8.6	Bewertung.....	44
6	Die Arbeit der Assistenzkräfte.....	46
6.1	Welche Arbeiten wurden übernommen? .....	46
6.2	Sind die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen?.....	48
6.2.1	Aus eigener Sicht.....	48
6.2.2	Aus Sicht der Ärzte.....	49
6.2.3	Aus Sicht der Pflege .....	50
6.2.4	Aus Sicht der Rehabilitanden .....	51
6.3	Entlastung anderer Berufe? .....	52
6.3.1	Ärzte .....	52
6.3.2	Pflege.....	57

6.4	Werden die Reha-Assistentinnen von Mitarbeitern akzeptiert? .....	59
6.5	Werden Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert? .....	61
6.5.1	Die Sicht der Reha-Assistentinnen .....	61
6.5.2	Die Sicht der Rehabilitanden .....	63
6.5.3	Die Sicht der Ärzte und der Pflege .....	67
6.6	Wie zufrieden sind die Mitarbeiter mit dem Organisationsmodell? .....	67
6.6.1	Reha-Assistentinnen .....	67
6.6.2	Ärzte .....	69
6.6.3	Pflege .....	71
6.7	Wie bewerten die Rehabilitanden die konkrete Begegnung? .....	72
6.7.1	Interviews .....	72
6.7.2	Fragebogen .....	73
6.8	Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge .....	74
6.8.1	Finanzierung .....	74
6.8.2	Sachausstattung: Räume und EDV .....	75
6.8.3	Keine Vertretung .....	77
6.8.4	Doppelte Rollen .....	77
6.8.5	Doppelbefragung .....	78
6.8.6	Spätanreisen .....	81
6.8.7	Zusammenarbeit im Team .....	82
6.8.8	Zeitkritische Abläufe .....	83
6.8.9	Möglichkeiten der Weiterentwicklung .....	84
7	Andere Organisationsmodelle .....	87
7.1	Das herkömmliche Modell .....	87
7.1.1	Klinik 8: Ein sehr erfahrener Arzt .....	88
7.1.2	Klinik 7: Vor der Einführung der Reha-Assistenz .....	91
7.2	Die Stationssekretärin .....	94
7.2.1	Ist die Stationssekretärin ihren Aufgaben gewachsen? .....	95
7.2.2	Führt der Einsatz der Stationssekretärin zu einer Entlastung anderer Berufe? .....	96
7.2.3	Möglichkeiten der Weiterentwicklung .....	97
7.3	Ein Modell mit zwei verschiedenen Assistenzkräften .....	97
7.3.1	Ähnliche Auswirkungen .....	98
7.3.2	Typische Schwierigkeiten .....	101
8	Welche Ausbildung braucht eine Reha-Assistentin? .....	104
8.1	Medizinische(r) Fachangestellte(r) .....	104

---

8.2	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in .....	105
8.3	Berufe im Bereich medizinische Dokumentation.....	106
8.4	Welche Ausbildung bringt die besten Voraussetzungen mit? .....	106
8.5	Weiterbildung zur Reha-Assistentin.....	107
9	Diskussion.....	110
9.1	Das Modell Reha-Assistenz kann funktionieren .....	110
9.2	Anspruchsvollere Organisationsaufgabe .....	111
9.3	Entlastung teilweise nicht gewünscht.....	111
9.4	Probleme bei der Einführung.....	112
9.5	Eine halbe, einfache oder doppelte Reha-Assistenz? .....	112
9.6	Grenzen.....	113
9.7	Reha-Assistenz: Ein idealer Ablauf.....	114
9.7.1	Strukturelle Voraussetzungen.....	114
9.7.2	Aufnahme .....	115
9.7.3	Während des Aufenthalts.....	117
9.7.4	Abschluss.....	117
10	Gesprächsausschnitte.....	119
10.1	Sind die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen?.....	119
10.1.1	Aus eigener Sicht.....	119
10.1.2	Aus Sicht der Ärzte.....	121
10.1.3	Aus Sicht der Pflege .....	124
10.1.4	Aus Sicht der Rehabilitanden .....	126
10.2	Entlastung anderer Berufe? .....	130
10.2.1	Ärzte .....	130
10.2.2	Pflege.....	134
10.3	Werden die Reha-Assistentinnen von Mitarbeitern akzeptiert? .....	137
10.3.1	Aus eigener Sicht.....	137
10.3.2	Aus Sicht der Mitarbeiter .....	139
10.4	Werden die Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert? .....	140
10.4.1	Die Sicht der Assistenzkräfte .....	140
10.4.2	Die Sicht der Rehabilitanden.....	144
10.4.3	Die Sicht der Ärzte .....	152
10.4.4	Die Sicht der Pflege.....	153
10.5	Wie zufrieden sind die Mitarbeiter mit dem Organisationsmodell?.....	154
10.5.1	Ärzte .....	154

10.5.2	Pflege.....	158
10.5.3	Assistenzkräfte.....	158
10.6	Die konkrete Begegnung mit der Reha-Assistentin.....	162
10.7	Welche Schwierigkeiten ergaben sich?.....	167
10.7.1	Finanzierung.....	167
10.7.2	Sachausstattung: Räume und EDV.....	167
10.7.3	Doppelbefragungen.....	168
10.7.4	Spätanreisen.....	171
10.7.5	Zusammenarbeit im Team.....	172
10.7.6	Zeitkritische Abläufe.....	173
10.7.7	Doppelrollen.....	174
10.7.8	Keine Vertretung.....	175
10.8	Möglichkeiten der Weiterentwicklung.....	176
10.8.1	Aus Sicht der Reha-Assistentinnen.....	176
10.8.2	Aus Sicht der Ärzte.....	179
10.8.3	Aus Sicht der Pflege.....	181
10.8.4	Aus Sicht der Rehabilitanden.....	182
10.9	Klinik 7: Vor Einführung der Reha-Assistenz.....	184
10.10	Das Modell Stationssekretärin.....	189
10.11	Ein Modell mit zwei verschiedenen Assistenzkräften.....	194
10.11.1	Ähnliche Auswirkungen.....	194
10.11.2	Typische Schwierigkeiten.....	202
11	Anhang.....	206
11.1	Interviewleitfäden.....	206
11.1.1	Interview Reha-Assistentin und andere Assistenzkräfte.....	206
11.1.2	Ärzte und Pflege.....	206
11.1.3	Rehabilitanden.....	207
11.2	Liste der ursprünglichen Codes.....	208
11.3	Liste der überarbeiteten Codes.....	209
11.4	Fragebogen Rehabilitanden beurteilen Reha-Assistentinnen.....	210
11.5	Fragen zur Charakterisierung der Kliniken.....	211
11.6	Klinik 1: Auszug aus dem Anamnesebogen.....	213
11.7	Klinik 2: Aufnahmebogen.....	215
11.8	Klinik 4: Auszug aus dem Anamnesebogen.....	218
11.9	Klinik 6: Auszug aus dem Anamnesefragebogen.....	220



---

11.10 Literatur.....	222
----------------------	-----

## **1 Zusammenfassung**

### **1.1 Hintergrund**

Das vffr-Projekt 118 „Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation“ untersuchte die Hypothese, ob die in der Rehabilitation typischerweise anfallenden Aufgaben den beteiligten Berufsgruppen optimal zugewiesen sind. Schnell wurde klar, dass insbesondere Ärzte mit einer Vielzahl von Tätigkeiten belastet sind, für die medizinisches Knowhow im engeren Sinne nicht nötig ist. Wir schlagen vor, dass diese Tätigkeiten von Reha-Assistentinnen<sup>1</sup> übernommen werden. Dabei soll es sich um Medizinische Fachangestellte mit längerer Erfahrung oder spezieller Weiterbildung in rehabilitationsspezifischen Themen handeln. Sie übernehmen organisatorische, informationserhebende und -vermittelnde sowie Sekretariatsaufgaben. Damit ermöglichen sie es dem Arzt, sich den genuin medizinischen Fragen stärker zu widmen. Einige Rehakliniken setzen bereits Reha-Assistentinnen ein – mit welchen Ergebnissen?

### **1.2 Fragestellung**

Es wurden hauptsächlich folgende Fragen untersucht: Welche Aufgaben werden in den untersuchten Kliniken typischerweise von Reha-Assistentinnen übernommen? Wie wird diese Organisationsform von den Beteiligten bewertet – von den Ärzten, den Pflegekräften, den Rehabilitanden und von den Reha-Assistentinnen selbst? Welche Vorteile gegenüber herkömmlichen oder alternativen Organisationsmodellen lassen sich erkennen? Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Erfahrungen für eine optimale Organisationsform und für die Ausbildung zur Reha-Assistentin ziehen?

### **1.3 Methode**

Es wurden acht Organisationsmodelle untersucht, davon vier mit Reha-Assistentinnen, zwei mit anderen Assistenzkräften und zwei herkömmliche Modelle ohne Assistenzkräfte. Die wichtigsten Abläufe in den Kliniken wurden beschrieben. In 34 fünfzehn- bis dreißigminütigen leitfadengestützten Interviews wurden elf Assistenzkräfte (sieben Reha-Assistentinnen, vier andere), neun Ärztinnen und Ärzte, fünf Pflegekräfte und neun Gruppen von insgesamt 52 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden befragt. Die Sprachäußerungen wurden aufgezeichnet und von Hilfskräften vollständig transkribiert. Die transkribierten Äußerungen wurden entsprechend den Forschungsfragen codiert. Zur Sicherung einer ausreichenden Reliabilität der Codierung wurde eine Stichprobe von 43 Äußerungen von einer unabhängigen Person ein zweites Mal codiert und die Codes wo nötig überarbeitet. Abschließend wurden die Äu-

---

<sup>1</sup> Wir verwenden nur die weibliche Form, weil alle Assistenzkräfte, die in diesem Projekt befragt wurden, Frauen waren. Natürlich können ebenso gut männliche Personen die Assistenz Tätigkeit ausüben.

Berungen interpretiert. – Die Rehabilitanden erhielten außerdem einen Fragebogen mit zehn Items, in dem sie ihre Erfahrungen mit der Reha-Assistentin auf einer fünfstufigen Skala mitteilten, zum Beispiel *Die Reha-Assistentin machte einen kompetenten Eindruck*.

Die Ausbildungsgänge von Gesundheits- und Krankenpflegern, Medizinischen Fachangestellten und Dokumentationskräften wurden anhand einer Liste der benötigten Fähigkeiten daraufhin untersucht, wieweit sie als Grundausbildung für Reha-Assistentinnen geeignet sind. Schließlich wurde ein Curriculum für die Weiterbildung zur Reha-Assistentin entwickelt.

#### **1.4 Ergebnisse**

Die Reha-Assistentinnen nahmen eine Vielzahl verschiedener Aufgaben wahr, insgesamt – je nach Zählweise – etwa dreißig, pro Klinik sechs bis dreizehn. Sie investierten pro Rehabilitand in der Aufnahmesituation zwischen zehn und dreißig Minuten Kontaktzeit und ersparten dem Arzt damit rund zehn Minuten, jeweils nach eigenen Angaben. Hinzu kamen in stark unterschiedlichem Ausmaß weitere Zeiten im Verlauf der Reha. Die Angaben schwankten sehr, natürlich auch in Abhängigkeit von der Anzahl der übertragenen Aufgaben. Eine spürbare Entlastung wurde aber von fast allen Beteiligten angegeben.

Die Reha-Assistentinnen waren diesen Aufgaben nach eigener Einschätzung, aber auch im Urteil aller anderen Beteiligten, voll gewachsen. Sie wurden nach einhelliger Einschätzung von den Mitarbeitern und Rehabilitanden in ihrer Rolle akzeptiert. Eine „Arztfixiertheit“ der Rehabilitanden konnte in diesem Zusammenhang nicht konstatiert werden. Insgesamt überwog die Zufriedenheit mit dem jeweils eigenen Organisationsmodell.

In den Kliniken mit herkömmlicher Organisation befand sich die Einrichtung einer Reha-Assistenz erst in Planung. Hier wurde im Gespräch mit den beteiligten Ärzten deutlich, auf welche Befürchtungen oder Probleme man bei der Einführung dieser Neuerung stoßen kann.

In den Kliniken mit anderen Formen der Assistenz zeigten sich ähnliche Vorgänge und Auswirkungen wie bei der Reha-Assistenz. Auch diese Modelle können also gut funktionieren. Im Vergleich zur Reha-Assistenz weisen sie mehr (Krankenschwester plus Schreibkraft) oder weniger (Stationssekretärin) Personaleinsatz auf, der dann natürlich auch ein entsprechend größeres oder kleineres Entlastungspotenzial bereitstellt.

Die Analyse der benötigten Qualifikationen zeigte, dass Medizinische Fachangestellte von ihrer Grundausbildung her die besten Voraussetzungen mitbringen. Um als Reha-Assistentin erfolgreich arbeiten zu können, ist jedoch eine etwa fünfwöchige Weiterbildung nötig. Als grundlegendes Unterrichtsmaterial eignen sich besonders das Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung, 2009b) sowie die Schrift „Der ärztliche Entlassungsbericht“ (Deutsche Rentenversicherung, 2009a).

## 1.5 Fazit

Die Untersuchung zeigt: Die Reha-Assistenz ist eine in der Praxis bewährte Möglichkeit, ohne steigende Kosten und ohne Abstriche in der Arbeitszufriedenheit Ärzte und Pflege durch die Übernahme zahlreicher Aufgaben so zu entlasten, dass sie ihre Kernkompetenz vermehrt dort einbringen können, wo sie am dringendsten gebraucht wird: in der medizinischen Versorgung der Rehabilitanden.

## 2 Hintergrund

Der Anstoß zu dieser Studie kam aus dem von *vffr* geförderten Projekt 118: Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation (Höder und Deck, 2011; Höder et al., 2009; Höder, 2012). Darin ging es um die Frage, ob die verschiedenen Aufgaben, die in der Rehabilitation anfallen, so auf die beteiligten Berufe verteilt werden, wie es ihren Kompetenzen am besten entspricht. Eines der ersten und unmittelbar ins Auge springenden Ergebnisse war: Ärzte und – in etwas geringerem Umfang auch Gesundheits- und Krankenpfleger – bearbeiten eine Vielzahl von Aufgaben, für die sie deutlich über- oder fehlqualifiziert sind. Dabei handelt es sich um organisatorische Tätigkeiten, das Einholen oder Weitergeben von standardisierten Informationen, das Anlegen und Ausfüllen von Formularen, um Sekretariatsarbeiten und Ähnliches.

Wir vermuteten: Diese Arbeiten ließen sich ohne Qualitätsverlust – vielleicht sogar mit Qualitätsgewinn – auf eine Assistenzkraft übertragen. Dem Arzt bliebe so mehr Zeit, seine Kernkompetenzen auf genuin medizinische Fragen anzuwenden oder sich komplizierteren oder schwierigeren Fällen intensiver zu widmen.

Die Assistenzkraft, wie sie uns nach den Befragungen des vorangegangenen Projektes vorschwebte, müsste vor allem über organisatorische, kommunikative und gewisse medizinische, insbesondere rehamedizinische und sozialmedizinische Grundkenntnisse verfügen. Eine Person mit diesen Eigenschaften wird im Folgenden Reha-Assistentin genannt. Die gewünschten Qualifikationen im Einzelnen:

*Organisatorisch:* Die Reha-Assistentin kennt sich aus in allen Abläufen und Formularen – von der Antragstellung bis zur Nachsorge. Sie weiß, welche Institution wofür zuständig ist. Sie ist natürlich auch vertraut mit allen Abläufen in ihrer Klinik, die für die Rehabilitanden wichtig sind.

*Kommunikativ:* Die Reha-Assistentin ist imstande, schnell eine gute Arbeitsbeziehung zu den Rehabilitanden herzustellen und eine angstfreie Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Sie verfügt über eine effektive Fragetechnik und kann Informationen verständlich vermitteln. Ihre Haltung ist patientenzentriert.

*Rehamedizinische Grundkenntnisse:* Die Reha-Assistentin weiß, worum es grundsätzlich in der Rehabilitation geht, auch in Abgrenzung zur Akutmedizin. Sie versteht die Begriffe Aktivität und Teilhabe, wie sie in der ICF definiert sind. Ihr ist bekannt, wozu die KTL dient. Sie ist vertraut mit den Anforderungen des Leitfadens für den Entlassungsbericht und den Regelungen der verschiedenen Leistungsträger für die Nachsorge oder die stufenweise Wiederein-

gliederung. Über die in ihrer Klinik vorkommenden Krankheiten, Therapien und diagnostischen Prozeduren weiß sie mindestens so viel wie ein gebildeter, wissbegieriger Patient.

*Kenntnisse der sozialmedizinischen Praxis:* Die Reha-Assistentin überblickt die wichtigsten Regelungen aus der sozialmedizinischen Praxis. Sie weiß, was ein positives und negatives Leistungsbild ist und welche sozialrechtlichen Konsequenzen die verschiedenen Angaben haben können, die Bedeutung von Ausdrücken wie Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderungsrente, Schwerbehinderung usw. ist ihr geläufig.

Wir nahmen an, dass gute Voraussetzungen für die Tätigkeit als Reha-Assistentin eine Ausbildung als Medizinische Fachangestellte (früher Arzthelferin) oder Gesundheits- und Krankenpfleger bietet. Reha-Assistentinnen müssten allerdings, sei es durch längere Berufserfahrung in der medizinischen Rehabilitation, sei es durch eine entsprechende Weiterbildung die eben skizzierten Kompetenzen erworben haben.

## 2.1 Forschung

Uns sind keine Arbeiten bekannt, die sich auf die Rehabilitation beziehen. Aus der akutmedizinischen Versorgung existieren allerdings einige Studien, zahlreiche Vorschläge und Erfahrungsberichte, auch systematische Befragungen oder juristische Analysen. Sie betreffen fast ausschließlich die Delegation oder Übertragung von bisher ärztlichen Aufgaben an die Pflege- oder Assistenzberufe. Die Ergebnisse, wie sie zum Beispiel in einem Cochrane Review (Laurant et al., 2004) dargelegt wurden, gehen überwiegend in folgende Richtung: Eine Übertragung nicht weniger ärztlicher Aufgaben auf andere Berufe ist möglich, die medizinischen Ergebnisse verschlechtern sich nicht, die Patientenzufriedenheit nimmt tendenziell sogar eher zu. Eine detailliertere Zusammenfassung findet sich bei Höder (2012).

Wenn diese Quellen sich auch nicht direkt mit den Verhältnissen in der Rehabilitation befassen, so liefern sie doch zumindest keine Evidenz, die von vornherein gegen das Modell Reha-Assistenz spräche.

## 2.2 Erfahrungen

Weitere Ermutigung erwuchs aus praktischen Erfahrungen im Klinikum Bad Bramstedt. Hier wurden schon früh, ab 2008, Reha-Assistentinnen eingesetzt – zunächst zur Bewältigung einer Notsituation: Arztstellen konnten aus Mangel an geeigneten Bewerbern nicht besetzt werden. Es war naheliegend, dass die vorhandenen Ärzte sich vor allem auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren sollten und ihnen jemand die Arbeiten abnahm, für die man nicht Mediziner sein musste. Aufgrund der positiven, teilweise begeisternden Erfahrungen wurden aus ursprünglich zwei Reha-Assistentinnen inzwischen sechs. Das Bramstedter Beispiel wird später ausführlich beschrieben.

Angeregt durch diese Erfahrungen, aber auch unabhängig davon – das Thema schien „in der Luft zu liegen“ –, wurden in den folgenden Jahren in immer mehr Kliniken weitere Reha-Assistentinnen eingeführt, vor allem in Kliniken des Verbundes Norddeutscher Rehakliniken (VNR)<sup>2</sup>. Sie wurden aber auch von anderen Kliniken in Stellenanzeigen gesucht<sup>3</sup> und arbeiten teilweise weit entfernt vom norddeutschen Raum, zum Beispiel in einer Klinik in Rheinland-Pfalz<sup>4</sup>. Die Fachhochschule Osnabrück nahm eine Abschlussarbeit für den *Master of Business Administration* für das Thema Einstellungsinterview für eine Reha-Assistenz an (Gollée 2009). Die Reha-Assistenz war auch Thema im Rahmen eines von der Deutschen Rentenversicherung Bund 2010 veranstalteten Workshops „Transdisziplinarität im Rehateam“. Ferner experimentieren viele Kliniken mit anderen, ähnlichen Organisationsmodellen mit dem Ziel der Arztlastung, wir werden zwei davon näher kennenlernen. Augenscheinlich überwiegen positive Erfahrungen. Es gibt jedoch auch Probleme. Wir werden weiter unten einige Bedingungen identifizieren, die den Erfolg begünstigen oder behindern.

---

<sup>2</sup><http://www.verbund-nord-reha.de>. Zugriff am 7.2.2012

<sup>3</sup> zum Beispiel hier: <http://www.sana-rz.de/karl-aschoff-klinik/das-team/pflege-und-reha-assistentinnen/unsere-reha-assistentinnen.html>. Oder hier: <http://vacancies24.de/job/reha-assistent-in-arbeitsort-ostseebad-ahrenshoop/>. Zugriff am 7.2.2012

<sup>4</sup><http://www.sana-rz.de/karl-aschoff-klinik/das-team/pflege-und-reha-assistentinnen/unsere-reha-assistentinnen.html>. Zugriff am 7.2.2012

### 3 Fragen

In dieser Studie werden hauptsächlich folgende Fragen untersucht:

- Welche Aufgaben werden in den untersuchten Kliniken typischerweise von Reha-Assistentinnen übernommen?
- Wie wird diese Organisationsform von den Beteiligten bewertet – von den Ärzten, den Pflegekräften, den Rehabilitanden und von den Reha-Assistentinnen selbst?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Erfahrungen für eine optimale Organisationsform und für die Ausbildung zur Reha-Assistentin ziehen?

Dazu werden die Erfahrungen von Ärzten, Pflegekräften, Rehabilitanden und der Reha-Assistentinnen selbst herangezogen. Im Einzelnen:

#### *Erfahrungen von Ärzten*

Wie viel Zeit gewinnen Ärzte durch den Einsatz der Reha-Assistentinnen?

Wofür wird die gewonnene Entlastung genutzt? Werden einfach nur mehr Patienten betreut? Oder gewinnt man so viel Zeit, dass Patienten mit erhöhtem Bedarf intensiver betreut werden können?

Wie verändert die Umstellung die Arbeitszufriedenheit der Ärzte?

Welche neuen Schwierigkeiten oder Probleme ergeben sich aus Sicht der Ärzte?

#### *Erfahrungen von Pflegekräften*

Wie verändert sich die Arbeit der Pflege durch den Einsatz der Reha-Assistentin?

Gibt es auch hier Entlastungen? Oder Unklarheiten in den Kompetenzen?

Sind die Rehabilitandenaus Sicht der Pflege bereit, der Reha-Assistentin die gewünschten Auskünfte zu geben?

Glauben sie aufgrund ihrer Erfahrungen, dass die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen sind?

#### *Erfahrungen von Rehabilitanden*

Akzeptieren die Rehabilitanden die durch den Einsatz der Reha-Assistentinnen verkürzten Arztkontaktzeiten?

Wie bewerten die Rehabilitanden die persönliche Beziehung zur Reha-Assistentin?



*Erfahrungen von Reha-Assistentinnen*

Fühlen sich die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen?

Fühlen sich die Reha-Assistentinnen von Ärzten, Pflegekräften und Rehabilitanden akzeptiert und geschätzt?

Wie zufrieden sind sie mit ihrer Arbeit?

## **4 Methode**

### **4.1 Qualitative Studie**

Zum Zeitpunkt der Untersuchungsplanung gab es nur vereinzelte praktisch arbeitende Reha-Assistentinnen. Ihre Arbeitsplätze wurden nicht unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten eingerichtet, sondern um einem akuten Ärztemangel zu begegnen. Ihr konkretes Aufgabengebiet konnte nicht – wie es im Interesse einer methodisch anspruchsvollen Vorgehensweise wünschenswert gewesen wäre – standardisiert werden, sondern variierte von Klinik zu Klinik entsprechend den lokalen Bedürfnissen und Möglichkeiten. Dasselbe galt für ihre beruflichen Vorerfahrungen, Ausbildungen und Fähigkeiten. Es war zudem kaum vorhersehbar, welche Reaktionen die Einführung der Reha-Assistenz bei Ärzten, Pflegekräften und Rehabilitanden hervorrufen würde, welche Schwierigkeiten oder Nutzen sich ergeben könnten und wie die Kliniken darauf reagieren würden.

In dieser Situation war ein überwiegend qualitatives Forschungsvorgehen angebracht. Es diente der ersten Erkundung eines neuen Feldes. Wir suchten dazu acht Einheiten (Stationen oder andere Organisationsformen) in sieben Rehakliniken auf und führten mit einigen der dort tätigen Ärzte, Pflegekräfte und – soweit vorhanden – Reha-Assistentinnen fokussierte, leitfadengestützte Interviews (Leitfäden s. S. 206). Ferner befragten wir in den Einheiten, in denen Reha-Assistentinnen arbeiteten, auch Gruppen von Rehabilitanden zu ihren Erfahrungen mit diesem neuen Mitarbeitertyp. Vier Einheiten beschäftigten Reha-Assistentinnen, zwei verfolgten im Detail andere, aber im Ziel ähnliche Ansätze und zwei waren konventionell organisiert. Die Untersuchungseinheiten sind im nächsten Abschnitt ausführlich beschrieben (Seite 21 ff).

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und in Anlehnung an das „einfache Transkriptionssystem“ von Kuckartz et al. (2008) von Hilfskräften vollständig transkribiert. Die Sprachäußerungen aus Kliniken mit Assistenzkräften (Reha-Assistentinnen oder andere) wurden kodiert. Die nach Codes geordneten Äußerungen wurden interpretiert, Einzelheiten im nächsten Abschnitt. – In den zwei Kliniken ohne Assistenzkräfte wurden nur Ärzte interviewt. Die Kodierungen für diese Teile ergeben sich aus der Dokumentation der Gespräche (Seite 184 ff) und weiteren Stellen im Haupttext (Seite 88 ff).

### **4.2 Entwicklung der Codes**

Die Codierung hatte nicht den Zweck, zur Bildung einer wissenschaftlichen Theorie beizutragen. Es ging allein darum, die Äußerungen sinnvoll zu ordnen und zusammenzufassen. Hierzu wurden 26 Codes pragmatisch von JH in Entsprechung zu den Forschungsfragen entworfen und angewandt. Im Verlaufe des Kodierungsprozesses wurden dann teilweise Unterkodes gebildet. Insgesamt ergaben sich 489 codierbare Gesprächsausschnitte. Eine

zufällige Stichprobe von 43 Äußerungen wurde zur Kontrolle unabhängig von einer zweiten, für die Forschungsfragen blinden Person (Germanistin) kodiert. Die Übereinstimmung betrug nur 52,4 Prozent. Daraufhin wurden die Codes überarbeitet. Genauere Definitionen und zusätzliche Codes führten bei einer zweiten Kontrollcodierung zu einer befriedigenden Übereinstimmung in 81,4 Prozent der Äußerungen. Wir sehen dies als unterstützend für die Vermutung an, dass sich die gewählten Codes den Äußerungen mit hinreichender Reliabilität zuordnen lassen. Die Listen der ursprünglichen und der überarbeiteten Codes finden sich im Anhang (Seite 208).

### 4.3 Systematik der Verweise

Im folgenden Text wird häufig auf die im Anhang dokumentierten Äußerungen verwiesen. Jede Äußerung ist wie folgt gekennzeichnet: Kliniknummer|Gesprächspartner |fortlaufende Nummer der Äußerung.

Kliniknummer: K1 bis K8

Gesprächspartner:

PGx: Patientengruppe, durchnummeriert pro Klinik

RAX: Reha-Assistentin, durchnummeriert pro Klinik.

RA(2): Zwei Reha-Assistentinnen wurden gemeinsam befragt

CA, OA, A: Chefarzt, Oberarzt, Arzt (m/w)

PDL, P: Pflegedienstleitung, Gesundheits- und Krankheitspfleger (m/w) im Stationsdienst oder im Arztzentrum

Sekretärin: Stationssekretärin in K5 oder Sekretärin im Arztzentrum in K6

Tabelle 1: Bezeichnungen der Kliniken und Gesprächspartner in der Dokumentation der Äußerungen.

Die Bezeichnung K1RA(2) 3–4 würde zum Beispiel bedeuten: Zwei Reha-Assistentinnen aus Klinik 1 wurden gemeinsam befragt. Es handelt sich um die 3. und 4. Äußerung des Gesprächs.

### 4.4 Quantitative Auswertung

#### 4.5 Fragebogen

Die befragten Rehabilitanden erhielten vor der mündlichen Befragung zusätzlich einen Fragebogen, der zehn Fragen zu ihren Erfahrungen mit den Reha-Assistentinnen enthielt (s. Anhang, Seite 210). Beispiel: *Die Reha-Assistentin war freundlich und einfühlsam.*

#### 4.6 Stichprobe der Rehabilitanden

Interviewt wurden insgesamt 52 Rehabilitanden in neun Gruppen, davon 50 Prozent weiblich. Das Alter betrug  $55 \pm 12$  Jahre ( $M \pm s$ ). Die meisten litten nach eigenen Angaben unter Rückenbeschwerden (38,5 Prozent), gefolgt von degenerativen Gelenkerkrankungen

(25 Prozent). 11,5 Prozent gaben verschiedene andere Gesundheitsprobleme an (zum Beispiel Trauma, Osteoporose, Schleimbeutelentzündung), und 25 Prozent machten keine Angaben zu ihrer Diagnose. Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bezeichneten die meisten als *gut* (50 Prozent), gefolgt von *weniger gut* (28,8 Prozent) und *schlecht* (17,3 Prozent). Eine Person empfand ihren Gesundheitszustand als *sehr schlecht*. Die meisten Rehabilitanden verfügten über eine Ausbildung in einem Lehrberuf (65,4 Prozent), 17,3 Prozent waren in einem ungelernten/angelernten Beruf tätig, nur wenige hatten ein Studium absolviert (3,8 Prozent). Eine Gruppe von 13,5 Prozent machte keine Angaben. Insgesamt handelt es sich um eine Zusammensetzung ohne gravierende Abweichungen von typischen Rehabilitandengruppen.

## 5 Beschreibung der Einheiten

In diesem Abschnitt beschreiben wir die Struktur und ausgewählte Prozesse der untersuchten Einheiten. Entsprechende Fragen finden sich auf Seite 211f. Die Kliniken 1 bis 4 beschäftigen Reha-Assistentinnen. Die Kliniken 5 und 6 wurden ausgesucht, weil sie ein ähnliches Ziel – Arztlastung – anstrebten, aber andere Organisationsmodelle entwickelt hatten. Sie lassen sich mit den Schlagworten „Stationssekretärin“ und „Arztzentrum“ charakterisieren. Die Einheiten 7 und 8 sind noch konventionell organisiert. Sie sind ausgewählt, weil sie Aufschlüsse geben einerseits über Befürchtungen und Probleme, andererseits über Hoffnungen von Ärzten in Bezug auf die Reha-Assistentin.

### 5.1 Klinik 1

Die untersuchte Einheit betreut orthopädische Rehabilitanden in einem Praxismodell. Neben der Orthopädie gibt es noch weitere Fachbereiche. Ferner gibt es das Angebot der Psychotherapie und Neuropsychologie, der Schmerztherapie und der Gehschule, in der Patienten nach Verlust der unteren Extremitäten betreut werden. Die Personalausstattung entspricht den Anforderungen der DRV Bund.

Sowohl in der Orthopädie als auch in einem anderen Fachbereich werden Reha-Assistentinnen eingesetzt.

Die beiden Reha-Assistentinnen in der Orthopädie sind von der Ausbildung her Arzthelferin bzw. Zahnarzthelferin. Sie sind für diese Arbeit neu eingestellt worden und haben keine Vorerfahrungen in der Rehabilitation. Die Einarbeitung erfolgte durch Hospitieren und allmähliches Übernehmen von immer mehr Aufgabenteilen. Die Einarbeitungszeit betrug in einem Fall zwei Monate, im anderen 14 Tage. Eine Reha-Assistentin arbeitet eher vormittags, die andere nachmittags. Zusammen haben sie eine Arbeitszeit von etwa 44 Wochenstunden. Darin betreuen sie etwa 90 Rehabilitanden. Die Stellen werden aus dem Ärztebudget finanziert. In Urlaubs- und Krankheitszeiten gibt es keine Vertretung, und die frühere Arbeitsorganisation lebt wieder auf.

Ursprünglich sollten sie nur eine der drei „Praxen“ betreuen, es fanden sich jedoch nicht genug Aufgaben, so dass sie nicht ausgelastet waren. Die Art der Zusammenarbeit, die Aufgabenteilung wurde den Beteiligten von der Leitung selbst überlassen.

#### 5.1.1 Interviewte Personen

Chefarzt, männlich, Orthopäde, Rheumatologe und weitere Qualifikationen. Seit 15 Jahren in der Rehabilitation tätig. – Assistenzärztin, nach vielen Jahren Akutkrankenhaus jetzt seit einigen Monaten in der Reha. Hat jedoch auch die Arbeit ohne Reha-Assistentin kurz kennengelernt. – Pflegedienstleitung, männlich, viele Jahre Erfahrung in der Rehabilitation. Hat die

Personen ausgewählt, die Ärzte beraten, spielt eine Rolle bei der Organisation. – Zwei Reha-Assistentinnen, Arzt- und Zahnarzhelferinnen ohne Erfahrung in der Reha. – 17 Rehabilitanden in zwei Gruppen.

### **5.1.2 Aufnahme der Rehabilitanden**

Nach der administrativen Aufnahme durch die Patientenverwaltung erhält der Pflegedienst die bereitgestellten Informationen und bereitet die Patientenakte vor. Inhalt der Akte sind zum Beispiel die Schweigepflichtentbindung, der Terminplan, Formulare für die Dokumentation der Pflegeleistung, der Pflegebericht und der Pflegeplanung.

#### **5.1.2.1 Stationsaufnahme**

Eine Mappe mit Informationen über die Klinik und ihr „Drumherum“ wird von den Mitarbeitern der Rezeption zusammengestellt. Der Pflegedienst holt die Informationsmappen für die anreisenden Rehabilitanden ab und sichtet die Anreizezimmer auf Pflegeutensilien für Rehabilitanden, die auf der Stationsebene untergebracht werden.

Rehabilitanden, die direkt auf der Station untergebracht werden, begleitet der Pflegedienst auf das Zimmer und erklärt das Zimmer. Liegen orthopädische oder neurologische Besonderheiten vor, werden diese zudem mit dem Rehabilitanden geklärt. Des Weiteren informiert die Pflege den Rehabilitanden über organisatorische Dinge wie Arzttermin und Mitbringen der Befunde.

Rehabilitanden, die auf keiner Stationsebene untergebracht werden, begrüßt die Pflege in einem Vorzimmer und informiert dort über alle wichtigen organisatorischen Abläufe.

Die Pflegeanamnese wird auf einem Formular durch die Pflegekraft dokumentiert.

#### **5.1.2.2 Medizinische Aufnahme**

Nach der Stationsaufnahme führt der behandelnde Arzt am Anreisetag die Aufnahmeuntersuchung durch. Es erfolgt eine Anamnese gemäß den Vorgaben der Leistungsträger. Der Arzt erfragt und sichtet Medikamente. Er führt diagnosebezogene Untersuchungen durch und ermittelt den Beratungsbedarf. Im Anschluss werden die Reha-Ziele mit dem Patienten ermittelt und festgehalten und in das Formular Therapieverordnung eingetragen.

Im Anschluss an die Aufnahme diktiert der Arzt den Aufnahmebericht. Der Schreibdienst überträgt den diktierten Aufnahmebericht in eine standardisierte Vorlage und druckt den Bericht zum Korrekturlesen für den Arzt aus. Nach dem Korrekturlesen sortiert die Pflegekraft den Bericht in die Patientenakte ein.

### 5.1.2.3 Gespräch mit der Reha-Assistentin

Am Anreisetag hat die Reha-Assistentin einen Termin für ihr Aufnahmegespräch mit dem Rehabilitanden festgelegt. Der Termin ist regelhaft am zweiten Tag nach Aufnahme. Die Reha-Assistentin sieht den Rehabilitanden also stets *nach* dem Arzt. Damit fehlt in dieser Klinik ein Teil der Aufgaben, der in anderen einen bedeutenden Raum einnimmt: Die Reha-Assistentin hat keine Möglichkeit, hilfreiche Vorbereitungen für die Aufnahmeuntersuchung zu treffen.

Der Rehabilitand erhält – per Post nach Hause oder am Anreisetag – einen zehneitigen Fragebogen (zwei Seiten davon beispielhaft im Anhang, Seite 213). Er enthält Fragen zu verschiedenen Aspekten der Anamnese, Einschränkungen in Aktivitäten und Teilhabe sowie zu den Zielen des Rehabilitanden. Die Reha-Assistentin geht gemeinsam mit dem Rehabilitanden den Fragebogen durch, prüft richtiges Verständnis und Plausibilität und ergänzt, wenn etwas fehlt. Dafür benötigt sie in der Regel etwa 10 Minuten.

Weitere 10 Minuten sind dafür vorgesehen, dass die Reha-Assistentin die Informationen aus dem Fragebogen diktiert. Dieses so genannte Anreisediktat wird vom Schreibdienst geschrieben und liegt dem Arzt meist vor der ersten Visite vor.

Diese Ablaufgestaltung führt regelhaft zu zahlreichen Doppelbefragungen: Was die Reha-Assistentin anhand des Fragebogens bespricht, hat zu einem größeren Teil schon der Arzt am Vortage erfragt.

## 5.1.3 Verlauf der Reha

### 5.1.3.1 Diagnostik, Assessments

Die Reha-Assistentin wirkt mit bei der Blutentnahme. Die Pflegekräfte sind an der Erhebung des Barthel-Index und an der Durchführung der Blutzuckermessung beteiligt. Die Ergebnisse werden in der Patientenakte hinterlegt, so dass der Arzt sich die Werte jeder Zeit anschauen kann. Die Assessments werden von den Therapeuten im Therapiezentrum durchgeführt. Beim ersten Termin wird das entsprechende Assessment durch den Therapeuten ausgewählt und durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einem Befundbogen erfasst. In der Therapie wird mit zehn unterschiedlichen Assessments gearbeitet.

### 5.1.3.2 Therapiepläne

Nach der Aufnahmeuntersuchung gehen die Erstverordnungen an die Leitenden Therapeuten, die die Verordnungen auf Besonderheiten prüfen und bei Bedarf mit den Ärzten Rücksprache halten. Im Anschluss werden die Verordnungen an die Mitarbeiter der Therapieplanung weitergeleitet, welche die Therapiepläne erstellen.

Für den Folgetag erhält der Rehabilitand einen vorläufigen Therapieplan. Seinen Therapieplan für die anstehende Woche findet er dann morgens am Folgetag in seinem Postfach.

Im Interesse der Therapeutenkonstanz, werden die Therapiepläne für den gesamten Aufenthalt durchgeplant. Der Rehabilitand erhält am Wochenende immer seinen Therapieplan für die kommende Woche. Die geplanten Visiten, die Essenszeiten wie auch die bekannten Untersuchungstermine werden bei der Terminvergabe berücksichtigt.

Die Reha-Assistentinnen wirken bei der Erstellung der Therapiepläne nicht mit.

#### **5.1.3.3 Visiten**

Eine erste Visite erfolgt in der Regel zwei Tage nach der Anreise. Eine Zwischenuntersuchung wird dann in der zweiten Aufenthaltswoche durchgeführt. Die Reha-Assistentin ist hieran nicht beteiligt.

#### **5.1.3.4 Einbindung der beratenden Berufe**

Sozialdienst, Psychologen und Diätassistenten terminieren und geben Rückmeldungen an den Arzt ohne Mitwirkung der Reha-Assistentinnen.

### **5.1.4 Entlassung**

#### **5.1.4.1 Nachsorge**

Bereits in der Sozialanamnese filtert der Arzt heraus, welcher Patient für zum Beispiel die IRENA-Maßnahme geeignet ist. Parallel weist der Sozialdienst auf die Nachsorgeprogramme hin. Die Reha-Assistentin setzt für die Versicherten der DRV einen Termin fest, bei dem sie ihn über die Möglichkeiten der DRV-finanzierten Nachsorge informiert und aus den Häuserlisten der DRV geeignete Einrichtungen in Wohnortnähe des Rehabilitanden herausucht. Dafür benötigt sie etwa fünf bis zehn Minuten.

#### **5.1.4.2 Abschlussuntersuchung**

Die Abschlussuntersuchung wird vom Arzt durchgeführt. Sie findet frühestens zwei Tage vor der Entlassung des Rehabilitanden statt. Die Terminierung wird vom Pflegedienst koordiniert.

Die Untersuchungsbefunde und die Empfehlungen werden im Abschlussdiktat dokumentiert. Das Abschlussdiktat wird zusammen mit dem vorläufigen Entlassungsbericht und der Patientenakte in einem Briefumschlag an das Vorzimmer weitergeleitet.

Das Schreibbüro gibt die Informationen ein und erstellt den Entlassungsbericht zur Korrektur für den Arzt. Nach Korrekturlesen und Unterschrift des Arztes wird der Entlassungsbericht versandt. Die Reha-Assistentin erstellt den *vorläufigen* Entlassungsbericht.



### 5.1.5 Bewertung

Diese formale Beschreibung der Abläufe ließ schon vor den Gesprächen mit den Beteiligten vermuten, dass die Klinik das Potenzial der Reha-Assistentin bei Weitem nicht ausgeschöpft hat. Die Abläufe waren den beteiligten Stationsärzten überlassen worden, die sich für eine ungünstige Variante entschieden hatten. Dass die Rehabilitanden zuerst den Arzt sehen und dann die Reha-Assistentin, nahm der Reha-Assistentin ein besonders lohnendes Einsatzgebiet: die Vorbereitung der Aufnahmeuntersuchung. Wie sich später in den Befragungen zeigte, gab es statt Arztentlastung an dieser Stelle Doppelbefragungen (weiter ausgeführt Seite 78 ff). Es war nicht zu klären, warum die Ärzte auf diese Reihenfolge Wert legten.

Ferner ungünstig: Die Reha-Assistentinnen hatten weder Erfahrungen in dieser Klinik, noch in der Reha überhaupt. Es ist zu befürchten, dass sie für ihre Aufgaben nicht ausreichend vorbereitet waren (mehr zu den erwünschten Qualifizierungsmerkmalen s. Seite 104 ff).

Der Vergleich mit anderen Kliniken wird zeigen, dass die Reha-Assistentinnen eher wenig Aufgaben übertragen bekommen haben (s. Tabelle 4, Seite 47). Chancen blieben ungenutzt. Ungünstig erschien auch, dass die Reha-Assistentinnen ihre Befragungsergebnisse diktieren, statt sie gleich selbst zu schreiben.

Einige Äußerungen der beteiligten Ärzte ließen vermuten, dass sie nicht wirklich hinter dem Projekt standen. Der Chefarzt hätte lieber mehr Assistenzärzte und befürchtete, dass mit der Reha-Assistentin auf Dauer Arztstellen abgebaut werden sollten (zum Beispiel K1CA 6, Seite 154).

Die Reha-Assistentinnen-Stellen wurden in diesem Bereich nach Abschluss der Erhebung vorübergehend nicht mehr besetzt. In der inneren Medizin wurden neue Reha-Assistenzstellen geschaffen. Aufgabenspektrum und Organisationsmodell wurden überarbeitet.

## 5.2 Klinik 2

Die Klinik hat mehrere Fachabteilungen, neben der Orthopädie, die im Folgenden dargestellt wird, auch eine geriatrische und eine neurologische Abteilung. Die Orthopädie betreut etwa 160 Rehabilitanden. Dafür stehen neun Ärzte, knapp zwanzig Pflegekräfte, insgesamt achtundzwanzig verschiedene Therapeuten und Berater sowie – seit fünf Monaten vor der Befragung – vier Reha-Assistentinnen zur Verfügung.

Die Reha-Assistentinnen sind von der Ausbildung her Medizinische Fachangestellte (Arzthelferinnen) mit mehrjähriger Erfahrung in der Klinik, also mit den Abläufen von vornherein gut vertraut gewesen. Sie sind der Pflege zugeordnet, die auch die Einarbeitung anleitete. Die Einarbeitung erfolgte systematisch geplant in kleinen Schritten, indem Zug um Zug immer

mehr Aufgabenteile übertragen wurden. Während der ersten Phase konnten die Reha-Assistentinnen über viele Details ihrer Abläufe mitentscheiden. Alle arbeiten an fünf Tagen die Woche, jeweils 7,7 Stunden. Die täglichen Arbeitszeiten sind zeitlich so versetzt, dass von 7 Uhr bis 18.12 Uhr immer mindestens eine Reha-Assistentin anwesend ist. In Urlaubs- und Krankheitszeiten vertreten sie einander.

### **5.2.1 Interviewte Personen**

Stationsärztin mit Oberarztqualifikation, 7 Jahre Erfahrung in der Rehabilitation. – Teamleitung Pflege in der Orthopädie, weiblich, langjährige Erfahrungen in der Klinik. – Zwei Reha-Assistentinnen, 2 Jahre Reha-Erfahrung, 25 und 26 Jahre alt. – 18 Rehabilitanden in vier Gruppen.

### **5.2.2 Aufnahme der Rehabilitanden**

#### **5.2.2.1 Gespräch mit der Reha-Assistentin**

Nach der administrativen Aufnahme werden die Rehabilitanden von einer Reha-Assistentin in ihrem Zimmer aufgesucht und begrüßt. Die Reha-Assistentin geht mit dem Rehabilitanden einen zweiseitigen Bogen mit Fragen durch (s. Seite 215). Sie betreffen Teile der Anamnese (ohne Akutanamnese): Soziale Anamnese, berufliche Anamnese, Medikamente, vegetative Anamnese, Pflegeanamnese u. ä. Ferner werden Reha-Ziele besprochen. Danach informiert die Reha-Assistentin darüber, was die nächsten Schritte sind und wo man wichtige Personen oder Orte findet. Darüber händigt sie auch eine schriftliche Unterlage aus („Begrüßungszettel“).

Die Reha-Assistentin dokumentiert die erhobenen Auskünfte handschriftlich auf einem Formular, das sie anschließend in die Patientenakte einordnet. Die benötigte Zeit beträgt häufig etwa 20 Minuten, manchmal länger. Gelegentlich erkennt sie eine Fehlallokation und kann eine Verlegung des Rehabilitanden anregen.

#### **5.2.2.2 Medizinische Aufnahme**

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung findet am Anreisetag nach dem Gespräch mit der Reha-Assistentin statt, und zwar ebenfalls im Zimmer des Rehabilitanden. Dem Arzt liegen dabei die Informationen vor, die die Reha-Assistentin erhoben hat. Auf die Vermeidung von Doppelbefragungen wird explizit Wert gelegt. Der Arzt führt die üblichen klinischen Untersuchungen durch und trägt Therapien, Beratungen und Reha-Ziele handschriftlich in ein Formular ein. Er diktiert den ersten Teil des Entlassungsbriefes.

### **5.2.3 Verlauf der Reha**

#### **5.2.3.1 Informationsverarbeitung und Tablettenstellen**

Nach der ärztlichen Aufnahme gibt die Reha-Assistentin die Diagnosen, Reha-Ziele und Verordnungen ins EDV-System ein.

Im weiteren Verlauf gehören folgende Tätigkeiten zu ihrem Aufgabengebiet: Daten beschaffen von Vorbehandlern, Informationen aller Art einholen, Medikamente bestellen, Akten vorbereiten für Anreisende. In Zeiten verringerten Arbeitsanfalls bearbeiten die Reha-Assistentinnen Patientenakten und arbeiten Visiten aus.

Die Reha-Assistentinnen besorgen regelmäßig das so genannte Tablettenstellen.

#### **5.2.3.2 Diagnostik, Assessments**

Die Reha-Assistentin nimmt Blut ab (ebenfalls im Zimmer des Rehabilitanden) und schreibt EKGs. Der Umgang mit Urinproben, die Blutzuckerbestimmung und Erhebung des Barthel-Index gehört in den Arbeitsbereich der Pflege. Fragebogenscores bestimmt der Arzt. Er erhält die Informationen über das Pflegedokumentationssystem.

#### **5.2.3.3 Therapiepläne**

Der Arzt verordnet ein den individuellen Besonderheiten angepasstes Standardtherapieprogramm, die Reha-Assistentin gibt die entsprechenden handschriftlichen Vorgaben des Arztes in die EDV ein. Die Sport- und Physiotherapeuten erhalten die Verordnungen und Reha-Ziele und planen dezentral in der EDV. Danach planen die Therapeuten der physikalischen Therapie und drucken den Therapieplan aus, der dann von Hilfskräften an die Rehabilitanden verteilt wird.

#### **5.2.3.4 Rückmeldungen der Therapeuten und Berater**

Es gibt tägliche Teambesprechungen, Dauer 10 bis 20 Minuten, und zusätzlich einmal wöchentlich eine einstündige Teambesprechung, ferner schriftliche Rückmeldungen der Therapeuten. Die Reha-Assistentinnen sind an den Besprechungen aber nicht beteiligt.

### **5.2.4 Entlassung**

#### **5.2.4.1 Nachsorge**

Die Rehabilitanden werden von den Sporttherapeuten über Sinn und Möglichkeiten der Nachsorge informiert. Zum Finden geeigneter Nachsorgeorte dient eine ausgehängte Landkarte, auf der die möglichen Standorte markiert sind. Die nötigen Formulare werden entweder von der Pflege oder von den Reha-Assistentinnen vorbereitet und vom Arzt unterschrieben.

#### **5.2.4.2 Abschlussuntersuchung**

Die Abschlussuntersuchung wird vom Arzt selbst vorbereitet, terminiert und ca. zwei Tage vor Entlassung durchgeführt. Der Arzt diktiert den Abschlussbericht, der dann von einem Schreibdienst geschrieben wird und in der Regel dem Rehabilitanden bei Abreise ausgehändigt werden kann. Die Reha-Assistentin ist an diesem Prozess nicht beteiligt.

#### **5.2.5 Bewertung**

Schon die Beschreibung der Abläufe macht deutlich, dass das Modell „Reha-Assistentin“ in dieser Klinik deutlich konsequenter umgesetzt wird als in Klinik 1. Die Reha-Assistentinnen erledigen eine Vielzahl von Aufgaben, für die sie planmäßig in kleinen Schritten eingearbeitet worden sind. Dazu gehören auch einige Arbeiten, die vorher der Pflege zugeordnet waren.

Der Arzt hat bei seiner Aufnahmeuntersuchung die Informationen vorliegen, die die Reha-Assistentinnen erhoben und ins EDV-System eingegeben haben. Der Aufnahmefragebogen ist mit zwei Seiten – verglichen mit dem, was andere Kliniken entworfen haben – allerdings recht kurz. Hier könnten die Reha-Assistentinnen noch mehr Informationen erheben bzw. abgleichen.

Die Ausbildung der Reha-Assistentinnen als Medizinische Fachangestellte und ihre Erfahrungen in der Rehaklinik sind gute Voraussetzungen für ein effektives Zusammenarbeiten. Bemerkenswert ist die Kundenorientierung: Die Befragung durch die Reha-Assistentin und die ärztliche Aufnahmeuntersuchung erfolgen im Zimmer der Rehabilitanden.

### **5.3 Klinik 3**

Die Klinik ist ein Regiebetrieb einer regionalen DRV. Sie führt Rehabilitationsbehandlungen mit dem Schwerpunkt Erkrankungen der Bewegungsorgane durch. Die Klinik hat 365 Betten und gliedert sich in einen orthopädischen Schwerpunkt (97 Betten), einem internistisch-rheumatologischen Schwerpunkt (127 Betten) und in einen interdisziplinären Schwerpunkt (141 Betten). Dieser Bereich weist spezielle Konzepte für zwei wichtige Zielgruppen auf. Allen gemeinsam sind Erkrankungen der Bewegungsorgane. Die erste Zielgruppe bezieht sich auf multimorbide Versicherte (Erkrankungen der Bewegungsorgane und internistische Erkrankungen), die zweite Zielgruppe stellen Rehabilitanden mit chronifizierten Schmerzsyndromen dar, die in hohem Maße psychische Komorbiditäten aufweisen. In diesem interdisziplinären Schwerpunkt arbeiteten zur Zeit der Untersuchung auch die beiden Reha-Assistentinnen (s. u.). Sie sind für knapp 70 Rehabilitanden zuständig.

Die Klinik wird zu 80 Prozent durch die regionale Rentenversicherung belegt, der die Klinik gehört. Weitere Beleger sind andere Rentenversicherungen. Die Anzahl von Krankenkassenpatienten und Versicherten aus privaten Versicherungen ist zu vernachlässigen.

Insgesamt verfügt die Klinik über 21,75 Planstellen im ärztlichen Bereich, davon 7 Stellen mit leitender Funktion (Chefärzte und Oberärzte), 33 Stellen im Pflegebereich und 68 Stellen in der Therapie (verschiedene Berufsgruppen).

Im Jahre 2010 richtete die Klinik 2 Reha-Assistenzstellen für den interdisziplinären Bereich ein. Zur Zeit der Befragung arbeiteten die Assistentinnen seit einem Jahr in diesem Aufgabenbereich, sind aber schon länger in der Klinik tätig und von daher mit vielen Abläufen vertraut. Eine Urlaubsvertretung gibt es nicht. Die Aufgaben wurden den Reha-Assistentinnen langsam übertragen. Durch Hospitation und Betreuung durch eine hausinterne Projektgruppe wurde der Einsatz begleitet. Im Laufe des Jahres 2011 baute die Klinik die Anzahl der Reha-Assistenz-Stellen aus. Im Stellenplan 2012 stehen für die Gesamtklinik 6 Planstellen. Die Besetzung erfolgt aktuell durch innerbetrieblich Umsetzung und Qualifizierung.

Die berufliche Qualifikation ist heterogen (medizinische Fachangestellte, Pflegekraft, medizinische Bademeisterin, Gesundheitsberaterin, Servicekraft, Bürokauffrau). Entsprechende Einarbeitungen und Schulungen werden hausintern organisiert. Die beiden zurzeit tätigen Reha-Assistentinnen waren von der Ausbildung her Bürokauffrau und Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Fortbildung zur Stationsleitung. Die Reha-Assistentin mit Pflegeausbildung wurde ersatzlos von ihrer Station abgezogen. Ein Teil ihrer Arbeitszeit ist jedoch weiterhin mit Tätigkeiten aus der Pflege gefüllt (Blut abnehmen). Für den Bereich wurden Stellenbeschreibungen niedergelegt (Tabelle 2, Seite 31). Die Reha-Assistentinnen sind disziplinarisch der Pflegedienstleitung unterstellt und arbeiten für mehrere Ärzte.

### **5.3.1 Interviewte Personen**

Oberarzt, Facharzt für Chirurgie – Assistenzärztin, mehrere Jahre Erfahrung in der Reha. Zwei erfahrene Pflegekräfte weiblich – Reha-Assistentin (Kauffrau, Krankenschwester, Fortbildung zur Stationsleitung), langjährige Reha-Erfahrung – 11 Rehabilitanden in 2 Gruppen.

### **5.3.2 Aufnahme der Rehabilitanden**

#### **5.3.2.1 Gespräch mit der Reha-Assistentin**

Die Reha-Assistentin hat keine Aufgaben, die den Verwaltungsbereich betreffen wie zum Beispiel Klärung von Kostenübernahmen. Diese administrative Aufnahme übernimmt die Patientenverwaltung. Die Reha-Assistentinnen bereiten die medizinischen Unterlagen vor. Sie begrüßen sie den Rehabilitanden (noch bevor er in sein Zimmer geht), sichten die mitgebrachten Unterlagen und sorgen dafür, dass alle benötigten Unterlagen vorliegen. Sie dokumentieren die Medikamente, fragen nach Allergien und geben einen Rehazielbogen an den Rehabilitanden aus, den dieser dann zur Arztuntersuchung ausgefüllt mitbringen soll

(die Rehaziele werden im Arztgespräch abgestimmt). Sie ermitteln und dokumentieren Gewicht, Körpergröße, Blutdruck und Puls.

Die Reha-Assistentin informiert die Rehabilitanden über wichtige Örtlichkeiten und die nächsten Schritte. Dazu gehört der Termin für die ärztliche Aufnahmeuntersuchung. In einem bestimmten Rahmen regelt sie auch die Zimmerbelegung und teilt dem Rehabilitanden die Zimmernummer mit.

Der ihr vorgegebene zeitliche Rahmen ist mit etwa zehn Minuten relativ eng bemessen. In dieser Zeit ist es nicht möglich, den vierseitigen Fragebogen, den die Rehabilitanden zugesandt bekommen, noch einmal im Detail durchzugehen und wo nötig zu ergänzen. Über Fragen der medikamentösen Therapie und der Allergien hinaus scheint das Aufnahmegespräch der Reha-Assistentin sich nicht mit anderen Teilen der Anamnese zu beschäftigen. Dies bleibt bislang Aufgabe des Arztes oder der Pflege, wird jedoch in einem der nächsten Schritte angestrebt. Dazu gehört auch die Ausgabe und Auswertung weiterer Fragebögen, zum Beispiel Screeninginstrumente für berufsbezogene Belastungen (Würzburger Screening) oder auch indikationsbezogene Assessments zur Erfassung der Funktionskapazität. Langfristig ist geplant, dass die Reha-Assistentin die Fragebögen auswertet und dem Stationsarzt die Ergebnisse präsentiert. – Auch noch nicht verwirklicht ist der Plan, dass die Reha-Assistentin den Arztbrief im EDV-System anlegt und bereits einige Informationen einträgt. Dies scheitert bisher an der unzureichenden EDV-Ausstattung.

#### **5.3.2.2 Ärztliche Aufnahmeuntersuchung**

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung findet am Anreisetag nach dem Gespräch mit der Reha-Assistentin statt. Dem Arzt liegen dabei die – wenigen – Informationen vor, die die Reha-Assistentin erhoben hat. Der Arzt führt die üblichen klinischen Untersuchungen durch und trägt Therapien, Beratungen und Rehaziele handschriftlich in Formulare ein. Das Aufnahmediktat der Untersuchung durch die Ärzte wird vom Schreibdienst geschrieben.

### **5.3.3 Verlauf der Reha**

#### **5.3.3.1 Aufgaben Reha-Assistentinnen**

Während des Aufenthaltes der Patienten hat die Reha-Assistenz die Aufgabe, Visitertermine zu koordinieren. Sie kümmert sich um anfordernde Befunde, sucht ggf. Telefonnummern heraus und hält Kontakt zu den Stationsärzten. Sie nimmt an den Dienstbesprechungen teil.

#### **5.3.3.2 Diagnostik, Assessments**

Die Reha-Assistentinnen sind an den Prozessen der Diagnostik nicht beteiligt. Sie liegen in den Händen der Ärzte, der Pflege und der Therapeuten.

**Aus der Stellenbeschreibung der Reha-Assistentin**

Der Auszug aus der Stellenbeschreibung verdeutlicht, in welche Richtung das Modell weiterentwickelt werden soll.

**Patientenaufnahme**

- Begrüßung und Einweisung
- Besprechung des Anamnesebogens
- Aktualisierung der Medikamente
- ggf. Einsatz standardisierter Screening-Instrumente
- Vorbefunde anfordern
- Röntgen-CDs auslesen
- Übertragung der Ergebnisse in die EDV:
- Anlegen des Arztbriefes
- Eintragung der erhobenen Angaben in der Arztbriefmaske

**Organisatorische Aufgaben**

- Terminierung der ärztlichen Untersuchung
- Vorbereitung der schriftlichen Unterlagen
- Vorbereitung der kompletten Patientenakte
- Verlängerungen / Befunde abheften
- Entlassungspapiere vorbereiten
- An- und Abreiselisten drucken
- Pförtnerliste drucken
- Aufkleber (Ersatz u. bei Änderungen) ausdrucken

**Mitarbeiter- und qualitätsbezogene Aufgaben**

- Teilnahme an regelmäßigen Besprechungen (Dienst-, Team- oder sonstige Besprechungen)
- Teilnahme an und Durchführung von internen sowie externen Fortbildungen sowie das Lesen von Fachliteratur, Nutzung kollegialer Intervisison
- Engagement bei inner- und außerbetrieblichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und Weitergabe erworbener Fachkenntnisse
- Kenntnisnahme von Rundschreiben zur eigenen Information und Informationsweitergabe an die Kollegen/innen
- Unterstützung und Mitarbeit im Rahmen des Qualitätsmanagements

Tabelle 2: Aus der Stellenbeschreibung der Reha-Assistentin in Klinik 3.

**5.3.3.3 Therapiepläne**

Die ärztlichen Verordnungen werden von der „Disposition“ zentral zu Therapieplänen verarbeitet. Die Reha-Assistentinnen sind hieran nicht beteiligt.

**5.3.3.4 Rückmeldungen der Therapeuten und Berater**

Sie erfolgen oft telefonisch, in Besprechungen oder auch schriftlich. Auch hieran haben die Reha-Assistentinnen keinen Anteil.

### 5.3.4 Entlassung

Die Reha-Assistentin bereitet die Abschlussvisitentermine vor. Die Nachsorge wird zentral durch spezielle Nachsorgeassistentinnen vorgenommen. Langfristig soll überlegt werden, ob dieser Bereich mit den Reha-Assistentinnen zusammengeführt werden kann. Vor Entlassung prüft sie sämtliche Entlassungspapiere auf Vollständigkeit der Angaben. Der Entlassungsbrief wird allein durch den Arzt diktiert und durch den Schreibdienst fertiggestellt.

### 5.3.5 Bewertung

Das Projekt wurde von der hausinternen Projektgruppe sorgfältig geplant und begleitet. Die Praxis war aber über erste Ansätze noch nicht hinausgekommen, sodass größere Entlastungen für andere Mitarbeitergruppen noch nicht zu erwarten waren. Das gilt umso mehr, als eine Mitarbeiterin ersatzlos aus der Pflege abgezogen worden war, um als Reha-Assistentin zu arbeiten. Wie die Stellenbeschreibung zeigt, gehen die Planungen aber deutlich in eine Richtung, die zu einer starken Ausweitung der Aufgaben führen wird.

## 5.4 Klinik 4

Rehaklinik 4 behandelt jährlich über 7.000 Rehabilitanden in mehreren Fachabteilungen, darunter eine internistisch-rheumatologische für 60, eine orthopädische für 270 und eine neurologische für 70 Rehabilitanden. Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf Erkrankungen des gesamten Stütz- und Bewegungsapparates. Haupteigentümer ist eine regionale Rentenversicherung. Für die Rehabilitation stehen etwa 17 Ärzte, 36 Pflegekräfte und 72 Therapeuten (verschiedene Berufe) zur Verfügung. Die Klinik wird etwa je zur Hälfte von dergesetzlichen Renten- und Krankenversicherung belegt.

Seit Herbst 2008 arbeiten in der Klinik zwei Reha-Assistentinnen, zunächst auf einer neurologischen Station. In den Folgejahren wurden weitere Stellen geschaffen, zum Zeitpunkt der Untersuchung waren es insgesamt fünf, die in der Neurologie und Orthopädie tätig waren. Eine weitere war für die zweite Hälfte 2011 geplant.

Die erste Reha-Assistentin – eine der Interviewpartnerinnen aus dieser Klinik – war eine sehr erfahrene Medizinische Fachangestellte (Arzthelferin), die in über 20 Jahren auf mehreren Positionen in der Klinik gearbeitet hatte und daher mit allen Abläufen aus eigener Erfahrung sehr vertraut war. Sie konnte ohne große Einarbeitung, praktisch „aus dem Stand“, die neue Tätigkeit übernehmen. Danach hat sie alle weiteren Kolleginnen eingearbeitet. Dazu waren – je nach Vorkenntnissen und Fähigkeiten – mindestens 6 Wochen nötig. An der Einarbeitung beteiligten sich teilweise auch Ärzte, etwa durch Einbeziehung neuer Kolleginnen in Teambesprechungen und Visiten. Zum Untersuchungszeitpunkt arbeitete sie 30 Wochenstunden als Reha-Assistentin und weitere 8,5 Stunden als Sekretärin des Sozialen Dienstes.



Für das zweite Halbjahr 2011 hoffte sie, die volle Zeit als Reha-Assistentin arbeiten zu dürfen.

Die zweite interviewte Reha-Assistentin ist ebenfalls Medizinische Fachangestellte von Beruf. Sie verfügt zudem über eine Zusatzausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte. Sie ist ebenfalls schon „lange Jahre“ auf verschiedenen Positionen in der Klinik, u. a. im Schreibdienst, im Empfang, im EKG und als Arztsekretärin. Als Reha-Assistentin arbeitete sie seit etwa sechs Monaten auf einer vollen Stelle.

Die Reha-Assistentinnen sind dem Patientenmanagement unterstellt. Eine volle Stelle betreut etwa 55 Rehabilitanden. In Urlaubs- und Krankheitszeiten gehen Aufgaben teilweise wieder an Ärzte, Pflege oder den Schreibdienst zurück.

#### **5.4.1 Interviewte Personen**

Stationsärztin, zwei Jahre Erfahrung in der Reha. – Stationsleitung, weiblich, 11 Jahre Erfahrung in der Reha. – Reha-Assistentin, Arzthelferin, 25 Jahre Erfahrung in der Klinik in verschiedenen Positionen (Arztsekretärin, Sekretärin im Sozialdienst, Schreibdienst, Nachsorgebearbeiterin). – Die zweite Reha-Assistentin ist Arzthelferin, Zusatzausbildung Sozialversicherungsfachangestellte. Hatte mehrere Positionen in der Klinik (Rezeption, Information, Schreibdienst orthopädische Reha, EKG, Chefarztsekretariat), jedoch in den letzten Jahren nicht im Rehabereich.

#### **5.4.2 Aufnahme der Rehabilitanden**

##### **5.4.2.1 Gespräch mit der Reha-Assistentin**

Nach der administrativen Aufnahme werden die Rehabilitanden zu ihrem Zimmer geleitet. Ihren ersten Termin haben sie bei der Reha-Assistentin. Diese hat sich bereits vorher bei der Pflege informiert, welche Rehabilitanden anreisen, welchen Ärzten sie zugeordnet sind und wann die ärztliche Aufnahmeuntersuchung stattfinden soll. Dementsprechend plant sie ihre Termine. Die Rehabilitanden treffen etwa ab 10 Uhr ein.

Wie viele andere versendet auch diese Klinik einen so genannten Anamnesefragebogen, den die Rehabilitanden möglichst ausgefüllt zur Aufnahme mitbringen sollen. Dieser Bogen umfasst acht Seiten (zweiseitiger Auszugs. Seite 218f). Er ist genauso gegliedert wie der Entlassungsbericht der DRV, was die Übertragung der erhobenen Daten vereinfachen soll. Er befasst sich mit allen Aspekten der Anamnese, enthält ein Screening auf psychische Belastungen, fragt nach der Hausarztadresse, erhebt die Sozialanamnese, die berufliche und finanzielle Situation, Beratungswünsche und andere bedeutsame Fakten. Die Reha-Assistentin geht den Bogen gemeinsam mit dem Rehabilitanden durch, prüft auf richtiges

Verständnis, Plausibilität und Vollständigkeit und ergänzt die Angaben wo nötig. Dasselbe gilt für einen Bogen, in dem der Rehabilitand seine Rehaziele ankreuzt.

Wenn die Reha-Assistentin während des Gesprächs bemerkt, dass Unterlagen fehlen oder der Rehabilitand bestimmte Auskünfte nicht geben kann, fordert sie diese per Fax an, zum Beispiel beim Vorbehandler oder beim Hausarzt, so dass dem Arzt bei der Aufnahme alles Nötige vorliegt.

Das Gespräch dient auch dazu, dem Rehabilitanden einige nützliche Informationen zu geben. Sie betreffen die nächsten Schritte und Termine (vor allem den Termin zur Aufnahmeuntersuchung), wichtige organisatorische Regelungen usw.

Wenn der Rehabilitand gegangen ist, gibt die Reha-Assistentin alle erhobenen Informationen in das EDV-System ein. Sie schreibt dabei unmittelbar in das Dokument, das später den Entlassungsbericht darstellt. Sie verwendet dabei Textbausteine, in die sie Daten einfügt, teilweise formuliert sie auch Texte selbst.

Die Reha-Assistentin benötigt für Aufnahmegespräch und Dokumentation je nach Komplexität des Falles insgesamt 30 bis 45 Minuten, davon zwei Drittel im Kontakt mit dem Rehabilitanden.

#### **5.4.2.2 Ärztliche Aufnahmeuntersuchung**

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung findet am Anreisetag nach dem Gespräch mit der Reha-Assistentin statt. Dem Arzt liegen dabei elektronisch oder auf Papier alle Informationen vor, die die Reha-Assistentin erhoben hat. Der Arzt führt die üblichen klinischen Untersuchungen durch, er fokussiert die gegenwärtigen Beschwerden und das sozialmedizinische Problem und gibt an seinem PC Verordnungen von Therapien, Beratungen und die Rehaziele in das Therapieplanungsprogramm ein. Er diktiert den Aufnahmebefund. Dieses Diktat wird am folgenden Tag von der Reha-Assistentin geschrieben, so dass es dem Arzt bereits am zweiten Tag schriftlich wieder vorliegt.

#### **5.4.2.3 Aufnahme in der Pflege**

Nach der Arztaufnahme bearbeitet die Pflege die Patientenakte und bespricht einige Dinge im Detail mit dem Rehabilitanden. Die Pflege hat leider keinen Zugriff auf den Arztbrief und auf das, was die Reha-Assistentin hier schon eingetragen hat. Daher kommt es immer wieder zu gewissen Doppelbefragungen. Die Pflege hat aber den vervollständigten Anamnesefragebogen vorliegen, er ist teilweise mit zusätzlichen Anmerkungen der Reha-Assistentin versehen. Die Pflege kann Angaben daraus nutzen, zum Beispiel für den Barthel-Index oder für die Pflegeanamnese.

### **5.4.3 Verlauf der Reha**

#### **5.4.3.1 Aufgaben Reha-Assistentinnen**

Aus den Visiten oder anderen Patientenkontakten können sich Aufgaben für die Reha-Assistentinnen ergeben, zum Beispiel weitere Unterlagen anfordern, Informationen beschaffen, Formulare ausfüllen, Kopien anfertigen oder andere Büroarbeiten. Hierzu können Aufträge in ein Postfach der Reha-Assistentinnen oder in die Akte gegeben werden. Mithilfe eines Reitersystems kann an der Akte signalisiert werden, dass ein Auftrag vorliegt.

Die Reha-Assistentinnen werden von den Rehabilitanden häufig angesprochen und um Auskünfte gebeten. Auch von jungen Ärzten wird ihre Erfahrung im Umgang mit dem Rehasystem geschätzt und genutzt.

#### **5.4.3.2 Diagnostik, Assessments**

Die Reha-Assistentinnen ermitteln beim Aufnahmegespräch Größe und Gewicht. Sie erheben keine Vitalparameter, keine Scores, auch nicht den Barthel-Index. Sie nehmen kein Blut ab und führen keine technischen Untersuchungen wie zum Beispiel das EKG durch. Diese Prozesse der Diagnostik liegen in den Händen der Ärzte, der Pflege und der Therapeuten.

#### **5.4.3.3 Therapiepläne**

Die ärztlichen Verordnungen gelangen automatisch auf elektronischem Wege zu einer besonderen Abteilung, die daraus Therapiepläne erstellt. Die Pläne lassen sich an verschiedenen Stellen ausdrucken und verteilen. Die Reha-Assistentinnen haben hieran keinen Anteil.

#### **5.4.3.4 Rückmeldungen der Therapeuten und Berater**

Rückmeldungen erfolgen routinemäßig durch ein in das Therapieplanungsprogramm integriertes Meldewesen – daneben natürlich auch telefonisch oder in Besprechungen. Dabei haben die Reha-Assistentinnen keine Aufgaben.

### **5.4.4 Entlassung**

Im Zusammenhang mit der Entlassung haben die Reha-Assistentinnen vor allem zwei Aufgabenbereiche, nämlich Verlängerungen des Aufenthaltes und Nachsorge.

#### **5.4.4.1 Verlängerung**

Die verschiedenen Leistungsträger haben für ihre Versicherten die Möglichkeiten der Verlängerung und das zugehörige Formularwesen recht unterschiedlich gestaltet. Die Reha-Assistentinnen müssen die zutreffenden Formulare kennen und soweit wie möglich ausfüllen, so dass der Arzt in der Regel nur noch unterschreiben muss.

#### 5.4.4.2 Nachsorge

Ähnliches gilt für die von den Leistungsträgern gewährten nachgehenden Leistungen, im Allgemeinen als Nachsorge bezeichnet. Die Reha-Assistentinnen müssen die verschiedenen Regelungen kennen und die richtigen Formulare benutzen. Außerdem beraten sie die Rehabilitanden über den Sinn und die Möglichkeiten der Nachsorge. Aus so genannten Häuserlisten suchen sie den Rehabilitanden möglichst wohnortnahe Einrichtungen heraus, in denen die jeweiligen Nachsorgeaktivitäten möglich sind.

#### 5.4.5 Bewertung

In dieser Klinik sind Reha-Assistentinnen schon relativ lange im Einsatz. Ihr Arbeitsgebiet umfasst im Vergleich zu den anderen untersuchten Kliniken die meisten Aufgabenarten. Die Klinik profitiert besonders von der extrem langen Erfahrung der ersten Reha-Assistentin in der Klinik auf unterschiedlichen Positionen. Sie ist mit allen Abläufen, wichtigen Abteilungen und Personen bestens vertraut und dadurch auch imstande, ihre später eingesetzten Kolleginnen auszubilden.

Die Reha-Assistentinnen erheben sehr viele Informationen und schaffen es, sie so rechtzeitig in das EDV-System einzupflegen, dass alles dem Arzt bei der Aufnahme vorliegt. Besonders ökonomisch erscheint es ferner, dass die Entlassungsberichte nicht, wie sonst weit verbreitet, von einem zentralen Schreibdienst geschrieben werden, sondern von den Reha-Assistentinnen selbst. Dabei schreiben sie nicht nur vom Arzt diktierte, sondern auch selbst verfasste Passagen.

Möglichkeiten der Weiterentwicklung liegen vor allem darin, dass die Reha-Assistentinnen noch Routineaufgaben aus der Pflege übernehmen könnten, zum Beispiel die Erhebung von Vitalparametern.

\* \* \*

Soweit die Kliniken mit Reha-Assistentinnen. Wir kommen nun zu Einheiten mit anderen Organisationsmodellen.

### 5.5 Klinik 8<sup>5</sup>

Bei dieser untersuchten Einheit handelt es sich um einen Teilbereich der Klinik 4. Allerdings gibt es hier keine Reha-Assistentinnen. Zwei sehr erfahrene Rheumatologen betreuen ca. 60 Rehabilitanden. Die Hauptdiagnosen sind Rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans und

---

<sup>5</sup> Die Nummerierung der Kliniken ist willkürlich. Die Reihenfolge ihrer Beschreibung erfolgt nach inhaltlichen Gesichtspunkten.

Fibromyalgiesyndrom. Ein Schwergewicht der Behandlung liegt auf elaborierten Patientenschulungen. Die Rheumatologie nutzt alle Ressourcen der Klinik 4.

Viele Abläufe sind identisch oder ähnlich. Der Arzt übernimmt dabei alle Aufgaben, die herkömmlich eben dem Arzt zugeordnet sind: alle Teile der Anamnese, die klinische Untersuchung und Überprüfung der Einweisungsdiagnose, gegebenenfalls Anordnung weiterführender Diagnostik, medikamentöse Therapie, Aufstellen von Rehaplan und Rehazielen. Er hat auch einige Aufgaben übernommen, die in anderen Kliniken der Pflege zugeordnet sind, zum Beispiel Größe und Gewicht feststellen oder den Blutdruck messen. Organisatorische Aufgaben, die nicht eindeutig in den Bereich der Pflege oder des Arztes gehören, sind nach den persönlichen Vorlieben und der Durchsetzungsfähigkeit der Beteiligten eher unsystematisch verteilt.

Der interviewte Arzt äußerte sich skeptisch gegenüber der Einführung der Reha-Assistenz. Diese Einheit wurde in die Untersuchung aufgenommen, um einige gängige Vorbehalte gegenüber dem Assistenzmodell zu dokumentieren.

## 5.6 Klinik 7

Klinik 7 betreut gut 500 Rehabilitanden in den Fachabteilungen Psychosomatik, Neurologie, Geriatrie und Orthopädie. In der Orthopädie stehen knapp 200 Plätze für Rehabilitanden zur Verfügung. Die Klinik hat eine Reha-Assistentin in der Geriatrie. Ein Versuch in der Neurologie wurde wieder eingestellt. Dort konnten Anfangs- und Einarbeitungsprobleme nicht zufriedenstellend gelöst werden – vermutlich weil die ärztliche Leitung wechselte, als die Neuerung eingeführt, aber noch nicht fest etabliert war. Der orthopädische Chefarzt plant die Einführung einer Reha-Assistenz. Er erhofft sich dadurch eine verbesserte Ablauforganisation, kämpft aber noch mit einigen praktischen Schwierigkeiten. Diese Einheit wurde in die Untersuchung aufgenommen, um diese Hoffnungen und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Einführung der Reha-Assistentin zu demonstrieren.

Die gegenwärtigen Abläufe weisen keine nennenswerten Besonderheiten auf. Nach der verwaltungstechnischen Aufnahme werden die Rehabilitanden auf ihr Zimmer geführt, danach von der Pflege in Empfang genommen. Die Pflege erhebt und dokumentiert einige Informationen und Befunde und erstellt die so genannte Pflegeanamnese, danach kommt die ärztliche Aufnahmeuntersuchung. Es gibt eine Reihe von Informationen, die immer wieder erfragt oder notiert werden müssen.

Typisches Beispiel: Medikamente. Der Rehabilitand schreibt in ein Formular, welche Medikamente er nimmt. Gleichzeitig liegt ein Bericht vom vorbehandelnden Krankenhaus vor, der auch eine Medikamentenliste enthält. Die beiden Listen stimmen nicht überein. Der Arzt

muss klären, welche Angaben aktuell und korrekt sind. Seine Erkenntnisse trägt er in einen Verordnungsbogen ein, eine Pflegekraft überträgt dies wiederum in einen „Tagesbogen“, am Ende diktiert der Arzt noch einmal alles, und eine Schreibkraft schreibt es.

Abläufe wie diese lassen den Chefarzt über die Einführung einer Reha-Assistentin nachdenken. Zusätzlicher Antrieb erwächst aus der geplanten Einführung eines neuen EDV-Krankenhausinformationssystems. Im Zuge dieser Einführung müssen ohnehin viele Abläufe neu überdacht werden.

### **5.7 Klinik 5 (Stationssekretärin)**

Klinik 5 hat Platz für etwa 90 Rehabilitanden, jeweils etwa zur Hälfte Versicherte der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Die Klinik ist spezialisiert auf Herzkreislauferkrankungen. Sieben Ärzte und 2,5 Bewegungstherapeuten bemühen sich um die Rehabilitanden. Dazu kommen je ein Sozialarbeiter und ein Psychologe, der durch eine Honorarkraft ergänzt wird.

Die Klinik beschäftigt keine Reha-Assistentinnen. Es gibt jedoch die Funktion einer Stationssekretärin. Ihr Aufgabengebiet weist gewisse Ähnlichkeiten auf, jedoch auch einen gravierenden Unterschied: Sie hat keinerlei Kontakt mit Rehabilitanden.

Die Stelleninhaberin ist von der Berufsausbildung her Einzelhandelskauffrau. Sie hat keine medizinische Aus- oder Fortbildung. Zur Einarbeitung wurde sie in die Bearbeitung der Patientenakten eingewiesen. Mit den Abläufen in der Klinik ist sie durch zehnjährige Tätigkeit an der Rezeption sehr vertraut. Diese Position musste sie aus gesundheitlichen Gründen aufgeben. Ihr wurde dann ein buntes Potpourri von Tätigkeiten übertragen. Die Zusammenstellung Ihres Aufgabengebiets orientierte sich dabei mehr an ihren persönlichen Fähigkeiten als an Abteilungsgrenzen oder Prozessen. Sie ist für drei Stationen zuständig, erledigt Büroarbeiten für Ärzte und Pflege, ist für das Archiv der Patientenakten zuständig, übernimmt Urlaubsvertretungen in der Therapieplanung und ist der Verwaltung unterstellt. Für sie selbst gibt es keine Urlaubsvertretung. Weniger dringende Arbeiten bleiben liegen, dringende Arbeiten übernehmen die Pflege oder andere.

#### **5.7.1 Interviewte Personen**

Stationsärztin, 2 Jahre Reha-Erfahrung, strebt Facharzt für Allgemeinmedizin an, möchte aber wahrscheinlich in der Reha bleiben. – Pflegekraft ohne Leitungsfunktion, weiblich. 15 Jahre Erfahrung in der Rehaklinik. – Stationssekretärin Einzelhandelskauffrau, 15 Jahre in der Klinik, vorher an der Rezeption.

## **5.7.2 Aufnahme der Rehabilitanden**

### **5.7.2.1 Aufnahmeabteilung**

Der Rehabilitand begibt sich zuerst in die Aufnahmeabteilung. Dort erfolgt wie üblich die administrative Aufnahme. Die Aufnahmeabteilung händigt auch einen Fragebogen zum Screening auf psychische Belastungen aus (HADS), den der Rehabilitand ausgefüllt zur ärztlichen Aufnahmeuntersuchung mitbringen soll. Sie prüft ferner die Vollständigkeit von Unterlagen, insbesondere ob ein Bericht des Vorbehandlers vorliegt, ein Medikamentenplan vom Hausarzt u. a. m. Falls nicht, wird die so genannte Stationssekretärin benachrichtigt, die ihn per Fax anfordert, so dass der Arzt bei seiner Aufnahmeuntersuchung über den Inhalt dieses Dokuments orientiert ist.

### **5.7.2.2 Stationssekretärin**

Die Stationssekretärin bemüht sich um fehlende Unterlagen. Wenn Rehabilitanden schon einmal in der Klinik waren, stellt sie die frühere Akte zur Verfügung.

### **5.7.2.3 Aufnahme auf der Station**

Die Pflege begrüßt die Rehabilitanden auf der Station, gibt die üblichen Informationen über wichtige Orte und Abläufe, führt die Pflegeanamnese durch und weist den Rehabilitanden in sein Zimmer ein. An der Pflegeanamnese sind auch gelegentlich Zivildienstleistende beteiligt.

### **5.7.2.4 EKG**

Für alle Rehabilitanden wird routinemäßig ein EKG geschrieben, das dem Arzt bei seiner Aufnahmeuntersuchung vorliegt. An diesem Vorgang ist die Stationssekretärin nicht beteiligt.

### **5.7.2.5 Aufnahme durch den Arzt**

Der Arzt erhebt die gesamte Anamnese selbst. Ausnahme: Ist die Sozialanamnese kompliziert und langwierig, wird sie vom Sozialdienst übernommen. Er führt eine klinische Untersuchung durch und ordnet weitere Diagnostik an. Er legt mit dem Rehabilitanden die Rehaziele fest und dokumentiert sie auf einem besonderen Formular. In einem speziellen Heft kreuzt er seine therapeutischen Verordnungen an.

## **5.7.3 Verlauf der Reha**

### **5.7.3.1 Diagnostik, Assessments**

Weitere Diagnostik (wie zum Beispiel Belastungs-EKG oder Lungenfunktion) wird im Verlauf der Reha durchgeführt. Dabei hat die Stationssekretärin keine Aufgaben.

### **5.7.3.2 Therapieplan**

Der Arzt kreuzt während der Aufnahme in einem besonderen Heft Verordnungen an. Daraus erstellt die Abteilung Therapieplanung den Plan für die Gruppentherapien und Patientenschulungen. Sie werden in eine Art Stundenplan eingestempelt. Danach planen die Therapeuten Einzelbehandlungen. Der Plan wird in ein Postfach gelegt und dort vom Rehabilitanden abgeholt.

Die Stationssekretärin ist an diesem Prozess insofern beteiligt, als sie in der Therapieplanung die Urlaubsvertretung übernimmt.

### **5.7.3.3 Tätigkeiten der Stationssekretärin im Verlauf der Reha**

Die Stationssekretärin erledigt eine Fülle verschiedener Aufgaben. Hierzu zählen: Arbeiten in der Pflege (Befunde in Patientenakten abheften, Ausheften von Akten von Entlassenen, Vorbereitung von Patientendispensern, Unterlagen herausgeben für Abreisende), Besorgen von Unterlagen, Logistik (zum Beispiel für Druckerpapier sorgen), Pflege des Archivs, Aufräumen im Arztzimmer. Mitarbeiter von drei Stationen können ihr solche und ähnliche Aufträge über ein Postfach zukommen lassen oder sie über ein schnurloses Telefonsystem erreichen.

### **5.7.3.4 Rückmeldungen der Therapeuten und Berater**

Es gibt wöchentliche Stationsbesprechungen und schriftliche Rückmeldungen per Hauspost. Sie erreichen oft erst nach dem Abschlussgespräch oder nach Abreise des Rehabilitanden den Adressaten. Das nachträgliche Vervollständigen der Patientenakte gehört mit zu den Aufgaben der Stationssekretärin.

## **5.7.4 Entlassung**

### **5.7.4.1 Verlängerungen**

Die Formalitäten, die bei einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes anfallen, erledigt die Aufnahmeabteilung.

### **5.7.4.2 Abschlussgespräch**

Die Stationssekretärin bereitet die Patientenakte für das Abschlussgespräch mit dem Arzt vor. Dazu bestückt sie die Akte mit den jeweils zutreffenden Formularen: Nachsorgeformulare je nach Kostenträger, Zielefragebogen mit Zielerreichungsskala sowie das Formular Erklärung zum ärztlichen Entlassungsbericht. Sie bereitet das Blatt 1 des Entlassungsberichts für die Rentenversicherung mit einigen Eintragungen vor (ICD-Nrn., Größe u. a.). Der Arzt führt das Abschlussgespräch durch und füllt dabei das Nachsorgeformular aus. Außerdem übergibt er dem Rehabilitanden einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit.



### **5.7.4.3 Nachsorge**

Der Rehabilitand geht mit dem vom Arzt ausgefüllten Nachsorgeformular in das Schreibbüro. Dort wird für ihn aus einer Liste eine geeignete Einrichtung in Wohnortnähe herausgesucht.

### **5.7.4.4 Entlassungsbericht**

Der Arzt diktiert den Entlassungsbericht, das Schreibbüro schreibt ihn und gibt ihn an die Rezeption. Die Rezeption fertigt die nötigen Kopien an. Sie gehen zum Unterschreiben an Arzt, Oberarzt und Chefarzt und dann an die Stationssekretärin. Die Stationssekretärin sortiert die Kopien für die verschiedenen Empfänger – Leistungsträger, Hausarzt, eigenes Archiv – und versendet sie.

### **5.7.5 Bewertung**

Die Stationssekretärin leistet wertvolle Dienste – gleichsam als „Mädchen für alles“. Allerdings wirkt die Aufgabenverteilung bei den verschiedenen Teilprozessen nicht wirklich stringent geplant, sondern ein wenig zufällig. Zudem ist die EDV-Ausstattung für eine schnelle und effektive Kommunikation und Dokumentenlenkung nicht ausreichend. Manche Informationen müssen geschrieben, dann diktiert und dann nochmal geschrieben werden. Alle Inhalte des Entlassungsbriefes, also auch zum Beispiel Befunde, müssen diktiert und geschrieben werden. Entlassungsbriefe haben teilweise sehr lange Laufzeiten. Manche Arbeiten, die die Stationssekretärin ausführt, würden bei besserer Organisation und Ausstattung gar nicht anfallen. Das Fehlen einer medizinischen Ausbildung setzt dem Einsatzgebiet Grenzen, zum Beispiel bei der Vorbereitung der Aufnahmeuntersuchung oder beim Einholen medizinischer Informationen vom Hausarzt. Die Stationssekretärin kann überwiegend nur solche Informationen beschaffen oder weitergeben, die bereits schriftlich vorliegen. Wichtige Informationen zu erheben, die durch Befragung der Rehabilitanden gewonnen werden könnten, bleibt ihr versagt.

## **5.8 Klinik 6(Arztzentren)**

In der Klinik betreuen etwa 200 Mitarbeiter knapp 5.000 überwiegend orthopädische und kardiologische Rehabilitanden pro Jahr. Es handelt sich um einen Regiebetrieb der Rentenversicherung mit den üblichen Stellenschlüsseln. Als organisatorische Besonderheit haben sich hier im orthopädischen Bereich zwei so genannte Arztzentren gebildet. Eines behandelt vor allem Rehabilitanden mit Gelenk- und Wirbelsäulenproblemen, das andere ist verhaltensmedizinisch ausgerichtet und auf chronifizierte Schmerzen spezialisiert. Ein Arztzentrum besteht aus einem Arzt (in der verhaltensmedizinischen Orthopädie zwei Ärzte auf 1,5 Stellen), einer Pflegekraft und einer Sekretärin. Die Mitarbeiter haben sich freiwillig für diese Arbeitsorganisation entschieden und konnten in der Entstehungsphase der Zentren viele der Abläufe selbst festlegen oder beeinflussen. Das Arztzentrum betreut ca. 40 Rehabilitanden.

Die Pflegekräfte sind examinierte Krankenschwestern mit weiteren Qualifikationen, zum Beispiel als „Pain Nurse“. Die Sekretärin ist eine Schreibkraft.

Die Arbeit der Pflegekraft im Arztzentrum ähnelt sehr der einer Reha-Assistentin. Ein Hauptunterschied liegt darin, dass sie keine Schreibarbeiten erledigt – dafür gibt es extra die Sekretärin. Die Einarbeitung in die Aufgaben erfolgte „on the job“. Dies wurde dadurch erleichtert, dass alle Beteiligten schon lange Jahre Berufserfahrung in der Klinik aufzuweisen hatten.

#### **5.8.1 Interviewte Personen**

Oberarzt, Facharzt für Rehabilitative Medizin, über 20 Jahre Berufserfahrung in derselben Klinik.– Gesundheits- und Krankenpflegerin im Arztzentrum 1, 25 Jahre Berufserfahrung, Zusatzausbildung Pain Nurse.– Zweite Gesundheits- und Krankenpflegerin, Zusatzausbildung algesiologische Fachassistenz, 20 Jahre in der Klinik in allen Fachabteilungen. – Sekretärin, Schreibkraft, 23 Jahre in der Klinik.

#### **5.8.2 Aufnahme der Rehabilitanden**

##### **5.8.2.1 Gespräch mit der Pflegekraft im Arztzentrum**

Die Rehabilitanden reisen in der Regel bis 10 Uhr vormittags an, bei weiten Anreisen auch bis 14 Uhr. Nach der administrativen Aufnahme gelangen die Rehabilitanden auf ihre zuständige Station. An Tagen mit besonders vielen Anreisen reagieren die Mitarbeiter selbstständig mit flexiblen Arbeitszeiten. Die Station meldet dann der Pflegekraft im Arztzentrum, dass der Rehabilitand eingetroffen ist. Sie erhält auch die Patientenakte, in die sie – entsprechend der Krankheit – ein bestimmtes Therapieverordnungsformular einlegt, das der Arzt später ausfüllen wird. Die neu eingetroffenen Rehabilitanden bekommen dann bei ihr einen Termin für das Aufnahmegespräch. Im Aufnahmegespräch werden sie über die Abläufe des Aufnahmetages und des Folgetages informiert. Dazu händigt die Pflegekraft ihnen auch ein Informationsblatt aus.

Außerdem geht die Pflegekraft im Arztzentrum mit dem Rehabilitanden einen zwanzigseitigen Fragebogen durch, den der Rehabilitand vor Aufnahme nach Hause geschickt bekommen hatte (zweiseitiger Auszug s. Seite 220). Er beinhaltet die üblichen Fragen zur Vorgeschichte, zu den jetzigen Beschwerden, den aktuellen Therapien, der sozialen Situation, die Berufstätigkeit und die persönlichen Rehazielen. Die Pflegekraft prüft die Angaben auf Aktualität, Plausibilität und ergänzt, was fehlt. Sie bespricht auch, welche Rehazielen wohl realistisch sein könnten, und einigt sich mit dem Rehabilitanden auf bestimmte Ziele. Parallel führt sie die Pflegeanamnese durch. Sie wiegt den Rehabilitanden, misst den Blutdruck und zeigt den Rehabilitanden, wie sie künftig den Blutdruck selbst messen können.

Einen Teil der erhobenen Daten überträgt die Pflegekraft in das so genannte Stammbblatt in der Akte. Den von ihr ergänzten oder berichtigten Fragebogen leitet sie weiter an die Sekretärin des Arztzentrums, die ihn EDV-mäßig erfasst. Sie sieht weitere Unterlagen, die der Rehabilitand eventuell mitgebracht hat, durch und markiert Stellen, die für den Arzt besonders wichtig sein könnten.

Für das Aufnahmegespräch veranschlagt die Pflegekraft in der Orthopädie in der Regel 20 bis 30 Minuten, in seltenen Fällen bis zu einer Stunde, in der verhaltensmedizinisch orientierten Reha 30 bis 45 Minuten. Die Tätigkeiten, die in anderen Kliniken (zum Beispiel S. 34) von Pflegekräften auf der Station durchgeführt werden, sind durch die Schwester im Arztzentrum schon miterledigt.

### **5.8.2.2 Ärztliche Aufnahme**

Der Arzt sichtet alle zuvor erhobenen Informationen am PC, auf Wunsch auch ausgedruckt auf Papier. Er kann sich bei seiner Aufnahme auf die körperliche Untersuchung und die aktuellen Beschwerden konzentrieren. Er bespricht die Therapien. Das Vorgehen entspricht weitgehend dem in Klinik 4 (vgl. S.34).

### **5.8.3 Verlauf der Reha**

#### **5.8.3.1 Aufgaben der Schwester im Arztzentrum**

Im Verlauf der Reha hat die Schwester im Arztzentrum kaum Aufgaben. Sie steht den Rehabilitanden als Ansprechpartnerin zur Verfügung, ihre Anwesenheitszeiten sind im ausgeteilten Infoblatt verzeichnet. Sie plant im Therapieplanungsprogramm die Visitenzeiten ein (die Visite findet in dieser Klinik im Arztzimmer statt). Bei der Planung der Visitenzeiten berücksichtigt sie, ob noch Befunde ausstehen, und setzt die Visite erst an, wenn die Befunde eingetroffen sind. Sie erledigt einige organisatorische Arbeiten, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Durchführung spezieller Diagnostik. Gelegentlich fördert sie Röntgenbefunde von Vorbehandlern an.

#### **5.8.3.2 Diagnostik, Assessments**

Zusätzliche Diagnostik im Verlauf der Reha wird vom Arzt angeordnet und von den Mitarbeiterinnen im Arztzentrum organisatorisch umgesetzt. Anforderungsformulare werden teilweise auch von ihnen „i.A.“ unterschrieben. Der Arzt ist von allen organisatorischen und bürokratischen Arbeiten befreit.

#### **5.8.3.3 Therapieplan**

Die Schwester im Arztzentrum erkennt in der Aufnahmesituation im Allgemeinen, welcher Standardtherapieplan für den jeweiligen Rehabilitanden angemessen ist. Sie kreuzt auf dem

zugehörigen Formular die Standardtherapie an. Dieses Formular wird vom Arzt wo nötig ergänzt oder verändert. Eine besondere Abteilung erstellt daraus den Therapieplan.

#### **5.8.3.4 Rückmeldungen der Therapeuten und Berater**

Zum Therapieplan, den die Rehabilitanden stets mit sich führen, gehört auch ein Rückmeldeformular. Hier tragen die Therapeuten Bemerkungen ein, die der Arzt dann bei der Visite einsehen kann. Sehr selten erfolgt auch eine elektronische Rückmeldung (E-Mail).

#### **5.8.4 Entlassung**

##### **5.8.4.1 Abschlussgespräch**

Die Schwester terminiert die Abschlussuntersuchung und bereitet die Akte vor, zum Beispiel KTL-Liste, Entlassungsmitteilung, Verteilung von Abschlussfragebögen.

##### **5.8.4.2 Nachsorge**

Der Arzt stellt den Rehabilitanden die Nachsorgemöglichkeit vor, die er jeweils für günstig hält. Er kann sich dabei auf inhaltliche Fragen konzentrieren. Die organisatorische Seite – entsprechende Formulare ausdrucken und ausfüllen, geeignete Lokalitäten herausfinden – erledigt die Schreibkraft des Arztzentrums.

##### **5.8.5 Entlassungsbericht**

Alles, was während der Aufnahme und Laufe der Reha an relevanten Informationen erhoben wurde, liegt beim Abschlussgespräch schon in der Form des Entlassungsberichtsvor. Der Arzt geht all diese Informationen noch einmal mit dem Rehabilitanden durch und ergänzt wo nötig handschriftlich. Er muss dann nur noch diese handschriftlichen Ergänzungen diktieren. Das Diktat wird dann von der Schreibkraft im Arztzentrum geschrieben. Der Entlassungsbericht ist so rechtzeitig fertig, dass er dem Rehabilitanden bei Entlassung mitgegeben werden kann.

##### **5.8.6 Bewertung**

Das Arztzentrumsmodell entlastet den Arzt besonders stark. Das hat allerdings seinen Preis: Hierfür sind zwei Personen nötig. Damit sind natürlich auch Risiken verbunden: Eine Schnittstelle mehr bedeutet möglicherweise mehr Organisationsaufwand. Es ergeben sich häufiger Vertretungssituationen. An die Fähigkeit zur Teamarbeit werden höhere Ansprüche gestellt.

Wie die Äußerungen der Beteiligten zeigen werden, funktioniert das Modell sehr gut. Dabei ist allerdings zu bedenken: Die jetzigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind hochmotivierte Pioniere, die sich freiwillig für die Arbeit in dieser Organisationsform entschieden haben. Sie hatten viel Freiraum und haben sich die Arbeit so organisiert, wie es zu ihren Vorlieben und

Fähigkeiten passt. Es bleibt abzuwarten, ob die Vorteile bei einer Ausdehnung auf alle Bereiche erhalten bleiben.

## 6 Die Arbeit der Assistenzkräfte

In diesem Teil wird zunächst dargestellt, welche Aufgaben von Reha-Assistentinnen und anderen Assistenzkräften übernommen wurden. Danach geht es um folgende Fragen:

- Sind die Reha-Assistentinnen diesen Aufgaben gewachsen?
- Führt der Einsatz von Reha-Assistentinnen zu einer Entlastung der anderen Berufe?
- Werden die Reha-Assistentinnen von ihren Mitarbeitern akzeptiert?
- Werden die Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert?
- Sind die Mitarbeiter und Rehabilitanden mit dem Organisationsmodell zufrieden?
- Welche Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten ergaben sich?

Ähnliche Fragen werden auch für die anderen Assistenzkräfte bearbeitet, jedoch in eigenen Abschnitten (S. 94 ff).

### 6.1 Welche Arbeiten wurden übernommen?

Die interviewten Reha-Assistentinnen nahmen eine Vielzahl verschiedener Aufgaben wahr, insgesamt – je nach Zählweise – etwa dreißig. Die Aufgabenzusammenstellung variierte jedoch von Klinik zu Klinik deutlich. Keine einzige Aufgabe wurde gleichmäßig in allen Kliniken von Reha-Assistentinnen übernommen. Pro Klinik kamen sechs bis dreizehn Aufgaben zusammen. Mit den beiden Kliniken, die zwar keine Reha-Assistentinnen beschäftigten, aber mit der Stationssekretärin und dem Arztzentrum andere Formen der Arztentlastung gefunden hatten, gab es teilweise Überschneidungen, zusätzlich wurden hier einige Aufgaben übernommen, die keine Reha-Assistentin ausführte, zum Beispiel die Pflege des Archivs der Patientenakten.

Klinik	Zeitaufwand pro Rehabilitand in Minuten nach eigenen Angaben	Anzahl zu betreuender Rehabilitanden pro ganzer Stelle
1	20	80
2	20	40
3	10	67
4	30	55
5	-	90
6	20 – 30	40

Tabelle 3: Ressourceneinsatz der Assistenzkräfte.

Ein begrenzender Faktor für die Aufgabenübertragung lag in der Anzahl der zu betreuenden Rehabilitanden und in der zur Verfügung stehenden Zeit. Je mehr Aufgaben übernommen wurden, desto mehr Zeit stand den Assistenzkräften auch zur Verfügung.

Die Variation in der Aufgabenübertragung hing zum Teil mit der Ausbildung der Assistenzkräfte zusammen. Je

höher die medizinische Qualifikation, desto mehr Arbeiten wurden übernommen, die traditionell in der Pflege angesiedelt sind. Bei fehlender medizinischer Qualifikation reduziert sich die Tätigkeit eher auf Büroarbeiten, Organisation und Schreibarbeiten. Anders formuliert: Die

(in alter Terminologie) examinierte Krankenschwester tippt nicht, die Schreibkraft hat keinen Patientenkontakt. Die Arzthelferinnen stehen dazwischen, ihr Aufgabenbereich ist am vielfältigsten. Die Einzelheiten kann man der folgenden Tabelle 4 entnehmen.

		Kliniken mit Reha-Assistentinnen				mit andersartigen Hilfskräften	
		Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6
<b>Aufnahme</b>	Unterlagen sichten, prüfen			x	x	x	x
	Zimmerbelegung organisieren			x			
	Informieren über erste Schritte		x	x	x		x
<b>Anamnese</b>	Fragebogen durchgehen	x	x		x		x
	nur Medikamente und Allergien erfragen			x			
<b>Rehaziele</b>	Ziele-Fragebogen ausgeben			x			
	Ziele erfassen	x	x		x		
	Ziele vereinbaren						x
<b>Befunde erheben</b>	Größe, Gewicht			x	x		x
	Blutdruck, Puls			x			x
	EKGs schreiben		x				
	Blutentnahme	x	x				
<b>Patientenakte</b>	vorbereiten, bearbeiten		x			x	x
	Visiten ausarbeiten		x				
	Standardtherapie anlegen						x
<b>Pflegearbeiten</b>							
	Pat.-Schulung: Blutdruck selbst messen						x
	Pflegeanamnese						x
	Medikamente bestellen		x				
	Medikamente stellen		x				
	Visiten terminieren			x			x
<b>Nachsorge</b>							
	Besprechen, Informieren, Adressen suchen, Formulare ausfüllen	x	x		x		
<b>Dokumentation</b>							
	Vorläufigen E-Bericht schreiben	x					
	Entlassungsbericht schreiben				x		
	Diktieren des Aufnahmegesprächs	x					
	Handschriftliche Dokumentation des Aufnahmegesprächs		x				
	Eingaben in EDV: Diagnose, Rehaziele, Verordnungen		x				
	Eingaben in Entlassungsbericht				x		
<b>Sekretariatsaufgaben</b>							
	Infos aller Art einholen		x	x	x	x	x
	Formulare, Kopien, Büroarbeiten				x	x	
	Ansprechpartner, Auskünfte				x		x
	Formulare für Verlängerungen vorbereiten				x		
	Logistik, Bestellungen, zum Beispiel Papier					x	
	Archiv					x	
	Versenden des Entlassungsberichts					x	
<b>Team</b>	Teilnahme an Besprechungen			x			

Tabelle 4: Aufgaben von Reha-Assistentinnen und anderen Assistenzkräften in sechs Rehakliniken. Ausbildungen: (1) je eine Arzt- und Zahnarzthelferin (2) 2 Arzthelferinnen (3) je eine Krankenschwester und Bürokauffrau (4) zwei Arzthelferinnen (5) Einzelhandelskauffrau (6) Krankenschwester

## 6.2 Sind die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen?

Die Reha-Assistentinnen haben also eine ganze Reihe von Aufgaben übernommen. Aber sind sie diesen Aufgaben auch gewachsen? In der Vorgängerstudie (Höder, 2012) äußerten Befragte aus allen Berufen vor der Einführung der Reha-Assistentin einige Zweifel daran. Wie sieht es nun aus, nachdem erste praktische Erfahrungen vorliegen? Zunächst kommen die Reha-Assistentinnen selbst zu Wort, dann die beteiligten Ärzte und Pflegekräfte. Den Abschluss bilden einige Gruppen von Rehabilitanden.– Erfahrungen der Beteiligten aus den Kliniken ohne Reha-Assistenz werden in Abschnitt 7, Seite 87 ff behandelt.

### 6.2.1 Aus eigener Sicht

Die befragten Reha-Assistentinnen waren überzeugt, nach Überwindung gewisser Anfangsschwierigkeiten ihren Aufgaben gut gerecht zu werden. Die entsprechenden Äußerungen finden sich auf Seite 119 ff. Ein Beispiel aus Klinik 1 (A1 und A2 sind die Antworten der beiden gleichzeitig interviewten Reha-Assistentinnen, F kennzeichnet die Fragen des Interviewers; übrige Abkürzungen s. Seite 19):

**A1:** Also die zwei Monate da, denke ich, waren schon okay für die Einarbeitung. Bei den zwei Wochen...

**A2:** Ja, doch, also ich denk, das war schon ausreichend, so das Hauptwissen, sag ich jetzt mal so, nicht?

**F:** Das heißt, Sie fühlten sich der Aufgabe dann auch gewachsen, als es dann richtig losging?

**A1:** Ja, doch. (K1RA(2)21–24, Seite 119)

Ein anderes Beispiel aus Klinik 2:

**F:** Aber, dass Sie selbst eine Aufgabe zu schwierig finden, das gibt es eigentlich nicht?! Also zum Beispiel das Blutabnehmen oder was auch immer, das fällt nicht schwer oder braucht lange?

**A1:** Also, dass es mal stressig ist, ja. Aber das man jetzt generell sagt, zu schwer, nein. Das sind ja auch Sachen, die man einfach gelernt hat. Sag ich jetzt mal so.

**F:** Also, inhaltlich fühlen Sie sich den Aufgaben voll gewachsen?

**A2:** Ja.

**A1:** Ja. Inhaltlich schon, auf jeden Fall. (K2RA(2)95–100, Seite 119)

In Klinik 4 war es üblich, dass Reha-Assistentinnen selbst Teile des Arztbriefes formulieren. Auch diese recht anspruchsvolle Aufgabe wurde gemeistert:

**F:** Aber vieles, was Sie selbst jetzt so erfragen, die Arbeitsanamnese und so etwas, das schreiben Sie ja dann in Ihren eigenen Worten?



**A:** Das schreiben wir in unseren – ja, ja. Wenn man schon so viel geschrieben hat, dann – man weiß auch, wie man sich dann auszudrücken hat.

**F:** Die Frau [Name einer Ärztin] sagte, die Reha-Assistentinnen können es besser formulieren als sie selbst!?

**A:** Ja, das hat man so – macht man ja auch ein paar Mal am Tag – und ja, das hat man schon drauf. (K4RA2 68–71, Seite 121; siehe auch die entsprechende Arztäußerung K4A 132–141 auf Seite 124.)

Wurde diese positive Selbsteinschätzung von den beteiligten Ärzten geteilt? Darum geht es im nächsten Abschnitt.

### 6.2.2 Aus Sicht der Ärzte

Auch nach der Erfahrung der Ärzte waren die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen (s. Seite 121 ff). Eine Assistenzärztin aus Klinik 1 äußerte sich so:

**F:** Gibt es irgendetwas aus Ihrer Sicht, was die Reha-Assistentinnen noch nicht gut machen?

**A:** Hm – fällt mir so nichts ein, weil sie es wirklich sehr, sehr ausführlich machen und auch sehr zügig. Also die Informationen stehen zügig zur Verfügung, die Rehabilitanden sind schnell informiert, und ich hab auch da von denen positive Rückmeldungen, weil sie sagen, sie finden es gut, dass einfach verschiedene Leute sich um einzelne Sachen kümmern. Also, das finde ich schon positiv. (K1A 18–19, Seite 121)

Schwierigkeiten gab es, wenn überhaupt, am Anfang. Eine Ärztin aus Klinik 4:

Das gibt immer so Sachen. Wenn jemand [eine Reha-Assistentin] noch nicht so lange dabei ist, dann guckt er natürlich nicht nach allem. Und wir haben hier ja auch manchmal Sachen, dass die Berufsanamnese zu dünn war, und dann haben wir halt untereinander besprochen, Mensch, wir wollen das ein bisschen detaillierter haben, das und das fehlt, und dann ist es auch o.k. (K4A 25, Seite 123)

Auch bei Aufgaben, die als schwieriger gelten, gab es kaum Probleme – jedenfalls keine, die ein Arzt an Stelle der Reha-Assistentin nicht ebenso gehabt hätte. Das führte eine Ärztin aus Klinik 2 aus:

**F:** Aber, zum Beispiel, kriegen sie heraus, welche Medikamente die Patienten nehmen?

**A:** Ja.

**F:** Das schaffen sie?

**A:** Ja, natürlich. Natürlich. Das ist auch so, dass die aufgeschrieben werden, wie gesagt. Und da sind wir ja noch, wie lange machen wir das jetzt? Seit 1.9., also noch nicht so lange. Wie gesagt, wir dabei sind, das zu optimieren, aber doch. Am Anfang, würde ich sagen, musste sich das einspielen. Aber sonst kann ich nicht sagen, dass wir von den Dingen, die sie machen, dass sie da überfordert sind oder nicht machen konnten. Das würde ich anders sehen.

Das würde ich eher sehen, dass sie das auch können. Und auch mit den Medikamenten. Im Zweifelsfall muss man dann eh Rücksprache halten. Das Problem hätten wir ja genau so, dass Patienten irgendwas im Koffer lassen oder Ihnen nicht sagen oder ihnen drei Tage später einfällt, dass sie doch noch die oder die Medikamente nehmen. Und das ist dann, denke ich, auch gleich, also würden wir, in manchen Fällen, denke ich, auch nicht mehr rausbekommen. Das ist die Frage, wie viel Zeit man sich dann eben lässt. (K2A 44–47, Seite 122)

### 6.2.3 Aus Sicht der Pflege

Aus der Pflege gab es relativ wenige Äußerungen zur Kompetenz der Reha-Assistentinnen (ab Seite 124). Sie wurde nicht geleugnet, aber auch nicht besonders betont. Dies mag daran liegen, dass die Reha-Assistenz ja in erster Linie als Arzt-Assistenz geplant war und Ärzte die Kompetenzen daher besser beurteilen konnten.

Eine Pflegekraft, die an der Einführung der Reha-Assistenz beteiligt war, schilderte einen ganz pragmatischen und erfolgreichen Ansatz:

**F:** Mussten Sie die Aufgabenliste sozusagen noch mal revidieren? Gab es da dann irgendwas, was sie dann doch nicht so hinkriegten oder sind die allen Aufgaben gewachsen von vornherein?

**A:** Wir sind nicht mit allen Aufgaben angefangen. Wir haben uns einfach überlegt, was könnten die machen. Und dann sind wir langsam angefangen. Erst das eine, und wenn das saß, das andere dazu. Und so haben wir das langsam aufgebaut. (K2P 42–43, Seite 125)

Eine andere Pflegekraft hob die unterschiedliche Kompetenz verschiedener Reha-Assistentinnen hervor. Sie hing vor allem mit Lebenserfahrung und Alter zusammen:

**A:** Und das muss man können. Man muss eine bestimmte Kompetenz haben, nämlich vor allen Dingen in der Kommunikation, in Gesprächsführung. Und das haben so einige Junge noch nicht, können sie auch noch nicht. (K4P 85, Seite 125)

Der Pflegedienstleiter der Klinik 1 stellte noch einmal die Erhebung der Medikation grundsätzlich in Frage (obwohl es in der Praxis damit keine Probleme gab):

**A:** Die Reha-Assistentin nimmt die bisherige Medikation auf, überführt sie dann in die Krankenakte. Gegebenenfalls sucht sie ein Ersatz-, Äquivalenzpräparat aus unserer Standardliste heraus und schreibt das da rein, und der Doktor hakt das ab. Und da sehe ich doch gewisse Fehlermöglichkeiten. Zumal dieser Vorgang in der, in der Arbeitsbeschreibung so explizit nicht beschrieben ist. Also ich glaube, er kann sie gar nicht ermächtigen, das zu tun, glaube ich.

**F:** Gab es denn Probleme, tatsächlich? Sind Ihnen da Probleme bekannt geworden?

**A:** Nein, es widerspricht nur der hier im Hause geltenden Regelung. (K1PDL 11–13, Seite 124)

#### 6.2.4 Aus Sicht der Rehabilitanden

Die Rehabilitanden äußerten keinerlei Zweifel an der Kompetenz der Reha-Assistentinnen (s. Seite 126 ff). Dies lag teilweise an einem naiven Grundvertrauen:

**F:** Hat sie auch nach Ihren Medikamenten gefragt?

**Verschiedene:** Ja.

**F:** Und das aufgeschrieben, was Sie ...

**Verschiedene:** Ja.

**A:** Was man wann nimmt und wie viel.

**F:** Und haben Sie da Vertrauen, dass sie das richtig macht?

**A:** Durchaus. Also ich gehe mal davon aus, wenn ich an eine Stelle so wie hier herkomme, dass die Leute kompetent sind (allgemeines Gelächter). Das setz ich einfach voraus, weil sonst wären sie nicht hier. (K1PG1 42–48, Seite 126)

Die Äußerung zeigt: Es gibt Rehabilitanden, die sich zunächst einmal mit einem grundsätzlichen Vertrauen in die Kompetenz der Fachkräfte in die Klinik begeben. Andere berichteten über tatsächliche positive Erfahrungen, teils zu ihrer eigenen Überraschung:

Ich war selber überrascht von dem ganzen Gespräch, dass sie so kompetent war. Das heißt also auch anders rum für mich, die Frau hat erstmal Lust zu diesem Beruf und steht auch hinter ihrem Beruf. Somit kann man das auch, mehr kann man dazu eigentlich nicht sagen, finde ich jedenfalls. Ich war sehr überrascht. (K2PG4 2/1, Seite 128)

Gelobt wurden u. a. gute Fachkenntnisse:

**F:** Hatten Sie das Gefühl, dass sie das gleich kapiert hat, was Sie da gesagt haben?

**A:** Ja, wenn ich gesagt habe: „Ich habe einmal Ibuprofen 800 genommen“, dann wusste Sie schon genau, dass das Schmerztabletten waren und für Rheuma usw. Da bin ich sicher, dass sie ihr Fach versteht. (K2PG3 31–32, Seite 128)

Nützliche Auskünfte wurden in verständlicher Form gegeben:

**A3:** Sie hat mir erklärt, dass ich noch oben bleiben muss. Dass ein Arzt dann noch kommt für ein Aufnahmegespräch. Sie hat mir erklärt, weil ich gefragt habe, wo ich rauchen kann. Sie hat mir auch erklärt, wo ich mir etwas zu trinken holen kann, trotz dass ich Wasser auf dem Zimmer hatte.

**F:** Also das Organisatorische?

**A2:** Ja, das war vorbereitet alles, ja.

**A3:** Und dann hat sie mir gesagt, dass sie mir gleich Mittagessen bringt, was wichtig ist.

**F:** Ja, und konnte man das gut verstehen, war das verständlich?

**A2:** Ja, ja!

**A1:** Ja. (K2PG3 53–59, Seite 128)

Es ergaben sich auch keine Hinweise darauf, dass Rehabilitanden in dieser Phase der Reha einen Arzt vermisst hätten:

**F:** Hätten Sie das denn besser gefunden, wenn gleich ein Arzt da gekommen wäre?

**A1:** Ach so, dass...

**A2:** Nö, wenn die, die Dame war ja sehr kompetent. Und in dem Augenblick oder – man ist ja auch Laie, nicht, und dann hatte ich das Gefühl, die gehört dazu und hat das meines Erachtens nach sehr gut gemacht.

**F:** Sodass Sie da eigentlich Vertrauen hatten von vornherein, das läuft schon so richtig, ja?

**A:** Ja, ja, genau! (K4PG 16–20, Seite 129)

### 6.3 Entlastung anderer Berufe?

Die Beispiele des vorangegangenen Abschnittes zeigten: Reha-Assistentin können die ihnen anvertrauten Aufgaben kompetent erledigen. Aber führt das tatsächlich zu der angestrebten Entlastung? Hierzu lassen wir zunächst Ärzte, dann Pflegekräfte zu Wort kommen.

#### 6.3.1 Ärzte

##### 6.3.1.1 Entlastung von Aufgaben

Die befragten Ärzte fühlten sich in sehr unterschiedlichem Ausmaß entlastet. Diese Unterschiede hingen vor allem mit Anzahl und Umfang der Aufgaben zusammen, die den verschiedenen Reha-Assistentinnen übertragen worden waren.

Eher wenig Aufgaben waren in Klinik 3 delegiert worden. Dementsprechend negativ äußert sich eine Stationsärztin:

Meine ehrliche Meinung ist, dass es mir eigentlich im Moment nicht wirklich weiterhilft. Und zwar ist es folgendermaßen. Hier macht es [die Reha-Assistenz] ja Schwester [Name] im Haus. Die schreibt schon die Medikamente auf, fragt die Patienten, wenn die kommen, schreibt die Medikamente auf, die sie nehmen und fragt auch nach Allergien. Vielmehr läuft ja hier im Moment noch nicht. Das andere, diese anderen Dinge wie Blutdruckmessen und so, das hat ja mit der Stationsassistentin nichts zu tun, das machen ja die anderen auch. Berufliche Dinge werden ja im Moment noch gar nicht abgefragt. Aber ich habe schon so für mich, ich kann jetzt nur von mir sprechen, ich habe nicht das Gefühl, dass – die Medikamente muss ich ja sowieso noch mal mit dem Patienten durchsprechen, weil die kommen ja auch mit ziemlich hanebüchenen Dingen hier an, wo man sich fragt, wie das zustande kommen kann, der Hausarzt nicht guckt, oder dann haben sie auch manchmal von verschiedenen Ärzten – also ich muss sowieso die Medikamente kontrollieren und sie auch häufiger ändern. Das haben wir jetzt schon so gelöst, dass wir auf dem Bogen jetzt nicht mehr, dass man die Medikamente nicht mehr gleich draufschreibt, sondern auf einem gelben Zettel, und ich dann das, was ich übernehmen möchte, wirklich dann anordne. Also da hab ich jetzt sozusagen nicht einmal Schreibarbeit gespart. Und die Allergien – das ist *eine* Frage normalerweise: „Welche Allergien haben Sie?“ Muss ich sowieso noch, jedes Mal wenn ich wieder etwas Neues verordne, nochmal wieder nachfragen, weil manchmal vergessen wir auch was, nicht, und dann: Mein

Gott, die müssen ein Antibiotikum haben, haben Sie es [unverständlich]: Vertragen Sie alle Antibiotika? - Ja, bis auf Penicillin. So, aber das kommt dann zwei Wochen später, wenn sie dann schon hier sind, weil sie das dann vergessen hatten. Also eigentlich bringt es mir bisher nicht wirklich viel. So meine Erfahrung jetzt. (K3A 9, Seite 132)

Einen kleinen Vorteil räumt sie zwar später im Gespräch ein. Er rechtfertigt aber nicht die neue Organisationsform:

Wo es vielleicht ein bisschen hilft, ist: Die haben ja, die kommen hier an, dann sind sie aufgeregt, und dann haben sie ihre ganzen Sachen noch irgendwie im Auto liegen lassen und so weiter, wo dann die Reha-Assistentin sagt: Nehmen Sie mal Ihre Medikamente schon mal, und bringen die mal mit und so, nicht? Und haben Sie noch Berichte im Koffer oder Röntgenbilder oder so was, da – das ist hilfreich. Aber das könnte natürlich auch jede Schwester machen. (K3A 41 Seite 132)

Nur geringfügig positiver äußert sich ein Oberarzt derselben Klinik. Dabei denkt er allerdings nicht nur an die gegenwärtige Situation, sondern nimmt gedanklich schon eine geplante Weiterentwicklung der Assistententätigkeit (Fragebogenmanagement) vorweg:

Also, ich bin damit positiv einverstanden. Weil es beim Aufnahmegespräch eben ein bisschen strukturierter alles ist, mit den Medikamentenangaben schon, das erleichtert die Arbeit. Und auch mit den wichtigen Fragebögen, sag ich mal. Das ist bei uns hier ja auch noch im Fluss, aber das ist wirklich die Aufgabe, die auch, glaube ich, auch gar nicht anders im Grunde auf Dauer wahrgenommen werden kann. Vernünftigerweise, wenn man Patientenbefragungen machen möchte. (K3OA 7, Seite 131)

Etwas mehr Aufgaben hat die Klinik 1 delegiert. Die Entlastungsmöglichkeiten für Ärzte leiden allerdings enorm darunter, dass die Rehabilitanden in der Regel zuerst den Arzt aufsuchen, bevor sie die Reha-Assistentin sehen. Damit fällt alles weg, was dem Arzt die Aufnahmeuntersuchung erleichtern könnte. So ist es nicht verwunderlich, wenn der Chefarzt resümiert:

Die Ärzte selber fühlen sich schon entlastet, aber eben halt nicht in dieser Prozentzahl, die angenommen worden ist. (K1CA 22/1, Seite 130)

Immerhin: Für das Abschlussgespräch ergaben sich Entlastungen im Zusammenhang mit der Planung der Nachsorge. Eine Ärztin:

**F:** Und wo spüren Sie jetzt eine Entlastung?

**A:** Eine Entlastung auf jeden Fall in der Klärung der Nachsorge oder Besprechung der Nachsorge. Da, hab ich den Eindruck, sind die Rehabilitanden sehr gut informiert. Also die haben ja dort einen getrennten Termin, und wenn wir anschließend das dann besprechen oder beim Abschlussgespräch das besprechen, sind die sehr gut informiert und haben häufig dann ent-

sprechend auch schon Kontakt da mit der zuständigen Zuhause-Adresse aufgenommen. Also, ich finde, das ist eine sehr positive Erfahrung, ja. (K1A 8–9, Seite 130)

Günstiger fallen die Äußerungen aus Klinik 2 aus. Die Stationsärztin kommt zu folgendem Schluss:

**F:** Wenn Sie so ein Gesamtfazit ziehen, ist das eine sinnvolle Einrichtung, die Reha Assistenz?

**A:** Das denke ich schon. Weil einfach doch eben schon mehr Zeit ist, wenn Sie so denken. Wenn man den Durchlauf sieht der Patienten, dass man ein bisschen mehr Zeit für die Patienten hat. Das denke ich schon. Und weil ja trotzdem noch genügend Papierkram einfach da ist, der auszufüllen ist. Oder zu diktieren oder dran zu denken ist. Das ist schon eine erhebliche Erleichterung, das denke ich schon. Wie eben sonst in einer Praxis die Arzthelferin. So würde ich das auch sehen, diesen Stellenwert. (K2A 32–33, Seite 131)

Besonders positiv äußert sich eine Ärztin aus Klinik 4. Hier gibt es schon seit 2 Jahren Reha-Assistentinnen, das Organisationsmodell ist entsprechend ausgebaut. Die Ärztin betont besonders: Die Entlastung durch die Reha-Assistentin erlaubt ihr, mehr Zeit auf die Dinge zu verwenden, die ihr wirklich wichtig sind; im Patientenkontakt ist sie entspannter, weil sie nicht mehr befürchten muss, irgendwelche Formalitäten zu vergessen; die Verordnung von Reha-Nachsorge ist stark vereinfacht, ebenso das Beantragen von Verlängerungen bei den diversen Leistungsträgern; die Reha-Assistentin ist sehr hilfreich, wenn es darum geht, irgendwelche Unterlagen zu beschaffen. Einige beispielhafte Äußerungen (Seiten 132f):

**F:** Das heißt, Sie können sich für Ihr eigentliches Anliegen sozusagen, für Ihre eigentlichen Fragen haben Sie mehr Luft denn einfach, nicht?

**A:** Ja. Weil diese Formalitäten, die man sowieso immer machen muss, nicht, die in den Reha-E-Bericht kommen müssen, die ja im Prinzip ein Abfragen von Fakten sind. Das nervt den Patienten und mich im Vorherein auch, ja? Und wenn mir das abgenommen wird, dann habe ich natürlich mehr Zeit, darauf einzugehen, wie ist eigentlich die ganze Krankheitsgeschichte, was ist das sozialmedizinische Problem. Und das kann ich mit dem Patienten sofort bei Aufnahme besprechen, und die Zeit habe ich nicht mehr, wenn ich das andere noch vorschieben muss, nicht?

[falls während des Aufenthalts festgestellt wird, dass etwas fehlt]

**A:** „Guck mal, du hast da was vergessen, bitte noch mal nachfragen, wer ist der Hausarzt.“ Oder: „Da fehlen noch Medikamente, frag noch mal genauer, die Dosierung oder irgendwas, guck dir das noch mal genauer an.“ Dann machen die das auch ganz schnell. Oder solche Sachen wie Befunde anfordern, Arztbriefe anfordern. Wenn die Reha-Assistenz den Patienten sieht und sieht, da sind keine Arztbriefe da, dann fordert sie in der Regel sofort an. Das heißt, sie kümmert sich darum, dass der Patient die Unterschrift leistet, die Einverständniserklärung, dass man sich die Daten ranholen kann. Die Arzt-Assistenz ruft denjenigen an, das Krankenhaus, dann fehlt das Fax, was auch immer, das läppert sich ja Minute von Minute zusammen:

das Raussuchen der Telefonnummern, der zuständige Arzt, das Krankenhaus – nicht, das sind so Kleinigkeiten. Das machen die dann, wenn's eine gute Reha-Assistenz ist, schon vorher, und ich brauch mich nicht drum kümmern.

**A:** Dann Verlängerungsanträge, die wir ja auch häufig haben, mit den verschiedenen Korridoren, die wir haben, die kein Mensch mehr überblicken kann. Muss ich einen Antrag stellen, muss ich keinen stellen? Das kann ich alles der Reha-Assistenz überlassen. Ich schreib auf, ich möchte zwei Wochen länger machen, ist das möglich? Dann legen sie mir alles hin.

**F:** Ach so, weil's ja von Kostenträger zu Kostenträger so verschiedene Regelungen gibt?

**A:** Genau. Also entweder ich muss noch einen Text dazu schreiben, dann krieg ich das in mein Fach gelegt, hier gibt's noch was zu diktieren, oder ich muss nur eine Verlängerungsanzeige machen, dann brauch ich's nur unterschreiben, das wird alles vorbereitet, also...

**F:** Das ist schön?

**A:** Schön, ja. Das erleichtert ungemein, nicht?

Es ist plausibel: Wenn die Reha-Assistentin nur wenige Aufgaben übernimmt, kann der Entlastungseffekt für den Arzt nicht hoch sein. Daneben gibt es noch einen zweiten Faktor, der die Entlastung begrenzt: geringes Vertrauen des Arztes in die Fähigkeiten der Reha-Assistentin. Ein Chefarzt:

Das ist halt schwierig, weil ja auch die Reha-Assistenten einer gewissen Supervision bedürfen, da muss man kontrollieren, die Briefe. Was die schreiben, muss noch mal nachkorrigiert werden. Das bleibt ja letzten Endes doch in Händen des Arztes, und von daher ist die Entlastung nicht so groß, wie es wäre, wenn es eben routinemäßig wirklich so laufen würde, dass man es [unverständlich] gleich zeitnah sehen würde. Ich meine, es ist so immer noch mal ein gesonderter Termin – heißt die Akte noch mal aufrufen, und im Einzelnen nachschlagen. Ich denke, da ist schon viel, viel Optimierungsmöglichkeit noch drin. (K1CA 36, Seite 130)

Dagegen eine andere Ärztin:

**F:** Sie müssen ja auch kontrollieren, was die getan haben. Gibt es da viel, was Sie verbessern müssen? Oder geht die Zeit, die Sie einsparen an der einen Stelle, durch Korrekturen wieder verloren an der anderen Stelle?

**A:** Nein, also ich lese das schon alles nach und hab aber dann nicht den Eindruck, dass ich da viel korrigieren muss.

**F:** Das heißt, im Großen und Ganzen stimmt das alles, ist alles korrekt?

**A:** Ja, hm-hm. (K1A 44–47, Seite 131)

Zwei weitere Faktoren begrenzen das Ausmaß, in dem sich Belastungen vermindern lassen: eine unzureichende EDV-Ausstattung und die fehlende Bereitschaft des Arztes, Aufgaben zu delegieren. Diese Faktoren werden an anderer Stelle erörtert (Seite 75 und 70).

### 6.3.1.2 Zeitliche Entlastung

Es fiel den Ärzten nicht leicht, die zeitliche Entlastung anzugeben. Die Schätzungen sind also zurückhaltend zu interpretieren. Sie variierten natürlich mit der Anzahl der abgegebenen Aufgaben und der Art der Organisation. In Klinik 3 gab es nach Einschätzung einer Ärztin gar keine nennenswerte zeitliche Entlastung:

**F:** Irgendeine Zeitersparnis ist für Sie damit nicht verbunden, nicht?

**A:** Eigentlich nein. Also außer, wie gesagt, was besondere Unterlagen – das ist schon Zeiterparnis, nicht, wenn der Patient erst wieder nach ([irgendwelchen Unterlagen] unverständlich) rennen muss und muss alles zusammensuchen.

**F:** Ja, aber das, kann man das beziffern?

**A:** Nee, weil es ja eben auch viele das schon von alleine mithaben. (K3A 52–55, Seite 134)

Für die Aufnahmeuntersuchung wurde meist eine Ersparnis von etwa 10 Minuten genannt, zum Beispiel von einer Ärztin aus Klinik 2:

Wenn ich jetzt eine einfache orthopädische Aufnahme nehme, ich gehe ja nicht nur rein und mache die körperliche Untersuchung. Ich muss schon ein bisschen Kontakt aufnehmen zum Patienten und den bei der Untersuchung noch befragen. Da spare ich also sicherlich, aber ungefähr, ich würde mal sagen, ja, zehn Minuten vielleicht ein. (K2A 17, Seite 134)

Wenn weitere Aufgaben, zum Beispiel die Organisation der Nachsorge, mit in Betracht gezogen wurden, fiel die Schätzung dementsprechend höher aus. Eine Ärztin aus Klinik 1:

**F:** So ganz unverbindlich und ohne dass Sie darauf festgenagelt werden? Wenn Sie das alles selbst alleine machen müssten?

**A:** Also innerhalb der Anreise mit Nachsorge und allem denke ich sicher, dass es 20 Minuten sicher erspart. Also würde ich jetzt so schätzen.

**F:** Alles in allem, ja?

**A:** Hm.

**F:** Am Tag?

**A:** Nein, pro Patient. (K1A 30–35, Seite 133)

Insgesamt scheinen die Reha-Assistentinnen mehr Zeit einzusetzen, als auf Seiten der Ärzte wieder eingespart wird. Wie wir noch sehen werden, sparen sie jedoch auch der Pflege substanzielle Zeitmengen ein. Außerdem ergaben sich Hinweise darauf, dass die Reha-Assistentinnen durch den vermehrten Zeiteinsatz eine höhere Qualität erzeugen, indem sie manche Sachverhalte detaillierter und sorgfältiger abfragen, als Ärzte es gewöhnlich tun, oder indem Rehabilitanden sich eher „auf Augenhöhe“ sehen und sich trauen, mehr Fragen zu stellen (vgl. die Äußerungen auf Seite 146 f). Diese Umstände sind auch aus der Literatur



bekannt, die sich mit der Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegekräfte auseinandersetzt (Laurant et al., 2004).

### 6.3.2 Pflege

Obwohl die Reha-Assistenz in erster Linie als Arztassistentin konzipiert worden war, hatte sie auch Auswirkungen auf die Arbeit der Pflege. Sie werden im Folgenden dargestellt.

Je nachdem, wie die Arbeit vor der Einführung der Reha-Assistenz organisiert war, ergaben sich mehr oder weniger große Entlastungen auch für die Pflege – insbesondere dort, wo die typischen Assistentenaufgaben schon vorher nicht vom Arzt, sondern von der Pflege erledigt worden waren. Andererseits: Wenn die neu eingesetzte Reha-Assistentin vorher im Pflegedienst gearbeitet hatte und sie von dort ohne Ersatz abgezogen worden war, ergab sich nur eine Umverteilung der Arbeit. So war es zum Beispiel in Klinik 3:

**F:** Gibt es denn irgendeine Arbeit, die die Reha-Assistentin macht, die sie vorher als Schwester nicht auch gemacht hätte?

**A1:** Nein. Ihre [unverständlich] beschränkt sich wirklich hauptsächlich auf die Aufnahme der Zugänge, ja.

**F:** Das heißt, sie nimmt Ihnen auch in keiner Weise irgendeine Arbeit ab oder so etwas? Sie sagten vorher ...

**A1:** Sonst haben wir ja *alle* die Aufnahme gemacht, reihum.

**A2:** Wir haben das gewechselt, und je nachdem, wer gerade draufzukam, wer nun eben anreisende Patienten empfangen hat, der hat ihn auch aufgenommen.

**F:** Ach so, das heißt, was sie jetzt macht, das haben Sie vorher alle gemacht?

**Beide:** Ja, genau! (K3P(2) 18–24, Seite 135)

Dagegen spürt der Pflegedienst in Klinik 2 eine deutliche Entlastung:

Das, was die Reha-Assistentinnen für uns machen, ist: Sie machen unsere Aufnahmen analog dem Stammblatt. Sie machen das Medikamentenstellen. Die Medikamentenbestellung machen sie. Sie arbeiten, je nachdem wie der Arbeitsaufwand ist, auch mal eine Akte aus. Während der Visiten, wenn wir keinen Zwischendienst haben, machen sie eben die Anwesenheit im Schwesternzimmer, wenn die andere Schwester die Visite begleitet, und arbeiten teilweise die Visite auch aus. (K2P 5/2, Seite 134)

Und dann ist es halt nicht zu messen was es sonst noch so – es ist jeden Tag eine bestimmte Entlastung. Und wir merken schon, wenn eine Reha-Assistentin im Urlaub ist oder krank ist, wenn nur drei da sind, die Station, die dann praktisch ihre gewohnte Reha-Assistentin nicht hat, das merkt man schon. (K2P 23, Seite 135)

Besonders groß ist die Entlastung in Klinik 4. Sie betrifft die Aufnahmesituation, in der ein umfangreicher Patientenfragebogen durchgearbeitet wird, ferner die fortlaufenden Sekretariatsaufgaben, die während des Aufenthaltes anfallen, und schließlich die Themen Nachsorge

und Verlängerung, die am Ende der Rehabilitation anstehen. Diese Aufgabe wurden früher ganz oder teilweise vom Pflegedienst erledigt.

Also, es wird ja immer gesagt, das ist ja eine Arztunterstützung, und das wird ja explizit getrennt. Im Empfinden ist es aber so, dass sie doch uns auch viel unterstützen, weil wir haben nämlich vorher zum Beispiel diese Auskunftsbögen – das ist ja die ärztliche (F: Ja, was die nach Hause kriegen?) – ja genau, ärztliche Auskünfte, Angaben für den Arzt, diese Fragebögen. Dafür waren wir vorher immer letztendlich zuständig, weil es ja kein anderer gemacht hat, obwohl es auch nicht unsere Aufgabe war. Da mussten wir uns immer drum kümmern. Teilweise haben wir ja auch das mit den Patienten ausfüllen müssen, weil das eben so vorliegen musste. Und das wird ja jetzt zum Beispiel komplett übernommen, ob der ausgefüllt ist oder nicht. Also dieses erste Vorgespräch wird doch zuerst durch die Reha-Assistenz gemacht, bevor wir dann dran sind. (K4P 7, Seite 136)

**A:** Also es ist hier sehr, sehr gut gelaufen, das muss ich immer wieder sagen, und da sind auch einige Sachen mit - sind wir auch unterstützt worden. Das geht dann nachher weiter in: Das muss ich kopiert haben, und ich brauch den Arztbrief und ...

**F:** Ach so, so Sekretariatsarbeiten?

**A:** Genau, das ist ja auch alles letztendlich für den Patienten. Und wenn Arztbriefe kopiert werden mussten, das lief ja alles über uns, und das ist schon eine sehr große Unterstützung. (K4P 33–35, Seite 136)

Prolos, Verlängerungen, ganz wichtig, geht alles über den Reha-Assistentintisch. Die kümmern sich komplett. Welche Kasse hat welche Pauschale, muss ich einen Antrag stellen – da haben wir zum Glück nichts nicht mehr mit zu tun. Also das ist eine supergroße Erleichterung. (K4P 61, Seite 136)

Und dann kommt das nächste große Thema, dann halt die Nachsorge. Das kommt ja gegen Ende. Und das, da kümmern die sich komplett drum, reden mit den Patienten. Schlagen denen, also bereden mit denen, wo sie das machen können, welche Einrichtungen richtig sind, bereiten die Anträge vor, erklären denen, wie das alles funktioniert. Und wenn danach – zwischendurch kommen da Fragen immer noch, die schicken wir dann auch hierher. Also wenn, da sagen wir, da gehen Sie mal – morgen sind die wieder da, morgen früh oder heute Nachmittag, und dann gehen sie zu denen hin, und dann besprechen sie das mit denen. Das ist auch gut. Das haben wir auch sonst – das haben wir auch früher sonst gemacht. K4P 63/2

Wie viel Arbeitszeit sparen die Pflegekräfte durch den Einsatz der Reha-Assistentinnen ein? Die Antwort variiert natürlich mit dem Ausmaß der übernommenen Aufgaben. Während es in Klinik 1 und 3 keine bedeutsame Zeitersparnis gibt, liegt sie nach Einschätzung des Pflegedienstes in Klinik 2 und 4 bei 15 bzw. 60 Minuten.

Aber für uns ist das eine relative große Erleichterung. Weil wir müssen dem Patienten erstmal bei der Aufnahme nicht abfragen. Das bringt uns pro Patienten eine Zeitentlastung von 15 bis 20 Minuten. (K2P 11, Seite 137)

**F:** Kann man das irgendwie zeitlich beziffern, kann man sagen, pro Patient spar ich jetzt so und so viel Minuten oder so?

**A:** Also wenn man also mal so einen Patienten betrachten würde, der so was alles kriegen würde, nicht, das ist schon – also ich glaub, wenn ich eine Stunde sage, ist das nicht übertrieben. Wenn man das alles betrachtet. Vom Anfang bis zum Ende diese ganzen – weil das sind zwar alles so relativ einfache Dinge, aber die Organisation, das Fragen, das Kontaktaufnehmen – also ich glaube, dass man eine Stunde – kann ich ohne schlechtes Gewissen sagen, von Anfang bis Ende, dass das bestimmt ...

**F:** Für die Pflege jetzt?

**A:** Ja. (K4P 66 – 69, Seite 137)

#### **6.4 Werdendie Reha-Assistentinnen von Mitarbeitern akzeptiert?**

Die Frage nach der Akzeptanz umfasst zwei Aspekte: Einmal die Akzeptanz des neuen Berufsbildes „Reha-Assistentin“, zum anderen die Akzeptanz der Personen, die diese Institution verkörpern.

Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass die Reha-Assistentinnen sich von den Ärzten, mit denen sie unmittelbar zusammenarbeiteten, abgesehen von Anfangsschwierigkeiten, nicht akzeptiert fühlten (s. Seite 137 ff). Im Gegenteil: Die Reha-Assistentinnen fühlten sich in ihrer Arbeit sehr geschätzt. Zum Beispiel in Klinik 2:

**F:** Und gibt es mit den Ärzten irgendwelche Schwierigkeiten?

**A1:** Nö.

**A2:** Nö, überhaupt nicht mehr. Am Anfang musste man sich arrangieren, dass man zurechtkommt, dass man überhaupt die Zeitplanung findet. Aber so jetzt, die letzten Monate ist –

**A1:** Die haben auch einfach gemerkt, dass das eine totale Erleichterung und Entlastung ist und deswegen... Klar, zum Anfang war es eine Umstellung, aber mittlerweile sind die da, glaube ich, ganz dankbar. (K2RA(2)119–122, Seite 138)

In Klinik 4 haben sich die Vorteile der Reha-Assistentin herumgesprochen, so dass immer mehr Ärzte nach dieser Unterstützung verlangen:

**A:** Also, die Ärzte haben es jetzt auch mittlerweile spitz, dass, wenn wir jetzt viele Aufnahmen haben – die warten auch. „Ja gut, dann nehme ich den erst heut Nachmittag auf.“ Also es ist nicht: „Nee, ich hab keine Zeit, es muss jetzt gemacht werden!“ Nee, dann warten sie auch. Also sie haben das schon alle raus.

**F:** Die Skeptiker sind überzeugt jetzt?

**A:** Ja, im Gegenteil, wir haben jetzt Leute, die jetzt schreien: "Wir wollen das auch haben!" (K4RA1 55–57, Seite 138)

Diesen Eindruck bestätigen auch Ärzte selbst. Ein Chefarzt:

Also, ich denke, die Reha-Assistentinnen fühlen sich gut aufgenommen, fühlen sich auch gut akzeptiert von dem Team, und das ist ja erstmal eine wichtige Sache. (K1CA 22, Seite 139)

Ebenfalls für eine Akzeptanz der Reha-Assistenz sprechen die Spannungen, die sich zwischen Ärzten mit und ohne Assistenz entwickeln konnten, wie eine Pflegedienstleitung berichtete:

„Macht mal, wie ihr meint, und plant das so ein, wie ihr das für richtig haltet, damit ihr auch den entsprechenden Erfolg und die entsprechende Entlastung habt.“ Das hat dann im späteren Zeitpunkt dazu geführt, dass so ein bisschen Neid bei den Kollegen natürlich aufkam. „Du hast ja und wir nicht“, und so weiter. Und so wurden dann Arbeitszeiten der Reha-Assistentinnen in Form von bestimmten Tätigkeiten denjenigen, die die härteste Kritik führten – in hierarchischer Reihenfolge: erstmal der Chefarzt, dann der Oberarzt auf der Station – wurden dann Arbeitszeitfenster zur Verfügung gestellt unter dem Motto: „Nun meckre mal nicht, dafür gebe ich dir mal meine Reha-Assistentin für zwei Stunden für die Blutentnahme.“ (K1PDL 23, Seite 140)

Dagegen ergab sich ein gemischtes Bild bei der Frage nach der Akzeptanz durch die beteiligten Pflegekräfte. Anfangsschwierigkeiten ergaben sich überall. Teilweise wurden sie erfolgreich überwunden, zum Beispiel sagte eine Reha-Assistentin aus Klinik 4:

**F:** Wie ist die Zusammenarbeit mit der Pflege? Ist das, gibt es da irgendwelche...

**A:** Auch [gut], nach Anfangsschwierigkeiten. Weil die alle dachten: „Ach, was soll das jetzt?“, ist das jetzt richtig gut, ist eine gute Zusammenarbeit. Das klappt auch. Zuerst klappte das nicht, dass sie uns Bescheid gesagt haben, dass die Patienten da sind zur Aufnahme. Aber jetzt – sie bringen die Patienten runter und rufen an, also das ist schon so ein Arbeiten Hand in Hand. Aber auch nach anfänglichen Schwierigkeiten, aber jetzt ist alles gut. So wie es sein soll. (K4RA2 90–91, Seite 139)

Solche Anfangsschwierigkeiten beschrieb auch eine leitende Pflegekraft:

**F:** Gibt es jetzt auch irgendwas, was Schwierigkeiten gemacht hat? Was nicht so gut geklappt hat?

**A:** Also zu Anfang ist es halt immer so: Alles was neu ist, ist nicht einfach. Und es gibt einfach Mitarbeiter, die sind von Natur aus erstmal kritisch. Es ist einfach so.

**F:** Andere Mitarbeitergruppen?

**A:** Nee, auch in der Pflege. Die sind erstmal kritisch. Da kommt was Neues und natürlich möchte gerne jeder das behalten, was er hat. Und jeder möchte gerne, dass er wie gewohnt arbeitet. Das ist ja auch automatisiert, das geht ja auch alles viel schneller. (K2P 30–33, Seite 140)

Eher andauernde Probleme können durch Neid auf einen vermeintlich leichteren Arbeitsplatz entstehen, etwa wenn Reha-Assistentinnen vorher im Pflegedienst mitgearbeitet hatten:

**A2:** Und dann hieß es später [von Seiten der Führung], [die Reha-Assistenz] sollen nur noch Arzhelferinnen machen, und dann kamen eben nicht mehr so viele in Frage, weil wir eben mehr mit dem Schreibtisch zu tun haben als eben die normalen Pflegekräfte. Wir haben die Abrechnung ja auch schon und am PC technisch viel in der Praxis gearbeitet. Und daher kennen wir uns mit dem PC wesentlich besser aus als manch anderer. Ich denke, dass ist manchmal der Dorn im Auge gewesen. Dass nachher nur noch gesagt worden ist, nur Arzhelferin und...

**A1:** Die haben auch, glaube ich, am Anfang gedacht, dass wir nicht so viel zu tun haben. Dann, dass wir mehr Pausen haben oder ...

**F:** So nach dem Motto: „Die haben's gut?“

**A1:** Ja, genau. Die sind jetzt raus aus der Pflege, die wissen gar nicht mehr, wovon wir hier reden. Obwohl wir ja jahrelang zusammen gearbeitet haben. Ja, das ist schwer gewesen. Aber man gewöhnt sich daran. (K2RA(2)111–114, Seite 138)

## **6.5 Werden Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert?**

Dieser Abschnitt behandelt die Frage, inwieweit die Rehabilitanden die Einrichtung der Reha-Assistenz akzeptieren. Nehmen sie die Reha-Assistentin ernst? Sind die Rehabilitanden bereit, der Reha-Assistentin auf alle Fragen eine Antwort zu geben? Oder hätten sie lieber mit einem Arzt gesprochen? Zunächst hören wir, was die Reha-Assistentinnen dazu gesagt haben, es folgen die Rehabilitanden selbst, dann die Ärzte und Pflegekräfte.

### **6.5.1 Die Sicht der Reha-Assistentinnen**

Die Reha-Assistentinnen berichteten über verschiedenartige Erfahrungen. So hatten die Mitarbeiterinnen aus Klinik 2 deutliche Schwierigkeiten:

**F:** Aber so, dass ein Patient sagt: „Nee, darüber möchte ich nicht mit Ihnen sprechen?“

**A1:** Doch, gibt es auch. Leider haben wir diesen Extrabogen für die Rentenversicherer oder die jüngeren Berufstätigen mit Fragen wie Schulabschluss etc., das kommt da öfter vor.

**A2:** „Wofür brauchen Sie das? Ich bin doch nur hier, weil ich das und das neu habe. Und weil ich einen Unfall hatte. Aber das geht Sie nichts an.“ Das haben wir schon ganz oft gehabt.

**F:** Könnten Sie sagen, wie viel Prozent der Patienten so was sagt? Jeder zweite oder einer von zehn?

**A1:** Von zehn würde ich sagen vier.

**F:** Echt?

**A1:** Ja, ich traue mich schon fast diese Frage – die ist mir schon selber unangenehm.

**F:** Nach dem Schulabschluss?

**A1:** Ja, nach dem Schulabschluss zu fragen. Weil ich, irgendwie schäme ich mich dann schon immer mit, dass ich das frage. Gerade weil die Patienten oft damit Probleme haben.

**F:** Weil sie keinen guten Schulabschluss haben?

**A1:** Ja. Das sagt man ja nicht so gerne.

**A2:** Weil sie arbeitslos waren oder dann gar nichts gemacht haben. Das ist denen dann manchmal schon sehr unangenehm. (K2RA(2) 62–66, Seite 141)

Dieselben (recht jungen) Reha-Assistentinnen beklagten auch mangelnden Respekt der älteren Rehabilitanden:

**F:** Ich dachte, dass es vielleicht so ist, dass sie bei Ihnen lockerer sind, weil die Schwelle niedriger ist als bei einem Doktor?

**A2:** Nee.

**A1:** Nee, ich würde sagen, der Respekt ist eben nicht so da wie vor einem Doktor.

**F:** Ja gut. Aber, dass sie entspannter sind oder nicht solche Ängste haben?

**A2:** Also bei jüngeren Patienten habe ich das Gefühl, dass die ruhiger wirken, wenn da jüngere Patienten sind. So Rückenpatienten, die jünger sind, mit denen sind wir fast in einem Alter.

**A1:** Und man kann auch „du“ sagen. Da ist das anders. (K2RA(2) 79–84, Seite 141)

Bei anderen Reha-Assistentinnen schien das überhaupt nicht vorzukommen, etwa in Klinik 4:

**F:** Gibt es da manchmal Patienten, die sagen: „Wieso spreche ich jetzt mit Ihnen? Das möchte ich mit dem Arzt besprechen?“

**A:** Hab ich noch nie gehabt. Nee, hab ich wirklich noch nie gehabt. Ja, einmal wollte ein, ich glaub, das war aber ein einziges Mal, das war ein Privatpatient, und, na ja, der wollte nicht so recht, und der wollte auch erstmal seine Ruhe haben. „Grad angekommen, und jetzt schon wieder – das möchte ich nicht!“ Und dann ist es natürlich seine Entscheidung, und dann ist das auch o.k., das nehme ich dann auch so hin. Aber im Großen und Ganzen war's, glaube ich, das einzige Mal. Sonst ist das immer alles gut. Die freuen sich und erzählen dann auch, manche ein bisschen viel. (K4RA2 50–51, Seite 143)

Diese Reha-Assistentin berichtete auch eine entspannte Atmosphäre, aber ohne den Preis mangelnden Respekts:

**A:** Ich hab auch eher das Gefühl, dass die Patienten anders fragen, mit uns umgehen als jetzt mit dem Arzt. Diese Barriere wird ja immer bleiben.

**F:** Dass die Patienten irgendwie lockerer sind?

**A:** Ja! Die fragen auch Sachen, so hab ich das Gefühl, wo sie sich beim Arzt nicht – das würden sie sich nicht trauen.

**F:** Was denn zum Beispiel?

**A:** Ja, „also sagen Sie mal: Wo kann man denn hier mal die Wäsche waschen? Die Schwestern haben überhaupt gar keine Zeit.“ – Oder: „Ja, gibt es hier denn auch ein Café?“ So, wo ich denn auch – „Wie ist das mit Wochenendurlaub? Die Schwestern haben gesagt, ich darf

das nicht. Stimmt das?" Und solche, so, so ein bisschen mehr – ja, weiß ich auch nicht, kann ich nicht erklären, warum ... (K4RA129–33, Seite 142)

Eine Reha-Assistentin äußerte die Vermutung, dass ein gewisses Alter in ihrem Beruf von Vorteil ist:

**A:** Ja, und vielleicht auch ein – älter, würde ich so sagen. Also keine jungen, weil die haben wirklich Schwierigkeiten. Weil, was mir auch bei [Name der 3. Reha-Assistentin] auch, oder was ich so beobachtet hab, wenn so ältere, äh jüngere Männer zum Beispiel, und [Name der 3. Reha-Assistentin] ist ja nun auch keine Nicht-Hübsche, nicht? Die sind dann nicht krank. Die haben nix. Ist alles easy.

**F:** Ach so!

**A:** Wo dann der Arzt dann doch sagt: „Hm, der hat aber ja (unverständlich, Beschwerden)“.

**F:** „Nee, bei mir war er der Held?“

**A:** Genau, das war der Held. Ist auch schon passiert. (K4RA1 61–65, Seite 143)

### 6.5.2 Die Sicht der Rehabilitanden

Auf den Seiten 144 ff finden sich zahlreiche Äußerungen von Rehabilitanden, die sich mit ganz wenigen Ausnahmen mit dem Organisationmodell vollkommen einverstanden zeigten. Eine wirksame und praktikable Arztentlastung wird von vielen für möglich gehalten. Beispiele:

**F:** Die Reha-Assistentin soll ja dem Arzt einige Aufgaben abnehmen, die er sonst ausgeführt hat. War Ihnen das eigentlich recht so, wie das gelaufen ist, oder gab's da einige Dinge in den Kontakten mit dieser Reha-Assistentin, wo Sie gedacht haben, na, das hätte ich jetzt lieber mit einem Arzt besprochen?

**A:** Nee, das ging eigentlich, war eigentlich von Anfang an von meiner Sicht aus gut aufgeteilt, weil erstens vom Assistenten alles aufgenommen wurde, dann eben zum Arzt, und die Ärztin noch mal nachgefragt hat, ob das alles o.k. so ist, und dann noch eben halt was zugefügt hat. Und auch diese Krankengeschichte, die da dann nachher war, also für mich war's teils-teils, dass jeder so seinen Teil gut erfüllt hat – von meiner Sicht aus und von meiner Erfahrung her eigentlich. Ich fühlte mich also von Anfang an eigentlich gut aufgehoben und auch beraten. (K1PG1 2–3, Seite 144)

**F:** Die Kernfrage ist ja eigentlich die, kann eine Hilfskraft diese Arbeit machen, oder ist das etwas, was eigentlich der Arzt machen sollte?

**A3:** Doch, sie können dadurch den Arzt entlasten. Ich bin der Meinung, dass sie den Arzt entlasten.

**F:** Da haben Sie keine Bedenken?

**A3:** Nein überhaupt nicht.

**A2:** In keiner Weise.

**F:** Oder das man da nicht sofort Vertrauen hat?

**A3:** Doch, sofort Vertrauen.

**A2:** Nein, nein! Das muss man nicht. Also ich finde die Einrichtung unheimlich gut, sinnvoll!

**F:** Also da gibt es, außer dass Sie nicht so freundlich war zu Ihnen, gibt es da eigentlich keine Kritik dran?

**A2:** Nee. Nee! (K2PG1 35–44, Seite 146)

Manche Rehabilitanden vermuteten bei den Reha-Assistentinnen sogar eine ähnliche oder höhere Kompetenz als bei Ärzten:

**F:** Das habe ich von anderer Seite gehört: Ja, die Patienten wollen doch alle lieber mit dem Arzt sprechen.

**A2:** Nein, das ist der alte Glaube, dass Ärzte kompetenter sind und da mehr, ja.

**F:** Das würden Sie nicht unterschreiben?

**A2:** Überhaupt in keiner Weise. (K2PG1 45–48, Seite 146)

**F:** Das heißt, mache Dinge gelingen den Krankenschwestern oder den Lehrschwestern – ?

**A2:** Wesentlich besser als einem Arzt.

**F:** Besser als den Akademikern. Ja, das glaube ich auch. Und zwar alle diese Dinge, wo es auf Kommunikation ankommt. Auf die Beziehung, dass die angstfrei oder entspannt ist. Dass Sie offen sagen würden, was sie haben.

**A6:** Och, das ist ja auch so. Wenn man einen Arzt vor sich hat, dass man auch nicht alles sagen oder fragen mag. Und wenn man dann mal –

**A2:** Wo eine Hemmschwelle ist.

**A6:** Ja, und bei einer Person, die nicht so hoch gestellt ist, sag ich mal, dass man da eher sagt: „Ach Mensch, das wollte ich ja fragen“. Die ist vielleicht dieselbe Ebene oder dass man sich da eher traut. (K2PG1 229–234, Seite 147)

Gibt es Fragen, die die Rehabilitanden den Reha-Assistentinnen nicht beantworten möchten? Dazu gab es unterschiedliche Äußerungen. In Übereinstimmung mit den Erfahrungen mancher Reha-Assistentin zeigten sich bei einem der interviewten Rehabilitanden Hinweise auf Tabufragen, die er nicht angemessen fände:

**F:** Jetzt wird ja auch überlegt, ob sie vielleicht noch ein bisschen mehr Aufgaben übernimmt. Zum Beispiel, sie befragt, wie das mit der Arbeit steht, ja. „Haben Sie einen Arbeitsplatz? Sind Sie oft, wie viele Tage krank gewesen?“ So etwas. Woraus dann vielleicht eine Sozialberatung hervorgeht oder so etwas, also die so genannte Sozialanamnese. Was sind Sie von Beruf? Und wie steht es mit der Arbeitsfähigkeit? Gibt es finanziell Sorgen? Klappt das mit dem [unverständlich] Gedanken, Rente zu beantragen? Ja, da atmen Sie tief durch?!



**A1:** Da sage ich mal, das ist so, sage ich mal so, das geht zu weit, meiner Ansicht nach. Vorne am Tresen, eine von denen, ich sage mal, dafür ist der Arzt, oder das ist Sache des Vertrauens. Wenn die Schwester da drin ist, kommt auch der Zivi oder die andere Schwester mit rein. Das ist ganz klar, wenn die was holen wollen, und ins Arztzimmer geht nur der Arzt alleine, und wenn er nichts sagt, und sie klopft und [er] nichts sagt, dann bleibt sie draußen. Oder viel mehr, dann bleibt die Assistentin oder die, ja wie soll ich jetzt hier sagen, Schwester oder wie nennt man die hier, draußen. Also da finde ich das geht ein bisschen –

**F:** Ein bisschen weit?

**A1:** Ein bisschen sehr weit. Gut, sie kann vielleicht fragen, wenn sie es gerne hat, „welchen Beruf üben Sie aus“ und so. Aber ich sage mal, dann sollte es aber auch schon – „Sind Sie arbeitslos? Hartz IV?“ oder so, das geht zu weit. Ich sage mal, den Beruf – okay. Und vielleicht noch Familienstand, verheiratet oder nicht, das ist okay vielleicht. Aber alles, was weiter geht, von Sozialamt oder Sozialhilfe, ich finde das geht - meine persönliche Meinung. (K3PG1 36–39, Seite 149)

Dies blieb jedoch eine Ausnahme. Häufiger fanden sich Äußerungen wie die folgenden zwei:

**F:** In einer anderen Gruppe, so ähnlich wie Sie, wo ich gefragt habe, da sagten einige: Nö, über meinen Beruf und meine finanzielle Lage sozusagen, also ob ich berufstätig bin oder arbeitsunfähig usw., das möchte ich nicht mit jedem hier besprechen. Könnten Sie das auch so sagen? Oder wäre Ihnen das egal?

**A:** Also ich würde mal sagen: In dem Augenblick, wo es mich und meine Zukunft betrifft, bin ich auch bereit, darüber zu reden, weil es ja ganz wichtig ist für mich, zu sehen, welche Perspektiven habe ich? Kann ich so weiter machen wie bisher, oder muss ich mich auf Veränderungen einstellen. Also von daher finde ich schon, dass es wichtig ist.

**F:** Also das wäre kein Tabuthema für Sie?

**A:** Das spielt ja auch eine ganz wichtige Rolle, ob man jetzt gestresst ist, ob man da was gegen tun will. Also wenn ich da nicht darüber rede, bleibt ja [unverständlich] Wenn ich darüber rede, macht das schon Sinn, aus meiner Sicht. Dann denk ich immer, die werden sich ja nicht auf den Gang stellen und es jedem erzählen, die haben ja eine gewisse Schweigepflicht. (K1PG1 38–41, Seite 144)

**F:** Und gab es da irgendeine Frage, wo Sie gedacht haben: „Na, was geht die das an?“ – Oder: „Das möchte ich jetzt doch eigentlich lieber mit einem Arzt besprechen?“

**A1:** Nein.

**A2:** Nein.

**A3:** Nein.

**A4:** Das ist doch eigentlich egal, wenn sie das jetzt notiert und kommt in Mappen, und wenn sie es später lesen will, dann liest sie es doch sowieso. (K2PG3 7-11, Seite 147)

Rehabilitanden konnten unterscheiden, was sie mit wem besprechen, und welchen Vorteil die Aufnahme durch die Reha-Assistentin für das nachfolgende Gespräch mit der Ärztin bot:

Ja andererseits, die Frau hatte ja nur die Aufgabe, das aufzunehmen. Mit einem Arzt würde ich auch über andere Sachen sprechen. Mit einem Arzt würde ich nicht über meine Aufnahme sprechen. Diese Sachen kann ich mit der Frau locker besprechen, und mit dem Arzt – dann hat der Arzt mehr Zeit für mich. Und das war das, was eigentlich – fand ich, sonst hätte ich den ganzen Kram, ich hab das mit der Ärztin ja noch mal durchgegangen, sie hat es dann ja überflogen alles, die Ärztin. Sie musste das ja auch wissen, und die brauchte das nur überfliegen und einmal durchlesen, dann war sie damit durch. Die brauchte mir jetzt nicht die Fragen noch mal stellen. (K4PG 32, Seite 151)

Für einige Rehabilitanden war die Einrichtung der Reha-Assistentin auch deswegen problemlos, weil sie stark an eine bereits alltägliche Erfahrung in den Praxen der niedergelassenen Ärzte erinnerte:

**F:** Ja. Das heißt, das war im Grunde für Sie so in Ordnung. An der Stelle haben Sie den Arzt nicht irgendwie vermisst oder so?

**A4:** Bei manchen Arztpraxen machen die das ja genauso. Dass die Sprechstundenhilfe irgendwas von seiner Seite machen. Die gehen davon aus, dass der Arzt das gar nicht mehr selber macht. Und dann hier, die Orthopäden, dann machen die das alles schon vorab. Wofür bekomme ich dann die Zettel?

**A1:** Das ist bei mir genauso. Da macht der Arzt das nicht mehr mit Blutdruckmessen.

**A2:** Blutabnehmen macht er ja auch nicht mehr.

**A3:** Wenn ich zur Kontrolle zum Hausarzt muss, den sehe ich gar nicht. Das ist im Prinzip – ja, das ist so.

**A5:** Es ist was Besonderes, wenn man zum Doktor rein muss. Oder wenn ich jetzt zum Orthopäden gehe, das ist genauso. Die machen vorweg alles, und wenn ich dann, sprich jetzt, irgendwelche Wellen oder irgendwas bekomme, das machen die ja alles, und das kriegt er ja nicht mit. (K3PG1 15–20, Seite 149)

In Klinik 1 wurden viele Rehabilitanden zunächst vom Arzt aufgenommen, bevor sie in Kontakt mit der Reha-Assistentin kamen. Der Widersinn dieses Organisationsmodells blieb manchem nicht verborgen:

Das war aber bei mir auch so. Die Reihenfolge war so, dass ich erst den Arzttermin hatte, denn den bekommt man ja, wenn man anreist, so schnell wie möglich, um dann die entsprechenden Therapien zu bekommen. So hab ich das verstanden und konnte mit Reha-Assistentin erstmal so gar nichts anfangen. Sie hat mir dann aber erklärt, was ihre Aufgaben sind und warum sie das jetzt macht. Das leuchtet mir schon ein, das finde ich grundsätzlich gut. Ja, an einigen Stellen gibt's da halt Überschneidungen, muss ja auch. Aber ich denke, eine gewisse Vorarbeit, die die Reha-Assistentin leistet, wenn man's in einer anderen Reihenfolge machen würde, fände ich nicht schlecht. Vielleicht auch direkt hintereinander irgendwie so, dass man mit den Therapien auch nicht hinterherhinkt, nicht? Fände ich auch ganz wichtig. (K1PG1 8, Seite 144)

### 6.5.3 Die Sicht der Ärzte und der Pflege

Ärzte und Pflegekräfte äußerten sich zu der Frage, ob die Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert werden, ausschließlich positiv (s. Seite 152 ff). Zum Beispiel eine Ärztin aus Klinik 1:

**F:** Haben Sie das Gefühl, dass die Patienten das o.k. finden, so wie das jetzt abläuft, oder beschwert sich da mal einer, dass er so viel mit der Reha-Assistentin sprechen musste, bevor endlich die Ärztin kommt?

**A:** Nein, nein. Also ich denk, es spielt eine Rolle, wie man das auch vermittelt. Also wenn man von Anfang an klärt, dass die und die Tätigkeiten und Aufgaben mit der Reha-Assistentin besprochen werden, muss ich sagen, die entsprechenden Rehabilitanden finden das durchaus positiv. Also ich hab nie bisher die Rückmeldung gekriegt, dass sie das Gefühl hatten, dass sie Sachen doppelt erzählen oder fühlen sich dann irgendwo zwischen verschiedenen Adressen hin- und hergeschoben, hab ich bisher nicht. Aber ich denke, sie müssen Bescheid wissen, welche Aufgaben übernimmt wer. (K1A 40-41, Seite 152)

In ähnlicher Weise betonte eine Pflegekraft aus Klinik 3:

**A:** Für die Patienten ist das sehr gut. Die haben einen Ansprechpartner. Haben die bei uns auch, aber es ist so: Sie werden natürlich viel ausführlicher empfangen. Nicht, also, [Name der Reha-Assistentin] fragt zum Beispiel nach Allergien, [Name] fragt nach Medikamenten und "haben Sie mitgebracht, oder brauchen Sie die von uns und ..." So ein langes Aufnahmegespräch machen wir natürlich nicht. Das ist schon klar. Also ich finde, die Patienten sind schon sehr gut am ersten Tag aufgenommen. Die fühlen sich natürlich schon sehr gut. Für die Patienten ist das sehr gut. (K3P(2) 34, Seite 153)

## 6.6 Wie zufrieden sind die Mitarbeiter mit dem Organisationsmodell?

In diesem Abschnitt geht es um eine Gesamtbewertung der Reha-Assistenz und ihrer Auswirkungen auf die eigene Arbeitszufriedenheit.

### 6.6.1 Reha-Assistentinnen

Die Reha-Assistentinnen äußerten sich überwiegend sehr positiv über ihre Arbeit. Sie empfanden sie als sinnvoll und befriedigend:

Ja, das macht richtig Spaß. Vor allen Dingen jetzt, wo das läuft mit den Ärzten, mit den Schwestern, mit der Pflege eben, mit den Patienten, die sich auch dabei wohlfühlen und nicht ausgefragt fühlen und so. Also ich mach die Arbeit so richtig gerne, ja. (K4RA2 101, Seite 162)

Die Reha-Assistentinnen wurden gebeten, auf einer Skala von null bis zehn einzuschätzen, wie zufrieden sie mit ihrer Arbeit sind oder wie sinnvoll sie ihre Arbeit finden. Die Angaben lagen meist zwischen acht und zehn (s. S. 159 f). Ein Beispiel aus Klinik 4:

**F:** Wenn Sie, sagen wir mal, von null bis zehn sagen würden, wie sinnvoll ist diese Arbeit, die Sie machen?

**A:** Was ist da das Beste?

**F:** Zehn.

**A:** Zehn. Also da ist man schon auf jeden Fall sehr hoch. Also sinnvoll ist das auf jeden Fall, ich glaube, es wäre auch schwierig, wenn wir jetzt auf einmal nicht mehr hier wären. Das würde man also so richtig merken.

**F:** Haben sich alle an Sie gewöhnt, nicht?

**A:** Ja, auch in den anderen, in der Neurologie und so, also da kann man schon acht, neun, bis zehn. Ist sinnvoll, sehr sinnvoll, ohne Frage. (K4RA2 94–99, Seite 159)

Die Zufriedenheit resultierte aus dem Eindruck der Reha-Assistentinnen, etwas Wichtiges und Nützliches zu tun, indem sie Ärzte und Pflegepersonal entlasten. Sie fühlten sich gut eingearbeitet und hatten Freude am Kontakt mit den Patienten. Entsprechende Äußerungen sind auf S. 158 ff dokumentiert.

In einem Fall wurde die eigentliche Arbeit zwar als sinnvoll und zufriedenstellend bezeichnet, die Arbeitszufriedenheit litt aber unter Schwierigkeiten in der Beziehung zu einer bestimmten Mitarbeiterin aus der Pflege:

**A2:** Ich würde sagen, dass die Reha-Assistentin von der [Name einer anderen Station] so bei vier oder fünf liegen würde.

**A1:** Ja, aber da würde ich mich eigentlich auch sehen.

**F:** Also eher im negativen Bereich?

**A1:** Ja... Wobei mir meine Arbeit Spaß macht. Ich habe Spaß an meinen Patienten, und mit der Arbeit komme ich gut zurecht. Es ist wirklich das Menschliche, was sich verändert hat. Wo man noch nicht gut akzeptiert wird, obwohl man ja die Gleiche geblieben ist. Also, eigentlich habe ich mich vorher mit jedem verstanden und jetzt ist es wirklich... (K2RA(2)130–133, Seite 159)

Einschränkungen der Arbeitszufriedenheit ergaben sich auch aus einer Rollenteilung (halbe Arbeitszeit Reha-Assistentin, andere Hälfte Pflegekraft), die als ungünstig empfunden wurde:

**F:** Gut. Also ich fasse mal so zusammen: Im Großen und Ganzen ganz sinnvoll, gibt so Probleme wie überall, aber keine wirklich schwerwiegenden. Sie könnten sich eine Menge denken, wie man das noch ausweiten könnte. Wichtiger Punkt wäre für Sie, dass man nicht zwei Berufe sozusagen –

**A:** Ja, nicht zur gleichen Zeit ausführt. Also es ist schon denkbar, dass es muss ja einen Ersatz da sein. Man kann ja nicht so viele Reha-Assistentinnen haben, und wenn die im Urlaub – oder wenn ich im Urlaub bin, läuft es zurzeit gar nicht. (K3RA 129–130, Seite 160)

### 6.6.2 Ärzte

Die interviewten Ärztinnen und Ärzte waren mit der neuen Institution der Reha-Assistenz unterschiedlich zufrieden. Positiv äußerte sich eine Ärztin aus Klinik 1:

Ja, also ich muss vorweg sagen, ich bin ja auch hier in der Abteilung noch neu, ich hab erst im Januar angefangen, insofern arbeite ich auch noch nicht so lange mit den Reha-Assistentinnen zusammen, aber muss sagen, dass ich in der Zeit, in der ich das mache, sehr positive Erfahrungen mache. (K1A 3, Seite 154)

Anfängliche Skepsis konnte ausgeräumt werden (Klinik 2):

Wir waren am Anfang kritisch, ob das wirklich so, ob sie uns so viel Arbeit abnehmen können oder nicht, wie das wahrscheinlich in jeder Berufsgruppe ist. Oder auch so am Anfang, so ein bisschen, dass man denkt: "Klappt es? Klappt es nicht?" und so, aber ich denke inzwischen, dass es doch angenehm ist. (K2A 13/2, Seite 154)

Worauf ist die Zufriedenheit zurückzuführen? Zwei Aspekte wurden betont: Die Befreiung von der „Verrichtung von Aufgaben, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen“ (wie es der Sachverständigenrat formulierte) und die bessere Strukturierung der Abläufe:

Dass man nun unbedingt sagt, wenn ich jetzt die Reha-Assistentinnen habe, kann ich jetzt auf einmal zwei Ärzte streichen – das sicherlich nicht. Aber es trägt zu etwas anderem bei, und das war ja im VNR [Verbund Norddeutscher Rehakliniken] auch unser Thema, dass wir Ärzte entlasten von nichtärztlichen oder keinen Arzt erforderlichen Tätigkeiten und einfach von diesen etwas stumpfsinnigen Routinesachen. Das man sich wirklich mehr um die Dinge kümmern kann. (K2A 54, Seite 155)

Aber, ich denke, sie ist am Anfang vor allen Dingen auch eine Hilfe. Weil sie noch mal ganz klar die Abläufe macht. Was muss gefragt werden, welche Informationen sind erforderlich, was muss der Pflege mitgeteilt werden, was muss in die Therapieplanung mit rein, worauf muss man achten. Da ist eine eingearbeitete Reha-Assistentin durchaus in der Lage, einem unerfahrenen und vielleicht auch sprachlich schwachen Arzt durchaus eine Hilfe zu sein. (K2A 58, Seite 155)

Eine Ärztin äußerte einen weiteren Aspekt: Sie wird durch die Reha-Assistentin während der Reha auf Besonderheiten oder Schwierigkeiten einzelner Rehabilitanden aufmerksam gemacht:

Vielleicht über Einzelheiten, wenn's um Trauer oder bestimmte Erlebnisse oder ... manche Patienten sind natürlich auch, was intime Sachen angeht, ein bisschen zurückhaltend, aber das sagt mir dann auch die Reha-Assistenz. Also, ich hab ja ein gutes Verhältnis da. Wenn die Reha-Assistenz jemanden hat, Mensch, der ist schon komisch, der ist anders als andere, guck man noch mal nach, dann bin ich ja auch schon mal vorbereitet, dann kann ich intensiver

nachfragen. Insofern – wenn das Verhältnis zwischen Reha-Assistenz und Arzt und Pflege gut ist und wir im Team zusammenarbeiten, dann ist das eine tolle Sache. (K4A 33, Seite 155)

Auf der anderen Seite gab es ambivalente oder ablehnende Bewertungen. Sie hingen nicht damit zusammen, dass den Reha-Assistentinnen die Kompetenz abgesprochen wurde. Die Gründe waren vielmehr berufspolitischer Art, lagen im ärztlichen Selbstverständnis oder in der Tatsache, dass die Entlastung von Arbeiten dadurch wieder aufgehoben wurde, dass pro Arzt mehr Rehabilitanden versorgt werden mussten.

Die ambivalente Haltung wird in folgender Stellungnahme eines Chefarztes deutlich:

Ich sehe langfristig einfach die Problematik, wir müssen jetzt sehen, geeignete ärztliche Mitarbeiter für die Zukunft zu rekrutieren, die dann auch bei uns bleiben. Und deswegen bin ich natürlich ein bisschen skeptisch. Wenn man sich durch solche Projekte freie Stellen verbaut, die man heute vielleicht noch besetzen kann, wäre das schlecht. Auf der anderen Seite wäre es genauso schlecht, jetzt nicht vorzubeugen, wenn es wirklich keine Deutsch sprechenden Assistenten mehr gibt. Daher bin ich so ein bisschen ambivalent. (K1CA 28, Seite 157)

Aus der folgenden Äußerung wird deutlich, dass die Etablierung einer Reha-Assistenz mehr aus der Not heraus erfolgte, die Arztstellen nicht besetzen zu können. Derselbe Chefarzt:

Genau, das ist der zweite Punkt. Es ist ja so, diese Reha-Assistenz ist ja bei uns jetzt nicht eingesetzt, um den Arzt zu entlasten, um andere Aufgaben zu machen, sondern um die fehlende Kapazität für die zu versorgenden Patienten entsprechend zu nivellieren. Aber das heißt also auch, die Ärzte werden zwar entlastet, aber wissen auch genau, deswegen haben sie einen vermehrten Durchlauf. Das heißt also, eigentlich ist es für sie eine Sonderbelastung. Das müssten Sie mit denen diskutieren. Weil es ist eben nicht so, dass sie letzten Endes in der Form vom Reha-Assistentinnen einen Vorteil haben, dass sie selbst persönlich weniger arbeiten müssen. (K1CA 32, Seite 157)

Einen ganz grundsätzlichen Einwand erhob eine Ärztin aus Klinik 3. Auch wenn eine bestimmte Tätigkeit durchaus von Assistenzkräften durchgeführt werden kann, sei es doch besser, wenn sie in den Händen eines Arztes bleibt, und zwar aus zwei Gründen: Einmal fördere es den Aufbau einer guten Beziehung, zum anderen könne der Arzt wichtige Informationen daraus ableiten, was der Rehabilitand sozusagen „zwischen den Zeilen“ mitteile.

Und es ist ja nicht nur die Tatsache, die jetzt da steht. Also ich muss viel heben und tragen bis soundso viel Kilo, sondern auch, wie der Patient das erzählt, nicht? Ob er dabei jetzt das sehr betont oder das in einem Nebensatz erwähnt oder – das Wie! Das heißt, ich bau ja auch mit Patienten eine Arzt-Patienten-Beziehung zu dem auf, indem ich ihn aufnehme. Und da geht mir natürlich ein Stück verloren, wenn ich jetzt das jemand anders machen lasse. Also ich persönlich würde es lieber selber machen. Ist so. (K3A 11/2, Seite 156)

Der Interviewer fasst diese Einstellung so zusammen:

**F:** Gut, aber Ihre grundsätzliche Einstellung ist also eigentlich eher - nee, Reha-Assistentin, da muss die Not so groß sein (**A:** Ja, genau, so, in dieser Richtung, genau.) Wenn ich es hier so machen könnte, wie ich wollte, sozusagen nach meinen eigenen Wünschen, dann wär sie (**A:** Würd ich es lieber selber machen.) würden Sie alles lieber selber machen. Und zwar nicht, weil Sie das der Reha-Assistentin nicht zutrauen, sondern weil sagen: Das hilft mir in der Beziehung mit dem Patienten, das ist schon ein Teil der Therapie.

**A:** Ja, in diesem Sinne, so kann man das sagen, so kann man das sagen, ja, genau.  
(K3A 38–39, Seite 156)

### 6.6.3 Pflege

Die Zufriedenheit mit der Institution der Reha-Assistentin hing naturgemäß damit zusammen, inwieweit eine Entlastung spürbar wurde (s. Seite 158). Dies war in Klinik 3 überhaupt nicht der Fall. Die Pflegekräfte der anderen Kliniken äußerten sich positiv: „Eine tolle Geschichte“ (K1PDL 7, S. 158) – „Wir möchten nicht mehr zurück“ (K2P 51, S. 158). Der Interviewer fasst die Bewertungen aus Klinik 4 zusammen:

**F:** Gut, also wenn ich das zusammenfasse, kann ich sagen: Sie finden das eine gute Einrichtung (**A:** Ja.), nimmt auch Ihnen einiges erheblich an Arbeit ab (**A:** Ja.), für das man jetzt nicht ausgebildete Krankenschwester sein muss, und Sie könnten sich sogar noch Erweiterungen denken (**A:** Ja.), auch Arbeiten aus Ihrem Bereich (**A:** Ja.) gibt's noch so ein paar, die die weiter machen könnten (**A:** Ja.). Und eigentlich so ernsthafte Probleme, dass die Reha-Assistentinnen irgendetwas nicht können oder nicht akzeptiert werden oder so, die gibt's eigentlich nicht. Das Medikamentenproblem hat damit nichts zu tun. (K4P 82, Seite 158)

Kurz vor Abschluss der Arbeit erreichte uns der Wunsch der Pflegekräfte aus Klinik 3, ihre eher skeptischen Interviewäußerungen zu kommentieren. Sie führten aus: Damals war eine Reha-Assistentin noch etwas ganz Neues, und alles Neue lässt zunächst auch Ängste und Befürchtungen wach werden. Außerdem hatte die Reha-Assistentin erst relativ wenige Aufgaben übernommen, so dass ein Nutzen nicht recht spürbar werden konnte. Heute sehen die Pflegekräfte die Sache deutlich positiver. Im Bereich der Reha-Assistentinnen sind große Veränderungen eingetreten. Die Reha-Assistentin hat inzwischen viel mehr Aufgaben übernommen und muss viel mehr mit den Rehabilitanden besprechen. Genannt wurden zum Beispiel Fragebogenauswertungen oder eine umfangreiche Checkliste, die bei Entlassung auszufüllen ist. Die Patienten fühlen sich sehr gut durch die Reha-Assistentinnen betreut. Der Stationsdienst könnte diese Arbeit nicht leisten. Wegen der positiven Erfahrungen werden jetzt in jedem Haus der Klinik Reha-Assistentinnen eingesetzt.

## 6.7 Wie bewerten die Rehabilitanden die konkrete Begegnung?

Während es im Abschnitt 6.5.2 (Seite 63) mehr um die grundsätzliche Akzeptanz der Einrichtung „Reha-Assistentin“ ging, beschäftigt sich der folgende Teil eher mit den Erfahrungen in der Begegnung mit einer konkreten Vertreterin dieser Berufsgruppe. Überschneidungen zwischen beiden Aspekten ließen sich aber nicht ganz vermeiden, da die Akzeptanz einer Einrichtung natürlich auch abhängt von den konkreten Erfahrungen, die man mit dieser Einrichtung gemacht hat. Zunächst wieder Hinweise aus den Interviews, danach die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung.

### 6.7.1 Interviews

Diese Erfahrungen waren durchaus unterschiedlich. So wurde zum Beispiel ein schnelles Abfertigen beklagt:

**A1:** So war das bei mir auch.

**A2:** Das war einfach so einmal so ein Durchschießen durch das Thema und fertig war das und tschüs.

**F:** Da hätten Sie gerne mehr Zeit?

**A2:** Ich hätt gern ein bisschen mehr Zeit gehabt, ja.

**F:** Hätten Sie noch Fragen gehabt, die ...

**A2:** Keine Fragen, die jetzt so wahnsinnig so relevant sind, dass ich jetzt sage, die müssen heute unbedingt beantwortet werden, kann ich mir auch selber irgendwo anders die Auskunft holen. Aber letztendlich hätte ich schon nicht unbedingt das Gefühl gehabt, die Dame hat eben wenig Zeit.

**F:** Und das war nicht schön?

**A2:** Nee, so wirklich gut war's nicht. (K1PG2 24–31, Seite 162)

Eine andere Klage galt der persönlichen Ausstrahlung der Reha-Assistentin:

**A:** Ich würde mir wünschen, dass sie mehr auf die Menschen zugeht. Und nicht so, sie machte einen sehr distanzierten, so wie man sich eine Stationsschwester vorstellt. Diese alten Hautdegen, wissen Sie? (K2PG1 9, Seite 163)

Deutlich überwogen aber die befriedigenden Erfahrungen. So wurde Zeitdruck meist geleugnet:

**A:** Aber ich muss sagen, die erste Woche, wo ich hier war, war sie ja hier. Und es war nicht so, ich hab nicht das Gefühl, dass sie mich schnell abfertigen wollte. Und dann die nächsten Tage, wenn ich eine Frage hatte, keine Zeit gehabt? - Nee! Sie hat die Frage genau beantwortet. (K2PG3 116, Seite 164)

Die Reha-Assistentinnen wurden überwiegend als freundlich und hilfreich erlebt.



**F:** Ja. Wir haben ja jetzt schon einige Dinge hier kurz angesprochen. Wie haben Sie denn die Aufnahme mit der Reha-Assistentin erlebt?

**A:** Also ich fand es sehr nett. Sie war sehr zuvorkommend und war auch behilflich, wenn man Fragen hatte. Also stand einem zu jeder Zeit auch zur Verfügung. Auch wenn man zwischendurch mal was wollte, die hatten immer irgendwie Zeit und haben einem immer ausreichend zur Seite gestanden. (K2PG1 71–72, Seite 163)

Manche Rehabilitanden fühlten sich durch die herzliche Art der Reha-Assistentin entspannt:

**A:** Aber die, ich weiß nicht, ob die so geschult war, aber die kam einem gleich gut entgegen.

**F:** Ja, die machte es einem leicht?

**A:** Herzlich. Und war irgendwie anders. Wenn du jetzt mit einem Arzt sprichst, dann, nicht? So kann man auch lockerer reden, und die ist auch gut darauf eingegangen.

**F:** Dass Sie ein bisschen entspannter sich fühlten?

**A:** Ja, ja. (K4PG 112–116, Seite 166)

Als eine der ersten Kontaktpersonen war die Reha-Assistentin verantwortlich für den „ersten Eindruck“, der bei manchen Rehabilitanden eine besonders wichtige Funktion hat:

**F:** Die hat Ihnen ja nun eine Menge Fragen gestellt. Fanden Sie das jetzt irgendwie störend?

**A1:** Ich dachte, das gehört dazu.

**A2:** Ja, war aber gut.

**A3:** Ja, war auch gut.

**A4:** Und zwar für mich ist es persönlich so, [unverständlich] war für mich neu. Reha war für mich was Neues. Für mich kommt es darauf an, wie ist der erste Eindruck. Wie ist die erste Person, die mit mir spricht? Und wenn die mir gefällt, dann stelle ich mich auch drauf ein. Es kann sein, wenn so eine ruppige Person kommt, dass ich dann schon gar keine Lust mehr habe. Und diese Frau war echt gut. Und das hat mir die Tür geöffnet, dass ich mich wohlfühle. (K2PG3 2–6, Seite 164)

### 6.7.2 Fragebogen

Den Rehabilitanden wurde vor Beginn der Interviews ein Fragebogen vorgelegt. Er bestand aus 10 Items, die Erfahrungen mit den Reha-Assistentinnen thematisierten und die auf einer fünfstufigen Skala von *stimmt genau* (verrechnet mit 5 Punkten) bis *stimmt überhaupt nicht* (1 Punkt) sowie aus weiteren fünf Fragen zur Soziodemografie und allgemeinem Gesundheitszustand. Der Fragebogen findet sich auf Seite 210 im Anhang. Die Tabelle 5 zeigt die Mittelwerte und Streuungen der Antworten (zur Soziodemografie s. Seite 19).

	M	s
1. Die Reha-Assistentin war freundlich und einfühlbar	4,8	0,6
2. Die Reha-Assistentin machte einen kompetenten Eindruck	4,8	0,6
3. Die Reha-Assistentin konnte alle meine Fragen zufriedenstellend beantworten	4,6	0,7
4. Die Reha-Assistentin hat sich verständlich ausgedrückt	4,9	0,4
5. Die Reha-Assistentin hat mir einige nützliche Informationen gegeben	4,4	1,0
6. Im Kontakt mit der Reha-Assistentin habe ich mich wohlgefühlt	4,7	0,5
7. Ich finde es gut, dass der Arzt von Arbeiten entlastet wird, für die man kein Medizinstudium braucht	4,5	0,9
8. Ich hätte es besser gefunden, wenn der Arzt alle Aufgaben selbst übernommen hätte	2,5	1,1
9. Der Arzt hat mich manches noch einmal gefragt, was ich schon der Reha-Assistentin gesagt hatte	3,6	1,1
10. Ich habe den Eindruck, dass Arzt und Reha-Assistentin gut zusammenarbeiten	4,4	0,8
Summenwert (Items 8 und 9 umgepolt)	4,3	0,4

Tabelle 5: Antworten von  $N = 52$  Rehabilitanden. 1 = stimmt überhaupt nicht, 2 = stimmt eher nicht, 3 = teils, teils, 4 = stimmt etwas, 5 = stimmt genau.

Acht der zehn Antworten liegen im Mittel zwischen den Kategorien mit der höchsten und zweithöchsten Zustimmung und zeigen damit eine sehr positive Bewertung der Reha-Assistentinnen durch die Rehabilitanden. Die ungünstigste Bewertung haben die beiden negativ gepolten Items (8 und 9), was auf eine gewisse Ja-sage-Tendenz schließen lässt. Der Summenwert der Antworten war unabhängig von Alter, Geschlecht, Diagnose, subjektivem Gesundheitszustand und Ausbildung, jedoch nicht von der Klinik. Rehabilitanden aus Klinik 3 urteilten im Mittel etwa eine drittel Stufe ungünstiger, das entspricht einer standardisierten Mittelwertdifferenz von 0,74 ( $t$ -Test,  $p < .05$ ). In Klinik drei waren im Vergleich zu den anderen Kliniken die wenigsten Arbeiten an die Reha-Assistentinnen delegiert.

## 6.8 Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge

Die Einführung einer neuen Position in einem Unternehmen bringt eine Reihe von Organisationsaufgaben mit sich. Die Finanzierung muss geregelt werden, es gibt Anforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung, Abläufe ändern sich. Anfangsschwierigkeiten sind die Regel. Um diese Dinge geht es im folgenden Abschnitt.

### 6.8.1 Finanzierung

Der Rehabilitation stehen finanziell keine großen Spielräume zur Verfügung. Neue Stellen können meist nur auf Kosten bestehender Stellen geschaffen werden. So war es auch beider

Einführung der Reha-Assistenz: Sie wurde finanziert aus nicht besetzten Arztstellen oder aus dem Budget der Pflege, wenn Pflegemitarbeiter dafür eingespart werden konnten, oder bezuschusst aus dem Budget des Schreibdienstes, wenn die Reha-Assistentin an der Arztbriefschreibung beteiligt war. Daraus folgt auch: Ärzte oder Stationen, denen eine Reha-Assistentin zugeordnet ist, müssten mehr Aufgaben übernehmen als Ärzte und Stationen ohne Reha-Assistentin – wobei „mehr Aufgaben“ von Geschäftsführern im Allgemeinen mit „mehr Patienten“ gleichgesetzt wird. Das wurde noch nicht überall verwirklicht. Der Pflegedienstleiter aus Klinik 1:

Ja, das stimmt. Wenn man sich allerdings das Out-, hier das Ergebnis, die Arbeitsbelastung in den Bereichen anguckt, dann muss man feststellen, dass diese Ärzte keine größere Patientenbelastung haben. Also, die haben nicht mehr Durchlauf, nicht mehr Fälle, nicht mehr zusätzliche Aufgaben, sondern der Leistungsumfang für diese Ärzte entspricht den Kollegen, die keinen Reha-Assistentinnen haben. Das ist natürlich betriebswirtschaftlich irgendwie so 'ne Sache, über die man dann mal nachdenken muss. (K1PDL 21, Seite 167)

Die Zustimmung der Ärzte zur Einrichtung einer Reha-Assistenz könnte geringer ausfallen, wenn die durch die Reha-Assistentin gewonnene Zeit nicht für intensivere, sondern für mehr Patientenkontakte genutzt werden müsste.

#### **6.8.2 Sachausstattung: Räume und EDV**

Der reibungslose und umfassende Einsatz der Reha-Assistenz hat strukturelle Voraussetzungen. Sie waren nicht immer gegeben. Teilweise gab es Schwierigkeiten mit der sachlichen Ausstattung. Dabei ging es vor allem um geeignete Räume und ein EDV-System, das allen Teammitgliedern den Zugriff auf den Entlassungsbericht gestattet.

Das wichtigste Kriterium für einen guten Raum war seine Lage: möglichst in der Nähe von Arzt- und Schwesternzimmer. Das würde die Zusammenarbeit im Team erleichtern, ferner würden die Rehabilitanden die Reha-Assistentinnen mehr als „Auskunftsbüro“ nutzen. Als ungünstig erlebte diese Reha-Assistentin einen Raum im Keller:

**A:** Ja, leicht. Ich würde mir hier, in diesem Bereich, ein bisschen mehr Zusammenarbeit mit den Schwestern wünschen. Dadurch, dass wir jetzt hier im Keller sind, ist jetzt wieder so eine Barriere. Oben im Haus [Name des Hauses] ist das alles familiärer. Also die – wenn jetzt zum Beispiel die Patienten die Schwestern jetzt nicht finden oder die gerade jetzt keine Zeit haben, dann kommen sie eben zu uns schnell mal, nicht? So, das ist hier gar nicht, nicht? Das ist also – oben, die Ärzte sitzen oben, die Schwestern sitzen oben, nur wir sind so nach unten gepflanzt worden, und das ist das, was mir hier gar nicht gefällt. Das ist schade.

**F:** Ja, wäre schöner auf einer Ebene?

**A:** Ja! Alles auf einer Ebene! Weil wir eben alle auch zusammengehören so, nicht, und das ist hier nicht so, und deswegen ist die Barriere auch hier noch sehr ...

**F:** War kein Raum frei da oben?

**A:** Scheinbar nicht. Also da wollte ich mit Dr. [Name] noch mal drüber sprechen. Weil, das wäre schöner, weil wenn wir aufnehmen und sagen: Gehen Sie gleich nach nebenan, da ist der Doktor! – wäre schöner, ist irgendwie einfacher alles. (K4RA1 47–51, Seite 167)

Alle Reha-Assistentinnen erhoben Informationen, die Eingang in den Entlassungsbericht finden. In Klinik 4 trugen die Reha-Assistentinnen diese Informationen mit eigenen Formulierungen selbständig am PC in die Entlassungsberichtsdatei ein. Bei der Aufnahmeuntersuchung standen den Ärzten diese Informationen per Intranet dann schon zur Verfügung. In anderen Kliniken fehlte die nötige EDV-Ausstattung. Informationen wurden zunächst handschriftlich festgehalten, später diktiert, vom Schreibdienst geschrieben, ausgedruckt und in die Patientenakte gegeben und am Ende noch einmal diktiert und im Rahmen des Arztbriefes ausgedruckt (oder elektronisch versandt). An sich von den Beteiligten für sinnvoll und wünschenswert gehaltene Abläufe ließen sich wegen fehlender EDV-Ausstattung nicht realisieren.

Der Interviewer stellte in den Kliniken 1 bis 3 das Vorgehen aus Klinik 4 zur Diskussion. Der Chefarzt aus Klinik 1 begrüßte den Vorschlag:

Also wie gesagt, das wäre wünschenswert, dass alles, was sie mit dem Patienten besprechen, gleich PC-mäßig festgehalten würde und jederzeit abrufbar wäre. Das wäre eine gute Sache. (K1CA 20, Seite 168)

Der Vorschlag, so zu verfahren, findet auch bei Reha-Assistentinnen Anklang:

**F:** Und der zweite Punkt ist, bei uns [in der Klinik des Interviewers] hauen sie [die Reha-Assistentinnen] alles gleich in den PC. Alles was der Patient sagt, findet der Arzt dann schon wieder im Entwurf des Entlassungsbriefes. Sodass er das gar nicht mehr noch mal diktieren muss. Er kann es angucken, ob er damit einverstanden ist und so, aber ...

**A:** Kann es jeder Zeit ändern dann ja auch.

**F:** Und eigentlich kann es jeder, der mit dem Patient zu tun hat, kann es sehen, was bei dem Gespräch mit der Reha-Assistentin rausgekommen ist. Wie würden Sie das finden?

**A:** Arbeitserleichternd.

**F:** Ja, ja.

**A:** Das wäre wirklich eine Vorgabe, wo man etwas eingibt, wo es keinen Zettelkram gibt – und mit allen Nachteilen des Computers, wenn er mal nicht funktioniert(lachen). Aber generell: natürlich. (K3RA 98–103, Seite 178)

Immerhin auf dem Weg dorthin befindet sich Klinik 2:

**F:** Aber das was Sie erfahren, dass muss der Arzt dann noch mal wieder diktieren?

**A1:** Aber das ist eben noch geplant, dass wir das selber auch noch machen, zukünftig. Diesen Aufnahmebefund anhand des Aufnahmebogens, der sowieso von uns ausgefüllt wird, dass dann noch mal selbst zu diktieren. Aber da sind wir noch nicht weitergekommen. Ist aber geplant.

**F:** Selbst diktieren, nicht schreiben?

**A1:** Nein, diktieren. (K2RA(2) 40–43, Seite 177)

### 6.8.3 Keine Vertretung

Schwierigkeiten traten dadurch auf, dass manche Reha-Assistentin in Urlaubs- und Krankheitszeiten keine Vertretung hatte oder diese nur sehr umständlich zu organisieren war (s. Seite 175 f). Eine Stationsleitung aus Klinik 4:

**F:** Ja, wenn sie [die Reha-Assistentin] nicht da ist, geht's wieder nach dem alten Muster dann?

**A:** Ja, dann läuft gar – dann läuft es nicht. Dann müssen es die Ärzte selber machen, oder es wird gar nicht gemacht, oder – die arrangieren sich ja hier alle, die besprechen sich, und dann wird es am nächsten Morgen nachgeholt. Nur: Dann verzögert sich ja auch das Diktat und so was alles, nicht. (K4P 102–103, Seite 176)

Über die Schwierigkeiten, eine Vertretung zu organisieren, sprach der Pflegedienstleiter der Klinik 1:

Wir sagen ganz einfach, hört mal zu, Ärzte, gebt uns Tätigkeiten im Gegenwert von 32 Stunden, das sind zwei Teilzeitkräfte minus 15 Prozent Ausfall. Wir wollen euch gerne anbieten, dass diese Tätigkeiten immer ausgeübt werden. Also wenn ihr eines Tages sagt, Blutabnahme oder den Fragebogen überprüfen und bestimmte Fragestellungen ergänzen und so weiter, das ist immer unsere Aufgabe, die übernehmen wir auch auf Dauer. Da müsst ihr euch nie darauf einstellen, dass Fräulein X gerade krank und Frau Y gerade im Mutterschutz ist. Das hat euch nicht mehr zu interessieren. Wir übernehmen diese 32 Stunden Arbeit. Das wird aber nicht personengebunden erbracht. Natürlich werden diese beiden Mitarbeiter schwerpunktmäßig in diesen administrativen Bereichen tätig sein. Die sind also auch von den regulären Schichtdiensten befreit. Das hab ich so als Schutz gemacht, damit meine Pflegekräfte die nicht verbraten für Wochenende, Spätdienst und was es auch alles sonst noch Tolles gibt, wo man immer dringend jemand braucht. Da hab ich so ein Hemmnis eingebaut, so ein organisatorisches, aber ansonsten werden diese Tätigkeiten eben über alle Personengruppen dort erbracht. (K1PDL 27, Seite 174)

### 6.8.4 Doppelte Rollen

Schwierigkeiten konnten auch dadurch entstehen, dass dieselbe Person neben ihrer Rolle als Reha-Assistentin noch andere Aufgaben zu erfüllen hatte (s. S. 174 f). So monierte eine Reha-Assistentin aus Klinik 3:

Als Schwierigkeit stellt sich dar, dass ich ja nicht nur als Reha-Assistentin hier arbeite, sondern jetzt eigentlich eine Doppelbelastung habe als Reha-Assistentin und zusätzlich weiterhin ja auch als Krankenschwester hier. Das ist mir ja nicht weggenommen. Also ich mache zwar

die Reha-Assistenz, aber es ist jetzt gerade letzte Woche auch vorgekommen, dass die Zweitkrankenschwester, die im Dienst jetzt ausgefallen ist, da war ich dann alleine mit einem Zivi zur Seite, der gerade ein paar Tage da ist. Das ist dann, das ist schwierig. (K3RA 17, Seite 174)

Und weiter:

**A1:** Es stellt sich manchmal etwas schwierig dar, weil ich dann Patienten weiterschicken muss. Es kostet Zeit, und ich denke, auch aus der Sicht der Kollegen ist es ein bisschen schwierig manchmal, dass ich ja da dann auch raus bin. Wenn ich jetzt da mal rüber gehe [ins Schwesternzimmer], Patienten sprechen mich [dort] an oder das Telefon klingelt, dass ich mir angewöhnen muss, darauf nicht zu reagieren.

**F:** Da haben Sie so Rollenkonflikte?

**A1:** Ja, ja, genau. Also das ist jetzt kein sehr starkes Problem, aber es ist eine Schwierigkeit. (K3RA 21–23, Seite 175)

#### 6.8.5 Doppelbefragung

Je mehr Berufsgruppen an einem Prozess beteiligt sind, desto größer sind die organisatorischen Herausforderungen. Es bestehen verschiedene Gefahren: Arbeiten werden doppelt ausgeführt, die zeitliche Koordination wird schwieriger, an den Schnittstellen können vielerlei Kommunikationsprobleme und Interessenkonflikte auftreten.

Relativ oft berichteten die Rehabilitanden, dass ihnen dieselben Fragen zweimal gestellt wurden: einmal von der Reha-Assistentin, einmal vom Arzt. Das wurde von den Rehabilitanden unterschiedlich bewertet. Manche ärgerten sich darüber:

Bloß das eine, was mich wieder geärgert hat: Dass der Arzt fast noch mal das Gleiche gefragt hat. Da haben sie sich nicht abgesprochen, oder er will es noch nicht begreifen, dass er unterstützt wird. (K2PG4 2/2, Seite 169)

In einer anderen Gruppe hieß es:

**F:** Kam das vor, dass Sie doppelt befragt wurden?

**A4:** Ja, der Arzt hat auch eine Frage gestellt, die vorher schon die Assistentin gestellt hatte.

**A1:** Ja, das stimmt. Das ist richtig. Er hat im Groben fast die gleichen Fragen gestellt.

**A2:** Ja, stimmt.

**A3:** Also ich meine, er hätte nur ein bisschen weiterblättern müssen, aber das war nicht vorne auf seinem Blatt eingetragen, da musste er eben noch mal fragen. Ich habe dann auch zu ihm gesagt, ich habe gesagt: „Das habe ich eben beantwortet, die Frage!“ (K2PG2 229–233, Seite 169)

Andere Rehabilitanden konnten in der Doppelbefragung auch etwas Positives sehen:

**A:** Doch ich. Da hatte sie gesagt, dass es sein kann, dass die Fragen, die sie stellt, vielleicht nochmal wieder auftauchen beim Arzt.

**F:** Und wie finden Sie das?

**A:** Also mich belastet das nicht. Ich fand's nicht schlimm, also ich. Ich fand das nicht schlimm, weil ich fühlte mich dadurch eigentlich ganz gut behandelt, und dass man sich halt kümmert. Weil man ja auch oft den Eindruck hat, dass Ärzte keine Zeit haben und man nichts sagen darf. (K1PG2 12–15, Seite 168)

Wieder andere konnten zwar keinen Sinn darin sehen, ertrugen es aber mit Gelassenheit und einigem Verständnis:

**F:** Gut. Das einzige, was ich vorhin so rausgehört habe: Dass eben der Arzt alles oder vieles noch mal fragte?

**A4:** Ja, das ist richtig, natürlich.

**F:** Hat Sie das nicht geärgert irgendwie?

**A3:** Nee, warum?

**A5:** Nein, das hat mich nicht geärgert. Aber ich fand es irgendwie Blödsinn. Er hätte sich das doch vorher durchlesen können richtig. Und nicht dann da anfangen, wenn er mir gegenüber sitzt oder ich bei ihm sozusagen, das fand ich nicht.

**A3:** Die Aufnahme hätte man genauso machen können.

**A2:** [unverständlich], und dann fragt er das noch mal jetzt. Eigentlich ist das ja Quatsch, aber [unverständlich] mir war es sowieso egal.

**A5:** Nein, aber ich meine nur. Die Frau arbeitet ihm schon im gewissen Sinn dafür hin. Da muss er doch auch damit zufrieden sein. Aber gut, es ist neu, es ist alles auch neu beispielsweise. Und er muss sich ja damit zurechtfinden.

**A2:** Das ist so. (K2PG4 87–95, Seite 169)

Eine Rehabilitandin hatte aufgrund langjähriger einschlägiger Erfahrungen gar keine anderen Erwartungen und hatte sich damit abgefunden:

**F:** Sie sind Kummer gewohnt?

**A3:** Ich weiß das nur, weil ich bin ja nun mit meinen Knien sehr viel im Krankenhaus gewesen. Das ist nie anders gewesen. Die Schwester hat einen Fragebogen ausgefüllt, der Arzt ist gekommen und hat noch mal dasselbe gefragt. (K2PG3 85–86, Seite 169)

Den Reha-Assistentinnen war dieses Problem natürlich bewusst. Manche versuchten damit umzugehen, indem sie die Rehabilitanden darauf vorbereiteten:

**A1:** Also ich sag auch oft: Es kann sein, dass ich Ihnen Fragen stelle, die Herr Doktor Sowie sie Ihnen auch schon gestellt hat, nicht dass Sie sich wundern. „Ja, das macht ja gar nichts. Doppelt hält besser“.

**A2:** Ja, wir sagen das aber auch ganz ehrlich, dass wir dann eben halt fürs Diktat das machen. Meistens erwähne ich das auch so, dass der Arzt den medizinischen Teil macht und wir den nichtmedizinischen Teil einfach machen. (K1RA(2)72–73, Seite 170)

Auch Ärzten war klar, dass sie Fragen doppelt stellten. Warum taten sie das? Eine typische Begründung gab eine Ärztin aus Klinik 1. Ihr war es wichtig, nicht nur sachliche Informationen zu erhalten, sondern sich über manche Dinge selbst im persönlichen Gespräch einen Eindruck zu verschaffen:

Was eine Beschreibung eines Arbeitsplatzes und einer Tätigkeit angeht, finde ich manchmal, muss ich das auch persönlich von demjenigen auch noch mal hören, obwohl die Beschreibung sicher dann sehr genau ist, was die aufnehmen. Aber ich finde, das, was einen Rehabilitanden am Beruf belastet oder an der Tätigkeit belastet, krieg ich irgendwie selbst – im direkten Gespräch, hab ich dann noch mal einen anderen Eindruck, als wenn ich es nur sachlich lese. Und ich denke auch, für den, der Rehabilitand selbst weiß ja auch, welche Auskünfte er jetzt wem macht, und ich finde es im Gespräch für ihn auch leichter oder besser, wenn er den Eindruck hat, dass ich das nicht nur alles einfach irgendwo nachgelesen hab, sondern das vielleicht auch mit ihm persönlich bespreche. (K1A 15, Seite 170)

Ein weiterer Grund: Man traute den von der Reha-Assistentin erhobenen Informationen nicht uneingeschränkt über den Weg und suchte nach einer Bestätigung durch den Rehabilitanden. Eine Ärztin aus Klinik 2:

**A:** Also, ich empfinde das schon als Erleichterung. Beim Rentenversicherungsträger [gemeint ist: bei Rehabilitanden der Rentenversicherung] frage ich trotzdem viele Sachen noch mal nach, weil es für mich einfach einfacher ist. Oder lasse sie mir bestätigen dann diese Sachen. (K2A 23, Seite 170)

Auch der Pflegedienst war sich bewusst, dass er teilweise Fragen wiederholte, die schon die Reha-Assistentin gestellt hatte. Mitschuld trug hier ein Fehler in der EDV-Vernetzung:

**A:** Also die [Reha-Assistentinnen] nehmen die Patienten zuerst auf und kriegen schon ganz viel raus, was manchmal auch doppelt läuft in der Befragung, weil unser Stammblatt – die Pflegeanamnese –, einige Fragen werden da schon beantwortet vorher. Wir könnten eigentlich theoretisch, also das ist so ein bisschen auch, was von vielen bemängelt wird, von den Patienten. Sie sagen: „Och, das hab ich alles gerade eben der anderen schon erzählt, und wissen Sie und jetzt nochmal.“ Also, es kommt doch ab und zu mal vor, dass die sich so doppelt und dreifach ausgefragt fühlen. Deswegen versuchen wir, wenn der Patient gerade eben bei der Reha-Assistenz war, dass dann nicht wir dann gleich hinterankommen, weil das hat so diesen Charme: „Oh Gott, jetzt fragt sie mich genau das Gleiche.“

**F:** Ja, können Sie denn – die Reha-Assistentin tippt ja vieles da in den PC, was sie ...



**A:** Da haben wir keinen Zugriff drauf.

**F:** Da haben Sie keinen Zugriff drauf?

**A:** Also da arbeiten wir nicht mit. Also vielleicht haben wir einen Zugriff drauf, aber da arbeiten wir gar nicht mit, weil das ist ja der Brief, der da hinterlegt ist, also da gibt es ja richtige Bausteine, und den kennen wir so inhaltlich gar nicht, und das wird ja so verpackt in diese Arztbriefform sozusagen, nicht. (K4P 13–17, Seite 171)

Für den Interviewer gab es in diesem Zusammenhang einen ganz augenfälligen Schwachpunkt in Klinik 1. Hier war es in der Mehrzahl der Fälle so, dass die Rehabilitanden zuerst die ärztliche Aufnahmeuntersuchung durchliefen, bevor sie in Kontakt mit der Reha-Assistentin kamen. Damit fiel ein großer Teil der Entlastungsmöglichkeiten für den Arzt weg. Außerdem kam es zwangsläufig zu Doppelbefragungen. Dieses Vorgehen verringert den Wert der Reha-Assistentin erheblich.

#### **6.8.6 Spätanreisen**

Am Aufnahmetag muss viel erledigt werden. Der Rehabilitand durchläuft verschiedene Stationen bis hin zur ärztlichen Aufnahmeuntersuchung. Diese muss am ersten Tag erfolgen (zumindest müssen eventuelle Risiken erkannt und berücksichtigt werden). Die Kette der Stationen wird durch die Einführung der Reha-Assistenz noch länger. Das kann zu Problemen führen, wenn mehrere Rehabilitanden erst am Nachmittag in der Klinik eintreffen – die so genannten Spätanreisen:

**A1:** Das ist ja teilweise immer noch so, dass die Patienten ja so sehr spät auch anreisen. Und umso mehr Aufnahmen wir haben, umso mehr kommen wir ja auch ins Schwimmen. Also, manchmal kommt ein Patient erst um halb vier ...

**F:** Dann kriegt man es gar nicht mehr hin?

**A1:** Schwer. Und dann ist eben ein Gehetze zum Arzt, zu uns, zum EKG. Und irgendwie, der Patient ist neu, der ist durcheinander, der ist schnell überfordert. Und dann hat man nicht mehr die Ruhe, die man eigentlich mit so einem Patienten haben muss. (K2RA(2) 57–59, Seite 171)

Ähnlich schilderte es die Kollegin aus Klinik 3:

**A:** Und ich muss es dann halt hinbekommen, die Ärzte zufriedenzustellen. Ihnen auch so ungefähr vielleicht schon zu sagen, wie es wird. Und im anderen Fall auch die Patienten nicht zu überlasten. Weil es ist schon manchmal haarig, wenn dann die Patienten spät anreisen, die Ärzte stehen alle Gewehr bei Fuß, wollen anfangen. Und ich muss nun von den Patienten, das mache ich also oft, dass ich die medizinischen Unterlagen einsammele, einsehe und auch nach Aktualität sortiere, gucke, was ist überhaupt – was brauchen wir.

**F:** Was die so mitbringen, oder?

**A:** Genau. Das ist in der Regel im Koffer. Dann auch die Fragebögen, die sie zugeschickt bekommen, die der Arzt braucht zur Aufnahmeuntersuchung, die sind oft noch nicht ausgefüllt oder nicht zurückgeschickt oder noch im Koffer. Also das wird alles so vorher geregelt, und der Patient kommt, und der Arzt möchte ihn vielleicht in 20 Minuten schon sehen oder in einer Viertelstunde, am besten sofort. Dann ist das wirklich so eine Sache, dass ich den Patienten nicht überfordere, das das nicht ganz so schlimm wirkt auf ihn, und trotzdem muss ich ja vorwärts kommen. (K3RA 41–43, Seite 171)

Eine Ärztin hat für sich das Problem so gelöst, dass sie in diesem Fall auf die Arbeit der Reha-Assistentin verzichtet:

**F:** Wie machen Sie das, wenn die Patienten spät kommen?

**A:** Dann muss ich Sie allein aufnehmen.

**F:** Ja?

**A:** Ja, bleibt auch so. Also, na klar kann ich sie medizinisch aufnehmen, und dann sag ich, am nächsten Tag kann die Reha-Assistentin den Rest machen, aber es macht für mich keinen Sinn. Dann mach ich sie alleine. (K4A 62–65, Seite 172)

#### 6.8.7 Zusammenarbeit im Team

Mehrfach wurde betont, dass die stärker arbeitsteilige Organisationsform die reibungslose Zusammenarbeit im Team besonders wichtig macht. Eine Ärztin aus Klinik 4 hatte mit verschiedenen Personen als Reha-Assistentinnen zusammengearbeitet und erlebte den Unterschied zur Vorgängerin eher als weniger günstig:

**A:** Ja, und ich finde auch, die Chemie muss stimmen. Aber das ist ja überall so, nicht? Überall, wo man im Team arbeitet, ist es immer günstig, wenn das stimmt.

**F:** Ja, klar, ja. Ist das hier besonders wichtig?

**A:** Ja. Ich finde ja. Es ärgert einen, wenn man immer wieder Sachen sagt, und die nicht umgesetzt werden. Man liest sie immer wieder. Wenn solche Briefe – wir haben ja auch oft standardangelegte Briefe – das muss gelöscht werden – (F: lacht: weiß jeder) – und die werden, also man ist ja ein Gewohnheitstier, nicht, und wenn dann da irgendetwas falsch und verändert wird und umgedreht wird, dann kriegt man schon die Krise, weil man muss das dann alles wieder umändern. Und das macht mehr Arbeit. Das ist nicht gut. (K4A 106–109, Seite 173)

Daher auch ihr Wunsch:

**A:** Organisatorisch, finde ich, sollte man eine Reha-Assistenz da belassen, für mehrere Jahre an einem Ort belassen, und sie nicht hin- und herswitchen, wie es manchmal der Fall ist, nicht?

**F:** Damit sie mit den Abläufen vertraut ist?

**A:** Abläufe, ja. Inhalt des Fachgebietes, Organisation der Station, Ausgaben auf der Station. Es gibt ja häufig so Fragen der Patienten: „Wann gibt's denn Essen?“ Das weiß ich nicht, ja,

und wenn ich schon die Frage gestellt krieg, dann muss ich leider immer darauf verweisen, dass ich das nicht weiß (F: Peinlich?), solche Sachen werden ja vielleicht schon abgefangen, wenn die Patienten dann erst bei der Reha-Assistenz sind, die sich gut auskennt. Also ich finde dann: Bitte jahrelang eine da lassen, wenn es irgendwie machbar ist, und nicht tausendmal hin- und hertauschen, nicht?(K4A 102–104, Seite 172)

Die Einrichtung einer Reha-Assistentin scheint aber nicht per se Teamschwierigkeiten zu begünstigen. Deutliche Klagen waren nicht zu hören. Typisch eher die Äußerung einer Reha-Assistentin aus Klinik 3:

**F:** Gibt es in der Zusammenarbeit irgendwie Probleme?

**A1:** Wenn, sprechen wir das an. Das muss ich wirklich sagen, auch unsere Ärzte hier. Menschen sind alle verschieden und wenn wir das Gefühl haben, da ist irgendwas, dann entweder werde ich angesprochen oder ich spreche die Ärzte an. Also das war noch nicht einmal der Fall in der ganzen Zeit. Das geht gut.(K3RA 125–126, Seite 172)

Die Vielzahl der Schnittstellen kann bei entsprechend sensibilisierten Rehabilitanden Sorgen wecken. Bei manchen erzeugte die neue Schnittstelle „Reha-Assistentin“ Bedenken, ob die Informationsweiterleitung gelingt.

**A:** Genau. Wenn die Informationen, die ich dieser Assistentin gebe, dort ankommen, ist das okay. Gut, dass weiß ich natürlich nicht, es kann ja auch sein, dass das eben halt nicht weiter getragen wird oder eben auch nur auf dem Papier steht, und der Arzt dann nicht drauf schaut. Das weiß ich ja nicht.

**F:** Hatten Sie den Eindruck, oder?

**A:** Nee, nee. Das ist nur so eine Überlegung, die ich habe. Das könnte ja sein.(K1PG2 17–19, Seite 172)

### 6.8.8 Zeitkritische Abläufe

Manchmal traten Probleme mit anderen Abteilungen auf. Ein zusätzlicher Termin am Aufnahmetag erzeugt zwangsläufig mehr Risiken für Terminüberschneidungen (s. S. 173). So war es u. a. in Klinik 2:

**F:** Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten, die bei diesen Aufgaben auftreten?

**A2:** Wir hatten eine Zeit lang Schwierigkeiten, dass uns die Therapeuten in die Quere gekommen sind. Weil die machen am Aufnahmetag ja auch ihre Aufnahmen mit den Patienten. Und dass, wenn wir dann noch was mit den Patienten zu tun hatten, dass sie dann dazwischen gefunkt haben. Aber jetzt im Moment...

**F:** In welcher Weise dazwischen gefunkt?

**A2:** Wenn wir nachmittags die EKGs geschrieben haben, war eigentlich immer klar, dass die Patienten auf ihren Zimmern bleiben sollten, dass da nichts anderes dann passieren sollte.

Und die Therapeuten haben uns die Patienten dann weggeschnappt, und dann waren sie weg.

F: Achso, die Zeitabstimmung. (K2RA(2) 51–55, Seite 173)

### 6.8.9 Möglichkeiten der Weiterentwicklung

Die verschiedenen Gruppen äußerten einige Gedanken oder Wünsche, wie sich das Projekt in ihren Kliniken weiterentwickeln könnte, oder nahmen Stellung zu diesbezüglichen Vorschlägen des Interviewers. Es ging dabei meist um eine Ausweitung der Aufgaben, eine andere Aufgabenverteilung oder um eine Ausweitung der Reha-Assistenz in weitere Klinikbereiche.

Dort, wo es noch nicht eingeführt war, konnten sich die Beteiligten gut vorstellen, dass die Reha-Assistentinnen die Arbeitsbereiche Anamnese, Screenings, Nachsorge sowie die Funktion der Ansprechpartnerin übernehmen. Es folgen einige Beispiele. Zum Thema Übernahme der Sozialanamnese äußerten sich eine Reha-Assistentin und ein Oberarzt so:

F: Wenn Sie jetzt mal so phantasieren sollten, was Sie noch alles so als Reha-Assistentin machen könnten, wenn Sie Zeit genug hätten und so etwas. Was wäre das?

A: Ja, zum Beispiel die Sozialanamnese könnte man erstellen ohne weiteres. Und man könnte sicherlich auch eingebunden werden in verschiedene Screenings. Da gibt es ja immer wieder neue Fragebögen, neue Sache, wo man in der Vorbereitung eingebunden sein könnte, um dem Patienten das näher zu bringen, dass er auch weiß, was er ausfüllt dann, was das für einen Sinn hat.

F: Und so eine allgemeine Anamnese? So: Familie, Kinderkrankheiten – muss doch auch immer wieder erfragt werden?

A: Das würde alles gehen. Da gäbe es ja auch Vorgaben, wonach man sich weiter ranhangelt, würde ich mal sagen. Das würde auf jeden Fall gehen, ja. (K3RA 86–89, Seite 177)

F: Auch mal angenommen, die [die Reha-Assistentinnen] hätten Zeit genug für alles Mögliche. Also, was ich jetzt in anderen Kliniken gesehen habe ist zum Beispiel, dass sie die Sozialanamnese machen?!

A: Ja, gut. Daran habe ich jetzt noch gar nicht gedacht. Aber das wäre theoretisch denkbar, aber die Arbeit der Sozialanamnese muss man immer noch mal hinterfragen. Die ist auch vorab schon in den Anamnesefragen, die verschickt werden, erfasst. Insofern hat sich das gedanklich gar nicht so gestellt. Also die Idee ist automatisch doch gut, es wird natürlich geprüft. Letzte Woche, ein Fall, waren diese Fragebögen ausgefüllt. Und dann gab's Nachfragen. Und dann haben wir das tatsächlich pro Patient noch gemacht, und ich konnte mir das noch kurz angucken, bevor der Patient kam. (K3OA 16–17, Seite 180)

Übernahme von Arbeiten aus dem Bereich der Pflege erörterten diese Reha-Assistentin sowie eine Pflegekraft:

**F:** Und so, dass Sie für sich selbst noch weitere Aufgaben sehen, wo Sie denken, das könnten wir doch auch machen oder so? Zum Beispiel habe ich aus einer anderen Klinik gehört, da machen sie so was wie Blutdruck messen noch oder EKGs sogar schreiben?

**A:** Ja, Blutdruck messen, Puls fühlen, ja Gewicht und Größe, das können wir ja sowieso, würd ich schon gerne machen. Würde ich auch sagen: ist sinnvoll. Aber ich weiß jetzt nicht, ob man den Schwestern da zu sehr ins Gehege kommt.

**F:** Aber die wären vielleicht froh, wenn sie es los wären?

**A:** Ja, das kann natürlich sein. Also, wenn man dann bei der Aufnahme gleich Blutdruck und – ja, ist sicher sinnvoll. (K4RA2 108–111, Seite 179)

**A:** Ja, wir haben ja auch schon mal so versucht, also theoretisch könnten, das hab ich ja auch schon mal gesagt, die Reha-Assistentinnen, die könnten noch mehr erfragen, nämlich im Prinzip – dann geht es aber in Richtung mehr Pflegeerhebung, so, nicht, ...

**F:** Das würden Sie ihnen zutrauen?

**A:** Ja, ja. Also eine Arzthelferin, eine ausgebildete, und eine Reha-Assistenz, die richtig geschult ist. (K4P 23–25, Seite 182)

Reha-Assistentinnen könnten Rehabilitanden während ihres Aufenthaltes helfen, bestimmte Auskünfte, Bescheinigungen o. ä. zu erhalten. Sie könnten Ansprechpartner sein für Fragen, die nicht unmittelbar medizinischer Natur sind. Zum Beispiel

Es sind ja auch oftmals Patienten, die denn auch mal kommen und mal eine Bescheinigung für den Arbeitgeber brauchen. Wenn man das ein bisschen organisieren kann, noch ein bisschen besser organisieren kann eben halt, denn glaub ich auch, dass man das so aus dem Vorzimmer auch nehmen könnte und das denn einer Reha-Assistentin geben kann. Weil das sind meistens meist nur einmalige Geschichten, dass zur Anreise oder bei einer Verlängerung dann doch noch mal was benötigt wird. (K1RA(2) 114, Seite 177)

Das haben sich auch Rehabilitanden gewünscht:

**F:** Dann frage ich mal so: Würden Sie es denn gut finden, wenn es da noch jemanden gäbe, wo Sie sagen, wenn Sie irgendwelche Fragen haben, wie das organisatorisch läuft hier, wo man was hier finden kann oder irgendeine andere Frage. Würden Sie das gut finden, wenn Sie da so eine Ansprechpartnerin hätten?

**A1:** Ja!

**A2:** Ja, ja, ja!

**A1:** Wenn man weiß, wo die sitzt, sodass man sie auch erreichen kann. (K2PG2 85–88, Seite 183)

Und schließlich fallen regelmäßig irgendwelche organisatorischen oder logistischen Aufgaben an, die eine Reha-Assistentin gut übernehmen könnte. Das fand eine Pflegekraft:

**F:** Könnten Sie sich da vorstellen, dass die Reha-Assistentin Ihnen von Ihren Aufgaben noch irgendetwas abnimmt?

**A1:** Ja.

**F:** Ja, was, was könnte denn das sein?

**A1:** Es gibt eine Menge Dinge, die – was den Papierkram hier angeht, Vorbereitung [unverständlich] Zugänge, Bestellungen machen, solche Sachen.

**F:** Bestellungen von?

**A1:** Bürobestellungen zum Beispiel, alles, was zum Beispiel – wo sie nicht groß aus diesem Zimmer weg muss, weil es muss ja ein Ansprechpartner da sein.

**F:** Also so organisatorische Dinge, Büroarbeiten, Sekretariatsarbeiten sozusagen, so was, das könnte es noch sein?

**A1:** Ja, was man hier in diesem Zimmer machen kann. (K3P(2) 60–67, Seite 181)

Daneben traten Wünsche auf, die Reha-Assistenz generell personell aufzustocken. Eine Reha-Assistentin:

**F:** Haben Sie noch Ideen, wie man das noch ausbauen oder verbessern könnte?

**A:** Ja, wichtig ist glaube ich, wie jetzt auch hier in diesem Haus [Name], manche Ärzte können wir unterstützen und die anderen nicht. Da müssen wir einfach sagen, geht nicht, nicht? Und das müsste also komplett eigentlich, das ganz egal, welche Station ...

**F:** Weil Sie zu wenige sind?

**A:** Weil wir zu wenige sind. Und das ist schlecht. Für einen Arzt können wir es dann machen, und für den anderen nicht. Das ist das eigentlich, was vielleicht, äh, oder bestimmt geändert werden sollte. (R4RA2 102–105, Seite 178)

Im selben Sinn äußerte sich eine Ärztin:

**F:** Ja, fällt Ihnen sonst noch irgendetwas ein dazu, irgendwelche Schwierigkeiten, irgendwelche Wünsche?

**A:** Mehr Arztassistenten, auf jeder Station. Ja, ist so. Also, ich hab ja alle Seiten kennengelernt. (K4A 142–143, Seite 181)

## 7 Andere Organisationsmodelle

In diesem Abschnitt vergleichen wir die Reha-Assistenz mit anderen Modellen: Wir beschreiben noch einmal die herkömmliche Arbeitsteilung und dann zwei Modelle mit anders organisierten Assistenzkräften.

### 7.1 Das herkömmliche Modell

Die Arbeiten, die die Reha-Assistentinnen ganz oder teilweise übernommen hatten, werden in herkömmlichen Organisationsmodellen von Ärzten, Pflegekräften und Schreibdiensten erledigt.

Die Schreibdienste sind meist zentral organisiert („Schreibpool“), teilweise auch ausgelagert (outgesourct). Sie schreiben hauptsächlich die von Ärzten diktierten Entlassungsberichte und andere externe Korrespondenz. Eine persönliche Zuordnung besteht meist nicht, jeder schreibt für jeden.

Ärzte erheben die Anamnese und alle für den Entlassungsbericht nötigen Informationen vollständig allein. Die Pflege erhebt die Pflegeanamnese und weist die Rehabilitanden in die Stationsabläufe ein. Sie ist häufig erste Ansprechstation für alle möglichen Fragen und gibt Auskünfte.

Wer erledigt die zahlreichen organisatorischen und bürokratischen Arbeiten? Wer füllt Formulare aus für die Anforderung zusätzlicher Diagnostik? Für Verlängerungen und Nachsorge? Wer legt Termine fest? Wer nimmt Kontakt auf mit Stellen außerhalb der Klinik? Die Verteilung dieser und ähnlicher Arbeiten auf Ärzte und Pflege ist von Klinik zu Klinik verschieden, manchmal sogar innerhalb einer Klinik von Station zu Station. Qualifiziert – besser gesagt: überqualifiziert – sind beide Berufsgruppen. Teilweise hängt es ab von den persönlichen Vorlieben, der Hilfsbereitschaft oder dem Durchsetzungsvermögen der beteiligten Personen, selten von einer systematischen Analyse. Jede Gruppe versucht tendenziell, möglichst viele dieser Arbeiten an die andere Gruppe abzugeben, die sich ihrerseits mehr oder weniger erfolgreich dagegen wehrt. In manchen Kliniken gibt es spezielle Hilfskräfte für eng umschriebene Aufgaben, zum Beispiel für Aufgaben, die erst in den letzten Jahren wichtiger geworden sind wie etwa die Nachsorge oder das Auswerten von Fragebögen.

Die nähere Untersuchung aller dieser Lösungen versprach nach ersten Erkundungen des Feldes keinen großen Erkenntnisgewinn. Sie erschienen in ihrer Beliebigkeit alle gleich gut oder schlecht. Wir gehen im Folgenden auf zwei solche Einheiten ein, aber mit einem zusätzlichen Gesichtspunkt: Die Ärzte dieser Einheiten haben sich beide mit der Möglichkeit auseinandergesetzt, eine Reha-Assistentin zu installieren. Der eine thematisiert eher die damit verbundenen Befürchtungen, der andere die Hoffnungen.

### 7.1.1 Klinik 8: Ein sehr erfahrener Arzt

In Klinik 8 begegneten wir einem sehr erfahrenen rheumatologischen Oberarzt, der am herkömmlichen System eigentlich nichts ändern möchte. Er hat mit Kompetenz und Routine die Abläufe so effektiv gestaltet, dass er sich persönlich vom Einsatz einer Assistenzkraft nur wenig Gewinn verspricht. Seine Bedenken betreffen eventuelle neu entstehende organisatorische Schwierigkeiten, die fragliche Kompetenz der Reha-Assistentinnen, die angebliche Zeitersparnis sowie die drohende Konsequenz, mehr Patienten „durchschleusen“ zu müssen.

Der Arzt sah ganz richtig, dass die Einführung einer weiteren Etappe im Aufnahmeprozess zu Schwierigkeiten führen könnte. Solche Schwierigkeiten traten ja teilweise tatsächlich auf, etwa bei Spätanreisen.

Nein, ich möchte nur nicht jetzt – wenn ich jetzt den Ablauf hab, und es kommen heute fünf Patienten und ich hab jetzt Zeit, dann möchte ich den sozusagen verarbeiten und nicht noch eine halbe Stunde warten, nur weil er den Termin bei den Reha-Assistentinnen noch nicht hatte, das meine ich damit. Also, das soll nicht ... man kann das ja so machen, dass im Prinzip die Patienten, wenn sie zeitig da sind, da vorher vorbeigehen und dann zu mir kommen, aber wie gesagt, wenn ich dann Zeit habe und eigentlich arbeiten möchte, dass ich dann nicht auf die Patienten warten muss, nur weil diese Schleife noch nicht durchlaufen ist.

Zweifel, ob die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen seien, bestanden in mehrfacher Hinsicht, etwa zum Thema Erfassen der Medikation:

Die sollen bitte, die sollen keine Medikamente erfragen. Das finde ich problematisch. Weil ich weiß nicht, wie die das aufschreiben. Ich sortiere mir die nach Zugehörigkeit, ich ändere häufig auch primär direkt die Medikamente bei der Aufnahme. Die Reha-Assistentinnen müssten auch wissen, wonach sie fragen, in der Vergangenheit – welche Basistherapie die Patienten hatten. Ich glaub, das mach ich lieber selber.

An anderer Stelle:

**F:** Sie [die Reha-Assistentinnen] können das nicht prüfen, ob das stimmt. Oder sie können schon gar nicht verordnen, dass es so weitergehen soll, das ist ja klar. Aber es würde Ihnen einfach vorliegen, was der Patient gesagt hat zu dem Thema.

**A:** Ja, da bin ich mir nicht ganz sicher. Wenn ich das alles sowieso überprüfen muss, kann ich es auch selber abfragen. Das ist halt doppelte Arbeit, und bei den Medikamenten muss man ziemlich genau wissen: Wieviel Cortison, wann, wann MTX, gespritzt, geschluckt, welche Dosis, wann geändert und solche Geschichten. Ich glaub, da sind die Reha-Assistentinnen überfordert. Also das, glaube ich, möchte ich auch nicht so gerne machen, wenn ich's eh nachfragen muss.



Generell würde die Gefahr steigen, dass etwas übersehen wird:

Also ich hab ein bisschen Angst, mir das aus der Hand nehmen zu lassen. Wenn ich dann plötzlich vor Entlassung erkenne: Da ist ein Problem nicht angefasst worden, weil ich es nicht hinterfragt habe.

Ein weiteres Bedenken betraf die Frage: Wie viel Zeit spart die Reha-Assistentin dem Arzt wirklich ein?

F: Zum Beispiel vieles, was Sie eben diktieren haben, das haben die [Reha-Assistentinnen] schon geschrieben, wenn der Patient zu Ihnen kommt. Also diese ganzen – alles, was nicht die akute, die akute Anamnese betrifft. Das steht schon in Ihrem Computer, wenn der Patient reinkommt, ja? Dass, also von ärztlicher Seite ...

A: Das würde für mich aber bedeuten, dann müsste ich da wieder reingucken.

F: Da müssten Sie reingucken, ja. Das mögen Sie nicht so, ja? Oder auf Papier ausgedruckt kriegen?

A: Ja, oder wie auch immer, also ich hol mir die Akte, ich schlag sie auf, ich hab so viel Befunde noch da durchzusehen, ob mir das denn – also zeitlich, wenn ich das alles wieder aufblättern muss, um da reinzusehen, was da gewesen ist – ich muss ja auch letztlich wissen, um was es geht.

Der Interviewer konnte zu Beginn des Gespräches miterleben, wie der Arzt in beeindruckendem Tempo und mit höchster Konzentration einen Aufnahmebefund mit einer Vielzahl von Details frei memorierend diktierte<sup>6</sup>. Dahinter standen mehr als zwanzig Jahre Routine mit eingefahrenen Arbeitsschritten. Dass eine Änderung dieses Ablaufes zunächst Schwierigkeiten mit sich bringen würde, scheint verständlich zu sein:

A: Ich muss da natürlich bei so einer Umstellung nachdenken, was brauche ich jetzt nicht zu diktieren. Das blockiert mich in dem Augenblick ganz so.

F: Ja, natürlich, das ist ja so in zwanzig Jahren eingefahren.

A: Ja, zweiundzwanzig Jahren. Das ist dann irgendwann nachher auch eine Routinegeschichte.

Eine weitere, durchaus berechtigte Befürchtung war, dass die eventuell durch den Einsatz einer Reha-Assistentin gewonnene Zeit keineswegs dafür zur Verfügung stehen würde, sich eingehender mit den medizinischen Problemen der Rehabilitanden auseinanderzusetzen. Vielmehr sei damit zu rechnen, dass der Arzt mehr Rehabilitanden als zuvor betreuen müsse:

<sup>6</sup> Der Name des Rehabilitanden / der Rehabilitandin oder andere Merkmale, die zu einer Identifizierung hätten führen können, wurden im Beisein des Interviewers nicht erwähnt.

Entschuldigung, die Reha-Assistenz, und das ist ja, was so ein bisschen im Hintergrund steht, soll uns ja Arbeit abnehmen. Das soll aber nicht indirekt bedeuten, dass wir dann deswegen mehr Patienten durchschleusen können. Das hab ich nämlich im Hinterkopf. Uns soll Arbeit abgenommen werden, dann heißt es: „Ja wieso, das habt ihr ja gerade, ihr könnt noch ein paar Patienten mehr machen.“ Genau die Gefahr sehe ich nämlich.

Neben den befürchteten Nachteilen einer Reha-Assistentin konnte der Arzt jedoch auch sinnvolle Einsatzmöglichkeiten angeben. Sie betrafen das Erheben einiger Befunde und Assessments:

**F:** Ja, und, sagen Sie mal so, wenn Sie so arbeiten im täglichen Ablauf, da gibt es wenig, wo Sie sagen würden: „Na, das könnte auch ein anderer machen!“, oder: „Das könnte mir doch jemand abnehmen!“

**A:** Also abnehmen könnte mir jemand das Messen der Größe und des Gewichts, zum Beispiel, und Blutdruck messen zum Beispiel.

**F:** Ja, und dann sagten Sie, diese Assessmentbögen?

**A:** Ja, ja, wir haben ja speziell diese Assessmentbögen für unsere Fibromyalgiepatienten, rheumatoide Arthritis, Bechterew und auch die Kollagenosen, und wir haben das eine Zeitlang mal konsequent gemacht als [Name] noch hier war, wo wir dann weniger Patienten hatten oder – im Augenblick sind wir ja zu zweit nur und müssen das bewältigen. Das Austeilen der Bögen ist kein Problem, aber ich hab keine Zeit, das auszuwerten, wenn ich meine Arbeit schaffen soll. Das Zusammenzählen von Scores und die Fibromyalgiegeschichte ist ein bisschen kompliziert, das gibt's so ein Programm – also wenn das sozusagen jemand übernehmen könnte, dass wir dem Patienten bei der Aufnahme vielleicht sagen, also die Bögen kriegt ihr in die Hand, und dass die Reha-Assistentinnen dann wissen, was sie vor Entlassung noch mal auszuteilen haben und entsprechend Aufnahme- und Entlassungsbögen auswerten und dann auf irgendeinem Zettel, kann man ja fertig machen, diese Daten hinterlegen, und wir können das beim Diktat sozusagen in den Abschlussbericht mit hineinnehmen.

Auch gegen die Erhebung von bestimmten Teilen der Anamnese hätte der Arzt keine grundsätzlichen Einwände:

**F:** Und so diese ganzen Dinge, die man immer so erfragen muss da für den Brief, ja also auch so Sozialanamnese, Familienanamnese, diese ganzen Sachen, wenn Ihnen das schon so vorliegen würde, wenn der Patient kommt?

**A:** Das wäre nicht schlecht, ja.

**F:** Ja, ich meine, das machen sie [die Reha-Assistentinnen] ja.

**A:** Das wäre ja auch in Ordnung, ja.

Als weiteres Entlastungsgebiet fiel ihm die Nachsorge ein – allerdings nicht, ohne auf die besonderen Ansprüche seines Fachs hinzuweisen:

Die Nachsorge, denke ich mal, die kann man auch laufen lassen, da muss man aber dann auch die Damen darauf ansprechen, dass es eben auch ein bisschen anders läuft als bei den orthopädischen Patienten.

Unter dem Eindruck zustimmender Kollegenurteile und unter Abwägung aller Gesichtspunkte kam dieser Arzt zu dem Schluss, dass man es „mal probieren“ könne:

Also ich weiß nur, Frau [Name einer Kollegin mit Reha-Assistentin] ist da begeistert von, weil es läuft ja auch nur partiell, also nicht in allen Stockwerken, ist so auf einzelne Bereiche konzentriert, und es hieß, wir sollten auch irgendwann so eine Reha-Assistentin kriegen. Von mir aus, ja – wenn die vernünftig eingearbeitet wird und weiß, worauf es ankommt, kann man das ja mal probieren.

### 7.1.2 Klinik 7: Vor der Einführung der Reha-Assistenz

Das Interview mit dem Chefarzt beleuchtet die Situation einer Klinik ohne Reha-Assistenz, in der im Bewusstsein mancher Probleme nach neuen Lösungen gesucht wurde. Welche Absichten bestanden? Welche Fragen tauchten auf? Welche Probleme ergaben sich?

Angeregt wurde der Chefarzt u.a. durch – allerdings teilweise gescheiterte – Versuche anderer Abteilungen, eine Reha-Assistenz einzuführen:

Also wir haben eine in der Neurologie, wo das mal ausprobiert wurde, und eine momentan in der Geriatrie. In der Neurologie hat es offensichtlich nicht so richtig hingehauen. War aber auch ein bisschen unglücklicher Zeitpunkt. Frau [Name Chefärztin] ist ja gegangen, das ist ja bekannt. Und von daher hatte offensichtlich keiner richtig Zeit und Muße, die Person einzuarbeiten, das durchzustrukturieren. Und das war sicherlich unglücklich, der Zeitpunkt. (5/1, Seite 184)

Weitere Anregungen kamen aus dem Klinikverbund, zu dem Klinik 7 gehört (Verbund Norddeutscher Rehakliniken, VNR). Dort gab es Kliniken, die erfolgreich Reha-Assistentinnen einsetzten und sogar ausbildeten.

Und ich habe da auch schon mal diverse Gespräche geführt, gerade im VNR-Rahmen. Zum Beispiel [Name Klinik und Chefarzt] ja, mit dem ich ein sehr gutes Verhältnis habe, der ja so etwas hat. Der hat ja vier Reha-Assistentinnen, der mir schon mal gesagt hat, wie er das bei sich hat, wie die bei ihm eingesetzt werden. (5/2, Seite 184)

Der konkrete Anlass, der die Gedanken über die Reha-Assistenz aktuell werden ließ, war: Die Klinik stand kurz davor, ein neues EDV-System (Krankenhausinformationssystem, KIS) einzuführen. Im Zuge dieser Einführung mussten ohnehin zahlreiche Abläufe überdacht werden:

Also noch haben wir sie [die Arztstellen] alle besetzt. Es ist so nicht momentan, wir haben keinen Personalmangel. Wir haben alle Stellen besetzt. Wir sind in einer sehr komfortablen Si-

tuation dabei, also es ist jetzt da kein Druck, von daher ist auch bisher nicht so großer Druck, sodass wir das schnell umsetzen müssen. Sondern ich hab das auch immer so in Kombination mit dem KIS-System gesehen und gesagt, okay, wenn das kommt, dann brauchen wir das. Aber momentan, wenn die eh noch nichts in den Computer eingeben kann, dann müssten wir jetzt erstmal die Papierprozesse ändern und in drei Monaten noch mal die EDV. Nee, dann fangen wir besser in drei Monaten damit an. Mit ein bisschen Vorbereitungszeit, das ja, für die. Ich hätte sie gerne so einen Monat bevor das KIS-System richtig startet. Dass ich die hier einlernen kann, zumindest ein oder zwei. Sodass das dann so ein fließender Übergang ist. (114, Seite 186)

Der Chefarzt beklagte bestehende Probleme bei den aktuellen Prozessen und erhoffte sich mehrfachen Gewinn: schlankere organisatorische Abläufe, mehr Qualität und Begegnen einer eventuellen künftigen Schwierigkeit, Arztstellen besetzen zu können.

**A:** Es sind ja so viele Sachen. Alleine, wenn ich mal überlege: Der Patient schreibt die Medikamente auf, die er einnimmt. Dann stehen noch mal Medikamente im Entlassungsbericht drin vom Krankenhaus, die stimmen oft nicht überein. Dann guckt man das als Arzt durch. Man schreibt das in die Planette in den Anordnungsbogen. Die Schwester überträgt das auf den Tagesbogen, die wir da so haben. Und ich diktiere es danach noch mal für den Entlassungsbrief ab. Und jedes Mal sind Fehlermöglichkeiten dabei. Dass was falsch geschrieben wird, dass die Dosis nicht stimmt oder so etwas. Das ist so fehlerträchtig, das System, und so arbeitsaufwendig durch das mehrfache Schreiben. Das als Beispiel, wo wir sagen würden: Das macht das neue System anders. Da wird das einmal eingegeben. Wenn das zum Beispiel eine Reha-Assistenz macht, dann hakt der Arzt das nur noch ab, ob das in Ordnung ist. Und hinterher laufen die Medikamente automatisch in den Entlassungsbericht mit ein. Und da erhoffe ich mir erstens eine Verschlankung der Arbeitsprozesse und zweitens auch weniger Fehleranfälligkeiten.

**F:** Also Ihre Motivation ist eigentlich, Prozesse zu verbessern?

**A:** Ja. Es sind ja auch, wenn wir uns das mal anschauen: Wir haben ja letztendlich mehrere. Also erst mal haben wir dieses Krankenhausinformationssystem, was ich da für notwendig halte, weil vieles doppelt und dreifach geschrieben wird. Ob es nun die Diagnosen sind, dann werden die Diagnosen per Hand hier drauf geschrieben, dann werden sie noch mal auf den Therapieverordnungsbogen geschrieben, dann werden sie noch einmal diktiert. Das kann ich oft nicht lesen, wenn das jemand anderes schreibt, das ist unleserlich, ja? Kurven sind immer physikalisch nur an einem Ort vorhanden. Wenn Konsil ist, ist es schwierig, die dort hinzubekommen, Transportdienst usw. Wir haben Ärztemangel, wir haben Mangel im pflegerischen Bereich, Personalprobleme. Das Personal, was wir finden im pflegerischen Bereich, im Ärztebereich, oft mit Migrationshintergrund, hat oft nicht so gute Voraussetzungen EDV-technisch. Und da erhoffe ich mir schon, wenn wir da eine Reha-Assistenz, zum Beispiel eine Arzthelferin oder so etwas mit dieser Ausbildung finden, dass die da sehr viel Erfahrung mit haben oder eine gewisse Erfahrung mitbringen. (7-9, Seite 185)

Der Chefarzt traute es Reha-Assistentinnen zu, manche Dinge gründlicher zu erledigen, als seine Ärzte es taten:

**A:** Ich glaube, dass die viele Sachen gründlicher machen.

**F:** Gründlicher, genau. Weil das für sie ihr Kerngeschäft ist?

**A:** Die Anamnese usw., das werden sie viel gründlicher machen, berufliche Anamnese. Da, wo der Arzt oft einfach so drüber geht und was nachher im Entlassungsbericht doch ein bisschen stiefmütterlich wegkommt und so. Ich glaube, da wären sie gründlicher. (108 – 110/1, Seite 186)

Welche Aufgaben sollten die künftigen Reha-Assistentinnen übernehmen? Hierüber hatte sich der Chefarzt detaillierte Gedanken gemacht und bereits zu Papier gebracht. Bezeichnend ist: Es waren im Großen und Ganzen dieselben Tätigkeiten, die von den bereits arbeitenden Reha-Assistentinnen tatsächlich durchgeführt wurden. Die Liste der Tätigkeiten ist mit etwas Überlegung so naheliegend, dass sie sich jedem geradezu aufzudrängen scheint. Genannt wurden (s. Seite 186):

- Bei Aufnahme: Sichten der Unterlagen, überprüfen der Vollständigkeit, anfordern von fehlenden Unterlagen, ergänzen eines Anamnesebogens, erheben von Scores, Vorgesprechen von Rehazielen
- Eingeben aller Informationen in das Krankenhausinformationssystem
- Assessments, Fragebögen vorgeben und auswerten
- Medizinische Verwaltungsaufgaben: Verlängerungsanträge, Kostenzusagen einholen, separate Medikamentenerstattungskosten beantragen, Anfordern von weiterer Diagnostik
- Entlassung: Nachsorge, Regeln des Heimtransports, Entlassungspapiere zusammenstellen, Entlassungsdiagnosen verschlüsseln

Nicht zu unterschätzen sind scheinbar banale, in Wirklichkeit aber höchst bedeutsame praktische Probleme. Zum Beispiel benötigt die Reha-Assistentin ein eigenes Zimmer, möglichst auf der Station, auf der auch Arzt und Pflege angesiedelt sind.

**A:** Und wir müssen natürlich schauen, die Reha-Assistentinnen werden ja in der Regel auch irgendwie einen Arbeitsplatz brauchen.

**F:** Ja, sie brauchen ein eigenes Zimmer.

**A:** Ja, sie brauchen ein eigenes Zimmer, und das ist bei uns ein Problem. Es sollte dann ja auch am besten auf Station sein, als Ansprechpartner. Und das ist ein Problem. Wir haben auf zwei Stationen noch nicht mal den Arzt auf der Station drauf. Der hat auch auf einer anderen Station sein Zimmer. Weil es baulich bedingt oben so pyramidenmäßig zuläuft und die oberen Stationen einfach zu wenig Patientenzimmer haben, wenn wir da noch ganz viele Funktionsräume einrichten. Und ich habe momentan auf keiner einzigen Station ein zusätzliches Zimmer für eine Reha-Assistenz. Ich müsste jedes Mal ein Patientenzimmer opfern. (56, Seite 188)

Immer wieder tauchte auch die Frage der Finanzierung auf, vor allem im Zusammenhang mit den Strukturanforderungen der Rentenversicherung:

Also ich weiß von diesem [Name einer anderen Klinik] hier, die haben da Probleme mit der Rentenversicherung bekommen. Die haben genauso argumentiert, gesagt: Arztstelle momentan nicht zu besetzen, aber wir haben dafür zwei Reha-Assistentinnen. Da hat die Rentenversicherung gesagt: „Das ist ja nett. Finden wir auch ganz toll, dass ihr Reha-Assistentinnen habt. Aber die Arztstelle müsst ihr auch noch besetzen.“ Das ist schon zwei Jahre her. (72, Seite 189)

Aber ich glaube, was, glaube ich, eine Illusion ist: zu glauben, dass es damit kostengünstiger wird. Also ich glaube eher, dass die Personalkosten eher steigen werden. Also ich glaube, dass die Reha-Assistentinnen draufgeschlagen werden auf den Stellenschlüssel fast. (106, Seite 189)

Und schließlich sah der Chefarzt die Gefahr, dass die Arbeit für die Ärzte in gewisser Weise verarmen würde:

Ja ich denke, dass das schon richtig ist, eine Gefahr beinhaltet. Dass der Arzt letztendlich wie in der Autoindustrie jemand ist, der Fließbandarbeit macht. Der macht nur noch getaktet die Aufnahme von dem Punkt zu dem Punkt. Und vorher das macht jemand anderes, und hinterher macht das jemand anderes. Aber man baut nicht mehr das ganze Auto. (102, Seite 189)

Es gab noch weitere Fragen und Sorgen, mit denen sich der Interviewpartner herumschlug: Wie viele Patienten kann eine Reha-Assistentin versorgen? Was macht man mit Halbtagskräften, die am liebsten vormittags arbeiten, wo doch die Rehabilitanden oft erst mittags anreisen? Gibt es Probleme in der Zusammenarbeit mit der Pflege? Wo soll man die Reha-Assistentin im Stellenschlüssel und bei der quartalsweisen Personalstandsmeldung an die gesetzliche Rentenversicherung einordnen? Die entsprechenden Äußerungen finden sich auf Seite 188 ff.

## 7.2 Die Stationssekretärin

Nun zu einem Modell mit einer Assistenzkraft, die sich aber von der Reha-Assistentin unterscheidet: die Stationssekretärin. Ihre Tätigkeit in Klinik 5 ist im Abschnitt 5.7, Seite 38 ff beschrieben. Die Stationssekretärin ist gleichsam eine halbe Reha-Assistentin: Sie erledigt den Teil der Arbeit, der ohne unmittelbaren Patientenkontakt und ohne medizinisches Fachwissen auskommt. Es handelt sich also um organisatorische, logistische und bürokratische Arbeiten. Wie man sehen wird, bringt jedoch auch dieser eingeschränkte Arbeitsbereich schon eine gewisse Entlastung für Ärzte und Pflege mit sich.

### 7.2.1 Ist die Stationssekretärin ihren Aufgaben gewachsen?

Die Stationssekretärin verfügte über eine lange Berufserfahrung in Klinik 5. Sie hatte bereits auf verschiedenen Positionen gearbeitet und war dadurch mit allen Abläufen gut vertraut. Für neue Aufgaben der Stationssekretärin war sie gut eingearbeitet worden (s. Seite 189). Sie war sich auch ihrer Grenzen bewusst:

**F:** Und so noch weitere Aufgaben oder andere Aufgaben? Sie sagten ja vorhin so mit Patientenkontakten auch?

**A:** Würde mich jetzt nicht stören, sag ich jetzt mal.

**F:** Ach so. Aber Sie haben auch keine Sehnsucht, so ist es auch o. k.?

**A:** Also ich sag mal, wenn das – wenn ich was abnehmen könnte. Es war nur teilweise immer so, denn – der Hintergrund, weil ich es nicht gelernt hab, so diese medizinische Geschichte. Wenn die Patienten in der – ich krieg das ja manchmal mit, so diese pflegerische Anamnese alleine, wenn Not am Mann ist, mache ich sie auch. Wenn die Schwester daneben sitzt und was anderes macht, sag ich jetzt mal, dann kann ich darauf reagieren, wenn mir irgendwas nicht so komisch – aber ich wüsste nicht, wo ich jetzt – klar, ist vielleicht auch eine Übungs- und eine Einarbeitungssache, aber ...

**F:** Aber da fühlen Sie sich nicht so ganz gewachsen?

**A:** Nee, wenn ich da nicht genau wüsste, wo muss ich reagieren, wo kann ich vielleicht schon vorab sagen, hallo, da müssen wir jetzt aber gleich – und nicht in zwei Stunden, wo der Patient, wenn es ihm dann schon nicht mehr gut geht, sag ich jetzt mal – gut, das kann man vielleicht auch lernen, weiß ich nicht. (K5 Sekretärin 147–152, Seite 190)

Genäuso sah es auch eine Ärztin. Einerseits lobte sie die Arbeit der Stationssekretärin:

Ja, gelegentlich gibt es mal Pannen, aber das, denke ich, ist normal. Also das mal was übersehen wird, zum Beispiel irgendwelche Formulare reinzutun. Und gut, die Akten sind natürlich auch nicht immer da, wenn sie da ist. Das ist, denke ich, im Rahmen. Ansonsten habe ich so das Gefühl, dass sie das, was ich sehe, gut hinkriegt. (K5A 25, Seite 191)

Andererseits wünschte sie sich weitere Entlastungen, die aber eben mehr medizinische Kompetenz voraussetzten:

**A:** Ansonsten hängen so meine Tätigkeiten viel mit der Medizin zusammen, die sie jetzt nicht unbedingt übernehmen kann. Ich bin jetzt hier auf der [Stationsname], wo man häufig Telefonate führen muss, wo es auch oft nur um Unterlagen geht. Und das wäre noch eine Entlastung, wenn man sagen könnte: „Können Sie da anrufen?“ Also das sind so –

**F:** Aber das könnte sie doch machen?

**A:** Ja, zum Teil ja. Also, wenn es ein bisschen konkreter wird, dann kann man das wieder nicht abgeben. Also man kann jetzt Herzkatheterbefunde oder Medikamentenpläne, aber mit einer dezidierten Fragestellung an den Hausarzt, das ist für sie dann zu speziell. (K5A 41–43, Seite 191)

### 7.2.2 Führt der Einsatz der Stationssekretärin zu einer Entlastung anderer Berufe?

Die Ärztin führte zahlreiche Aktivitäten auf, die ihr die Stationssekretärin regelmäßig abnahm (K5A 9 bis 19, Seite 190): Zusammenstellen und Anfordern von Unterlagen, Telefonate, Bestellungen – ein „Mädchen für alles“. Genau wie bei der Reha-Assistentin spürte die Ärztin die entlastende Wirkung der Stationssekretärin deutlich, wenn sie nicht da ist:

**F:** Und wenn sie jetzt Urlaub hat oder krank ist, dann?

**A:** Dann gibt es eher ein Problem.

**F:** Gibt es keine Vertretung?

**A:** Also ich wüsste jetzt nicht, dass da jemand benannt wird. Also mir ist keiner namentlich bekannt. Es kann sein, dass sie das irgendwie organisiert. Aber das funktioniert in der Regel nicht so gut. Also da stößt man dann oft auf die Akten, die nicht bestückt sind. Oder man kriegt die Patienten ohne Brief auch zur Aufnahme.

**F:** Haben Sie dann mehr Arbeit davon?

**A:** Ja. (K5A 26–31, Seite 191)

In ähnlicher Weise äußerte sich die Pflege:

**A:** Sie nimmt uns schon Papiersachen ab von Kurvenbestückung bis zu Entlassungen. Dass sie also die Papiere für das Archiv fertigmacht nachher. Was ganz wichtig ist, sind die Sport-Reha-Anträge und die Rentenversicherungspapiere, alles was man da so braucht. Das ist eigentlich ihr Metier, wo sie uns einen Plan gemacht hat, wie wir damit umgehen, wenn sie mal nicht da ist, aber ohne diesen Plan würden wir völlig aufgeschmissen sein.

**F:** Also es ist ganz schön kompliziert auch, was sie da macht?

**A:** So ist es. Und es gibt auch am laufenden Meter neue Papiere. „Hier ist wieder mal was Neues“, und der Ordner wird immer dicker.

**F:** Sodass Sie ganz froh sind, dass sie da ist?

**A:** Auf jeden Fall, ja. Also es ist schon zu merken, wenn sie dann mal nicht da ist. Sie hat ja auch mal frei oder Urlaub. Also dann sind wir doch schon sehr belastet. (K5P 15 bis 19, Seite 192)

Dementsprechend fühlte sich die Sekretärin von ihren Kolleginnen und Kollegen geschätzt, und sie konnte von einem spannungsfreien Verhältnis berichten:

**A:** Ja, also wenn ich nicht da bin, hab ich keine Vertretung. Und wenn ich drei Wochen in Urlaub bin, ist dann schon so, wenn ich wiederkomme - hach [Seufzer der Erleichterung].

**F:** Ja, sind alle froh?

**A:** Ja.

**F:** Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten manchmal mit den Berufsgruppen?

**A:** Also so wie jetzt diese Schnittstellen? (**F:** Hm.) Nee, kann ich eigentlich nicht – nicht sagen.

**F:** Klappt alles gut so?



A: Das klappt eigentlich ganz gut so. Dadurch, dass wir uns das ja so zurechtgebastelt haben.

F: Eigentlich auch so auf Sie zugeschnitten, nicht, die Arbeit?

A: Ja. (K5 Sekretärin 57–65, Seite 189)

### 7.2.3 Möglichkeiten der Weiterentwicklung

Auch in dem etwas engeren Rahmen, den die Stationssekretärin im Vergleich zur Reha-Assistentin ausfüllen kann, ergaben sich bei Ärztin und Pflegekraft einige Ideen zur Erweiterung der Tätigkeiten. Die Ärztin nannte das Verschlüsseln von Diagnosen, das Ausfüllen von Nachsorgeformularen und das Abdiktieren von Befunden (K5A 33, 5, 51, Seite 191). Außerdem könnte die Stationssekretärin den Rehabilitanden erklären, wie sie mit dem Behandlungsplan umgehen müssen:

Ja. Also, ich könnte mir auch vorstellen, zum Beispiel sprechen wir bei Aufnahme mit dem Patienten, wie das mit dem Behandlungsplan funktioniert. Wann er da zur Therapieplanung muss, wie er das dann sieht, wo er da hin muss und so etwas. Und das kostet ja auch Zeit, und das wäre auch was, was so eine Assistentin besprechen könnte. Weil da geht es ja nur um die Logistik eigentlich. (K5A 57, Seite 192)

Auch der Pflege fallen Erweiterungen ein (Seite 193), zum Beispiel:

F: Gäbe es aus Ihrer Sicht noch weitere Dinge, die sie machen könnte? Die sie Ihnen abnehmen könnte?

A: Also ich denke, es gibt ja zum Beispiel so was wie Termine machen bei externen Praxen. Das könnte sie vielleicht machen. Auch die Zettelwirtschaft, will ich das jetzt mal nennen, was so Diagnostiktermine und so was angeht, das ist ja einfach nur Zettel ausfüllen. Das wäre auch schon ...

F: Braucht man da keine medizinischen Kenntnisse oder so was?

A: Nein, die braucht man nicht. Auf dem Zettel muss man einen anderen Zettel draufkleben und das Entlassungsdatum eintragen und das in das Arztfach legen, der das dann ausfüllt mit den medizinischen Daten.

F: Ach so, und das machen Sie bisher?

A: Das machen wir bisher bei den Visiten oder bei den Anordnungsarbeiten. (K5P 40–45, Seite 193)

### 7.3 Ein Modell mit zwei verschiedenen Assistenzkräften

Bot das Modell der Stationssekretärin quasi eine halbe Reha-Assistentin, stellte das Organisationsmodell Arztpraxis, das in Klinik 6 verwirklicht worden war, gleichsam eine Luxusausgabe der Reha-Assistenz dar. Die üblichen Aufgaben der Reha-Assistentin waren hier nämlich auf zwei verschiedene Personen aufgeteilt worden: eine Sekretärin, die hauptsächlich Schreibarbeiten erledigte, aber kaum Patientenkontakt hatte, und eine examinierte Gesund-

heits- und Krankenpflegerin, die nicht „tippte“, dafür aber mehr medizinische Expertise einbringen konnte.

### 7.3.1 Ähnliche Auswirkungen

Wie die Äußerungen der Beteiligten zeigten (ab Seite 194), ergaben sich im Großen und Ganzen recht ähnliche Auswirkungen wie bei den Reha-Assistentinnen, zum Beispiel was die Leistungsfähigkeit anbelangte. Die Assistenzkräfte arbeiteten zur vollen Zufriedenheit des Oberarztes:

**F:** Das was Sie vorbereitet kriegen, sind Sie damit zufrieden? Ist das korrekt immer?

**A:** Ja. Ja.

**F:** Gibt es irgendwas, was zu schwer ist für –

**A:** Nee, das ist unproblematisch. (K6OA 30–32, Seite 195)

Die Entlastung für den Arzt war erheblich. Hier kontrastierte der Oberarzt sein Vorgehen bei der Verordnung der Nachsorge mit dem herkömmlichen Verfahren:

Aber ich kann dann [dem Patienten] eben auch kurz vorstellen, was das beinhaltet. Was ein MTT über die DRV Nord beinhaltet oder Funktionstraining, Rehasport. Ich hab eben die Zeit, weil ich sie nur kurz eintragen muss. Ich muss da nicht ewig – die anderen Kollegen hängen sich dann an den Computer ran und rufen dann den Patienten bei der Info aus, und dann gehen sie unter Nachsorgeprogramme, und dann müssen sie was eintragen und dann auf Ausdrucken. Dann müssen sie mindestens vier Minuten warten, bis 16 Seiten ausgedruckt sind. Und wenn dann alles rausgekommen ist, müssen sie vier Mal unterschreiben lassen, sie selber sechs Mal unterschreiben. All das fällt weg. (K6OA 107, Seite 195)

Der Oberarzt freute sich über eine beachtliche Zeitersparnis:

**A:** Die einzelne Aufnahme wird bedeutend kürzer.

**F:** Können Sie das in Minuten abschätzen? So über den Daumen?

**A:** Also, Sie wissen ja wahrscheinlich, wie umfangreich mittlerweile die Entlassungsbriefe sind. Ich würde, glaube ich, nach dem alten Schema 50-60 Minuten brauchen. Ich brauche jetzt 20-30 Minuten. (K6OA 17–19, Seite 196)

Spannungen mit anderen Abteilungen hielten sich in Grenzen oder waren auf die Anfangszeit beschränkt. Eine Assistenz-Pflegekraft:

**A:** Nee, Neid oder auch Missgunst oder so gab's da nicht. Hab ich nie so das Gefühl gehabt.

**F:** Sodass Sie sich auch hier mit Ihrer Arbeit so akzeptiert fühlen?

**A:** Ja, ja, ja. Also am Anfang war das so, dass die Kollegen gar nicht wussten, was macht ihr da eigentlich. Was ist eigentlich noch eure Arbeit? Und jetzt, wo wir eben das erweitern, dass

mehr Arztzentren entstehen sollen, werden natürlich auch immer mehr Kollegen in diese Arbeit eingeführt. Und das ist das Gute. Das öffnet natürlich. Dann sagen die Kollegen: Ja, jetzt weiß ich auch wirklich, wie viel Arbeit und Mühe das zum Teil macht. Weil manchmal haben sie gesagt, na, das bisschen Schreibtischarbeit nur noch. Aber das bisschen ist eben doch eine ganze Menge in der Summe nachher. (K6P1 Arztzentrum 85/2–87, Seite 196)

Auch von Seiten der Rehabilitanden ergaben sich keine neuen Probleme. Das Organisationsmodell wurde problemlos akzeptiert. Teilweise bestand zunächst sogar mehr Vertrauen zu den Assistenzkräften als zum Arzt:

**F:** Kommt es vor, dass ein Patient zu Ihnen sagt: „Nee, also das möchte ich nur mit dem Arzt besprechen?“ Sie hatten ja eben den umgekehrten Fall: „Nee, das möchte ich nicht mit dem Arzt besprechen.“

**A:** Nee, hab ich noch nie gehabt, nein, noch nie. Ich bin jetzt schon über ein Jahr in den Arztzentren beschäftigt, und letztendlich hab ich noch nie gehört, dass ein Patient mir etwas nicht anvertrauen wollte oder das direkt nur mit dem Arzt besprechen wollte.

**F:** Also wird von den Patienten auch voll akzeptiert?

**A:** Ja, ganz und gar, ja. (K6P1 Arztzentrum 94–97, Seite 197)

Ähnliches berichtete die Kollegin:

**F:** Und gibt es auf Seiten der Patienten manchmal irgendwelche Vorbehalte, dass jemand sagt: „Das möchte ich jetzt aber mit einem Arzt besprechen und nicht mit Ihnen?“

**A:** Überhaupt nicht. Also dadurch, dass Sie ja ungefähr eine halbe bis dreiviertel Stunde den Erstkontakt mit dem Patienten haben, das ist ja eigentlich der wichtigste Kontakt schlechthin, ist da so ein Vertrauen, dass die in der Regel erst hierher kommen und fragen. Und dass ich dann sage: „Ich glaube, Sie sollten noch mal zum Arzt. Wollen wir noch mal gucken, dass Sie zum Arzt gehen?“ – „Können Sie das nicht machen?“ Also das passiert eher. Das ist ganz witzig. (K6P2Arztzentrum 71–72, Seite 198)

Dementsprechend zufrieden äußerten sich alle Beteiligten mit dem Organisationsmodell (ab Seite 198). Der Oberarzt:

Dass ich endlich wieder mehr autonomes – mehr Eigenständigkeit habe. Mehr eigenverantwortliches Handeln und mit Patienten mehr zu tun habe. Also in dieser Oberarztfunktion, das hat mich irgendwann, ja man muss schon sagen, angereizt. Weil ich hier stundenlang an diesem Schreibtisch saß, stundenlang Akten eingeteilt habe, stundenlang Briefe korrigiert habe. Wenn ich Patienten sah, nur orthopädische Konsiliaruntersuchungen, also ziemlich gut gesehen. Aber ich habe sie nicht aufgenommen, ich konnte keinen Verlauf sehen. Ich, wenn ich irgendwas angeordnet habe, habe ich auch nie eine Rückmeldung bekommen: „Wie wird's denn nun? Hilft es denn nun?“ Das hat mir irgendwie nicht gefallen. Und dann kam ja dieser Gedanke mit diesem Arztzentrum, und da habe ich auch einige Zeit gebraucht, um mich dafür zu entscheiden, aber [Name des Chefarztes] sagte dann vor allem: „Wesentliche Ziele: Den

Ärzten soll die Arbeit wieder mehr Spaß machen“, also was mich so mitgerissen hat, und wesentliche Entlastung von administrativen Aufgaben. (K6OA 5, Seite 198)

Der Oberarzt schätzte die Vorzüge so sehr, dass es ihm auch nichts ausmachte, für 40 Rehabilitanden zuständig zu sein, während der normale Schlüssel in der Klinik bei 27 lag.

**F:** Müssen Sie denn jetzt mehr Patienten behandeln?

**A:** Ja. Und das war eben auch in der Erprobungsphase so. Wir wollten gucken, wie viele kann ich schaffen. (K6OA 24–25, Seite 198)

**F:** Nun habe ich von manchen Ärzten gehört: „Ja, so eine Entlastung ist ganz schön, aber wenn ich dafür mehr Patienten behandeln muss, dann möchte ich das lieber doch nicht.“ Aber das scheint bei Ihnen anders zu sein?

**A:** Ja.

**F:** Also sie kommt Ihnen nicht vor wie Fließbandarbeit?

**A:** Nein, nee. Das würde ich nicht sagen. (K6OA 36–39, Seite 198)

Für die Sekretärin hatte sich nicht so viel geändert, sie kam mit verschiedenen Organisationsformen gut zurecht. Als Vorteil sah sie, dass sie nur für *einen* Arzt schreiben musste:

**A:** Ach, ich komme mit beidem zurecht [mit beiden Organisationsformen]. Obwohl, wenn man jetzt nur für einen Arzt schreibt, dann kann man sich natürlich auf den – weiß schon, was er will. Und so muss man sich eigentlich immer umstellen, wenn man jetzt immer verschiedene Ärzte hat.

**F:** Jeder hat ja so seine eigene Art zu diktieren vielleicht (**A:** Genau.) oder so, ja. Dann wissen Sie schon, was er meint?

**A:** Genau, so ist das. (K6 Sekretärin 29–31, Seite 199)

Die Assistenzkräfte aus der Pflege waren ebenso begeistert wie der Oberarzt. Eine betonte, wie befriedigend es für sie ist, einen wirklich persönlichen Kontakt zu den Rehabilitanden aufbauen zu können:

**A:** Ich hab ja vorher auf der Station gearbeitet, wo zwei Ebenen zusammengepackt worden sind. Wo dann 160 Patienten auf einen zuliefen. Und hier ist wieder das Schöne, ich habe meine 40 Patienten, und daher weiß ich den Nachnamen, den Vornamen und das Geburtsdatum, das ist mein Training. Ich weiß einfach, wer vor mir steht, ich kenne den Patienten, und dieses den Patienten zu vermitteln, der ist nicht irgendeine Nummer oder so, sie sind - er ist nicht eine Zimmernummer. Oben haben wir es häufig gehabt: „Welche Zimmernummer sind Sie?“ Hier spreche ich den Patienten mit Namen an. Ich kenne die einfach. Das ist befriedigend für einen selbst, und der Patient findet das auch toll. (K6 PA1 81, Seite 200)

Die zweite wertvolle Erfahrung gründet sich auf die gute Arbeitsatmosphäre im kleinen Team:

**F:** Das macht Ihnen auch Spaß, ja?

**A:** Ja, das bringt mir einfach Spaß dann. Und in diesem kleinen Team, das ist auch schön. Man hat zwei Ansprechpartner, mit denen man so direkt was macht. Ich hab natürlich auch noch meine Station, wo ich Übergaben und alles mache, wo ich mich auch heimisch fühle. Aber es ist sehr schön, ein gutes Team einfach so zu haben. Ich weiß genau, wie Herr [Name des Arztes] arbeitet oder Frau [Name der Sekretärin], und die wissen sich eben auch auf mich zu verlassen. Das ist ganz schön. So ein kleines Team auch. (K6 PA1 82–83, Seite 200)

Ihr Fazit: „Prima. Super. Ich möchte nie mehr anders arbeiten.“ (K6 PA2 91–92, Seite 201)

Ihre Kollegin im zweiten Arztzentrum kann sich keine bessere Arbeitsweise vorstellen:

**F:** Ist so gut, wie es ist?

**A:** Das ist für mich das Optimum. Und da ich ja nun wirklich seit drei Jahren dabei bin vom ersten Gespräch bis zum Anlaufen, kann ich sagen, es ist ja schon so viel geschehen, und das Optimum ist es jetzt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es noch besser wird. Jedenfalls hier. Liegt aber immer am Team. Das haben wir auch festgestellt, das liegt am Team. Wenn ein Team von der Chemie her gut läuft, dann läuft das. Aber das ist, glaube ich, überall so. (K6PA2 111–112, Seite 201)

Die hohe Arbeitszufriedenheit lieferte auch die Motivation für die Bereitschaft zur Flexibilität oder sogar zur Mehrarbeit:

**A:** Und man macht komischerweise dann auch mehr. Weil man bereit ist. Also wenn ich jetzt hier sage: „Mensch! Der letzte Zugang, es ist schon nach vier.“ Sag ich ja nicht, aber dann kommt eine Ärztin an und sagt: „Ich hab mich beeilt, damit du schnell nach Hause kommst.“ Also das würde ja sonst gar nicht sein, das ist ja egal. Das geht dann so in diesen, durch das Zwischenmenschliche geht da schon viel.

**F:** Man macht es auch für den anderen?

**A:** Für den anderen. Ich sag: „Du musst dich doch nicht beeilen!“ – „Aber du willst doch auch nach Hause.“ So arbeitet man sich das eigentlich dann so zu, und das ist gut. (K6 PA2 120–122, Seite 201)

### 7.3.2 Typische Schwierigkeiten

Die Beteiligten schilderten einige Schwierigkeiten bei der täglichen Arbeit. Es waren teilweise dieselben Schwierigkeiten, die in jedem Organisationsmodell auftreten könnten: Spät anreisende Rehabilitanden, Vertretungssituationen, suboptimale EDV-Ausstattung, Abstimmung mit anderen Abteilungen (s. Seite 202 ff).

Ein typisches Problem: Neue Assistenzkräfte brauchen ein Büro, und zwar möglichst in der Nähe von zum Team gehörenden Ärzten und Stationen. Dieser zusätzlich benötigte Raum muss teilweise erst geschaffen werden. So auch in Klinik 6:

**A:** Man sitzt hier eigentlich nicht so viel. Man ist sehr viel in Bewegung. Wir haben die Akten alle zentral auf der Station vier. Da sind auch die Ordner, wo die Kurven drin sind. Die müssen also immer noch transferiert werden. Ist manchmal nicht so witzig, wenn der Patient hier ein Problem hat und die Akte ist unten. Gut dann ist man ein bisschen in Bewegung, kann man auch positiv sehen.

**F:** Ach so, ein Stockwerk tiefer?

**A:** Ein Stockwerk tiefer. Da ist also von Station vier und fünf alles. Auch von [Name eines Arztzentrums], alles muss man da zusammen sammeln. (K6P2 Arztzentrum 48–50, Seite 204)

Ein gewisses Spannungspotenzial schien darin begründet zu sein, dass die Arbeitsteilung zwischen Assistenz-Pflegekräften und Stationspflegekräften, die ja prinzipiell über dieselbe Ausbildung und dieselben Kompetenzen verfügen, nicht immer klar geregelt war. Eine Assistenzkraft:

**A:** Aber diese ganzen Sachen laufen dann eben – ich habe die Anweisung oder Anordnung, dann gehe ich mit diesem Zettel, den ich gedruckt habe und eingegeben habe, geh ich dann auf die Station und mache das fertig. Und das ist dann so ein bisschen auch noch gehalten, macht das das Team auf der Station oder macht das das Arztzentrumsteam – das ist dann so ein Zeitthema. Dienstag, Mittwoch wird es gar nicht möglich sein, aber so gucken wir mal.

**F:** Ja. Das ist ja für die Schwestern auf der Station ja auch irgendwie etwas Neues.

**A:** Etwas Neues. Ganz schwierig, da jetzt eigentlich Ruhe zu halten. Frau [Name der Pflegedienstleitung] hatte einen schwierigen Part. Jedem zu vermitteln, wie wichtig er ist und nicht dass die – das Problem bei den Kollegen ist häufig dann, dass die dann sagen: „Wir machen nur noch euren Kram weg hier.“ Das ist ganz häufig. Wir haben uns im Vorfeld diese Arztzentren ja auch in der Klinik in [Ortsname] angeguckt, wo der [Name], der bei uns hier Verwaltungsleiter ist, vorher war. Und die haben ja diese Arztzentren schon fest etabliert und installiert. Und da waren wir ja auch ganz euphorisch wiedergekommen und haben gedacht: „Das ist ja super.“ Die haben uns aber auch gleich gesagt, der größte Knackpunkt war bei denen auch die Station. Die haben das Gefühl gehabt, das Arztzentrum ist da oben angesiedelt, und wir sind nur noch da unten.

**F:** „Wir sind nicht mehr so wichtig?“

**A:** Ja, und da haben sie auch gleich gesagt, da muss man aufpassen, dass es da nicht zwei Parteien gibt, die sich nachher bekriegen. (K6P2 Arztzentrum 56–60, Seite 205)

Probleme konnten auch auftreten, wenn sich die Probephase dem Ende näherte und das neue Organisationsmodell nun klinikweit eingeführt werden sollte. Bei den Pionieren handelte es sich oft um besonders motivierte Mitarbeiter, die mit viel Freiraum ausgestattet waren und entsprechend gute Arbeitsergebnisse erzielt hatten. Würde das auch funktionieren, wenn das Modell nun den übrigen Mitarbeitern mehr oder weniger „verordnet“ würde? Der Oberarzt:

Und wir haben dann ja so eine, na, wie soll ich sagen, eine Erprobungsphase gehabt, die relativ lange ging. Da hatten wir noch mal relativ viel Freiraum. Das hat mir noch mal richtig viel

Spaß gemacht. Weil ich auch relativ gut organisieren kann und ich hier zwei Motivierte –. Es war natürlich auch so, dass gefragt wurde: „Wer hat Lust dazu?“ Von daher habe ich natürlich auch hier eine sehr motivierte Schreibkraft und sehr motivierte Pflegekräfte gehabt. Und die auch erstaunlicherweise sehr stark bereit waren, neue Aufgaben zu übernehmen. Und von daher hat das wirklich Spaß gemacht, was Neues zu schaffen, zu kreieren. Das flutschte. Und das flutscht auch noch. Also wir sind hier mit dem Arztzentrum wirklich eine Einheit. Und auch wirklich alle so total gleichberechtigt. Weil das ja auch nun wirklich drei große Zahnräder sind. Und wenn ein Zahnrad fehlt, dann drehen sich die anderen beiden nicht mehr. (K6OA 7, Seite 202)

Die Pflege-Assistenzkraft drückte es so aus:

**A:** Wir haben im Moment so das Gefühl, durch die Leitung wird viel fremdentschieden. Dass wir nicht unbedingt bei Dingen, die unsere Arbeit betreffen, so mit einbezogen werden. Da wünsch ich mir einfach noch mehr, dass wir da auch gehört werden in dem. Weil es war so, unser Arztzentrum Orthopädie war immer so ein bisschen das Vorzeigemodell, was wirklich sehr gut läuft. Das Arztzentrum VMO oben, die haben sich das ein bisschen selber zurechtgeschustert, wie sie es brauchen für ihre Patienten. Und jetzt haben wir das Gefühl, wo jetzt mehrere Arztzentren in der Entstehung sind, dass einiges einfach so fremd entschieden wird.

**F:** Ohne auf Ihre Erfahrung zurückzugreifen?

**A:** Ohne auf unsere Erfahrung zurückzugreifen, und das stimmt uns alle so ein bisschen traurig, die wir hier arbeiten, weil wir das Gefühl haben, hoffentlich läuft es nachher in der Summe der Arztzentren dann auch so gut, wie man – weil wir ja auch immer so dafür geworben haben, wie gut es hier läuft. Nicht dass nachher Kollegen uns böse sind und sagen: Siehst du, jetzt habt ihr das. Ihr habt immer gesagt, die Arztzentren, das sollen alles Arztzentren werden, das läuft gut. Jetzt haben wir hier die Arztzentren, und es läuft vielleicht nicht gut. Das ist insofern unsere Angst, die wir im Moment haben. (K6P1 Arztzentrum123–125, Seite 204)

Ein weiteres, neuartiges Problem: Abteilungen können sich dadurch abgewertet fühlen, dass Ärzte auch Teile der Mail-Korrespondenz delegieren:

Oder Therapieabteilung, ja Therapie. Ich habe gesagt: „Ich muss nicht mehr jede Mail kriegen von den Therapeuten. Bitte an das Arztzentrum [Name].“ Sie [die Assistenz] filtert das und guckt, was ist für mich wichtig. Und wenn da steht „vom Therapiezentrum, Herr Schmitt bitte von der Bewegungsbildung blau in gelb“, also in eine etwas höhere Leistungsstufe, das muss ich nicht wissen. Das kann auch so laufen. Riesige Kränkung in der Therapieplanung, dass ich nicht mehr direkt angemailt werde, sondern nur, in Anführungsstrichen, an sie. Ja, unterschätzen Sie das nicht. Das macht Kränkungen. „Der Arzt will nichts mehr mit uns zu tun haben.“ (K6OA 57/2, Seite 202)

\*\*\*

Bevor wir uns der Diskussion der Befunde zuwenden (Seite 110), klären wir nun, welche Ausbildung eine Reha-Assistentin benötigt.

## 8 Welche Ausbildung braucht eine Reha-Assistentin?

Die Abläufe in den Rehakliniken waren nicht alle gleich organisiert und so unterschieden sich auch die Aufgabengebiete der Reha-Assistentinnen voneinander, teilweise deutlich. Die übertragenen Aufgaben sind zusammengefasst dargestellt in Tabelle 4, Seite 47. Sie kamen in verschiedenen Kombinationen vor und betrafen die Organisation der Aufnahme, die Erhebung von Teilen der Anamnese, die Rehazielen, das Erheben einiger Befunde, das Bearbeiten von Patientenakten, Pflegearbeiten, Nachsorge und Sekretariatsaufgaben.

Die Reha-Assistentinnen kamen aus verschiedenen Berufen: Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinische Dokumentationsassistentin, aber auch Kauffrau im Gesundheitswesen. Wir sehen uns jetzt etwas näher an, was die verschiedenen Ausbildungen in Bezug auf die Rehabilitation beinhalten.

### 8.1 Medizinische(r) Fachangestellte(r)

Die Medizinischen Fachangestellten (MFA), früher Arzthelfer genannt, arbeiten überwiegend im akutmedizinischen Bereich in den Praxen niedergelassener Ärzte. Ihr Berufsbild verbindet Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten aus den Bereichen Medizin und Verwaltung. Diese Kombination ist auch typisch für das Aufgabengebiet der Reha-Assistentin. Patientenkontakt, Arbeit im Team, Organisationsarbeit, Kommunikationskompetenz, medizinische Fachkenntnisse – all das spielt in der Reha-Einrichtung dieselbe Rolle wie in der Arztpraxis.

Die Ausbildung dauert drei Jahre und setzt mindestens einen Hauptschulabschluss voraus. Eine detaillierte Analyse der Ausbildungsinhalte fördert vieles zutage, was sich in der Reha gut gebrauchen lässt. Die Ausbildung ist geregelt in der „Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten / zur medizinischen Fachangestellten“ sowie in einem „Rahmenlehrplan“. Die Verordnung enthält den Ausbildungsrahmenplan für den betrieblichen Teil der dualen Ausbildung, der Rahmenlehrplan gilt für die Berufsschule.

Besonders aufschlussreich ist der Ausbildungsrahmenplan. Er zählt über 140 Lernziele auf, die innerhalb von drei Jahren zu erreichen sind. Einige davon wären auch für Reha-Assistentinnen von besonderer Bedeutung (s. Tabelle 6, Seite 105).

Ausdrücklich erwähnt wird die Rehabilitation im Lernziel 9, *Grundlagen der Prävention und Rehabilitation*. Aus der Formulierung lässt sich jedoch ableiten, dass es hauptsächlich um formale Aspekte geht (gesetzliche Regelungen, Antragsformulare).



Lernziel	Nr.
Aufgaben, Struktur und rechtliche Grundlagen des Gesundheitswesens und seiner Einrichtungen sowie dessen Einordnung in das System sozialer Sicherung in Grundzügen erläutern	1.2a
Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen darlegen sowie straf- und haftungsrechtliche Folgen beachten	1.4c
Gespräche personenorientiert und situationsgerecht führen	3.1c
Besonderheiten von speziellen Patientengruppen, von Risiko-Patienten sowie von Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheitsbildern beachten	4.1b
Patienten und Patientinnen sowie begleitende Personen über Praxisabläufe bezüglich Diagnostik, Behandlung, Wiederbestellung und Abrechnung informieren und zur Kooperation motivieren	4.1e
zur Anwendung häuslicher Maßnahmen anleiten	4.2b
bei der Patientenschulung mitwirken	4.2d
Patientendaten erfassen und verarbeiten	6.1a
medizinische Dokumentations- und Klassifizierungssysteme anwenden	7.2b
Behandlungsunterlagen zusammenstellen, weiterleiten und dokumentieren	7.2d
Untersuchungen und Behandlungen vorbereiten, insbesondere Patientenbeobachtung durchführen, Vitalwerte bestimmen, Patienten messen und wiegen, Elektrokardiogramm schreiben, Lungenfunktion prüfen; Geräte und Instrumente handhaben, pflegen und warten	8.1b
subkutane und intramuskuläre Injektionen durchführen, Stütz- und Wundverbände anlegen, Wärme-, Kälte- und Reizstromanwendung durchführen, intrakutane Tests durchführen, Inhalationen durchführen	8.2c-g
Ziele und Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben erläutern; bei Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen mitwirken	9g
über Selbsthilfegruppen und ihre Aufgaben informieren	9h

Tabelle 6:Reharelevante Lernziele aus dem Ausbildungsrahmenplan für Medizinische Fachangestellte.

Angesichts der in der Reha besonders häufigen orthopädischen Erkrankungen und der großen Rolle der Physiotherapie ist aus dem anderen wichtigen Dokument, dem Rahmenlehrplan der Berufsschulen, für unsere Zwecke besonders bedeutsam das „Lernfeld 4“:

Die Schülerinnen und Schüler wirken bei der Vorbeugung, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit. Dazu informieren sie sich über dessen anatomische, physiologische und pathologische Zusammenhänge. Sie organisieren Maßnahmen der Diagnostik und der physikalischen Therapie, beachten dabei mögliche Gefahren und Komplikationen und betreuen die Patienten. Sie legen Verbände an, bereiten medikamentöse Therapien vor und unterstützen den Arzt bei der Information der Patienten über Anwendungen, Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen sowie Risiken. (*Rahmenlehrplan*, S. 12)

Ebenso wie im Ausbildungsrahmenplan erscheint auch im Rahmenlehrplan die Rehabilitation explizit, hier auch mit inhaltlichen Zielen. Im „Lernfeld 11“ heißt es u.a.: „Sie erläutern Möglichkeiten und Ziele der medizinischen Rehabilitation und wirken bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen mit.“ (*Rahmenlehrplan*, S. 19)

## 8.2 Gesundheits- und Krankenpfleger/-in

Die Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in ist geregelt im „Krankenpflegegesetz“ sowie in einer „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“. Die Ausbildung dauert 3

Jahre und umfasst einen theoretischen und einen praktischen Teil. Der praktische Teil kann in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Voraussetzung ist ein Schulabschluss auf dem Niveau der Realschule oder ein Hauptschulabschluss mit mindestens zweijähriger Berufsausbildung.

Neben der eigentlichen Pflege im engeren Sinne werden in den gesetzlichen Grundlagen auch rehanahe Themen angesprochen, etwa „Beratung ... in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit, ...“ (Krankenpflegegesetz § 3, Abs. 2) sowie Mitwirkung bei „Maßnahmen der medizinischen ... Rehabilitation, ...“ (ebd.). Die Ausbildungsverordnung nennt als Lernziele: „Bei der Entwicklung und Umsetzung von Rehabilitationskonzepten mitwirken ...“ und „Betroffene in ihrer Selbständigkeit zu fördern und sie zur gesellschaftlichen Teilhabe zu befähigen.“ (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Anlage 1, Abs. 4)

Verwaltungstätigkeiten spielen, abgesehen von der Pflegedokumentation, kaum eine Rolle. Dagegen wird die wissenschaftliche Grundlage des Berufes betont. Insgesamt: Durch die eigenständig verantwortete Pflege und durch die Mitwirkung bei Diagnostik, Therapie und Beratung nimmt die Pflegeperson unmittelbar am rehabilitativen Prozess gestaltend teil. Die Aufgabe der Reha-Assistentin ist jedoch eher, diesen Prozess zu unterstützen.

### 8.3 Berufe im Bereich medizinische Dokumentation

In Erwägung gezogen wurde auch die Beschäftigung einer Person, die eine Ausbildung im Bereich medizinischer Dokumentation mitbringt. In diesem Bereich gibt es vier verschiedene Berufsbezeichnungen, die unterschiedliche Qualifikationsstufen widerspiegeln:

- Fachangestellter für Medien und Informationsdienste der Fachrichtung Medizinische Dokumentation (Voraussetzung: Hauptschulabschluss)
- Medizinischer Dokumentationsassistent (Realschule oder Hauptschule plus mindestens zweijährige Berufsausbildung)
- Medizinischer Dokumentar (Hochschul- oder Fachhochschulreife)
- Bachelor(vormals Diplom-Dokumentar; Hochschul- oder Fachhochschulreife)

Bei diesen Berufen liegt das Schwergewicht auf dem Umgang mit Datensammlungen – Informationstechnologie, Datenbanken und statistische Auswertungen spielen eine größere Rolle als der persönliche Umgang mit dem Rehabilitanden.

### 8.4 Welche Ausbildung bringt die besten Voraussetzungen mit?

Wir sehen die besten Voraussetzungen bei der Medizinischen Fachangestellten (MFA). Bei den Dokumentationsberufen vermissen wir den Bezug zum Umgang mit Patienten, bei den

Pflegeberufen kommt der Verwaltungsteil zu kurz. Die Dokumentare sind für die Datensammlungsaufgaben der Reha-Assistentin überqualifiziert und die Pflegekräfte sind überqualifiziert, was die nötigen medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten einer Reha-Assistentinnen-Tätigkeit anbelangt. Die MFA vereint Fähigkeiten aus beiden Berufswelten auf einem Niveau, das ihren Aufgaben entspricht.<sup>7</sup>

Wenn auch MFA von ihrer Ausbildung her viele Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten mitbringen, die für Reha-Assistentinnen nötig und nützlich sind, kommen doch wichtige Spezifika der Rehabilitation zu kurz. Vertiefend und ergänzend müssten in einer Zusatzausbildung weitere Themen behandelt werden.

### **8.5 Weiterbildung zur Reha-Assistentin**

Wir haben einige Lernziele identifiziert, die uns für eine qualifizierte Tätigkeit und ein breites Einsatzgebiet der Reha-Assistentin nötig erscheinen (s. Tabelle 7, Seite 108). Sie orientieren sich weitgehend an den Veröffentlichungen der Rentenversicherung, nämlich dem „Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ und dem Leitfaden „Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht“. Grundlegende Konzepte und Begriffe, die in der Reha eine Rolle spielen, werden hier in einer übersichtlichen Form dargestellt, so dass sie als „Lehrbücher“ geeignet erscheinen.

Die betreffenden Inhalte sollten so weit vermittelt werden, dass die Reha-Assistentinnen ihre Tätigkeit in den größeren konzeptionellen Rahmen der Reha einordnen können und in der Lage sind, Fragen der Rehabilitanden zu beantworten. Hierzu halten wir einen etwa 180-stündigen Unterricht (zum Beispiel in Fünfwochenkursen) für nötig. Für Kräfte, die schon längere Zeit in anderer Funktion in der Rehabilitation gearbeitet haben, kann eine kürzere Zeit ausreichend sein. Die Kurse sollten in Kliniken oder bei den Ärztekammern stattfinden

---

<sup>7</sup>Hinzu kommt als pragmatischer Gesichtspunkt die Arbeitsmarktlage: Bei Gesundheits- und Krankenpflegern verzeichnet die Bundesagentur für Arbeit 2010 eine Arbeitslosenquote von 0,9 Prozent, bei Medizinischen Fachangestellten 4,4 Prozent. Für den Bereich Medizinische Dokumentation konnten wir keine entsprechende Zahl ermitteln. Wir nennen hier ersatzweise die Anzahl der Arbeitssuchenden. Sie betrug 2009 bundesweit 179 (zum Vergleich: In der Pflege waren es 6778). Statistisch gesehen lässt sich eine Reha-Assistentin also am leichtesten unter den Medizinischen Fachangestellten finden.

(Quellen: [http://bisds.infosys.iab.de/bisds/data/seite\\_856\\_BO\\_a.htm](http://bisds.infosys.iab.de/bisds/data/seite_856_BO_a.htm) und

<http://bisds.infosys.iab.de/bisds/result?region=19&beruf=BO853&qualifikation=2>, Zugriff 30.1.2012)

Thema	Lernziel	Referenz
ICF	Die RA kann erläutern, was „funktionale Gesundheit“ im Sinne der ICF ist. Sie kann die Ausdrücke Struktur, Funktion, Aktivität, Teilhabe, Kontextfaktoren, biopsychosoziales Krankheitsmodell und „ganzheitliche Rehabilitation“ erklären	RK 2.1.1, 2.1.2 EB 1.
Aufgaben der Reha	Die RA kann die grundsätzlichen Aufgaben der Reha aufzählen.	RK 2.3
Formen der Reha	Die RA weiß, welche Formen der Reha existieren und kann die Unterschiede erklären (ambulant/stationär, AR, verschiedene Leistungsträger)	RK 3.1.1, 4.1
Abgrenzung	Die RA kann die Unterschiede zwischen Reha, kurativer Versorgung, Kuren erklären	RK 3.3
Anamnese	Die RA kann mit Hilfe eines Leitfadens, einer Checkliste oder eines Fragebogens Teile der Anamnese erfragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugangsweg zur Reha (inkl. § 51 SGB V)</li> <li>• Familienanamnese</li> <li>• Gegenwärtige Therapie</li> <li>• allgemeine Sozialanamnese</li> <li>• Arbeits- und Berufsanamnese</li> </ul>	EB 3.1.1.3 8.1, 8.3-5
Rehaziele	Die RA kennt die grundsätzlichen Ziele der Reha, weiß, welche Ziele im Allgemeinen zu erreichen sind, kennt die Bedeutung gekläarter und geeigneter individueller Rehaziele und ist imstande, die Ziele des Rehabilitanden im Gespräch zu erfragen und zu dokumentieren	RK 5.3
Berufe und Aufgaben	Die RA kennt die in der Reha vertretenen Berufsgruppen und kann ihre prinzipiellen Aufgaben erläutern	RK 5.5
Entlassungsbericht	Die RA kennt den Inhalt und die Funktion des Entlassungsberichts und kann Teile der Formulare eigenständig oder nach Diktat korrekt ausfüllen	RK 5.7 EB 4., 5., 6., 7
Selbsthilfe	Die RA ist orientiert über die Bedeutung der Selbsthilfe für die Reha, sie kennt die für die Indikationen der Klinik bedeutsamen Selbsthilfegruppen und kann Kontakte vermitteln	RK 6.3.1
Nachsorge und stufenweise Wiedereingliederung	Die RA kann erklären, warum Nachsorgeaktivitäten wichtig sind. Sie ist vertraut mit den Modalitäten der verschiedenen Leistungsträger. Sie kann sich die aktuellen Häuserlisten und die nötigen Formulare der DRV verschaffen, den Rehabilitanden geeignete Adressen mitteilen und die Formulare ausfüllen.	RK 7.1 EB 3.1.2.3.-6.
Renten wegen Erwerbsminderung	Die RA kann die Ausdrücke „Rente wegen voller Erwerbsminderung“, „Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung“ und „Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit“ in Grundzügen erklären (keine Einzelheiten).	EB 3.2.
Fachausdrücke	Die RA kann weitere ausgewählte sozialmedizinische Fachtermini verstehen und angemessen anwenden	EB 11.
Medizinische Kenntnisse aneignen	Die RA ist imstande, sich selbständig über die Hauptindikationen der somatischen Rehabilitation Informationen zu beschaffen und sich Kenntnisse über Krankheiten und Therapiemöglichkeiten auf einem Niveau anzueignen wie ein interessierter, gebildeter Rehabilitand.	Fachliteratur, Publikationen für Patienten, Ratgeberbücher
Klinikspezifische Inhalte	Die RA kann Auskünfte geben über wichtige Abläufe, Regelungen, Abteilungen, Personen, Patientenschulungen, Beratungen, diagnostische, therapeutische und diätetische Möglichkeiten, Freizeitangebote der Klinik, in der sie arbeitet.	On the job

Tabelle 7: Lernziele für einen fünfwöchigen Kursus zur Reha-Assistenz. RA: Reha-Assistent/in. RK: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. EB: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Die Zahlen sind Abschnittsnummern in den jeweiligen Dokumenten.

und von einem Team erfahrener Klinikmitarbeiter geleitet werden, wobei hauptsächlich Sozialpädagogen und Ärzte mit entsprechenden Zusatzausbildungen und, falls schon vorhanden,

erfahrene Reha-Assistentinnen als Dozenten auftreten. Den Abschluss sollten eine schriftliche und eine praktische Prüfung (zum Beispiel die Durchführung eines Aufnahmegesprächs im Rollenspiel) bilden.

## 9 Diskussion

Ein wesentlicher Befund der Voruntersuchung (Höder, 2012) lautete: Ärzte und – in geringerem Ausmaß – Gesundheits- und Krankenpfleger in der Rehabilitation fühlen sich durch eine Vielzahl berufsfremder Tätigkeiten belastet. Daraus entwickelte sich der Vorschlag, eine neue Berufsgruppe einzuführen, die ihnen diese Arbeiten abnehmen könnte. Wir haben sie *Reha-Assistenten* genannt.

Vor allem vor dem Hintergrund der schwierigen Personalsituation wurde dieser Vorschlag von einigen Kliniken aufgegriffen. Dabei setzte jede Klinik eigene Akzente: Qualifikationen und Einsatzgebiete der Reha-Assistentinnen wurden in jeder Klinik unterschiedlich gehandhabt. Wir haben die Erfahrungen aus vier Kliniken in Gesprächen mit Vertretern aller beteiligten Berufsgruppen und mit Rehabilitanden ausgewertet.

Die ursprüngliche Absicht, diese Erfahrungen mit einer gleichen Anzahl herkömmlich organisierter Kliniken zu kontrastieren, wurde nur teilweise umgesetzt. Denn nach ersten Felderkundungen gab es dabei wenig Grundsätzliches zu lernen – außer: Es gibt viele Wege, die betreffenden Aufgaben zu verteilen, und ohne Hilfskräfte funktionieren alle Methoden annähernd gleich gut oder schlecht. Außerdem hatten wir mehrere Mitarbeiter aus den Reha-Assistentinnen-Kliniken interviewt, die die neue Organisationsform aus eigener, längerer Berufserfahrung mit der herkömmlichen vergleichen konnten, so dass auch dadurch die Unterschiede deutlich wurden.

Es erschien uns insgesamt lohnender, zwei Einheiten unter die Lupe zu nehmen, die zwar keine Reha-Assistentin eingeführt hatten, aber im Begriff standen, sich mit dem Thema Reha-Assistentin auseinanderzusetzen. Sie illustrieren die Befürchtungen, Hoffnungen und Probleme, die mit einem Organisationswechsel verbunden sein können. Ferner wurden zwei weitere Kliniken untersucht, die ein jeweils anderes Modell der Arztunterstützung gewählt hatten, nämlich die Stationssekretärin und das Arztzentrum – gleichsam eine halbe oder eine doppelte Reha-Assistentin. Wären das bessere Varianten?

### 9.1 Das Modell Reha-Assistenz kann funktionieren

Zunächst zu den Kliniken mit Reha-Assistenz. Die berichteten Erfahrungen waren im Großen und Ganzen deutlich positiv. Es zeigte sich, dass es zahlreiche Aufgaben gibt, die sinnvollerweise von einer Reha-Assistentin übernommen werden können. Ärzte, teilweise auch Pflegekräfte, fühlen sich entlastet und sparen Zeit – umso mehr, je mehr Aufgaben übertragen werden. Ersparnisse bis zu einer Stunde pro Rehabilitand scheinen möglich. Die Reha-Assistentinnen sind diesen Aufgaben problemlos gewachsen – nicht nur nach eigenem Bekunden, sondern auch im Urteil der Ärzte, Pflegekräfte und Rehabilitanden. Das neue Be-

rufsbild als solches wie die konkreten Personen, die es ausfüllen, sind allseits gut akzeptiert. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist durchweg hoch, teilweise begeistert.

Die Erfahrungen fielen jedoch nicht in allen Kliniken gleich aus. Besonders günstig waren sie dort, wo bestimmte strukturelle Voraussetzungen vorlagen. Diese sind im Abschnitt über den „idealen Ablauf“ näher beschrieben (s. S. 113). Es ergaben sich durchaus auch einige neue Schwierigkeiten, wie die nächsten Abschnitte zeigen.

## **9.2 Anspruchsvollere Organisationsaufgabe**

Die Reha-Assistentin verspricht Entlastung, aber um den Preis einer zusätzlichen Schnittstelle. Jede Schnittstelle mehr verlängert die Abläufe. Besonders solche Probleme, die bei spätanreisenden Rehabilitanden schon im herkömmlichen Modell auftreten, verschärfen sich. Hier ist eine besonders sorgfältige Organisation, Planung und Einhaltung von Terminen geboten. Das ist in der Praxis häufig, aber nicht immer gelungen und führte dann zum vorübergehenden Zusammenbruch des Systems – alle Arbeit blieb wieder bei Arzt oder Pflege hängen oder Abteilungen streiten sich um die Reihenfolge, in der sie der Rehabilitand aufsuchen sollte.

Auch der Informationsfluss gestaltet sich komplizierter. Hier bewährt sich das Prinzip: dieselben Daten möglichst nur einmal dokumentieren und in einem EDV-System allen Beteiligten zur Verfügung stellen. Wenn erhobene Informationen zunächst handschriftlich festgehalten, dann diktiert, dann lokal „getippt“, ausgedruckt, in die Akte gelegt, für den Entlassungsbericht noch einmal diktiert und wiederum geschrieben werden, häufen sich die Übertragungsfehler – von der unnötig verbrauchten Zeit ganz zu schweigen. Ein gelungenes Beispiel liefert der „wachsende Entlassungsbericht“, in den alle beteiligten Mitarbeiter ihre besonderen Informationen direkt hineinschreiben können.

## **9.3 Entlastung teilweise nicht gewünscht**

Für die Entlastung von Bürokratie sind alle dankbar. Wo es aber um die Anamnese ging, wären die Meinungen nicht so einhellig. Zwar trauten alle Ärzte den Reha-Assistentinnen zu, die ihnen zugeordneten Teile der Anamnese zu erfragen. Trotzdem wollten einige diese Arbeit lieber selbst erledigen. Sie betonten, dass ihnen nicht nur an den bloßen Tatsachen gelegen sei, sondern dass sie aus dem Verhalten des Rehabilitanden im Gespräch wertvolle Rückschlüsse ziehen könnten – aus dem, was sozusagen zwischen den Zeilen mitschwingt. Außerdem diene das Gespräch über Familie, Beruf usw. auch dem Aufbau einer guten Beziehung zum Rehabilitanden. Sie fürchteten eine Verarmung ihrer Rolle. Wer als Arzt ein umfassendes, nicht nur rein medizinisches Interesse an den Rehabilitanden hat, wer das biopsychosoziale Krankheitsmodell auf seine Fahnen geschrieben hat, wer also ganz be-

wusst und sozusagen mit Leib und Seele Reha-Arzt ist, der wird vielleicht nur Teile des Angebots der Reha-Assistentinnen begrüßen.

#### **9.4 Probleme bei der Einführung**

Alles Neue ist geeignet, Befürchtungen und Skepsis auszulösen. Der Arzt ohne Reha-Assistentin in Klinik 8 mochte nicht so recht daran glauben, dass eine Reha-Assistentin ihn wirklich entlasten könnte: Wird sie die nötige Kompetenz haben? Wird nicht mein ganzer Ablauf durcheinandergebracht? Ist nicht letztlich die jahrelang gewohnte und bewährte Routine für mich einfacher?

Andersartige Probleme ergeben sich aus der Chefperspektive in Klinik 7: Wie steht es mit der Finanzierung der neuen Stellen? Wie kann ich die benötigten zusätzlichen Büroräume schaffen? Woher bekomme ich geeignete Personen für die Reha-Assistentinnen-Stelle? Wie viele Rehabilitanden kann eine Reha-Assistentin betreuen? Gibt es Halbtagskräfte, die bereit sind, nachmittags zu arbeiten? Wird die Rentenversicherung als Leistungsträger akzeptieren, dass im Stellenschlüssel Ärzte durch Reha-Assistentinnen ersetzt werden? Sind die verbleibenden Ärzte dann nur noch „Fließbandarbeiter“?

Anfangsschwierigkeiten können in der Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen entstehen, die sich natürlich auch erst einmal an neue Abläufe oder neue Kollegen gewöhnen müssen oder daran, dass aus der eigenen Abteilung in die Reha-Assistenz versetzte Kollegen nun eine andere (bessere? leichtere?) Arbeit machen.

#### **9.5 Eine halbe, einfache oder doppelte Reha-Assistenz?**

Die Stationssekretärin aus Klinik 5 sowie die Krankenschwester plus Schreibkraft in Klinik 6 sind interessante Alternativen zur Reha-Assistentin. Die Stationssekretärin als „halbe Reha-Assistentin“ übernimmt die Hälfte der delegierbaren Aufgaben, die ohne Patientenkontakt auskommt. Die „doppelte Reha-Assistentin“, bestehend aus Krankenschwester plus Schreibkraft, kann zusätzlich Aufgaben übernehmen, die mehr medizinisches Wissen verlangen, als man es von einer Medizinischen Fachangestellten erwartet (zum Beispiel die Pflegeanamnese), und möglicherweise kann sie auch noch routinierter und schneller schreiben.

Die Befragungen zeigen, dass beide Modelle funktionieren können. In beiden Kliniken gab es keine ernsthaften Zweifel daran, dass die Assistenzkräfte die Arbeit der Ärzte wirksam erleichtern, dass sie ihren Aufgaben voll gewachsen sind, dass sie von allen Beteiligten akzeptiert werden und dass die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst ist.

Für welches Modell soll man sich entscheiden? Das hängt vor allem von den örtlichen Gegebenheiten, den personellen und finanziellen Möglichkeiten und dem Ausmaß der gewünschten oder benötigten Entlastung ab. Die geringste Entlastung bietet die Stationssekre-



tärin, die höchste das Team aus Krankenschwester und Schreibkraft – allerdings auch zu deutlich höheren Personalkosten.

Alle Modelle zeigen: Es gibt funktionierende Möglichkeiten, Ärzte und Pflege durch die Übernahme zahlreicher Aufgaben so zu entlasten, dass sie ihre Kernkompetenz vermehrt dort einbringen können, wo sie am dringendsten gebraucht wird: in der Versorgung der Rehabilitanden.

## 9.6 Grenzen

Die Untersuchung zeigt: Es gibt Rehakliniken, die in einzelnen Bereichen eine funktionierende Neuorganisation ins Leben rufen konnten – eine Organisation, die Assistenzkräfte einsetzt und damit Ärzte und Pflege von zahlreichen Aufgaben ohne Qualitätsverlust wirksam entlastet. Weiterhin liefert sie begründete Hinweise darauf, unter welchen Umständen dies gelingen kann.

Unklar bleibt vor allem, inwieweit dieser Befund an bestimmte Personen gebunden ist. Die Beteiligten in den Kliniken waren ja „Pioniere“ – Personen, die sich für diese Form der Zusammenarbeit interessierten und die motiviert waren, etwas Neues zu wagen. Sie hatten zudem relativ viel Freiraum, sich die Arbeit so zu organisieren, wie es ihren persönlichen Fähigkeiten und Vorlieben entsprach. Was wird geschehen, wenn die Neuorganisation klinikweit ausgedehnt wird und dabei unvermeidlich auch auf ganz anders geartete Mitarbeiter stößt? Hat das Modell dann genug Überzeugungskraft, um auch konservativere oder weniger flexible Mitarbeiter zu überzeugen?

Die Übertragung auf andere somatische Indikationen scheint weniger fragwürdig zu sein. Viele Informationen, die eingeholt und weiterverarbeitet werden müssen, sind für alle diese Indikationen prinzipiell gleich, ebenso die administrativen Vorgänge, die Büroarbeiten oder die Fragen der Nachsorge. Andersartige Kenntnisse oder Fähigkeiten benötigt die Reha-Assistentin nicht. In der Rehabilitation bei psychischen Störungen mag etwas anderes gelten.

Methodisch wäre es wünschenswert gewesen, die verschiedenen Rollen von Wissenschaftler, Interviewer und Codierer auf verschiedene Personen zu verteilen und die Auswertung im Team vorzunehmen, um die bei solchen Studien unvermeidbaren subjektiven Einflüsse in engeren Grenzen zu halten. Bis auf die Recodierung einer Stichprobe von Gesprächsauschnitte war dies aus Gründen begrenzter Ressourcen nicht möglich. Das Vorgehen erscheint aber vertretbar, da es sich hier um eine erste Erkundung eines neuen Sachverhalts handelte.

## 9.7 Reha-Assistenz: Ein idealer Ablauf

Zum Schluss beschreiben wir einen Ablauf, wie er uns aufgrund der Interviews sinnvoll und möglich erscheint. Fast alle Punkte sind in mindestens einer Klinik realisiert (Ausnahme subjektiver Reha-Erfolg), aber natürlich realisiert keine Klinik alle aufgeführten Punkte. Der Ablauf berücksichtigt vor allem die Entlastung der Ärzte. Weitere Einsatzgebiete wären möglich zur Entlastung der Pflege. Sie standen allerdings weniger im Blickpunkt der Kliniken. Dieser Gesichtspunkt wird daher hier nicht ausdrücklich verfolgt.

### 9.7.1 Strukturelle Voraussetzungen

Der skizzierte Ablauf hat strukturelle Voraussetzungen:

- Reha-Assistentinnen sollten fortgebildete Medizinische Fachangestellte sein (s. „Weiterbildung zur Reha-Assistentin“, Seite 107), mit dem Computer umgehen können und ein einigermaßen schnelles Maschinenschreiben beherrschen.
- Es gibt mindestens zwei Reha-Assistentinnen (nicht unbedingt Vollzeitkräfte), damit bei Abwesenheit eine gewisse Vertretung möglich ist. Jeweils eine arbeitet auch am Nachmittag. Es gibt ein geregeltes Verfahren für die Vertretung.
- Die Zuständigkeiten der Reha-Assistentinnen sind im Team abgestimmt und beschrieben.
- Die Reha-Assistentin hat ein eigenes Büro in der Nähe der Pflegekräfte und Ärzte, mit denen sie zusammenarbeitet. Das erleichtert eine schnelle, direkte Kommunikation und die Lenkung der Rehabilitanden von einer Instanz zur nächsten.
- In der Klinik gibt es ein EDV-System, das der Reha-Assistentin erlaubt, den Entlassungsbericht anzulegen und ohne Umwege direkt Teile des Entlassungsberichts zu schreiben, auch in eigenen Formulierungen. Es muss möglich sein, dass sie das Geschriebene in einer übersichtlichen Form ausdrückt. Dieser Ausdruck soll dem Arzt bei seiner Aufnahmeuntersuchung vorliegen. Alternativ: Der Arzt ist bereit, diese Informationen direkt am PC zu lesen.
- Die Klinik verwendet Fragebögen, die sie den Rehabilitanden zusammen mit der Einladung zuschickt. Der Fragebogen enthält Fragen zur Anamnese, dient aber auch als Screeninginstrument für psychische und berufliche, wirtschaftliche und soziale Probleme.
- Es gibt eine klar strukturierte Vorlage, anhand derer die Reha-Assistentin die Befragung vornimmt, zum Beispiel in Form einer Checkliste.
- Alles ist so organisiert, dass Doppelbefragungen vermieden werden.

## 9.7.2 Aufnahme

### 9.7.2.1 Patientenverwaltung

Wenn der Rehabilitand die Einrichtung betritt, wird er von der Patientenverwaltung (Aufnahmeabteilung) in Empfang genommen. Dort laufen alle Prozesse ab, die das Vertragsverhältnis mit den Leistungsträgern und dem Leistungserbringer betreffen, zum Beispiel die Prüfung oder Klärung von Kostenübernahmen, Meldungen an die Leistungsträger, Abschluss eines Behandlungsvertrages, Wahlleistungen usw. Die ordnungsgemäße Gestaltung dieser Abläufe ist bei der Vielzahl unterschiedlicher Regelungen der verschiedenen Leistungsträger nicht trivial und erfordert ein Spezialwissen, das sich zudem häufig an veränderte Umstände und Vertragsgestaltungen anpassen muss. Von unserer ursprünglichen Idee, der Reha-Assistentin auch diese Aufgaben zu übertragen und damit eine „Aufnahme aus einer Hand“ unter Vermeidung aller Doppelbefragungen zu schaffen, sind wir abgerückt. Uns scheinen die Schwierigkeiten, das nötige Wissen aktuell zu halten, in der dezentralen Organisation der Reha-Assistentinnen zu groß.

### 9.7.2.2 Reha-Assistentin

Wir sind auf eine Klinik gestoßen, in der die Reha-Assistentin die neuangekommenen Rehabilitanden auf deren Zimmer aufsucht. Das ist besonders kundenfreundlich, hat jedoch den Nachteil, dass die Reha-Assistentin alles, was sie erfragt, zunächst auf Papier dokumentieren muss, um es später in das EDV-System zu übertragen – doppelte Arbeit. Ideal wären ein klinikweites WLAN und eine Reha-Assistentin mit Notebook.

Eine Alternative: Die Reha-Assistentin holt den Rehabilitanden aus seinem Zimmer ab und führt ihn zu ihrem Büro. Da Rehabilitanden am ersten Tag oft Schwierigkeiten haben, sich zu orientieren, wäre das ein guter, beziehungsfördernder Anfang.

*Vorstellung:* Als erstes stellt die Reha-Assistentin sich vor, erklärt, was ihre Aufgabe ist und wie sie bei späteren Nachfragen zu erreichen ist. Sie überreicht eine Visitenkarte mit Kontaktdaten.

*Erste Fragen:* Sie erkundigt sich danach, wie die Anreise war, ob das Zimmer in Ordnung ist, wie es dem Rehabilitanden aktuell geht, ob es irgendwelche dringenden Sorgen oder Fragen gibt. Wenn nötig, gibt sie die gewünschten Auskünfte oder verspricht, sich um die Anliegen des Rehabilitanden zu kümmern. Sie macht sich entsprechende Notizen, damit sie nichts vergisst und um dem Rehabilitanden zu demonstrieren, dass sie seine Anliegen ernst nimmt.

*Mitgebrachte Unterlagen:* Sie bittet den Rehabilitanden, ihr alles auszuhändigen, was er an medizinischen Unterlagen mitgebracht hat. Sie prüft, worum es sich handelt und was davon benötigt wird. Fehlende Unterlagen von Vorbehandlern fordert sie per Fax an.

*Befragung:* Die Reha-Assistentin stellt Fragen zur Anamnese, den Rehazielen, der subjektiven Krankheitstheorie und zu besonderen Wünschen oder Unverträglichkeiten.

- **Anamnese:** Hierzu zählen die Teile der Anamnese, die nicht die akuten Beschwerden betreffen und die nicht der medizinischen Diagnostik dienen: Zugang zur Rehabilitation, Familienanamnese, gegenwärtige Therapie inkl. Medikamente, Namen behandelnder Ärzte, familiäre Situation, GdB, MdE, finanzielle Absicherung, Sozialgerichtsverfahren, Arbeits- und Berufsanamnese, Schulbildung, Berufsausbildung, AU-Zeiten.
- **Wünsche und Unverträglichkeiten:** Welche Therapieformen, Beratungsinhalte, Patientenschulungen oder Diäten wünschen die Rehabilitanden, welche Unverträglichkeiten oder Allergien bestehen?
- **Rehaziele:** Die Aufgabe der Assistentin ist nicht, die Rehaziele festzulegen, sondern zu ermitteln, mit welchen Zielvorstellungen der Patient kommt, bzw. ob er überhaupt mit realistischen Zielvorstellungen kommt.
- **Subjektive Krankheitstheorie:** Hier geht es darum zu erfragen, wie der Rehabilitand selbst seine Krankheit, seine Beschwerden und seine Prognose sieht und welche Behandlung nach seiner Erfahrung wirksam ist.

Die Reha-Assistentin kann alles thematisieren, was sich strukturiert abfragen lässt, zum Beispiel mit einer Checkliste oder einem Fragebogen. Viele Kliniken schicken den Patienten mit der Einladung ja einen Fragebogen nach Hause. Dieser Bogen enthält in der Regel auch viele der eben genannten Aspekte. Die Reha-Assistentin geht diesen Bogen vor der Aufnahmeuntersuchung gemeinsam mit dem Patienten durch. Sie prüft dabei die Angaben auf Plausibilität und Vollständigkeit und ergänzt ihn wo nötig. Wenn bei den Screeningfragen auf psychische oder soziale Probleme ein definierter Cut-off-Score überschritten wird, bietet sie dem Rehabilitanden entsprechende Beratungen bei Psychologen oder Sozialpädagogen an und leitet sie gegebenenfalls ein.

*Befunde erheben:* Die Reha-Assistentin kann auch die Pflege entlasten, indem sie Größe, Gewicht, Puls und Blutdruck misst oder je nach klinikspezifischen Besonderheiten weitere Befunde erhebt. Dies kann auch zu einem späteren Zeitpunkt, etwa am folgenden Tag, geschehen.

*Informieren, Auskünfte erteilen (klinikspezifisch):* Die Reha-Assistentin informiert den Rehabilitanden über einige wichtige Abläufe und die nächsten Schritte, ermutigt den Rehabilitanden, Fragen zu stellen und beantwortet sie. Dann teilt sie ihm Ort und Zeit der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung mit und entlässt ihn.

*Unterlagen zusammenstellen:* Die Reha-Assistentin sorgt dafür, dass alle für die ärztliche Aufnahmeuntersuchung nötigen Unterlagen vorliegen, zum Beispiel frühere Arztbriefe. Was fehlt, fordert sie an. Falls vorhanden, wertet sie psychometrische Fragebögen aus (zum Beispiel Summenscores bilden).

*Anlegen eines Therapieprogramms:* Sofern die Diagnose klar ist und wenn für die betreffende Diagnose in der Klinik ein Therapiestandard vorliegt, kann die Assistentin dies im Therapieplanungsprogramm anlegen (muss später vom Arzt noch individualisiert werden).

*Dokumentation:* Die Reha-Assistentin legt den Entlassungsbericht im EDV-System an und trägt alle Informationen ein, die sie vom Patienten erhalten hat. Sie ist darin geschult, ihre Eingaben so zu gestalten, dass sie vom Arzt in aller Regel ohne weitere Änderungen übernommen werden können.

*Diktat:* Wenn der Arzt die Ergebnisse der Aufnahmeuntersuchung diktiert hat, schreibt die Reha-Assistentin das Diktat. Vorteil gegenüber Schreibdienst: Die Reha-Assistentin kennt die Besonderheiten des Arztes. Bei Unklarheiten hat sie einen kurzen Weg für Rückfragen. Brieflaufzeiten können sich verkürzen.

### 9.7.2.3 Arzt

*Terminierung:* Der Termin der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung ist so gelegt, dass die Reha-Assistentin Zeit hatte, alle nötigen Informationen ins EDV-System einzugeben und alle nötigen Unterlagen zu beschaffen. Hierzu sind meist nur etwa 30 Minuten nötig.

*Vorbereitung:* Der Arzt ruft den Rehabilitanden im EDV-System auf, liest die wichtigsten Passagen und prüft, ob es Punkte gibt, die er überprüfen oder vertiefen muss.

*Untersuchung, Therapieverordnung, Diktat:* wie üblich

### 9.7.3 Während des Aufenthalts

Während des Aufenthaltes kann die Reha-Assistentin als Anlaufstelle die die Rehabilitanden für allerlei praktische und organisatorische Fragen dienen.

In der Akte gibt es eine Abteilung mit einem so genannten „Reiter“. Hier kann der Arzt Aufträge für die Reha-Assistentin hinterlegen, zum Beispiel bestimmte weitere Informationen oder Unterlagen beschaffen, Formulare ausfüllen, Verlängerungsanträge stellen usw.

### 9.7.4 Abschluss

*Verlängerungen:* Die Reha-Assistentin kennt die Vorgehensweisen der verschiedenen Leistungsträger und füllt die entsprechenden Formulare aus. Es wäre zu prüfen, ob sie nicht auch „i. A.“ unterschreiben könnten.

*Nachsorge:* Die Reha-Assistentin berät den Rehabilitanden in Fragen der Nachsorge. Sie erläutert ihm die Angebote der Leistungsträger und sucht nach wohnortnahen Einrichtungen. Sie füllt die nötigen Formulare aus. Es wäre zu prüfen, ob sie nicht auch „i. A.“ unterschreiben könnten.

*Teambesprechung:* Die Reha-Assistentin sollte, zumindest in der Einarbeitungsphase, einige Visiten mitgehen und an Teambesprechungen teilnehmen, um den größeren Zusammenhang, in den ihre Tätigkeit eingebettet ist, zu verstehen.

## 10 Gesprächsausschnitte

Im vorangegangenen Text wurden beispielhaft einige der transkribierten Gesprächsausschnitte zitiert. Dieser Abschnitt bietet die Gelegenheit, *alle* aufgezeichneten Äußerungen thematisch geordnet im Zusammenhang zu lesen.

### 10.1 Sind die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen?

#### 10.1.1 Aus eigener Sicht

ID

K1RA(2) 21–24 A1: Also die zwei Monate, da denke ich, waren schon okay für die Einarbeitung. Bei den zwei Wochen...

A2: Ja, doch, also ich denk, das war schon ausreichend, so das Hauptwissen, sag ich jetzt mal so, nicht?

F: Hm-hm. Das heißt, Sie fühlten sich der Aufgabe dann auch gewachsen, als es dann richtig losging?

A1: Ja, doch.

K1RA(2) 99 A: Ja, es ist natürlich immer, wenn man große Anreisen hat, dann merkt man das natürlich denn auch, dass man denn guckt, wie man sie am besten terminiert, nicht? Dass man das ein bisschen da rein, da rein bekommt. Aber es ist alles jetzt noch – es ist bis jetzt nicht vorgekommen, dass wir da große Schwierigkeiten hatten.

K2RA(2) 13–15 F: Sind sie denn irgendwie auf diese Arbeit vorbereitet worden?

A2: Also, wir haben mehrere Gespräche gehabt mit unserer Stationsleitung. Da wurden wir genau darauf hingewiesen, was wir machen sollen. Und wir hatten immer eine Probezeit, um zu gucken, ob wir in diesem Zeitrahmen oder so dann zurechtkommen. Bis jetzt hat das eigentlich ganz gut geklappt.

A1: Die Aufgaben wurden auch langsam aufgebaut. Nicht dass es hieß, das und das müsst ihr alles machen, und das müsst ihr sofort erfüllen. Sondern wir fangen erst mal an mit dem einen Aufgabenbereich. Wenn ihr da gut reingekommen seid, dann packen wir das noch dazu und das etc.

K2RA(2) 95–100 F: Aber, dass Sie selbst eine Aufgabe zu schwierig finden, das gibt es eigentlich nicht?! Also zum Beispiel das Blutabnehmen oder was auch immer, das fällt nicht schwer oder braucht lange?

A1: Also, dass es mal stressig ist, ja. Aber das man jetzt generell sagt, zu schwer, nein. Das sind ja auch Sachen, die man einfach gelernt hat. Sag ich jetzt mal so.

F: Also, inhaltlich fühlen Sie sich den Aufgaben voll gewachsen?

A2: Ja.

A1: Ja. Inhaltlich schon, auf jeden Fall.

K4RA1 15–16 A: Wie wir damals hier anfangen: Machen Sie mal! Wir sollten ja mit der Bandscheibe, also mit Rückenpatienten anfangen, und dann ging es ja so ganz langsam, dass wir uns immer mehr ... äh ja, das könnten wir noch, das könnten wir noch ...

F: Eigentlich sich so reingearbeitet (A: Ja, ja.) mit der Zeit (Ja, genau!).

- K4RA1 25      A: Sie gehen runter, sie [die Ärzte] sagen: "Informieren Sie sich mal über Nachsorge." Und dann machen wir also richtig Beratungsgespräche. Das hab ich [Name der 2. Reha-Assistentin] ja beigebracht. Ich kann das nun, und ich weiß auch, ob es drankommt, aber normalerweise sollten sie [die Ärzte] diesen Bogen, den wir damals fertig gemacht haben, ausfüllen, ankreuzen, was gemacht wird, und wir führen nur die Verordnung aus, aber ist hier nicht. „Der Arzt hat nichts gesagt. Was ist das überhaupt?“ (lacht) Also sitzen wir dann nachmittags hier mit den Rehasport- und Nachsorgepatienten und erklären ihnen das dann auch noch. Aber das kriegen wir hier auch nicht rein, um zu sagen also: "Doktor, das müssen Sie ja machen!" - "Ja, wozu haben wir Sie denn?" Aber das geht.
- K4RA1 26–27      F: Ja, aber finden Sie denn, dass das für Sie eine zu schwere ...
- A: Nö. Also dadurch, dass ich ja weiß – es ist jetzt für die, also für [Name der 2. Reha-Assistentin] nun nicht so, weil ihr hab ich alles beigebracht, und [Name der 3. Reha-Assistentin] weiß auch Bescheid. Aber wenn jetzt jemand ganz neu kommt, müsste man natürlich in dem Bereich auch noch geschult werden.
- K4RA1 42–47      F: Ja, oder irgendwas, was Ihnen selbst zu schwierig war oder wo Sie denken, das kann ich nicht?
- A: Nee.
- F: Nee.
- A: Nee. Kann ich nicht sagen, also
- F: Also Sie fühlen sich all diesen Aufgaben locker gewachsen?
- A: Ja, leicht.
- K4RA2 19–21      A: Die Einarbeitung war im Haus [Name] in der Neurologie, und da hat ja eine Kollegin mich eingearbeitet, in – mit allem, was dazugehört für Reha-Assistenz. Aber das meiste war mir auch schon bekannt von früher, weil ich mal in dem Bereich tätig war. Und die hat mich eingearbeitet in der Neurologie, und dann bin ich hier rübergekommen mit ihr zusammen nochmal, den Anfang hier in der Orthopädie gemacht, und jetzt schaff ich's schon allein.
- F: Ja, war das für Sie so okay, diese Einarbeitung?
- A: Die Einarbeitung war super. Also von A bis Z und, also kann man sich nicht besser vorstellen, das war richtig gut.
- K4RA2 48–49      F: Und ist das für Sie leicht, oder gibts da auch Schwierigkeiten?
- A: Nee, ist für mich leicht, weil ich hab also mein Leben lang auch in diesem Beruf gearbeitet und äh, nee, das fällt mir, also leicht und macht auch richtig Spaß, weil man so mit den Patienten zu tun hat. Ja, ja, ist ein schöner Beruf.
- K4RA2 52–55      F: Gibt's da irgendwie Teile, die schwieriger sind als andere? Also sagen wir mal so Medikamente oder so was, oder ... Also Sie erfragen doch auch, welche Medikamente sie nehmen, nicht?
- A: Ja, ja.
- F: Ist das, macht das Probleme?
- A: Die Patienten wissen meistens nicht so recht. Es ist dann für die schwierig, aber viele haben sich das aufgeschrieben. Oder aber, wenn das jetzt AHBs sind, dann sind ja auch Krankenhausberichte dabei, und dann ist die aktuelle Medikation schon in dem Bericht mit drin. Also dann kann man das schon vergleichen oder auch von dem Bericht übernehmen, weil das absolut aktuell ist und von dem vorbehandelnden Krankenhaus ja auch gerade ge-



schrieben worden ist. Also ältere Patienten, die wissen manchmal nicht so recht, was sie alles einnehmen und wofür und so weiter, nicht. Aber viele haben's aufgeschrieben, und ja, und ich glaub, da fragt der Arzt dann sowieso auch noch mal nach. Aber große Probleme macht das auch nicht.

K4RA2 68–71 F: Aber vieles, was Sie selbst jetzt so erfragen, die Arbeitsanamnese und so etwas, das schreiben Sie ja dann in Ihren eigenen Worten.

A: Das schreiben wir in unseren – ja, ja. Wenn man schon so viel geschrieben hat, dann – man weiß auch, wie man sich dann auszudrücken hat.

F: Die Frau [Name einer Ärztin] sagte, die Reha-Assistentinnen können es besser formulieren als sie selbst.

A: Ja, das hat man so – macht man ja auch ein paar Mal am Tag – und ja, das hat man schon drauf.

### 10.1.2 Aus Sicht der Ärzte

ID

K1CA 16 A: Nein, noch nicht, weil wir werden keine EDV-technische Unterstützung in der Form bekommen, dass wirklich das gleich eingegeben werden kann oder von jemandem geschrieben wird, und die Reha-Assistentin – das Anforderungsprofil ist im Moment nicht so, dass sie zwölf Finger blindschreiben müssen, dass sie es einfach gleich eintippen könnten. Das wäre ein Lösungs[unverständlich], dass man sagt, man nimmt Fachkräfte, die auch die Qualitäten einer Sekretärin hätten, um eben das, was sie erfragen, gleich PC-mäßig einzuspielen, dann hätte es auch der Arzt gleich vorliegen.

K1CA 37–38 F: Ja. Und wenn Sie sich vorstellen, die äußeren Abläufe wären jetzt gut gestaltet, würden Sie dann denken, dass das trotzdem noch irgendwie Qualitätseinbußen gäbe, wenn Assistenten die Arbeit von Ärzten teilweise übernehmen, oder ...?

A: Nein, Qualitätseinbußen nicht, da verstehen wir uns falsch. Also ich denke schon, dass es insgesamt auch eine Qualitätsverbesserung ist, weil die Reha-Assistentinnen natürlich auch viel mehr Zeit für diese Nebenarbeiten widmen, nicht? Aber, aber es wäre ein Qualitätseinbruch, wenn diese Assistenten eingestellt werden würden statt des Assistenzarztes.

K1A 18–19 F: Gibt es irgendetwas aus Ihrer Sicht, was die Reha-Assistentinnen noch nicht gut machen?

A: Hm – fällt mir so nichts ein, weil sie es wirklich sehr, sehr ausführlich machen und auch sehr zügig. Also die Informationen stehen zügig zur Verfügung, die Rehabilitanden sind schnell informiert, und ich hab auch da von denen positive Rückmeldungen, weil sie sagen, sie finden es gut, dass einfach verschiedene Leute sich um einzelne Sachen kümmern. Als, das finde ich schon positiv.

K1A 20–21 F: Die sind jetzt nicht überfordert mit irgendetwas? Die Reha-Assistentinnen? Dass sie irgendeine Aufgabe bekommen, der sie nicht gewachsen sind?

A: Also mir gegenüber haben Sie es jetzt noch nicht geäußert, das kann ich natürlich nicht sagen, aber so von dem Eindruck her, von dem, wie es im Umgang ist, hab ich jetzt nicht den Eindruck, dass es jetzt da Missverständnisse gibt.

K2A 17 A: Manchmal haben Sie [als Ärztin] natürlich komplizierte Fälle oder komplizierte Patienten, da müssen Sie einfach die Sachen noch mal nachhaken. Weil die Patientin von der Compliance oder vom Intellekt überhaupt nicht in der Lage sind, dieses... Die sind so erschöpft von diesem Gespräch, dass die Reha-Assistentinnen das zwar versuchen abzufragen, dass Sie

aber dann beim Ausfüllen oder merken, wenn Sie den Patienten sehen, dass es doch noch ein bisschen klafft. Das hat nichts damit zu tun, dass die Reha-Assistentinnen ihre Arbeit nicht anständig machen oder nicht fähig machen. Aber Sie merken halt einfach, dass der Patient überfordert ist damit. Und dann fällt ihm hinterher doch noch hier die Hälfte wieder ein oder da die Hälfte.

K2A 19 A: Aber ich denke, dass das auch eine Frage der Erfahrung ist, wie sie eine Anamnese erheben oder nicht. Und das ist etwas, was die Reha-Assistentinnen vorher nicht gemacht haben und nicht gelernt haben. Das ist das normale Abfragen, was sie machen, und sie können nicht alles in ein Blatt Papier bringen.

K2A 20–21 F: Die sind ja jetzt auch hier, die beiden, die ich kennen gelernt habe, relativ jung. Und sie sagten mir, dass sie manchmal Schwierigkeiten mit älteren Patienten hätten. Dass die manche Fragen gar nicht beantworten wollen, nach dem Motto "geht Sie gar nichts an".

A: Das ist manchmal schon schwierig, ja. Und da denke ich auch, dass der Zugang vom Arzt manchmal noch anders ist. Aber das viele Patienten auch, die jetzt gerade über Rentenversicherungsträger da sind, die also noch gar nicht so alt sind, benehmen sich manche Patienten, als würden sie sich in die Karten geguckt fühlen. Die das schwer verstehen, dass wir den Rentenversicherungsträgern gegenüber natürlich den Auftrag haben entsprechende Dinge abzufragen, wie Sozialanamnese, Berufsanamnese, und das ist genau – speziell dieser Punkt ist da gemeint. Und da ist es dann schon schwierig, wo wir manches Mal auch noch mal nachhaken müssen.

K2A 25 A: Und da muss man sagen, dass es jetzt langsam immer besser wird. Dass wir jetzt also aus diesen Fehlern oder diesen Anlaufschwierigkeiten rauskommen. Und dass da die Reha-Assistentinnen oder Assistentinnen auch immer besser werden, was das Abfragen betrifft. Weil sonst merkt man es beim Diktieren am Ende oder beim Lesen: „Mensch, das ist irgendwie nicht schlüssig“. Und das ist so, das arbeiten wir jetzt eigentlich so interaktiv auf, muss man sagen. Das wird, das ist natürlich schon angenehm.

K2A 44–47 F: Aber zum Beispiel, kriegen sie heraus, welche Medikamente die Patienten nehmen?

A: Ja.

F: Das schaffen sie?

A: Ja, natürlich. Natürlich. Das ist auch so, dass die aufgeschrieben werden, wie gesagt. Und da sind wir ja noch, wie lange machen wir das jetzt? Seit 1.9., also noch nicht so lange. Wie gesagt, wir dabei sind, das zu optimieren, aber doch. Am Anfang, würde ich sagen, musste sich das einspielen. Aber sonst kann ich nicht sagen, dass wir von den Dingen, die sie machen, dass sie da überfordert sind oder nicht machen konnten. Das würde ich anders sehen. Das würde ich eher sehen, dass sie das auch können. Und auch mit den Medikamenten. Im Zweifelsfall muss man dann eh Rücksprache halten. Das Problem hätten wir ja genau so, dass Patienten irgendwas im Koffer lassen oder Ihnen nicht sagen oder ihnen drei Tage später einfällt, dass sie doch noch die oder die Medikamente nehmen. Und das ist dann, denke ich, auch gleich, also würden wir, in manchen Fällen, denke ich, auch nicht mehr rausbekommen. Das ist die Frage, wie viel Zeit man sich dann eben lässt.

K3OA 26–27 F: Gibt's denn manchmal Situationen, wo Sie denken, hier hat die Reha-Assistentin irgendwas falsch gemacht oder Kompetenzen überschritten?

A: Nein.

K4A 22–25 F: Aha, Sie können es dann noch vertiefen an einzelnen Stellen so etwas, ja. Und stimmt es meistens, was die Reha-Assistentin da herauschreiben?

A: Ja.

F: Ja?

A: Ja, in der Regel schon.

K4A 25

A: Das gibt immer so Sachen. Wenn jemand [eine Reha-Assistentin] noch nicht so lange dabei ist, dann guckt er natürlich nicht nach allem. Und wir haben hier ja auch manchmal Sachen, dass die Berufsanamnese zu dünn war, und dann haben wir halt untereinander besprochen, Mensch, wir wollen das ein bisschen detaillierter haben, das und das fehlt, und dann ist es auch o.k.

K4A 27

A: Ja. Ja wenn jemand [eine Reha-Assistentin] neu war, das kam jetzt nicht so häufig vor, aber da hab ich auch angeboten, dass die mit zur Visite kommen, sich mal angucken, was läuft hier eigentlich, die Begrifflichkeit kennenzulernen, was erwarten wir. In der Visite sieht man ja oft: Mensch, das fehlt noch, wir brauchen da noch mal eine Info. Oder auch zu den Teambesprechungen, wo man über den Patienten im ganzen Team spricht, nicht? Da macht es auch Sinn, die Reha-Assistenz mal – nicht immer, aber zumindest am Anfang – dabei zu haben, damit klar wird, was sollen die eigentlich in der Aufnahme herausfinden und herauskristallisieren.

K4A 46–51

F: Und mit den Medikamenten: Es wurde teilweise von anderen Ärzten die Sorge geäußert, dass die Reha-Assistentin das mit den, also die Medikamentenanamnese sozusagen, dass sie das nicht hinkriegen. Ist das ein Problem?

A: Nö.

F: Nö?

A: Ich muss es sowieso kontrollieren.

F: Das fragen Sie noch einmal nach?

A: In der Regel vergleiche ich das mit dem Patienten, wenn es mir komisch vorkommt.

K4A 122–125

F: Haben Sie eine Idee, welche Grundausbildung sozusagen so eine Reha-Assistentin mitbringen sollte?

A: Also sinnvoll ist schon ihre medizinische Grundausbildung, sein es eine Arztsekretärin, Medizinisch-Technische-Angestellte nicht unbedingt ...

F: So das, was man früher Arzthelferin ... so etwas?

A: Das kann ich mir gut vorstellen, ja. Ich glaube, Krankenschwester ist zu hoch gegriffen. Das ist, muss man nicht machen. Aber irgendeine medizinische Grundausbildung sollte da sein, also eine rein kaufmännische oder Sekretärinnenausbildung reicht nicht. Weil dann – na klar, kann man sich auch einarbeiten, und wer da gewitzt ist, nicht, das kommt sicherlich auf die Person drauf an. Wenn da jemand ist, der gewillt ist, das auch schnell zu lernen, und auch gewillt ist, nachzuschauen bei den Begriffen, die wir oft verwenden, nicht, geht das sicherlich auch mit einer gewissen Einarbeitungszeit, nicht. Aber ich glaube, also ... Wir hatten das ja hier gehabt, eine, die was anderes vorher gemacht hatte, die bei irgendeinem Möbelhaus, glaube ich, Sekretärin oder irgendwas war. Schreiben und so, geht alles gut, nicht, nur die Begrifflichkeiten sind natürlich ein Problem. Und da hat man schon oft in den Briefen gemerkt, oops, irgendein Wort drausgemacht, was aber eigentlich nicht so gemeint war, aber vielleicht so verstanden wurde. Da wird dann der Sinn einfach nicht erkannt. Und gerade, wenn man so diktiert, dann diktiert man ja manchmal, mir geht's jedenfalls oft so, ohne Punkt und Komma, nicht, also (F: Ja, so runtergerasselt.). Manchmal kommt auch irgendwas zustande, wo man denkt, ach das wollte ich eigentlich andersherum sagen, aber –

„ach, könnten Sie das vielleicht nochmal umformulieren?“ Und ich weiß, bei unseren eingearbeiteten Assistentinnen, dass sie das auch machen.

K4A 126–133

**F:** Die tippen ja auch die Briefe, nicht?

**A:** Ja. Und das geht unheimlich schnell. Dadurch, dass sie die Aufnahme- und Entlassungsdiktate hier auch selber schreiben, haben wir die Aufnahmediktate an einem Tag, und die Entlassung sicher ja auch an ein, zwei Tagen.

**F:** Ja, und die kennen ja auch Ihre Besonderheiten beim Diktieren. Schreiben die eigentlich selbst was rein in den Brief, in den elektronischen Brief, oder nur nach Diktat?

**A:** Nee, das, was sie vorher aufnehmen, schreiben sie rein.

**F:** Schreiben sie selbst rein?

**A:** Ja.

**F:** Und können sie das?

**A:** Ja. Manchmal besser als ich.

K4A 132–141

[Reha-Assistentinnen formulieren Teile des Arztbriefes selbst, JH]

**F:** Und können sie das?

**A:** Ja. Manchmal besser als ich.

**F:** Oh. Wie kommt das?

**A:** Naja, also, nee, besser als ich [unverständlich]. Ich bin kein guter Deutschmensch, glaub ich. Deutsch „Drei“ in der Schule. Ausdruck ganz schlecht. Manchmal, finde ich, kommen da gute Formulierungen ... Also das Erheben der Berufsanamnese oder der Sozialanamnese – na klar sind das fast alles Standardtexte, nicht, aber ... das ist...

**F:** Also damit sind Sie auf jeden Fall zufrieden.

**A:** Ja. Ich glaube auch, dass ich manchmal diktiere und das ziemlich durcheinander ist und vielleicht auch von der Wortwahl manchmal irgendwie anders gerückt werden muss. Also wenn ich mich nicht ganz täusche, dann machen die das bestimmt auch. Ohne dass ich es weiß, damit das einen Sinn ergibt.

**F:** Aha, also sie verbessern Ihre Texte.

**A:** Ich glaube schon, ja.

**F:** Da sind Sie auch nicht beleidigt dann.

**A:** Nein, da bin ich dankbar, wenn das einen Sinn ergibt und ordentlich aussieht.

### 10.1.3 Aus Sicht der Pflege

K1PDL 9

**A:** Von meiner Seite als Beurteilung würde ich sagen, dass der eine, der diese Dinge komplett weggibt, auch Dinge weggibt, die er eigentlich nicht weggeben darf. Also bestimmte Dinge zur Medikation zum Beispiel. Das lässt er von der Reha-Assistentin machen, die ja letztendlich dafür nicht verantwortlich sein kann. Also die Medikation ist Sache des Arztes. Punkt.

K1PDL 11–13

**A:** Die Reha-Assistentin nimmt die bisherige Medikation auf, überführt sie dann in die Krankenakte. Gegebenenfalls sucht sie ein Ersatz-, Äquivalenzpräparat aus unserer Standardliste heraus und schreibt das da rein, und der Doktor hakt das ab. Und da sehe ich doch

gewisse Fehlermöglichkeiten. Zumal dieser Vorgang in der, in der Arbeitsbeschreibung so explizit nicht beschrieben ist. Also ich glaub, er kann sie gar nicht ermächtigen, das zu tun, glaub ich.

**F:** Gab es denn Probleme, tatsächlich? Sind Ihnen da Probleme bekannt geworden?

**A:** Nein, es widerspricht nur der hier im Hause geltenden Regelung.

K2P 42–43

**F:** Mussten Sie die Aufgabenliste sozusagen noch mal revidieren? Gab es da dann irgendwas, was sie dann doch nicht so hinkriegten oder sind die allen Aufgaben gewachsen von vorne herein?

**A:** Wir sind nicht mit allen Aufgaben angefangen. Wir haben uns einfach überlegt, was könnten die machen. Und dann sind wir langsam angefangen. Erst das eine und wenn das saß, das andere dazu. Und so haben wir das langsam aufgebaut.

K4P 39–44

(40 und 41

ausgelassen)

**A:** [Erfassung der Medikation] Ja. Denn das ist das schnellste. Wenn es [das Fax] denn gleich kommt. Manchmal kommt es dann halt auch drei Tage später oder eine Woche. Es kommt leider immer wieder vor, dass der Patient nichts in der Hand hat. Also der hat weder einen Arztbrief, noch einen Kurz- oder vorläufigen. Und dann, wenn man Pech hat, weiß er auch gar nicht so richtig, was er nimmt. Dann hat er aber diesen Bogen vielleicht schon ausgefüllt, wo er die eigenen Angaben gemacht hat. Das wird ja dann auch vielleicht zu Hause gemacht mit Familie und so weiter. Dann wird das übernommen in das Diktat. So, dann macht der Arzt da die Aufnahme und guckt noch mal richtig und vergleicht, hat vielleicht inzwischen schon einen Brief aus dem Krankenhaus gefaxt bekommen und schreibt die Tabletten auf, so. Dann stimmen die aber recht häufig nicht überein mit der Angabe des Patienten, weil der Patient ja mittlerweile viele Wege gegangen ist. Der ist im Krankenhaus gewesen, der ist zwischendurch zu Hause gewesen, der Hausarzt hat unter Umständen die Tabletten geändert. Das weiß aber wiederum das Krankenhaus nicht, weil der Brief ist unter Umständen schon mindestens eine Woche alt, und das weiß der Arzt hier dann ja auch nicht. Im Diktat stehen dann die Angaben, die laut Patient vielleicht auch stimmen, aber die stimmen mit der Akte nicht überein. Und dann kommen nachher die Patienten zu uns im Endgespräch und sagen: Das nehme ich schon lange gar nicht mehr. So, dann sind wir praktisch die letzte Instanz, und dann geht der ganze Quatsch von vorne los, dann müssen wir wieder eine Notiz machen: Herr Doktor, das stimmt alles nicht. Laut Patientenangaben ist das und das und das und das ... Das ist ein bisschen unglücklich, da stolpern wir immer wieder drüber. ...

**F:** Gut, es gibt also verschiedene Informationsquellen: der Arztbrief, der Patient selbst. Was ist jetzt richtig, das weiß man nicht?

**A:** Genau. Und er [der Arzt] guckt sich, glaube ich, das weiß ich ja nicht genau, das in diesem Fragebogen, was der Patient ausgefüllt hat, nicht richtig an oder vergleicht es irgendwie nicht. Ich glaube, das erfolgt nicht.

**F:** Gut, das ist natürlich – also die Reha-Assistentin kann ja eigentlich nur ermitteln, was der Patient sagt. (**A:** Genau, genau.) Und sie kann dafür sorgen, dass der Brief vorliegt. (**A:** Genau.) Das andere ist (**A:** Das andere ist ...) Arztsache (**A:** Ja), denke ich.

K4P 85

**A:** Und das muss man können. Man muss eine bestimmte Kompetenz haben, nämlich vor allen Dingen in der Kommunikation, in Gesprächsführung. Und das haben so einige Junge noch nicht, können sie auch noch nicht.

K4P 85

**A:** Patienten, die sind distanzlos, die machen dich an und sind ganz unangenehm. Und da muss man wirklich fähig sein, das so ein bisschen auf Abstand zu halten. Wenn hier unsere Frau [Name einer Reha-Assistentin] sitzt, nicht, die [Vorname] in ihren jungen Jahren, also da – manchmal sagen wir: „Mensch, und wenn irgendetwas ist, dann komm raus oder ...“

Da muss man so ein bisschen doch schon gefestigt sein und denen auch manchmal sagen: „So, jetzt ist Schluss, und das brechen wir jetzt ab.“ Also es geht manchmal auch richtig hart ab so bei einigen Patienten. Ja, also, die lassen sich ja hier aus, die lassen ab, was erstmal überall passiert ist und im Krankenhaus und suchen dann. "Was ist denn das hier für ein Sauladen!" und solche Geschichten. Was da alles läuft, und solche gibt's ja auch. Ich meine, die gibt's halt überall. Aber das muss man sich bewusst sein, dass man nicht nur sitzt und die Briefe vorschreibt. Also der Patientenkontakt ist sehr nahe und das sind auch dann Kräfte. Oftmals hab ich das schon erlebt, dass sie dann sagen: Ja, ist denn - ich hab da noch mal eine Frage und ich hab was vergessen zu sagen, und das muss noch in die Akte mit rein und ich möchte noch mal zu Frau [Name einer Reha-Assistentin] oder Frau [Name einer anderen Reha-Assistentin] und ihr das noch mal sagen oder mit ihr nochmal besprechen.

#### 10.1.4 Aus Sicht der Rehabilitanden

K1PG1 42–48 F: Hat sie auch nach Ihren Medikamenten gefragt?

Verschiedene: Ja.

F: Und das aufgeschrieben, was Sie ...

Verschiedene: Ja.

A: Was man wann nimmt und wie viel.

F: Und haben Sie da Vertrauen, dass sie das richtig macht?

A: Durchaus. Also ich gehe mal davon aus, wenn ich an eine Stelle so wie hier herkomme, dass die Leute kompetent sind. (allgemeines Gelächter) Das setz ich einfach voraus, weil sonst wären sie nicht hier.

K1PG1 52–53 F: Haben Sie alle dann im Anschluss auch die richtigen Medikamente weiter bekommen? Oder gab's da irgendwelche Pannen?

A: Ich selber keine, ich hab aber von, von, von, von anderen Patienten gehört, dass es da wohl so war.

K1PG1 66–71 F: Würden Sie Reha-Assistentinnen zutrauen, dass sie aus Ihnen herausfragt, was Sie eigentlich erreichen wollen?

A: Ich weiß, dass ich einen Fragebogen ausgefüllt hab am Anfang, wo ich also ein Ziel auch klar definieren sollte. Ich hab ihn erst hier bekommen, aber gleich am ersten Tag, und dann auch ausgefüllt. Und darin war, und darüber haben wir dann gesprochen, ob das überhaupt machbar wäre und ...

F: Mit der Reha-Assistentin?

A: Ja.

F: Und das war okay?

A: Ja.

K1PG1 81–84 F: Ihre Wünsche in Bezug auf die Therapie, nicht? Würden Sie das auch der Reha-Assistentin zutrauen, dass Sie der sagen könnten und dass die es aufnehmen würde, welche Art von Therapie nach Ihrer eigenen Erfahrung für Sie gut ist?

A1: Ja. Man macht es ja auch manchmal. Also ich hab es so gemacht, wenn dann irgendetwas war, wo ich gesagt hab, nee, also das ist jetzt überhaupt nicht, im Moment nicht gut, bin

ich zur Schwester gegangen ins Arztvorbzimmer und hab der das gesagt. Und sie hat dann auch gesagt, sie gibt es weiter und ...

**A2:** Ja, die haben auch gleich reagiert, also wenn ...

**A3:** Das kann die Assistentin genauso gut, oder nicht?

**K1PG1 86–87** **F:** Das heißt, sie könnte auch so ein bisschen was erfragen: Wie denken Sie über Ihre Krankheit? Was halten Sie selbst für wichtig? Was sind Ihre Ziele? Welche Art von Therapien sind nach Ihrer Erfahrung günstig? Was haben Sie bisher an Medikamenten genommen? So, das wär alles so machbar?

**A:** Hm, hm.

**K1PG2 58–59** **F:** Oder trauen Sie der. Gab's irgendeinen Aspekt dabei, wo Sie da sagen, da trau ich der Reha-Assistentin gar nicht zu, dass sie das richtig versteht oder richtig weitergibt?

**A:** Ja, die Frage ist ja, wie sehr, wie weit sie ärztliches Wissen hat. Denn es gibt ja auch spezielle Sachen, die kann sie vielleicht gar nicht beantworten. Das weiß ich ja aber als Laie nicht, wenn ich zu ihr hinkomme, und dann erzähle ich ihr was von meiner Krankheit, und ich weiß gar nicht, dass sie da gar nicht für jetzt ausgebildet ist, nicht. Also Reha-Assistentin, erstmal hab ich da gesehen, was hat die jetzt für eine Funktion. Ist die Ärztin, kennt sie was davon oder was ist das hier?

**K1PG2 62–63** **F:** Das können Sie nicht. Sondern dass die Reha-Assistentin aber imstande ist, Sie über alles Mögliche zu befragen und das, was Sie sagen über Ihre Krankheit zum Beispiel, richtig aufzuschreiben und weiterzugeben. Würden Sie ihr das zutrauen?

**A:** Ja.

**K1PG2 105–108** **F:** Und würden Sie der Reha-Assistentin zutrauen, dass sie das mit Ihnen besprechen kann und aus Ihnen herausfragen kann, was Ihre persönlichen Ziele in der Reha sind?

**A:** Das glaub ich.

**F:** Ja?

**A:** Die Ziele, ja. Aber der Weg dorthin nicht. Das muss der Arzt haben.

**K2PG1 22–26** **F:** Und hatten Sie das Gefühl, dass Sie das alles verstanden hat, was sie gesagt haben?

**A1:** Bei mir nicht.

**F:** Bei Ihnen nicht?

**A1:** Bei mir nicht. Da musste sie mehrere Male nachfragen, weil sie das einfach nicht auf die Reihe kriegte.

**A5:** Bei mir hat sie es gleich verstanden, ohne nachzufragen.

**K2PG2 42–48** **F:** Aber wenn Sie ausgefragt werden sozusagen nach der Krankheitsgeschichte, welche Tabletten Sie nehmen oder was weiß ich, wie es mit dem Arztbericht aussieht, das könnte auch diese Reha-Assistentin nach Ihrer Erfahrung machen? Oder hatten Sie das Gefühl, da war jemand irgendwie überfordert oder so?

**A1:** Nein.

**A3:** Nein, mhm.

**F:** Oder hat nicht begriffen, was Sie jetzt haben wollte, oder irgendwas?

**A2:** Nein.

- F: Dann war es eigentlich aus Ihrer Sicht doch problemlos?
- A3: Richtig.
- K2PG3 31–32 F: Hatten Sie das Gefühl, dass sie das gleich kapiert hat, was Sie da gesagt haben?
- A: Ja, wenn ich gesagt habe: „Ich habe einmal Ibuprofen 800 genommen“, dann wusste Sie schon genau, dass das Schmerztabletten waren und für Rheuma usw. Da bin ich sicher, dass sie ihr Fach versteht.
- K2PG3 39–44 F: Also da gab es jetzt keine Pannen, dass sie irgendetwas falsches oder –
- A: Nee, ich habe verkehrte gekriegt den ersten Tag hier.
- F: Sie haben verkehrte gekriegt?
- A: Ja, vom Doktor. Wie dann Visite war, wurden die sofort abgesetzt, weil die auf die Lunge gingen.
- F: Und das lag daran, dass die Reha-Assistentin etwas Falsches aufgeschrieben hat?
- A: Ne, muss was vom Doktor gewesen sein oder was.
- K2PG3 53–59 A3: Sie hat mir erklärt, dass ich noch oben bleiben muss. Dass ein Arzt dann noch kommt für ein Aufnahmegespräch. Sie hat mir erklärt, weil ich gefragt habe, wo ich rauchen kann. Sie hat mir auch erklärt, wo ich mir etwas zu trinken holen kann, trotz dass ich Wasser auf dem Zimmer hatte.
- F: Also das Organisatorische?
- A2: Ja, das war vorbereitet alles, ja.
- A3: Und dann hat sie mir gesagt, dass sie mir gleich Mittagessen bringt, was wichtig ist.
- F: Ja und konnte man das gut verstehen, war das verständlich?
- A2: Ja, ja!
- A1: Ja.
- K2PG3 110–111 F: Ja, gab es sonst noch etwas, was Sie zu dieser Reha-Assistentin sagen würden?
- A: Nö. Das ist alles gut. Wenn man hinget und möchte was haben, kriegt man das sofort. Was weiß ich, Medikamente, meine waren alle heute Morgen, hat sie mir sofort welche wieder gegeben. Nicht, dass ich heute Abend schon wieder erst hinterherlaufen muss.
- K2PG4 2/1 A: Ich war selber überrascht von dem ganzen Gespräch, dass sie so kompetent war. Das heißt also auch anders rum für mich, die Frau hat erstmal Lust zu diesem Beruf und steht auch hinter ihrem Beruf. Somit kann man das auch, mehr kann man dazu eigentlich nicht sagen, finde ich jedenfalls. Ich war sehr überrascht.
- K2PG4 7–10 A3: Die hat das voll hundertprozentig in Ordnung gemacht. Die hat mir die ganze Aufnahme gemacht im Zimmer und nachher noch ein EKG. Und wenn sie was gefragt hat, hat sie auch eine Antwort gekriegt.
- A1: Ja, ich muss sagen, die war sehr kompetent.
- A2: Ja war sie auch!
- A1: Wenn man auch noch ein paar andere Fragen gehabt hat, die konnte man von dem Platz auch vernünftig beantworten. Oder sie hat gesagt: „Da müsste ich mich noch mal schlau machen.“ Das war auch in Ordnung, die kann ja nicht alles wissen.



- K2PG4 59      **A:** Kann ich gar nicht sagen! [unverständlich] runter gehen und EKG machen, und das war kein Problem. Und das finde ich ganz nett. Es war irgendwie ganz was anderes. Ich weiß ja nicht, ich will jetzt keinen Arzt schlecht machen, überhaupt nicht, aber ich hab das Gefühl gehabt, die hat dem Arzt sehr viel abgenommen. Nämlich mit mir runter gehen und EKG machen. Das wird ja sonst so abgegeben. Also kann sie das doch schon alles vorher vorbereiten, das braucht er ja nicht machen.
- K2PG4 61–62      **A3:** Und der Stationsarzt kam ja trotzdem nachher noch vorbei.  
**A1:** Natürlich. Er muss ja sich auch sein Bild machen, alleine von dem kann er sich das auch nicht – das finde ich schon ganz gut so. Aber er hat schon viel mehr, sagen wir mal zu so 60–70 Prozent, konnte er schon aus diesen Sachen, die die Frau aufgeschrieben hat, sich ergänzen, was er vernommen hat. Und das war dann da viel Zeit gespart.
- K2PG4 63–66      **F:** Und Sie hatten ja vielleicht auch ein paar Fragen oder so. Hat sie die vernünftig beantwortet?  
**A1:** Ja sicher.  
**A4:** Ich weiß gar nicht, welche Fragen. Aber ich glaube, die Fragen, die ich gefragt habe, die hat sie auch vernünftig beantwortet.
- K2PG4 69–71      **F:** Aber es ist nicht so, dass Sie jetzt noch denken: „Na, das hätte sie mir ja sagen können!“ Oder: „Ich habe es nicht begriffen, was sie da erzählt hat.“  
**A1:** Ne, das stimmt nicht.  
**A4:** Alles begriffen was sie gesagt hat. Aber wie gesagt, Fragen... Ich habe was gefragt, aber keine Ahnung was ich gefragt habe.
- K2PG4 72–75      **A1:** Ich kann nur eins beantworten: Dass die Frau, so steht sie jetzt auch vor mir wieder, dass die kompetent war und wirklich mit allem Wissen da gestanden hat, und das ist das Gute.  
**A2:** Ja, ja genau. Und das ist auch nicht gelogen.  
**F:** Sodass Sie ihr sozusagen vertrauen konnten?  
**A2:** Genau, richtig!
- K4PG 16–20      **F:** Hätten Sie das denn besser gefunden, wenn gleich ein Arzt da gekommen wäre?  
**A1:** Ach so, dass...  
**A2:** Nö, wenn die, die Dame war ja sehr kompetent. Und in dem Augenblick oder – man ist ja auch Laie, nicht, und dann hatte ich das Gefühl, die gehört dazu und hat das meines Erachtens nach sehr gut gemacht.  
**F:** Sodass Sie da eigentlich Vertrauen hatten von vornherein, das läuft schon so richtig, ja?  
**A:** Ja, ja , genau!
- K4PG 62–68      **A:** Und jetzt hab ich letzte Woche festgestellt, nicht nur der Empfang ist gut. Auch so: Ich sollte Verlängerung kriegen, da hab ich dann das abgelehnt, und daraufhin hat dann die Ärztin gesagt: „Mensch, dann müssen Sie aber die Nachsorge machen!“ Und da musste ich auch zu Frau [Name] hin, und die hat mir dann gleich einen Tag später einen Antrag gestellt und das alles, mit dem Hinweis, wo ich in Neumünster eigentlich hin soll - könnte, das ist nur ein Vorschlag, nicht, und es liegt ja an mir, ob ich jetzt diesen Vorschlag, da hinzugehen, zu dieser Maßnahme oder eben, was eben dichter bei mir dran ist, das ist egal. Aber das ist alles so in dreierlei Form alles ausgefüllt worden, einmal für den Patienten, einmal für den Haus-

arzt und einmal für diese Rehaklinik, wo man das nachher machen soll.

F: Und fanden Sie das gut, dass Sie da so in die Nachsorge ...

A: Auf jeden Fall, ja.

F: Und der Weg ist Ihnen eben auch so gebahnt worden, nicht?

A: Ja, ja, genau. Und ich war auch davon überrascht, dass das gleich einen Tag später in meinem Postfach war.

F: Ja, also hat gut geklappt, kann man sagen, ist schnell gegangen und so.

A: Ja.

K4PG 97–102 F: Naja vielleicht so: Wann gibt's Essen oder irgendwie so was.

A1: Ja, darauf hat sie eine Antwort gegeben. Das war – was sie wusste und konnte, hat sie eine Antwort gegeben.

F: So organisatorische Sachen?

A1: Organisatorische Sachen, von wegen darf ich hier verschwinden, darf ich das Gebäude verlassen und diese Sachen. Da hab ich mich ja noch nicht mit beschäftigt. Ja, das sind ja so Sachen, die ...

A2: Ja, jeder möchte ja was anderes wissen, nicht.

A1: Was sie konnte, hat sie beantwortet.

## 10.2 Entlastung anderer Berufe?

### 10.2.1 Ärzte

#### 10.2.1.1 Entlastung von Aufgaben

ID

K1CA 22/1 A: Die Ärzte selber fühlen sich schon entlastet, aber nicht in dieser Prozentzahl, die angenommen worden ist.

K1CA 22/2 A: Wir haben angefangen, die Reha-Assistentinnen – wir haben zwei halbe Stellen, die sich tendierend dann vormittags und nachmittags abwechseln –, dass wir die zunächst einer Praxis zugeordnet hatten, aber auch nicht so viel Teilaufgaben letzten Endes zuzuordnen sind, dass sie damit ausgelastet wären, und betreuen jetzt drei Praxen und nehmen noch für die ganze Abteilung Blut ab und sind damit den ganzen Tag ausgelastet. Und die drei Praxen, die eben jetzt den Nutzen haben, sehen das auch als Erleichterung an.

K1CA 36 A: Das ist halt schwierig, weil ja auch die Reha-Assistentinnen einer gewissen Supervision bedürfen, da muss man kontrollieren, die Briefe. Was die schreiben, muss noch mal nachkorrigiert werden. Das bleibt ja letzten Endes doch in Händen des Arztes, und von daher ist die Entlastung nicht so groß, wie es wäre, wenn es eben routinemäßig wirklich so laufen würde, dass man es [unverständlich] gleich zeitnah sehen würde. Ich meine, es ist so immer noch mal ein gesonderter Termin – heißt die Akte noch mal aufrufen, und im Einzelnen nachschlagen. Ich denke, da ist schon viel, viel Optimierungsmöglichkeit noch drin.

K1A 8–9 F: Und wo spüren Sie jetzt eine Entlastung?

A: Eine Entlastung auf jeden Fall in der Klärung der Nachsorge oder Besprechung der Nach-

sorge. Da hab ich den Eindruck, sind die Rehabilitanden sehr gut informiert. Also die haben ja dort einen getrennten Termin, und wenn wir anschließend das dann besprechen oder beim Abschlussgespräch das besprechen, sind die sehr gut informiert und haben häufig dann entsprechend auch schon Kontakt da mit der zuständigen Zu-Hause-Adresse aufgenommen, also ich finde, das ist eine sehr positive Erfahrung, ja.

K1A 44-47

**F:** Sie müssen ja auch kontrollieren, was die getan haben. Gibt es da viel, was Sie verbessern müssen? Oder geht die Zeit, die Sie einsparen an der einen Stelle, durch Korrekturen wieder verloren an der anderen Stelle?

**A:** Nein, also ich lese das schon alles nach und hab aber dann nicht den Eindruck, dass ich da viel korrigieren muss.

**F:** Das heißt, im Großen und Ganzen stimmt das alles, ist alles korrekt?

**A:** Ja, hm-hm.

K2A 9

**A:** Also wir haben sehr, sehr viele Schnittpunkte, logischerweise. Weil die eigentlich die Patienten begrüßen, sozusagen das Erstgespräch machen mit den Patienten und uns zügig oder zeitnah hinzuziehen, falls die Patienten zum Beispiel nichts für eine orthopädische Reha sind und das gleich bemerken. Dass man eben sieht, dass man sie vielleicht noch rüber in die Geriatrie bringen kann oder aber solche Dinge, die wichtig sind vom Erstkontakt her. Dann ist es so, dass sie uns insofern entlasten, dass sie die Blutentnahmen zum Großteil übernehmen. Neben dem Erstgespräch mit dem Patienten dann eben auch Kontakt mit den Kliniken aufnehmen, falls Formulare oder Arztbriefe fehlen oder Informationen eingeholt werden. Bei den Patienten schon nachhaken, was für Medikamente sie einnehmen, halt so einen Großteil der Aufnahme.

K2A 13/1

**A:** Ja, wir sparen schon Zeit ein. Das ist richtig. Manche Sachen muss ich dann trotzdem noch mal nachhaken, weil das natürlich von jeder Berufsgruppe ein anderer Aspekt ist. Das ist ja bei Ihnen genau das Gleiche. Aber das macht's, es macht's wirklich leichter, muss man sagen.

K2A 23

**A:** Also, ich empfinde das schon als Erleichterung. Beim Rentenversicherungsträger frage ich trotzdem viele Sachen noch mal nach, weil es für mich einfach einfacher ist. Oder lasse sie mir bestätigen dann, diese Sachen.

K2A 25

**A:** Oder auch das wir diese PC-Eingaben nicht mehr haben. Das ist also wirklich noch mal zusätzlich eine wirkliche Ersparnis.

K2A 32-33

**F:** Wenn Sie so ein Gesamtfazit ziehen, ist das eine sinnvolle Einrichtung, die Reha Assistentenz?

**A:** Das denke ich schon. Weil einfach doch eben schon mehr Zeit ist, wenn Sie so denken. Wenn man den Durchlauf sieht der Patienten, dass man ein bisschen mehr Zeit für die Patienten hat. Das denke ich schon. Und weil ja trotzdem noch genügend Papierkram einfach da ist, der auszufüllen ist. Oder zu diktieren oder dran zu denken ist. Das ist schon eine erhebliche Erleichterung, das denke ich schon. Wie eben sonst in einer Praxis die Arzhelferin. So würde ich das auch sehen, diesen Stellenwert.

K3OA 7

**A:** Also, ich bin damit positiv einverstanden. Weil es beim Aufnahmegespräch eben ein bisschen strukturierter alles ist, mit den Medikamentenangaben schon, das erleichtert die Arbeit. Und auch mit den wichtigen Fragebögen, sag ich mal. Das ist bei uns hier ja auch noch im Fluss, aber das ist wirklich die Aufgabe, die auch, glaube ich, auch gar nicht anders im Grunde auf Dauer wahrgenommen werden kann. Vernünftigerweise, wenn man Patientenbefragungen machen möchte.

- K3A 9           A: Meine ehrliche Meinung ist, dass es mir eigentlich im Moment nicht wirklich weiterhilft. Und zwar ist es folgendermaßen. Hier macht es ja Schwester [Name] im Haus. Die schreibt schon die Medikamente auf, fragt die Patienten, wenn die kommen, schreibt die Medikamente auf, die sie nehmen und fragt auch nach Allergien. Vielmehr läuft ja hier im Moment noch nicht. Das andere, diese anderen Dinge wie Blutdruckmessen und so, das hat ja mit der Stationsassistentin nichts zu tun, das machen ja die anderen auch. Berufliche Dinge werden ja im Moment noch gar nicht abgefragt. Aber ich habe schon so für mich, ich kann jetzt nur von mir sprechen, ich habe nicht das Gefühl, dass – die Medikamente muss ich ja sowieso noch mal mit dem Patienten durchsprechen, weil die kommen ja auch mit ziemlich hanebüchenen Dingen hier an, wo man sich fragt, wie das zustande kommen kann, der Hausarzt nicht guckt, oder dann haben sie auch manchmal von verschiedenen Ärzten – also ich muss sowieso die Medikamente kontrollieren und sie auch häufiger ändern. Das haben wir jetzt schon so gelöst, dass wir auf dem Bogen jetzt nicht mehr, dass man die Medikamente nicht mehr gleich draufschreibt, sondern auf einem gelben Zettel und ich dann das, was ich übernehmen möchte, wirklich dann anordne. Also da hab ich jetzt sozusagen nicht einmal Schreibarbeit gespart. Und die Allergien – das ist *eine* Frage normalerweise: „Welche Allergien haben Sie?“ Muss ich sowieso noch, jedes Mal wenn ich wieder etwas Neues verordne, nochmal wieder nachfragen, weil manchmal vergessen wir auch was, nicht, und dann: Mein Gott, die müssen ein Antibiotikum haben, haben Sie es [unverständlich]: Vertragen Sie alle Antibiotika? - Ja, bis auf Penicillin. So, aber das kommt dann zwei Wochen später, wenn sie dann schon hier sind, weil sie das dann vergessen hatten. Also eigentlich bringt es mir bisher nicht wirklich viel. So meine Erfahrung jetzt.
- K3A 41           A: Wo es vielleicht ein bisschen hilft ist: Die haben ja, die kommen hier an, dann sind sie aufgeregt, und dann haben sie ihre ganzen Sachen noch irgendwie im Auto liegen lassen und so weiter, wo dann die Reha-Assistentin sagt: Nehmen Sie mal Ihre Medikamente schon mal, und bringen die mal mit und so, nicht? Und haben Sie noch Berichte im Koffer oder Röntgenbilder oder so was, da – das ist hilfreich. Aber das könnte natürlich auch jede Schwester machen.
- K3A 43           A: Ja, einem das so erleichtern ein bisschen, dass Sie die Dinge, die man auch braucht, jetzt so vorliegen haben. Also das ist sehr hilfreich. Weil sonst geht das erst wieder los: Ach ja, jetzt hab ich meinen Zettel im Zimmer, was ich denn einnehme, nicht?
- K4A 12–13       F: Das heißt, Sie können sich für Ihr eigentliches Anliegen sozusagen, für Ihre eigentlichen Fragen haben Sie mehr Luft dann einfach, nicht?
- A: Ja. Weil diese Formalitäten, die man sowieso immer machen muss, nicht, die in den Reha-E-Bericht kommen müssen, die ja im Prinzip ein Abfragen von Fakten sind. Das nervt den Patienten und mich im Vorherein auch, ja? Und wenn mir das abgenommen wird, dann habe ich natürlich mehr Zeit, darauf einzugehen, wie ist eigentlich die ganze Krankheitsgeschichte, was ist das sozialmedizinische Problem. Und das kann ich mit dem Patienten sofort bei Aufnahme besprechen, und die Zeit habe ich nicht mehr, wenn ich das andere noch verschieben muss, nicht?
- K4A 36–37/1     F: Und jetzt im Kontakt mit dem Patienten müssen Sie sich also um manche Formalitäten und so weiter nicht mehr kümmern. Und da könnte ich mir vorstellen, dass Sie da so ein Stück entspannter da rangehen und nicht immer denken, hoffentlich vergesse ich nichts?
- A: Ja. Das stimmt. Und wenn ich's mal vergessen hab, dann kann ich immer noch sagen: "Oops, ich hab da was vergessen, kannst du noch mal nacherheben?"
- K4A 37/2        A: „Guck mal, du hast da was vergessen, bitte noch mal nachfragen, wer ist der Hausarzt.“ Oder: „Da fehlen noch Medikamente, frag noch mal genauer, die Dosierung oder irgendwas,

guck dir das noch mal genauer an.“ Dann machen die das auch ganz schnell. Oder solche Sachen wie Befunde anfordern, Arztbriefe anfordern. Wenn die Reha-Assistenz den Patienten sieht und sieht, da sind keine Arztbriefe da, dann fordert sie in der Regel sofort an. Das heißt, sie kümmert sich darum, dass der Patient die Unterschrift leistet, die Einverständniserklärung, dass man sich die Daten ranholen kann. Die Arzt-Assistenz ruft denjenigen an, das Krankenhaus, dann fehlt das Fax, was auch immer, das läppert sich ja Minute von Minute zusammen: das Raussuchen der Telefonnummern, der zuständige Arzt, das Krankenhaus – nicht, das sind so Kleinigkeiten. Das machen die dann, wenn’s eine gute Reha-Assistenz ist, schon vorher, und ich brauch mich nicht drum kümmern.

K4A 71/1

A: Wir machen ja Rehanachsorge bei der Rentenversicherung zum Beispiel, nicht. Da brauche ich mich eigentlich auch nicht drum zu kümmern. Ich schreibe eben die Anordnung für die Nachsorge, was ich da möchte, IRENA oder MTT oder das und das. Dann kümmern sich die Damen darum, den Ort zu finden, die Zettel auszufüllen, das alles vorzubereiten. Ich brauch es nur noch unterschreiben. Die suchen sich den Patienten rein, kümmern sich darum, dass der das alles so unterschreibt und hinbekommt, und erklären denen dann, wie das abläuft. Das ist für mich auch gut.

K4A 71/2–75

A: Dann Verlängerungsanträge, die wir ja auch häufig haben mit den verschiedenen Korridoren, die wir haben, die kein Mensch mehr überblicken kann. Muss ich einen Antrag stellen, muss ich keinen stellen? Das kann ich alles der Reha-Assistenz überlassen. Ich schreib auf, ich möchte zwei Wochen länger machen, ist das möglich? Dann legen sie mir alles hin.

F: Ach so, weil’s ja von Kostenträger zu Kostenträger so verschiedene Regelungen gibt?

A: Genau. Also entweder ich muss noch einen Text dazu schreiben, dann krieg ich das in mein Fach gelegt, hier gibt’s noch was zu diktieren, oder ich muss nur eine Verlängerungsanzeige machen, dann brauch ich’s nur unterschreiben, das wird alles vorbereitet, also ...

F: Das ist schön?

A: Schön, ja. Das erleichtert ungemein, nicht?

K4A 79

A: Und auch zwischendurch, wenn man so mal Unterlagen –, wenn man auf der Visite feststellt, der Patient, es gibt ja auch Patienten, die rücken irgendwie später mit irgendwelchen Sachen raus, nicht, und man findet dann raus, Mensch, da müssen nochmal irgendwo Unterlagen sein, dann machen die das auch. [unverständlich] zwischendurch anfordern.

### 10.2.1.2 Zeitliche Entlastung

ID

K1A 30–35

F: So ganz unverbindlich und ohne dass Sie darauf festgenagelt werden? Wenn Sie das alles selbst alleine machen müssten?

A: Also innerhalb der Anreise mit Nachsorge und allem denke ich sicher, dass es 20 Minuten sicher erspart. Also würde ich jetzt so schätzen.

F: Alles in allem, ja?

A: Hm.

F: Am Tag?

A: Nein, pro Patient. Mit der Nachsorge klären, also wenn ich bedenke, ich hab jetzt am Anfang mit dem Rehabilitanden die Nachsorge geklärt, es ist ja auch immer die Frage, wie man es macht. Aber wenn man dann vor Ort noch eine Adresse sucht, was ist bei dem jetzt

direkt in der Nähe, die dann noch sagen „na ja, man muss es überlegen“, wie liegt das nun räumlich, also das nimmt schon eine ganze Zeit. Und denen auch erklären, wie das genau ist, wie das zu Hause funktioniert und dann noch mal die Anreise mit dazu – kann ich mir schon denken, dass das im gesamten Ablauf das schon die Zeitersparnis ...

K2A 17

Wenn ich jetzt eine einfache orthopädische Aufnahme nehme, ich gehe ja nicht nur rein und mache die körperliche Untersuchung. Ich muss schon ein bisschen Kontakt aufnehmen zum Patienten und den bei der Untersuchung noch befragen. Da spare ich also sicherlich, aber ungefähr, ich würde mal sagen, ja, zehn Minuten vielleicht ein.

K3OA 12–13

**F:** Das heißt, sie kriegen einige Informationen, die sie brauchen, strukturiert geliefert. Würde sich das in Zeitersparnis niederschlagen?

**A:** Kann ich jetzt nicht so sagen. Das könnte ich jetzt wirklich nicht ausrechnen. Es kommt auf den Patienten an, das ist tageweise unterschiedlich. Also, meine persönliche Zeitersparnis an sich, wird nicht so wesentlich groß sein, dass es der alleinige Grund sei, so etwas zu installieren, aber ich finde es grundsätzlich, wenn ich das so sagen darf, das ist mir gerade so in den Kopf gekommen.

K3A 52–55

**F:** Irgendeine Zeitersparnis ist für Sie damit nicht verbunden, nicht?

**A:** Eigentlich nein. Also außer, wie gesagt, was besondere Unterlagen – das ist schon Zeitersparnis, nicht, wenn der Patient erst wieder nach [unverständlich] rennen muss und muss alles zusammensuchen.

**F:** Ja, aber das, kann man das beziffern?

**A:** Nee, weil's ja die, weil's ja eben auch viele das schon von alleine mithaben.

K4A 10–11

**F:** Wie macht sich denn die Reha-Assistentin in Ihrem Alltag jetzt bemerkbar?

**A:** Es kommt drauf an. Also als ich angefangen hab, waren gut eingearbeitete Reha-Assistentinnen hier, die das schon jahrelang machen und sozusagen den Ablauf kennen und das, was erwartet wird kennen. Und dann nimmt mir die Reha-Assistenz zum Beispiel bei einer Aufnahme vom Zeitfaktor her vielleicht 10 Minuten ab. Aber ich finde inhaltlich nimmt sie mir viel mehr ab, weil ich für den Rest mehr Zeit habe, für das Medizinische, Klinische.

## 10.2.2 Pflege

### 10.2.2.1 Entlastung von Aufgaben

ID

K2P 5/1

**A:** Wir haben uns überlegt, dass wir einfach einen Teil aus der Pflege raus nehmen an Aufgaben, einen Teil von den Ärzten, um auch dem Patienten doppelte Fragen zu ersparen. Also das auch ein bisschen was beim Patienten ankommt.

K2P 5/2

**A:** Das, was die Reha Assistenten für uns machen, ist: Sie machen unsere Aufnahmen analog dem Stammblatt. Sie machen das Medikamentenstellen. Die Medikamentenbestellung machen sie. Sie arbeiten, je nachdem wie der Arbeitsaufwand ist, auch mal eine Akte aus. Während der Visiten, wenn wir keinen Zwischendienst haben, machen sie eben die Anwesenheit im Schwesternzimmer, wenn die andere Schwester die Visite begleitet, und arbeiten teilweise die Visite auch aus.

- K2P 23           A: Und dann ist es halt nicht zu messen was es sonst noch so – es ist jeden Tag eine bestimmte Entlastung. Und wir merken schon, wenn eine Reha-Assistentin im Urlaub ist oder krank ist, wenn nur drei da sind, die Station, die dann praktisch ihre gewohnte Reha-Assistentin nicht hat, das merkt man schon.
- K3P(2) 2–14       F: Was spüren Sie denn eigentlich so von der Arbeit der Reha-Assistentin?  
A1: Wir als Pflegedienst?  
F: Ja.  
A1: Dass uns [Name der Reha-Assistentin] im Stationsdienst fehlt.  
F: Aha. Das heißt, Sie bedauern das, dass sie diese Arbeit macht?  
A1: Nein. (alle lachen) [unverständlich]  
A2: Sie fehlt uns im Stationsdienst, ganz einfach.  
A1: Sie wurde vom Stationsdienst abgezogen für diese ... Arbeit und ja - ich denk, [unverständlich] nicht mehr zur Verfügung in der Woche.  
A: Sie ist dienstags, mittwochs, donnerstags, also an den Aufnahmen, ist sie hier im Zimmer.  
F: Ganzen Tag?  
A: Ja.  
F: Dann ist es für Sie eigentlich eine Erschwernis in Ihrer täglichen Arbeit, nicht?  
A: Wir machen mehr. Ja, klar, wir fangen die Arbeit auf.
- K3P(2) 18–24     F: Gibt es denn irgendeine Arbeit, die die Reha-Assistentin macht, die sie vorher als Schwester nicht auch gemacht hätte?  
A1: Nein. Ihre [unverständlich] beschränkt sich wirklich hauptsächlich auf die Aufnahme der Zugänge, ja.  
F: Das heißt, sie nimmt Ihnen auch in keiner Weise irgendeine Arbeit ab oder so etwas? Sie sagten vorhin ...  
A1: Sonst haben wir ja alle die Aufnahme gemacht, reihum.  
A2: Wir haben das gewechselt, und je nachdem, wer gerade draufzukam, wer nun eben anreisende Patienten empfangen hat, der hat ihn auch aufgenommen.  
F: Ach so, das heißt, was sie jetzt macht, das haben Sie vorher alle gemacht?  
A1,2: Ja, genau!
- K3P(2) 25–28     F: Das heißt, die Gesamtarbeit ist dieselbe geblieben, aber jetzt irgendwie unterschiedlich verteilt, oder? Sie macht nichts Neues, also was Sie vorher nicht gemacht haben? Oder was niemand von Ihnen vorher gemacht hat.  
A: Nee. Sie macht praktisch konzentriert die Aufnahme, die halt jeder von uns gemacht hat.  
F: Hm-hm. Stimmt das?  
A: Ja, natürlich, das stimmt schon - vielleicht ein bisschen ausführlicher jetzt.
- K3P(2) 38–41     F: Nimmt Sie Ihnen irgendeine Arbeit ab?  
A: Ja, im Grunde genommen [unverständlich], die die Patienten aufnehmen halt.  
F: Sonst nichts, also Sie haben sonst nichts davon eigentlich sozusagen.

- A: Nein.
- K3P(2) 44–46 F: Sie sagte irgendetwas von Blutentnahme oder so etwas?  
 A1: Das macht sie morgens, wenn sie morgens kommt.  
 A2: Oder wer morgens da ist, nicht. Wer morgens um 6 hier anfängt, der macht dann auch die Blutentnahmen. Das ist kein Unterschied, das machen wir alle.
- K3P(2) 88–89 A1: Ja, ich glaube es ist, ja, es ist eben für denjenigen, der jetzt nur, der jetzt im Stationszimmer ist, ist es dann schon zwischendurch eben schon noch unruhiger geworden. Weil da eben doch noch mehr auf einen einstürmt, als wenn da jetzt zum Beispiel zwei sind, wo man sich dann eben immer abwechselt. Oder siehst du das anders?  
 A2:Nee.
- K4P 7 A: Also, es wird ja immer gesagt, das ist ja eine Arztunterstützung, und das wird ja explizit getrennt. Im Empfinden ist es aber so, dass sie doch uns auch viel unterstützen, weil wir haben nämlich vorher zum Beispiel diese Auskunftsbögen – das ist ja die ärztliche (F: Ja, was die nach Hause kriegen.) – ja genau, ärztliche Auskünfte, Angaben für den Arzt, diese Fragebögen. Dafür waren wir vorher immer letztendlich zuständig, weil es ja kein anderer gemacht hat, obwohl es auch nicht unsere Aufgabe war. Da mussten wir uns immer drum kümmern. Teilweise haben wir ja auch das mit den Patienten ausfüllen müssen, weil das eben so vorliegen musste. Und das wird ja jetzt zum Beispiel komplett übernommen, ob der ausgefüllt ist oder nicht. Also dieses erste Vorgespräch wird doch zuerst durch die Reha-Assistenz gemacht, bevor wir dann dran sind.
- K4P 17 A:Aber die Reha-Assistenz schreibt ja Notizen, also auf diesen vertraulichen Bogen. Also zum Beispiel schreibt sie darauf, wie groß der ist, [unverständlich] und das wird so angegeben. Treppensteigen und diese ganzen Geschichten, die können wir zum Beispiel für unseren Barthel-Bogen nehmen.
- K4P 21 A: Man muss eine Pflegeanamnese natürlich direkt mit dem Patienten machen, aber einige Dinge kann man so übernehmen, weil das ja schon vorher rauserfragt wurde.
- K4P 33–35 A: Also es ist hier sehr, sehr gut gelaufen, das muss ich immer wieder sagen, und da sind auch einige Sachen mit - sind wir auch unterstützt worden. Das geht dann nachher weiter in: Das muss ich kopiert haben, und ich brauch den Arztbrief und ...  
 F: Ach so, so Sekretariatsarbeiten.  
 A: Genau, das ist ja auch alles letztendlich für den Patienten. Und wenn Arztbriefe kopiert werden mussten, das lief ja alles über uns, und das ist schon eine sehr große Unterstützung.
- K4P 39–37 F: Das heißt, es war gar nicht so das Ziel, Sie zu unterstützen, aber es ist trotzdem dabei herausgekommen.  
 A: Ja, weil, wie gesagt, wir hier also sehr gut alle miteinander auskommen und geredet haben und haben gesagt: Das ist einfach logisch, mein Gott, warum soll man das so strikt trennen. Das kann man nicht strikt trennen, weil das ist ja nun mal ein – der Patient, den kann man nicht nach Arzt trennen und nach Pflege trennen, das vermischt sich so ein bisschen.
- K4P 59 A: Also, wo die Reha-Assistentinnen ganz groß rauskommen, ist ja bei der Nachsorge, bei der IRENA-Nachsorge. Das übernehmen sie komplett.
- K4P 61 A:Prolos, Verlängerungen, ganz wichtig, geht alles über den Reha-Assistentinentisch. Die kümmern sich komplett. Welche Kasse hat welche Pauschale, muss ich einen Antrag stellen – da haben wir zum Glück nichts nicht mehr mit zu tun. Also das ist eine supergroße Erleich-



terung.

K4P 63/1 A: Und die machen ja auch die Verlängerungsanträge, bereiten die vor, die wissen, welche Anträge für was genommen werden müssen, Krankenkasse, Rententräger und so weiter, nicht.

K4P 63/2 A: Und dann kommt das nächste große Thema, dann halt die Nachsorge. Das kommt ja gegen Ende. Und das, da kümmern die sich komplett drum, reden mit den Patienten. Schlagen denen, also bereden mit denen, wo sie das machen können, welche Einrichtungen richtig sind, bereiten die Anträge vor, erklären denen, wie das alles funktioniert. Und wenn danach – zwischendurch kommen da Fragen immer noch, die schicken wir dann auch hierher. Also wenn, da sagen wir, da gehen Sie mal – morgen sind die wieder da, morgen früh oder heute Nachmittag, und dann gehen sie zu denen hin, und dann besprechen sie das mit denen. Das ist auch gut. Das haben wir auch sonst – das haben wir auch früher sonst gemacht.

K4P 64–65 F: Also haben Sie doch auch etwas Positives davon ...

A: Ja, also ich bin sowieso ein großer Freund davon, weil das ist wirklich – wie gesagt, ich weiß jetzt nicht, wie das auf anderen Stationen läuft. Nun arbeiten wir ja auch nun schon am längsten damit. Und das ist einfach, gerade diese Sachen ... Vieles haben wir ja in der Tat gemacht, weil es war ja sonst kein anderer da.

### 10.2.2.2 Zeitliche Entlastung

ID

K2P 11 Aber für uns ist das eine relative große Erleichterung. Weil wir müssen dem Patienten erstmal bei der Aufnahme nicht abfragen. Das bringt uns pro Patienten eine Zeitentlastung von 15 bis 20 Minuten.

K4P 66 – 69 F: Kann man das irgendwie zeitlich beziffern, kann man sagen, pro Patient spar ich jetzt so und so viel Minuten oder so?

A: Also wenn man also mal so einen Patienten betrachten würde, der so was alles kriegen würde, nicht, das ist schon – also ich glaub, wenn ich eine Stunde sage, ist das nicht übertrieben. Wenn man das alles betrachtet. Vom Anfang bis zum Ende diese ganzen – weil das sind zwar alles so relativ einfache Dinge, aber die Organisation, das Fragen, das Kontaktaufnehmen – also ich glaube, dass man eine Stunde – kann ich ohne schlechtes Gewissen sagen, von Anfang bis Ende, dass das bestimmt ...

F: Für die Pflege jetzt?

A: Ja.

## 10.3 Werdendie Reha-Assistentinnen von Mitarbeitern akzeptiert?

### 10.3.1 Aus eigener Sicht

ID

K1RA(2) F: Und haben Sie das Gefühl, dass Sie so von den Ärzten in Ihrer Arbeit akzeptiert sind?

119–120

A: Doch, ach doch. Also das ist schon – nein also das läuft wirklich gut.

K2RA(2)

F: Gibt es mit den Pflegekräften irgendwelche Schwierigkeiten?

103–106

A1: Anfänglich, würde ich mal sagen. Oder... Ja, auch immer noch. Es braucht halt Zeit, sich daran zu gewöhnen. Und das fällt den einen oder anderen schwieriger. Und irgendwie wird

man manchmal als Buhmann, als Konkurrent, man kann's eigentlich gar nicht genau sagen, woran es liegt. Vorher war man die besten Kollegen, und auf einmal ist man was anderes. Ein Außenseiter geworden. Ein bisschen aus dem Team geschmissen.

**F:** Aha. Also das Verhältnis hat sich eher ein bisschen verschlechtert?

**A1:** Ja, auf jeden Fall.

K2RA(2)  
107-108

**A2:** Also, nicht auf allen Stationen. Aber es gibt so ein, zwei Stationen, wo man sagt, dass es anstrengender ist, mit denen zusammenzuarbeiten.

**A1:** Also, es liegt auch an den Personen. Es gibt eigentlich auf jeder Station eine Person, die damit nicht klarkommt. Wobei ich gar nicht genau sagen kann, woran das jetzt liegt. Sie werden entlastet, total. Und irgendwie... Diese Stelle stand ja für jeden frei und...

K2RA(2)  
111-114

**A2:** Und dann hieß es später, sollen nur noch Arzthelferinnen machen, und dann kamen eben nicht mehr so viele in Frage, weil wir eben mehr mit dem Schreibtisch zu tun haben, als eben die normalen Pflegekräfte. Wir haben die Abrechnung ja auch schon und am PC technisch viel in der Praxis gearbeitet. Und daher kennen wir uns mit dem PC wesentlich besser aus als manch anderer. Ich denke, dass ist manchmal der Dorn im Auge gewesen. Dass nachher nur noch gesagt worden ist, nur Arzthelferin und...

**A1:** Die haben auch, glaube ich, am Anfange gedacht, dass wir nicht so viel zu tun haben. Dann, dass wir mehr Pausen haben oder ...

**F:** So nach dem Motto: „Die haben's gut?“

**A1:** Ja, genau. Die sind jetzt raus aus der Pflege, die wissen gar nicht mehr, wovon wir hier reden. Obwohl wir ja jahrelang zusammen gearbeitet haben. Ja, das ist schwer gewesen. Aber man gewöhnt sich daran.

K2RA(2)  
119-122

**F:** Und gibt es mit den Ärzten irgendwelche Schwierigkeiten?

**A1:** Nö.

**A2:** Nö, überhaupt nicht mehr. Am Anfang musste man sich arrangieren, dass man zurechtkommt, dass man überhaupt die Zeitplanung findet. Aber so jetzt, die letzten Monate ist –

**A1:** Die haben auch einfach gemerkt, dass das eine totale Erleichterung und Entlastung ist und deswegen... Klar, zum Anfang war es eine Umstellung, aber mittlerweile sind die da, glaube ich, ganz dankbar.

K3RA 35

**A1:** Nein, noch nicht. Da muss man ehrlicherwise auch sagen, dass in diesem Haus jetzt auch mit den Patienten, die wir haben, die Reha-Assistenz, die Ärzte sagen, sie empfinden das als gut.

K4RA1 52-53

**F:** Aber gibts sonst irgendwie Reibungspunkte mit den Schwestern oder –

**A:** Nee, gar nicht. Im Gegenteil: Also ich hab das Gefühl, dass sie eigentlich dankbar sind, dass wir da sind, so. Also hab ich jedenfalls nicht bemerkt, dass man da jetzt irgendwie ...

K4RA1 53

**A:** Zu Anfang natürlich war wie bei allen damals "Wir brauchen euch nicht". Also Reha-Assistenz, also nee, brauchen wir nicht. Dr. [Name] damals war ja besonders dabei, und der schreit als erstes, wenn wir das nicht machen!

K4RA1 55-57

**A:** Also die Ärzte haben es jetzt auch mittlerweile spitz, dass, wenn wir jetzt viel Aufnahmen haben – die warten auch. „Ja gut, dann nehme ich den erst heut Nachmittag auf.“ Also es ist nicht: „Nee, ich hab keine Zeit, es muss jetzt gemacht werden!“ Nee, dann warten sie auch. Also sie haben das schon alle raus.

F: Die Skeptiker sind überzeugt jetzt?

A: Ja, im Gegenteil, wir haben jetzt Leute, die jetzt schreien: "Wir wollen das auch haben!"

K4RA1 71

A: Also wir haben jetzt auch eine neue Ärztin hier auf Station, und sie ist ganz dankbar. Sie ist wohl fachlich laut Frau [Name] sehr gut, hat nur vom Computer und unserem [Name des KIS] Programm überhaupt keine Ahnung. Sie ist ganz oft unten und fragt, und dann erzählen wir ihr die Standards. Ich hab hier auch neue Standards vorbereitet, weil die Orthopädische hatte, glaube ich, 15 verschiedene Standards, und jeder hat sich irgendwie da durchgetütel. Und da hab ich dann drei grundlegende gemacht, so wie bei den Neurologen auch, und da halten sich alle dran. Das ist richtig toll. Ja, das ist wunderbar. Danach arbeiten wir auch. Und wir haben auch einen Dr. [Name], der ist für [Name der 2. Reha-Assistentin] überwiegend und ist auch sehr dankbar. Der fragt dann eben auch mit Verlängerungen, wie man das überhaupt machen muss oder so, also für neue Ärzte, glaube ich, ist das sehr gut.

K4RA1 88–91

F: In der Zusammenarbeit mit den Ärzten gibt's keine Spannungen oder Probleme?

A: Überhaupt nicht, gar nicht.

F: Dass die sich über irgendwas beschweren?

A: Dann kommen sie sowieso gleich zu uns. Wie wir hier angefangen haben mit [Name 2. Reha-Assistentin], da hab ich denen auch gleich gesagt, also wenn irgendwas ist, möchte ich gerne, dass sie das direkt uns sagen, nicht über Vierte, Fünfte, Sechste, sondern gleich Hand in Hand. Und das haben die gemacht. Aber es war nie was, sondern eher so mehr Fragen. Und so hab ich das in Haus [Name des Hauses] auch gemacht, und wir haben alle ein gutes Verhältnis eigentlich. Es hat sich nachher sogar zu unserer Doktor [Name] schon freundschaftlich dann entwickelt, aber das ist auch ihre Mentalität.

K4RA2 86–87

F: Da erinnerte ich mich, dass der [Name eines Arztes] sich überhaupt nichts davon versprach.

A: Nee, überhaupt nicht. Ich weiß es nicht, wie das jetzt ist. Dr. [Name] zuerst ja auch: „Ach nee, das mach ich selber.“ Wenn jetzt mal die ganzen Bauleute oder so kommen, "ja, muss aber erst zur Reha-Assistentin", so. Naja, das bringt schon was. Wenn wir alle Briefe anlegen, ob den Kurzarztbrief zur Entlassung – es wird ja alles angelegt von uns – und das Wichtige da schon drinsteht, haben die Ärzte das schon. Und wenn dann so zehn Bauleute auf einmal kommen, das bringt schon was. Also das haben die hier im Hause, ja, ja, das ist schon gut.

K4RA2 90–91

F: Wie ist die Zusammenarbeit mit der Pflege? Ist das, gibt es da irgendwelche...

A: Auch [gut], nach Anfangsschwierigkeiten. Weil die alle dachten: „Ach, was soll das jetzt?“, ist das jetzt richtig gut, ist eine gute Zusammenarbeit. Das klappt auch. Zuerst klappte das nicht, dass sie uns Bescheid gesagt haben, dass die Patienten da sind zur Aufnahme. Aber jetzt – sie bringen die Patienten runter und rufen an, also das ist schon so ein Arbeiten Hand in Hand. Aber auch nach anfänglichen Schwierigkeiten, aber jetzt ist alles gut. So wie es sein soll.

### 10.3.2 Aus Sicht der Mitarbeiter

ID

K1CA 22

A: Also, ich denke, die Reha-Assistentinnen fühlen sich gut aufgenommen, fühlen sich auch gut akzeptiert von dem Team, und das ist ja erstmal eine wichtige Sache.

- K1PDL 23      **A:** Macht mal, wie ihr meint, und plant das so ein, wie ihr das für richtig haltet, damit ihr auch den entsprechenden Erfolg und die entsprechende Entlastung habt. Das hat dann im späteren Zeitpunkt dazu geführt, dass so ein bisschen Neid bei den Kollegen natürlich aufkam. Du hast ja und wir nicht und so weiter. Und so wurden dann Arbeitszeiten der Reha-Assistentinnen in Form von bestimmten Tätigkeiten denjenigen, die die härteste Kritik führten – in hierarchischer Reihenfolge: erstmal der Chefarzt, dann der Oberarzt auf der Station – wurden dann Arbeitszeitfenster zur Verfügung gestellt unter dem Motto: „Nun meckre mal nicht, dafür gebe ich dir mal meine Reha-Assistentin für zwei Stunden für die Blutentnahme.“
- K2P 30–33      **F:** Gibt es jetzt auch irgendwas, was Schwierigkeiten gemacht hat? Was nicht so gut geklappt hat?
- A:** Also zu Anfang ist es halt immer so: Alles was neu ist, ist nicht einfach. Und es gibt einfach Mitarbeiter, die sind von Natur aus erstmal kritisch. Es ist einfach so.
- F:** Andere Mitarbeitergruppen?
- A:** Nee, auch in der Pflege. Die sind erstmal kritisch. Da kommt was Neues und natürlich möchte gerne jeder das behalten, was er hat. Und jeder möchte gerne, dass er wie gewohnt arbeitet. Das ist ja auch automatisiert, das geht ja auch alles viel schneller.
- K2P 48–49      **F:** Ja. Hat sich Ihr Verhältnis zu den Ärzten irgendwie dadurch verändert?
- A:** Nein.
- K4P 73           **A:** Sie [die Reha-Assistentinnen] hatten ja auch schon mal angeregt, dass sie vielleicht eine andere Kleidung kriegen, dass sie eine andere Farbe T-Shirt kriegen irgendwie. Weil es sieht immer – und wenn wir dann hier auch bei uns in der Küche sitzen oder im Dienstzimmer sitzen: Die hören sich vieles an, die kriegen ganz viel mit von unserer Arbeit, weil es gehört auch mit dazu. Aber die Rede kommt, garantier ich Ihnen, auf: Die meckern immer rum und haben keine Leute, und hier sitzen fünf Leute, nicht. Also da werden wir erst immer blöd angeguckt, so nach dem Motto: Was wollt ihr eigentlich, ihr sitzt hier mit Massen in der Küche, 1, 2, 3, 4, 5, 6.

## 10.4 Werden die Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert?

### 10.4.1 Die Sicht der Assistenzkräfte

ID

- K1RA(2)  
63–66      **F:** Gibt es da manchmal von Patienten ... oder mit den Patienten irgendwelche Schwierigkeiten, dass sie Ihnen irgendwelche Fragen nicht beantworten wollen, oder ...?
- A2:** Also ich sag mal: selten. Ich hab es auch schon gehabt. Na, und dann sag ich es halt auch eben dem behandelnden Arzt und sag, der Patient hat sich geweigert, die Fragen zu beantworten, und denn schreib ich das in die Akte rein und denn, meistens klären sie das dann noch mal mit dem Patienten.
- F:** Sind das bestimmte Fragen gewesen oder irgendwelche?
- A2:** Also bei dem einen Patienten, den ich hatte, der fing dann an, so, der hatte beantwortet bei der einen Frage „beruflicher Werdegang“, da hat er dann hingeschrieben „immer“ oder „schon immer“. Und da hab ich denn so ein bisschen nachgefragt, so, und dann sagte er, nee, das möchte er jetzt nicht beantworten aus Datenschutzgründen.

K1RA(2)  
67-71

**F:** Ja, aber das jemand sagt: „Darüber möchte ich eigentlich nur mit dem Arzt sprechen“ – ist Ihnen das schon mal passiert?

**A1:** Nö.

**A2:** Nö, das hab ich auch noch nicht gehabt.

**A1:** Also im Gegenteil, also, ich denke, dass die Patienten, die Rehabilitanden, es schon sehr angenehm finden, was auch geäußert worden ist, dass sie einfach noch mal – ja, aufgefangen werden. Ich hatte jetzt schon zwei Damen gehabt, die sind frisch operiert hierhergekommen und waren zwei Tage zu Hause und fühlten sich auch noch nicht so und, fühlten sich auch hier noch nicht so ganz aufgehoben, und die saßen wirklich weinend davor. Und da hat man denn ein bisschen Gespräch geführt, und ich hab sie dann ein paar Tage später auf dem Gang getroffen, und die strahlten denn so und sagten denn, dass es denen so gut getan hat einfach.

**F:** So dass Sie sagen würden, um dahin noch einmal zurückzukommen, dass die Patienten eigentlich gerne mit Ihnen sprechen (Beide: Ja). Es gibt im Großen und Ganzen keine Probleme (Nein) – im Gegenteil, das ist für die Patienten angenehm. (Ja)

K2RA(2)  
62-66

**F:** Aber so, dass ein Patient sagt: „Nee, darüber möchte ich nicht mit Ihnen sprechen?“

**A1:** Doch, gibt es auch. Leider haben wir diesen Extrabogen für die Rentenversicherer oder die jüngeren Berufstätigen mit Fragen wie Schulabschluss etc., das kommt da öfter vor.

**A2:** „Wofür brauchen Sie das? Ich bin doch nur hier, weil ich das und das neu habe. Und weil ich einen Unfall hatte. Aber das geht Sie nichts an.“ Das haben wir schon ganz oft gehabt.

**F:** Könnten Sie sagen, wie viel Prozent der Patienten so was sagt? Jeder zweite oder einer von zehn?

**A1:** Von zehn würde ich sagen vier.

**F:** Echt?

**A1:** Ja, ich traue mich schon fast diese Frage – die ist mir schon selber unangenehm.

**F:** Nach dem Schulabschluss?

**A1:** Ja, nach dem Schulabschluss zu fragen. Weil ich, irgendwie schäme ich mich dann schon immer mit, dass ich das frage. Gerade weil die Patienten oft damit Probleme haben.

**F:** Weil sie keinen guten Schulabschluss haben?

**A1:** Ja. Das sagt man ja nicht so gerne.

**A2:** Weil sie arbeitslos waren oder dann gar nichts gemacht haben. Das ist denen dann manchmal schon sehr unangenehm.

K2RA(2) 76

**A1:** Ja, das ist auch schwer zu erklären. Also man sagt dann: „Ja gut, der Versicherer, über den Sie hier sind, der möchte solche Sachen wissen.“ Aber dann sagen die Patienten auch ganz forsch: „Nein! So was wurde ich noch nie gefragt.“ Ja, und dann lassen wir das auch, um keinen Stress mit dem Patienten zu haben oder nicht schon gleich am ersten Tag – nicht?! Man bleibt ja länger zusammen. Und dann verweisen wir dann immer auf den Doktor, und da sind sie ja immer ganz anders, die Patienten: Zugänglicher.

K2RA(2)  
79-84

**F:** Ich dachte, dass es vielleicht so ist, dass sie bei Ihnen lockerer sind, weil die Schwelle niedriger ist als bei einem Doktor.

**A2:** Nee.

**A1:** Nee, ich würde sagen, der Respekt ist eben nicht so da wie vor einem Doktor.

**F:** Ja gut. Aber, dass sie entspannter sind oder nicht solche Ängste haben.

**A2:** Also bei jüngeren Patienten habe ich das Gefühl, dass dir ruhiger wirken, wenn da jüngere Patienten sind. So Rückenpatienten, die jünger sind, mit denen sind wir fast in einem Alter.

**A1:** Und man kann auch „du“ sagen. Da ist das anders.

K2RA(2)  
171–174

**A1:** Nachher [nach der Aufnahme] kommt ja dann noch [Arbeit] mit dem PC, dem EKG. Wobei, bei dem EKG, da sehe ich die Patienten oft noch mal wieder, die ich ja erst aufgenommen habe. Da haben sie auch noch mal Fragen.

**A2:** Das stimmt.

**F:** Da sind Sie dann der Ansprechpartner?

**A1:** Genau. Die kennen einen dann schon. Oder wenn man über den Flur läuft. Aber dann denke ich, das ist gar nicht so schlecht, weil sie dann nicht im zweiten Schritt zum Schwesternzimmer gehen, die sowieso gestresste Schwester. Sondern sind dann eben noch mal bei uns. Das sage ich auch ganz oft: „Wenn Ihnen jetzt noch etwas einfällt“, weil das ist ja zum Anfang ganz schön viel. „Wir sehen uns ja beim EKG noch mal wieder. Dann sammeln sie mal noch mal ordentlich, dann können wir ja da noch mal schnacken.“

K3RA  
127–128

**F:** Und von Seiten der Patienten? Das mal ein Patient gesagt hat: „Nee, über meine Medikamente will ich nicht sprechen?“

**A1:** Überhaupt nicht, überhaupt nicht. Die sind manchmal vielleicht ein bisschen, weil es so schnell vorwärts geht, wenn sie anreisen schon. Aber das kann ich dann auch so verpacken, dass sie damit eigentlich... Da habe ich auch noch gar keinen irgendwie das sich jemand da... Ich habe jetzt schon mal, dass ein Patient sagt: „Nö, den Fragebogen fülle ich nicht aus und den will ich auch nicht ausfüllen. Ich will ja gar nicht hier sein. Die Krankenkasse hat mich geschickt.“ Aber dann bin ich auch, denke ich mal, kompetent genug, das entsprechend zu beantworten. Hier hatte ich gerade letzte Woche so einen Patienten. Das ich dann ganz klar sage: „Das benötigen wir, der Arzt benötigt das.“ Solche Dinge, aber ...

K4RA1  
29–33

**A:** Ich hab auch eher das Gefühl, dass die Patienten anders fragen, mit uns umgehen als jetzt mit dem Arzt. Diese Barriere wird ja immer bleiben.

**F:** Dass die Patienten irgendwie lockerer sind?

**A:** Ja! Die fragen auch Sachen, so hab ich das Gefühl, wo sie sich beim Arzt nicht – das würden sie sich nicht trauen.

**F:** Was denn zum Beispiel?

**A:** Ja, „also sagen Sie mal: Wo kann man denn hier mal die Wäsche waschen? Die Schwestern haben überhaupt gar keine Zeit.“ – Oder: „Ja, gibt es hier denn auch ein Café?“ So, wo ich denn auch – „Wie ist das mit Wochenendurlaub? Die Schwestern haben gesagt, ich darf das nicht. Stimmt das?“ Und solche, so, so ein bisschen mehr – ja, weiß ich auch nicht, kann ich nicht erklären, warum ...

K4RA1 36–39

**F:** So die Abläufe in der Klinik, wie die organisiert sind, das werden Sie dann gefragt?

**A:** Genau, genau! „Die Schwester hat zwar gesagt, wo ist der Speisesaal, aber das hab ich nicht verstanden. Können Sie mir das noch mal erzählen?“ Und das eben so im Gespräch. Wir sind so ein, ja ...

F: Auskunftsbüro?

A: Ja, ja, ja. Auch unterwegs, wenn wir so im Gang sind, wir kennen natürlich unsere Patienten jetzt auch, manchmal mit Namen, und dann werden wir schon ein bisschen privater angesprochen, so ... Die Angst ist weg.

K4RA1 40-41 F: Gibt's da irgendwelche Punkte, wo die Patienten manchmal sagen: „Darüber möchte ich mit Ihnen nicht reden?“

A: Nee. Hab ich noch nicht gehabt. Hab ich auch noch nicht gehört. [Name der 3. Reha-Assistentin] zu Anfang, aber das hab ich einfach der Jugend zugeschrieben, weil [Name der 3. Reha-Assistentin] ist sehr jung, ja. Wenn jetzt ein älterer Herr sitzt und über seine Probleme reden soll – also ich hab's noch nicht gehabt.

K4RA1 61-65 [Bedeutung des Alters der Reha-Assistentin für die Akzeptanz seitens der Rehabilitanden]

A: Ja, und vielleicht auch ein - älter, würde ich so sagen. Also keine jungen, weil die haben wirklich Schwierigkeiten. Weil, was mir auch bei [Name der 3. Reha-Assistentin] auch, oder was ich so beobachtet hab, wenn so ältere, äh jüngere Männer zum Beispiel, und [Name der 3. Reha-Assistentin] ist ja nun auch keine Nicht-Hübsche, nicht? Die sind dann nicht krank. Die haben nix. Ist alles easy.

F: Ach so!

A: Wo dann der Arzt dann doch sagt: „Hm, der hat aber ja (unverständlich, Beschwerden)“.

F: „Nee, bei mir war er der Held!“

A: Genau, das war der Held. Ist auch schon passiert.

K4RA2 50-51 F: Gibts da manchmal Patienten, die sagen: „Wieso spreche ich jetzt mit Ihnen? Das möchte ich mit dem Arzt besprechen?“

A: Hab ich noch nie gehabt. Nee, hab ich wirklich noch nie gehabt. Ja, einmal wollte ein, ich glaub, das war aber ein einziges Mal, das war ein Privatpatient, und, na ja, der wollte nicht so recht, und der wollte auch erstmal seine Ruhe haben. „Grad angekommen, und jetzt schon wieder – das möchte ich nicht!“ Und dann ist es natürlich seine Entscheidung und dann ist das auch o.k., das nehme ich dann auch so hin. Aber im Großen und Ganzen war's, glaube ich, das einzige Mal. Sonst ist das immer alles gut. Die freuen sich und erzählen dann auch, manche ein bisschen viel.

K4RA2 73-75 F: Und während des Aufenthaltes, während die Patienten jetzt hier sind, die kommen wahrscheinlich nicht zu Ihnen hier unten, um irgendwas zu fragen, oder?

A: Doch. Also das wird ja jetzt schon immer mehr. Das spricht sich auch rum. Wir haben ja nun unsere bestimmten Patienten, und wenn die dann zum Essen sind oder so, unterhalten die sich, dann kommen hier schon Patienten an von anderen Häusern, „ja, ich hab gehört, man kann sich hier und so erkundigen“, und da hat man manchmal schon so einen richtigen Pulk Patienten hier vor der Tür. Dass die dann auch da so Informationen haben wollten, „wo können wir hin zur Nachsorge, und was kann man da machen, und was beinhaltet das“, und die kamen dann auch, bloß, das kann man – wir sind noch so wenige, das können wir nicht auffangen.

F: Das können Sie nicht leisten.

A: Nee, nee. Würde ich gerne, und ich hab auch immer gesagt, „Mensch lass doch!“ Und, nee, das sagte meine Kollegin auch: „Mach man! Das schaffst du irgendwann nicht mehr!“ Und schaffst man auch nicht. Ich würd es gerne machen, aber ist nicht möglich.

K4RA2 78–79 F: Und sind das so sinnvolle Fragen, die die Patienten haben, die Sie auch beantworten können, oder ...?

A: Ja, also meistens hat das schon mit der Nachsorge dann zu tun. Und also meistens, wenn die Patienten kommen, und irgendwelche Fragen haben, kann man das hier beantworten. Und wenn das jetzt gar nicht geht und so oder das auch Arztsache ist, dann schickt man ihn zum behandelnden Arzt hier im Haus, nicht? Das kann man dann nicht. Aber das meiste kriegt man, ist o.k. Und das spricht sich natürlich immer mehr rum, und immer mehr Patienten kommen – was ja nicht schlecht ist, nicht? Ist ja nur positiv.

#### 10.4.2 Die Sicht der Rehabilitanden

ID

K1PG1 2–3 F: Die Reha-Assistentin soll ja dem Arzt einige Aufgaben abnehmen, die er sonst ausgeführt hat. War Ihnen das eigentlich recht so, wie das gelaufen ist, oder gab's da einige Dinge in den Kontakten mit dieser Reha-Assistentin, wo Sie gedacht haben, na, das hätte ich jetzt lieber mit einem Arzt besprochen?

A: Nee, das ging eigentlich, war eigentlich von Anfang an von meiner Sicht aus gut aufgeteilt, weil erstens vom Assistenten alles aufgenommen wurde, dann eben zum Arzt, und die Ärztin noch mal nachgefragt hat, ob das alles OK so ist, und dann noch eben halt was zugefügt hat. Und auch diese Krankengeschichte, die da dann nachher war, also für mich war's teils-teils, dass jeder so seinen Teil gut erfüllt hat – von meiner Sicht aus und von meiner Erfahrung her eigentlich. Ich fühlte mich also von Anfang an eigentlich gut aufgehoben und auch beraten.

K1PG1 5 A: Bei mir ist das eigentlich irgendwie anders gelaufen und nicht besonders günstig. Also ich hatte zuerst die Untersuchung beim Arzt und dann am nächsten oder übernächsten Tag den ersten Termin bei der Reha-Assistentin. Die hat mir dann auch kurz erklärt, warum sie da ist und was ihre Aufgabe ist. Fand ich auch ganz OK, und dann haben wir uns auch ganz nett unterhalten, und den nächsten Termin beim Arzt bzw. bei der Ärztin, das war am Anfang eine Vertretung gewesen, hab ich da so ein bisschen Feedback vermisst überhaupt, dass sie, dass sie von der Reha-Assistentin was übermittelt bekommen hat.

K1PG1 8 A: Das war aber bei mir auch so. Die Reihenfolge war so, dass ich erst den Arzttermin hatte, denn den bekommt man ja, wenn man anreist, so schnell wie möglich, um dann die entsprechenden Therapien zu bekommen. So hab ich das verstanden und konnte mit Reha-Assistentin erstmal so gar nichts anfangen. Sie hat mir dann aber erklärt, was ihre Aufgaben sind und warum sie das jetzt macht. Das leuchtet mir schon ein, das finde ich grundsätzlich gut. Ja, an einigen Stellen gibt's da halt Überschneidungen, muss ja auch. Aber ich denke, eine gewisse Vorarbeit, die die Reha-Assistentin leistet, wenn man's in einer anderen Reihenfolge machen würde, fände ich nicht schlecht. Vielleicht auch direkt hintereinander irgendwie so, dass man mit den Therapien auch nicht hinterherhinkt, nicht? Fände ich auch ganz wichtig.

K1PG1 32–33 F: Gab es irgendeine Frage, die die Reha-Assistentin Ihnen gestellt hat, wo Sie dachten, nee, das würde ich jetzt lieber mit dem Arzt besprechen?

Verschiedene durcheinander: Nein.

K1PG1 38–41 F: In einer anderen Gruppe, so ähnlich wie Sie, wo ich gefragt habe, da sagten einige: Nö, über meinen Beruf und meine finanzielle Lage sozusagen, also ob ich berufstätig bin oder arbeitsunfähig usw., das möchte ich nicht mit jedem hier besprechen. Könnten Sie das auch



so sagen? Oder wäre Ihnen das egal?

**A:** Also ich würde mal sagen: In dem Augenblick, wo es mich und meine Zukunft betrifft, bin ich auch bereit, darüber zu reden, weil es ja ganz wichtig ist für mich, zu sehen, welche Perspektiven habe ich? Kann ich so weiter machen wie bisher, oder muss ich mich auf Veränderungen einstellen. Also von daher finde ich schon, dass es wichtig ist.

**F:** Also das wäre kein Tabuthema für Sie?

**A:** Das spielt ja auch eine ganz wichtige Rolle, ob man jetzt gestresst ist, ob man da was gegen tun will. Also wenn ich da nicht darüber rede, bleibt ja [unverständlich] Wenn ich darüber rede, macht das schon Sinn, aus meiner Sicht. Dann denk ich immer, die werden sich ja nicht auf den Gang stellen und es jedem erzählen, die haben ja eine gewisse Schweigepflicht.

K1PG2 2-3

**F:** Die Aufgabe der Reha-Assistentin ist ja im Prinzip, dem Arzt so einiges an Dingen abzunehmen. Und sie hat Sie ja einiges gefragt, nehme ich an. Gab es da Themen oder Situationen, wo Sie dachten, nee, das würde ich jetzt lieber mit dem Arzt besprechen?

**A:** Also bei mir jedenfalls nicht, also, die Fragen, die sie gestellt hat, hatte zum Teil auch der Arzt schon gefragt, und das hat sich also wiederholt. Und letztendlich die anderen Fragen die waren nicht großartiger Natur, von daher war's eigentlich nichts Tragisches.

K1PG2 40-41

**A:** Aber letztendlich wird ja wohl eine Kontrolle gemacht, ob der Bogen denn nun ausgefüllt ist oder nicht.

**A:** Ja gut, die Kontrolle ist ja nicht schlecht. Das kann ja eigentlich nur positiv sein, kann nicht negativ sein. Falls ich da einen Fehler mache, dass ich vielleicht eine Frage nicht verstanden hab, hab ich halt die Möglichkeit, da nachzufragen.

K1PG2 73-80

**F:** In einer anderen Gruppe gab es starke Bedenken dagegen, dass nach der Arbeitsplatzsituation und nach den damit verbundenen eventuellen finanziellen Sorgen oder so etwas gefragt wurde. Wäre das für Sie ein Thema, über das Sie mit der Reha-Assistentin nicht sprechen würden?

**A:** Nö, wozu oder?!

**F:** Naja, es geht ja darum, in der Reha geht's ja um Ihre Arbeitsfähigkeit, nicht?

**A:** Ist kein neuer Gedanke, oder?!

**F:** Also muss man ja fragen: Wie steht's denn mit Ihrem Arbeitsplatz? Kommen Sie damit zurecht? Ist da etwas schwer, schaffen Sie die Arbeit? Haben Sie das Gefühl, dass Sie bald mal einen Rentenantrag stellen wollen oder solche Dinge?

**A:** Diese Dinge werden ja zum Teil auch schon in diesen Fragebögen mit angesprochen, wo man das anstreichen muss. Und wenn sie, ich sag mal, sich vorher auch schon mit diesen Sachen teilweise beschäftigt haben, dann sollte sie normalerweise im Vorab auch sehen können, wer in dieser Richtung Probleme hat oder nicht, weil sicherlich auch Probleme in der Art auch das gesundheitliche Befinden des Patienten beeinflussen können.

**F:** Das ist ein Teil des Fragebogens auch hier gewesen, und das empfinden Sie nicht als Tabuthema, oder irgendwas?!

**A:** Nein.

K1PG2  
143-144

**F:** Kann man so sagen: Angenommen, die Reha-Assistentin hätte etwas mehr Zeit, käme vor dem Arzt, würde Sie diese Dinge fragen hier aus dem Fragebogen und so weiter, das wär alles in Ordnung, hätte vielleicht noch solche Liste, wie Sie gesagt haben, schafft es irgend-

wie, das dem Arzt verfügbar zu machen, diese ganzen Informationen, wenn die Aufnahmeuntersuchung stattfindet. Das wär was, womit Sie sich so anfreunden können, habe ich so entnommen. Ja?

Allgemeines zustimmendes Gemurmel.

K2PG1 17-18 A: Also ich fand es sehr gut. Auch die Aufnahme mit allem drum herum. Die Schwester selber war völlig in Ordnung. Und ich war sehr überrascht. Auch mit dem Zimmer, mit dem ganzen Umfeld hier. Und auch zufrieden.

K2PG1 35-44 F: Die Kernfrage ist ja eigentlich die, kann eine Hilfskraft diese Arbeit machen, oder ist das etwas, was eigentlich der Arzt machen sollte?

A3: Doch, sie können dadurch den Arzt entlasten. Ich bin der Meinung, dass sie den Arzt entlasten.

F: Da haben Sie keine Bedenken?

A3: Nein überhaupt nicht.

A2: In keiner Weise.

F: Oder das man da nicht sofort Vertrauen hat?

A3: Doch sofort Vertrauen.

A2: Nein, nein! Das muss man nicht. Also ich finde die Einrichtung unheimlich gut, sinnvoll!

F: Also da gibt es, außer dass Sie nicht so freundlich war zu Ihnen, gibt es da eigentlich keine Kritik dran?

A2: Nee. Nee!

K2PG1 45-48 F: Das habe ich von anderer Seite gehört: Ja, die Patienten wollen doch alle lieber mit dem Arzt sprechen.

A2: Nein, das ist der alte Glaube, dass Ärzte kompetenter sind und da mehr, ja.

F: Das würden Sie nicht unterschreiben?

A2: Überhaupt in keiner Weise.

K2PG1 77-78 F: Und ist da irgendwie ein Unterschied für Sie?

A6: Kein Großer. Nur, dass man jetzt diese Assistentinnen hat, zu den man gehen kann, wenn man Probleme hat. Sonst hat man gesagt, kann ich mal den Arzt sprechen. Und man hat drauf gewartet und hat dann den Arzt irgendwann konsultiert. Aber ich finde das so auch ganz nett, muss ich sagen. Die können einem zum größten Teil ja auch helfen und weiterhelfen, wenn man irgendwelche Fragen hat.

F: Sie sind ja aufgenommen worden.

A4: Ja, das war gut. Das hat mir gut gefallen.

F: Da hat sie Ihnen doch allerlei Fragen gestellt?

A4: Ja, alles gefragt. Das war gut.

F: Das war okay?

A4: Ja, das war okay.

F: Oder hätten Sie das lieber mit einem Arzt durchgesprochen?

**A4:** Nee, eigentlich nicht. Da nicht, der hätte das genauso gemacht.

**F:** Also gibt es von Ihrer Seite aus, an dieser Einrichtung der Reha-Assistentin gibt es eigentlich nichts zu kritisieren, außer dass sie nicht so freundlich ist.

**A1:** Ich hab ja gesagt, sie hat vielleicht einen schlechten Tag erwischt! Es war vielleicht zu viel. Ich habe ja gesagt, sie wirkte ein bisschen genervt. Vielleicht, das passiert ja mal jedem. Wenn permanent irgendwie was kommt und das man sagt, nee, jetzt ist aber genug und jetzt auch das noch. Und irgendwann ist da die Luft raus. Das geht jedem so

**F:** Aber sonst gibt es da keinen Verbesserungsvorschlag? Oder so?

**A1:** Nein. Nur es wäre gut, wenn man den Patienten mitteilen würde, dass man auch nach der Aufnahme zuständig ist. Das halte ich schon für sehr sinnvoll.

K2PG1  
229–234

**F:** Das heißt, mache Dinge gelingen den Krankenschwestern oder den Lehrschwestern –

**A2:** Wesentlich besser als einem Arzt.

**F:** Besser als den Akademikern. Ja, das glaube ich auch. Und zwar alle diese Dinge, wo es auf Kommunikation ankommt. Auf die Beziehung, dass die angstfrei oder entspannt ist. Dass Sie offen sagen würden, was sie haben.

**A6:** Och das ist ja auch so. Wenn man einen Arzt vor sich hat, dass man auch nicht alles sagen oder fragen mag. Und wenn man dann mal –

**A2:** Wo eine Hemmschwelle ist.

**A6:** Ja, und bei einer Person, die nicht so hoch gestellt ist, sag ich mal, dass man da eher sagt: „Ach Mensch, das wollte ich ja fragen“. Die ist vielleicht dieselbe Ebene oder das man sich da eher traut.

K2PG1  
255–256

**F:** Also jetzt die Kernfrage – Reha-Assistentin? Eigentlich...

**A2:** Also, ich finde es äußerst positiv.

K2PG2 31–37

**F:** Manche sagen ja immer: „Die Patienten wollen lieber alles mit dem Arzt besprechen.“

**A4:** Das muss nicht sein.

**A2:** Nein.

**A1:** Nein.

**A3:** Der Arzt kam ja sowieso anschließend noch mal zur Aufnahmevisite oder wie das genannt wird, von daher... Aber selbst wenn er nicht gekommen wäre den Tag: Es war wichtig, die Fragen mussten gestellt werden, dann ist das okay. Egal, wer die Fragen stellt jetzt.

**F:** Das haben Sie nicht als Nachteil empfunden?

**A3:** Nein! Nein gar nicht.

K2PG2 92–94

**F:** Ich habe Sie bisher so verstanden: Das war eigentlich völlig problemlos und daran ist nichts auszusetzen. Oder gibt es irgendwie noch einen Kritikpunkt oder etwas, was anders laufen könnte?

**A5:** Also, wenn ich ehrlich bin, ich weiß gar nicht, was wir da so groß besprochen haben. Sie hat Fragen gestellt, und ich habe geantwortet.

K2PG3 7-11

**F:** Und gab es da irgendeine Frage, wo Sie gedacht haben: „Na, was geht die das an?“ – Oder: „Das möchte ich jetzt doch eigentlich lieber mit einem Arzt besprechen?“

**A1:** Nein.

**A2:** Nein.

**A3:** Nein.

**A4:** Das ist doch eigentlich egal, wenn sie das jetzt notiert und kommt in Mappen, und wenn sie es später lesen will, dann liest sie es doch sowieso.

KP2PG3  
12-20

**F:** Ich habe ja auch schon andere Patienten vor Ihnen befragt, da sagte mal einer, so Fragen nach dem Beruf und ob er irgendwie jetzt, woher das Geld kommt oder so etwas, das würde er nicht besprechen wollen mit dieser Frau. Können Sie das nachvollziehen?

Mehrere: Nein.

**A1:** Also wenn sie nun nicht wissen will, was ich verdiene, dann ist mir das egal.

**F:** Nee, es geht ja darum, sind Sie arbeitslos, sind...

**A1:** Das müssen die ja auch wissen bitte schön.

**F:** Ja und das ist doch okay, oder?

**A1:** Das ist okay.

**F:** Oder wie lange Sie vielleicht fehlen mussten wegen Ihrer Krankheit letztes Jahr oder solche Sachen.

**A4:** Ganz normale Fragen sind das. Stellt in jedem Krankenhaus die Krankenschwester.

K2PG4 11-16

**F:** Sie hat ja alles Mögliche da gefragt, denke, ich was auf dem Bogen stand, über Ihren Gesundheitszustand und so weiter. Gab es da irgendwie eine Frage dabei, wo Sie das Gefühl hatten: „Nee, das würde ich jetzt lieber mit einem Arzt besprechen?“

**A1:** Nein!

**A3:** Nein!

**A2:** Ne, das kann man nicht sagen.

**A3:** Überhaupt nicht.

**A2:** Nein.

K2PG4 17-28

**F:** Das war im Grunde... Ich komme ja, ich habe ja schon mehrere Patienten befragt. In einer anderen Gruppe hat sich jemand daran gestört, dass nach seinem Arbeitsplatz zum Beispiel gefragt wurde und ob er nun arbeitslos sei oder ob er oft fehlen musste oder so etwas.

**A1:** Ne, das kann ich nicht sagen.

**A2:** Kann ich also [unverständlich] verstehen.

**A3:** Aber wenn die Fragen gestellt werden, wird das ja seinen Grund haben.

**A2:** Genau!

**A3:** Um die [unverständlich] hier vorschreiten zu lassen, die fragen doch nicht aus reiner Neugier.

**A1:** Das ist doch normal! Wenn ich im Arbeitsberuf bin und durch meine Krankheit, dass ich dann öfters gefehlt habe auf der Arbeit, das ist doch ganz klar. Der Arbeitgeber würde mich auch fragen oder ihn fragen,

**A2:** Natürlich! Oder beides.

**F:** Sehen Sie jetzt kein Tabu irgendwie?

**A1:** Nein, gar nicht. Das gehört ja mit dazu. Das muss ja auch irgendwo, das Krankheitsbild muss ja irgendwo aufgebaut werden.

**A3:** Die fragt ja nicht aus Neugierde.

**AP1:** Ne, da bin ich also ganz der Meinung, also das ist schon korrekt alles von da oben.

K3PG1 8–11

**F:** Und das soll sie ja machen, um den Arzt zu entlasten. Sonst müsste der Arzt das alles machen. Sind Sie damit so im Grunde mit einverstanden? Oder finden Sie jeder Arzt müsste sich eigentlich um alles selbst kümmern?

**A1:** Am Aufnahmetag hat er ja sowieso viel zu viel in dem Sinne. Und das, also in der Planung legen die ja alle an dem Tag Hand an, möchte ich sagen. Es war ein reiner Reha-Bettenwechsel. Da machte sich das ganz gut. Man wurde nett begrüßt.

**A2:** Kann man so sagen.

**A3:** Ja, war so.

K3PG1 15–20

**F:** Ja. Das heißt, das war im Grunde für Sie so in Ordnung. An der Stelle haben Sie den Arzt nicht irgendwie vermisst oder so.

**A4:** Bei manchen Arztpraxen machen die das ja genauso. Dass die Sprechstundenhilfe irgendwas von seiner Seite machen. Die gehen davon aus, dass der Arzt das gar nicht mehr selber macht. Und dann hier, die Orthopäden, dann machen die das alles schon vorab. Wofür bekomme ich dann die Zettel?

**A1:** Das ist bei mir genauso. Da macht der Arzt das nicht mehr mit Blutdruckmessen.

**A2:** Blutabnehmen macht er ja auch nicht mehr.

**A3:** Wenn ich zur Kontrolle zum Hausarzt muss, den sehe ich gar nicht. Das ist im Prinzip – ja, das ist so.

**A5:** Es ist was Besonderes, wenn man zum Doktor rein muss. Oder wenn ich jetzt zum Orthopäden gehe, das ist genauso. Die machen vorweg alles, und wenn ich dann, sprich jetzt, irgendwelche Wellen oder irgendwas bekomme, das machen die ja alles, und das kriegt er ja nicht mit.

K3PG1 36–39

**F:** Jetzt wird ja auch überlegt, ob sie vielleicht noch ein bisschen mehr Aufgaben übernimmt. Zum Beispiel, sie befragt, wie das mit der Arbeit steht, ja. „Haben Sie einen Arbeitsplatz? Sind Sie oft, wie viele Tage krank gewesen?“ So etwas. Woraus dann vielleicht eine Sozialberatung hervorgeht oder so etwas, also die so genannte Sozialanamnese. Was sind Sie von Beruf? Und wie steht es mit der Arbeitsfähigkeit? Gibt es finanziell Sorgen? Klappt das mit dem [unverständlich] Gedanken, Rente zu beantragen... Ja, da atmen Sie tief durch!

**A1:** Da sage ich mal, das ist so, sage ich mal so, das geht zu weit, meiner Ansicht nach. Vorne am Tresen, eine von denen, ich sage mal, dafür ist der Arzt, oder das ist Sache des Vertrauens. Wenn die Schwester da drin ist, kommt auch der Zivi oder die andere Schwester mit rein. Das ist ganz klar, wenn die was holen wollen, und ins Arztzimmer geht nur der Arzt alleine, und wenn er nichts sagt, und sie klopft und nichts sagt, dann bleibt sie draußen. Oder viel mehr, dann bleibt die Assistentin oder die, ja wie soll ich jetzt hier sagen, Schwester oder wie nennt man die hier, draußen. Also da finde ich das geht ein bisschen –

**F:** Ein bisschen weit.

**A1:** Ein bisschen sehr weit. Gut, sie kann vielleicht fragen, wenn sie es gerne hat „welchen Beruf üben Sie aus“ und so. Aber ich sage mal, dann sollte es aber auch schon „sind Sie arbeitslos? Hartz 4?“ oder so, das geht zu weit. Ich sage mal, den Beruf – okay. Und viel-

leicht noch Familienstand, verheiratet oder nicht, das ist okay vielleicht. Aber alles, was weiter geht, von Sozialamt oder Sozialhilfe, ich finde das geht - meine persönliche Meinung

K3PG2 2-8 F: Wenn Sie daran versuchen zurückzudenken, jetzt an die Situation: Gab's da irgendetwas, was Sie gestört hat oder wo Sie denken, nee, darüber hätte ich jetzt eigentlich lieber nur mit einem Arzt gesprochen. Gab es da irgendetwas?

Mehrere: Nee, nee (allgemeine Verneinung)

A: Wenn das weitergeleitet wird, warum, ist es doch das Gleiche.

F: Ihnen ist das gleich?

A: Ja.

F: Hauptsache, es wird weitergeleitet?

Mehrere: Ja, ja (allgemeine Zustimmung)

K3PG2 14-15 F: Das heißt an dem Ablauf, der jetzt hier war bei Ihrer Aufnahmeuntersuchung, da haben Sie nichts auszusetzen gehabt?

Mehrere: Nee (allgemeine Zustimmung).

K3PG2 23-30 F: Und die vorige Gruppe sagte, nee, das finden sie irgendwie unangebracht, wenn die Reha-Assistentin diese Fragen nach dem Berufsleben oder so etwas, wenn sie darüber Kenntnisse kriegen sollte. Wäre Ihnen das auch irgendwie unangenehm, oder wäre Ihnen das egal?

A1: Ich geh nicht davon aus, dass sie meinen Arbeitgeber [unverständlich]. Warum sollte das da [unverständlich]. Mein Chef und der Arzt könnten sich mal näherkommen (allgemeines Lachen, unverständlich) Also, so sehe ich das.

F: Sie ist natürlich verpflichtet zur Verschwiegenheit wie alle anderen auch.

Mehrere: Ja, ja.

F: Aber ich meine, es könnte ja auch sein, Sie wären jetzt Hartz-IV-Empfänger, es wäre Ihnen irgendwie peinlich oder so und möchten das nicht mit der Reha-Assistentin besprechen. Wäre das für Sie irgendwie ...?

A1: Nee.

A2: Ich glaube, hier ist auch kein Hartz-IV-Empfänger dabei, oder? Ist doch auch egal jetzt, oder?

A3: Wenn es aus beruflichen oder aus gesundheitlichen Gründen entstanden ist, braucht man sich nicht für schämen, sag ich immer.

K3PG2 75-61 F: Also mal angenommen, sie macht auf Sie einen vertrauensvollen, kompetenten Eindruck?

A1:[unverständlich] wenn man nicht darüber redet, können sie einem ja auch nicht helfen.

Mehrere: allgemeine Zustimmung

A1: Ist ja eigentlich egal, wer das rausfindet.

A2: Jetzt haben wir gerade zwei Assistentinnen von hier, da wird ja wahrscheinlich auch darauf ausgebildet sein bzw. geschult sein, eben. Das herauszufinden bzw. auf die Leute zuzugehen und das - die Antworten auch zu bekommen.

K3PG2 81-82 F: Ich sehe das ungefähr so, was Sie gesagt haben: Das, was ich erlebt habe mit der Reha-Assistentin war o.k., und wenn das noch ein bisschen weiterginge mit ihrer Arbeit und sie jetzt zum Beispiel auch diese Sozialdinge abfragen würde und diese Nachsorgesachen orga-

nisieren würde, das wäre aus Ihrer Sicht auch unproblematisch.

(allgemeine Zustimmung)

K4PG 2-7

**F:** Ja, wie war das denn, als Sie ankamen. hat Sie das irgendwie überrascht, dass Sie dann da mit dieser Frau da zusammenkamen, die allerlei gefragt hat, oder ...?

**A1:** Nee, gar nicht.

**A2:** Nee, also das erwartet man ja, dass man ...

**A3:** Nee, eigentlich hat mich das überrascht, weil angesagt wurde, dass ich ein Arztgespräch nachher hab, und dann kam die Frau. Und da war ich erst überrascht, ob das nun der Arzt ist, weil die die Fragen ja stellte. Darum war ich erst überrascht. Ich denke, ja die hatte sich auch ordentlich vorgestellt, ist überhaupt kein Problem. Also im ersten Moment dachte ich, ja, der Arzt kommt nach dem Arztgespräch, und da kam sie rein und hat sich vorgestellt und hat gesagt, sie macht das vorweg, um dem Arzt ein bisschen Arbeit abzunehmen.

**F:** Und das hat Ihnen dann aber eingeleuchtet, oder?

**A3:** Ja, war überhaupt kein Problem.

K4PG 11-15

**A:** Nee, aber die hat auch alles erklärt und – also das war – und nett und freundlich und das war schon in Ordnung.

**F:** Fanden Sie das alle o.k., oder gab's irgendwas ...?

**A:** Normalerweise kennt man so was ja schon. Wer schon des Öfteren in Krankenhäusern war, nicht, der kennt dann schon diese Abläufe, dass man kaum was mit dem Chefarzt zu tun hat, sondern immer erst mit dem Stationsarzt, dem Oberarzt und dann, der Rest wird dann vom Chefarzt gemacht.

**F:** Aber nun, sie ist ja auch nicht mal Stationsarzt.

**A:** Nee, nee, aber ich mein ja nur. So ist die Tendenz, nicht, die man so eigentlich hochwandert. Und das ist wohl überall so, weil – sonst jeder will den Chefarzt sprechen, das geht nicht.

K4PG 32-32

**A1:** Ja andererseits, die Frau hatte ja nur die Aufgabe, das aufzunehmen. Mit einem Arzt würde ich auch über andere Sachen sprechen. Mit einem Arzt würde ich nicht über meine Aufnahme sprechen. Diese Sachen kann ich mit der Frau locker besprechen, und mit dem Arzt – dann hat der Arzt mehr Zeit für mich. Und das war das, was eigentlich – fand ich, sonst hätte ich den ganzen Kram, ich hab das mit der Ärztin ja noch mal durchgegangen, sie hat es dann ja überflogen alles, die Ärztin. Sie musste das ja auch wissen, und die brauchte das nur überfliegen und einmal durchlesen, dann war sie damit durch. Die brauchte mir jetzt nicht die Fragen noch mal stellen.

**A2:**[unverständlich] wenn das nur der Arzt gewesen wäre, der hätte nur abgehakt: Frage beantwortet, Frage beantwortet.

K4PG 77-78

**F:** Gab's irgendeine Frage, die Ihnen gestellt wurde, wo Sie dachten, nee, das würde ich jetzt aber lieber mit dem Arzt besprechen?

**A:** Nee.

K4PG 79-82

**F:** Also kann man sagen, die Sache selbst, dass es so was gibt, dass diese Aufteilung ist, ist o.k. für Sie. Wie sie's gemacht hat, war in Ordnung, hat einen kompetenten Eindruck gemacht, war korrekt im Umgang, hat alles kapiert, was Sie gesagt haben, so dass es also rundherum eigentlich ein positives Urteil gibt, oder?

**A:** Ja, wie gesagt, wenn ich das so betrachte jetzt auch im Nachhinein, hab ich ja meine vier Wochen rum, dann sieht man ja schon, worauf das alles hinausläuft: Dass die Ärzte entlassen werden sollen - äh, entlastet werden sollen.

**F:** Nicht entlassen (lacht), das ist der nächste Schritt.

**A:** Nicht, also insofern ist das schon gut, wenn da jemand vorgeschaltet ist.

K4PG 87-91

**A:** Ich habe Vergleichsmöglichkeiten. Ich war, das ist ja der zweite innerhalb von zwei Jahren. Die Rehaklinik, wo ich vorher war, die verfügte nicht über eine Reha-Assistentin, da wurde das nur über den Arzt abgewickelt. Das hat auch etwas länger gedauert da zusätzlich.

**F:** Und war das nun gleich gut, oder war eines von beiden irgendwie besser?

**A:** Nee, also dies, dies, dies gefiel mir hier besser.

**F:** Gefiel Ihnen besser, ja.

**A:** Mit der Reha-Assistentin vorweg. Auf dem Arzt sitzt man noch dann ewig auf [unverständlich] Terminen.

### 10.4.3 Die Sicht der Ärzte

ID

K1A 40-41

**F:** Haben Sie das Gefühl, dass die Patienten das o.k. finden, so wie das jetzt abläuft, oder beschwert sich da mal einer, dass er so viel mit der Reha-Assistentin sprechen musste, bevor endlich die Ärztin kommt?

**A:** Nein, nein. Also ich denk, es spielt eine Rolle, wie man das auch vermittelt. Also wenn man von Anfang an klärt, dass die und die Tätigkeiten und Aufgaben mit der Reha-Assistentin besprochen werden, muss ich sagen, die entsprechenden Rehabilitanden finden das durchaus positiv. Also ich hab nie bisher die Rückmeldung gekriegt, dass sie das Gefühl hatten, dass sie Sachen doppelt erzählen oder fühlen sich dann irgendwo zwischen verschiedenen Adressen hin- und hergeschoben, hab ich bisher nicht. Aber ich denke, sie müssen Bescheid wissen, welche Aufgaben übernimmt wer.

K3OA 60-63

**F:** Also es kommt nicht vor, dass jemand sagt: „Also über meine Medikamente möchte ich noch mal mit meinem Arzt sprechen?“

**A:** Nein, nein.

**F:** Also im Großen und Ganzen unproblematisch, bis auf organisatorische Schwierigkeiten. Aber so inhaltliche eigentlich nicht. Mehr lässt sich dazu wahrscheinlich nicht sagen?

**A:** Nee, im Moment nicht.

K3A 40-41

**F:** Hören Sie von den Patienten irgendetwas Problematisches über diese Art, wie es jetzt ist?

**A:** Nein. Nein, überhaupt nicht, überhaupt nicht. Nein, das nicht.

K4A 32-33

**F:** Ja. Aha, toll. Haben Sie das Gefühl, dass die Patienten das so akzeptieren, oder gibts da manchmal welche, die sagen: „Nö, das möchte ich alles nur mit meiner Ärztin besprechen?“

**A:** Ich hab bisher hier noch keinen erlebt, der gesagt hat, ich möchte nicht mit der Reha-Assistenz sprechen. Und wir haben trotzdem oft ja auch schwierige Patienten, die, ja, kognitiv einfach auch so eingeschränkt sind oder wesensverändert sind, die schwierig sind, auch für die Reha-Assistenz. Aber ich hab keinen erlebt, der gesagt hat, ich möchte nicht mit der



Reha-Assistenz sprechen.

K4A 41–43 **A:** Ja, glaube ich auch. Also die Patientenzufriedenheit, ich weiß nicht, ob Sie die Zahlen kennen, auf dieser Station war ja immens gut, also – ich glaube durchweg. Na klar, es gibt immer mal so ein bisschen Nörgelei.

**F:** Im Vergleich zu den anderen Stationen, ja.

**A:** Und das hat auch viel damit zu tun, dass das so gut durchorganisiert ist dann, nicht. Die Patienten müssen nicht lange warten, sie werden schnell gesehen, obwohl der Arzt noch keine Zeit hat, aber das kriegen die gar nicht mit, weil erst mal die Reha-Assistenz da ist und viel erfragt.

#### 10.4.4 Die Sicht der Pflege

ID

K1PDL 65–68 **F:** Mal abgesehen von diesen ökonomischen Dingen, wie steht's mit der Qualität der Arbeit? Glauben Sie, dass das irgendwie einen Einfluss hat, in welche Richtung auch immer?

**A:** Also, es entsteht einfach eine bessere Patientenbindung, das muss man ganz klar sagen, durch schlichte, einfache Verfügbarkeit von Zeit. Also wenn ich mit jemandem zwanzig Minuten darüber rede, oder eine viertel Stunde, wo er dann seine weiterführende Reha machen will und wo denn diese, wo der Ort ist und so weiter, oder wenn ich mit ihm über den Fragebogen spreche, lerne ich den Patienten in ganz anderen Dimensionen kennen, und der Patient empfindet das eben als, als auch, als persönliches Interesse. So, das ist schon, das ist schon eine Geschichte, die, die also was.

**F:** Erhöht die Patientenzufriedenheit?

**A:** Auf jeden Fall, auf jeden Fall.

K2P 28–29 **F:** Und aus der Sicht der Patienten? Die Patienten merken es eigentlich gar nicht, also ob sie es mit einer Schwester zu tun haben oder mit einer Reha-Assistentin. Äußerlich unterscheiden Sie sich nicht und wenn man die Patienten fragen würde: „Wie war es mit der Reha Assistentin?“, dann würden sie sagen: „Wer war das denn?“

**A:** Ja. (Lachen) So wie alle immer Schwestern sind für die Patienten, das liegt einfach auch daran, das liegt einfach daran, das Durchschnittsalter. Es ist eben jeder Schwester.

K3P(2) 34 **A:** Für die Patienten ist das sehr gut. Die haben einen Ansprechpartner. Haben die bei uns auch, aber es ist so: Sie werden natürlich viel ausführlicher empfangen. Nicht, also, [Name der Reha-Assistentin] fragt zum Beispiel nach Allergien, [Name] fragt nach Medikamenten und "haben Sie mitgebracht, oder brauchen Sie die von uns und ..." So ein langes Aufnahmegespräch machen wir natürlich nicht. Das ist schon klar. Also ich finde, die Patienten sind schon sehr gut am ersten Tag aufgenommen. Die fühlen sich natürlich schon sehr gut. Für die Patienten ist das sehr gut.

K3P(2) 52–55 **F:** Merken Sie so etwas von den Patienten, dass sie irgendetwas über diese Regelung Ihnen erzählen? Kriegen Sie irgendetwas mit, dass die Patienten das gut oder schlecht finden?

**A:** Nee, das nicht.

**F:** Nee.

**A:** Es ist ja so, die Patienten, die hier anreisen, die kennen ja jetzt nur diese Aufnahmeform, die kennen das ja von vorher gar nicht. Also das ist ja auch eben so schwierig, dass sie sich

dazu äußern, denk ich mir jetzt mal.

K4P 72-73/1 **F:** Haben Sie von Seiten der Patienten irgendwie gehört, dass sie das blöd fanden mit der Reha-Assistentin zu sprechen, dass sie lieber mit dem Arzt gesprochen hätten?

**A:** Nee, also im Allgemeinen finden die das auch sehr schön, weil die – also die denken erstmal komplett, das sind alles Schwestern, weil die laufen ja alle genauso rum wie wir in den Sachen.

K4P 73/2 **A:** Also die Patienten finden erstmal so gut, mit den Leuten zu reden, weil das ist ja so – es gibt Leute, die müssen erstmal ganz, ganz viel erzählen. Und das werden sie los.

## 10.5 Wie zufrieden sind die Mitarbeiter mit dem Organisationsmodell?

### 10.5.1 Ärzte

#### ID Positive Bewertungen

K1CA 6 **Wir** haben ja ein Problem, Nachwuchs zu bekommen. Und der Denkansatz war, qualifiziertes Personal speziell zu schulen, um den Arzt in seinen Kernarbeiten zu unterstützen und alles, was an Verwaltungstätigkeiten, die nicht unbedingt ärztliche Tätigkeit sind, von einem Reha-Assistentinnen machen zu lassen. Das war so der Grundgedanke, wobei es eine Notlösung ist, weil der Grundgedanke auch in die Richtung geht, dass man sagt: Man möchte schon die Assistenzarztstellen in der Größenordnung behalten und auch ersetzen und nicht durch Assistenten ersetzen lassen.

K1CA 35-36 **F:** Andererseits kann der Arzt sich aber dann doch mehr mit den Dingen beschäftigen, die auch seiner Ausbildung mehr entsprechen (**A:** Klar.) Und wird das nicht geschätzt von den Kollegen?

**A:** Das denke ich schon, dass das geschätzt wird. Also das denke ich schon, dass man eben halt, dass man gerade auch bei uns – wir sind ja eine sprechende Medizin, und die Zeiten für ein exploratives Gespräch werden immer kürzer, und jedes Gespräch braucht immer ein paar Minuten, um eine Vertrauensbasis aufzubauen. Das ist also schon, denke ich mal, ein Vorteil, dass da ein bisschen mehr Zeit bleibt.

K1A 3 **A:** Ja, also ich muss vorweg sagen, ich bin ja auch hier in der Abteilung noch neu, ich hab erst im Januar angefangen, insofern arbeite ich auch noch nicht so lange mit den Reha-Assistentinnen zusammen, aber muss sagen, dass ich in der Zeit, in der ich das mache, sehr positive Erfahrungen mache.

K1A 7 **A:** Aber so in dem Ablauf insgesamt, so in der Zusammenarbeit muss ich sagen, hab ich da sehr gute, sehr guten Eindruck, weil es liegt natürlich auch daran, dass wir hier alle vor Ort sind, dass man auch ganz kurzfristig, wenn Rückfragen sind oder Terminabsprachen sind, wir das immer sehr kurzfristig sehr zügig klären können.

K1A 42-43 **F:** Kann man sagen, dass Sie also insgesamt damit eigentlich ganz zufrieden sind (**A:** Ja, ja), wie es ist, oder sehr zufrieden sind, (**A:** Ja, muss ich sagen, ja.) auch wenn Sie nicht ganz genau wissen, wie es ohne gelaufen wäre?

**A:** So ist es, genau. Das muss ich immer als Einschränkung dazu sagen, weil ich ja noch nicht die jahrelange Routine in den Abläufen habe.

K2A 13/2 **A:** Wir waren am Anfang kritisch, ob das wirklich so, ob sie uns so viel Arbeit abnehmen können oder nicht, wie das wahrscheinlich in jeder Berufsgruppe ist. Oder auch so am Anfang, so ein bisschen, dass man denkt: "Klappt es? Klappt es nicht?" und so, aber ich denke

inzwischen, dass es doch angenehm ist.

- K2A 48-49 F: Und gab es sonst noch irgendwelche Schwierigkeiten oder gibt es irgendwelche Schwierigkeiten? Wo Sie sagen: Da hakt es noch, oder das wird nichts?
- A: Ne, also ich denke, wir haben hier den Vorteil, also „das wird nichts“ kann man nicht sagen. Wie gesagt, ich halte das für ein sinnvolles Projekt und auch so, dass es wirklich erleichtert, was ich vorhin sagte.
- K2A 54 A: Dass man nun unbedingt sagt, wenn ich jetzt die Reha Assistenten habe, kann ich jetzt auf einmal zwei Ärzte streichen – das sicherlich nicht. Aber es trägt zu etwas anderem bei, und das war ja im VNR [Klinikverbund, JH] auch unser Thema, dass wir Ärzte entlasten von nichtärztlichen oder keinen Arzt erforderlichen Tätigkeiten und einfach von diesen etwas stumpfsinnigen Routinesachen. Das man sich wirklich mehr um die Dinge kümmern kann.
- K2A 56 A: Ja. Denn das ist gerade oft in der Reha bei vielen das Problem, machen wir uns nichts vor, wir haben keine großen [unverständlich] Spektren, Sie kennen das aus Bad Bramstedt. Die Akutorthopädie, wo ich operiere, ist viel attraktiver, als wenn ich [unverständlich] Mann bin. Und wenn ich dann da auch noch nicht mal, wie soll ich sagen, diagnostisch und auch therapeutisch tätig bin, sondern die meiste Zeiteinfach nur damit verbringe, BFA-Briefe zu diktieren, die sich in gewisser Weise immer wiederholen, und am Computer sitze und jetzt wieder eingeben muss, welches [unverständlich] und welche Diagnose, und da noch ein Kreuz hin und da noch ein Kreuz hin. Das macht für uns die Besetzung der Stellen dann immer schwieriger. Und so kann man wenigstens sagen, wir entlasten euch von diesen stumpfsinnigen Tätigkeiten.
- K2A 58 A: Aber, ich denke, sie ist am Anfang vor allen Dingen auch eine Hilfe. Weil sie noch mal ganz klar die Abläufe macht: Was muss gefragt werden, welche Informationen sind erforderlich, was muss der Pflege mitgeteilt werden, was muss in die Therapieplanung mit rein, worauf muss man achten. Da ist eine eingearbeitete Reha-Assistentin durchaus in der Lage einem unerfahrenen und vielleicht auch sprachlich schwachen Arzt durchaus eine Hilfe zu sein.
- K3A 10-11 F: Das heißt, Sie sagen, es gibt eine strukturiertere Vorbereitung, Arbeit?
- A: Es ist eine strukturiertere Arbeit. Also es ist nicht alles, das kann man wirklich nicht sagen, aber es ist angenehm.
- K3A 48 F: Gut, also, wenn ich das so zusammenfassen kann, dann sagen Sie: Liefert eine gute Vorbereitung für meine Aufnahmeuntersuchung sozusagen. Man könnte sich das eine oder andere vielleicht noch als Erweiterung denken. Nennenswerte Probleme gibt es eigentlich nicht, bis auf Vertretung.
- K4A 33 Vielleicht über Einzelheiten, wenn's um Trauer oder bestimmte Erlebnisse oder ... manche Patienten sind natürlich auch, was intime Sachen angeht, ein bisschen zurückhaltend, aber das sagt mir dann auch die Reha-Assistenz. Also ich hab ja ein gutes Verhältnis da. Wenn die Reha-Assistenz jemanden hat, Mensch, der ist schon komisch, der ist anders als andere, guck man noch mal nach, dann bin ich ja auch schon mal vorbereitet, dann kann ich intensiver nachfragen. Insofern – wenn das Verhältnis zwischen Reha-Assistenz und Arzt und Pflege gut ist und wir im Team zusammenarbeiten, dann ist das eine tolle Sache.
- K4 A100 Also wenn ich das zusammenfasse, dann sehen Sie eigentlich einen großen Sinn darin so, wie es jetzt geregelt ist, und finden es gut, weil es Ihnen eine Menge Arbeit abnimmt, für die man nicht unbedingt Arzt sein muss, und Ihnen die Arbeit selbst, ihre eigentlich medizinische Seite, erleichtert, und Sie können sich darauf mehr konzentrieren, auf das, was Ihnen

wirklich wichtig ist.

ID

### Ärztliches Selbstverständnis

K3A 11/1

A: Also ich bin – was hier sozusagen noch ansteht, ist ja die berufliche Befragung, also wie ist der Arbeitsplatz und so etwas – ich bin auch da so ein bisschen zweifelnd. Weil, das kann auch an meiner Persönlichkeit liegen, ich denke immer, dass ich den Patienten erst dann kenne, wenn ich ihn ganz kenne.

K3A 11/2

A: Und es ist ja nicht nur die Tatsache, die jetzt da steht. Also ich muss viel heben und tragen bis soundso viel Kilo, sondern auch, wie der Patient das erzählt, nicht? Ob er dabei jetzt das sehr betont oder das in einem Nebensatz erwähnt oder – das Wie! Das heißt, ich bau ja auch mit Patienten eine Arzt-Patienten-Beziehung zu dem auf, indem ich ihn aufnehme. Und da geht mir natürlich ein Stück verloren, wenn ich jetzt das jemand anders machen lasse. Also ich persönlich würde es lieber selber machen. Ist so.

K3A 16-17

F: Dass Sie den ganzen Menschen eigentlich sehen möchten?

A: Ja, und auch umgekehrt. Wenn der weiß, ich interessiere mich für diese Dinge, die ich ihn abfrage, dann hat er ja auch von mir einen ganz anderen Eindruck. Der denkt dann ja wahrscheinlich, hoffe ich immer: „Ja, die interessiert sich für mich und für das, was ich tue oder was mir schwerfällt.“ Und das kann mir die Assistentin halt nicht abnehmen.

K3A 24-25

F: Also wenn wir einmal annehmen würden, dass die Stellensituation schwieriger wird oder schwierig bleibt: Würden Sie dann sagen, es ist zwar nicht so schön mit der Reha-Assistentin, aber es wäre ein Ausweg sozusagen, weil ...

A: Ja, so als notwendiges Übel sozusagen. Ja, gut, also wenn ich, dann muss aber schon, sag ich jetzt mal ganz böse, die Stellensituation sehr schlecht sein. Dann mach ich lieber ein halbe Stunde Überstunden und kümmerge mich selber als – ich bin da ein bisschen komisch, muss ich – ist ja wahrscheinlich so. Gibt bestimmt auch Kollegen, die sagen, mein Gott, sei doch froh, dass du das alles gesagt kriegst. Ich bin da nicht so wie manche. Ich mach es lieber selber.

K3A 26

F: Aber jetzt nicht, weil Sie denken, die Reha-Assistentin könnte es nicht, sondern weil Sie denken (A: Nee, die kann das sicherlich.), das dient mir auch als Aufbau einer Beziehung zum Patienten. (A: Ja, natürlich!), und es interessiert mich wirklich (A: Ja, richtig, genau!). Und ich denke, wenn der Patient mein Interesse spürt, dann ist das auch wieder gut.

K3A 38-39

F: Gut, aber Ihre grundsätzliche Einstellung ist also eigentlich eher - nee, Reha-Assistentin, da muss die Not so groß sein (A: Ja, genau, so, in dieser Richtung, genau.) Wenn ich es hier so machen könnte, wie ich wollte, sozusagen nach meinen eigenen Wünschen, dann wär sie (A: Würd ich lieber selber machen.) würden Sie alles lieber selber machen. Und zwar nicht, weil Sie das der Reha-Assistentin nicht zutrauen, sondern weil sagen: Das hilft mir in der Beziehung mit dem Patienten, das ist schon ein Teil der Therapie.

A: Ja, in diesem Sinne, so kann man das sagen, so kann man das sagen, ja, genau.

K3A 46-47

F: Gut, das heißt, Sie sagen, auch wenn man zu manchen nicht gerade ein Medizinstudium braucht, ist es trotzdem gut, das selbst zu machen?

A: Ja, einfach wegen der Beziehung, die ich zu meinen Patienten aufbaue.

K3A 48-49

F: Ja, und wenn Sie es selbst gestalten, dann würden Sie sagen, lieber arbeite ich noch eine halbe Stunde länger ...

**A:** Mach ich lieber zehn Minuten länger oder eine viertel Stunde oder so was, und dann – was ich leider oft auch tue –, aber dann hab ich ein kompletteres Bild von ihm, und er hat sicherlich auch von mir, nicht, denn so diese ganze Berufsgeschichte ist ja extrem wichtig, auch für die Patienten selber. Davon hängt ja auch die psychische Situation durchaus ganz doll ab.

**K3A 51** **A:** Ja, ja. Oder die haben auch oft dann Ängste, Zukunftsängste, wie soll das weitergehen, und dann werden die Schmerzen nicht besser, was ja dann auch kein Wunder ist, weil sie ja Ängste haben ohne Ende. Und dann schlafen sie nicht, weil sie grübeln, und das sind halt so Dinge, die kann mir die Assistentin nicht [unverständlich], die kann mir nur der Patient vermitteln. Deswegen ist das schon wichtig alles.

**K4A 84–87** **F:** Glauben Sie, dass die Reha-Assistentin in ihrem Gespräch bei der Aufnahme die Rehazielle des Patienten irgendwie erfragen könnte?

**A:** Kann sie schon. Wahrscheinlich, ja.

**F:** Hätte das einen Sinn? Also dann würden Sie ja als Unterlage kriegen: Patient möchte das und das?

**A:** ... das und das und das. Ich glaube, es wäre das Gleiche wie mit diesem Bogen, den wir schon haben. Da ist dann was angekreuzt. Ich finde gerade die Frage interessant, wenn man vorher sozusagen die Untersuchung durchgemacht, das Problem auch untersucht und verbalisiert hat mit dem Patient – das und das ist das Problem, dann nochmal zusammen zu besprechen. Und ich finde, gerade das ist Arzt-Patienten-Aufgabe: abzusprechen, was wollen wir erreichen. Das würde ich nicht auf die Reha-Assistentin übertragen, ungern.

## ID

### Berufspolitik und fehlende Entlastung

**K1CA 26** **A:** Ich sehe die Zukunft dieses Projektes mit zwei gemischten Gefühlen. Also ich denke mal, das Reha-Assistenz als solches eine sinnvolle Ergänzung des jetzigen Therapeutenteams wäre. Ich sehe ein bisschen die Problematik, dass natürlich die Reha-Assistenz günstiger ist als ein Assistenzarzt und im Rahmen der allgemeinen Arbeitsverdichtung künstlich Arztstellen nicht besetzt werden, weil der Reha-Assistent drauf sitzt. Also wir hatten auch hier die Diskussion, dass eigentlich Bewerbungen da sind, aber im Moment diese Projektphase läuft und Assistenten [gemeint sind Assistenzärzte] nicht forciert beworben oder eingestellt werden, weil die Stelle letzten Endes „besetzt“ ist – in Anführungsstrichen.

**K1CA 28** **A:** Ich sehe langfristig einfach die Problematik, wir müssen jetzt sehen, geeignete ärztliche Mitarbeiter für die Zukunft zu rekrutieren, die dann auch bei uns bleiben. Und deswegen bin ich natürlich ein bisschen skeptisch. Wenn man sich durch solche Projekte freie Stellen verbaut, die man heute vielleicht noch besetzen kann, wäre das schlecht. Auf der anderen Seite wäre es genauso schlecht, jetzt nicht vorzubeugen, wenn es wirklich keine Deutsch sprechenden Assistenten mehr gibt. Daher bin ich so ein bisschen ambivalent.

**K1CA 32** **A:** Genau, das ist der zweite Punkt. Es ist ja so, diese Reha-Assistenz ist ja bei uns jetzt nicht eingesetzt, um den Arzt zu entlasten, um andere Aufgaben zu machen, sondern um die fehlende Kapazität für die zu versorgenden Patienten entsprechend zu nivellieren. Aber das heißt also auch, die Ärzte werden zwar entlastet, aber wissen auch genau, deswegen haben sie einen vermehrten Durchlauf. Das heißt also, eigentlich ist es für sie eine Sonderbelastung. Das müssten Sie mit denen diskutieren. Weil es ist eben nicht so, dass sie letzten Endes in der Form vom Reha-Assistentinnen einen Vorteil haben, dass sie selbst persönlich weniger arbeiten müssen.

- K1CA 33–34      **F:** Der Entlastungseffekt ist zu klein, und eigentlich haben sie mehr Arbeit?
- A:** Für das, was entlastet wird, müssen sie mehr Patienten bearbeiten. Letzten Endes teilen sich alle Praxen jetzt den fehlenden Assistenten. Und der hat seine ganz normale Praxisgröße, die er an Patienten versorgen müsste. Und die jetzt durch einen Reha-Assistentinnen mit unterstützt werden, die bekommen letzten Endes diese Patienten aus dieser Praxis aufgeteilt auf ihre Praxen, damit betreuen sie mehr.

### 10.5.2 Pflege

ID

- K1PDL 6–7      **F:** Ja, wie sehen Sie denn das mit dem Projekt so?
- A:** Also, grundsätzlich, von der Grundidee und von den Potenzialen her finde ich das 'ne tolle Geschichte.
- K2P 50–51      **F:** Also das klingt ja eigentlich so, dass sie bisher damit sehr zufrieden sind?
- A:** Also wir möchten nicht mehr zurück.
- K2P 59          **A:** Also ich muss sagen, wir haben sehr motivierte Reha-Assistentinnen. Das fällt mir immer wieder auf. Die ergänzen sich gegenseitig, wenn der eine mal eine Überstunde nimmt oder... Also das ist immer gut organisiert. Da bleibt nichts liegen. Ne, also das muss ich echt sagen, das ist sehr positiv.
- K4P 73          **A:** Also die sagen uns auch, wenn's direkte Probleme gibt, wenn da irgendetwas auffällig ist, wenn er auf einmal anfängt, zu weinen, weil er völlig – emotional völlig fertig ist oder so Schmerzen hat. Also da besteht ein ganz enger Kontakt, nicht, gegenseitig.
- K4P 82          **F:** Gut, also wenn ich das zusammenfasse, kann ich sagen: Sie finden das eine gute Einrichtung (**A:** Ja.), nimmt auch Ihnen einiges erheblich an Arbeit ab (**A:** Ja.), für das man jetzt nicht ausgebildete Krankenschwester sein muss, und Sie könnten sich sogar noch Erweiterungen denken (**A:** Ja.), auch Arbeiten aus Ihrem Bereich (**A:** Ja.) gibt's noch so ein paar, die die weiter machen könnten (**A:** Ja.). Und eigentlich so ernsthafte Probleme, dass die Reha-Assistentinnen irgendetwas nicht können oder nicht akzeptiert werden oder so, die gibt's eigentlich nicht. Das Medikamentenproblem hat damit nichts zu tun.
- K4P 98          **F:** Sie finden's gut (**A:** Ja.), man kann's noch besser machen, ernsthafte Probleme, also grundsätzliche Probleme (**A:** Nee.), die sich nicht lösen ließen, gibt's eigentlich nicht.

### 10.5.3 Assistenzkräfte

#### 10.5.3.1 Arbeitszufriedenheit

ID

- K1RA(2) 70      **A:** Deswegen finde ich es auch persönlich gesehen ganz schön, dass man die Patienten vor einem hat. Denn wir fragen den Fragebogen – die Punkte, die wir diktieren, frag ich zum Beispiel auch direkt so ab, wie ich es diktieren will. Also ich weiß denn schon, es ist ja oftmals schwierig zu erlesen bei manchen Patienten, und da frag ich es denn ab, und kann es dann gleich diktieren, und dementsprechend schnell ist es denn auch wieder.
- K1RA(2) 87–89      **F:** Hm, ja. Das klingt so, als wenn Sie so mit der Arbeit so, wie sie ist, ganz zufrieden sind, oder gibt es da irgendetwas, worüber Sie sich immer ärgern, oder ...?

**A1:** Nö, kann ich eigentlich nicht sagen.

**A2:** Nein, also es ist nichts.

K1RA(2) 120

**A1:** Übrigens ganz am Anfang war es so, dass man selber ein bisschen Probleme hat reinzukommen. Eben halt ganz am Anfang war es so. Aber man kann eigentlich zu jedem Arzt hingehen und – also man wird nicht weggeschickt oder so, die sind da und hören zu und es kommt denn auch vor, dass sie sich zusammensetzen und da eine Regelung versuchen zu finden. Also das läuft, eigentlich läuft das richtig gut. Auch mit dem Schreibbüro, also – man hat hier alle eigentlich, wo man hingehen kann. Also sogar im Vorzimmer, wenn mal eine Frage hat, wenn man sieht, die Ärzte sind beschäftigt. Also es versucht eigentlich jeder hier, wirklich zu helfen soweit. Also man fühlt sich hier wirklich wohl.

K1RA(2)  
121–123

**F:** Toll. Das klingt ja alles doch recht gut (**A2:** Ja!) Kann man sagen, dass ist ein Erfolg, das Ganze?

**A2:** Doch.

**A1:** Also ich denke, dass so etwas auch Zukunft haben könnte. Also, es ist ja nun mal so, dass die Ärzte viel zu tun haben und – kann ich mir gut vorstellen!

K2RA(2) 9

**A2:** Wir hatten die Stellenausschreibung und wurden dann angesprochen, ob wir das nicht auf Probe machen wollen und mir gefiel es sehr gut. Ich bin jetzt auch dabei geblieben.

K2RA(2)  
10–12

**A1:** Also ich wollte das zum Anfang nicht. Ich habe mich da mehr reingedrängt gefühlt in die Rolle. Mit allen positiven Sachen wird man dann natürlich gelockt, aber mittlerweile kann ich das auch so für mich und meinem privaten Umfeld, passt es jetzt einfach total gut. Ist schon anders als vorher. Gerade eben auch von den Arbeitszeiten, das ist um einiges attraktiver als jedes zweites Wochenende arbeiten zu müssen.

**F:** Nicht mehr am Wochenende arbeiten...

**A1:** Ja, genau.

K2RA(2)  
15–19

**A1:** Die Aufgaben wurden auch langsam aufgebaut. Nicht das es hieß, das und das müsst ihr alles machen und das müsst ihr sofort erfüllen. Sondern wir fangen erst mal an mit dem einem Aufgabenbereich, wenn ihr da gut rein gekommen seid, dann packen wir das noch dazu und das etc.

**F:** Jetzt reicht es, oder?

**A1:** Da soll noch was dazu kommen, aber man ist schon... Man hat gut zu tun. .

**F:** Dieses schrittweise Einarbeiten war eigentlich dann gut?!

**A1:** Das war gut, das war echt gut.

K2RA(2)  
123–126

**F:** Wenn Sie jetzt einschätzen sollten, wie zufrieden Sie mit Ihrer Arbeit sind, von null bis zehn. Was würden Sie sagen? Also, null heißt total unzufrieden, zehn heißt super Job.

**A2:** Also ich wäre so bei acht, neun.

**A1:** Echt?

**A2:** Ja, meine Station ist da eh anders. Ich würde meiner acht bis neun geben.

K2RA(2)  
130–133

**A2:** Ich würde sagen, dass die Reha-Assistentin von der [Name einer anderen Station] so bei vier oder fünf liegen würde.

**A1:** Ja, aber da würde ich mich eigentlich auch sehen.

**F:** Also eher im negativen Bereich?

**A1:** Ja... Wobei mir meine Arbeit Spaß macht. Ich habe Spaß an meinen Patienten, und mit der Arbeit komme ich gut zurecht. Es ist wirklich das Menschliche, was sich verändert hat. Wo man noch nicht gut akzeptiert wird, obwohl man ja die Gleichen geblieben ist. Also, eigentlich habe ich mich vorher mit jedem verstanden und jetzt ist es wirklich...

K2RA(2)  
139-140

**F:** Mal abgesehen von der Zufriedenheit, halten Sie das denn für sinnvoll, wie jetzt die Arbeit so aufgeteilt ist? Dass es diese Position überhaupt gibt, und wie das jetzt alles so geregelt ist. Halten Sie das für sinnvoll?

**A1:** Ja. Finde ich schon. Gerade für die Pflege und auch für die Ärzte. Weil es eben für beide Seiten eine super Entlastung ist. Auf jeden Fall!

K2RA(2)  
141-142

**A2:** Die Pflege muss die Aufnahmen nicht mehr machen, nicht mehr vorbereiten was da komplett bei uns liegt. Und auch die Ärzte, die sind, finde ich, wesentlich entspannter. Die haben diesen Stress nicht mehr, wie vorher. Sie gehen jetzt rein, machen die Akutanamnese, untersuchen. Und vorher waren sie manchmal eine ganze Stunde drin, weil sie alles abfragen mussten. Das, was wir jetzt machen. Und da sind sie jetzt wesentlich stressfreier.

**A1:** Und auch nachher eben mit den Computereingaben. Dann hängt das Programm, dann ist dies, dann das. Das haben sie auch nicht. Das sind so Kleinigkeiten, aber da haben die nichts mehr. Dann kommen sie raus und sind fertig. Und das war eben vorher - ja.

K2RA(2)  
143-148

**F:** Das heißt, wenn Sie den Sinn einschätzen würden, kämen Sie höher als vier bis fünf.

**A1:** Ja, auf jeden Fall, klar.

**F:** Was sagen Sie dann?

**A1:** Das ist ja nahezu perfekt, also würde ich sagen: neun.

**A2:** Würde ich auch geben.

**A1:** Weil zehn wäre ja perfekt.

K2RA(2)  
151-153

**A1:** Eigentlich alles, uns wurde ja am Anfang viel frei Hand gelassen. Also, ich finde, wir haben viel irgendwo mit entschieden. Also, gerade weil wir ja auch, weil wir in der Position gesteckt haben, durften wir viel selbst mit aussuchen, wie wir es gern hätten. Also, bis auf das Diktieren oder, ja eben der Aufnahmebefund...

**F:** Ist es eigentlich schon ganz rund.

**A1:** Ist es eigentlich schon ganz rund.

K2RA(2) 156

**F:** Gut, also, wenn ich das zusammenfasse, sagen Sie: Sie entlasten den Pflegedienst, Sie entlasten die Ärzte. Die Arbeit selbst ist nicht zu schwer für Sie. Schwierigkeiten tauchen auf mit den Kollegen aus der Pflege und manchmal mit Patienten, die nicht alle Fragen beantworten wollen, wenn es um Rente und Rentenversicherung oder so etwas geht.

K3RA 9

**A:** Die Tätigkeit selbst als Reha-Assistentin ist, denke ich, sehr sinnvoll. So lerne ich Patienten wieder besser kennen.

K3RA 17

**A:** Also die Reha-Assistenz, soweit wie wir das jetzt eingeführt haben, geht sehr gut.

K3RA  
129-130

**F:** Gut. Also ich fasse mal so zusammen: Im Großen und Ganzen ganz sinnvoll, gibt so Probleme wie überall, aber keine wirklich schwerwiegenden. Sie könnten sich eine Menge denken, wie man das noch ausweiten könnte. Wichtiger Punkt wäre für Sie, dass man nicht zwei Berufe sozusagen -

**A:** Ja, nicht zur gleichen Zeit ausführt. Also es ist schon denkbar, dass, es muss ja einen



Ersatz da sein. Man kann ja nicht so viele Reha-Assistentinnen haben, und wenn die im Urlaub oder wenn ich im Urlaub bin, läuft es zurzeit gar nicht.

K3RA 134

A: Ich würde sagen, die Arbeit ist, es ist jetzt immer auch eine Sache, wie das Personal verteilt ist. Und wenn es ausreichend Ärzte überall geben würde, dann stellt sich die Frage, gut, das eine wäre eine wirtschaftliche Frage: Wie viel Zeit seiner bezahlten Tätigkeit muss er mit Fragen beantworten, ist auch eine menschliche Frage. Wie kann man das eben finanziell einordnen? Ist das gerechtfertigt? Eigentlich, denke ich, ist es eine Tätigkeit, dass es okay war, wenn das viele, viele Jahre Ärzte gemacht haben, so komplett. Das ist ja auch irgendwie was für das Miteinander mit Arzt und Patient. Wie sich die Strukturen verändern, immer weniger Ärzte da sind, denke ich, ist es eine sehr sinnvolle Aufgabe. Also man kann das natürlich auch mit einer Reha-Assistenz sehr gut machen. Das ist eben dieses Hinterfragen der Bedürfnisse einfach auch, die da sind.

K4RA1 82-85

F: Gibts denn jetzt irgendetwas, worüber Sie sich immer ärgern, oder was schwierig ist oder ...?

A: Nö.

F: Nö?

A: Nö.

K4RA1 85-87

A: Ich hab jetzt – gerade gestern hab ich einen Patienten gehabt, der zum Beispiel nicht sitzen konnte. Der hat sich über unsere Stühle – nicht geärgert, aber eben doch gesagt. Da hab ich mir aufgeschrieben, ich werde mir so einen hohen Stuhl noch besorgen, damit er so sitzen – im Stehen sitzen kann. Und eine Waage wollen wir noch mal hier runterhaben, würd ich besser finden. Aber das sind so Kleinigkeiten, aber ansonsten ...

F: Nichts Grundsätzliches eigentlich?

A: Nein, nein!

K4RA1 91

A: Es gibt natürlich Ärzte, die immer noch reserviert sind, und da lässt man's. Aber so bisher sind alle ganz lieb, also – kann ich überhaupt nicht klagen, ich finde das alles ganz toll. Ich finde es toll, dass es uns gibt. (lacht)

K4RA1 92-93

F: Also, hab ich hier noch eine kluge Frage? Schwierigkeiten gibt's nicht, fachlich, in der Zusammenarbeit nicht, die Patienten akzeptieren Sie, die Ärzte akzeptieren Sie, die Pflege akzeptiert Sie, zufrieden mit Ihrer Arbeit sind Sie (A: Hm, hm, sehr!) sehr. Von null bis zehn, der Sinn der Arbeit?

A: Zehn!

K4RA2 36-37

F: Das ist ja, glaube ich – kann ich mir auch ganz gut vorstellen. Dann haben Sie immer dieselben Ärzte da, die dann diktieren und dann kennt man sich schon.

A: Ja, ja. Man weiß immer, ist die Aufnahme schon oder ist der Schluss schon diktiert, und wenn das länger dauert, kann man den Arzt auch mal so ein bisschen (F: Anpieken.) vorsichtig erinnern, damit das nicht zu lange liegt, grad mit der Rentenversicherung. Und das läuft dann auch gut. Also wenn man dann so eine Mitteilung den Ärzten „aber das muss noch“, und dann hat man auch die Entlassung dann schnell weg.

K4RA2 48-49

F: Und ist das für Sie leicht, oder gibt's da auch Schwierigkeiten?

A: Nee, ist für mich leicht, weil ich hab also mein Leben lang auch in diesem Beruf gearbeitet und das fällt mir leicht und macht auch richtig Spaß, weil man so mit den Patienten zu tun hat. Ja, ja, ist ein schöner Beruf.

K4RA2 94–99 F: Wenn Sie, sagen wir mal, von null bis zehn sagen würden, wie sinnvoll ist diese Arbeit, die Sie machen?

A: Was ist da das Beste?

F: Zehn.

A: Zehn. Also da ist man schon auf jeden Fall sehr hoch. Also sinnvoll ist das auf jeden Fall, ich glaube, es wäre auch schwierig, wenn wir jetzt auf einmal nicht mehr hier wären. Das würde man also so richtig merken.

F: Haben sich alle an Sie gewöhnt, nicht?

A: Ja, auch in den anderen, in der Neurologie und so, also da kann man schon acht, neun, bis zehn. Ist sinnvoll, sehr sinnvoll, ohne Frage.

K4RA2 101 A: Ja, das macht richtig Spaß. Vor allen Dingen jetzt, wo das läuft mit den Ärzten, mit den Schwestern, mit der Pflege eben, mit den Patienten, die sich auch dabei wohlfühlen und nicht ausgefragt fühlen und so. Also ich mach die Arbeit so richtig gerne, ja.

### 10.5.3.2 Entlastung, Zeitersparnis

ID

K2RA(2) F: Haben Sie eine Schätzung, wie viel Zeit Sie einander sparen?  
156–163

A2: Ich denke eine dreiviertel Stunde pro Patient. Halbe bis dreiviertel Stunde. Es kommt halt immer darauf an, ob es Rentenversicherte sind oder nicht.

A1: Also den anderen? Den Ärzten?

F: Getrennt. Also, wie viel Zeit spart jetzt die Pflege? Wie viel Zeit spart ein Arzt? Irgendeine Idee?

A2: Sie müssen die nicht mehr vorbereiten, sie müssen sie nicht mehr aufnehmen... Vielleicht eine halbe bis dreiviertel Stunde bei der Pflege.

A1: Ja.

A2: Und bei den Ärzten ist es eben ein bisschen mehr, würde ich sagen. Weil sie das eben alles nicht mehr machen müssen. Ich denke mal, so eine Stunde, die wir den Ärzten abgenommen haben.

A1: Denke ich auch.

## 10.6 Die konkrete Begegnung mit der Reha-Assistentin

ID

K1PG1 20 A: Wenn ich kurz noch mal was dazu sagen darf. Ich hatte heute Vormittag Termin bei der Reha-Assistentin, und da ist für mich so der Eindruck entstanden, dass die Dame unheimlich unter Zeitdruck stand. Das war Reinkommen, kurz eben, das Thema durchsprechen und tschüs. Ich hatte auch kein Interesse mehr daran, noch Fragen zu stellen, auch wenn ich die ein oder andere noch gehabt hätte [unverständlich]. Ich will jetzt auch nichts Negatives sagen, in dieser Richtung. Aber, es kam einem halt so vor, als ob die arg unter Zeitdruck stand.

K1PG2 24–31 A1: So war das bei mir auch.

**A2:** Das war einfach so einmal so ein Durchschießen durch das Thema und fertig war das und tschüs.

**F:** Da hätten Sie gerne mehr Zeit?

**A2:** Ich hätt gern ein bisschen mehr Zeit gehabt, ja.

**F:** Hätten Sie noch Fragen gehabt, die ...

**A2:** Keine Fragen, die jetzt so wahnsinnig so relevant sind, dass ich jetzt sage, die müssen heute unbedingt beantwortet werden, kann ich mir auch selber irgendwo anders die Auskunft holen. Aber letztendlich hätte ich schon nicht unbedingt das Gefühl gehabt, die Dame hat eben wenig Zeit.

**F:** Und das war nicht schön?

**A2:** Nee, so wirklich gut war's nicht.

K2PG1 5-9

**A:** Das angenehme war, dass die Koffer aufs Zimmer gebracht worden sind. Die Leute, die den Fernseher angeschlossen haben und die Koffer - also, dass die alle sehr freundlich und zuvorkommend waren. Zu der Reha-Assistentin muss ich sagen, vielleicht hatte sie zu viel Arbeit oder war gestresst, auf mich machte sie einen etwas überforderten Eindruck.

**F:** Überfordert?

**A:** Überfordert, also das kann ich vielleicht nicht richtig ausdrücken, aber sie war irgendwie gestresst. Gestresst ist vielleicht besser als überfordert.

**F:** Also, das heißt sie war nicht fachlich überfordert, sondern war nervös oder so?

**A:** Nein, nein, nicht fachlich überfordert. Nervös oder so.

K2PG1 9

**A:** Ich würde mir wünschen, dass sie mehr auf die Menschen zugeht. Und nicht so, sie machte einen sehr distanzierten, so wie man sich eine Stationsschwester vorstellt. Diese alten Haudegen, wissen Sie?

K2PG1 20-21

**F:** Können Sie sich noch erinnern, was die Reha-Assistentin, was die mit Ihnen gemacht hat? Was die gefragt hat?

**A:** Ja also diese allgemeinen Fragen, die man, wenn man [unverständlich] das und jenes. Welche Krankheiten man hat und und und. Ich meine, sie war eigentlich sehr zugänglich. Krankengeschichte und alles was man so hatte.

K2PG1 71-72

**F:** Ja. Wir haben ja jetzt schon einige Dinge hier kurz angesprochen. Wie haben Sie denn die Aufnahme mit der Rhea Assistentin erlebt?

**A:** Also ich fand es sehr nett. Sie war sehr zuvorkommend und war auch behilflich, wenn man Fragen hatte. Also stand einem zu jeder Zeit auch zur Verfügung. Auch wenn man zwischendurch mal was wollte, die hatten immer irgendwie Zeit und haben einem immer ausreichend zur Seite gestanden.

K2PG1  
113-116

**F:** Also gibt es von Ihrer Seite aus an dieser Einrichtung der Reha-Assistentin gibt es eigentlich nichts zu kritisieren außer, dass sie nicht so freundlich ist.

**A:** Ich hab ja gesagt, sie hat vielleicht einen schlechten Tag erwischt! Es war vielleicht zu viel. Ich habe ja gesagt, sie wirkte ein bisschen genervt. Vielleicht, das passiert ja mal jedem. Wenn permanent irgendwie was kommt und dass man sagt, nee, jetzt ist aber genug und jetzt auch das noch. Und irgendwann ist da die Luft raus. Das geht jedem so.

**F:** Aber sonst gibt es da keinen Verbesserungsvorschlag? Oder so?

- A:** Nein. Nur es wäre gut, wenn man den Patienten mitteilen würde, dass man auch nach der Aufnahme zuständig ist. Das halte ich schon für sehr sinnvoll.
- K2PG3 2-6 **F:** Die hat Ihnen ja nun eine Menge Fragen gestellt. Fanden Sie das jetzt irgendwie störend?
- A1:** Ich dachte, das gehört dazu.
- A2:** Ja, war aber gut.
- A3:** Ja, war auch gut.
- A4:** Und zwar für mich ist es persönlich so, [unverständlich] war für mich neu. Reha war mich was Neues. Für mich kommt es darauf an, wie ist der erste Eindruck. Wie ist die erste Person, die mit mir spricht? Und wenn die mir gefällt, dann stelle ich mich auch drauf ein. Es kann sein, wenn so eine ruppige Person kommt, dass ich dann schon gar keine Lust mehr habe. Und diese Frau war echt gut. Und das hat mir die Tür geöffnet, dass ich mich wohl fühle.
- K2PG3 61-63 **A3:** Sie hatte auch keinen Zeitdruck.
- A4:** Nee, das war wichtig.
- A3:** Sie hatte Zeit. Ich selber bin nervös, wie bei den Medikamenten: „Wo hast du die jetzt hingepackt? Hast du sie jetzt ganz runter gepackt, oder?“ Aber, das war bei mir noch so, dass ich den Arztbrief vom Krankenhaus [Name] dem Arzt gegeben habe, der mich zwischen-durch behandelt, wo ich zu Hause war, der mir allerdings keine Kopie mitgegeben hat. Und das hat sie dann erstmal in die Wege geleitet, dass von [Name], hat sie gleich in meinem Beisein telefonisch mit [Name] gemacht, dass eine Kopie sofort hierher kommt. Gut, es war in meinem Beisein noch die Kopie da.
- K2PG3 116 **A:** Aber ich muss sagen, die erste Woche, wo ich hier war, war sie ja hier. Und es war nicht so, ich hab nicht das Gefühl, dass sie mich schnell abfertigen wollte. Und dann die nächsten Tage, wenn ich eine Frage hatte, keine Zeit gehabt - nee! Sie hat die Frage genau beantwortet.
- K2PG3 123-126 **F:** Aber diese Spezielle, da hatten Sie das Gefühl, die hatte Zeit für Sie.
- A3:** Ja.
- A4:** Also bei mir hat sie sich Zeit gelassen.
- A3:** Bei mir auch.
- K2PG4 56-58 **F:** Hatten Sie das Gefühl, dass Sie genügend Zeit hatten bei diesen Fragen, oder war das irgendwie hetzig?
- A2:** Da war keine Hektik drin, gar nicht.
- A3:** Ganz ruhig.
- K2PG4 105-111 **A5:** Was ich noch sagen möchte: Die Frau hat mir mehr Vertrauen gegeben, ich habe öfter, also anders reden können, als wenn ich jetzt einem Arzt gegenüber sitzen würde. Das ist so ein ganz kleiner, das ist mir jetzt so aufgefallen. Gut, ich würde – mit meinem Arzt rede ich genauso. Aber es ist manchmal so, manchmal so wie eine kleine Blockade. Und ich glaube, das wird dann vielleicht besser sein, dass es so gemacht wird.
- F:** Dass Sie sich so freier fühlen?
- A5:** Ja, auch die nächsten Patienten, wenn die mal kommen werden, dass sie das Gefühl kriegen. Und deswegen, das kann man ruhig beibehalten. Nämlich dann kann man vielleicht noch mehr Hintergrund erfahren, als wenn der Arzt – manchmal ist es ja so "ach, der [unver-

ständig], das sag ich ihm gar nicht". Ist nur so mein Gedanke.

**F:** Dass man bei dieser Frau ein bisschen offener sogar ist?

**A5:** Genau, das meine ich damit. Das ist meine Meinung jedenfalls so.

**F:** Weil man sich mehr so auf einer Ebene fühlt?

**A5:** Vollkommen richtig!

K3PG2 31–38

**F:** Das heißt, Sie hätten jetzt, wenn ich das richtig verstehe, Sie hätten nichts dagegen (**A1:** Nee.), dass sie auch diese so genannte – man nennt es Sozialanamnese – das heißt, die ganze Geschichte mit dem Berufsleben und so weiter, auch erfragt.

**A2:** Ich denke mal vielleicht sogar: Die Assistentin würde noch ein bisschen mehr herauskitzeln aus dem Patienten als der Arzt, was private Sachen angeht.

**A1:** Weil der auch die Zeit nicht hat, nicht.

**A2:** Ja, nicht nur das. Es ist auch einfach – meistens kommen die Assistentinnen sympathischer einfach rüber als der Arzt. Ich mein, der Arzt ist zwar nicht – aber der ist immer noch ein Arzt, und das ist irgendwie so eine Barriere.

**A3:** Aber der Arzt hat das Vertrauen, ich kann meinem Arzt gut vertrauen und alles erzählen.

**A2:** Ja, aber ...

**A3:** Mach ich auch.

**A2:** Ja, aber manchmal, wie gesagt, ein kleines Fingerspitzengefühl fehlt da. So einfach da zu horchen und dann noch einmal nachzukratzen, wo dem Arzt meist die Zeit für fehlen würde, obwohl er es vielleicht bemerkt, aber – weiß ich nicht. Hätte ich vom Gefühl her ...

K4PG 21–25

**F:** Es gab jetzt keine - oder gab es irgendeinen Moment, wo Sie dachten: Naja, das hat sie jetzt nicht richtig kapiert, oder da stellt sie sich dumm an oder...

**A1:** Nee, gar nicht.

**A2:** Nein, sie ist sogar einfühlsam drauf eingegangen und hat darüber so kleine Privatgespräche mit einem geführt.

**F:** Aha, das fanden Sie nett?

**A2:** Ja, ja.

K4PG 26–28

**A:** Ja, Ärzte, Ärzte haben gefühlsmäßig weniger Zeit für die Patienten als die Dame, die mich da empfangen hat. Beim Arzt, beim Arzt kommt man sich immer so vor: „Mach hinne, da warten noch andere!“

**F:** Ja, und diese Frau hat Ihnen eher den Eindruck vermittelt, wir können das hier ruhig angehen lassen?

**A:** Wir können es ruhig angehen lassen.

K4PG 34–39

**A1:** Und die Dame hat da oben sich mehr Zeit gelassen.

**A2:** Ja, die hat sich mehr Zeit gelassen.

**A1:** So empfinde ich das zumindest.

**A2:** Eine Stunde war ich mit ihr im Gange, nicht.

**A1:** Ja, ungefähr so war das.

A3: Das ist aber schon ein bisschen lang, so, nicht. Das passt nicht ins Konzept.

K4PG 41-46

[A1 findet eine Stunde Gespräch mit der Reha-Assistentin zu lang]

A1: Da können Sie die Hälfte von streichen. Ich meine, bevor Sie hergekommen sind, da haben Sie bestimmt zig Gespräche mit Ihrem Hausarzt, mit Ihrem Facharzt in Ihrem Ort gemacht. Ich meine, was soll das noch alles, das wissen die doch alles. Dieses hier, das ist doch nur speziell auf diese Klinik zugeschnitten. Diese Fragen wollen sie doch eigentlich nur sagen.

A2: Ja, aber irgendwie muss ja auch mal was Persönliches rein. Man ist ja nicht immer eine Nummer.

A1: Ja eine Nummer, Nummer, Nummer. Das ist dann Ihre Sache, wenn Sie sich da nicht Zeit lassen.

F: Ja, man könnte vielleicht denken: Aus der Sicht des Geschäftsführers war das ein bisschen lang. Aber aus der Sicht des Patienten war das eigentlich prima, dass Sie diese Zeit so hatten.

A2: Ja.

A3: Ja.

K4PG 47-55

F: Wie haben Sie das denn erlebt? War das für Sie ...

A: Das war im Verhältnis.

F: War im richtigen Verhältnis?

A: Ja, ja. Bei mir war das eigentlich so ganz gut. Aber eben nicht so privat und hier und da und so, das ist nicht der Fall gewesen.

F: Ja, aber das haben Sie auch nicht vermisst?

A: Das, nee, wenn jemand, wie ich gesagt habe, jeder hat ja von uns, der hier landet, ja eine Vorgeschichte schon beim – den Ärzten gehabt.

F: Das heißt ja, eigentlich hat sie dann jedem gegeben, was er brauchte, nicht?

Mehrere: Ja, ja.

A: So kann man das auch sagen.

K4PG

A: Aber die, ich weiß nicht, ob die so geschult war, aber die kam einem gleich gut entgegen.

112-116

F: Ja, die machte es einem leicht?

A: Herzlich. Und war irgendwie anders. Wenn du jetzt mit einem Arzt sprichst, dann, nicht? So kann man auch lockerer reden, und die ist auch gut darauf eingegangen.

F: Dass Sie ein bisschen entspannter sich fühlten?

A: Ja, ja.

K4PG

F: Ja, die Menschen sind ja sehr verschieden, und einige haben mir gesagt, dass sie beim Arzt immer so ein bisschen aufgeregter sind. Und dann: Wenn man aufgeregter ist, funktioniert ja auch das Gehirn nicht so gut, und dann vergisst man vielleicht manches, was man mal fragen wollte oder sagen wollte. Oder es fällt einem die Antwort nicht so ein auf die Fragen, und das ist dann mit so einer Reha-Assistentin teilweise eben leichter.

123-126

Verschiedene: Ja, ja.

**F:** Das wäre jetzt auch so Ihre Aussage?

**A:** Ja. Die hat einem das auch verständlich erklärt. Die Fragen, die man nicht ausgefüllt hat, und dann kam auf einem Mal genau das Richtige dabei raus. Das was man auch hätte – oder was man schon gedacht hat.

K4PG 128

**A:** Ich denke mal, das ist wird heute anders ... von der Generation her. Früher die Generation, da war ein Arzt ja noch was. Und heute, wenn man ein bisschen jünger ist, dann redet man ein bisschen anders mit ihm. Also ich hatte da kein Problem mit. Mir war das Jacke wie Hose. Die Ärztin ist ein bisschen jünger als ich wahrscheinlich. Gut, mir war das so egal, ob ich mit der Assistentin rede oder mit der Ärztin. Das ist, war Jacke wie Hose, die hätte auch Ärztin sein können, das wär genau das gleiche gewesen. Also da hätte ich keine Berührungsängste. Ich hätte das genauso mit der Ärztin beschnackt wie mit der anderen.

## 10.7 Welche Schwierigkeiten ergaben sich?

### 10.7.1 Finanzierung

K1PDL 21

**A:** Ja, das stimmt. Wenn man sich allerdings das Out-, hier das Ergebnis, die Arbeitsbelastung in den Bereichen anguckt, dann muss man feststellen, dass diese Ärzte keine größere Patientenbelastung haben. Also, die haben nicht mehr Durchlauf, nicht mehr Fälle, nicht mehr zusätzliche Aufgaben, sondern der Leistungsumfang für diese Ärzte entspricht den Kollegen, die keinen Reha-Assistentinnen haben. Das ist natürlich betriebswirtschaftlich irgendwie so 'ne Sache, über die man dann mal nachdenken muss.

### 10.7.2 Sachausstattung: Räume und EDV

ID

K4RA1 47–51

**A:** Ja, leicht. Ich würde mir hier, in diesem Bereich, ein bisschen mehr Zusammenarbeit mit den Schwestern wünschen. Dadurch, dass wir jetzt hier im Keller sind, ist jetzt wieder so eine Barriere. Oben im Haus [Name des Hauses] ist das alles familiärer. Also die – wenn jetzt zum Beispiel die Patienten die Schwestern jetzt nicht finden oder die gerade jetzt keine Zeit haben, dann kommen sie eben zu uns schnell mal, nicht? So, das ist hier gar nicht, nicht? Das ist also – oben, die Ärzte sitzen oben, die Schwestern sitzen oben, nur wir sind so nach unten gepflanzt worden, und das ist das, was mir hier gar nicht gefällt. Das ist schade.

**F:** Ja, wär schöner, auf einer Ebene?

**A:** Ja! Alles auf einer Ebene! Weil wir eben alle auch zusammengehören so, nicht, und das ist hier nicht so, und deswegen ist die Barriere auch hier noch sehr ...

**F:** War kein Raum frei da oben?

**A:** Scheinbar nicht. Also da wollte ich mit Dr. [Name] noch mal drüber sprechen. Weil, das wäre schöner, weil wenn wir aufnehmen und sagen: Gehen Sie gleich nach nebenan, da ist der Doktor! – wäre schöner, ist irgendwie einfacher alles.

K1CA 10

**A:** Wenn die Reha-Assistentinnen das gleich im PC eingeben könnten, dass der Arzt es einfach nur lesen kann, bräuchte man sich nicht noch einmal austauschen. Aber wir brauchen natürlich die Information, die der Reha-Assistent letzten Endes erhebt, für die Abbildung des gesamten Rehaprozesses als Information für den Arzt.

K1CA 20 A: Also wie gesagt, das wäre wünschenswert, dass alles, was sie mit dem Patienten besprechen, gleich PC-mäßig festgehalten würde und jederzeit abrufbar wäre. Das wäre eine gute Sache.

### 10.7.3 Doppelbefragungen

ID

K1PG1 9-12 F: Überschneidung hieß auch, dass Sie zweimal dasselbe gefragt wurden, oder was meinen Sie damit?

A: Ja, es gab da auch schon Wiederholungen. Ich denke auch, deutlich. Also wenn die Reha-Assistentin mir Fragen stellt, dann tauchen die Fragen doch bei der Ärztin zwangsläufig wieder auf, weil ja der Arzt das im Grunde ein Stück weit übernimmt. So hatte ich das verstanden, nicht? So soll es ja eigentlich auch sein, nicht? Wobei es da auch bei mir jetzt nichts Besonderes, von daher fand ich es jetzt nicht schlimm.

F: Also im Prinzip eine gute Idee, aber falsch organisiert?

A: Ja, würde ich so sehen (lacht).

K1PG1 14 A: Ja, würde ich mich eigentlich so anschließen. Am Anfang war gleich ein Arzttermin. Also ich war noch nicht mal eine Stunde da, bin wirklich gehetzt, damit ich dann [unverständlich]. Das war alles o.k. für mich. Also ich hab da jetzt nichts dran auszusetzen, aber es hat sich vieles überschritten. Hat sich vielleicht nicht bewährt. Logischerweise vielleicht. [unverständlich] Weil die geht ja den Bogen noch mal durch, nicht?

K1PG2 3-6 A1: Also bei mir jedenfalls nicht, also, die Fragen, die sie gestellt hat, hatte zum Teil auch der Arzt schon gefragt, und das hat sich also wiederholt. Und letztendlich die anderen Fragen, die waren nicht großartiger Natur. Von daher war es eigentlich nichts Tragisches. [unverständlich]

F: Gab es sonst ...

A2: Ich fand auch, das war eine Wiederholung.

A3: Ich hab das auch so empfunden gleich danach bei der Aufnahme, dass das noch mal genau der gleiche Fragenkatalog war, den ich schon schriftlich, mit dem Arzt und dann mit der Reha-Assistentin.

K1PG2 12-15 F: Und es war niemand zuerst bei der Reha-Assistentin?

A: Doch ich. Da hatte sie gesagt, dass es sein kann, dass die Fragen, die sie stellt, vielleicht nochmal wieder auftauchen beim Arzt.

F: Und wie finden Sie das?

A: Also mich belastet das nicht. Ich fand's nicht schlimm, also ich. Ich fand das nicht schlimm, weil ich fühlte mich dadurch eigentlich ganz gut behandelt, und dass man sich halt kümmert. Weil man ja auch oft den Eindruck hat, dass Ärzte keine Zeit haben und man nichts sagen darf.

K1PG2 35-37 F: Und jetzt auch noch mal so zur Aufnahmesituation zurück: Fanden Sie das nicht blöd, dass Sie zweimal dasselbe gefragt wurden?

A: Ja, ich ja.

A: Mir ist das auch so gegangen, dass das die gleichen Fragen waren aus diesem Fragebo-



gen, den man zu Hause schon ausgefüllt hat, die der Arzt noch mal, teilweise, nicht alle nachgefragt hat und sie einfach noch mal durchgegangen ist und bei mir hat sie auch dazu gesagt, sie macht das eigentlich nur, um genauere Informationen zu haben für den Entlassungsbrief. Weil sie den nachher tippt.

K2PG2  
229–233

**F:** Kam das vor, dass Sie doppelt befragt wurden?

**A4:** Ja, der Arzt hat auch eine Frage gestellt, die vorher schon die Assistentin gestellt hatte.

**A1:** Ja, das stimmt. Das ist richtig. Er hat im Groben fast die gleichen Fragen gestellt.

**A2:** Ja, stimmt.

**A3:** Also ich meine, er hätte nur ein bisschen weiterblättern müssen, aber das war nicht vorne auf seinem Blatt eingetragen, da musste er eben noch mal fragen. Ich habe dann auch zu ihm gesagt, ich habe gesagt: „Das habe ich eben beantwortet, die Frage!“

K2PG3 69–74

**F:** Hatten Sie den Eindruck, dass der Arzt dann schon bescheid wusste? Oder hatte er manches dann noch mal gefragt wieder?

**A3:** Das ist es ja. Er hat vieles noch mal gefragt.

**F:** Ihre Geste bedeutet?

**A1:** Das ist Zustimmung!

**F:** Das heißt insofern war es dann ein bisschen sinnlos?

**A4:** Insofern weil sie das ja alles schriftlich gemacht hat, also er hätte ja einfach draufgucken können – welche Fragen sind beantwortet und welche nicht. Nach dem medizinischen Stand muss ich noch wissen... Also die anderen Fragen, wie Gewicht und Körpergröße, die standen da doch.

K2PG3 78–80

**F:** Aber so hier im Ablauf denken Sie nicht: „Na, was ist das denn schlecht organisiert und wo ich alles zweimal befragen - beantworten muss?“ Oder sind Sie so geduldig?

**A2:** Naja, wir kennen es ja nicht anders.

**A3:** So ist es auch!

K2PG3 85–86

**F:** Sie sind Kummer gewohnt?

**A3:** Ich weiß das nur, weil ich bin ja nun mit meinen Knien sehr viel im Krankenhaus gewesen. Das ist nie anders gewesen. Die Schwester hat einen Fragebogen ausgefüllt, der Arzt ist gekommen und hat noch mal dasselbe gefragt.

K2PG4 2/2

**A:** Bloß das eine, was mich wieder geärgert hat: Dass der Arzt fast noch mal das Gleiche gefragt hat. Da haben sie sich nicht abgesprochen, oder er will es noch nicht begreifen, dass er unterstützt wird.

K2PG4 87–95

**F:** Gut. Das einzige, was ich vorhin so rausgehört habe: Dass eben der Arzt alles oder vieles noch mal fragte.

**A4:** Ja, das ist richtig, natürlich.

**F:** Hat Sie das nicht geärgert irgendwie?

**A3:** Ne, warum?

**A5:** Nein, das hat mich nicht geärgert. Aber ich fand es irgendwie Blödsinn. Er hätte sich das doch vorher durchlesen können richtig. Und nicht dann da anfangen, wenn er mir gegenüber sitzt oder ich bei ihm sozusagen, das fand ich nicht.

**A3:** Die Aufnahme hätte man genauso machen können.

**A2:**[unverständlich], und dann fragt er das noch mal jetzt. Eigentlich ist das ja Quatsch, aber [unverständlich] mir war es sowieso egal.

**A5:** Nein, aber ich meine nur. Die Frau arbeitet ihm schon im gewissen Sinn dafür hin. Da muss er doch auch damit zufrieden sein. Aber gut, es ist neu, es ist alles auch neu beispielsweise. Und er muss sich ja damit zurechtfinden.

**A2:** Das ist so.

K1RA(2)  
72-73

**A1:** Also ich sag auch oft: Es kann sein, dass ich Ihnen Fragenstelle, die Herr Doktor Sowieso Ihnen auch schon gestellt hat, nicht dass Sie sich wundern. „Ja, das macht ja gar nichts. Doppelt hält besser“.

**A2:** Ja, wir sagen das aber auch ganz ehrlich, dass wir dann eben halt fürs Diktat das machen. Meistens erwähn ich das auch so, dass der Arzt den medizinischen Teil macht und wir den nichtmedizinischen Teil einfach machen.

K1CA 10

**A:** Es sind zwei Reha-Assistentinnen hier, die jetzt bei uns arbeiten. Wir hatten ja vorher Informationen aus einer befreundeten Klinik, kann man so sagen, die sehr gute Erfahrungen damit gemacht haben und eigentlich einen sehr hohen Wirkungsgrad dieser Reha-Assistentinnen beschrieben haben. Den haben wir hier jetzt am Anfang so in der Form noch nicht darstellen können oder feststellen können, weil eben halt doch eine Menge Schnittpunkte da sind, die eben halt auch Doppelbefragungen oder auch Doppelbeschäftigungen mit den gleichen Problemen notwendig machen, weil es auch an logistischen Problemen mangelt.

K1CA 19-20

**F:** Das heißt, dann ist es nach wie vor so, dass es Doppelbefragungen gibt, weil der Arzt für die unmittelbare Planung noch mal wieder die Information braucht, die eigentlich in der Reha-Assistenz schon erhoben worden sind, ja?

**A:** Also, da können Ihnen die beteiligten Ärzte sicherlich besser Auskunft geben, wie sie es im Moment gehandhabt haben. Die haben im Moment relativ freie Hand, das sind nur grobe Strukturvorgaben, die wir gemacht haben, um zu sehen, wie das zu optimieren ist.– Also wie gesagt, das wäre wünschenswert, dass alles, was sie mit dem Patienten besprechen, gleich PC-mäßig festgehalten würde und jederzeit abrufbar wäre. Das wäre eine gute Sache.

K1A 12-13

**F:** Da machen Sie dann eigentlich so ein bisschen doppelte ...

**A:** Bestimmt nicht in den Details, aber was Arbeits- und Berufsanamnese angeht, sind bestimmt auch Teile, die dann doppelt befragt werden. Ja, ja. Weil ich kann das nicht weglassen und möchte das dann auch nicht weglassen, weil das für mich auch schon eine Rolle spielt.

K1A 15

**A:** Was eine Beschreibung eines Arbeitsplatzes und einer Tätigkeit angeht, finde ich manchmal, muss ich das auch persönlich von demjenigen auch noch mal hören, obwohl die Beschreibung sicher dann sehr genau ist, was die aufnehmen. Aber ich finde, das, was einen Rehabilitanden am Beruf belastet oder an der Tätigkeit belastet, krieg ich irgendwie selbst – im direkten Gespräch, hab ich dann noch mal einen anderen Eindruck, als wenn ich es nur sachlich lese. Und ich denke auch, für den, der Rehabilitand selbst weiß ja auch, welche Auskünfte er jetzt wem macht, und ich find es im Gespräch für ihn auch leichter oder besser, wenn er den Eindruck hat, dass ich das nicht nur alles einfach irgendwo nachgelesen hab, sondern das vielleicht auch mit ihm persönlich bespreche.

K2A 23

**A:** Also, ich empfinde das schon als Erleichterung. Beim Rentenversicherungsträger [gemeint ist: bei Rehabilitanden der Rentenversicherung] frage ich trotzdem viele Sachen noch

mal nach, weil es für mich einfach einfacher ist. Oder lasse sie mir bestätigen dann diese Sachen.

K4P 13–17

**A:** Also die [Reha-Assistentinnen] nehmen die Patienten zuerst auf und kriegen schon ganz viel raus, was manchmal auch doppelt läuft in der Befragung, weil unser Stammblatt – die Pflegeanamnese –, einige Fragen werden da schon beantwortet vorher. Wir könnten eigentlich theoretisch, also das ist so ein bisschen auch, was von vielen bemängelt wird, von den Patienten. Sie sagen: Och, das hab ich alles gerade eben der anderen schon erzählt, und wissen Sie und jetzt nochmal. Also, es kommt doch ab und zu mal vor, dass die sich so doppelt und dreifach ausgefragt fühlen. Deswegen versuchen wir, wenn der Patient gerade eben bei der Reha-Assistenz war, dass dann nicht wir dann gleich hinterankommen, weil das hat so diesen Charme: Oh Gott, jetzt fragt sie mich genau das Gleiche.

**F:** Ja, können Sie denn – die Reha-Assistentin tippt ja vieles da in den PC, was sie ...

**A:** Da haben wir keinen Zugriff drauf.

**F:** Da haben Sie keinen Zugriff drauf?

**A:** Also da arbeiten wir nicht mit. Also vielleicht haben wir einen Zugriff drauf, aber da arbeiten wir gar nicht mit, weil das ist ja der Brief, der da hinterlegt ist, also da gibt es ja richtige Bausteine, und den kennen wir so inhaltlich gar nicht, und das wird ja so verpackt in diese Arztbriefform sozusagen, nicht.

K4P 74–75

**F:** Dass, wenn sie zu Ihnen kommen, und Sie dieselben Fragen noch mal stellen.

**A:** Genau. „Sagen Sie mal, was machen Sie, reden Sie eigentlich nicht miteinander“ – also solche Sprüche kriegt man auch, aber – na ja, Gott, die kriegt man immer.

#### 10.7.4 Spätanreisen

K2RA(2)  
57–59

**A1:** Das ist ja teilweise immer noch so, dass die Patienten ja so sehr spät auch anreisen. Und umso mehr Aufnahmen wir haben, umso mehr kommen wir ja auch ins Schwimmen. Also, manchmal kommt ein Patient erst um halb vier ...

**F:** Dann kriegt man es gar nicht mehr hin?

**A1:** Schwer. Und dann ist eben ein Gehetze zum Arzt, zu uns, zum EKG. Und irgendwie, der Patient ist neu, der ist durcheinander, der ist schnell überfordert. Und dann hat man nicht mehr die Ruhe, die man eigentlich mit so einem Patienten haben muss.

K3RA 41–43

**A:** Und ich muss es dann halt hinbekommen, die Ärzte zufriedenzustellen. Ihnen auch so ungefähr vielleicht schon zu sagen, wie es wird. Und im anderen Fall auch die Patienten nicht zu überlasten. Weil es ist schon manchmal haarig, wenn dann die Patienten spät anreisen, die Ärzte stehen alle Gewehr bei Fuß, wollen anfangen. Und ich muss nun von den Patienten, das mache ich also oft, dass ich die medizinischen Unterlagen einsammele, einsehe und auch nach Aktualität sortiere, gucke, was ist überhaupt – was brauchen wir.

**F:** Was die so mitbringen, oder?

**A:** Genau. Das ist in der Regel im Koffer. Dann auch die Fragebögen, die sie zugeschickt bekommen, die der Arzt braucht zur Aufnahmeuntersuchung, die sind oft noch nicht ausgefüllt oder nicht zurückgeschickt oder noch im Koffer. Also das wird alles so vorher geregelt, und der Patient kommt, und der Arzt möchte ihn vielleicht in 20 Minuten schon sehen oder in einer Viertelstunde, am besten sofort. Dann ist das wirklich so eine Sache, dass ich den Patienten nicht überfordere, das das nicht ganz so schlimm wirkt auf ihn, und trotzdem muss

ich ja vorwärts kommen.

K4A 21 A: Manchmal ist das so zeitig, dass die Reha-Assistenz schon ein bisschen Druck machen muss, damit sie überhaupt fertig wird, wenn ich den Patienten haben möchte, nicht?

K4A 62–65 F: Wie machen Sie das, wenn die Patienten spät kommen?

A: Dann muss ich Sie allein aufnehmen.

F: Ja?

A: Ja, bleibt auch so. Also, na klar kann ich sie medizinisch aufnehmen, und dann sag ich am nächsten Tag kann die Reha-Assistentin den Rest machen, aber es macht für mich keinen Sinn. Dann mach ich sie alleine.

### 10.7.5 Zusammenarbeitim Team

ID

K1PG1 27 A: Ja, also bei mir war es ja doch ganz anders. Und so im Nachhinein hab ich dann auch gedacht, hätte der Arzt auch – vielleicht hätte der es kurz ansprechen können. Weil der kam mir dann natürlich auch sehr kurz angebunden vor, der ist wohl davon ausgegangen, er bekommt seine Information auch von irgendwo anders oder so. Aber davon wusste ich nichts, und ich hab nur gedacht: Eh, was ist das denn für einer! Der interessiert sich ja eigentlich gar nicht für mich. Ja gut, man war den ersten Tag da und ist unglücklich gelaufen.

K1PG2 15–19 A: Weil man ja auch oft den Eindruck hat, dass Ärzte keine Zeit haben und man nichts sagen darf.

F: Ach so, so dass Sie das mit der Reha-Assistentin also als zusätzliche Zuwendung, so zu sagen, das Ernstnehmen Ihrer ...

A: Genau. Wenn die Informationen, die ich dieser Assistentin gebe, dort ankommen, ist das okay. Gut, dass weiß ich natürlich nicht, es kann ja auch sein, dass das eben halt nicht weiter getragen wird oder eben auch nur auf dem Papier steht, und der Arzt dann nicht drauf schaut. Das weiß ich ja nicht.

F: Hatten Sie den Eindruck, oder?

A: Nee, nee. Das ist nur so eine Überlegung, die ich habe. Das könnte ja sein.

K3RA  
125–126

F: Gibt es in der Zusammenarbeit irgendwie Probleme?

A1: Wenn, sprechen wir das an. Das muss ich wirklich sagen, auch unsere Ärzte hier. Menschen sind alle verschieden und wenn wir das Gefühl haben, da ist irgendwas, dann entweder werde ich angesprochen oder ich spreche die Ärzte an. Also das war noch nicht einmal der Fall in der ganzen Zeit. Das geht gut.

K4A 102–104

A: Organisatorisch, finde ich, sollte man eine Reha-Assistenz da belassen, für mehrere Jahre an einem Ort belassen, und sie nicht hin- und herswitchen, wie es manchmal der Fall ist, nicht?

F: Damit sie mit den Abläufen vertraut ist?

A: Abläufe, ja. Inhalt des Fachgebietes, Organisation der Station, Ausgaben auf der Station. Es gibt ja häufig so Fragen der Patienten: „Wann gibt's denn Essen?“ Das weiß ich nicht, ja, und wenn ich schon die Frage gestellt krieg, dann muss ich leider immer darauf verweisen, dass ich das nicht weiß (F: Peinlich.), solche Sachen werden ja vielleicht schon abgefangen, wenn die Patienten dann erst bei der Reha-Assistenz sind, die sich gut auskennt. Also ich

finde dann: Bitte jahrelang eine da lassen, wenn es irgendwie machbar ist, und nicht tausendmal hin- und hertauschen, nicht?

K4A 106–109

**A:** Ja, und ich finde auch, die Chemie muss stimmen. Aber das ist ja überall so, nicht? Überall, wo man im Team arbeitet, ist es immer günstig, wenn das stimmt.

**F:** Ja, klar, ja. Ist das hier besonders wichtig?

**A:** Ja. Ich finde ja. Es ärgert einen, wenn man immer wieder Sachen sagt, und die nicht umgesetzt werden. Man liest sie immer wieder. Wenn solche Briefe – wir haben ja auch oft standardangelegte Briefe – das muss gelöscht werden – (**F:** lacht: weiß jeder) – und die werden, also man ist ja ein Gewohnheitstier, nicht, und wenn dann da irgendetwas falsch und verändert wird und umgedreht wird, dann kriegt man schon die Krise, weil man muss das dann alles wieder umändern. Und das macht mehr Arbeit. Das ist nicht gut.

### 10.7.6 Zeitkritische Abläufe

K2RA(2)  
51–55

**F:** Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten, die bei diesen Aufgaben auftreten?

**A2:** Wir hatten eine Zeit lang Schwierigkeiten, dass uns die Therapeuten in die Quere gekommen sind. Weil die machen am Aufnahmetag ja auch ihre Aufnahmen mit den Patienten. Und dass, wenn wir dann noch was mit den Patienten zu tun hatten, dass sie dann dazwischen gefunkt haben. Aber jetzt im Moment...

**F:** In welcher Weise dazwischen gefunkt?

**A2:** Wenn wir nachmittags die EKGs geschrieben haben, war eigentlich immer klar, dass die Patienten auf ihren Zimmern bleiben sollten, dass da nichts anderes dann passieren sollte. Und die Therapeuten haben uns die Patienten dann weggeschnappt, und dann waren sie weg.

**F:** Achso, die Zeitabstimmung.

K2RA(2)  
188–193

**A1:** Wir müssen die ja machen, wie die kommen. Das ist auch vielleicht noch so ein Punkt. Es ist schwer eine Pause einzuhalten. Also man kann eigentlich gar nicht sagen zwischen halb eins und eins. Die uns ja gegeben ist. Weil dann die Aufnahmen kommen, und wenn wir stocken, stockt ja alles mit. Da kann ich dann nicht Egoist sein und sagen: "So, ich esse jetzt erstmal, weiß nicht, was du jetzt machst". Auch wenn man zu viert ist, aber ja.

**F:** Kriegen Sie denn eine Chance, die Pause später zu machen?

**A2:** Ja, wenn dann Luft ist, machen wir dann zwischendurch eben Pause. Das geht schon.

**A1:** Aber es ist schon keine feste Pause.

**A2:** Ne, das stimmt.

**A1:** Also, ich fände eine feste Pause schon schöner, ehrlich gesagt.

K3RA 39

**A:** Das ist auch eine ganz wichtige Sache für die Reha-Assistenz, wie die Patienten anreisen und wie viele Ärzte Aufnahme machen. Für die Reha-Assistenz ist es einfacher, wenn weniger Ärzte aufnehmen, die mehr Termine haben, dann brauche ich mich nicht so hetzen. Sehr schwierig ist es, wenn ich viele Ärzte habe und jeder macht ein bis zwei Patienten und jeder will zuerst. Und die Patienten reihen sich leider nicht so ein. Da muss man wirklich ruhig bleiben und sich da nicht hetzen lassen.

K1PDL 7

**A:** Obwohl die eigentlich Tür an Tür arbeiten und sich auch gegenseitig vertreten, diese beiden Reha-Assistentinnen, bei zwei unterschiedlichen Ärzten tätig sind und sie natürlich doch sehr ihre Tätigkeitsinhalte und der Einsatz doch sehr individuell noch ist. Die Ärzte konnten trotz expliziter Aufforderung, einigt euch auf ein Raster an Tätigkeiten, auf eine

Vorgehensweise, auch um Zuständigkeiten dann klar zu haben, Verantwortlichkeiten, was, wie weit soll sie selbstständig handeln oder auch nicht, und da haben die Herren doch ihre Schwierigkeiten gehabt, und die haben sie heute noch.

K1PDL 25 A: Der Einsatz der Reha-Assistentinnen fördert die Arbeitsteiligkeit. Früher ist Arzt und Schwester, in dem Fall Arzt, Reha-Assistent und Schwester. Also wieder Übergabe, Informationsweiterleitung, Wechsel der, des Ansprechpartners für den Patienten, Bezugspersonen immer wieder tauschen.

K1PDL 29 A: Das war auch noch ein Problem bei den Reha-Assistentinnen, dass man mit zwei Leuten natürlich höchstens zwei Ärzte maximal bedienen kann im Rahmen der Aufnahmesituation, weil, und da findet ja alles zeitkritisch statt, wo man immer sagen muss, ja eigentlich brauch ich, morgen brauch ich eine Information, wie die Therapie laufen soll, da muss der Psychologe die Termine machen, der Physiotherapeut hat sein Konzept, was irgendwann anfängt, und wenn ich damit rumdrüsel, bloß weil dieser Fragebogen wieder nicht ausgefüllt ist, dann hängt das Ganze, dann hängt der ganze andere Laden da hinten dran.

K4P 7-9 A: Da streiten sich auch so einige, weil die sich so ein bisschen überrumpelt fühlen, dass dann erst die Reha-Assistentin, und die Pflege irgendwie erst danach und der Patientenklau, nicht, und so, nicht ...

F: Ach so, das ist Ihren Kolleginnen nicht so recht immer?

A: Nee, hier nicht, aber das höre ich so von anderen Stationen.

K4P 29 A: Und was offen ist, also die Assessments, also das ist schon speziell, weil man darf nicht vergessen: Wenn die Reha-Assistenz das macht, die kann das alles erheben, aber dabei darf man nicht vergessen, den Kontakt zur Pflege. Also die Pflegekraft, also diejenige, die da ist oder überhaupt das ganze Team muss ja irgendwie Bescheid wissen über den Patienten, und diese Infos holen wir uns durch dieses Erstgespräch oftmals.

### 10.7.7 Doppelrollen

K1PDL 27 A: Wir sagen ganz einfach, hört mal zu, Ärzte, gebt uns Tätigkeiten im Gegenwert von 32 Stunden, das sind zwei Teilzeitkräfte minus 15 Prozent Ausfall. Wir wollen euch gerne anbieten, dass diese Tätigkeiten immer ausgeübt werden. Also wenn ihr eines Tages sagt, Blutabnahme oder den Fragebogen überprüfen und bestimmte Fragestellungen ergänzen und so weiter, das ist immer unsere Aufgabe, die übernehmen wir auch auf Dauer. Da müsst ihr euch nie darauf einstellen, dass Fräulein X gerade krank und Frau Y gerade im Mutterschutz ist. Das hat euch nicht mehr zu interessieren. Wir übernehmen diese 32 Stunden Arbeit. Das wird aber nicht personengebunden erbracht. Natürlich werden diese beiden Mitarbeiter schwerpunktmäßig in diesen administrativen Bereichen tätig sein. Die sind also auch von den regulären Schichtdiensten befreit. Das hab ich so als Schutz gemacht, damit meine Pflegekräfte die nicht verbraten für Wochenende, Spätdienst und was es auch alles sonst noch Tolles gibt, wo man immer dringend jemand braucht. Da hab ich so ein Hemmnis eingebaut, so ein organisatorisches, aber ansonsten werden diese Tätigkeiten eben über alle Personengruppen dort erbracht.

K3RA 17 A: Als Schwierigkeit stellt sich dar, dass ich ja nicht nur als Reha-Assistentin hier arbeite, sondern jetzt eigentlich eine Doppelbelastung habe als Reha-Assistentin und zusätzlich weiterhin ja auch als Krankenschwester hier. Das ist mir ja nicht weggenommen. Also ich mache zwar die Reha-Assistenz, aber es ist jetzt gerade letzte Woche auch vorgekommen, dass die Zweitkrankenschwester, die im Dienst jetzt ausgefallen ist, da war ich dann alleine mit

einem Zivi zur Seite, der gerade ein paar Tage da ist. Das ist dann, das ist schwierig.

K3RA 21–23 **A1:** Es stellt sich manchmal etwas schwierig da, weil ich dann Patienten weiterschicken muss. Es kostet Zeit, und ich denke, auch aus der Sicht der Kollegen ist es ein bisschen schwierig manchmal, dass ich ja da dann auch raus bin. Wenn ich jetzt da mal rüber gehe, Patienten sprechen mich an oder das Telefon klingelt, dass ich mir angewöhnen muss, darauf nicht zu reagieren.

**F:** Da haben Sie so Rollenkonflikte?

**A1:** Ja, ja, genau. Also das ist jetzt kein sehr starkes Problem, aber es ist eine Schwierigkeit.

K3RA 24–27 **F:** Und würden Sie es besser finden nur die Reha-Assistenz zu machen?

**A1:** Ich denke, wenn sich das entwickelt hat und eingegliedert, dann muss es ein eigenständiges Berufsbild sein. Also auch eine eigenständige Stellenposition.

**F:** Keine Vermischung?

**A1:** Keine Vermischung. Das ist nicht so günstig, denke ich.

K3RA 85 **A:** Ich finde das sinnvoll, diese Tätigkeit an sich, und macht auch Spaß. Also auf jeden Fall, und es ist auch gut ausweitbar. Nur ich denke, es muss dann auch eben eine Position oder eine Stelle für sich sein. Es heißt nicht, dass eine Schwester, die sonst da arbeitet, diese Stelle nicht übernimmt. Aber sie muss dann dafür da sein und nicht nebenbei noch dann drüben arbeiten.

K4RA1 19–21 **A:** Aber ich darf, glaube ich, 'ab Juni ungefähr dann voll machen. Dann bin ich nur Reha-Assistentin.

**F:** Kein Sozialdienst mehr?

**A:** Nee, möchte ich nicht mehr. Das ist mir zu ... Dieses Hin- und Herlaufen und dann bin ich gerade hier, dann sitzen schon die Patienten, das ist alles ... man muss auch ein bisschen runterkommen.

### 10.7.8 Keine Vertretung

K4RA2 34–35 **F:** Dann gibts gar nicht mehr so einen Schreibdienst dann für Ihre Patienten, das machen Sie alles selbst?

**A:** Also was wir hier die Patienten so aufnehmen und so, das schreiben wir auch selber nach Möglichkeit, es sei denn, es ist jemand in Urlaub, dann schaffen wir es nicht. Aber sonst machen wir das alles selbst, und da hat der Schreibdienst dann eigentlich nichts mehr mit zu tun.

K3OA 28–31 **F:** Also Reibungspunkte in der Arbeit gibt es gar nicht?

**A:** Nein. Der einzige entsteht, wenn sie nicht da ist. Wenn man so was organisiert und haben möchte, und so was wird hier in irgendeiner Form auf jeden Fall kommen, muss man dafür Sorge tragen, dass die Anreise auch nicht nur an eine Person gebunden ist. Organisatorisch Sorge tragen wir auch, damit so etwas läuft.

**F:** Sie hat ja keine Vertretung.

**A:** Ne, im Moment war das jetzt noch in einer Experimentierphase, und man gewöhnt sich rasch daran, und dann fehlt sie. Das muss dann quasi natürlich auch gewährleistet sein. Wenn sie zum Beispiel in Urlaub fährt, und wir auch weniger Kollegen vielleicht haben,

dass dann keine Reha-Assistentin da ist.

- K1PDL 17/1 A: Schwierig ist auch die zeitliche Einplanung, weil sie natürlich immer erwarten, dass die Reha-Assistentinnen stets da sind, die dürfen also nie krank sein, nie Urlaub haben. Man versucht das dann durch, durch Mehrstunden, durch Umstellung der Dienstpläne zu organisieren.
- K1PDL 17/2 A: Zumindest zum Betriebsrat würden sie mir verhelpen, die würden mich nett einladen, das ist so ein bisschen am Rand der Legalität. Das ist so wie zwei Menschen so was besprechen und sagen: „Kannst du mir nicht helfen? Die ist dann drei Wochen krank oder die ist zwei Wochen Urlaub, und dann kommen Sie doch bitte von dann und dann bis dann.“ Und dann ist die andere willig oder traut sich vielleicht auch nichts, nichts zu sagen, kennt ihre Rechte nicht oder ihre Möglichkeiten. Da kommen dann teilweise Arbeitszeitverschiebungen heraus, die ich normalerweise nicht akzeptieren kann. Da werden auch keine Gesetze verletzt, aber innerbetriebliche Regularien, Ankündigungsfristen, die der Tarifvertrag hier erforderlich macht und so ein Kram, das geht alles den Deivel runter, da kümmert sich keiner.
- K1PDL 19 A: Da wird eine sehr große Flexibilität verlangt, die sehr individuell mit den Vorstellungen des einzelnen Arztes verbunden sind. Und trotzdem führt natürlich der Ausfall einer Assistentin dann zu, äh, Ausfällen. Dass dann bestimmte Tätigkeiten eben nicht erledigt werden können.
- K4P 102–103 F: Ja, wenn sie nicht da ist, gehts wieder nach dem alten Muster dann?
- A: Ja, dann läuft gar – dann läuft es nicht. Dann müssen es die Ärzte selber machen, oder es wird gar nicht gemacht, oder – die arrangieren sich ja hier alle, die besprechen sich – und dann wird es am nächsten Morgen nachgeholt. Nur: Dann verzögert sich ja auch das Diktat und so was alles, nicht.

## 10.8 Möglichkeiten der Weiterentwicklung

### 10.8.1 Aus Sicht der Reha-Assistentinnen

ID

- K1RA(2) 46–49 F: In einem anderen Gespräch wurde diskutiert, ob es nicht günstig wäre, wenn Sie gar nicht diktieren, sondern gleich schreiben würden. Und dann war meine Vorstellung, dass Sie den Patienten *vor* dem Arzt sehen, und dann könnte der Arzt, wenn er die Aufnahme macht, schon sehen, was Sie vom Patienten erfragt haben, und muss das nicht noch mal fragen.
- A: Ja.
- F: Ja, ist das eigentlich für Sie eine denkbare Alternative, dass Sie das schreiben, statt zu diktieren? Und das Sie den Patienten *vor* dem Arzt sehen, so dass er, wenn er den Patienten sieht, schon vorliegen hat, was Sie an Informationen erhoben haben, und so Doppelbefragungen vielleicht auch vermeiden könnte?
- A1: Doch (A2: Ja.), ich denke schon, dass das machbar ist.
- K1RA(2) 108–112 F: Ein größerer Teil der Arbeit ist ja auch das Blutabnehmen, was ja häufig sonst von Krankenschwestern gemacht wird. Könnten Sie sich da noch mehr Dinge vorstellen, die Sie aus dem Bereich der Krankenschwestern übernehmen möchten, könnten? Angenommen, es wäre genug Zeit dafür da.
- A1: Wenn die, wenn die – ich wollt grad sagen: Wenn die Zeit da ist, denke ich. Man hat ja auch als Arzthelferin, hab ich ja auch nicht nur vorne an der Anmeldung gestanden. Da ha-



ben wir operiert und kleine Operationen gehabt, da hat man ja auch Wundversorgung und, und, und.

**F:** Es sagte ja der eine Oberarzt, so etwas wie Klammern entfernen [unverständlich] oder Wundversorgung, so das würde er Ihnen auch zutrauen.

**A1:** Fäden ziehen haben wir zum Beispiel auch gemacht. Also ich habe es gemacht. Als Zahnarzhelferin glaube ich weniger, oder?

**A2:** Nee, das hat der Zahnarzt dann selber gemacht.

K1RA(2) 114

**A1:** Es sind ja auch oftmals Patienten, die denn auch mal kommen und mal eine Bescheinigung für den Arbeitgeber brauchen. Wenn man das ein bisschen organisieren kann, noch ein bisschen besser organisieren kann eben halt, denn glaub ich auch, dass man das so aus dem Vorzimmer auch nehmen könnte und das denn einer Reha-Assistentin geben kann. Weil das sind meistens meist nur einmalige Geschichten, dass zur Anreise oder bei einer Verlängerung dann doch noch mal was benötigt wird.

K2RA(2)  
40-43

**F:** Aber das was Sie erfahren, dass muss der Arzt dann noch mal wieder diktieren?

**A1:** Aber das ist eben noch geplant, dass wir das selber auch noch machen, zukünftig. Diesen Aufnahmebefund anhand des Aufnahmebogens, der sowieso von uns ausgefüllt wird, dass dann noch mal selbst zu diktieren. Aber da sind wir noch nicht weitergekommen. Ist aber geplant.

**F:** Selbst diktieren, nicht schreiben?

**A1:** Nein, diktieren.

K2RA(2)  
149-150

**F:** Haben Sie dann noch Ideen, wie sich das noch weiter entwickeln kann? So etwas, was Sie an weiteren Aufgaben noch übernehmen könnten, wenn Sie noch Zeit hätten?

**A2:** Das könnte sein, dass wir eben die Anamnese diktieren. Und wenn es soweit ist, wenn wir die Zeit hätten, eben das auch gleich in den Brief mit einfügen. Sodass die Ärzte damit überhaupt nichts mehr zu tun haben.

K3RA 86-89

**F:** Wenn Sie jetzt mal so phantasieren sollten, was Sie noch alles so als Reha-Assistentin machen könnten, wenn Sie Zeit genug hätten und so etwas. Was wäre das?

**A:** Ja, zum Beispiel die Sozialanamnese könnte man erstellen ohne weiteres. Und man könnte sicherlich auch eingebunden werden in verschiedene Screenings. Da gibt es ja immer wieder neue Fragebögen, neue Sache, wo man in der Vorbereitung eingebunden sein könnte, um dem Patienten das näher zu bringen, dass er auch weiß, was er ausfüllt dann, was das für einen Sinn hat.

**F:** Und so eine allgemeine Anamnese? So: Familie, Kinderkrankheiten – muss doch auch immer wieder erfragt werden?

**A:** Das würde alles gehen. Da gäbe es ja auch Vorgaben, wonach man sich weiter ranhängt, würde ich mal sagen. Das würde auf jeden Fall gehen, ja.

K3RA 92-97

**F:** Das sie - bei uns [in der Klinik des Interviewers] macht die Reha-Assistentin Folgendes: Wir haben auch so einen ähnlichen Fragebogen, sie geht mit denen noch einmal durch, ob irgendwas fehlt. Oder irgendwo steht dann Adresse des Hausarztes oder irgendwas, versucht sie das raus zu finden.

**A:** Das ist natürlich sehr zeitintensiv dann.

**F:** Wer macht die sonst?

**A:** Es bleibt unvollkommen, ja. Also im Grunde genommen ist es so, ja wer macht es sonst? Im Grunde ist es schon der Pflegedienst, der da immer wieder ins Spiel kommt. So denke ich, dass eine gute Reha-Assistenz auch für den Pflegedienst eine Erleichterung ist. Weil der Patient kommt natürlich irgendwann und sagt: „Ich weiß gar nicht die Adresse meines Hausarztes“, und kommt dann immer zwischendurch. Und das wäre natürlich im Vorfeld schon bearbeitet und schon fertig.

**F:** Das könnten Sie doch eigentlich auch?

**A:** Das wäre sicherlich, naja, es wäre im Vorfeld dann mehr Zeit nötig. Es würde die Zeit anderweitig wieder eingespart werden. Das stimmt schon.

K3RA 98–103

**F:** Und der zweite Punkt ist, bei uns [in der Klinik des Interviewers] hauen sie alles gleich in den PC. Alles was der Patient sagt, findet der Arzt dann schon wieder im Entwurf des Entlassungsbriefes. Sodass er das gar nicht mehr noch mal diktieren muss. Er kann es angucken, ob er damit einverstanden ist und so, aber ...

**A:** Kann es jeder Zeit ändern dann ja auch.

**F:** Und eigentlich kann es jeder, der mit dem Patient zu tun hat, kann es sehen, was bei dem Gespräch mit der Reha-Assistentin rausgekommen ist. Wie würden Sie das finden?

**A1:** Arbeitserleichternd.

**F:** Ja, ja.

**A1:** Das wäre wirklich eine Vorgabe, wo man etwas eingibt, wo es keinen Zettelkram gibt – und mit allen Nachteilen des Computers, wenn er mal nicht funktioniert(lachen). Aber generell: natürlich.

K3RA  
106–107

**F:** Und was der Patient essen soll, das könnten Sie doch auch herausfinden?

**A:** Normalerweise ja.

K4RA1 78–81

**F:**Die [Name eine Schwester] sagte zum Beispiel, dass sie sich das auch vorstellen könnte, wenn die Reha-Assistentinnen auch so einige Dinge aus der Pflege (**A:** Hm, hm) – zum Beispiel also diese, wie heißt das, Vitalparameter, also Blutdruck, so etwas (**A:** ja, ja, das wär alles ...) und so etwas, könnten Sie ...

**A:** Ja, selbst Blut abnehmen würde man auch können. Also das sind alles Sachen – ich hab es nun nicht gelernt, aber [Name] hat es mir beigebracht, weil man das eben auch gern will. Ich durfte es damals nicht lernen, aber das wär alles eine Sache, die könnte man mit übernehmen.

**F:** Hm, hätte das einen Sinn aus Ihrer ...

**A:** Also, ich glaube, also Blutdruck und Puls schon, aber Blut abnehmen direkt nicht, weil das wieder so Sachen sind. Da müssen, glaube ich, wirklich die Schwestern das machen, weil die dann wieder den Kontakt auch – mit Befunden ausgeben, weil natürlich kommen die Patienten und fragen auch, wie ist denn mein Befund, und ich weiß nicht, inwieweit wir da auskunftsfähig sind. Müsste man, also machbar ist alles.

K4RA2  
102–105

**F:**Haben Sie noch Ideen, wie man das noch ausbauen oder verbessern könnte?

**A:**Ja, wichtig ist glaube ich, wie jetzt auch hier in diesem Haus [Name], manche Ärzte können wir unterstützen und die anderen nicht. Da müssen wir einfach sagen, geht nicht, nicht? Und das müsste also komplett eigentlich, das ganz egal, welche Station ...

**F:**Weil Sie zu wenige sind?

A: Weil wir zu wenige sind. Und das ist schlecht. Für einen Arzt können wir es dann machen, und für den anderen nicht. Das ist das eigentlich, was vielleicht, äh, oder bestimmt geändert werden sollte.

K4RA2  
108-111

F: Und so, dass Sie für sich selbst noch weitere Aufgaben sehen, wo Sie denken, das könnten wir doch auch machen oder so? Zum Beispiel habe ich aus einer anderen Klinik gehört, da machen sie so was wie Blutdruck messen noch oder EKGs sogar schreiben?

A: Ja, Blutdruck messen, Puls fühlen, ja Gewicht und Größe, das können wir ja sowieso, würd ich schon gerne machen. Würde ich auch sagen: ist sinnvoll. Aber ich weiß jetzt nicht, ob man den Schwestern da zu sehr ins Gehege kommt.

F: Hm, hm. Aber die wären vielleicht froh, wenn sie es'los wären.

A: Ja, das kann natürlich sein. Also, wenn man dann bei der Aufnahme gleich Blutdruck und – ja, ist sicher sinnvoll.

### 10.8.2 Aus Sicht der Ärzte

ID

K1CA 14

A: Das ist noch nicht optimal, weil es zum Teil handschriftlich dokumentiert wird, dann wird's getippt, dann wird sich ausgetauscht. Mittlerweile ist es, glaube ich, so, dass wir es zur Zwischenuntersuchung zumindest vorliegen haben und dass dann nachgesteuert werden kann. Aber wünschenswert wäre, dass diese Information auch gleich zur Planung des Rehaprozesses vorliegen würde.

K1CA 28

A: Was ich schön finden würde, als Modell mir vorstellen könnte, dass man aus dem Pflegebereich, einfach jemanden mehr zu dieser Form eines Reha-Assistentinnen qualifizieren würde, aber dann auch mit Verknüpfungspunkten zur Pflege, wieder aber mehr für die Verwaltungsaufgaben und nicht für die Pflege am Bett. Eigentlich haben wir ganz wenig Pflegepatienten, und – man kann sich darüber streiten, welche Berufsgruppe was macht –, aber diese ganze Pflegedokumentation, wie sie in einer akutstationären Pflege notwendig ist, halt ich in so einem Krankenhaus für sinnvoll, in der Reha, denke ich mal, kann man das auf einer reduzierte Form belassen und mehr Kernaufgaben aus der Reha-Assistenz übernehmen.

K1CA 30

A: Es gibt ja viele Schnittstellen, also nicht nur das, auch das Schreibbüro würde entlastet werden, also wir haben es im Moment extra auch so gehalten, weil die Pilotphase so angekündigt war, dass es wirklich nur um ärztliche Tätigkeiten gehen soll. Jetzt, wenn die das alles gleich in den Brief eintippen, wäre natürlich eine deutliche Entlastung des Schreibdienstes zu spüren. Durch die Terminierung und Fragenabnahme durch die Reha-Assistenz würde schon eine leichte Entlastung des Pflegepersonals stattfinden.

K1A 36-37

F: Und haben sie noch eine Idee, wie man das Ganze noch ausbauen oder verbessern könnte?

A: (zögert) Ist schwierig. Vielleicht wenn einige Daten sich eben über den PC oder damit aufnehmen lassen, dass sie sofort zur Verfügung stellen, für beide Seiten, denke ich auch. Also es ist ja auch so, dass wir ja häufig die Anreise schon fertig machen und die Rehabilitanden anschließend sehen und darüber ja auch keine Information haben, was haben wir jetzt schon alles im Vorfeld besprochen. Wenn einige Daten sofort im PC zu erheben wären oder sofort zur Verfügung stehen würden, wäre bestimmt für beide Seiten da noch mal eine Erleichterung.

- K2A 37–39**      **A:** Es war ja auch schon mal im Gespräch, dass sie eben irgendwann dann auch einen Teil von diesen Standardbriefen übernehmen. Aber ich weiß nicht, ob das in diesem Zeitlimit, weil unsere Reha-Assistentinnen auch gleichzeitig noch die Schwestern mitentlasten. Also von daher weiß ich nicht, ob das eben einfach vom Zeitlimit her drin wäre, diese Sachen noch zu übernehmen. Dass sie das eben gleich in schriftliche Form bringen, zum Beispiel. Wenn solche Dinge möglich wären, wäre das sicherlich angenehm.
- F:** Das heißt, ein Teil des Entlassungsbriefes wäre ihr Teil.
- A:** Richtig, richtig, richtig.
- K3OA 16–17**      **F:** Auch mal angenommen, die hätten Zeit genug für alles Mögliche. Also, was ich jetzt in anderen Kliniken gesehen habe ist zum Beispiel, dass sie die Sozialanamnese machen.
- A:** Ja, gut. Daran habe ich jetzt noch gar nicht gedacht. Aber das wäre theoretisch denkbar, aber die Arbeit der Sozialanamnese muss man immer noch mal hinterfragen. Die ist auch vorab schon in den Anamnesefragen, die verschickt werden, erfasst. Insofern hat sich das gedanklich gar nicht so gestellt. Also die Idee ist automatisch doch gut, es wird natürlich geprüft. Letzte Woche, ein Fall, waren diese Fragebögen ausgefüllt. Und dann gab's Nachfragen. Und dann haben wir das tatsächlich pro Patient noch gemacht, und ich konnte mir das noch kurz angucken, bevor der Patient kam.
- K3OA 18–19**      **F:** Also, in meiner Klinik geht die Reha-Assistentin, wir haben natürlich auch so einen Fragebogen, dann geht sie diesen in der Aufnahmesituation mit dem Patienten noch mal durch, ob er richtig ausgefüllt ist, versucht fehlende Informationen noch rauszukriegen. Beliebtes Beispiel: Adresse des Hausarztes oder so etwas.
- A:** Gut. Derartiges finde ich natürlich in Ordnung. Wenn man auf Vollständigkeit prüft. Und vielleicht auch noch mal durchschaut.
- K3OA 36–37**      **F:** Würden Sie das begrüßen, wenn die Reha-Assistentin einen Computer hätte und alles, was Sie erfährt vom Patienten, dort gleich aufschreibt und per Intranet dann wiedergibt?
- A:** [unverständlich] Teile einzutragen, klar. Das wäre sinnvoll.
- K3A 56–57**      **F:** Ich war über dreißig Jahre in einer Klinik und habe sehr viele verschiedenartige Ärzte kennengelernt. (**A:** Das kann ich mir vorstellen.) Und es gibt ja einige, die sich wirklich für die Patienten interessieren und für den ganzen Menschen, und dann gibt es auch andere, die sind glücklich, wenn sie noch mal eine neue Diagnose finden oder so was (**A:** Ich weiß, was Sie meinen.) Wäre es – man könnte sich ja auch vorstellen, dass man das so von Team zu Team sozusagen unterschiedlich gestaltet, also wer (**A:** Ja.) wenn ein Arzt gerne diese ganzen Aufgaben ausübt, wie Sie das jetzt geschildert haben, dass er das dann macht, wenn es aber ein Arzt ist, der mehr so technisch-medizinisch interessiert ist, da macht es ein anderer.
- A:** Der würde sicherlich - für den wär es o.k. Der würde das sicherlich auch so wollen, weil es mehr Zeit dann spart. Das ist sicherlich so.
- K3A 58–59**      **F:** Dass man die Aufgaben gar nicht so sehr nach den Berufen oder nicht nur nach den Berufen organisiert, sondern auch nach den, nach dem Team, das gerade da ist, und besondere – je nachdem, welche Kompetenzen und Vorlieben da vorhanden sind.
- A:** Ja, ja, gut, das ist aber natürlich schwer zu organisieren, nicht. (**F:** Ja.) So als Leiter stell ich mir vor, ist das schwer zu sagen, bei mir sowieso, bei Herrn Müller, der macht das lieber selber und Frau Meier, bei dem, nicht, so. Also das wird sicherlich dann Differenzen geben, könnte ich mir vorstellen.
- F:** In meiner alten Klinik zum Beispiel, da ist es so im Grunde genommen, dass die Funktion

von Schwester [Name] und der Schreibkraft in einer Person vereint sind, und das ist eine Arzthelferin von der Grundausbildung her. Mit sehr viel Erfahrung in der Reha, also auch schon ewig da. Die hat natürlich nicht diese medizinische Kenntnis, wie diese examinierte Krankenschwester, aber sie hat auch allerlei gelernt in ihrer Ausbildung, und sie hat natürlich auch das Organisatorische und das Schreiben usw. Das heißt, sie hat auch so einen Fragebogen, den sie mit den Patienten durchgeht, schreibt das aber gleich in den Computer. Das ist schon der Arztbrief. Wie sehen Sie das? Wäre das auch denkbar aus Ihrer Sicht?

**A:** Ja.

**K4A 142–143** **F:** Ja, fällt Ihnen sonst noch irgendetwas ein dazu, irgendwelche Schwierigkeiten, irgendwelche Wünsche?

**A:** Mehr Arztassistenten, auf jeder Station. Ja, ist so. Also, ich hab ja alle Seiten kennengelernt.

### 10.8.3 Aus Sicht der Pflege

ID

**K1PDL 14–15** **F:** Also, wenn die Reha-Assistentin nur erheben würde, welche Medikamente nimmt der Patient bisher, das dem Arzt vorlegt, und der würde dann sagen: „Und das soll er auch weiter nehmen“, dann, das wär so ...

**A:** Gar kein Thema, könnte man so machen.

**K2P 53** **A:** Wir haben hier erstmal hier die Aufgaben festgelegt. Und im Moment, denke ich, ist die Zeit auch angefüllt mit Aufgaben. Da wären dann noch so Kleinigkeiten, was Entlassungsmitteilungen, was so was angeht, aber das müssten wir dann noch mal überlegen. Dann ist da noch eine Überlegung, dass die Reha-Assistentinnen das, was sie erfragen an Sozialanamnese, dass sie auch das selber diktieren. Das ist auch noch angedacht, aber wir sind mit diesem Schritt-für-Schritt und diesem langsam Steigern ganz gut gefahren, denke ich. So waren es immer Aufgabenbausteine, die sie dazu lernen mussten, und das, denke ich, war schon besser als alles auf einmal und die Hälfte davon dann noch einmal neu machen.

**K3P(2) 60–67** **F:** Könnten Sie sich da vorstellen, dass die Reha-Assistentin Ihnen von Ihren Aufgaben noch irgendetwas abnimmt?

**A1:** Ja.

**F:** Ja, was, was könnte denn das sein?

**A1:** Es gibt eine Menge Dinge, die – was den Papierkram hier angeht, Vorbereitung [unverständlich] Zugänge, Bestellungen machen, solche Sachen.

**F:** Bestellungen von?

**A1:** Bürobestellungen zum Beispiel, alles, was zum Beispiel – wo sie nicht groß aus diesem Zimmer weg muss, weil es muss ja ein Ansprechpartner da sein.

**F:** Also so organisatorische Dinge, Büroarbeiten, Sekretariatsarbeiten sozusagen, so was, das könnte es noch sein?

**A1:** Ja, was man hier in diesem Zimmer machen kann.

**K3P(2) 70–71** **F:** Gibts sonst etwas von Ihren Arbeiten, die Sie gerne los wären?

**A1:** Blut abnehmen.

- K3P(2) 74–78      **F:** Gut, also das wäre so Ihre Idee: Sie könnte noch mehr tun im Bereich Organisation, Büroarbeit, Sekretärsarbeit, Sekretariatsarbeit?
- A1:** Ja, nee, das ist eigentlich mehr so, äh ...
- A2:** Eigentlich mehr Vorbereitungssachen ...
- A1:** Vorbereitungssachen, Bestellsachen, was sie von hier aus machen kann, weil da ist Tohuwabohu in dem Raum, da muss man immer ansprechbar sein, und sie muss hier ansprechbar sein. Also das ist schon so ganz gut geregelt, aber so – ja, was sie von hier aus machen kann: Alles, was wir brauchen für Zugänge zum Beispiel, das kann sie ...
- A2:** Ich wollt grad sagen: Alle Vorbereitungssachen, die die Zugänge betreffen. So müsste man es ja sagen, nicht.
- K3P(2) 94–97      **F:** Und wenn die Reha-Assistentin auch so etwas hätte und alles das, was sie vom Patienten erfährt, irgendwie so in den Computer reintippt, und Sie hätten Zugriff darauf?
- A1:** Wenn wir eine Patientenakte über den PC hätten, ja. Wir haben keine Patientenakte über den PC.
- A2:** Da läuft noch gar nichts.
- A1:** Gar nichts. Und auch nicht absehbar. Ich würde mir auch ganz gern wünschen, das würde vieles vereinfachen, aber das müssen wir auf uns zukommen lassen.
- K4P 23–25          **A:** Ja, wir haben ja auch schon mal so versucht, also theoretisch könnten, das hab ich ja auch schon mal gesagt; die Reha-Assistentinnen, die könnten noch mehr erfragen, nämlich im Prinzip – dann geht es aber in Richtung mehr Pflegeerhebung, so, nicht, ...
- F:** Das würden Sie ihnen zutrauen?
- A:** Ja, ja. Also eine Arzthelferin, eine ausgebildete, und eine Reha-Assistenz, die richtig geschult ist.
- K4P 29              **A:** Mit dem Fahrer, ich weiß nicht, ob Sie das [die Diskussion darum] noch mitgekriegt haben, die Beurteilung, ob das ein Fahrpatient ist oder nicht. Ich meine, warum müssen wir denn das alles – dann sitzen wir da wieder mit drin und müssen das alles melden und wieder alles extra – also das ist alles schade, dass das nicht mehr – das ist einfach im Sande verlaufen.
- K4P 50–53          **F:** In anderen Kliniken, da machen die Reha-Assistentinnen auch – ich weiß nicht genau, was das ist: Vitalparameter, was ist das?
- A:** Ja, das ist Blutdruck und Puls.
- F:** Ach so. Machen die das hier auch?
- A:** Nee. Das ist aber eine gute Idee.
- K4P 99              **A:** Also die Zeit ist ein Faktor, also ich finde, dass ruhig ein ganzer Tag eine Reha-Assistentinnenstelle besetzt sein muss, nicht nur vormittags.

#### 10.8.4 Aus Sicht der Rehabilitanden

ID

- K1PG2              **A:** Was mir da vielleicht vorschweben würde, was vielleicht nicht schlecht gewesen wäre, wär dieser Therapiekatalog, beziehungsweise die Behandlungssachen, die alle möglich wä-
- 122–128

ren, dass man da eine Übersicht erhält und sagt, dies und dies und dieses hätt ich gerne, und das halt wiederum mit einem Arzt absprechen kann, um zu sagen, aha, das wäre eine Maßnahme, die trifft für Sie zu, die wär weniger für Sie, dann würd ich eher so was empfehlen. Dass man wirklich mal eine Übersicht erhält, was überhaupt in der Reha an Leistungen möglich ist, die man machen kann. Wobei das natürlich nicht dazu führen soll, dass man sich da von morgens halb acht bis abends halb sechs auch nur von einem Termin zum nächsten hetzt. Das wär auch keine Erholung.

**F:** Die Reha-Assistentin könnte so ein Formular haben?

**A:** So ist es, genau.

**F:** Die könnte zu Ihnen sagen: „Also hier sind unsere 30 verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten. Welche 5 davon wären für Sie, aus Ihrer Sicht, die wichtigsten?“

**A:** Genau.

**F:** Sowas, ja?

**A:** Das wäre schon sehr sinnvoll, ja.

K1PG2  
147–149

**F:** Vielleicht Fragen zur Organisation oder zum Ablauf und so, das könnte aber auch die Reha-Assistentin, oder Nachsorge, diese Dinge?

Zustimmendes Gemurmel.

**A:** Das sind so oder so die ersten Fragen, die in der Regel aufkommen, wenn man hier im Hause ankommt.

K2PG1  
218–224

**F:** Sind Sie nicht befragt worden, wie Sie über Ihre Krankheit denken, was Sie erreichen wollen hier in der Reha. Was Sie glauben, was Ihnen helfen würde?

**A5:** Alles.

**F:** Das sind ja allerlei Fragen, die gestellt werden müssen. Und wer soll die stellen? Ja, also bisher stellt der Arzt solche Fragen, mehr oder weniger. Sollte das ein Psychologe machen? Der sich eigentlich in dem Bereich auskennt. Oder reicht die Reha-Assistentin?

**A5:** Ja, das reicht. Würde ich sagen.

**F:** Reicht?

**A5:** Ja.

**A2:** Also ich kann nur aus Eigenerfahrung sagen, ich habe auch in der Psychiatrie gearbeitet, auf mehreren Stationen. Und das Problem ist immer gewesen, dass die Patienten anschließend immer gekommen sind und nachgefragt haben. Weil sie die Therapeuten überhaupt nicht verstanden haben, worauf er hinaus wollte. Und das wir dann Aufklärung gemacht haben.

K2PG2 85–88

**F:** Dann frage ich mal so, würden Sie es denn gut finden, wenn es da noch jemanden gäbe, wo Sie sagen, wenn Sie irgendwelche Fragen haben, wie das organisatorisch läuft hier, wo man was hier finden kann oder irgendeine andere Frage. Würden Sie das gut finden, wenn Sie da so eine Ansprechpartnerin hätten?

**A1:** Ja!

**A2:** Ja, ja, ja!

**A1:** Wenn man weiß, wo die sitzt, sodass man sie auch erreichen kann.

K2PG3

**F:** In einer andere Gruppe, sagte ein Patient, er hätte es schön gefunden, wenn es am Anfang

105–107 noch so eine Liste gegeben hätte, welche Therapien gibt es hier überhaupt. Und das man dann ankreuzen könnte, fünf davon, die man glaubt, die wären für mich die richtigen.

A2: Nö...

A3: Nee, erstmal ist man informiert. Man kriegt nämlich, wenn man die Bestätigung kriegt, dass man hier angemeldet ist, kriegt man gleich eine Broschüre mit, wo die ganzen Therapien – da steht alles drin. Ich bin der Meinung, ich habe nicht so viel Ahnung, dass ich sagen könnte, was für mich gut ist.

K3PG1 85–86 F: Also der Arzt würde sagen: „Für Sie ist jetzt MTT als Nachsorgetherapie vorgesehen.“ Dann würden Sie also zu dieser Reha-Assistentin gehen, die hat da eine Liste, wo Sie das machen können in Ihrer Umgebung. Das wäre okay?

A3: Das wäre okay. Also in meinen Augen jedenfalls.

K3PG2 51–56 F: Es gibt ja viele Möglichkeiten, wie man sich seine Krankheit erklären kann, nicht, oder wie man darüber denkt. Und das soll ja auch zumindest in Ansätzen festgehalten werden. Würde Sie das stören, wenn die Reha-Assistentin Sie nach so was fragt?

A1: Also mich würde das nicht stören.

A2: Ich denke mal, wenn man jetzt die Assistentin vorsetzen würde mit den Fragen, würde man trotzdem antworten.

A1: Ja.

A2: Oder man sagt: „Nee, das sage ich Ihnen jetzt nicht“, oder so, oder „darauf antworte ich gar nicht“, aber ... im Allgemeinen würde man doch, glaube ich, antworten.

K3PG2 66–68 F: Ja, und das muss ja auch irgendwie organisiert werden, und da hab ich gedacht, das könnte doch auch die Reha-Assistentin machen, dass man so am Ende – also, der Arzt würde sagen: „Sie können als Nachsorge“, was weiß ich, „MTT machen“, nicht. Dann würden Sie zu dieser Reha-Assistentin gehen, und die hat eine Liste und sucht Ihnen heraus, wo Sie in der Nähe das machen können und füllt irgendwie das richtige Formular aus und so was, nicht?

F: Ja.

Mehrere: allgemeine Zustimmung.

## 10.9 Klinik 7: Vor Einführung der Reha-Assistenz

### ID Anregungen

5/1 Weil wir sind momentan noch in der Vorbereitungsphase. Also wir haben eine in der Neurologie, wo das mal ausprobiert wurde, und eine momentan in der Geriatrie. In der Neurologie hat es offensichtlich nicht so richtig hingehauen. War aber auch ein bisschen unglücklicher Zeitpunkt. Frau [Name Chefärztin] ist ja gegangen, das ist ja bekannt. Und von daher hatte offensichtlich keiner richtig Zeit und Muße, die Person einzuarbeiten, das durchzustrukturieren. Und das war sicherlich unglücklich, der Zeitpunkt. Dann ist die Stelle von Frau [Name Chefärztin] nachbesetzt seit dem 1.5., sehr netter Nachfolger. Aber das muss natürlich alles erstmal ein bisschen anlaufen. Der muss sich da selber erstmal einen Überblick schaffen, kommt auch nicht aus dem Rehabereich.

5/2 Und ich habe da auch schon mal diverse Gespräche geführt, gerade im VNR-Rahmen. Zum



Beispiel [Name Klinik und Chefarzt] ja, mit dem ich ein sehr gutes Verhältnis habe, der ja so etwas hat. Der hat ja vier Reha-Assistentinnen, der mir schon mal gesagt hat, wie er das bei sich hat, wie die bei Ihm eingesetzt werden.

93 - 96

**F:** Haben Sie mit Ihren Kollegen - haben Sie sicherlich auch schon über all dies mit der Reha-Assistentin gesprochen.

**A:** Ansatzweise. Sie meinen jetzt so VNR usw.?

**F:** Nein jetzt hier in Ihrer Klinik.

**A:** Ja. Also ich habe das immer mal wieder so erwähnt in Besprechungen, gesagt, dass das mal kommen wird, aber nicht exakt ausgeführt, weil es einfach bisher nicht spruchreif war.

**ID****Motive**

5/3

Und gleichzeitig führen wir ja gerade ein komplettes digitales Krankenhausinformationssystem ein, was im Prinzip alle Bereiche dann abbildet, und im Rahmen dessen müssen wir ganz viele Prozesse neu strukturieren und neu überdenken.

7

**A:** Es sind ja so viele Sachen. Alleine wenn ich mal überlege, der Patient schreibt die Medikamente auf, die er einnimmt. Dann stehen noch mal Medikamente im Entlassungsbericht drin vom Krankenhaus, die stimmen oft nicht überein. Dann guckt man das als Arzt durch. Man schreibt das in die Planette in den Anordnungsbogen, die Schwester überträgt das auf den Tagesbogen, die wir da so haben. Und ich diktiere es danach noch mal für den Entlassungsbrief ab. Und jedes Mal sind Fehlermöglichkeiten dabei. Dass was falsch geschrieben wird, dass die Dosis nicht stimmt oder so etwas. Das ist so fehlerträchtig, das System, und so arbeitsaufwendig durch das mehrfache Schreiben. Das als Beispiel, wo wir sagen würden, das macht das neue System anders. Da wird das einmal eingegeben. Wenn das zum Beispiel eine Reha-Assistenz macht, dann hakt der Arzt das nur noch ab, ob das in Ordnung ist. Und hinterher laufen die Medikamente automatisch in den Entlassungsbericht mit ein. Und da erhoffe ich mir erstens eine Verschlankung der Arbeitsprozesse und zweitens auch weniger Fehleranfälligkeiten.

8 - 9

**F:** Also Ihre Motivation ist eigentlich, Prozesse zu verbessern.

**A:** Ja. Es sind ja auch, wenn wir uns das mal anschauen: Wir haben ja letztendlich mehrere. Also erstmal haben wir dieses Krankenhausinformationssystem, was ich da für notwendig halte, weil vieles doppelt und dreifach geschrieben wird. Ob es nun die Diagnosen sind, dann werden die Diagnosen per Hand hier drauf geschrieben, dann werden sie noch mal auf den Therapieverordnungsbogen geschrieben, dann werden sie noch einmal diktiert. Das kann ich oft nicht lesen, wenn das jemand anderes schreibt, das ist unleserlich, ja? Kurven sind immer physikalisch nur an einem Ort vorhanden. Wenn Konzil ist, ist es schwierig, die dort hinzubekommen, Transportdienst usw. Wir haben Ärztemangel, wir haben Mangel im pflegerischen Bereich, Personalprobleme. Das Personal, was wir finden im pflegerischen Bereich, im Ärztebereich, oft mit Migrationshintergrund, hat oft nicht so gute Voraussetzungen EDV-technisch. Und da erhoffe ich mir schon, wenn wir da eine Reha-Assistenz, zum Beispiel eine Arzthelferin oder so etwas mit dieser Ausbildung finden, dass die da sehr viel Erfahrung mit haben oder eine gewisse Erfahrung mitbringen.

16

Also letztendlich müssen wir mal gucken, wenn wir nicht mehr Ärzte finden, nicht mehr genug Pflegepersonal finden, wie können wir auch Tätigkeiten auslagern? Natürlich muss

man auch andersqualifiziertes Personal finden, das ist klar. Aber ich hoffe, einerseits die Prozesse verschlanken zu können. Dadurch gewisse Tätigkeiten, organisatorische Sachen, Verwaltungstätigkeiten vom medizinischen Beruf wieder wegzunehmen. Und dadurch irgendwo Prozesse zu optimieren.

108 – 110/1

A: Das glaube ich auch. Ich glaube, dass die viele Sachen gründlicher machen.

F: Gründlicher, genau. Weil das für sie ihr Kerngeschäft ist.

A: Die Anamnese usw. das werden sie viel gründlicher machen, berufliche Anamnese. Da, wo der Arzt oft einfach so drüber geht und was nachher im Entlassungsbericht doch ein bisschen stiefmütterlich weg kommt und so. Ich glaube, da wären sie gründlicher.

110/2

A: Ich habe irgendwann mal Ultraschallkurse gemacht, die hab ich für die Säuglingshüfte, die hab ich in Österreich gemacht, weil da der Gottvater sitzt, derjenige, der das erfunden hat, Herr Prof. Graf. Und der erzählte, in England wird Ultraschall nicht von Ärzten gemacht, sondern von „Sonographern“. Die machen nichts anderes, nur Ultraschall. Der sagte, es sei eine Lust, die auszubilden und zuzugucken, wie die das machen. Die machen ja nichts anderes. Die machen das so exakt und so gut, das schafft kein Arzt.

114

A: Also noch haben wir sie alle besetzt. Es ist so nicht momentan, wir haben keinen Personalangel. Wir haben alle Stellen besetzt. Wir sind in einer sehr komfortablen Situation dabei, also es ist jetzt da kein Druck, von daher ist auch bisher nicht so großer Druck, sodass wir das schnell umsetzen müssen. Sondern ich hab das auch immer so in Kombination mit dem KIS-System gesehen und gesagt, okay, wenn das kommt, dann brauchen wir das. Aber momentan, wenn die eh noch nichts in den Computer eingeben kann, dann müssten wir jetzt erstmal die Papierprozesse ändern und in drei Monaten noch mal die EDV. Ne, dann fangen wir besser in drei Monaten damit an. Mit ein bisschen Vorbereitungszeit, das ja, für die. Ich hätte sie gerne so einen Monat bevor das KIS-System richtig startet. Dass ich die hier einlernen kann, zumindest ein oder zwei. Sodass das dann so ein fließender Übergang ist.

**ID****geplante Aufgaben**

22

Also ich habe auch gesagt bei Aufnahme: Sichten der Unterlagen, überprüfen der Vollständigkeit, anfordern von fehlenden Unterlagen. Ergänzung des Anamnesebogens mit dem Patienten. Eventuell erheben von "scores".

26 - 28

A: Dann haben wir ja auch ICF, Rehazielen. Wir haben das mal, ich glaube das haben Sie mit eingeführt – diese Bögen – dass die Patienten, da steht drauf drei bis fünf Ziele. Aber man glaubt ja gar nicht, wie viele Leute dann doch zehn ankreuzen. Auch dass sie dann -

F: Der Bogen wird eigentlich nicht genutzt, wie er gedacht war.

A: Die Leute schreiben oft Sachen auf, die wir im ICF eben vermeiden wollen. Also die schreiben dann doch eben auf "weniger Schmerzen" oder so etwas. Also wir formulieren das ja schon immer so schön vor, diese Sache, und letztendlich geben dann doch einige oder eine ganze Reihe Patienten Sachen ein, die nicht ICF sind, verbessert oder "Bewegungsverbesserung des Kniegelenkes". Aber das sind ja keine Alltagssachen oder so etwas. Also der Patient ist noch nicht ICF-reif.

- 29 - 30 F: Ne. Das stimmt, das macht auch eine Klinik, die Besprechung der Rehazielen anhand des Bogens.
- A: Wäre eine Möglichkeit. Ich hab es mal bewusst „Vorbesprechen“ genannt, weil vielleicht dann doch der Arzt für manches realistischer ist. Der sagt dann „das können Sie ja nun nicht, weil Sie müssen erstmal sechs Wochen teilbelasten“ oder so etwas.
- 30 - 32 A: Eingeben von Information in das KIS, Anamnese, die dann letztendlich dazu genutzt wird gleich den Arztbrief zu generieren. Da habe ich jetzt einfach mal „Anamnese“ hingeschrieben, weil man nicht so diese ganzen –
- F: Nicht die Akutanamnese.
- A: Medikamente, Scores, Rehazielen, also das Erfragte gleich halt eingeben in das KIS. Verschlüsseln der Diagnosen.
- 36/1 Ja wir denken auch durchaus an so „Assessments“. Und zwar haben wir momentan, wollen wir auch in der Orthopädie auch psychologische Assessment-Verfahren standardmäßig einführen. Wir haben uns da einige Tests für ausgeguckt. Machen da jetzt erstmal mit der Psychosomatik zusammen ein Testlauf, zum Beispiel Beck Depressionsinventar. Wir haben uns jetzt erstmal vier Scores da ausgesucht, ja? Unsere Psychologinnen haben nicht so richtig Zeit, das durchzuführen. Es ist zwar nicht so zeitaufwendig, aber nichtsdestotrotz. Und da könnten wir uns vorstellen, das ist ja nur eine Anleitung am Computer, wo man kurz erklärt „setzen Sie sich an den Computer, so starten Sie das Programm und dann geben Sie das da ein, und wenn Sie fragen, sitze ich einen Raum weiter.“ Dass das durchaus eine Reha-Assistenz machen könnte, da sind keine großen Vorkenntnisse für erforderlich.
- 36/2 Ja dann habe ich das so genannt: Medizinische Verwaltungsaufgaben, also Verlängerungsanträge, so was, machen. Klärung von Kostenzusagen: Ist da eine Verlängerung möglich oder nicht? Oder was ist dabei zu machen? Dann separate Medikamentenerstattungskosten, haben wir schon mal für sehr teure Medikamente, Immunsuppressiva oder sonst was. Da haben wir dann auch so Vordrucke um so was dann zu machen. Und dann, das sagten Sie ja auch noch, Anfordern von weiteren diagnostischen Unterlagen im Verlauf des Aufenthaltes. Naja, und dann auch so was bei Entlassung erster Ansprechpartner: Taxi oder unser hauseigener Fahrdienst – wer macht das, den Heimtransport? Entlassungspapiere zusammenstellen, verschlüsseln der Entlassungsdiagnosen, je nachdem ob die abweichend sind. Ja. Das wäre so das, wo ich sagen würde, das könnte ich mir vorstellen.
- 38 A: Nachsorge zählt auch noch mit dazu. Hatte ich jetzt nicht aufgelistet, habe ich mir auch gerade mit aufgeschrieben. So etwas auf jeden Fall.
- 58 A: Also wir machen das auch so. Blutabnahmen finden auch meistens im Patientenzimmer statt, ja teilweise. Und wenn die Patienten ein bisschen geschwächt ankommen, geht auch die Pflege auf das Zimmer, und auch der Arzt macht das dann. Wir haben wahrscheinlich bei unserem KIS-System die Möglichkeit, mit Laptops zu arbeiten. Die dann mit so angeblich so wie iPads, die dann digital mit dem Server verbunden sind. Ob es funktioniert, ist eine andere Frage, mal schauen, soweit sind wir noch nicht. Also auch das wäre prinzipiell vorstellbar. Das auf dem Patientenzimmer zu machen und das sogar gleich beim Patienten einzugeben. Wäre auch möglich, mal schauen.

- 40 A: Haben Sie denn da schon mal eine Erfahrung gemacht oder gesehen, wie lange die dann pro Tag arbeiten und wie viel Mann man pro Patient sozusagen braucht?
- 42 - 43 A: Die arbeiten dann vormittags?
- F: Die eine vormittags, die andere nachmittags. Diese Schlüssel hängen aber ganz von ihren Aufgaben ab. Und wenn man jemanden für eine ganze Stelle eingestellt hat, dann findet man so lange Aufgaben, bis er auch ausgelastet ist. Also ich glaube, dass man durchaus für eine Station eine volle Stelle haben kann. Also wenn sie so 30 Patienten haben und sie dann so das ganze Programm machen.
- 44 - 46 A: Also Stationen haben bei uns so die Größe 33 bis 38 Patienten. Hier oben, baulich bedingt, sind es ein bisschen weniger, so 28 Patienten. Wir müssen auch mal schauen. Die meisten wollen sicherlich vormittags arbeiten, wegen Kindern usw.
- F: Ja, das geht nicht.
- A: Und wegen der Aufnahme ist das schwierig. Wir kriegen die Leute eben nicht so früh zur Aufnahme.
- 48 - 49 A: Mit der Pflege läuft das?
- F: Die Pflegeanamnese, die sind manchmal die ersten, dann aber nur kurz und später dann länger. Aber die müssen nicht immer alles am ersten Tag machen. Aber Aufnahme am ersten Tag in der Regel ist schon -
- 52 - 54 Und wir müssen natürlich schauen, die Reha-Assistentinnen werden ja in der Regel auch irgendwie einen Arbeitsplatz brauchen.
- F: Ja, sie brauchen ein eigenes Zimmer.
- A: Ja, sie brauchen ein eigenes Zimmer, und das ist bei uns ein Problem. Es sollte dann ja auch am besten auf Station sein als Ansprechpartner.
- 56 A: Und das ist ein Problem. Wir haben auf zwei Stationen noch nicht mal den Arzt auf der Station drauf. Der hat auch auf einer anderen Station sein Zimmer. Weil es baulich bedingt oben so pyramidenmäßig zuläuft und die oberen Stationen einfach zu wenig Patientenzimmer haben, wenn wir da noch ganz viele Funktionsräume einrichten. Und ich habe momentan auf keiner einzigen Station ein zusätzliches Zimmer für eine Reha-Assistenz. Ich müsste jedes Mal ein Patientenzimmer opfern.
- 60 A: Aber es ist trotzdem, wenn man sagt, sie hat irgendwo im Keller ein Zimmer, es ist viel Lauferei, es geht viel Zeit dabei verloren. Selbst wenn sie die ganzen Sachen sammelt und sagt, „ich mache die ganzen Telefonate später“, ist es sicherlich schwierig.
- 62 A: Mal schauen. Also das ist irgendwie noch ein bisschen unausgegoren. Da wissen wir noch nicht so, also ich weiß da noch kein richtiges Raumsystem.
- 68 Ja. Wissen Sie, wie das in anderen Kliniken ist mit dem Stellenschlüssel? Sind dafür dann Stellen im pflegerischen Bereich weggefallen?
- 70 Und wie ist das mit der Rentenversicherung? Da muss man immer Quartalsweise den Stellenschlüsseln melden. Und werden dann die Reha Assistenten den Pflegekräften zugeordnet? Irgendwo werden die doch auftauchen. Im Schreibdienst oder?

- 72            **A:** Also ich weiß von diesem [Name Nachbarklinik] hier, die haben da Probleme mit der Rentenversicherung bekommen. Die haben genauso argumentiert, gesagt: Arztstelle momentan nicht zu besetzen, aber wir haben dafür zwei Reha-Assistentinnen. Da hat die Rentenversicherung gesagt: „Das ist ja nett. Finden wir auch ganz toll, dass sie Reha-Assistentinnen hat. Aber die Arztstelle müsst ihr auch noch besetzen.“ Das ist schon zwei Jahre her.
- 102           **A:** Ja ich denke, dass das schon richtig ist, eine Gefahr beinhaltet. Dass der Arzt letztendlich wie in der Autoindustrie jemand ist, der Fließbandarbeit macht. Der macht nur noch getaktet die Aufnahme von dem Punkt zu dem Punkt. Und vorher das macht jemand anderes, und hinterher macht das jemand anderes. Aber man baut nicht mehr das ganze Auto.
- 106           **A:** Aber ich glaube, was, glaube ich, eine Illusion ist zu glauben, dass es damit kostengünstiger wird. Also ich glaube eher, dass die Personalkosten eher steigen werden. Also ich glaube, dass die Reha-Assistentinnen draufgeschlagen werden auf den Stellenschlüssel fast.

### 10.10 Das Modell Stationssekretärin

- K5 Sekretärin    **F:** Und wie sind Sie so zufrieden mit Arbeit?  
52–55            **A:** Ja, sehr!  
                    **F:** Das ist gut so?  
                    **A:** Ja, hm, hm.
- K5 Sekretärin    **A:** Ja, also wenn ich nicht da bin, hab ich keine Vertretung. Und wenn ich drei Wochen in  
57–59            Urlaub bin, ist dann schon so, wenn ich wiederkomme - hach [Seufzer der Erleichterung].  
                    **F:** Ja, sind alle froh“?  
                    **A:** Ja.
- K5 Sekretärin    **F:** Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten manchmal mit den Berufsgruppen?  
60–65            **A:** Also so wie jetzt diese Schnittstellen? (**F:** Hm.) Nee, kann ich eigentlich nicht - nicht sagen.  
                    **F:** Klappt alles gut so?  
                    **A:** Das klappt eigentlich ganz gut so. Dadurch, dass wir uns das ja so zurechtgebastelt haben.  
                    **F:** Eigentlich auch so auf Sie zugeschnitten, nicht, die Arbeit?  
                    **A:** Ja.
- K5 Sekretärin    **F:** Wird's Ihnen manchmal zu viel?  
78–79            **A:** Nö. Also es ist schon so, wir haben es angesprochen und gefragt, so wie sieht's aus, wie schaffst du das, und da hab ich gesagt, o.k.
- K5 Sekretärin    **A:** Also ich hab eine Einweisung bekommen in die Patientenakten, vom Abheften her, wo  
81–83            darf ich was hinterhaken, abhaken, wo was erledigt ist, wo Tropfen hin muss, dass ich schon sehen muss, dass die Befunde auch vom Arzt abgehakt sind und wenn nicht. Laborwerte, wo ich drauf gucken muss und wo ich das abhefte – das hat man mir schon gezeigt. Und Archiv hab ich vorher an der Rezeption auch schon gemacht, weil wir das mal vorrangig woanders gelagert hatten, und damals hat die Rezeption diese Arbeiten noch mitgemacht. Und als ich umgestiegen bin, hat man auch das Archiv woanders hingepackt. Also von daher [unverständlich].  
                    **F:** Und die Arbeiten, die Sie machen, da ist jetzt auch nichts, was Ihnen schwerfällt, oder ...

(A: Nee?), Nee, das ist alles ...?

A: Alles gut so.

K5 Sekretärin  
145–146

F: Ja, haben Sie selbst eine Idee, wie sich Ihr eigenes Berufsleben noch verbessern könnte, oder was Sie noch gerne machen würden?

A: Also, ich sag mal so, was ich mir wünschen würde, wäre wirklich, dass die EDV-Anlage ausgebaut wird. Also es würde für viele Bereiche, sag ich mal, mich mit eingebunden, eine unheimliche Erleichterung bringen. Aber der Meinung bin ich nicht nur alleine. Also ich sag mal, selbst das Archiv ist wirklich (F: Ein bisschen anachronistisch?) - also dieser Papierkram – hm, ja.

K5 Sekretärin  
147–152

F: Das stimmt, ja. Und so noch weitere Aufgaben oder andere Aufgaben? Sie sagten ja vorhin so mit Patientenkontakten auch?

A: Würde mich jetzt nicht stören, sag ich jetzt mal.

F: Ach so. Aber Sie haben auch keine Sehnsucht, so ist es auch o. k.?

A: Also ich sag mal, wenn das – wenn ich was abnehmen könnte, es war nur teilweise immer so, denn – der Hintergrund, weil ich es nicht gelernt hab, so diese medizinische Geschichte. Wenn die Patienten in der – ich krieg das ja manchmal mit so diese pflegerische Anamnese alleine, wenn Not am Mann ist, mache ich sie auch, wenn die Schwester daneben sitzt und was anderes macht, sag ich jetzt mal, dann kann ich darauf reagieren, wenn mir irgendwas nicht so komisch – aber ich wüsste nicht, wo ich jetzt – klar, ist vielleicht auch eine Übungs- und eine Einarbeitungssache, aber ...

F: Aber da fühlen Sie sich nicht so ganz gewachsen?

A: Nee, wenn ich da nicht genau wüsste, wo muss ich reagieren, wo kann ich vielleicht schon vorab sagen, hallo, da müssen wir jetzt aber gleich – und nicht in zwei Stunden, wo der Patient, wenn es ihm dann schon nicht mehr gut geht, sag ich jetzt mal – gut, das kann man vielleicht auch lernen, weiß ich nicht.

K5A 9

A: Also eigentlich fängt es bei der Aufnahme an, dass sie dafür sorgt, dass alle nötigen Unterlagen da sind. Also zum Beispiel die Arztbriefe von den Patienten, die aufgenommen werden. Wenn die nicht da sind, dann hakt sie da nach, ruft da an und sorgt dafür, dass die möglichst zeitnah gefaxt werden. Das würde sonst an Schwester oder Arzt hängen bleiben.

K5A 13

A: Wenn man noch etwas braucht und was nachfordert, also zum Beispiel einen Herzkatheterbefund, der nicht im Brief mit dabei ist oder auch mal einen Medikamentenplan vom Hausarzt, dann kann man das aufschreiben, und das wird dann in der Regel durch sie gemacht. Das läuft dann – über die Schwestern wird das an die Sekretärin weiter gegeben, und dann organisiert sie das.

K5A 15

A: Dann ist es so, dass sie die Akten bestückt mit unterschiedlichen Formularen, die man braucht. Also in der Regel braucht man die erst zum Entlassungsgespräch, aber teilweise auch schon mal zu der Visite, dass man da was einträgt. Das ist natürlich hilfreich, sonst müsste man sich das halt selber zusammensuchen. Diese Formulare liegen auch im Arztzimmer aus, aber so muss ich jetzt nicht mehr alles einzelne raus nehmen und dann mitnehmen, sondern das macht sie immer gleich am Anfang, dass sie die Akten bestückt.

K5A 17

A: Und das andere sind halt die ganzen Tätigkeiten so zwischendurch. Also wenn man, was weiß ich, Papier für den Drucker braucht oder wenn was mit dem Drucker nicht funktioniert oder wenn man irgendeinen Brief braucht von einer Akte, die vielleicht gerade im Sekretariat ist, dann kann man sie da anrufen. Und dann besorgt sie das oder versucht sich da weiter

drum zu kümmern. Teilweise ist sie selber so kompetent, dass sie es hinkriegt. Teilweise muss sie halt auch weitere Hilfe holen. Und wenn es um irgendwelche Archivdinge geht, kann man sie ansprechen.

K5A 19 A: Also wenn jemand schon mal da war, dann würde sie einem die alte Akte holen, wo die Unterlagen drin sind. Darum kümmert sie sich. Das macht sie in der Regel auch schon im Vorfeld. Also das hat man dann schon bereit, wenn man den Patienten das erste Mal sieht. Das läuft eigentlich sehr gut.

K5A 20–21 F: Also eigentlich auch so eine Art „Mädchen für alles“. Die man immer anrufen kann, wenn irgendwas zu organisieren oder besorgen ist.

A: Ja, das kann man so sagen.

K5A 25 A: Ja, gelegentlich gibt es mal Pannen, aber das, denke ich, ist normal. Also das mal was übersehen wird, zum Beispiel irgendwelche Formulare reinzutun. Und gut, die Akten sind natürlich auch nicht immer da, wenn sie da ist. Das ist, denke ich, im Rahmen. Ansonsten habe ich so das Gefühl, dass sie das, was ich sehe, gut hinkriegt.

K5A 26–31 F: Und wenn sie jetzt Urlaub hat oder krank ist, dann?

A: Dann gibt es eher ein Problem.

F: Gibt es keine Vertretung?

A: Also ich wüsste jetzt nicht, dass da jemand benannt wird. Also mir ist keiner namentlich bekannt. Es kann sein, dass sie das irgendwie organisiert. Aber das funktioniert in der Regel nicht so gut. Also da stößt man dann oft auf die Akten, die nicht bestückt sind. Oder man kriegt die Patienten ohne Brief auch zur Aufnahme.

F: Haben Sie dann mehr Arbeit davon?

A: Ja.

K5A 33 A: Ja. Also zum einen ist es so, dass wir die Diagnosen, also im Arztbrief müssen wir ja kodieren nach ICD 10, und das zum Beispiel könnte auch jemand anderes machen. Ob das nun sie ist oder eine Kodierkraft ist eine andere Frage, aber das ist eine Tätigkeit, die kostet sehr viel Zeit und ist jetzt eigentlich nichts, wozu man einen Arzt braucht. Also wenn die Diagnose da steht, muss man das nur nachgucken, wie die Nummer ist.

K5A 35 A: Und dann ist es so, dass man – zum Beispiel für die rentenversicherten Patienten, wenn man da in der Nachsorge Dinge beantragt, dann sind das sehr lange Formulare, und das ist auch etwas, wo man keine speziellen Diagnosen eintragen muss, sondern nur eine allgemeingehaltene Diagnose. Und das wäre zum Beispiel was, das man nur angibt: „Der Patient mit der Diagnose, bitte das Formulare fertig machen!“ – das dann der Rest mit Adresse und so was zum Beispiel auch.

K5A 41–43 A: Ansonsten hängen so meine Tätigkeiten viel mit der Medizin zusammen, die sie jetzt nicht unbedingt übernehmen kann. Ich bin jetzt hier auf der [Stationsname], wo man häufig Telefonate führen muss, wo es auch oft nur um Unterlagen geht. Und das wäre noch eine Entlastung, wenn man sagen könnte: „Können Sie da anrufen?“ Also das sind so -

F: Aber das könnte sie doch machen?

A: Ja, zum Teil ja. Also wenn es ein bisschen konkreter wird, dann kann man das wieder nicht abgeben. Also man kann jetzt Herzkatheterbefunde oder Medikamentenpläne, aber mit einer dezidierten Fragestellung an den Hausarzt, das ist für sie dann zu speziell.

K5A 44–45 F: Sie ist ja von Beruf, hat sie mir erzählt, kaufmännische, Kauffrau oder irgendwas. Wenn

sie jetzt, sagen wir mal, als Grundausbildung Arzthelferin hätte, wäre das dann möglich?

A: Das, glaube ich, wäre dann möglich. Also es kommen dann ja so Rückfragen, wo sie eigentlich da nichts dann damit anfangen kann. Das sind jetzt keine so komplexen Rückfragen in der Regel, dass das nicht eine Arzthelferin machen könnte. Ich denke, die würde das schon hinkriegen.

K5A 54–55 F: Also ist es dann eigentlich so: Sie spüren eine deutliche Erleichterung, im Unterschied wenn sie im Urlaub ist sozusagen. Also die Sache ist schon sinnvoll, so wie es hier geregelt ist. Sie könnten sich aber noch so ein paar Erweiterungen vorstellen. Aber das würde auch daran hängen, dass jemand mit einer gewissen medizinischen Grundausbildung sozusagen die Arbeit übernimmt, nicht?

A: Ja.

K5A 51 A: Also was bei uns abdiktirt wird, sind halt die Untersuchungsbefunde. Das könnte auch jemand anderes machen, weil da muss man nichts verstehen, man muss es nur abdiktieren. Dass dann quasi für den Arzt nur der Therapieverlauf übrig bleibt, wo man halt die medizinischen Zusammenhänge noch mal so schildert.

K5A 57 A: Ja. Also ich könnte mir auch vorstellen, zum Beispiel sprechen wir bei Aufnahme mit dem Patienten, wie das mit dem Behandlungsplan funktioniert. Wann er da zur Therapieplanung muss, wie er das dann sieht, wo er da hin muss und so etwas. Und das kostet ja auch Zeit, und das wäre auch was, was so eine Assistentin besprechen könnte. Weil da geht es ja nur um die Logistik eigentlich.

K5P 15 A: Sie nimmt uns schon Papiersachen ab von Kurvenbestückung bis zu Entlassungen. Dass sie also die Papiere für das Archiv fertigmacht nachher. Was ganz wichtig ist, sind die Sport-Reha-Anträge und die Rentenversicherungspapiere, alles was man da so braucht. Das ist eigentlich ihr Metier, wo sie uns einen Plan gemacht hat, wie wir damit umgehen, wenn sie mal nicht da ist, aber ohne diesen Plan würden wir völlig aufgeschmissen sein.

K5P 16–19 F: Also es ist ganz schön kompliziert auch was sie da macht?

A: So ist es. Und es gibt auch am laufenden Meter neue Papiere. „Hier ist wieder mal was Neues“, und der Ordner wird immer dicker.

F: Sodass Sie ganz froh sind, dass sie da ist?

A: Auf jeden Fall, ja. Also es ist schon zu merken, wenn sie dann mal nicht da ist. Sie hat ja auch mal frei oder Urlaub. Also dann sind wir doch schon sehr belastet.

K5P 21–23 A: Sie heftet zum Beispiel auch die Befunde. Ja, sie hält die Akten auf Reihenfolge und auf aktuell dann natürlich. Und sie fordert Befunde an. Wenn Einzelbefunde, dann tritt sie mit den Kliniken in Kontakt um diese Befunde zu beschaffen.

F: Das müssten Sie sonst machen?

A: Ja.

K5P26–31 F: Ja. Haben Sie eine Idee wie viel Zeit es Sie sonst kosten würde, wenn Sie das selbst machen würden?

A: Jetzt auf eine Woche oder eine Schicht?

F: Ja, wie Sie wollen.

A: Naja, wir haben ja schon Tage, wo, wenn sie dann mal nicht da ist, dann geht die Befundabheftung in den Nachtdienst. Und da ist man mit den Stationen bzw. mit den Patienten, die



man da hat, schon bis zu, ich würde mal sagen, eineinhalb Stunden beschäftigt.

**F:** Pro Station?

**A:** Nee, für die Stationen.

KSP 33–39

[bei Abwesenheit der Reha-Assistentin]

**A:** Alleine, um das durch zu sehen und abzuheften und abzuordnen und so weiter. Also das ist schon... Auch weil wir natürlich, muss man ja zugeben, auch nicht mehr geübt sind in der Sache.

**F:** Ach so, ja.

**A:** Ja? Also wir müssen dann immer nach Zettel gehen und gucken.

**F:** Ja, Sie sind etwas verwöhnt dann?

**A:** Kann man so sagen. Das Ausheften der Entlassungen zum Beispiel muss man regelmäßig wieder nachgucken, weil das verschiedene Abläufe gibt im Abheften. Und das ist uns nicht mehr so wirklich geläufig, wenn wir dann mal müssen.

**F:** Ja. Wäre gut, wenn sie eine Vertretung hätte?

**A:** Also es wäre schon gut, wenn wir komplett das abgeben könnten und uns damit nicht befassen müssten. Das wäre sehr schön.

KSP 40–45

**F:** Gäbe es aus Ihrer Sicht noch weitere Dinge, die sie machen könnte? Die sie Ihnen abnehmen könnte?

**A:** Also ich denke, es gibt ja zum Beispiel so was wie Termine machen bei externen Praxen. Das könnte sie vielleicht machen. Auch die Zettelwirtschaft, will ich das jetzt mal nennen, was so Diagnostiktermine und so was angeht, das ist ja einfach nur Zettel ausfüllen. Das wäre auch schon ...

**F:** Braucht man da keine medizinischen Kenntnisse oder so was?

**A:** Nein, die braucht man nicht. Auf dem Zettel muss man einen anderen Zettel draufkleben und das Entlassungsdatum eintragen und das in das Arztfach legen, der das dann ausfüllt mit den medizinischen Daten.

**F:** Braucht man da keine medizinischen Kenntnisse oder so was?

**A:** Nein, die braucht man nicht. Auf den Zettel muss man einen anderen Zettel draufkleben und das Entlassungsdatum eintragen und das in das Arztfach legen, der das dann ausfüllt mit den medizinischen Daten.

**F:** Ach so, und das machen Sie bisher?

**A:** Das machen wir bisher bei den Visiten oder bei den Anordnungsarbeiten.

KSP 46–50

**F:** Achso, ja. Gibt es sonst noch etwas, was sie Ihnen abnehmen könnte?

**A:** Hm... Die Patienten haben ja auch schon Schwierigkeiten ihre Termine einzuhalten. Das sie also ein Auge mit drauf hat auf Patienten, die das entweder nicht lesen können, gar nicht des Lesens mächtig sind oder es nicht lesen können, weil sie schwer behindert sind, weil sie fehlende Sehschärfe haben oder, oder, oder. Das also sie sich darum kümmert, dass die Termine für die Patienten lesbar sind oder auch so umzusetzen, dass sie damit zurechtkommen. Also entweder Großkopien oder – was auch interessant ist, sind türkisch sprechende Patienten, die einfach kein Deutsch lesen können. Wo das übersetzt wird, was das denn heißt und was das dann ist.

F: Das heißt, auch wenn sie so als Ansprechpartnerin vielleicht zur Verfügung stehen würde für solche organisatorischen Fragen. Wahrscheinlich werden Sie ja selbst auch oft gefragt von Patienten gefragt, alles Mögliche?

A: JA: „Was ist das?“ – „Wo muss ich da hin?“

F: Genau, solche Dinge.

K5P 56–57

F: Ja. Die Reha-Assistentinnen, die es schon gibt, das ist auch sehr verschieden, was die so machen. Aber da wo es besonders gut läuft, finde ich, die machen selbst eine Art Aufnahme-gespräch. Also wenn der Patient kommt, dann gehen sie mit ihm so eine Checkliste von Fragen durch oder einen Fragebogen, den der Patient vorher nach Hause bekommen hat und oft ja nicht richtig ausgefüllt hat. Da geht es dann zum Beispiel darum, welche Medikamente nimmt er jetzt regelmäßig. Oder wie steht's mit der Berufssituation, Berufsanamnese, Sozial-anamnese, also diese Dinge. Und das alles, was sie da erfragt, das schreibt sie gleich in den Entlassungsbrief sozusagen hinein. Und das ist dann vernetzt, so EDV-mäßig, sodass, wenn der Patient dann zum Arzt geht, kann der Arzt vorher das schon alles überfliegen und weiß, was mit dem los ist, oder wo er vielleicht auch gezielt nachfragen muss, oder was er abhaken kann. Würden Sie sowas gut finden?

A: Grundsätzlich würde ich so etwas richtig gut finden. Wobei vom Gedanken her sind wir ja hier im Netz noch gar nicht so weit, dass wir das gleich in den Brief schreiben können. Deswegen kommt die Situation noch nicht so wirklich. Grundsätzlich wäre das natürlich toll. Das man so direkt auf so was zugreifen kann, was ja auch wichtig ist bei dem Entlassungs-management, das wir von vornherein die Vorbereitung mehr machen können, wie zuHause versorgt, wie die Tabletteneinnahme usw. Solche Geschichten sind schon ...

K5P 58–59

F: Ich habe verstanden, dass ihre EDV Ausstattung, die könnte besser sein?

A: Ja, das man also grundsätzlich gleich in den Abschlussbrief gehen kann. Das wäre natürlich wesentlich leichter für alle. Und dann würden ja auch solche Punkte mehr heraustreten. Hier erarbeiten wir sie im Laufe des Aufenthaltes.

K5P 87–91

A: Was auch ganz, ganz, ganz, ganz, ganz schrecklich ist, sind diese ewigen Telefonate. Es gibt wenige Telefonate, die wirklich für uns jetzt als Schwestern, interessant sind. Es gibt viele organisatorische Anfragen ...

F: Von außerhalb oder die Sie stellen müssen?

A: Nee, im Haus, im Haus. „Hier fehlt eine Akte, kann jemand mal die Akte runter bringen“, oder irgendwie so etwas.

F: Aha, die könnten ja alle die Sekretärin anrufen.

A: Genauso ist es.

## 10.11 Ein Modell mit zwei verschiedenen Assistenzkräften

### 10.11.1 Ähnliche Auswirkungen

#### 10.11.1.1 Sind die Assistenzkräfte ihren Aufgaben gewachsen?

K6 Sekretärin 40–41 F: Hätten Sie Lust, mehr mit den Patienten zu machen? Zum Beispiel einen Teil von dem, was Schwester [Name] macht, könnten Sie ja auch machen.

A: Das weiß ich nicht, ob ich mir das jetzt so zutraue. Das weiß ich nicht.

K60A 30–31 F: Das was sie vorbereitet kriegen, sind Sie damit zufrieden? Ist das korrekt immer?

A: Ja. Ja.

K60A 32 F: Gibt es irgendwas, was zu schwer ist für -?

A: Nee, das ist unproblematisch

K60A 33 A: Ja. Ich habe auch, ich muss natürlich in einige Sachen einweisen. Wo kriegen Sie her, welche Art des Verfahrens, ob es Paragraph 51 ist oder Paragraph 15 ist oder so weiter? Da habe ich ein bisschen einweisen müssen. Und gelegentlich machen sie ein Fragezeichen dran, dann gucke ich das nach.

### 10.11.1.2 Führt der Einsatz von Assistenzkräften zu einer Entlastung anderer Berufe?

K60A 21 A: Ja, wenn niemand fragen muss. Es ist ja sehr viel, was man abfragen muss, brauche ich alles nicht mehr. Ich frage, ich kriege so etwas hier.

K60A 40–41 F: Und andere haben mir gesagt: „Ja, ich kann mich ja jetzt mehr auf das Medizinische oder Orthopädische, oder was auch immer es ist, konzentrieren und brauche nicht immer daran denken, ob ich noch irgendwas vergessen habe, für die Rentenversicherung zu fragen.“ So geht es Ihnen dann eher?

A: Ja, vor allem, wenn ich jemand quaddeln will, wenn ich jemanden chirotherapeutisch behandeln will, wenn ich Sono machen will: Das trage ich nur ganz kurz ein. Und das ganze Organisatorische, was dazu notwendig ist, wird jetzt gemacht. Da musste ich früher darein, eine Mail ans Planbüro, morgen 13 Uhr Quaddeln. Ich musste in den Therapieplan von dem Patienten gucken. Passt das morgen um 13 Uhr? Mailen. Und dieses ganze aufwendige Drumherum, das fällt für mich jetzt weg. Wenn ich da in die Kurve eintrage „morgen Quaddeln“. Hier und wann und ich – er ist dann morgen irgendwann da, und ich kann quaddeln. Das ist, also ich finde es gut.

K60A 74–75 F: Manche Ärzte haben mir gesagt, sie fühlen sich im Kontakt mit den Patienten irgendwie entspannter, weil sie nicht immer dran denken müssen, was sie alles -

A: Ja! An was man noch so denken muss. Das stimmt.

K60A 107 A: Aber ich kann dann eben auch kurz vorstellen, was das beinhaltet. Was ein MTT über die DRV Nord beinhaltet oder Funktionstraining, Rehasport. Ich hab eben die Zeit, weil ich sie nur kurz eintragen muss. Ich muss da nicht ewig – die anderen Kollegen hängen sich dann an den Computer ran und rufen dann den Patienten bei der Info aus, und dann gehen sie unter Nachsorgeprogramme, und dann müssen sie was eintragen und dann auf Ausdrucken. Dann müssen sie mindestens vier Minuten warten, bis 16 Seiten ausgedruckt sind. Und wenn dann alles rausgekommen ist, müssen sie vier Mal unterschreiben lassen, sie selber sechs Mal unterschreiben. All das fällt weg.

K60A 110–115 F: Diktieren Sie das noch mal, was schon geschrieben ist?

A: Nein. Nur das Neue. Nur, dass sie nicht in die Enge kommt und das nicht lesen kann, was ich da geschrieben habe. Also das, was ich da ergänzend handschriftlich reinpacke, das diktiere ich kurz noch mal.

F: Und alle Ihre Briefe schreibt dann Ihre Sekretärin?

A: Frau [Name], ja.

F: Dann geht das wahrscheinlich recht schnell.

A: Die kriege ich taggleich. Also wenn ich ein jetzt ein Entlassungsgespräch mache, das habe ich dann in der Regel in zwei Stunden fertig da bei mir liegen. Dann geht das, dann überfliege ich das nur, die Frau ist fehlerfrei.

K6OA 17-19 A: Die einzelne Aufnahme wird bedeutend kürzer.

F: Können Sie das in Minuten abschätzen? So über den Daumen?

A: Also, Sie wissen ja wahrscheinlich, wie umfangreich mittlerweile die Entlassungsbriefe sind. Ich würde, glaube ich, nach dem alten Schema 50-60 Minuten brauchen. Ich brauche jetzt 20-30 Minuten.

K6OA 23 A: Sie hat ganz viel schon abgefragt und ich konzentriere mich auf Eigenanamnese, jetzige Beschwerden, überfliege den Rest, der hier noch steht. Dass ich mir sozialmedizinisch einen Überblick, einen Eindruck verschaffen kann. Dann machen wir Untersuchung und dann die Therapie. Spreche die kurz ab. Das ist so ungefähr die Zeit. Also ist natürlich so, dass jemand, das spannt natürlich. Jemand der das WS-Syndrom hat, den habe ich durchaus in 15 bis 20 Minuten fertig. Und jemand, der tendenziell schmerzchronifiziert ist, da brauche ich auch schon mal 30 bis 40 Minuten. Also das würde ich so im Schnitt sagen, so 20 bis 30 Minuten.

K6PA2 14 A: Die Patienten kriegen ja alle diesen Fragebogen zugeschickt. Und wenn jetzt ein Patient neu anreist, wir hoffen immer, dass er im Vorfeld den Fragebogen hergeschickt hat und hoffen auch, dass er ihn größtmöglich ausgefüllt hat. Das ist ja ein bombastisches Werk von 20 Seiten. Das ist dann eben die Pflegeanamnese, die man erstellt mittels dieses Fragebogens und eben auch dann Ergänzungen im Fragebogen, wo der Patient eben nicht wusste, was er da eintragen soll. Und das Ganze ist dann die Vorarbeit schon für den Arzt, der den Patienten aufnimmt, weil das alles dann schon eingegeben worden ist von der Doku-Assistentin und er braucht im Prinzip nur aufrufen. Hat eigentlich schon die komplette Vorgeschichte und kann sich dann wirklich auf die Schwerpunkte konzentrieren: körperliche Untersuchung und die aktuellen Beschwerden.

### 10.11.1.3 Werden die Assistenzkräfte von Mitarbeitern akzeptiert?

K6P1 Arztzentrum 84-85/1 F: Gab's da nie so irgendwelche Spannungen oder Eifersüchteleien, da mit Ihrer Station zum Beispiel? Oder so ein Konkurrenzdenken? Oder irgend ...

A: Nee. Was es am Anfang, glaube ich, gab, war so ein bisschen das Gefühl, man ist so ein bisschen im Abseits, weil ich ja auch weg von der Station so ein bisschen bin. Da hab ich natürlich schon das auch vermisst, dass ich die Kollegen mal schnell eben was fragen kann oder dass sie mal schnell eben was für mich erledigen. Ich hab ja immer einen langen Anlaufweg, weil auch – die Akten sind oben bevorratet, also ich muss mir alles immer hierherholen. Aber es ist so, nee, also es war nie Neid da oder auch nie das Gefühl, ich gehör nicht mehr dazu.

K6P1 Arztzentrum 85/2-87 A: Nee, Neid oder auch Missgunst oder so gab's da nicht. Hab ich nie so das Gefühl gehabt.

F: So dass Sie sich auch hier mit Ihrer Arbeit so akzeptiert fühlen?

A: Ja, ja, ja. Also am Anfang war das so, dass die Kollegen gar nicht wussten, was macht ihr da eigentlich. Was ist eigentlich noch eure Arbeit? Und jetzt, wo wir eben das erweitern, dass mehr Arztzentren entstehen sollen, werden natürlich auch immer mehr Kollegen in diese Arbeit eingeführt. Und das ist das Gute. Das öffnet natürlich. Dann sagen die Kolle-

gen: Ja, jetzt weiß ich auch wirklich, wie viel Arbeit und Mühe das zum Teil macht. Weil manchmal haben sie gesagt, na, das bisschen Schreibtischarbeit nur noch. Aber das bisschen ist eben doch eine ganze Menge in der Summe nachher.

K6P2

Arztzentrum  
62-64

A: Das ist, glaube ich, erst möglich, wenn alle Stationen Arztzentren installiert haben. Das geht vorher nicht. Weil das schwimmt ja immer noch. Das ist ja auch bei den Ärzten so. Ärzte müssen sich ja auch alle noch mit den Arztzentren beschäftigen und mit dem, was sie eigentlich dann nicht mehr machen müssen.

F: Da gibt es doch Vorbehalte dann bei den Ärzten?

A: Ja. Es war bei der Probephase so, dass keiner ins Arztzentrum wollte. Ich gehöre also zu denen mit meinem Kollegen Herrn [Name]. Wir haben beide angefangen hier vor zwei Jahren als Projekt. Und es wurden händeringend Ärzte gesucht, die das mitmachen. Es war also wirklich ganz schwierig, überhaupt einen Arzt zu finden. Komisch, die haben alle Angst gehabt davor.

K6P2

Arztzentrum  
65-68

F: Ja, wobei hier der Herr [Name Arzt] und so –

A: Glückliche und selig ist.

F: Richtig begeistert?!

A: Es muss ja probiert werden, mit allen Krankheitsbildern auch. Und die Ärzte, die hier im Arztzentrum sind, sind begeistert, auch. Die wissen wahrscheinlich gar nicht mehr, warum sie letztes Jahr so dagegen waren.

#### 10.11.1.4 Werden die Assistenzkräfte von den Rehabilitanden akzeptiert?

K6P1 Arztzent-  
rum  
89/1

A: Und das merkt eben auch der Patient, dass wir über den Patienten uns austauschen. Dass der Patient, wenn der Arzt dann sagt: „Ach, wissen Sie, das weiß ich schon, das hat mir die Kollegin schon erzählt“, (F: Ein gutes Gefühl für den Patienten?) genau, dass das Gefühl einfach da ist, dass das, was er hier erzählt hat, auch weitergegeben wurde.

K6P1 Arztzent-  
rum  
89/2

A: Es gibt auch den – wo der Patient sagt: „Das möchte ich nicht, dass der Arzt das weiß.“ Nicht, ist oft so, dass Frauen sagen: „Nee, das möchte ich nicht, dass ein Mann das so erfährt.“ Dann bleibt das eben auch mal hier bei mir. Dann rate ich vielleicht: „Möchten Sie das nicht vielleicht einmal mit einer Psychologin besprechen?“ Es gibt ja noch Hilfe im Haus von anderer Seite.

K6P1 Arztzent-  
rum 94-97

F: Kommt es vor, dass ein Patient zu Ihnen sagt: „Nee, also das möchte ich nur mit dem Arzt besprechen?“ Sie hatten ja eben den umgekehrten Fall: „Nee, das möchte ich nicht mit dem Arzt besprechen.“

A: Nee, hab ich noch nie gehabt, nein, noch nie. Ich bin jetzt schon über ein Jahr in den Arztzentren beschäftigt, und letztendlich hab ich noch nie gehört, dass ein Patient mir etwas nicht anvertrauen wollte oder das direkt nur mit dem Arzt besprechen wollte.

F: Also wird von den Patienten auch voll akzeptiert?

A: Ja, ganz und gar, ja.

K6P1 Arztzent-  
rum 113

A: Man kann's ja immer so ein bisschen, obwohl ich das immer nicht so gerne mag, aber man hat ja am Ende diese Fragebögen, die man den Patienten gibt, wo ja auch die Patientenzufriedenheit abgefragt wird und auch explizit nach Pflege, Arzt und so etwas gefragt wird, wo wir immer sehr schön abschneiden. (lacht) Muss man sich ja auch selber mal auf die

Schulter klopfen dürfen. Von da sehen wir ja: Eigentlich läuft's schon ganz gut, nicht?

K6P2 F: Und gibt es auf Seiten der Patienten manchmal irgendwelche Vorbehalte, dass jemand  
Arztzentrum sagt: „Das möchte ich jetzt aber mit einem Arzt besprechen und nicht mit Ihnen?“

71-72

A: Überhaupt nicht. Also dadurch, dass sie ja ungefähr eine halbe bis dreiviertel Stunde den Erstkontakt mit dem Patienten haben, das ist ja eigentlich der wichtigste Kontakt schlechthin, ist da so ein Vertrauen, dass die in der Regel erst hierher kommen und fragen. Und dass ich dann sage: „Ich glaube, Sie sollten noch mal zum Arzt. Wollen wir noch mal gucken, dass Sie zum Arzt gehen?“ – „Können Sie das nicht machen?“ Also das passiert eher. Das ist ganz witzig.

K6P2

F: Das heißt, die Schwelle zu Ihnen ist sehr niedrig?

Arztzentrum

73-77

A: Viel niedriger. Und das ist ja auch eigentlich unser Plus. Man kann, Patienten fühlen sich dann mehr auf Augenhöhe gesehen und –

F: Trauen sich mehr dann!?

A: Das ist ja auch bei den Patienten, die hier in der VMO sind mit den Psychologen. „Wenn man denen was sagt, die gucken gleich in die Seele und bohren, „wer weiß, wie das gedeutet wird.“ Und dann kommen die hierher und sagen: „Ich muss mal kurz mit Ihnen schnacken.“ Und Sie werden hier wirklich wie, wirklich wie eine Vertrauensperson überschüttet mit Sachen, da kann man manchmal nur den Kopf schütteln, was Menschen so alles in sich tragen. Schon interessant.

F: Das heißt, die Patienten akzeptieren es.

K6 OA 46-47

F: Haben Sie mal von Patientenseite irgendwie gehört, dass die das nicht gut fanden all diese Dinge mit einer Krankenschwester zu besprechen und nicht mit dem Arzt.

A: Nein, nein, nein.

### 10.11.1.5 Sind die Mitarbeiter und Rehabilitanden mit dem Organisationsmodell zufrieden?

K6OA 5

A: Dass ich endlich wieder mehr autonomes - mehr Eigenständigkeit habe. Mehr eigenverantwortliches Handeln und mit Patienten mehr zu tun habe. Also in dieser Oberarztfunktion, das hat mich irgendwann, ja man muss schon sagen, angeervt. Weil ich hier stundenlang an diesem Schreibtisch saß, stundenlang Akten eingeteilt habe, stundenlang Briefe korrigiert habe. Wenn ich Patienten sah, nur orthopädische Konsiliaruntersuchungen, also ziemlich gut gesehen. Aber ich habe sie nicht aufgenommen, ich konnte keinen Verlauf sehen. Ich, wenn ich irgendwas angeordnet habe, habe ich auch nie eine Rückmeldung bekommen: „Wie wird's denn nun? Hilft es denn nun?“ Das hat mir irgendwie nicht gefallen. Und dann kam ja dieser Gedanke mit diesem Arztzentrum, und da habe ich auch einige Zeit gebraucht um mich dafür zu entscheiden, aber Professor [Name] sagte dann vor allem: „Wesentliche Ziele: Den Ärzten soll die Arbeit wieder mehr Spaß machen“, also was mich so mitgerissen hat, und wesentliche Entlastung von administrativen Aufgaben.

K6OA 24-25

F: Müssen Sie denn jetzt mehr Patienten behandeln?

A: Ja. Und das war eben auch in der Erprobungsphase so. Wir wollten gucken, wie viele kann ich schaffen.

K6OA 36-39

F: Nun habe ich von manchen Ärzten gehört: „Ja, so eine Entlastung ist ganz schön, aber wenn ich dafür mehr Patienten behandeln muss, dann möchte ich das lieber doch nicht.“ Aber das scheint bei Ihnen anders zu sein.

A: Ja.

F: Also sie kommt Ihnen nicht vor wie Fließbandarbeit?

A: Nein, ne. Das würde ich nicht sagen.

K6OA 66–68 F: Und klar, Sie können diese 40 Patienten nur schaffen, wenn Sie diese Unterstützung auch für sich haben. Denn der normale Schlüssel, der liegt da glaube ich bei 25 oder irgendwie.

A: Bei 27, ja. Ja, aber die beiden sind auch auf mich angewiesen. Ich muss so arbeiten für sie, dass ich im Zeitrahmen bleibe, dass ich pünktlich anfangen. Ich muss für sie, für [Name Schreibkraft], in einer bestimmten Reihenfolge diktieren, dass sie bestimmte Sachen möglichst schnell weitergeben kann. Also wir sind wirklich alle gleichermaßen aufeinander angewiesen. Aber das funktioniert auch. Weil es uns Spaß macht. Weil, wenn irgendwas nicht läuft, wir darüber reden können - völlig unproblematisch. Und wenn wir unser eigenes Ding drehen könnten-

F: Dann wäre es wunderbar.

K6OA 84–85 F: Sie haben auch viel Vertrauen?

A: Total. Weil ich genau weiß, wenn sie irgendwie unsicher ist, dann fragt sie mich auch. Und sie weiß, sie kann mich dann auch fragen.

K6OA 118–119 F: Viele Kliniken haben dann ja so ein Schreibpool, wo dann irgendeine Sekretärin schreibt. Das ist doch hier eigentlich günstiger.

A: So ist es günstiger. Wir kennen uns. Ich weiß, worauf sie Wert legt. Sie kennt meine Stimme, sie macht das schon sehr lange, und wahrscheinlich auch meine Schrift. Und das macht die Sache natürlich auch bedeutend schneller. Das macht die Sache bedeutend schneller!

K6OA 131–135 A: Ganz eklatant. Ich meine, Sie müssen sich vorstellen, dass hier irgendwann alles Mal Arztzentrum sein soll. Und dann –

F: Ja, wird es dann nicht wieder anders werden oder besser werden? Weil dann alle ähnliche Perspektiven haben?

A: Sie müssen davon ausgehen, dass es kaum noch so motivierte Schreibkräfte gibt. Dass es kaum noch so motivierte Pflegekräfte gibt, wie hier und dass es auch Ärzte gibt, die das vermitteln.

F: Was würden die Ärzte daran ablehnen? Aus Ihrer Vermutung?

A: Dass sie eben mehr Patienten, das habe ich ja schon gesagt, dass sie zu viele Patienten versorgen müssen. Man muss auch noch mal daran denken, Ärzte sind auch so was von unglaublich kompliziert.

K6 Sekretärin 29–31 A: Ach, ich komme mit beidem zurecht [mit beiden Organisationsformen]. Obwohl, wenn man jetzt nur für einen Arzt schreibt, dann kann man sich natürlich auf den – weiß schon, was er will. Und so muss man sich eigentlich immer umstellen, wenn man jetzt immer verschiedene Ärzte hat.

F: Jeder hat ja so seine eigene Art zu diktieren vielleicht (A: Genau.) oder so, ja. Dann wissen Sie schon, was er meint.

A: Genau, so ist das.

K6 Sekretärin F: Und finden Sie, dass das so ganz gut organisiert ist? Oder gibt es da irgendwelche Dinge,

- 34–35 die Sie – über die Sie sich ärgern oder die Sie ...  
A: Nee, ich finde, das klappt ganz gut.
- K6 Sekretärin F: Würde Sie das [Kontakt mit Patienten] reizen oder wären Sie froh, wenn Sie hier bei  
44–47 Ihren Arbeiten so bleiben?  
A: Eigentlich lieber ...  
F: Ja, so ist es gut, wie es ist?  
A: Doch.
- K6 Sekretärin F: Ich gebe es nicht weiter, Sie müssen sich keine Sorgen machen.  
48–51  
A: (Lachen) Nein, aber man soll ja eigentlich offen sein für Neues, nicht, man kann ja eigentlich nur dazulernen, denke ich mal.  
F: Aber eigentlich reicht es Ihnen hier so.  
A: Ich finde es schon in Ordnung.
- K6 PA1 78–81 F: Das klingt so, als wenn Sie mit Ihrer Arbeit sehr zufrieden sind eigentlich.  
A: Bin ich, ja.  
F: So von null bis zehn ...  
A: Ja, das ist schon so. Ich arbeite gerne so. Es ist auch schön.
- K6 PA1 81 A: Ich hab ja vorher auf der Station gearbeitet, wo zwei Ebenen zusammengepackt worden sind. Wo dann 160 Patienten auf einen zuliefen. Und hier ist wieder das Schöne, ich habe meine 40 Patienten, und daher weiß ich den Nachnamen, den Vornamen und das Geburtsdatum, das ist mein Training. Ich weiß einfach, wer vor mir steht, ich kenne den Patienten, und dieses den Patienten zu vermitteln, der ist nicht irgendeine Nummer oder so, sie sind - er ist nicht eine Zimmernummer. Oben haben wir es häufig gehabt: „Welche Zimmernummer sind Sie?“ Hier spreche ich den Patienten mit Namen an. Ich kenne die einfach. Das ist befriedigend für einen selbst, und der Patient findet das auch toll.
- K6 PA1 F: Das macht Ihnen auch Spaß, ja?  
82–83  
A: Ja, das bringt mir einfach Spaß dann. Und in diesem kleinen Team, das ist auch schön. Man hat zwei Ansprechpartner, mit denen man so direkt was macht. Ich hab natürlich auch noch meine Station, wo ich Übergaben und alles mache, wo ich mich auch heimisch fühle. Aber es ist sehr schön, ein gutes Team einfach so zu haben. Ich weiß genau, wie Herr [Name des Arztes] arbeitet oder Frau [Name der Sekretärin], und die wissen sich eben auch auf mich zu verlassen. Das ist ganz schön. So ein kleines Team auch.
- K6PA1 89 A: Die Ärzte haben ja schon sehr, sehr viel Zeit für die Aufnahme gebraucht. Ich sehe es ja jetzt, auf der Station läuft es ja zum Teil noch so in alten Bahnen, und da braucht ein Arzt zum Teil zwei Stunden, um einen Patienten aufzunehmen. Und wenn man dann vier Zugänge hat, kann man sich ausrechnen, sind schon acht Stunden Arbeitszeit ungefähr weg. Und dann hat der Arzt eigentlich noch weniger Zeit für die eigentliche Arbeit an den Patienten, die ja auch noch in die Sprechstunde möchten und – also so für den Arzt, glaube ich schon, dieses Team macht das aus.
- K6 PA2 70 A: Sie haben eins zu eins die Ansprechpartner. Es ist nicht das Gewurschtel auf der Station, wo viele Leute sind. Keiner weiß mehr, wo die Information hingengeblieben ist. Irgendwer sagt: „Ich hab’s doch gesagt“ – „Ja wem denn?“ Der Patient hat ja genau dasselbe Drama,



der geht da hin, jedes Mal ist eine andere Kollegin da. Und die Fehlerquote ist eigentlich sehr gering. Es bleibt nicht mehr viel auf der Strecke.

K6PA2 79–80 F: Die Ärzte, wenn sie es dann kennen gelernt haben, finden es dann gut. Vorher haben sie –

A: Wir haben dann Ärzte, die mal aushelfen und dann muss man denen sagen: „Das brauchen Sie nicht mehr, das und das.“ – „Das muss ich alles nicht mehr?“ Völlig platt, das geht ja viel schneller. „Ach so, aha“. Positiv.

K6 PA2 91–92 F: Gut, aber sagen wir mal so im Großen und Ganzen klingt es so als wenn Sie mit dem Modell zufrieden sind und –

A: Prima. Super. Ich möchte nie mehr anders arbeiten.

K6 PA2 92 A: Ich, also wir wurden ja auch gefragt: „Wer möchte daran teilnehmen?“ Und da gab es ja auch keine Kollegen, auch in der Pflege nicht. Und ich fand das von Anfang an sehr interessant, weil es ist eigentlich nicht so neu dieses Modell „Arztzentrum“. Es erinnert mich ein bisschen an frühere Zeiten, wo man eine kleine Station hatte. Da war in der Reha auch nicht viel mehr. Da gab es dann nur 30 Patienten, einen Arzt, eine Pflegekraft. Und es ist ein anderes Wort für mich. Denn natürlich hat sich die Rehamedizin entwickelt, auch was da an Fragen gestellt werden muss, die Inhalte der Therapie. Aber dieser kleine Kreis oder dieses kleine Team, das gab es früher auch. Und dann wurde es so hochgetuned auf groß, groß, groß, und jetzt merkt man, dass es vielleicht doch nicht so günstig ist. Und das andere Wort dafür ist jetzt Arztzentrum.

K6PA2 95–96 F: Oder auch für, sagen wir mal, die Sekretärinnen, die jetzt die Schreibe machen, die häufig in so einem Pool sitzen und irgendwas Anonymes zugespielt kriegen, was sie abliefern. Während sie hier doch dann den Kontakt haben zu dem Arzt, seine Eigenart kennen.

A: Und gerade die Eigenarten! Die wissen dann die Formulierungen schon und auch der Kurzkontakt: „Mensch, ich habe das nicht ganz verstanden.“ Und die Frau [Name Schreibkraft] sagt, dass es genauso wie [Name Schreibkraft], bloß nicht wieder in dieses große Büro da. Und das geht alles viel schneller. Also das ist ja auch Zeitmanagement, ist viel besser zu handeln. Wir verlieren nicht viel Zeit. Zeit ist ja Geld sagt der [Name Klinikdirektor]. Also grundsätzlich für jeden Mitarbeiter, der das hier mitmacht, der ist einfach zufriedener.

K6PA2 F: Ist so gut, wie es ist?

111–112

A: Das ist für mich das Optimum. Und da ich ja nun wirklich seit drei Jahren dabei bin vom ersten Gespräch bis zum Anlaufen, kann ich sagen, es ist ja schon so viel geschehen, und das Optimum ist es jetzt. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es noch besser wird. Jedenfalls hier. Liegt aber immer am Team. Das haben wir auch festgestellt, das liegt am Team. Wenn ein Team von der Chemie her gut läuft, dann läuft das. Aber das ist, glaube ich, überall so.

K6 PA2 A: Und man macht komischer Weise dann auch mehr. Weil man bereit ist. Also wenn ich jetzt hier sage: „Mensch! Der letzte Zugang, es ist schon nach vier.“ Sag ich ja nicht, aber dann kommt eine Ärztin an und sagt: „Ich hab mich beeilt, damit du schnell nach Hause kommst.“ Also das würde ja sonst gar nicht sein, das ist ja egal. Das geht dann so in diesen, durch das Zwischenmenschliche geht da schon viel.

120–122

F: Man macht es auch für den anderen.

A: Für den anderen. Ich sag: „Du musst dich doch nicht beeilen!“ – „Aber du willst doch auch nach Hause.“ So arbeitet man sich das eigentlich dann so zu, und das ist gut.

### 10.11.2 Typische Schwierigkeiten

- K6OA 7      Und wir haben dann ja so eine, na, wie soll ich sagen, eine Erprobungsphase gehabt, die relativ lange ging. Da hatten wir noch mal relativ viel Freiraum. Das hat mir noch mal richtig viel Spaß gemacht. Weil ich auch relativ gut organisieren kann und ich hier zwei Motivierte –. Es war natürlich auch so, dass gefragt wurde: „Wer hat Lust dazu?“ Von daher habe ich natürlich auch hier eine sehr motivierte Schreibkraft und sehr motivierte Pflegekräfte gehabt. Und die auch erstaunlicherweise sehr stark bereit waren, neue Aufgaben zu übernehmen. Und von daher hat das wirklich Spaß gemacht, was Neues zu schaffen, zu kreieren. Das flutschte. Und das flutscht auch noch. Also wir sind hier mit dem Arztzentrum wirklich eine Einheit. Und auch wirklich alle so total gleichberechtigt. Weil das ja auch nun wirklich drei große Zahnräder sind. Und wenn ein Zahnrad fehlt, dann drehen sich die anderen beiden nicht mehr.
- K6OA 8–9      F: Klingt so nach einem guten Team?
- A: Ja. Und so gut. Und wir haben auch am Anfang in der Erprobungsphase nach außen sehr viel Handlungsspielraum gehabt. Also wir konnten sagen, also um das Arztzentrum herum, was die Schnittstellen um das Arztzentrum herum angeht, haben wir relativ viel Variationsmöglichkeiten, Spielmöglichkeiten gehabt. Dieses Zweite hat sich völlig geändert. Also diese, also innerhalb unseres Arztzentrums ist alles nach wie vor perfekt. Das läuft. Das flutscht. Aber um das Arztzentrum herum sind massive Schnittstellenprobleme.
- K6OA 27      A: Also ich habe hier jetzt 40 Patienten und trotzdem bin ich in Vertretungsfunktion mit noch mal so 20 Patienten. Wenn die Vertretungssituation hier eintritt, dann packen wir das hier nicht. Das packen wir einfach nicht.
- K6OA 55–57/1      A: Ja, und dann auch noch die Visitenplanung. Hat sie Ihnen das erzählt?
- F: Sie macht die Visitenplanung, sagte sie.
- A: Ja, aber die – es ist total praktisch, wenn sie das macht. Aber das Planbüro will das nicht aus organisatorischen Gründen, weil die dann wiederum Planungsschwierigkeiten kriegen. Wir haben dann mal verglichen. Mal eine Zeit lang eine Planung durch sie, mal eine Zeit lang das Planbüro. Eindeutige Ergebnisse: Es ist über sie besser, aber trotzdem, aber trotzdem läuft es jetzt nicht. Man zieht nicht die Konsequenzen daraus.
- K6OA 57/2      A: Oder Therapieabteilung, ja Therapie. Ich habe gesagt: „Ich muss nicht mehr jede Mail kriegen von den Therapeuten. Bitte an das Arztzentrum [Name].“ Sie filtert das und guckt was ist für mich wichtig. Und wenn da steht „vom Therapiezentrum, Herr Schmitt bitte von der Bewegungsbildung blau in gelb“ also in eine etwas höhere Leistungsstufe, das muss ich nicht wissen. Das kann auch so laufen. Riesige Kränkung in der Therapieplanung, dass ich nicht mehr direkt angemailt werde, sondern nur in Führungsstrichen, an sie. Ja, unterschätzen Sie das nicht. Das macht Kränkungen. „Der Arzt will nichts mehr mit uns zu tun haben.“
- K6OA 65      A: Vor kurzem war es halt so, dass wir vertreten sollten, weil eine Kollegin ausgefallen war. Und Sie können sich vorstellen, ich bin natürlich, so wie ich hier arbeite, auf meine Schreibkraft angewiesen. Wenn ich mehr Patienten habe natürlich noch mehr. Und irgendwann sagte Frau [Sekretärin] nebenan „also irgendwann komme ich auch an meine Grenze.“ Und dann hat irgendwer aus der Leitung entschieden, ja dann muss Frau [Sekretärin] nach dem alten Schema Entlassungsbriefe machen. Und das reißt mich natürlich erst recht rein. Nicht? Also prinzipiell ist es so, je mehr Patienten ich mache, umso wichtiger ist es mir, dass die mir gut zuarbeiten. Und dann wird so eine Entscheidung gefällt! Dieses, was on top ist, muss ich nach dem alten Schema machen. Das reißt mich total rein. Und das bespricht dann aber

auch keiner mit mir. Und das sind alles so Schnittstellenprobleme um unser Arztzentrum herum.

K6OA 70-71

F: Die Vertretungssituation und so was ist ja auch immer schwierig. Wie machen Sie es hier mit Spätanreisen? Schaffen Sie, es jeden Patienten am Anreisetag zu sehen?

A: Ja. Dann mache ich mal ein bisschen länger, aber das ist ja nicht schlimm. Ich gehe ja auch, wenn ich ja mal weniger habe, gehe ich mal früher, mal eine halbe Stunde später. Das ist für sie [die Assistenz] nicht ganz so einfach. Ich habe da natürlich mehr Spielraum, weil ich kommen und gehen kann, wann ich will. Sie steckt da mehr in so einem Arbeiten von-bis. Und wenn sie mal über 16 Uhr hinaus arbeitet, ist das schwer für sie wieder auszugleichen.

K6P1 Arztzentrum  
69

A: Die kamen dann ohne Fragebogen. Hauptsächlich sind es ältere Patienten gewesen, und da hab ich dann zum Teil auch schon eineinhalb Stunden gegessen und so einen Fragebogen – und dann eben das Problem: Die Zulieferer, die anderen Kliniken, da kommen die Patienten dann, kamen die erst an gegen Mittag hier an.

K6P1 Arztzentrum  
73

A: Die in einem Umkreis, sag ich immer so, bis 300 Kilometer, sollen bis 10 Uhr hier sein. Patienten, die von weiter weg kommen, sollten bis 14 Uhr hier auch anreisen, und das funktioniert auch in der Regel. Heute also hab ich 5 Zugänge, 3 sind aus der näheren Umgebung. Da weiß ich, die werden heute Vormittag anreisen, und 2 kommen wirklich von Süddeutschland, da hab ich nur, dass sie mit dem Zug anreisen. Da kann ich mich drauf einstellen, die werden heute Nachmittag anreisen. Und dann leg ich mir das so von meiner Arbeit, dass ich dann auch Zeit habe. Das geht.

K6P1  
Arztzentrum 85

A: Und ich freu mich jetzt natürlich aber auch, dass ich wieder auf die Station zurückkomme, so ein bisschen wirklich näher auch noch an den Patienten dran bin wieder, weil ja einfach die Patientenzimmer da drüben sind. Und im Moment kommt der Patient uns hier so besuchen, nicht, zur Visite oder wenn etwas ist, aber dann sind wir einfach näher auch für den Patienten zu erreichen.

K6P1  
Arztzentrum  
90-91

F: Sind Sie so mit Ihrer EDV-Ausstattung zufrieden? Also gibt es so Möglichkeiten der Vernetzung EDV-mäßig in dem Team, oder ...?

A: Nee, deswegen ist die Tür so schön. Also letztendlich - Herr [Arzt] ist mehr vernetzt, als wir das hier sind. Frau [Sekretärin], glaube ich, hat auch noch mehr Zugriffsberechtigung, als ich sie habe. Aber es ist ausreichend. Das, was ich habe, reicht vollkommen aus. Ich bin ja am E-Mail-Programm dran, ich bin am IFU [KIS] dran, wo wir alle mit arbeiten (F: Was ist das?) Das ist dieses Patienteninformationssystem, ich kann also alle Dokumente, Archiv, alles öffnen. Das ist für mich wichtig. Und ich hab eben Zugang, wobei die beiden anderen keinen Zugang haben, für diese Therapieplanung, nicht. Das ist wirklich – das hat nur – Herr [Ärztlicher Direktor] sagt ja immer, wir sind hier die Organisatoren, also der Organisator, der muss Zugriff haben auf dieses TIMEBASE [Therapieplanungsprogramm]. Und das läuft gut. Es gab da auch so ein paar Schnittstellenproblematiken zwischen der Therapieplanung und uns von den Arztzentren, aber sind wir auch am Überarbeiten, nicht, dass ich einfach, wenn ich jetzt die Visiten eingebe oder auch die Entlassungsgespräche, kann ich – habe ich einen Blankoplan, sag ich immer. Dann sehe ich in der nächsten Woche noch nicht, wann hat das Planbüro jetzt Therapien vorgesehen. Und es gibt ja feste Therapietermine, die nicht verschiebbar sind, weil es Gruppensachen sind. Da sind wir jetzt am Erarbeiten, dass da so eine – wie ein Hintergrund erscheint auf meinem Blankoblatt, wo so Sperrzeiten drin sind, damit ich die dann nicht blockiere in ihrer Arbeit. Also da sind wir am Arbeiten.

K6P1

F: Aber das ist gesichert, dass das, was Sie fragen, nicht noch einmal gefragt wird?

- Arztzentrum  
98–101
- A: Nee, gesichert würde ich nicht sagen, aber letztendlich – je besser ich das vorarbeite, umso sicherer kann ich sein, dass er das nicht unbedingt nochmal alles soo explizit erfragt, wie ich es hier gemacht hab.
- F: Also Ihr ärztlicher Kollege hat auch Vertrauen, dass Sie das richtig machen.
- A: Ja.
- K6P1  
Arztzentrum  
108–113
- F: Und wenn Sie jetzt Urlaub haben, wie geht das dann hier?
- A: Dann hab ich Vertretung.
- F: Tatsächlich?
- A: Ja, dann ist immer geregelt, dann ist entweder Schwester [Name] oder Schwester [Name] zurzeit, die hier mitarbeiten. Und jetzt ist letzte Woche eine Kollegin jetzt auch eingearbeitet worden, Schwester [Name], die soll nachher auch hier mitarbeiten. Also das ist ...
- F: Die können das genauso gut wie Sie?
- A: Ja, davon gehe ich aus.
- K6P1 Arztzentrum  
123–125
- A: Wir haben im Moment so das Gefühl, durch die Leitung wird viel fremdentschieden. Dass wir nicht unbedingt bei Dingen, die unsere Arbeit betreffen, so mit einbezogen werden. Da wünsch ich mir einfach noch mehr, dass wir da auch gehört werden in dem. Weil es war so, unser Arztzentrum Orthopädie war immer so ein bisschen das Vorzeigemodell, was wirklich sehr gut läuft. Das Arztzentrum VMO oben, die haben sich das ein bisschen selber zu-rechtgeschustert, wie sie es brauchen für ihre Patienten. Und jetzt haben wir das Gefühl, wo jetzt mehrere Arztzentren in der Entstehung sind, dass einiges einfach so fremd entschieden wird.
- F: Ohne auf Ihre Erfahrung zurückzugreifen?
- A: Ohne auf unsere Erfahrung zurückzugreifen, und das stimmt uns alle so ein bisschen traurig, die wir hier arbeiten, weil wir das Gefühl haben, hoffentlich läuft es nachher in der Summe der Arztzentren dann auch so gut, wie man – weil wir ja auch immer so dafür erworben haben, wie gut es hier läuft. Nicht dass nachher Kollegen uns böse sind und sagen: Siehst du, jetzt habt ihr das. Ihr habt immer gesagt, die Arztzentren, das sollen alles Arztzentren werden, das läuft gut. Jetzt haben wir hier die Arztzentren, und es läuft vielleicht nicht gut. Das ist insofern unsere Angst, die wir im Moment haben.
- K6P2 Arztzentrum  
48–50
- A: Man sitzt hier eigentlich nicht so viel. Man ist sehr viel in Bewegung. Wir haben die Akten alle zentral auf der Station vier. Da sind auch die Ordner, wo die Kurven drin sind. Die müssen also immer noch transferiert werden. Ist manchmal nicht so witzig, wenn der Patient hier ein Problem hat und die Akte ist unten. Gut dann ist man ein bisschen in Bewegung, kann man auch positiv sehen.
- F: Ach so, ein Stockwerk tiefer?
- A: Ein Stockwerk tiefer. Da ist also von Station vier und fünf alles. Auch von Blau, alles muss man da zusammen sammeln.
- K6P2 Arztzentrum  
52–54
- A: Die Rohrpost [fehlt], ja. Und da denn auch viele Konsile stattfinden, gerade bei den Patienten in der VMO sind die Konsile ganz häufig bei Frau [Name Ärztin], die hat also ganz viele Patienten im Konsil und bei Herrn [Name Arzt]. Dann wandern die Akten, und dann ist man schon unterwegs, um sie wieder einzufangen.
- F: Ja, das könnte man sich noch besser vorstellen?
- A: Das wird besser. Wenn alle Arztzentren da sind, ist es so auch, dass dann hier die Akten

sind von den Patienten, die hier betreut werden. Und dann sieht es schon anders aus.

K6P2 Arztzentrum  
56–60

**A:** Aber diese ganzen Sachen laufen dann eben – ich habe die Anweisung oder Anordnung, dann gehe ich mit diesem Zettel, den ich gedruckt habe und eingegeben habe, geh ich dann auf die Station und mache das fertig. Und das ist dann so ein bisschen auch noch offen gehalten, macht das das Team auf der Station oder macht das das Arztzentrumsteam – das ist dann so ein Zeitthema. Dienstag, Mittwoch wird es gar nicht möglich sein, aber so gucken wir mal.

**F:** Ja. Das ist ja für die Schwestern auf der Station ja auch irgendwie etwas Neues.

**A:** Etwas Neues. Ganz schwierig da jetzt eigentlich Ruhe zu halten. Frau [Name der Pflegedienstleitung] hatte einen schwierigen Part. Jedem zu vermitteln, wie wichtig er ist und nicht das die – das Problem bei den Kollegen ist häufig dann, dass die dann sagen „wir machen nur noch euren Kram weg hier.“ Das ist ganz häufig. Wir haben uns im Vorfeld diese Arztzentren ja auch in der Klinik in [Ortsname] angeguckt, wo der [Name], der bei uns hier Verwaltungsleiter ist, vorher war. Und die haben ja diese Arztzentren schon fest etabliert und installiert. Und da waren wir ja auch ganz euphorisch wiedergekommen und haben gedacht: „Das ist ja super.“ Die haben uns aber auch gleich gesagt, der größte Knackpunkt war bei denen auch die Station. Die haben das Gefühl gehabt, das Arztzentrum ist da oben angesiedelt, und wir sind nur noch da unten.

**F:** „Wir sind nicht mehr so wichtig?“

**A:** Ja, und da haben sie auch gleich gesagt, da muss man aufpassen, dass es da nicht zwei Parteien gibt, die sich nachher bekriegen.

K6 Sekretärin  
36–39

**F:** Haben Sie eine Vertretung, wenn Sie in Urlaub sind?

**A:** Ja, meine Kollegin. Aber dann allerdings nur halbtags, aber das lässt sich dann ja regeln mit den Entlassungsgesprächen.

**F:** Das wird dann hin- und hergeschoben oder ...?

**A:** Nee, die kommt dann auch hierher zu mir nach oben und schreibt das dann auch hier, weil wie gesagt, da sie ja nur einen halben Tag da ist, versuchen wir, die Entlassungsgespräche dann so zu legen, dass entweder die Patienten in zwei Tagen gehen, also dass sie dann einen Tag Luft hat, falls sie dann nicht mehr da sein sollte. Also das löst sich alles ganz gut. Dass sie dann einen Tag hat, dass sie dann am nächsten Tag dann schreibt.

## **11 Anhang**

### **11.1 Interviewleitfäden**

#### **11.1.1 Interview Reha-Assistentin und andere Assistenzkräfte**

1. Welchen Beruf haben Sie ursprünglich erlernt?
2. Hatten Sie, bevor Sie Reha-Assistentin wurden, schon Erfahrungen in der Reha? Wie viele Jahre?
3. Haben Sie auch vorher schon in dieser Klinik gearbeitet? Auf welchen Positionen?
4. Wie sind Sie auf die Arbeit als Reha-Assistentin vorbereitet worden?
5. Was sind Ihre Aufgaben, wie sieht ein typischer Tagesablauf aus?
6. Wie schwierig ist es für Sie, diese Tätigkeit auszuüben? Gibt es fachliche Schwierigkeiten? Oder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit?
7. Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit durch die Patienten akzeptiert?
8. Kommt es vor, dass Patienten nicht mit Ihnen sprechen möchten oder einzelne Fragen nicht beantworten möchten?
9. Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit durch die Ärzte akzeptiert?
10. Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit durch die Pflegekräfte akzeptiert?
11. Wie sinnvoll finden Sie die Arbeit als Reha-Assistentin?
12. Wie zufrieden sind Sie mit dieser Arbeit?
13. Haben Sie Ideen oder Wünsche, wie sich die Reha-Assistenz noch weiterentwickeln könnte?

#### **11.1.2 Ärzte und Pflege**

1. Welche Funktion üben Sie hier in der Klinik aus?
2. Über welche Erfahrungen in der Reha verfügen Sie? Wie viele Jahre?
3. Was spüren Sie von der Arbeit der Reha-Assistentin?
4. Fühlen Sie sich durch die Arbeit der Reha-Assistentin entlastet? Inwiefern?
5. Was würden Sie sagen: Sparen Sie durch die Arbeit der Reha-Assistentin Zeit? Wie viel?
6. Hat sich für Sie der Kontakt mit den Patienten durch den Einsatz der Reha-Assistentin irgendwie verändert?
7. Haben Sie den Eindruck, dass die Reha-Assistentin ihren Aufgaben gewachsen ist?

8. Haben Sie den Eindruck, dass die Reha-Assistentin von den Patienten akzeptiert wird?
9. Sind durch den Einsatz der Reha-Assistentin irgendwelche neuen Schwierigkeiten oder Probleme aufgetreten?
10. Wie sinnvoll finden Sie den Einsatz von Reha-Assistentinnen in der Reha?
11. Haben Sie Ideen oder Wünsche, wie sich die Reha-Assistenz noch weiterentwickeln könnte?

### **11.1.3 Rehabilitanden**

#### **Zur Akzeptanz des Einsatzes von Reha-Assistentinnen**

1. Hat es Sie überrascht, dass Sie zuerst mit der Reha-Assistentin gesprochen haben (und nicht mit einem Arzt)?
2. Hätten Sie es besser gefunden, wenn der Arzt zuerst gekommen wäre?
3. Gab es irgendeine Frage, die Sie lieber nur mit einem Arzt besprochen hätten?
4. Wie finden Sie es, wie die Aufgaben zwischen Arzt und Reha-Assistentin aufgeteilt sind?

#### **Zur Kompetenz der Reha-Assistentin**

5. Kann eine Hilfskraft diese Arbeit machen oder ist das etwas, was eigentlich der Arzt machen sollte?
6. Hatten Sie Vertrauen, dass die Reha-Assistentin alles richtig macht?
7. Gab es einen Augenblick, wo Sie dachten: Das hat sie jetzt nicht richtig verstanden?
8. Wirkte die Reha-Assistentin manchmal irgendwie überfordert?
9. Hatten Sie den Eindruck, dass sie Ihre Medikamente richtig aufgeschrieben hat?
10. Waren Sie damit einverstanden, dass die Reha-Assistentin mit Ihnen die Nachsorge besprochen hat?
11. Konnte die Reha-Assistentin Ihre Fragen beantworten? Hat Sie sich verständlich ausgedrückt?

#### **Zum persönlichen Kontakt**

12. Wie haben Sie die Aufnahme mit der Reha-Assistentin erlebt?
13. Könnte es sein, dass man sich im Kontakt mit der Reha-Assistentin irgendwie entspannter fühlt (als beim Arzt)?
14. Hat Sie sich genügend Zeit gelassen?
15. War die Reha-Assistentin freundlich?

## 11.2 Liste der ursprünglichen Codes

- |            |  |
|------------|--|
| <b>8.1</b> | <b><u>Sind die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen?</u></b>                         |
| 8.1.1      | Aus eigener Sicht  |
| 8.1.2      | Aus Sicht der Ärzte  |
| 8.1.3      | Aus Sicht der Pflege   |
| 8.1.4      | Aus Sicht der Rehabilitanden   |
| <b>8.2</b> | <b>Führt der Einsatz von Reha-Assistentinnen zu einer Entlastung anderer Berufe?</b>         |
| 8.2.1      | <u>Ärzte</u>   |
| 8.2.2      | <u>Pflege</u>  |
| <b>8.3</b> | <b><u>Werden die Reha-Assistentinnen von Mitarbeitern akzeptiert?</u></b>                    |
| 8.3.1      | Aus eigener Sicht  |
| 8.3.2      | Aus Sicht der Mitarbeiter  |
| <b>8.4</b> | <b>Werden die Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert?</b>                     |
| 8.4.1      | Aus Sicht der Assistenzkräfte  |
| 8.4.2      | Aus Sicht der Rehabilitanden   |
| 8.4.3      | Aus Sicht der Ärzte  |
| 8.4.4      | Aus Sicht der Pflege   |
| <b>8.5</b> | <b><u>Sind die Mitarbeiter und Rehabilitanden mit dem Organisationsmodell zufrieden?</u></b> |
| 8.5.1      | Ärzte  |
| 8.5.2      | Pflege   |
| 8.5.3      | Assistenzkräfte  |
| 8.5.4      | Rehabilitanden   |
| <b>8.6</b> | <b><u>Welche Schwierigkeiten und Verbesserungsvorschläge ergaben sich?</u></b>               |
| 8.6.1      | Finanzierung   |
| 8.6.2      | <u>Strukturprobleme</u>  |
| 8.6.2.1    | Personalausstattung  |
| 8.6.2.2    | Sachausstattung  |
| 8.6.3      | <u>Prozesse</u>  |
| 8.6.3.1    | Doppelbefragungen  |
| 8.6.3.2    | Spätanreisen   |
| 8.6.3.3    | Zusammenarbeit   |
| 8.6.4      | <u>Möglichkeiten der Weiterentwicklung</u>   |
| 8.6.4.1    | Aus Sicht der Reha-Assistentinnen  |
| 8.6.4.2    | Aus Sicht der Ärzte  |
| 8.6.4.3    | Aus Sicht der Pflege   |
| 8.6.4.4    | Aus Sicht der Rehabilitanden   |

Tabelle 8: Liste der ursprünglichen Codes. Fett- und kursivgedruckte Zeilen dienen nur der Gliederung. Die eigentlichen Codes waren die Ausdrücke in Normalschrift. Gestrichelt unterstrichene Codes wurden überarbeitet, s. Tabelle 9 auf der folgenden Seite.



### 11.3 Liste der überarbeiteten Codes

- |            |   |
|------------|---|
| <b>8.1</b> | <b>Sind die Reha-Assistentinnen ihren Aufgaben gewachsen?</b><br><i>Einarbeitung, Informationsmanagement, Zuverlässigkeit</i>             |
| 8.1.1      | Aus eigener Sicht   |
| 8.1.2      | Aus Sicht der Ärzte   |
| 8.1.3      | Aus Sicht der Pflege  |
| 8.1.4      | Aus Sicht der Rehabilitanden  |
| <b>8.2</b> | <b>Führt der Einsatz von Reha-Assistentinnen zu einer Entlastung anderer Berufe?</b>  |
| 8.2.1      | Ärzte <i>(kann nur auf Äußerungen von Ärzten angewendet werden)</i>   |
| 8.2.2      | Pflege <i>(kann nur auf Äußerungen von Pflegekräften angewendet werden)</i>   |
| <b>8.3</b> | <b>Werden die Reha-Assistentinnen von Mitarbeitern akzeptiert?</b><br><i>Akzeptanz der neuen Berufsgruppe, Akzeptanz der Personen</i>     |
| 8.3.1      | Aus eigener Sicht   |
| 8.3.2      | Aus Sicht der Mitarbeiter   |
| <b>8.4</b> | <b>Werden die Reha-Assistentinnen von den Rehabilitanden akzeptiert?</b>  |
| 8.4.1      | Aus Sicht der Assistenzkräfte   |
| 8.4.2      | Aus Sicht der Rehabilitanden  |
| 8.4.3      | Aus Sicht der Ärzte   |
| 8.4.4      | Aus Sicht der Pflege  |
| <b>8.5</b> | <b>Wie zufrieden sind die Mitarbeiter mit dem Organisationsmodell?</b>  |
| 8.5.1      | Ärzte   |
| 8.5.2      | Pflege  |
| 8.5.3      | Assistenzkräfte   |
| <b>8.6</b> | <b>Wie bewerten die Rehabilitanden die konkrete Begegnung mit der Reha-Assistentin</b>  |
| <b>8.7</b> | <b>Welche Schwierigkeiten ergaben sich?</b>   |
| 8.7.1      | Finanzierung  |
| 8.7.2      | Sachausstattung: Räume und EDV  |
| 8.7.3      | Doppelbefragungen   |
| 8.7.4      | Spätanreisen  |
| 8.7.5      | Zusammenarbeit im Team  |
| 8.7.6      | Zeitkritische Abläufe   |
| 8.7.6      | Doppelrollen  |
| 8.7.7      | Keine Vertretung  |
| <b>8.8</b> | <b>Möglichkeiten der Weiterentwicklung</b><br><i>mehr Aufgaben, andere Aufgabenverteilung, Ausdehnung auf weitere Bereiche der Klinik</i> |
| 8.8.1      | Aus Sicht der Reha-Assistentinnen   |
| 8.8.2      | Aus Sicht der Ärzte   |
| 8.8.3      | Aus Sicht der Pflege  |
| 8.8.4      | Aus Sicht der Rehabilitanden  |

Tabelle 9: Liste der überarbeiteten Codes. Fett- und kursivgedruckte Zeilen dienen mit Ausnahme von Punkt 8.6 nur der Gliederung oder Erläuterung. Die eigentlichen Codes waren die Ausdrücke in Normalschrift. Die Ordnungszahlen sind dieselben, die bei der Dokumentation der Äußerungen verwandt wurden.

### 11.4 Fragebogen Rehabilitanden beurteilen Reha-Assistentinnen

	Stimmt genau	Stimmt etwas	Teils, teils	Stimmt eher nicht	Stimmt überhaupt nicht
1. Die Reha-Assistentin war freundlich und einfülsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Reha-Assistentin machte einen kompetenten Eindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Reha-Assistentin konnte alle meine Fragen zufriedenstellend beantworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Reha-Assistentin hat sich verständlich ausgedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Reha-Assistentin hat mir einige nützliche Informationen gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Im Kontakt mit der Reha-Assistentin habe ich mich wohlgeföhlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich finde es gut, dass der Arzt von Arbeiten entlastet wird, für die man kein Medizinstudium braucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich hätte es besser gefunden, wenn der Arzt alle Aufgaben selbst übernommen hätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Arzt hat mich manches noch einmal gefragt, was ich schon der Reha-Assistentin gesagt hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe den Eindruck, dass Arzt und Reha-Assistentin gut zusammenarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Alter:

Geschlecht:  männlich  weiblich

Ich bin ausgebildet als:

Meine Krankheit heißt

Meine Gesundheit ist im Allgemeinen

gut  weniger gut  schlecht  sehr schlecht

### 11.5 Fragen zur Charakterisierung der Kliniken

1. Beleger
2. Anzahl Rehabilitanden (absolute Zahlen)
3. Welche Indikationen?
4. Personalausstattung
5. Reha-Assistentin: Wie viele (in VK)? Für wie viele Patienten? Welcher Beruf? Welche Grundausbildung? Gab es eine gezielte Weiterbildung für diese Aufgabe? Was sind die Hauptaufgaben der Reha-Assistentin?
6. Wie ist die administrative Aufnahme des Patienten organisiert? Welche Berufsgruppen sind beteiligt? Mit welchen Zuständigkeiten und Aktivitäten?

#### Wichtige Themen:

- 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
7. Wie ist die Stationsaufnahme des Patienten organisiert? Welche Berufsgruppen sind beteiligt? Mit welchen Zuständigkeiten und Aktivitäten?

#### Wichtige Themen:

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.

8. Wie ist die medizinische Aufnahme des Patienten organisiert? Macht alles der Arzt allein? Gibt es eine Vorbereitung der Aufnahmeuntersuchung durch andere Berufsgruppen? Durch welche? Mit welchen Zuständigkeiten und Aktivitäten?

#### Wichtige Themen in der Vorbereitung:

- Mitgebrachte Unterlagen sichten und vervollständigen
  - Fragebögen auswerten
  - 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
9. Wie werden Rehazielen festgelegt?

Welche Personen sind beteiligt? Werden Fragebögen, Formulare verwendet? Wie wird dokumentiert?

#### 10. Diagnostik, Assessments

Von wem werden die routinemäßigen technischen Untersuchungen durchgeführt? Ferner Assessments, Scores wie zum Beispiel Barthel-Index, Selbstauskunftsfragebögen? Wer wertet aus? Wie kommen die Befunde zum Arzt?

#### 11. Wie werden Therapiepläne erstellt?

Gibt es Standardtherapien? Therapiestandards (Leitlinien)? Qualitätskontrollen? EDV-Programm? Wer ist an der Therapieplanerstellung mit welchen Zuständigkeiten beteiligt?

#### 12. Rückmeldungen der Therapeuten und Berater

Wie kommen die Rückmeldungen der Therapeuten und Berater (Psychologen, Sozialarbeiter, Ernährungsberater usw.) zum Arzt? Wie ist gewährleistet, dass sie rechtzeitig vor Entlassung kommen?

#### 13. Nachsorge

Wie erfahren die Patienten von der Notwendigkeit der Nachsorge und von den Programmen der Rentenversicherung und der Krankenkassen? Wer nennt den Patienten geeignete Nachsorgeorte? Wer füllt die nötigen Formulare aus?

#### 14. Abschlussuntersuchung

Wie ist die Abschlussuntersuchung organisiert? Die Terminierung? Wird sie von jemand anderem als dem Arzt vorbereitet (nötige Unterlagen besorgen und bereitlegen, auf Vollständigkeit prüfen)?

#### 15. Briefschreibung

Wie ist die Arztbriefschreibung organisiert? Wird der Brief schon irgendwie vorbereitet und mit bestimmten Inhalten gefüllt, bevor der Arzt diktiert? Oder stammen alle Formulierungen vom Arzt selbst?

## 11.6 Klinik 1: Auszug aus dem Anamnesebogen

### J. Familienstand/Kinder: (4.1-4.4)

- Ledig
- verheiratet  seit: \_\_\_\_\_
- getrennt  seit: \_\_\_\_\_
- geschieden  seit: \_\_\_\_\_
- verwitwet  seit: \_\_\_\_\_
- Frühere Ehen

Haben Sie Kinder?  nein  ja- wie viele? \_\_\_\_\_

Sind die Kinder gesund?  nein  ja

Ich lebe allein:

Ich lebe in einem Haushalt mit insgesamt \_\_\_\_\_ Personen Belastungen im sozialen Umfeld, zum Beispiel Pflege von Angehörigen: (4.1.4) Psychische Belastungen (kritische Lebensereignisse, Konflikte): (4.1.5)

nein  ja

nein  ja

Belastungen durch finanzielle Situation/Schulden: (4.1.6)

nein  ja

Ist Ihr Freizeitverhalten gesundheitsfördernd? (4.1.7) Be-

nein  ja

sitzen Sie zurzeit einen gültigen Führerschein? (4.1.8) Be-

nein  ja

lastungen durch Strafverfahren: (4.1.9)

nein  ja

Belastungen durch mangelnden sozialen Rückhalt: (4.1.10)

nein  ja

Anträge auf berufliche Rehabilitation oder Frührente: Ha-

nein  ja

ben Sie eine Pflegestufe: (4.1.14)

nein  ja

Benutzen Sie Hilfsmittel wie Schienen, Bandagen, Stützen: (4.1.15)

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Einschränkungen der Aktivitäten (4.2)**

Haben Sie Beeinträchtigungen beim Lernen und bei der Wissensanwendung  
(z.B. Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Entscheidungen treffen): (4.2.1)  nein  ja

Haben Sie Beeinträchtigungen bei allgemeinen Aufgaben u. Anforderungen  
(z.B. Aufgaben übernehmen, tägliche Routine planen und durchführen, mit Stress, Krisensituatio-  
nen und anderen psychischen Anforderungen umgehen) (4.2.2)  nein  ja

**Einschränkungen der Teilhabe: (4.3)**

Haben Sie Einschränkungen bei der Teilnahme an  
-gesellschaftlichen Anlässen (Geschäftssessen, Betriebsfeiern):  nein  ja  
-privaten Beziehungen: (4.3.1)  nein  ja  
- öffentlichen Veranstaltungen: (4.3.2)  nein  ja

**MdE, GdB, Sozialleistungsanträge: (4.4)**

Beziehen Sie eine Verletztenrente?  nein  ja MdE: \_\_\_\_ Pro-  
zent

Beziehen Sie eine Rente?  nein  ja, seit wann?: \_\_\_\_

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?  nein  ja

Sind Sie schwerbehindert?  nein  ja GdB \_\_\_\_ Merkzeichen:

Haben Sie einen Schwerbehindertenantrag gestellt?  nein  ja

**K. Beruflicher Werdegang (5.1-5.5)****Erwerbsstatus (bitte kreuzen Sie an) (5.1)**

berufstätig arbeitslos Hausfrau/-mann berentet/Pensionär seit: \_\_\_\_\_

**Schulabschluss:** \_\_\_\_\_

**Abgeschlossene Berufsausbildung:** \_\_\_\_\_

**Sonstige Berufsausbildungen:** \_\_\_\_\_

**11.7 Klinik 2: Aufnahmebogen**

KU.11.F534.01

251691008251692032251693056251694080 Angehörige/Tel.-Nr.:

Hausarzt:

Orthopäde/Facharzt:

Entlassungsbrief:  ja  nein  
Zuletzt hier:

, alte Akte vorhanden:  ja  nein

**Soziale Anamnese**

Patient/inist:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Patient/inlebt:  in der Familie  allein  im betreuten Wohnen  Pflegeheim

Kinder:  ja  nein, Alter der/des Kinder/s:

Im häuslichen Bereich ist:  keine Treppe  eine Treppe mit Stufen zu überwinden.  
Zuletzt ausgeübter Beruf:

arbeitslos seit  arbeitsunfähig seit

berentet seit

GdB: Pflegestufe: Heilverfahren (mit Grund):

MDE

Hilfsmittel:

UAST  Rollator  Rollstuhl  
 Prothese  Orthese  Korsett/Mieder

Größe: cm Gewicht: kg

Patient/inist:  orientiert  desorientiert

Sprache:

Sprachstörungen  fehlende Deutschkenntnisse

Gehör:

Sehen:

Hörgerät  links  rechts

Gebiss:

Brille  Kontaktlinsen  
 Zahnprothese  Teilprothese  oben  unten

Allergien:

Ernährung:  Vollkost  Diät

Bisherige häusliche Medikation/Dosierung


Vegetative Anamnese:

Schlaf  
Appetit

Stuhlgang  
Alkohol

Miktion  
Nikotin

Nykturie  
Drogen

Datum:

Reha-Assistenz: .....

Schulabschluss:

Beruflicher Werdegang:

Ausbildung:

Als was hat Patient/in zuletzt gearbeitet und wo:

Schichtarbeit:

ja  nein

wenn ja, in welchem Schichtsystem:

Schwerheben:

ja  nein wenn-

ja, wieviel Kg:

Überwiegend:

stehend  gebückt  sitzend

Hitze/Kälte/Nässe/im Freien

War Patient/in in den letzten 12 Monaten wegen weiterer Erkrankungen krankgeschrieben:  ja  nein

Sind für schwere Lasten Hilfsmittel vorhanden:

ja  nein

Bei Lkw-Fahrern:

Fern- oder  Nahverkehr  Luftgefederter Sitz  Be-/Entladen

Bei Landwirten:

Gehhilfen, wenn ja, wie lange:

Hat Patient/in schon einmal eine Rehag gemacht:

ja  nein

wenn ja, wo:

warum:

Rentenantrag:

beabsichtigt  gestellt





11.8 Klinik 4: Auszug aus dem Anamnesebogen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Berufssituation

5.1.

- Ich habe einen Schulabschluß und zwar: .....
- Ich habe einen Beruf erlernt, und zwar: .....
- Ich arbeite jetzt als .....
- Ich habe schon einmal eine Umschulung gemacht und zwar zum: .....

5.2./5.4.

- Ich arbeite im Stehen nie manchmal oft ständig
- Ich arbeite im Gehen nie manchmal oft ständig
- Ich muß häufig Lasten heben und tragen (wieviel kg?) ..... kg.
- Während meiner Arbeit bin ich besonderen Gefahren ausgesetzt (Arbeiten an laufenden Maschinen, Gerüst- und Leiterarbeiten usw.), welche? .....

Ich arbeite in der Woche ca..... Stunden.

- Ich habe Schichtdienst
- Ich leiste Akkordarbeit
- Meine Arbeit ist nervlich besonders belastend und zwar durch: .....

Ich bin bei meiner Arbeit dem Wetter ausgesetzt

- Meinen Arbeitsplatz erreiche ich  zu Fuß  mit dem Fahrrad
- mit dem Auto  mit öffentlichen Verkehrsmitteln

Mein Arbeitsweg dauert ..... Minuten.

- Mit meiner Arbeit bin ich unzufrieden, weil.....

5.3.

In den letzten 12 Monaten war ich krankgeschrieben wegen .....

.....

Die Krankheitsdauer (Arbeitsunfähigkeit) betrug insgesamt ..... Wochen.

Ich bin z. Zt. arbeitsfähig.

Mein Leistungsvermögen ist zur Zeit  normal  leicht eingeschränkt

deutlich eingeschränkt  stark eingeschränkt

Eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz kann ich mir nicht vorstellen, weil .....

.....

5.3.1.

Ich bin aufgrund der Krankheit zur Zeit arbeitslos oder befürchte, arbeitslos zu werden

5.3.2.

Ich muß mich eventuell aufgrund der Krankheit beruflich verändern (zum Beispiel Arbeits-

hilfen, innerbetriebliche Umsetzung, Eingliederungshilfen, Umschulung)

5.5.

Ich habe von mir aus den Wunsch gehabt an einer Rehabilitation teilzunehmen

Die Rehabilitation ist mir vorgeschlagen worden, und zwar von .....

In der Rehabilitation möchte ich folgendes erreichen und erlernen: .....

.....

Ich möchte darum bitten, daß in der Rehabilitation folgendes berücksichtigt wird: .....

.....

.....

Bitte kontrollieren Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Geben Sie bitte den ausgefüllten Bogen im Schwesternzimmer ab. Noch einmal vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Reha-Team

## 11.9 Klinik 6: Auszug aus dem Anamnesefragebogen

## 4.1 Allgemeinesoziale Situation

Familienstand: Ich bin  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Kinder: Ich habe \_\_\_\_\_ Kinder, davon \_\_\_\_\_ im Haushalt lebend

Alter der Kinder: \_\_\_\_\_ Jahre

Wieviele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_

Wohnverhältnisse: Ich wohne in  einer Mietwohnung

einer Eigentumswohnung

einemeigenen Haus

einem Altersheim

Ich habe folgende Hobbys/Freizeitbeschäftigungen: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Führerschein

Klasse \_\_\_\_\_

Ich habe keinen Führerschein

Ich beziehe eine Rente wegen voller Erwerbsminderung seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich beziehe eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich habe einen Antrag auf

Rente wegen voller Erwerbsminderung gestellt am \_\_\_\_\_

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gestellt am \_\_\_\_\_

Ein Rentenanspruch wurde abgelehnt am \_\_\_\_\_

Widerspruch wurde eingelegt am \_\_\_\_\_

Es läuft ein Sozialgerichtsverfahren

Es läuft ein anderes Gerichtsverfahren bezogen auf meine Gesundheit

(zum Beispiel nach einem Unfall) \_\_\_\_\_

MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) von \_\_\_\_\_ Prozent (Berufsgenossenschaft) seit \_\_\_\_\_

Ich habe einen GdB (Grad der Behinderung) von \_\_\_\_\_ (Versorgungsamt) seit \_\_\_\_\_

Ich habe einen Antrag auf berufliche Rehabilitation gestellt am \_\_\_\_\_

Mein Ehepartner bzw. Lebensgefährte ist  Rentner  berufstätig

arbeitslos  Hausfrau/Hausmann

## 4.2 Häusliche Versorgung

- Ich habe einen eigenen Haushalt
- Bei der häuslichen Versorgung brauche ich keine Hilfe
- Es besteht die Pflegestufe \_\_\_\_\_
- Ich habe Unterstützung durch eine ambulante Pflege

## 4.3 Psychische und soziale Belastungsfaktoren

- Es bestehen keine psychischen oder sozialen Belastungen
- Ich habe einen Freundeskreis
- Ich bin Mitglied in einem oder mehreren Vereinen
- Ich werde durch die Familie unterstützt
- Es bestehen Belastungen durch die Pflege von Angehörigen
- Es bestehen Belastungen durch kritische Lebensereignisse
- Es bestehen Belastungen durch die Situation in der Familie
- Es bestehen Belastungen durch die Situation im Beruf
- Es bestehen Belastungen durch finanzielle Probleme
- Es bestehen Belastungen durch andere Probleme: \_\_\_\_\_

## 5.1 Erwerbstatus

- Ich bin erwerbstätig
- Ich bin arbeitslos seit \_\_\_\_\_
- Ich befinde mich in einer ABM
- Ich bin Hausfrau/Hausmann
- Ich befinde mich im Erziehungsurlaub
- Ich bin Rentner/Pensionär seit \_\_\_\_\_
- Ich befinde mich in Altersteilzeit seit \_\_\_\_\_
  - aktive Phase
  - passive Phase

Wenn Sie Rentner/Pensionär oder sich in der passiven Phase der Altersteilzeit befinden, treffen die Fragen unter 5.2 bis 5.4 nicht auf Sie zu. Fahren Sie dann bitte auf S. 19 mit **6. Meine Ziele für die Reha** fort.

## 11.10 Literatur

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung*= Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003 (BGBl. I S.2263), die zuletzt durch Artikel 36 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.  
[http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv\\_2004/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf). Zugriff am 30.1.2012.
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008) Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 41, S A2173–A2177
- Deutsche Rentenversicherung (2009a) Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Aktualisierter Nachdruck.[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 (2009b) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. 3. Aufl. [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).
- Gollée B (2009) Erstellung eines Multimodalen Interviews zur Auswahl einer Arztassistentin in einer mittelständischen Rehabilitationseinrichtung mit angeschlossener Akutabteilung. Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Studiengang Gesundheitsmanagement (M.B.A.), Fachhochschule Osnabrück.
- Höder J, Deck R, Möller JU (2009) Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Bd. 83, S. 308–310.
- Höder J, Deck R (2011) Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation. Bestandsaufnahme und Prüfung von Optimierungsmöglichkeiten und Entlastungschancen. vffr-Projekt 118, unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Höder J (2012) 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).
- Krankenpflegegesetz*= Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 35 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist.  
[http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg\\_2004/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/index.html). Zugriff am 30.1.2012.
- Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C (2008) Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- 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.
- Rahmenlehrplan* = Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.11.2005) [www.kmk.org/fileadmin/pdf/Bildung/BeruflicheBildung/rlp/MedizinischerFA.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Bildung/BeruflicheBildung/rlp/MedizinischerFA.pdf)  
 Zugriff 30.03.2011
- Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten* = Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097). <http://www.gesetze-im-internet.de/medfangausbv/index.html>. Zugriff 30.03.2011



