

**These 1: Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitanden/innen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung einer berufsgruppenintegrierenden, wechselseitigen, die Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen wertschätzenden Zusammenarbeit im Reha-Team und eine damit einhergehende Verlagerung der umfassenden ärztlichen Verantwortung auf eine berufsgruppenübergreifende Verteilung von Verantwortung bei der Versorgungsplanung, z.B. für die Entwicklung neuer Ansätze der Gestaltung von Reha-Prozessen und der Versorgungsgestaltung, z.B. in Form besser abgestimmter Therapieziele oder auch in Form angemessener und abgestimmter Handlungsspielräume bei behandlungsrelevanten Entscheidungen.

*„Es ist nach meiner Wahrnehmung denk ich sollten wir diesen diesen Möglichkeiten der fallbezogenen interdisziplinären Besprechungen vielleicht 'n bisschen mehr Raum auch, ein\_ ein\_ einräumen, weil grade bei den bei den schwierigen Patienten, grade Schmerzpatienten zum Beispiel da, da brauchen wir oft auch das Feedback eben auch von andern Abteilungen und das ist immer so 'n bisschen der, das Manko wenn man so am Telefon oder unter vier Augen mit jemandem spricht, man kann dann immer sich zwar zu zweit austauschen, aber oft brauchen wir ja auch den den Input aus den andern Abteilungen.“ (B2/GDMA/HG/147-156)*

*„Also man spricht erst miteinander und für mich ist immer endgültige Wort was der Arzt sagt. So sag ich es auch zum Patienten. Auch wenn ich anderer Meinung bin, und ich rede mit 'm Doktor P da drüber, dann denk ich mir meinen Teil, gut ich sehe es anders, aber zu dem Patient sage ich, der Doktor hat das und das gesagt und da halten wir uns dran.“ (B3/GDMA/FG/874-879)*

*„Es gibt da keine, in irgendeiner Form, Hierarchie, die jetzt verbieten würde, dass nicht auch mal ein Physiotherapeut sich, an den Arzt wendet und sagt, 'ich würde hier aber eine ganz andere Behandlung vielleicht vorschlagen.' Also es gibt eben diese Teamgespräche, die auch eben durchaus sowas zulassen und eben auch da, ein, ein Austausch stattfindet, der jetzt nicht immer nur von oben nach unten geht, also, von daher find ich das Arbeitsklima, eigentlich ganz okay.“ (B2/INAR/HO/184-191)*

*„Also es ist immer die Kommunikation, also die Anordnung ist für uns sehr wichtig ja, dass wir eine ärztliche Anordnung haben für jede Tätigkeit die wir erfüllen ja, weil wie gesagt wir müssen nach Anordnung arbeiten ja, also wir brauchen die Anordnung für die Patienten.“ (B1/GDMA/FF/146-150)*

„Also, ich empfinde die Arbeit\_ Atmosphäre im Haus als sehr positiv. Zumindestens, was was meine Abteilung angeht und bin mir auch sicher, dass ich genug Leute habe, die mir ehrlich die Meinung sagen, wenn das nicht so wäre. Ob das ´n Physiotherapeut ist, ob das ´n Arzt ist, die würden kommen und sagen ´weißte was, [IP nennt seinen eigenen Vornamen], da haste Mist gemacht´ oder ´da\_ das läuft so nicht´ oder ´da haste was Falsches gesagt´ oder ´das kam kam falsch rüber.´. Also diese Leute hab´ ich und ich find´ auch ganz wichtig, dass ´n Chefarzt aus allen Bereichen Leute ha\_ hat, die einem ehrlich die Meinung sagen [Klingeln eines Telefons] und dass er dann auch bereit ist, was dran zu ändern.“ (A3/IVAR/IP/324-336)

„Noch mal zu dem wer darf wem was sagen oder so wenn jemand anderer Meinung ist zu den Behandlungen rein juristisch gesehen wird der Arzt verantwortlich gemacht, wenn es um eine Behandlungsart geht und auch wenn sie die Patientenbeschwerden lesen oder die Fragebögen, die herben Kritiken, auch manchmal die Kritiken unter der Gürtellinie treffen zu über 90 Prozent die Ärzte und nicht die Therapeuten oder die Pflege. Beziehungsweise auszubaden und vielleicht auch ja mit Rechtsmitteln ausbaden müssen ´s dann die Ärzte. Und von daher ist es schon wichtig, dass da auch, ´ne gewisse Hierarchie ist da nicht verzichtbar was die Verordnungen betrifft.“ (B3/GDMA/HD/953-964)

„(...) im Zweifelsfall, auch jetzt a\_ aus juristischen Hintergründen hab ich als leitender Oberarzt oder als Chefarztvertreter die juristische Verantwortung auch dafür. Und da ist es wenig angebracht dass, gut ich muss delegieren können, ganz klar, aber ich muss auch immer die fachliche Verantwortung für meine Mitarbeiter übernehmen können. Und das ist dadurch gewährleistet, dass ´n ein reger Austausch da ist, dass dass dass auch viele Dinge besprochen werden, dass aber die die Linie von demjenigen auch vorgegeben wird, der die persönliche und auch die juristische Verantwortung für das Haus trägt. Ganz wichtig.“ (A1/GDMA/HC/1189-1200)

„Wir führen viele offene Diskussionen. Auch wenn es ((räuspert sich)) um Strategien der Patientenbehandlung geht, da kann sich jeder äußern. Wenn ich das Gefühl habe, jeder hat sich geäußert, dann muss irgendwann ´ne Entscheidung getroffen werden. Und die wird getroffen anhand der besten Argumente, die die Einzelnen geliefert haben.“ (A3/IVAR/160-166)

**These 2: Therapiezielvereinbarung und Rehabilitanden/innen-Orientierung**

Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitanden/innen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Teilhabe der Rehabilitanden/innen an der Therapiezielvereinbarung, die im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen verantwortlich mitgestaltet werden kann. Dieser Teilhabe liegt eine die Rehabilitanden/innen wertschätzende und sie in ihrem Reha-Prozess begleitende Haltung der Mitarbeiter/innen zugrunde. Sie fördert eine Auseinandersetzung der Rehabilitanden/innen mit der Gestaltung ihres zukünftigen Lebens mit der Erkrankung. Diese Haltung geht einher mit Möglichkeiten der Mitarbeiter/innen - auch im Rahmen von Gruppenangeboten - individuell auf die einzelne Rehabilitandin/den einzelnen Rehabilitanden einzugehen. Partizipativ vereinbarte Therapieziele bestärken zugleich über die interdisziplinäre Zusammenarbeit die Kontinuität der Versorgung und damit auch den Reha-Erfolg.

Für den Reha-Erfolg hinderlich sind eine rein formal anmutende Thematisierung von Zielen, insbesondere für Dokumentationszwecke sowie eine tendenziell kontrollierende und erzieherische Haltung der Mitarbeiter/innen gegenüber den Rehabilitanden/innen, die sich im Einsatz der Therapieziele als Druckmittel zur Beförderung einer sogenannten Compliance ausdrücken kann.

Nachdem sich der Arzt während der Untersuchung ein Bild von dem Rehabilitanden gemacht hat, macht er ihm die zu erreichenden Ziele deutlich. Es geht zum einen darum, den Diabetes in den Griff zu bekommen, eine Gewichtsreduktion zu erreichen und die Wirbelsäule zu stärken. Der Arzt sagt, dass sie nun einen gemeinsamen Plan machen werden. Jedoch ist zu beobachten, dass der Arzt einzelne Aktivitäten für den Rehabilitanden anordnet, ohne den Rehabilitanden zu fragen, ob er damit einverstanden ist. Als der Arzt auch Ergometer Training anordnen will, widerspricht der Rehabilitand, woraufhin ihm der Arzt sofort eine Alternative anbietet und zwar das Laufbandtraining. Damit ist der Rehabilitand einverstanden. (vgl. B2/BP/RA-Begleitung/A)

*„Ich finde notwendig ist es eben auch bei solchen Patienten die sagen wir mal jetzt nicht einsichtig sind, ihn doch von der Notwendigkeit zu überzeugen, dass gewisse Dinge eben halt im Interesse seines Gesundheitszustandes einfach gemacht werden müssen. Ich kann ihn nicht dazu prügeln, die entsprechenden Therapien zu machen, aber was ich machen kann, ich kann versuchen ihn zu überzeugen, dass es der richtige Weg ist, den wir jetzt einschlagen wollen. Letztendlich bleibt immer die große Unbekannte, was macht der Patient selbst, wie sieht er das ja. Aber da kann ich nur, den kann ich nur beeinflussen, indem ich ihn also jetzt von der Notwendigkeit überzeuge gewisse Dinge auch wenn sie ihm schwer fallen, eben halt mitzumachen.“ (B2/GDMA/HK/1380-1390)*

*„Und wenn er [ein Rehabilitand, Anmerk. d. Verf.] mir angegeben hat sein Ziel ist schon, dass er wieder mehr Ausdauer mehr Muskulatur kriegt und in der Behandlung aber mir immer wieder, das kann ich nicht und das kann ich nicht ne, dann kann ich ihn drauf hinweisen sagen, das haben wir am Anfang besprochen, das war ihr Ziel ne und da müssen wir auch was tun dran.“  
(B3/GDMA/FG/996-1000)*

Ernährungstherapeutin und Rehabilitand „sprechen gemeinsam über die Zielsetzung. Sie fragt den Rehabilitanden, ob er ein bestimmtes Gewicht vor Augen habe, was er erreichen wolle. Er nennt eine Zahl und gemeinsam erörtern sie, ob dies realistisch sei. Dazu fragt sie ihn z.B. wann er dieses Gewicht zuletzt hatte und sie zeigt ihm an Hand einer Tabelle, welches Gewicht bei seiner Größe und seinem Alter ideal wäre. Sie einigen sich darauf, seine genannte Kilozahl als Fernziel festzuhalten, die Ernährungsberaterin empfiehlt ihm noch ein Zwischenziel einzuplanen, welches zwischen seinem aktuellem und dem Wunschgewicht liegt. Sie sagt, dass sei für den Anfang völlig ausreichend.“ (A1/BP/Berufsgruppen/Ernährungsberatung/66-73/A)

*„Ja, also, wir sind schon eher Coach, also würde ich auch schon sagen, dass die Leute coachen. Weil ich kann nur Input geben und ihm Wege zeigen was er machen kann mit mir zusammen, mit ihm Ideen zusammen kreieren, was er so und so Probleme hat zuhause, seine Ziele so 'n bisschen überarbeiten, dran feilen und den Rest macht er dann da eben alleine. Das sage ich denen auch von vornherein, ne also.“ (A1/GDMA/FA/825-831)*

*„Ja also man hat ja überlegt, wie wie verändern sich Leute, was muss man tun, damit sich einer verändert. Und da weiß man eben, dass das Hauptelement dass einer sich verändert, ist eben die positive Erfahrung und die bleibt auch viel mehr hängen als zum Beispiel das ganze Rationale und die Leute machen hier die Erfahrung, dass sie Chef im eigenen Hause sein können und das is' der Kern eigentlich unseres Konzeptes, wenn man das mal 'n bisschen auf die Metaebene hebt. Dass die Leute die Erfahrung machen, dass sie wieder bei sich selber mitbestimmen können und nicht irgendwie halt leider nur Opfer der Verhältnisse sind und das is' glaub ich der Kern äh was sie auch wirklich dann mit nach Hause nehmen. Was ja auch daheim dann als Kapital sozusagen weiterarbeitet.“ (A2/GDMA/HH/1266-1277)*

*„Ja also prinzipiell denk ich ist das also ist das wichtig, weil wenn der Patient andere Interessen verfolgt als als die die ihn behandeln dann kann das in der Regel nicht besonders gut gehen denk ich. Also von daher sollte man soweit auch klar sehen was was sind, was will der Patient was sind seine Vorstellungen, was sind seine Ziele und dann na\_ natürlich schon zu gucken, ob man diesen Weg so gehen kann, dass dass von beiden Seiten das das passt ja, also dass das jetzt ärztlich therapeutisch in Ordnung ist und dass der Patient damit leben kann.“ (A3/GDMA/HC/1423-1431)*

**These 3: Mitarbeiter/innen-Orientierung**

Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitanden/innensind konzeptuelle, von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geteilte Ansätze der Gestaltung von Rehabilitation – sowohl auf der Ebene der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern/innen als auch auf der Ebene der Zusammenarbeit mit Rehabilitanden/innen. Die Entwicklung dieser Ansätze sind Ausdruck einer berufsgruppenübergreifenden, wechselseitigen und die Kompetenzen der Akteure/innen der jeweiligen Berufsgruppen integrierenden Zusammenarbeit. Sie ermöglichen einen Handlungsrahmen für eine gleichwertige und einander wertschätzende Gestaltung von Reha-Prozessen mit Blick auf die einzelnen Mitarbeiter/innen wie auch auf die einzelnen Rehabilitanden/innen.

*„Und, Ziel war es auch, dass die Ärzte den Physiotherapeuten was beibringen, Physiotherapeuten den Ärzten was beibringen. Und dass da auch diese Barrieren überwunden werden. Der eine hat ´n hat ´n akademischen Beruf, der andere als Physiotherapeut vielleicht keinen akademischen Beruf, wobei es da auch länderübergreifend Unterschiede gibt, bei den Holländern ist es ´n Studium, im anglo-amerikanischen Gebrauch auch. Und, gut, das haben wir damals versucht abzubauen. Was uns auch glaub´ ich ganz gut gelungen ist. Und, dann haben die Physiotherapeuten auch mehr Rechte bekommen, das heißt, sie sind ja diejenigen, die mit dem Patienten eng zusammen arbeiten, was die Physiotherapie angeht. Wenn´s um Geräte in der Medizinischen Trainingstherapie geht, wie stell´ ich die ein, mit wie viel Gewichten, mit welchen Sequenzen. Und können viel besser beurteilen, ob die Belastbarkeit gesteigert werden kann oder nicht. Das kann der Arzt in diesem Moment eigentlich nicht.“ (A3/IVAR/663-679)*

*„Ja aber wie gesagt, da muss man wirklich mal mal auch hingucken wie sind die Leute, wie alt sind die Leute, welche körperliche Verfassung haben die Leute und nicht alle einfach über einen Kamm hier scheren und denn hinterher rennt man bloß immer hin und her um zu wechseln von einer Therapie zur andern oder so und und muss sich da wirklich hinterher haken und kümmern.“ (B1/GDRA/FA1057-1063)*

„Die zwei [im Rahmen einer Gehschule anwesenden; Anmerk. d. Verf.] Mitarbeiter leisten bei einigen Teilnehmenden Hilfestellung, sie halten z.B. einige unsichere Rehabilitanden und Rehabilitandinnen bei einzelnen Stationen fest. In der Gruppe sind auch zwei fittere Rehabilitanden, die die Übungen problemlos erfüllen können. Diese bekommen von den Mitarbeitern einen Schläger und einen Ball. Sie sollen während des Zirkeltrainings den Ball auf dem Schläger balancieren.“ (A3/BP/Berufsgruppen/Physiotherapie/A)

*„Und ich bin natürlich als der Rehafutzi immer nachgeordnet das ist so, das heißt ich hab mich immer danach zu richten was der Operateur von mir wünscht und die Dienstleistung die bekommt er und die versuche ich hier zu organisieren also diesen Dienstleistungsgedanken hier auch so zu etablieren, dass alle danach spuren.“ (B1/IVAR/378-383)*

„Grundsätzlich, so der Leiter der Physiotherapie, bestehe ein Grundgerüst zur Orientierung für alle Mitarbeiter/innen. Zugleich haben aber alle auch den Spielraum, das, was sie machen, auf ihre Art und Weise zu gestalten. Er beschreibt diesen Ansatz mit dem Bild einer Autobahn, wo klar sei, in welche Richtung man fahren müsse, man aber Spielräume habe für Geschwindigkeit, Fahrspurwahl usw. Übertragen auf die Physiotherapie heiße das: Möglich sei die Durchführung mit oder ohne Musik, mit oder ohne Hilfsmittel usw., das können die Mitarbeiter/innen jeweils selbst entscheiden.“ (A2/BP/Berufsgruppen/Physiotherapie/B)

In der Physiotherapie „gibt es verschiedene Arbeitsgruppen, in denen sich Mitarbeiter/innen zusammen finden, die jeweils für bestimmte Themen Spezialisten und Spezialistinnen sind, z.B. für das Thema Amputation, für das Thema Patientenschulung usw.“  
(A3/BP/Berufsgruppen/Physiotherapie/B)

*„Also mit diesem Du [Duzen von Rehabilitanden/innen, Anmerk. d. Verf.] sehe ich auch sehr kritisch, weil man da schnell in so 'n Kaffeepausch Kumpel-Ton [HC: Ja.] reinkommt und, dann fühlt sich, jedenfalls gilt 's für die Psychotherapie, wenn sich 'n Patient zu wohl fühlt, dann gibt 's, kommt 's zu keiner Veränderung, und dann brauch ich nicht therapieren. Der ist nicht da, um von mir gestreichelt zu werden, also bildlich ((zustimmendes „M-hm“ von mehreren Personen)) gesprochen, sondern wir wollen arbeiten. An Dingen.“ (A1/GDMA/FE/940-947)*