

Arbeitsbuch Reha-Ziele

**Zielvereinbarungen in der
medizinischen Rehabilitation**



Das Arbeitsbuch wurde erarbeitet von:

Dr. Manuela Glattacker
Prof. Erik Farin-Glattacker
Katharina Quaschnig, M.A.
Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und
Sozialmedizin

Dr. Susanne Dibbelt
Maren Bredehorst, MPH
Institut für Rehabilitationsforschung, Rehaklinikum Bad Rothenfelde

Mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Bund,
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Bereich Reha-Wissen-
schaften, Dr. Silke Kirschning, Dr. Teresia Widera und Dr. Rolf Buschmann-
Steinhage, Berlin.

Inhalt

Vorwort	5
1. Ziele in der medizinischen Rehabilitation	6
Handzettel für den Schreibtisch.....	8
2. Reha-Ziele formulieren und überprüfen	9
Kernaussagen	9
2.1 Geeignete Reha-Ziele	10
Welche Regeln gibt es für die Formulierung von Reha-Zielen?	10
Wie kann ein Reha-Ziel den Rehabilitanden motivieren?	13
Wie viele Ziele und welcher Schwierigkeitsgrad sind angemessen?	14
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	16
2.2 Systematik und Dokumentation der Reha-Zielarbeit	17
Welchen Beitrag können Klassifikationen und Standards leisten?	17
Was sind die Vor- und Nachteile vorstrukturierter Reha-Ziele?	19
Wie und was ist aus Einrichtungssicht zu dokumentieren?.....	20
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	21
2.3 Zielerreichung überprüfen	22
Welche Fragen sind zum Vorgehen zu klären?	22
Welche Methoden zur Zielerreichungsüberprüfung gibt es?	24
Warum sind Erfolge manchmal nicht messbar?	26
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	27
Weiterführende Literatur.....	28
3. Patientenorientierte Kommunikation in der Reha-Zielarbeit	30
Kernaussagen	30
3.1 Rehabilitanden aktiv beteiligen	31
Was bedeutet patientenorientierte Kommunikation?	31
In welchen Settings ist Reha-Zielarbeit möglich?	34
Wann und wie sollten Dritte einbezogen werden?	37
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	40
3.2 Störungen in Reha-Zielgesprächen	41
Wie erkenne und reagiere ich auf Störungen in der Kommunikation?	41
Was tun, wenn Zielvorstellungen nicht übereinstimmen?	43
Wie können Reha-Zielgespräche bei einem Rentenwunsch geführt werden?	45
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	47
3.3 Unterschiedliche Bedarfe	48
Was ist im Umgang mit unterschiedlichen Bedarfen zu beachten?	48
Wie kann Reha-Zielarbeit mit Kindern und Jugendlichen aussehen?	50
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	51
Weiterführende Literatur.....	52

4. Zielarbeit als Prozess im interdisziplinären Reha-Team	54
Kernaussagen	54
4.1 Zielarbeit und Teamarbeit verbinden	55
Was ist für eine gelungene Zielarbeit im Reha-Team zentral?	55
Welche besondere Rolle kommt dem Arzt im Reha-Team zu?	56
Wie können Team- und Zielarbeit miteinander verzahnt werden?	57
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	58
4.2 Reha-Zielarbeit organisieren	59
Wer legt die Reha-Ziele mit den Rehabilitanden fest?	59
Wie lässt sich der Informationsfluss im Team gewährleisten?	62
Wie viel Zeit sollte man für die gesamte Zielarbeit einplanen?	63
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	64
4.3 Zielarbeit im Reha-Verlauf	65
Was bringt die kontinuierliche Einbindung des Rehabilitanden?.....	65
Welche Möglichkeiten zur Vorbereitung des Rehabilitanden gibt es?	66
Wie kann Zielarbeit im Anschluss an die Reha nachwirken?	67
Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	68
Weiterführende Literatur	69
5. Reha-Zielarbeit in der Reha-Einrichtung umsetzen	70
Kernaussagen	70
5.1 Vorbereitung	71
Information der Mitarbeiter und Bildung einer Projektgruppe	72
Festlegung der Zielsetzung des neuen Konzepts zur Reha-Zielarbeit.....	72
Ist- und Bedarfsanalyse: Prüfung der Abläufe	73
5.2 Planung	75
Auswahl geeigneter Konzepte und Materialien	75
Konkretisierung der Umsetzungsplanung	76
5.3 Umsetzung	77
5.4 Evaluation.....	78
6. Verzeichnisse	80
6.1 Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de	81
6.2 Zusätzliche Beispiele aus dem Projekt ParZivar	82
6.3 Abbildungsverzeichnis	83
6.4 Kastenverzeichnis	83
6.5 Literaturverzeichnis	84
Danksagung	89

Vorwort

Die Vereinbarung von Zielen gilt in der medizinischen Rehabilitation als zentraler Bestandteil des Behandlungsprozesses. Trotz des hohen Stellenwerts hat sich in der Praxis eine konsequente Zielorientierung in Gesprächen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden noch nicht vollständig durchgesetzt.

Vor diesem Hintergrund wurden dieses Arbeitsbuch und www.reha-ziele.de entwickelt. Beide Angebote sollen Rehabilitationseinrichtungen bei der konkreten Umsetzung von **Reha-Zielvereinbarungen** unterstützen.

Sie richten sich an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines **interdisziplinären Teams**, welche in der direkten Patientenversorgung tätig und an der Umsetzung, Vereinbarung oder Dokumentation von Reha-Zielvereinbarungen beteiligt sind.

Bei der Konzeption des Arbeitsbuches wurde auf einen hohen **Alltagsbezug** und **Praxisnähe** geachtet. Daher wurden vielfältige Praxisbeispiele aus unterschiedlichen Indikationsgebieten in das Arbeitsbuch aufgenommen, die als Anregung verstanden und entsprechend den einrichtungsinternen Bedingungen genutzt werden können.

Das Arbeitsbuch liegt nicht nur in dieser gedruckten Fassung vor, sondern steht unter www.reha-ziele.de auch als pdf-Download zur Verfügung. Dort finden Sie zusätzliche Hintergrundinformationen und weitere Praxisbeispiele aus Reha-Einrichtungen unterschiedlicher Indikationsgebiete.

Mein ausdrücklicher Dank für die Erstellung des Arbeitsbuches und www.reha-ziele.de gilt Dr. Manuela Glattacker und Prof. Erik Farin-Glattacker (Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin) sowie Dr. Susanne Dibbelt (Institut für Rehabilitationsforschung, Reha-Klinikum Bad Rothenfelde) und den beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Katharina Quaschnig und Maren Bredehorst. Danken möchte ich auch den Reha-Einrichtungen und dem Beirat, die durch ihr Engagement entscheidend zur Praxisnähe des Arbeitsbuches beigetragen haben.

Ich hoffe, dass das Arbeitsbuch und www.reha-ziele.de bei der Umsetzung und Weiterentwicklung der Reha-Zielorientierung in Ihrer Einrichtung hilfreich sind.



Gundula Roßbach
Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund

1. Ziele in der medizinischen Rehabilitation

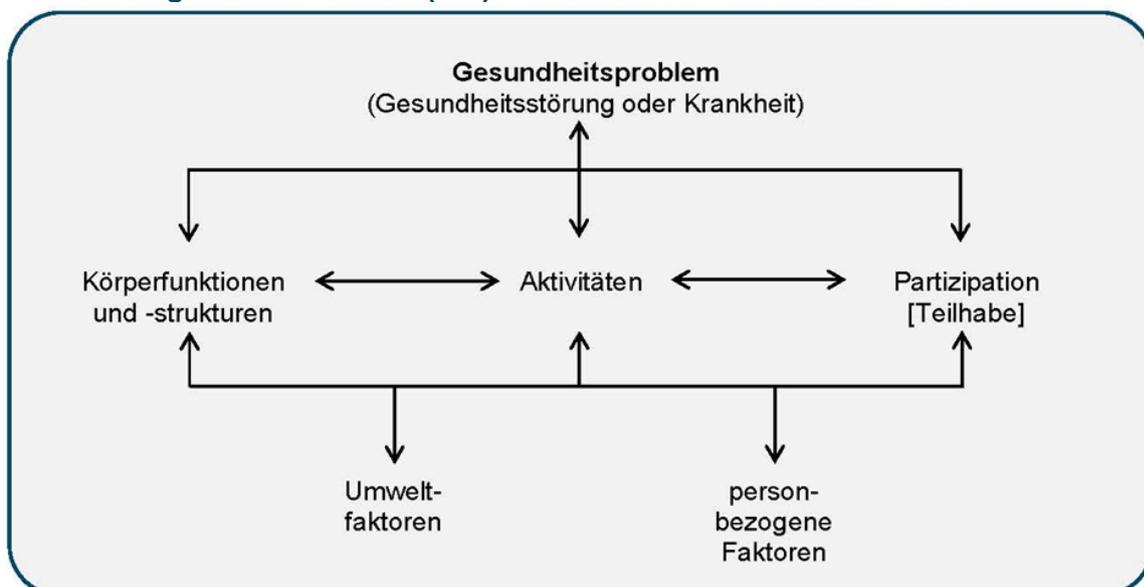
Die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist in der Regel auf chronisch erkrankte Menschen ausgerichtet und zielt auf

- die Wiederherstellung, den Erhalt oder die wesentliche Besserung der Gesundheit sowie Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen,
- eine Vermeidung bleibender sozialer und arbeitsbezogener Funktionseinschränkungen sowie eine Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankung,
- die Befähigung der Betroffenen zum adäquaten, aktiven und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung sowie
- den Erhalt der „Teilhabe“ der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben und einer erfolgreichen Wiedereingliederung in das Berufsleben trotz möglicher Einschränkungen (DRV Bund, 2009; Pimmer & Buschmann-Steinhage, 2008; Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch [SGB IX]).

Der ganzheitliche Behandlungsansatz der medizinischen Rehabilitation (DRV Bund, 2009) basiert auf dem „bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell“, welches dem „**Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)**“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2001 (WHO, 2001) zugrunde liegt (Farin, 2010; Koch & Petermann, 2006). Gesundheit und Krankheit bzw. Behinderung werden hierbei als Ergebnis gegenseitiger Beeinflussung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren betrachtet.

Die ICF unterscheidet zwischen den Konzepten der „Körperfunktionen und Körperstrukturen“, der „Aktivitäten“, der „Teilhabe“ und bezieht „Kontextfaktoren“ (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) der Rehabilitanden in den Rehabilitationsprozess mit ein:

Abbildung 1: Das Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)



Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

Die ICF ermöglicht die Berücksichtigung individueller Barrieren, welche die Leistung bzw. Teilhabe der Rehabilitanden erschweren und beschreibt Förderfaktoren, welche die Leistung bzw. Teilhabe trotz möglicher Einschränkungen der Rehabilitanden¹ wiederherstellen, unterstützen, ausbauen oder stärken (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR], 2008; DRV Bund, 2009).

Reha-Ziele müssen von der allgemeinen Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation (DRV Bund, 2009), den Reha-Therapiestandards (DRV Bund, 2014) und von medizinischen Leitlinien unterschieden werden. Sie bezeichnen die übergeordneten Ziele eines Rehabilitanden für die gesamte Phase seiner Rehabilitation:

- die Zeit der Vorbereitung auf die ambulante oder stationäre Rehabilitation,
- die Zeit während des Reha-Aufenthaltes oder während der ambulanten Versorgung sowie
- die Zeit nach der Rehabilitation zur Weiterverfolgung der individuellen Ziele in den Alltag der Rehabilitanden bis hin zu übergeordneten gesundheitsbezogenen Lebenszielen.

Reha-Ziele können sich auf alle vier Komponenten der ICF beziehen und sollten mit jedem einzelnen Rehabilitanden gemeinsam vereinbart sowie in spezifische **Therapie-Ziele** ausdifferenziert werden. Unter Therapie-Zielen werden die fachspezifischen Ziele, die sich auf die Therapiemodule der einzelnen therapeutischen Berufsgruppen beziehen, verstanden.

In Abbildung 20 (s. S. 60) sind Fragen aufgeführt, die Rehabilitanden gestellt werden können, um von ihnen individuelle Informationen zu den Komponenten der ICF zu erhalten.

Ergänzend dazu benennt der folgende Handzettel 10 Schritte mit Formulierungsbeispielen, die im Aufnahmegespräch zur Vereinbarung von Reha-Zielen mit dem Rehabilitanden sinnvoll sind. Zusätzliche Informationen finden Sie unter www.reha-ziele.de/Praxisbeispiele/Konzepte/Parzivar.

Wenn Sie den Handzettel für den Schreibtisch oder Praxisbeispiele für Ihre alltägliche Arbeit nutzen wollen, können Sie diese Ihren einrichtungsinternen Bedingungen anpassen. Bitte beachten Sie dabei, dass die Urheberrechte beim ursprünglichen Ersteller verbleiben. Nur wenn Sie sich vom Ursprungswerk lediglich haben anregen und inspirieren lassen, entsteht im rechtlichen Sinne ein neues, eigenständiges Werk, welches frei von Ihnen benutzt werden darf.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Handzettel für den Schreibtisch

Kasten 1: Handzettel für den Schreibtisch

10 Schritte		Formulierungsbeispiele
1	Begründung des Zielgespräches und Ausblick	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Das Zielgespräch dient dazu, Ihre Anliegen zu klären. Wir wollen mit Ihnen Ihre Behandlung planen. Am Ende der Reha sprechen wir darüber, welche Ziele Sie zu Hause weiter verfolgen wollen.</i>
2	Probleme und Anliegen des Rehabilitanden klären	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Was sind derzeit Ihre wichtigsten Anliegen und Wünsche an die Rehabilitation?</i> • <i>Was beschäftigt Sie gerade am meisten?</i>
3	Reha-Ziele aus Teilhabe-Zielen ableiten, Zielgröße bestimmen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Woran hindern Sie Ihre aktuellen Probleme?</i> • <i>Was möchten Sie wieder tun können, was jetzt nicht möglich ist?</i>
4	Zielgrößen konkretisieren, quantifizieren und verankern	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie stark sind Ihre Schmerzen jetzt?</i> • <i>Was würden Sie als bedeutsame Veränderung werten? Um wie viele Einheiten (z.B. 10er-Skala) sollten die Schmerzen reduziert sein, wenn Sie die Klinik verlassen?</i>
5	Realismus-Check, lang- und kurzfristige Ziele unterscheiden	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lassen Sie uns darüber sprechen, welche Ziele wir realistischweise in den folgenden drei Wochen erreichen können und welche erst mittelfristig oder langfristig erreichbar sind.</i>
6	Maßnahmen benennen, erläutern und begründen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Um Ihre Ziele umsetzen zu können, schlage ich folgende Behandlungen vor: „...“. Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn Sie eine Behandlung nicht vertragen oder ein anderes Ziel inzwischen für Sie wichtiger geworden ist.</i>
7	Vereinbarte Reha-Ziele dokumentieren und zusammenfassen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wir haben uns auf die folgende Zielformulierung, Messgröße und das folgende angestrebte Ziel geeinigt: „...“.</i> • <i>Sind Sie mit dieser Formulierung einverstanden?</i> • <i>Sind hier alle für Sie wichtigen Aspekte genannt?</i>
8	Beiderseitige Unterschrift der Zielvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ich habe Ihre Ziele für die Reha auf diesem Blatt notiert. Sie können sich das Ganze noch einmal durchlesen. Habe ich alles richtig verstanden? Wenn Sie damit einverstanden sind, schlage ich vor, dass wir das Blatt nun beide unterschreiben.</i>
9	Ausblick geben - Wie geht es weiter?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Es ist wichtig, dass Sie Ihre Ziele, die Sie sich für den Reha-Aufenthalt gesetzt hatten, zu Hause weiterverfolgen.</i> • <i>Damit Sie Ihr Hausarzt dabei unterstützen kann, werde ich Ihre Ziele in den Entlassungsbrief mit aufnehmen.</i>
10	Reha-Ziele nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welche Angebote haben Ihnen gut getan und geholfen?</i> • <i>Wie könnten Sie diese zu Hause weiterführen und zum Bestandteil Ihres Alltags machen?</i> • <i>Wer oder was könnte Sie dabei unterstützen?</i>

Quelle: Leitfaden zur Entwicklung von Reha-Zielen im ärztlichen Aufnahmegespräch nach „ParZivar“ (modifiziert nach Dibbelt et al., 2011, 2012; Glattacker et al., 2013)

2. Reha-Ziele formulieren und überprüfen



Kernaussagen

Geeignete Reha-Ziele

- Die Zielformulierung soll möglichst eindeutig und klar sein. Ziele enthalten prinzipiell Informationen zu folgenden Aspekten:
 - **Sachlich:** Auf welchen Gegenstand richtet sich das Ziel? Was soll hier genau erreicht werden?
 - **Zeitlich:** Auf welche Zeitspanne ist das Ziel ausgelegt? Wann kann die Zielerreichung überprüft werden?
 - **Organisatorisch:** Für welchen Bereich und welche Personen gilt das Ziel? Wer ist dafür verantwortlich bzw. trägt was dazu bei?
- Ein funktionierendes Reha-Ziel ist relevant für den Lebensalltag des Rehabilitanden und auf motivierende Art formuliert.
- Reha-Ziele sollten weder unter- noch überfordern.
- Die Beschränkung auf einige wichtige Ziele (maximal 5) ist sinnvoll.

Systematik und Dokumentation der Reha-Zielarbeit

- Um die Komplexität der Reha-Zielarbeit zu reduzieren, können Systematiken und Zielkataloge verwendet werden. Die ICF bietet eine geeignete Grundlage.
- Vorformulierte Reha-Ziele erleichtern die administrative Weiterbearbeitung, offene Zielabfragen bieten mehr Raum für die Anliegen der Rehabilitanden.
- Die Reha-Zielarbeit kann mit Dokumentationsvorgaben gekoppelt und mit EDV-Systemen technisch unterstützt werden.

Überprüfung der Zielerreichung

- Die Überprüfung der Zielerreichung dient sowohl für die Rehabilitanden als auch für die Behandler als Feedback-Instrument. Hierfür sind die Zuständigkeiten, Kommunikationswege und Zeitpunkte zu klären.
- Rehabilitanden sollten an der Überprüfung beteiligt werden - es gilt Sichtweisen abzugleichen.
- Messmethoden existieren sowohl für sogenannte „harte Ziele“ (Körperfunktionen und –strukturen) als auch für sogenannte „weiche Ziele“ (Aktivitäten und Teilhabe).

2.1 Geeignete Reha-Ziele

Welche Regeln gibt es für die Formulierung von Reha-Zielen?

Der Begriff „Reha-Ziele“ wird im Reha-Alltag oftmals nicht eindeutig verwendet. Behandler² umschreiben ihn gegenüber Rehabilitanden häufig mit Begriffen wie „Wünsche“ oder „Erwartungen“. Im Gegenzug nehmen Rehabilitanden besprochene Themen wie beispielsweise „mit dem Rauchen aufhören“ nicht als Reha-Ziele wahr (Quatmann et al., 2011a).

Daher ist es notwendig, dass sich das Reha-Team auf eine gemeinsame Sprache einigt, dem Rehabilitanden die zentralen Begriffe erläutert und diese während des gesamten Reha-Prozesses durchgängig verwendet. Ferner bildet eine gute, klare und eindeutige Formulierung der Reha-Ziele (Richter et al., 2011a; 2011b) die Grundlage dafür, dass diese vom Rehabilitanden als solche verstanden werden sowie motivierend und handlungsleitend sind.

Sowohl für Rehabilitanden als auch für Behandler sind schriftliche Arbeitsunterlagen hilfreich, in denen mit konkreten Beispielen erläutert wird, wie ein wirksames Reha-Ziel formuliert werden kann.

Bei **schriftlichen Zielbefragungen** sind einige **formale Punkte** zu berücksichtigen:

- auf eine persönliche Ansprache und freundlichen Ton achten,
- weibliche wie männliche Sprachformen verwenden,
- Fremdwörter vermeiden und medizinische Fachbegriffe erklären,
- lesbaren Schrifttyp in ausreichender Größe wählen und
- grafische Elemente (Kästchen, Pfeile, Rahmen, Farben) oder Bilder zur Verdeutlichung heranziehen.

Eine häufig verwendete Regel für die Zielformulierung ist das Schlagwort „**S.M.A.R.T.**“ (engl. klug, elegant). Es ist insbesondere für die Steuerung in wirtschaftlichen Prozessen entwickelt worden, kommt aber auch bei der Vereinbarung individueller Gesundheitsziele zum Einsatz (Bovend'Eerdts et al., 2009; Dibbelt et al., 2011).

² Der Begriff „Behandler“ wird für alle Mitglieder eines interdisziplinären Reha-Teams (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, etc.) verwendet, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind und potenziell an der Reha-Zielarbeit beteiligt sind.

Die einzelnen Buchstaben des Schlagwortes stehen für die geforderten Eigenschaften des Ziels:

- **Spezifisch:** Wird klar, was genau erreicht werden soll? (z.B. Wiederaufnahme der Arbeit)
- **Messbar:** Kann überprüft werden, in welchem Maße das Ziel erreicht wird? (z.B. tägliche Arbeitsstunden)
- **Attraktiv:** Halten sowohl Rehabilitand als auch Behandler das Reha-Ziel für wichtig und lohnenswert? (auch im Vergleich zu anderen möglichen Zielen wie z.B. psychische Stabilität oder Versorgung von Angehörigen)
- **Realistisch:** Halten beide Seiten das Ziel für erreichbar? (vor dem Hintergrund des derzeitigen Zustands, z.B. hinsichtlich Schmerzen, Ausdauer, Krankheitsbewältigung, häusliches Umfeld)
- **Terminiert:** Was ist der Zeitrahmen für die Erreichung des Ziels? (z.B. bis zur Entlassung aus der Klinik, innerhalb von 6 Monaten nach Entlassung)

Eine weitere Regel, die aus dem Bereich des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung stammt, ist die sogenannte „**R.U.M.B.A**“ - **Regel** (Deimel et al., 2007). Die Anfangsbuchstaben stehen für:

- **Relevant** (bedeutsam in Bezug auf ein identifiziertes Problem)
- **Understandable** (verständlich, nachvollziehbar)
- **Measurable** (messbar, überprüfbar)
- **Behaviourable** (auf Verhaltensänderung ausgelegt)
- **Attainable** (erreichbar)

Ergänzend dazu sollten die spontan geäußerten Ziele des Rehabilitanden bei Beginn der Reha-Zielarbeit festgehalten werden. Sie stellen eine wichtige Ausgangsbasis dar, um einen Einblick in seine Motivationslage, seine Fähigkeiten und Problemwahrnehmung zu bekommen.

Abbildung 2 ist ein Praxisbeispiel. Es verdeutlicht die Zielvereinbarung in der Orthopädie, ist aber auch auf andere Indikationen übertragbar.

Abbildung 2: Ausfüllanleitung mit grafischen Elementen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sicher haben Sie schon darüber nachgedacht, was Sie in der Reha erreichen wollen. Auf diesem Blatt haben wir einige typische Reha-Ziele bei Erkrankungen des Bewegungsapparates aufgeschrieben.

Unsere Bitte:

- Kreuzen Sie **3 bis 5 Ziele** an, die Ihnen persönlich am wichtigsten sind.
- Bringen Sie dieses Blatt mit zur Aufnahmeuntersuchung und sprechen Sie mit dem Arzt darüber.
- Einigen Sie sich im Aufnahmegespräch auf 3 bis 5 gemeinsame Ziele, die Sie während Ihrer Zeit in der Klinik realistisch erreichen können.
- Bei der Abschlussuntersuchung besprechen Sie, in welchem Ausmaß Sie die Reha-Ziele erreicht haben.



	Was Sie nach der Reha besser können wollen:	Ergänzungen durch den Arzt (wird vom Arzt angekreuzt und ausgefüllt)
1.	<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> Treppen steigen	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> Heben und Tragen	<input type="checkbox"/> <i>Rückengerechtes Verhalten bisher nicht bekannt</i>
5.	<input type="checkbox"/> Wege bewältigen	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> Rad fahren	<input type="checkbox"/> <i>Wird für Arbeitsweg benötigt</i>

Quelle: Diana-Klinik, Bad Bevensen (modifizierter Auszug)

Wie kann ein Reha-Ziel den Rehabilitanden motivieren?

Die Sprecherperspektive und der Satzbau spielen für die motivationale Wirksamkeit der formulierten Reha-Ziele eine große Rolle (Dibbelt et al., 2011; Playford et al., 2009; Vogel et al., 1994).

Ziele sollten...

... Verbindlichkeit erzeugen

Persönliche Ziele sollten in der „Ich-Form“ und in der Gegenwartsform ausgedrückt, schriftlich festgehalten und möglichst mit anderen Menschen kommuniziert werden (Knierim, 2005). Ein Beispiel für eine gute Formulierung wäre:

„Ich erreiche und halte mein Wohlfühlgewicht von 75 Kilogramm.“

... positive Orientierung bieten

Es werden sogenannte „Vermeidungsziele“ („weg von...“) und „Annäherungsziele“ („hin zu...“) unterschieden. Annäherungsziele enthalten keine Verneinungen und gelten als effektiver (Oettingen & Gollwitzer, 2002). Negative Formulierungen lenken die Aufmerksamkeit auf das unerwünschte Verhalten oder Empfinden und können dadurch unbewusst verstärkt werden. Ein typisches Vermeidungsziel wie z.B. *„keine Schmerzen mehr haben“* könnte folgendermaßen umformuliert werden: *„Auch wenn ich manchmal noch Schmerzen habe, möchte ich meinen Garten wieder selbst bearbeiten können.“*

... aktives Handeln auslösen

Reha-Ziele müssen von Wünschen und Erwartungen der Rehabilitanden abgegrenzt und in konkrete Handlungsziele abgeleitet werden.

Konkret empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

1. Angestrebten Zustand beschreiben

Ein „gutes“ Ziel beschreibt zunächst den angestrebten Zustand und nicht die Maßnahmen, die dafür nötig sind.

2. Lebenswelt des Rehabilitanden berücksichtigen

Durch den Einbezug der persönlichen Lebenssituation des Rehabilitanden bedeutet die Zielerreichung einen persönlichen Gewinn und kann nachhaltig wirken. Zur Identifizierung von Problemfeldern bzw. zur Herleitung von Zielen können folgende Punkte aufgegriffen werden:

- Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Kollegen, bauliches Umfeld),
- individuelle Vorerfahrungen und Vorlieben (z.B. frühere Erfolge),
- subjektive Krankheitsvorstellungen sowie
- Problemwahrnehmung (z.B. empfundene Bedrohlichkeit der Krankheit).

3. Eigenen Beitrag zur Zielerreichung reflektieren

Anschließend geht es um die Frage, wie der Rehabilitand selbst zur Zielerreichung beitragen kann (z.B. durch mehr Bewegung im Alltag).

Wie viele Ziele und welcher Schwierigkeitsgrad sind angemessen?

Um eine Über- und Unterforderung der Rehabilitanden zu vermeiden, sollten folgende Aspekte bei der Reha-Zielarbeit beachtet werden:

1. Begrenzung der Anzahl

In der Regel wird eine Vereinbarung von **drei bis maximal fünf Reha-Zielen** (Bovend'Eerd et al., 2009; Buchholz & Kohlmann, 2013; Dibbelt et al., 2011; Tuner-Stokes, 2009) oder auch die Beschränkung auf ein **einzelnes, gut durchdachtes Reha-Ziel** empfohlen.

2. Überprüfung auf Realitätsnähe

Die Einschätzung, ob ein Reha-Ziel in einem bestimmten Zeitrahmen **realistisch erreichbar** ist, gehört zu den zentralen Aufgaben des Reha-Teams. Unerreichbare Ziele können als Stressoren wirken, körperliche Stresssymptome auslösen und pathologische Verhaltensmuster verstärken (Kuhl, 2005). Ein Ausweg kann sein, **abgestufte Zielerreichungsgrade** zu formulieren und eine Anpassung des Schwierigkeitsgrades zu ermöglichen.

3. Anstreben eines mittleren Schwierigkeitsgrades

Der Schwierigkeitsgrad eines Ziels ergibt sich aus dem Verhältnis von Anforderung und Zeit. Um eine Unter- oder Überforderung der Rehabilitanden zu vermeiden, sollte bei der Festlegung der Zielschwierigkeit ein **mittleres Niveau** angestrebt werden. Anstelle der völlig selbständigen Körperpflege nach einem Schlaganfall könnte beispielsweise das Reha-Ziel lauten: *„Die Körperpflege kann ich mit Hilfsmitteln und geringer Unterstützung durch eine Pflegekraft bewerkstelligen.“*

4. Priorisierung der Ziele

Durch die Gewichtung der Ziele untereinander wird die Relevanz und die Erreichbarkeit insgesamt verbessert (Vogel et al., 1994). Eine methodische Möglichkeit für die Gewichtung einzelner Ziele ist das sogenannte „Ranking“. In Abbildung 3 ist beschrieben, wie Rehabilitanden unterstützt werden können, ihre drei wichtigsten Reha-Ziele nach Ihrer Bedeutung zu benennen.

Abbildung 3: Priorisierung eigener Ziele durch den Rehabilitanden

Wenn Sie mehrere Rehabilitationsziele genannt haben, welches sind die drei wichtigsten Ziele für Sie?

1. *mich insgesamt wacher und belastbarer fühlen*
2. *bei Stress ruhig bleiben*
3. *neue berufliche Perspektiven entwickeln*

Quelle: Reha-Klinik Lüdenscheid, Lüdenscheid (modifizierter Auszug)

5. Unterscheidung in langfristige und kurzfristige Ziele

Ein überschaubarer Zeithorizont ist eine wichtige Voraussetzung für eine effektive Zielverfolgung. Eine Staffelung in **kurzfristige und längerfristige Ziele** kann deshalb sinnvoll sein.

In der Rehabilitation bietet sich als Zeitraum zunächst die aktuelle Behandlungsphase an, wie zum Beispiel der stationäre Reha-Aufenthalt von drei Wochen. Bei Reha-Ende kann die Zielarbeit auf die Nachsorge-Phase ausgedehnt werden. Ein Zielvereinbarungsformular kann dabei bereits übergeordnete Reha-Ziele (z.B. Berufstätigkeit) vorgeben, wie das folgende Praxisbeispiel zeigt.

Abbildung 4: Staffelung in längerfristige und kurzfristige Ziele

Mein persönliches Reha-Ziel

Name: *W. Meyer*

Reha-Ziele zur Wiedererlangung der beruflichen Tätigkeit:

Fernkraftfahrer

Kurzfristige Ziele für die Reha-Zeit:

1. *Mindestens 90 Minuten am Stück schmerzfrei sitzen können*
2. *Matten-Übungsprogramm nutzen, das ortsunabhängig machbar ist*
3. *Geschmeidigkeit von Rumpf, Hüften und Schultern*

Quelle: REHA SÜD Freiburg, Freiburg im Breisgau (modifizierter Auszug)

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

Praxisbeispiel 1: Zielabfrage im Anamnesebogen

Praxisbeispiel 2: Anleitung zur Erarbeitung von Reha-Zielen

Praxisbeispiel 3: Vorformulierte Reha-Ziele zum Ankreuzen

Praxisbeispiel 4: Zielauswahllisten für somatische Krankheitsbilder

Praxisbeispiel 6: Formulierung längerfristiger Ziele

2.2 Systematik und Dokumentation der Reha-Zielarbeit

Welchen Beitrag können Klassifikationen und Standards leisten?

Behandler wünschen sich vielfach Instrumente für die Reha-Zielarbeit, die auf ihre Rehabilitandengruppen zugeschnitten sind und häufig behandelte Erkrankungen widerspiegeln (u.a. Musekamp et al., 2008). Indikationsspezifische Zielkataloge können dem Behandler als Checkliste oder Gedächtnisstütze dienen. In verschiedenen Forschungsprojekten sind bereits Instrumente zum Thema Reha-Ziele, die **indikations-spezifische Kataloge** enthalten, entwickelt worden (s. S. 28).

Die Informationen, die im Rahmen der Anamnese erhoben werden, können in eine ICF-orientierte Struktur eingefügt werden. Damit ist gewährleistet, dass alle für die Rehabilitation relevanten Bereiche in der Reha-Zielarbeit abgedeckt sind.

Obwohl es derzeit keine allgemeine Kodiervorschrift gibt, erleichtert eine Zuordnung der Befunde zu Items in der ICF-Klassifikation die Orientierung sowie den strukturierten Transfer in den Entlassungsbericht (s. S. 29) und trägt maßgeblich zur Qualitätssicherung einer kontext- und teilhabeorientierten Rehabilitation bei (BAR, 2008). Ferner verbessert die Nutzung der ICF die Kooperation im Reha-Team, trägt zu einem besseren Verständnis untereinander bei (s. Modul 4) und erleichtert die inhaltliche sowie formale Planung des gesamten Reha-Prozesses (BAR, 2008) (s. Modul 5).

Da die ICF-Codes oft in einer abstrakten und technischen Sprache verfasst sind, müssen diese in der direkten Kommunikation mit dem Rehabilitanden „übersetzt“ und konkretisiert werden. Beispiele hierfür finden sich in der folgenden Tabelle.

Kasten 2: Konkretisierung von ICF-basierten Reha-Zielen

ICF-Code	Code-Bezeichnung	Beispielhafte Zielformulierung
b770	Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	<i>z.B. flüssig gehen mit aufrechtem Oberkörper</i>
d440	Feinmotorischer Handgebrauch	<i>z.B. Kleidung zuknöpfen können</i>
d240	Mit Stress u.a. psychischen Anforderungen umgehen	<i>z.B. Autogenes Training selbstständig einsetzen</i>

Quelle: Eigene Darstellung (in Anlehnung an BAR, 2008)

Ausführliche Beispiele zur ICF-orientierten Dokumentation befinden sich im “ICF - Praxisleitfaden 2“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008, S. 32ff.).

2. Reha-Ziele formulieren und überprüfen

Ergänzend dazu können die Komponenten der ICF mit unterschiedlichen Zeithorizonten bei der Zielsetzung mit einbezogen werden (BAR, 2008; Engel & Kemper, 2000; Stucki & Melvin, 2005):

- **Funktions-Ziele:** oft auch auf **Körperstrukturen** bezogen (z.B. Wundheilung), u.U. kurzfristig erreichbar
- **Aktivitäten-Ziele:** bieten sich für den Reha-Aufenthalt an (z.B. Überkopfarbeiten), eher mittelfristig
- **Teilhabe-Ziele:** auf den Alltag nach der Reha ausgerichtet (z.B. ein Hobby ausüben), eher langfristig

Das folgende Praxisbeispiel zeigt einen Ausschnitt aus einem Formular, in welchem die Reha-Ziele nach den ICF-Kategorien aus Sicht der Rehabilitanden sowie aus Sicht des Reha-Teams abgeglichen werden.

Abbildung 5: Übersetzung der Ziele des Rehabilitanden in ICF-Kategorien

Rehabilitationsziele nach ICF				
Sicht des Patienten	Einschränkungen im Beruf:		Einschränkungen im Alltag:	
Ziele nach Einschätzung des Patienten	Kurzfristige Ziele:			
	Langfristige Ziele:			
Patientenziel aus Sicht des Reha-Teams realistisch?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Noch unklar				
Ziele nach Einschätzung des Reha-Teams	Körperfunktionen und Strukturen:	Aktivitäten/Partizipation:	Umweltbezogene Kontextfaktoren:	Personenbezogene Kontextfaktoren:

Quelle: Neurologische Klinik, Bad Neustadt/Saale (Auszug)

Was sind die Vor- und Nachteile vorstrukturierter Reha-Ziele?

Die Antwortmöglichkeiten in Arbeitsmaterialien können unterschiedlich stark strukturiert sein. Im Wesentlichen lassen sich folgende Antwortformate unterscheiden:

- offen formulierte Fragen,
- Vorgabe einiger Beispielformulierungen oder möglicher Zielbereiche sowie
- ausformulierte Listen mit Zielen zum Ankreuzen.

Die Vor- und Nachteile der verschiedenen Vorgehensweisen sind in der folgenden Tabelle gegenübergestellt.

Kasten 3: Vor- und Nachteile des vorstrukturierten und offenen Vorgehens

	Vorstrukturierte Antwortformate	Offene Antwortformate
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • schnelle Bearbeitbarkeit der Abfrage • einfachere administrative Weiterverarbeitung, z.B. mittels EDV • Hilfestellung für Behandler, um Routine mit der Reha-Zielarbeit zu entwickeln • Orientierung für Rehabilitanden (Bedeutung von „Reha-Zielen“, welche Lebensbereiche berücksichtigt werden könnten) 	<ul style="list-style-type: none"> • individuellere Ausgestaltung der Zielarbeit • Verständlichkeit und Relevanz gewährleistet, wenn Rehabilitanden die Ziele in ihren eigenen Worten ausdrücken • gegenseitiges Verständnis • Beziehung zwischen Behandler und Rehabilitand wird gefördert, intensivere persönliche Kommunikation
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit den individuellen Voraussetzungen und Zielen des Rehabilitanden erfolgt weniger intensiv • Rehabilitanden erinnern sich später oft nicht mehr an die von ihnen angegebenen Ziele • persönlich wichtige Zielbereiche für den Rehabilitanden bleiben u.U. ausgeblendet 	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen an den ersten Versionen der Ziele häufig notwendig (nach Kriterien wirksamer Zielformulierung) • weitere Bearbeitung spontan formulierter Reha-Ziele ist eher zeitaufwändig • geringe Vorstrukturierung der Antwortmöglichkeiten kann aufwändigere Auswertung bedeuten

Quelle: Eigene Darstellung

Wie und was ist aus Einrichtungssicht zu dokumentieren?

Die schriftliche Dokumentation des Reha-Verlaufs einschließlich der Behandlungserfolge ist ein wichtiges Instrument der **internen Qualitätssicherung** und eine wesentliche Grundlage für die Abrechenbarkeit von Leistungen gegenüber dem Kostenträger. Die **Reha-Therapiestandards** (DRV Bund, 2014) und der Katalog therapeutischer Leistungen (**Klassifikation therapeutischer Leistungen [KTL]**) legen indikationsbezogen die Kombination bestimmter Reha-Ziele mit bestimmten Leistungen nahe.

Die schriftliche Dokumentation ist ferner eine wichtige Basis für **Arbeitsteilung** und **Professionalität**. Die Einhaltung bestimmter Standards und hausinterner Regeln ist insbesondere an Schnittstellen innerhalb des Reha-Teams (s. Modul 4) sowie an institutionellen Übergängen zu Beginn und am Ende des Reha-Aufenthaltes relevant.

Die Dokumentation kann in **Papierform** (z.B. Patientenakte und Therapiepass) oder mit Hilfe **elektronischer Dokumentationssysteme** erfolgen (s. S. 28).

Der Aufbau eines EDV-basierten Systems kann sich an den Vorgaben für die Dokumentation, Berichterstattung und Leistungsabrechnung der Kostenträger orientieren, sodass damit Arbeitsabläufe beschleunigt und häufig vorkommende Prozesse - zumindest teilweise - automatisiert werden können.

Dabei sollte daran gedacht werden, dass den Rehabilitanden die unmittelbare Dokumentation eines Zielgespräches am Computer irritieren kann, weil sich die Aufmerksamkeit des Behandlers oftmals auf den Bildschirm richtet und der Blickkontakt verloren geht. Die Eingabe sollte deshalb möglichst erst nach dem Gespräch bzw. in Vorbereitung des Berichtes erfolgen.

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

Praxisbeispiel 8: Differenzierung Reha- und Therapieziele

Praxisbeispiel 15: Mögliche Reha-Ziele nach Fachbereichen

Praxisbeispiel 16: Zielbasierte Therapieplanung und –dokumentation

Praxisbeispiel 17: Übersicht Reha-Ziele im Therapieplan

Praxisbeispiel 21: Elektronische Dokumentation der Reha-Ziele

Praxisbeispiel 30: Ziel-Operationalisierung in der neurologischen Reha

2.3 Zielerreichung überprüfen

Welche Fragen sind zum Vorgehen zu klären?

Die Überprüfung der Zielerreichung

- sollte immer mit dem Rehabilitanden im Gespräch erfolgen,
- kann durch den Rehabilitanden selbst (**Selbsteinschätzung**), durch den Behandler (**Fremdeinschätzung**) oder gemeinsam im Dialog zwischen Behandler und Rehabilitand (**partizipativ**) erfasst werden (s. Abb. 7),
- ermöglicht die gemeinsame Einschätzung der Zielerreichung, das Abgleichen unterschiedlicher Sichtweisen und das Besprechen des weiteren Vorgehens (s. Abb. 5),
- trägt zur Motivierung der Rehabilitanden und zur Weiterverfolgung der Reha-Ziele in ihren Alltag bei (Locke & Latham, 1990),
- liefert dem **Reha-Team** wichtige Hinweise zur wahrgenommenen Qualität ihres professionellen Handelns,
- dient der Überprüfung und ggf. Modifikation von Behandlungsmaßnahmen und
- kann für verschiedene Zielbereiche gleichzeitig besprochen sowie dokumentiert werden.

Das folgende Praxisbeispiel zeigt, wie die Dokumentation unterschiedlicher Zielbereiche in einer Einrichtung für onkologische Erkrankungen umgesetzt wird.

Abbildung 6: Gegenüberstellung des Status zu Beginn und Ende der Reha

Ausführende:
 Pflege Arzt Patient

Ablauf: Bitte kreuzen Sie bei Aufnahme und bei Entlassung das entsprechende Feld an!

Gesundheitszustand	Rehabeginn	Rehaende
Erschöpfung	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark
Angst, Unruhe	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark

Quelle: Klinik Bad Trissl, Oberaudorf (Auszug)

Das nächste Praxisbeispiel zeigt eine Möglichkeit, wie die Bewertung der Zielerreichung gemeinsam durch Arzt („A“) und Rehabilitand („P“) verschriftlicht werden kann.

Abbildung 7: Bewertung der Zielerreichung durch Rehabilitand oder Arzt

Pat. Ziel	Lebensstil, Prävention und Krankheitsmanagement	Wird vom Arzt in der Klinik ausgefüllt			
		Arzt Empf.	Zielerreichung ja teilw. nein		
<input type="checkbox"/>	Vermittlung einer gesunden Ernährungsweise	<input type="checkbox"/>	P	P	P
<input type="checkbox"/>	Förderung körperlicher Aktivität und eines angemessenen körperlichen Trainings	<input type="checkbox"/>	P	P	P
<input type="checkbox"/>	Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	A	A	A
<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	A	A	A
<input type="checkbox"/>	Entwöhnung vom Rauchen	<input type="checkbox"/>	A	A	A
<input type="checkbox"/>	Regeneration, Erholung und Abstand von Alltagsbelastungen	<input type="checkbox"/>	P	P	P
<input type="checkbox"/>	Vermittlung von spezifischen Kenntnissen über vorliegende Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	P	P	P

Quelle: Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde (Auszug; das vollständige Dokument befindet sich unter www.reha-ziele.de, Praxisbeispiel 22)

Zur Überprüfung der Zielerreichung müssen in der Einrichtung folgende **Fragen zum praktischen Vorgehen** geklärt werden:

- Werden zu Reha-Beginn Kriterien zur Zielerreichung definiert?
- Werden Zwischenstände erfasst (z.B. während der Visite/Behandlungen)?
- Wer ist für die Überprüfung der Zielerreichung zuständig?
- Wird die Bewertung der Zielerreichung durch den Rehabilitanden, durch den Behandler oder gemeinsam durchgeführt? (s. Abb. 7)
- Werden unterschiedliche Sichtweisen abgeglichen? (s. Abb. 7)
- Von wem wird die Zielerreichung dokumentiert? In welchem Dokument?
- In welchem Rahmen werden die Ergebnisse der Zielerreichung mit dem Rehabilitanden besprochen? Werden daraus Konsequenzen für das weitere Vorgehen sichtbar?
- Erfährt der Rehabilitand, wie er zu Hause seine Ziele weiterverfolgen kann?
- Werden die anfangs vereinbarten Reha-Ziele, mögliche Schwierigkeiten und der Grad der Zielerreichung im Entlassungsbericht dokumentiert?

Welche Methoden zur Zielerreichungsüberprüfung gibt es?

Die „**Messbarkeit**“ der Zielerreichung hängt von den Eigenschaften des formulierten Ziels ab. Allgemein werden sogenannte „harte“ und „weiche“ Ziele unterschieden (Porst, 2008). Unter „**harten Zielen**“ werden in der Regel objektiv messbare Ziele (z.B. Gewichtsreduktion um x kg in 3 Wochen) verstanden, die anhand verschiedener Messskalen erfasst werden können. Im folgenden Praxisbeispiel sind verschiedene Messskalen zur Bestimmung und Überprüfung spezifischer Reha-Ziele bzw. Therapie-Ziele aus einer Fachklinik für Kinder- und Jugendrehabilitation dargestellt.

Abbildung 8: Zielbestimmung und Überprüfung anhand von Messskalen

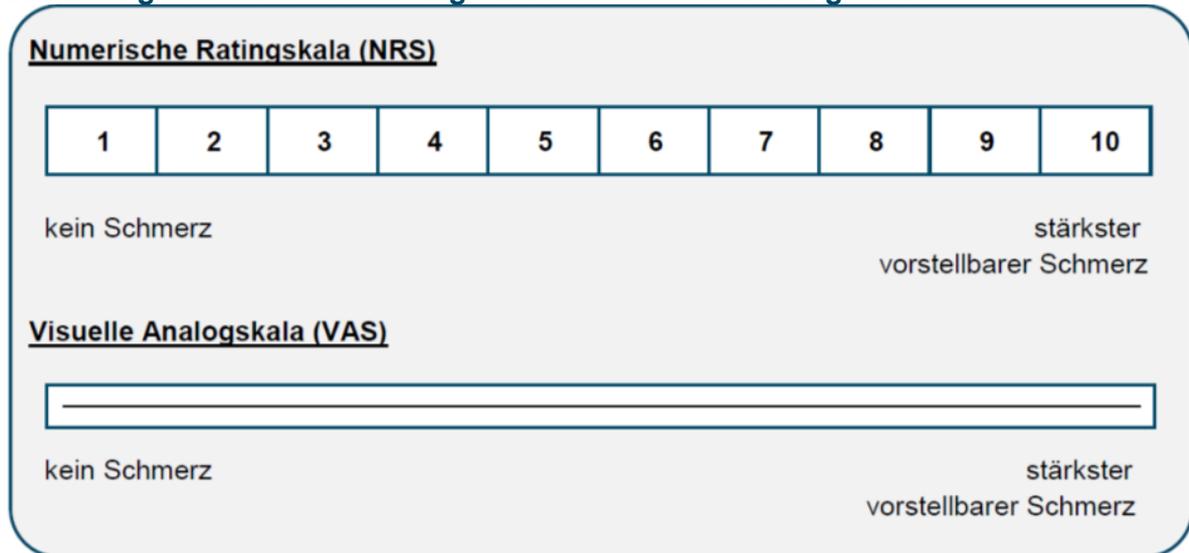
Name: _____

	Reha-Ziel	Messbarkeit	Start	Ziel	Ende
Atemwege					
<input type="checkbox"/>	Weniger nächtliches Aufwachen und Husten	Frequenz <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Woche			
<input type="checkbox"/>	Besser Luft bekommen	Zähltest bis			
<input type="checkbox"/>	Besser Luft bekommen	Peakflow L/ min			
<input type="checkbox"/>	Weniger Beschwerden	Punkte Asthmakontrolltest			
<input type="checkbox"/>	Bessere körperliche Belastbarkeit	6 Minuten Lauftest 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10			
<input type="checkbox"/>	Seltener Bedarfsmedikament	Anzahl Anwendungen /Woche			
<input type="checkbox"/>	Sicherheit im Umgang mit Bedarfsmedikation	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10			
<input type="checkbox"/>	Weniger Rauchen	Anzahl Zigaretten pro <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Woche			

Quelle: Ostseestrand-Klinik Klaus Störtebeker, Loddin (Auszug)

„**Weiche Ziele**“ können mit Hilfe von sogenannten „**Endpunktbenannten Skalen**“ (s. Abb. 9), oder „**Verbal verankerten Skalen**“ (z.B. *Zielerreichung: ja/ eher ja/ teilweise/ eher nein/ nein*) visualisiert werden. „Weiche“ Ziele (z.B. Motivation zur Lebensstiländerung) lassen sich schwerer als „harte“ Ziele in Zahlen fassen. Numerische Skalen werden fälschlicherweise häufig als objektiver im Vergleich zu verbalisierten Skalen wahrgenommen. Es sollte berücksichtigt werden, dass Skalen zur Erfassung „weicher Ziele“ immer auf einer subjektiven Einschätzung der Antwortenden beruhen.

Abbildung 9: Numerische Rating-Skala und Visuelle Analog-Skala



Quelle: Eigene Darstellung

In der Rehabilitation ist das „**Goal Attainment Scaling (GAS)**“ (s. Abb. 10), ein weit verbreitetes Verfahren (Zwingmann, 2003), das zur schriftlichen Fixierung der Behandlungsziele und zur Ausrichtung sowie Evaluation individueller Behandlungsverläufe eingesetzt werden kann.

Abbildung 10: Goal Attainment Scaling (GAS)

Zielerreichung		1. Ziel	2. Ziel	3. Ziel
		30 Minuten/Tag spazieren gehen	Nichtraucher werden	Autogenes Training erlernen
+2	Viel mehr als erwartet			
+1	Mehr als erwartet			
0	Erwartetes Ergebnis			
-1	Weniger als erwartet			
-2	Viel weniger als erwartet			

Quelle: Eigene Darstellung (in Anlehnung an Kolip, 2011)

Warum sind Erfolge manchmal nicht messbar?

Nicht alle in der Rehabilitation erzielten Erfolge können während des Reha-Aufenthaltes gemessen werden. Dies kann u.a. durch einen mittel- oder langfristigen Zeithorizont oder durch bestimmte Krankheitsbedingungen begründet sein.

Zeithorizont

Manche Ziele können erst nach der Rehabilitation erreicht und dadurch nicht mehr während des Reha-Aufenthaltes von den Mitarbeitern der Einrichtung erhoben werden. Diese Ziele können entweder den Weiterbehandelnden kommuniziert oder durch die Rehabilitanden selbst evaluiert werden. Hierfür ist es wichtig, Zielerreichungskriterien zu benennen, die der Rehabilitand eigenständig nutzen kann. Dabei sollten persönliche Neigungen und Vorerfahrungen des Rehabilitanden berücksichtigt werden. Auch hierbei ist die Frage hilfreich, woran der Rehabilitand in der Zukunft erkennen würde, dass er sein Ziel erreicht hat. Dies können konkrete Verhaltensweisen, wie z.B. ein regelmäßig durchgeführtes Entspannungsprogramm oder mehr Bewegung im Alltag (Storch & Krause, 2007), sein.

Bei der Zielarbeit können Bilder, aber auch Kreativmethoden oder Phantasiereisen zum Einsatz kommen. Begriffe und Bilder, die als passend zur eigenen Persönlichkeit empfunden werden, führen zu einer stärkeren emotionalen Bindung (Knierim, 2005; Storch & Krause, 2007).

Je weiter der zeitliche Horizont des Ziels ist und je mehr Lebensbereiche davon betroffen sind (Stichwort „Lebensziele“), desto schwieriger wird die Evaluation.

Besondere Krankheitsbedingungen

Bei der Zielvereinbarung und der entsprechenden Beurteilung des Reha-Verlaufs sollten auch besondere Krankheitsbedingungen (z.B. schubweise Verläufe) beachtet werden. Möglicherweise muss akzeptiert werden, dass der Zustand des Rehabilitanden stagniert oder sich verschlechtert. Ein Ziel kann hier auch die Aufrechterhaltung eines Zustandes oder ein verlangsamtes Fortschreiten der Erkrankung sein.

Dabei gilt es immer, Rehabilitanden bei ihrem Wissensstand über ihre Erkrankung abzuholen und Ziele entsprechend auszuhandeln. Wenn Menschen bereits länger erkrankt sind und möglicherweise zum wiederholten Male rehabilitiert werden, sollte auch ihre Erfahrung mit der Reha-Zielerreichung einbezogen werden, um realistische Ziele setzen zu können.

Umgekehrt müssen insbesondere bei neurologischen Erkrankungen möglicherweise neuropsychologische Beeinträchtigungen mit bedacht werden, wie z.B. Störungen der Orientierung, des Antriebs, der Aufmerksamkeit oder der Kommunikation. Hier können die Spielräume der partizipativen Zielarbeit mit dem Rehabilitanden eingeschränkt sein.

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

- Praxisbeispiel 7: Zielgewichtung und Zielannäherung
- Praxisbeispiel 10: Zwischenbilanz
- Praxisbeispiel 12: Zielerreichungsskala „Goal Attainment Scale“
- Praxisbeispiel 13: Reha-Zielarbeit im Rahmen der Visite
- Praxisbeispiel 14: Zielgewichtung und Feedback zur Reha
- Praxisbeispiel 20: Messgrößen für die Zielerreichung
- Praxisbeispiel 22: Einbindung der Zielbefragung in die Arbeitsprozesse

Weiterführende Literatur

- **Ansätze der Reha-Zielarbeit**
 - Siegert, R. & Levack, W. (2014). *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence*. Boca Raton: CRC Press. Hinweis: Enthält Theorien, Praxis und wissenschaftliche Evidenz zur Reha-Zielarbeit, z.T. indikationsspezifisch.

- **Elektronische Dokumentationssysteme**
 - «RehabNET®-IPS»: Therapiezielkatalog mit EDV-Lösung. Hinweis: Die vier Schritte des Rehab-CYCLES zum Patienten-Management (Assessment, Assignment, Intervention und Evaluation) bilden die Basis der Web-Applikation «RehabNET®-IPS» (ICF-basierte Software, Assessments mit Sofort-Auswertungen). Weitere Informationen online verfügbar unter: www.rehabnet.ch [Letzter Zugriff: 02.04.2014].

- **Forschung zu zielorientierter Evaluation**
 - Weis, J., Moser, M. & Bartsch, H. (2002). *Abschlussbericht Projekt D4: Zielorientierte Evaluation stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen, ZESOR-Studie*. Online verfügbar unter: <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=5f5eb3b5f78bf136c1256e9b002f82b6> [Letzter Zugriff: 14.11.2014].
 - Berking, M. (2003). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation*. Göttingen: Georg-August-Universität zu Göttingen, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät.
 - Dirmaier, J., Koch, U. & Schulz, H. (2003). Therapeutenseitige Zielerfassung in der Psychosomatischen Rehabilitation: Entwicklung und Überprüfung eines Kategoriensystems. *DRV-Schriften*, 40, 462-464.

- **Handlungskontrolle und Selbstwirksamkeitserwartung**
 - Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. In C. Norman, C. Abraham & M. Conner (Hrsg.), *Understanding and changing health behaviour. From health beliefs to self-regulation*. Amsterdam: Harwood.
 - Quirin, M. & Kuhl, J. (2009). Handlungskontrolltheorie. In V. Brandstätter & J. Otto (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie - Motivation und Emotion* (S. 157-162). Göttingen: Hogrefe.

- **ICF-basierte Reha-Ziele**

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). *ICF - Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen*. Online verfügbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF2.pdf> [Letzter Zugriff: 16.07.2014]. Hinweis: Orientierung der Reha-Zielsetzung am Kontext und an der Teilhabe, Regeln zur Zielformulierung und häufige Fehler.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. *ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum*. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html> [Letzter Zugriff: 02.04.2014]. Hinweis: Bietet Hilfe bei der Entwicklung von ICF-Core Sets, Assessments, Planungsinstrumenten, Behandlungsleitfäden, Leistungsbeschreibungen und Patientenschulungen.

- **Modelle des Gesundheitsverhaltens**

- Scholz, U., Schüz, B., Ziegelmann, J.P., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2008). Beyond Behavioural Intentions: Planning Mediates between Intentions and Physical Activity. *British Journal of Health Psychology*, 13, 479-494.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Sniehotta, F., Schwarzer, R., Scholz, U. & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35, 565-576.

- **Reha-Entlassungsbericht**

- DRV Bund (2014). *Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung*. Online verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de; Home – Fachinfos – Sozialmedizin & Forschung – Sozialmedizin – Fachinformationen Rehabilitation – Informationen für Reha-Einrichtungen - Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.

- **Reha-Ziele aus Einrichtungsperspektive**

- Projekt MeeR „Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung“. Abschlussbericht online verfügbar unter: www.mh-hannover.de/epi_reha_meer.html [Letzter Zugriff: 02.04.2014].

3. Patientenorientierte Kommunikation in der Reha-Zielarbeit



Kernaussagen

Rehabilitanden aktiv beteiligen

- Um die Reha-Zielarbeit patientenorientiert zu gestalten, ist es wichtig, dass
 - eine vertrauensvolle und wertschätzende Behandler-Patient-Beziehung besteht,
 - die Anliegen und Bedarfe der Rehabilitanden in Bezug auf ihr gesamtes Lebensumfeld sowie deren subjektiven Sichtweisen, persönlichen Erfahrungen und Auffassungen von Krankheit berücksichtigt werden und
 - die Rehabilitanden darin unterstützt werden, ihre Ziele – im Sinne des Empowerments – eigenverantwortlich umzusetzen.
- Reha-Ziele und die Planung ihrer Umsetzung können in unterschiedlichen Settings (Gruppen, Einzelgespräche, Hausaufgabe) erarbeitet werden.
- Begleitpersonen, Angehörige sowie ggf. andere Instanzen sollten in die Zielarbeit einbezogen werden.

Störungen in Reha-Zielgesprächen

- Bei Störungen in der Kommunikation gilt es zunächst, sie wahrzunehmen und aktiv zuzuhören, bevor Lösungen angeboten werden.
- Soweit möglich sollte eine Übereinstimmung hinsichtlich der Reha-Ziele und der Maßnahmen erzielt werden.
- Das sensible Thema „Rentenwunsch“ erfordert ein offenes Gespräch.

Unterschiedliche Bedarfe der Rehabilitanden

- Es sollten
 - zielgruppengerechtes Material für die Reha-Zielvereinbarung verwendet,
 - besondere Bedarfe bei der Zielaushandlung geklärt und berücksichtigt sowie
 - mögliche kulturelle oder religiöse Einstellungen der Rehabilitanden reflektiert werden.

3.1 Rehabilitanden aktiv beteiligen

Was bedeutet patientenorientierte Kommunikation?

Die Qualität der Kommunikation entscheidet darüber, ob sich eine tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen Behandler und Rehabilitand ergibt, ob sich der Rehabilitand angenommen und emotional unterstützt fühlt, ob er sich aktiv an der Zielarbeit beteiligt und ob die richtigen Ziele und Maßnahmen ausgewählt werden.

Die Patient-Behandler-Beziehung lässt sich anhand affektiver, struktureller und partizipativer Merkmale von Beziehungsgestaltung beschreiben (Bensing, 1991; Dibbelt et al., 2011).

Kasten 4: Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation

Affektive Qualität:

- Wertschätzung, Respekt, Stimmigkeit (Kohärenz) und Empathie
- Zuständigkeit und Verfügbarkeit
- (Ungeteilte) Aufmerksamkeit

Instrumentelle Qualität:

- Gespräche strukturieren und moderieren
- zuverlässige und vollständige Informationen geben und einholen
- patientennahe Sprache
- Abstimmung von Problem-Bereichen, -Definitionen und Lösungswegen

Partizipative Qualität:

- Beteiligung von Rehabilitanden ermöglichen (z.B. Transparenz, offene Fragen stellen, Verständnis absichern durch Rückfragen)
- flexible Abstimmung der Kommunikation auf Bedürfnisse, Kompetenzen, Stile und Präferenzen der Rehabilitanden
- Präferenzen klären und eigenständige Entscheidungen unterstützen
- Motivierung und Stärkung des Selbstmanagements

Quelle: Eigene Darstellung (nach Bensing, 1991; Dibbelt et. al. 2011)

Für die Qualität ihrer Interaktion sind sowohl Behandler als auch Rehabilitand verantwortlich, jedoch auf unterschiedliche Weise. Der Behandler als Experte bestimmt das Setting, führt und strukturiert das Gespräch. Der Rehabilitand ist dafür verantwortlich, seine Anliegen, Probleme und Wünsche zu äußern sowie Informationen zu seiner Krankengeschichte zu geben. Der Behandler wiederum ist dafür verantwortlich, dass der Rehabilitand dies auch gut tun kann.

Im Kontext der Reha-Zielvereinbarung wird Teilhabe durch eine partizipative Interaktionsgestaltung gefördert, die dem Rehabilitanden erlaubt, das Gespräch aktiv mitzugestalten, seine Anliegen und Ziele einzubringen, über den Weg der Zielerreichung

mit zu entscheiden sowie für die Erreichung der Ziele Verantwortung zu übernehmen - analog zum Modell der Gemeinsamen Entscheidungsfindung (Elwyn et al., 2006; Simon et al., 2008). Voraussetzungen zur partizipativen Interaktionsgestaltung sind Transparenz (z.B. über die Behandlung der Reha-Ziele im weiteren Verlauf) sowie ein angemessener Informationsstand über die Erkrankung und Behandlung.

Im folgenden Kasten sind Elemente **partizipativer Gesprächsgestaltung** zusammengestellt.

Kasten 5: Partizipative Gestaltung von Gesprächen über Reha-Ziele

1. Rehabilitanden eine aktive Rolle und Autonomie ermöglichen, z.B. durch

- das Stellen (offener) Fragen,
- ausreichende Redezeit,
- das Schaffen von Entscheidungsspielräumen und
- die Unterstützung selbstständiger Entscheidungen (z.B. durch Partizipative Entscheidungsfindung).

2. Transparenz schaffen und informieren, z.B. durch:

- Erläuterung von Ziel und Ablauf des Gespräches,
- Begründung der Reha-Zielvereinbarung und Ausblick auf das weitere Vorgehen,
- dosierte und verständlich dargestellte Informationen über die Rehabilitation (z.B. grafisch) sowie
- Verwendung einer patientennahen Sprache.

3. Absicherung des wechselseitigen Verständnisses und der Vollständigkeit durch Formulierungen wie z.B.:

- „Habe ich das richtig verstanden?“
- „Kann ich das so notieren?“
- „Sind alle Punkte, die Ihnen wichtig sind, genannt?“

Quelle: Eigene Darstellung

Außerdem kann die Beteiligung von Rehabilitanden durch entsprechende Dokumentationshilfen unterstützt werden. Das nächste Praxisbeispiel verdeutlicht, wie die aktive Beteiligung von Rehabilitanden an der Zielarbeit durch entsprechende Dokumentation zu Beginn und während der Rehabilitation unterstützt werden kann.

Abbildung 11: Wiederholte Befragung des Rehabilitanden

Patientenname:	Zimmernummer:
Ärztliche Aufnahme durch:	Aufnahmedatum:
Gemeinsame Reha-Ziele:	Zielabschlussevaluation:

Selbsteinschätzung, Auswertung nach der 1. Woche

Bitte bewerten Sie Ihre bisherigen Reha-Ziele für sich:

Bisher positiv Erreichtes:
Bisher nicht Erreichtes:
Was wollen Sie erreichen:

Selbsteinschätzung, Auswertung nach der 2. Woche

(s.o.)

Quelle: Fachklinikum Borkum, Borkum (Auszug; das vollständige Dokument befindet sich in unter www.reha-ziele.de, Praxisbeispiel 24)

In welchen Settings ist Reha-Zielarbeit möglich?

Gespräche über Reha-Ziele „unter vier Augen“ zwischen Behandler und Rehabilitand zu Beginn einer Maßnahme sind zur ersten Abstimmung und Etablierung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung sinnvoll.

Die Zielarbeit kann aber auch in Gruppenprogrammen und Patientenschulungen eingebaut werden. Dies hat mehrere Vorteile:

- die Zielarbeit kann direkt auf die Inhalte der Schulung bezogen werden,
- Zeit kann eingespart werden und
- die Rehabilitanden regen sich gegenseitig an (Synergieeffekte).

Die Einbeziehung von Angehörigen in die Zielarbeit, z.B. in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, stellt ein weiteres besonderes Setting dar (s. Modul 3.3).

Eine Kombination von Einzelgesprächen und Gruppenarbeit, die eine aktive Patientenbeteiligung sicherstellen würde, könnte z.B. so aussehen:

1. In einem Erstgespräch mit dem Arzt oder Behandler werden Problembereiche und Teilhabe-Ziele geklärt sowie Maßnahmen beraten.
2. In einer Gruppensitzung werden Prinzipien der Zielauswahl und Reha-Zielformulierung, der Umsetzungsplanung sowie der Gebrauch von Dokumentationsmaterialien (z.B. Bewegungstagebuch, Planungshilfe, etc.) erläutert. Modellhaft kann die Zielauswahl und Umsetzungsplanung mit einem Rehabilitanden in der Gruppe durchgeführt werden, der sich freiwillig zur Verfügung stellt.
3. Die übrigen Teilnehmer beraten und bearbeiten im Anschluss ihre individuelle Zielauswahl und Umsetzungsplanung, entweder zu zweit in der Gruppe oder als Hausaufgabe.
4. In einem weiteren Einzelgespräch mit dem Behandler könnten die individuell erarbeiteten Ziele und Pläne beraten und überprüft werden.
5. Eine weitere oder abschließende Gruppensitzung kann sich mit der Umsetzungsplanung von Reha-Zielen zu Hause, Motivierungsstrategien und dem Barrierenmanagement (s. Abb. 13) befassen.

Ein Beispiel für die Kombination unterschiedlicher Settings ist in Abbildung 12 dargestellt.

Abbildung 12: Einsatzmöglichkeiten unterschiedlicher Settings in der Zielarbeit

1	2	3	4
Einzelgespräch Arzt	Gruppe	Hausaufgabe oder Einzelgespräch	Gruppe
Klärung von Problemfeldern	Prinzipien der Zielauswahl und Zielformulierung am Beispiel	Zielauswahl und Maßnahmen individuell	Barrieren- Management Motivations- strategien Zielumsetzung zu Hause

Quelle: Eigene Darstellung

Unter **Barrieren-Management** versteht man die konkrete Planung von Maßnahmen und Veränderungsprozessen. Man führt sich mögliche innere und äußere Barrieren vor Augen, identifiziert aber gleichzeitig Ressourcen, die helfen können, die geplante Aktivität trotz „widriger Umstände“ auszuführen. Solche Ressourcen können sowohl Strategien als auch Kontextfaktoren sein.

Es kann unterschieden werden zwischen Barrieren, die Selbstregulation verlangen (Überwindung des „inneren Schweinehundes“), wie „keine Lust“, „zu müde“ und Barrieren, die eher organisatorischer Natur sind, wie „keine Zeit“, „großer Organisationsaufwand“, „hohe Kosten“ (Göhner & Fuchs, 2007). So kann z.B. die Verabredung mit Freunden zum Sport helfen, Barrieren wie „zu müde“ oder „keine Lust“ zu überwinden.

Eine selbstregulatorische Strategie wäre etwa, sich zu vergegenwärtigen, wie gut man sich nach dem Sport fühlt. Weitere Beispiele für innere Barrieren und Strategien zur Selbstregulation sind in Abbildung 13 dargestellt. Weiteres Material dazu findet sich in den „MoVo Gruppenprogrammen für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung“ (Göhner & Fuchs, 2007) (s. S. 52).

Abbildung 13: Material zum Barrieren-Management für die Gruppenarbeit

Barrierenmanagement zum „inneren Schweinehund“

- **Sich zum Sport verabreden** (z.B. *mit Freundin*)
- **Sich noch mal die Gesundheitsziele vergegenwärtigen**
(z.B. *Schmerzlinderung*)
- **Sich vor Augen führen, wie gut das Training tut**
(z.B. *Wohlfühlen danach, Stolz auf eigene Leistung*)
- **Sich Hinweise und Hilfen organisieren**
(z.B. *Sportklamotten bereit legen*)
- ...

Anmerkung: Das kursiv Gedruckte sind nur Beispiele für die Moderatorin. Die Teilnehmer entwickeln während der Einheit eigene Beispiele, die dann auf ein Flipchart geschrieben werden.

Barrierenmanagement zum „inneren Schweinehund“



Quelle: modifiziert nach Göhner & Fuchs, 2007, Flipcharts Nr. 11 und Nr. 12

Wann und wie sollten Dritte einbezogen werden?

Dritte Personen (Angehörige, Betreuende, Übersetzer) sollten in die Reha-Zielvereinbarung und Reha-Zielarbeit mit einbezogen werden, wenn:

- Rehabilitanden diesen Wunsch äußern,
- Rehabilitanden in einem Betreuungsverhältnis stehen (Kinder und Jugendliche, Personen mit erheblichen Behinderungen oder erheblichen Sprachbarrieren),
- Rehabilitanden darin eingeschränkt sind, über die persönliche Situation Auskunft zu geben und Anliegen zu formulieren (krankheitsbedingt, aufgrund von Fremdsprachigkeit),
- die Beteiligung von Angehörigen von besonderer Bedeutung für den Erfolg der Rehabilitation ist (z.B. bei Abhängigkeits- und psychischen Erkrankungen) oder
- Angehörige von der Erkrankung des Rehabilitanden erheblich mitbetroffen sind.

Wer als Angehöriger in die Zielarbeit mit einbezogen wird, sollte der Rehabilitand - soweit wie möglich - selbst entscheiden. Als Angehörige können Ehe- oder Lebenspartner, Kinder und Eltern, aber auch wichtige Bezugspersonen wie Freunde und Arbeitskollegen gelten.

Angehörige können als **Co-Therapeuten** (z.B. im Rahmen einer psychotherapeutischen Intervention) mit einbezogen werden oder auch Ziele, welche die eigene Person betreffen, einbringen (z.B. „Wunsch nach Entlastung“) (s. S. 52).

Grundsätzlich folgt ein partizipatives Zielgespräch zu dritt (oder viert) denselben Regeln wie ein Zielgespräch zu zweit: Alle Beteiligten sollten eine gemeinsame Informationsbasis haben, nach ihren Anliegen gefragt werden und der finalen Zielauswahl sowie Zielformulierung zustimmen.

Zur Vorbereitung der Zielgespräche können **Angehörige** und **Rehabilitanden** getrennt zu den Zielen der Rehabilitation befragt werden. Ein Beispiel für die Dokumentation von Reha-Zielen von Eltern, die sich auf die Reha-Ziele ihrer Kinder beziehen, findet sich in dem folgenden Praxisbeispiel.

Abbildung 14: Fragen an Eltern zu Reha-Zielen der Kinder

Rehabilitationsziele

- Bitte geben Sie die zwei wichtigsten Ziele für Ihr Kind an, die Sie mit der Rehabilitation verfolgen:
 - 1.
 - 2.
- Woran werden Sie am **Ende der Rehabilitation** merken, dass Ihr Kind das Ziel erreicht hat?
 Kann ich noch nicht beurteilen
- Woran werden Sie **6 Monate nach der Rehabilitation** merken, dass Ihr Kind das Ziel erreicht hat?
- Bitte geben Sie das wichtigste Ziel (eines!) für sich an, das Sie mit der Rehabilitation verfolgen:
- Woran werden Sie am **Ende der Rehabilitation** merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?
 Kann ich noch nicht beurteilen
- Woran werden Sie **6 Monate nach der Rehabilitation** merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

Quelle: Ostseestrand-Klinik Klaus Störtebeker, Loddin (Auszug)

Bei Rehabilitanden mit ausgeprägten **Sprachbarrieren** (z.B. Verlust der Sprachfähigkeit, Gehörlose, geringe Deutschkenntnisse, kleine Kinder) sollten barrierefreie oder barrierearme Materialien, die sich einer einfachen Sprache, grafischen Elementen und Visualisierungen bedienen, verwendet werden.

Auch **Angehörige** oder **Betreuende** können die Interessen des Rehabilitanden vertreten. Dazu muss sichergestellt sein, dass die Angehörigen oder Betreuenden den Rehabilitanden gut genug kennen, um verlässliche Aussagen über dessen Interessen, Vorlieben und Abneigungen sowie Gewohnheiten treffen zu können. Soweit wie möglich sollte der Rehabilitand einbezogen werden und sich selbstständig zu seinen Anliegen und Reha-Zielen äußern, ggf. unter Zuhilfenahme grafischer Mittel, stellvertretender Kommunikation oder eines Übersetzers.

Wenn ein **Dolmetscher** hinzugezogen werden muss, eignet sich die Methode des konsekutiven Übersetzens am besten für Besprechungen im kleinen Rahmen. Zeitversetzt erhält zunächst der Rehabilitand das Wort und pausiert nach einigen Sätzen, um dem Übersetzer die Möglichkeit des Dolmetschens zu geben. Übersetzer können sich in der Sprechzeit Stichworte notieren und anschließend das Gesagte strukturiert wiedergeben. Zu bedenken ist, dass sich die Besprechungszeit dadurch verlängert. An wichtigen Stellen sollte das Verständnis abgesichert werden.

Möglicherweise ist auch das Geschlecht des Dolmetschers zu beachten. So könnte eine Rehabilitandin muslimischen Glaubens durch die Anwesenheit eines männlichen Übersetzers befangen sein. Übernehmen Angestellte der Einrichtung die Funktion eines Dolmetschers, sollten diese entsprechend geschult sein.

Bei neurologischen und neuropsychologischen Störungsbildern kann auch die grundlegende Kommunikations- und Planungsfähigkeit der Gegenstand des Reha-Ziels sein. Im folgenden Praxisbeispiel werden die Ziele zunächst durch das Reha-Team festgelegt und schrittweise erweitert.

Abbildung 15: Kognitive, psychische und kommunikative Basisfunktionen für Reha-Zielarbeit

Therapie-/Rehabilitationsziele:

(neu aufgenommene Ziele bitte umranden)

Rubriken zum Ankreuzen

1. Kognitive und psychische Funktionen

- Orientiertheit zu Zeit und Person
- Basale Wahrnehmungsfunktionen für Sehen, Hören, Fühlen, etc.
- Schaffung von Therapiefähigkeit hinsichtlich kognitiver und seelischer Funktionen
- Wiederherstellung des Tag- Nacht-Rhythmus
- Verbesserung von Antrieb und Selbststeuerung
- Verbesserung des Neglect
- Motivationsarbeit

2. Kommunikative Funktionen

- Erarbeiten eines situativen Verständnisses
- Verstehen einfacher verbaler Aufforderungen
- Erarbeiten basaler aktiver Kommunikationsstrategien (verbal, non-verbal)

Quelle: m&i Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach (Auszug; das vollständige Dokument befindet unter www.reha-ziele.de, Praxisbeispiel 30)

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

Praxisbeispiel 1: Zielabfrage im Anamnesebogen

Praxisbeispiel 2: Anleitung zur Erarbeitung von Reha-Zielen

Praxisbeispiel 24: Beiträge des Rehabilitanden zur Zielplanung

Praxisbeispiel 25: Prozessbeschreibung Patientenversorgung

Praxisbeispiel 27: Bewegungswochenplan in der Nachsorge

Praxisbeispiel 30: Ziel-Operationalisierung in der neurologischen Reha

Praxisbeispiel 32: Zielarbeit in der ambulanten Rehabilitation

3.2 Störungen in Reha-Zielgesprächen

Wie erkenne und reagiere ich auf Störungen in der Kommunikation?

Folgende Verhaltensweisen des Gesprächspartners weisen auf Vorbehalte und Störungen hin:

- thematische Sperren („*Darüber möchte ich nicht reden!*“),
- diffuse Ablehnung,
- nicht nachvollziehbare Bedenken, „Ja, aber“ – Argumente,
- passives Verhalten,
- Unaufmerksamkeit,
- Frage-Antwort-Pause-Muster: Auf Fragen des Behandlers werden nur kurze und einsilbige Antworten gegeben,
- Antworten auf Fragen, die man nicht gestellt hat,
- Ausweichen,
- Genauigkeit, Fachwissen oder Integrität des Behandlers werden in Frage gestellt,
- „Ins Wort fallen“ oder in abwehrender Haltung unterbrechen.

Nimmt man solche Anzeichen von Vorbehalten wahr, sollte innerlich ein „Stopp-Zeichen“ aufleuchten und die „**Einfühlungsschleife**“ (s. Abb. 16) angewandt werden:

1. Wahrnehmen: Zunächst die volle Aufmerksamkeit auf den Rehabilitanden und seine Äußerungen richten.

2. Aktiv zuhören, d.h. versuchen, Anliegen und Emotionen zu klären, zu verstehen und die Perspektive des Rehabilitanden einzunehmen, auch wenn man seine Bewertungen und Einstellungen nicht teilt.

3. Lösen: Erst, wenn man genau verstanden hat, was das Anliegen des Rehabilitanden ist, sollte man über Lösungen beraten. Erst, wenn der Rehabilitand das Gefühl hat, verstanden worden zu sein (und sich beruhigt hat), ist er in der Lage, Informationen aufzunehmen und sich mit der „Sache“ auseinander zu setzen.

Eine wichtige Regel aus der Beratungspraxis lautet daher: „**Klären vor Lösen**“. Behandler müssen die Problemauffassung des Rehabilitanden nicht teilen, müssen sich aber vorstellen und respektieren können, dass aus der Perspektive des Rehabilitanden ein Problem besteht.

Abbildung 16: Kommunikationsstörung wahrnehmen

Kommunikationsstörungen äußern sich durch:

- Passivität, Widerspruch, Forderungen, Aggression
- Zweifel, Verzweiflung, Trauer

1. Wahrnehmen!

- Klären: Worum geht es (eigentlich)?

2. Aktiv zuhören

- nachfragen, paraphrasieren, Emotionen aufgreifen
- Problemsicht respektieren, Verständnis zeigen
- Konsens herstellen, Kompromiss finden oder unterschiedliche Sichtweisen erst einmal stehen lassen
- Bei unterschiedlicher Sichtweise ggf. weitere Gesprächstermine vereinbaren, ggf. Kollegen hinzuziehen

3. Erst dann (!): Lösungen anbieten, informieren, beruhigen

Quelle: Eigene Darstellung (nach Heckhausen, 2006)

Neben dem vorschnellen Angebot von Lösungen besteht die Gefahr, dass sich Behandler in Streitgespräche und Argumentationen verwickeln lassen. Dies verstärkt jedoch den Widerstand. Je emotionaler ein Gespräch wird, desto weniger sind Sachargumente hilfreich. Die wichtigste Botschaft, die es in dieser Situation zu vermitteln gilt, ist eine Beziehungsbotschaft und sie lautet: „*Ich verstehe Sie und ich nehme Sie ernst.*“

Um dies zu erreichen, ist wiederum das **aktive Zuhören** die geeignete Methode. Ein wichtiges Instrument des aktiven Zuhörens ist das **Paraphrasieren**, d.h. das Wiedergeben des Gehörten in eigenen Worten (s. Kasten 6). Diese Methode gibt dem Rehabilitanden die Möglichkeit, die Genauigkeit seiner Aussage noch einmal zu überdenken und zu überprüfen, Zeit zu gewinnen und die Interaktion zu entschleunigen. Außerdem vermittelt sie dem Rehabilitanden, dass man sein Anliegen ernst nimmt. Ferner können mit dem Paraphrasieren wichtige oder unklare Aspekte der Patientenäußerung (z.B. Gefühle) hervorgehoben werden.

Kasten 6: Effekte des Paraphrasierens

- Ausräumung oder Vermeidung von Missverständnissen
- Möglichkeit für den Rehabilitanden zum Überdenken und Überprüfen der eigenen Aussage
- Vertrauensbildende Maßnahme: ernsthafte Befassung mit dem Anliegen
- „Entschleunigung“ hitziger Gespräche
- Zeitgewinn, um Struktur zu schaffen und Argumente zu sortieren

Quelle: Eigene Darstellung

Was tun, wenn Zielvorstellungen nicht übereinstimmen?

Zieldivergenzen sollten nicht tabuisiert, sondern offen besprochen und ggf. auch dokumentiert werden. Einige Dokumentationshilfen und Fragebögen sehen getrennte oder zusätzliche Angaben von Rehabilitand, Behandler oder auch Angehörigen vor. Das folgende Praxisbeispiel wird in einer Fachklinik für Innere Medizin angewandt.

Abbildung 17: Gegenüberstellung der Sichtweise von Arzt und Rehabilitand

Reha-Ziele

... des Patienten:

Welche Ziele würden Sie im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gerne erreichen?

<input type="checkbox"/> Verbesserung der Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Wundheilung
<input type="checkbox"/> Konditionssteigerung	<input type="checkbox"/> Linderung des Lymphödems
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Schmerzlinderung
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Besserung der Gefühlsstörungen
<input type="checkbox"/> Erholung und Abstandsfindung	<input type="checkbox"/> Linderung der Inkontinenz

... des Arztes:	Entspricht dem Patientenziel	Zielerreichung bei Entlassung	
		...aus Patientensicht	...aus Arztsicht
Hauptziele:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein
1. Nebenziel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein
2. Nebenziel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein
3. Nebenziel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein

Quelle: Deister-Süntel-Klinik, Bad Münden am Deister (Auszug)

Werden Zieldivergenzen deutlich, ist genau zu klären (ggf. in einem späteren Gespräch), hinsichtlich welcher Zielaspekte Uneinigkeit besteht, worauf sich mögliche Vorbehalte richten und warum. Oft beziehen sich Vorbehalte eher auf Maßnahmen und Methoden als auf das Ziel selbst.

Ein Beispiel: Ein Rehabilitand will seine Gehstrecke erweitern, hat aber Vorbehalte gegenüber Nordic Walking. Spazieren gehen mag er jedoch. Gibt es keine Alternative zur Methode der Wahl, könnte ein gemeinsames Ziel sein: „Methode X ausprobieren und Vorbehalte überprüfen“. Auch weiterführende Informationen über Maßnahmen können hilfreich sein.

Ergebnis des Zieledialogs sollte in jedem Fall die Einigung auf ein **Teilziel** oder auf ein **übergeordnetes Ziel** sein, das die Zustimmung aller Parteien findet, auch wenn Uneinigkeit über die Eignung der Maßnahmen bestehen bleibt.

Unabhängig vom Gegenstand des Zielkonfliktes sind die folgenden Schritte für den Umgang mit Vorbehalten hilfreich:

- Vorbehalt wahrnehmen und klären,
- Patientenperspektive verstehen und ernst nehmen,
- Informationsstand abklären und ggf. verbessern,
- eigene Perspektive darlegen,
- positive Erwartungen erzeugen sowie
- niedrige Handlungsschwellen und Entscheidungsspielräume schaffen.

Wie können Reha-Zielgespräche bei einem Rentenwunsch geführt werden?

Der Wunsch von Rehabilitanden nach einer Erwerbsminderungsrente kann ein Problem bei der Vereinbarung von Reha-Zielen darstellen.

Rehabilitanden, die einen Rentenwunsch haben, gehen mit diesem unterschiedlich um: Entweder haben sie bereits einen Rentenantrag gestellt oder sie geben an, dass sie beabsichtigen, dies in naher Zukunft zu tun. Andere dagegen vermeiden es, den Rentenwunsch offen anzusprechen.

Rehabilitanden mit einem Rentenwunsch bezweifeln häufig, dass sie ihre Leistungsfähigkeit wieder zurückgewinnen können. Diese Zweifel können ihre Motivation schwächen, therapeutische Angebote anzunehmen und dadurch ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Deshalb kann ein Rentenwunsch der Rehabilitanden die Aushandlung von Reha-Zielen zwischen Behandlern und Rehabilitanden erschweren.

Wichtige Maßnahmen bei der Vereinbarung von Reha-Zielen können in diesem Zusammenhang sein:

- ausreichend Zeit für ein mögliches Klärungsgespräch einplanen,
- das Thema „Rentenwunsch“ frühzeitig ansprechen,
- nach dem Hintergrund des Rentenwunsches oder Antrages fragen,
- klären, ob der Rentenwunsch der gesundheitlichen Situation des Rehabilitanden angemessen ist bzw. ob er als Wunsch nach Absicherung der Existenz verstanden werden kann,
- Wege zur Klärung der beruflichen Situation aufzeigen,
- Angebote zur beruflichen Orientierung machen,
- Alternativen zur Rente aufzeigen, z.B. Leistungen zur Teilhabe erläutern,
- Vorgehen und Bewertungsgrundlagen der sozialmedizinischen Beurteilung verständlich erläutern sowie
- Informationen zu Erwerbsminderungsrenten geben, z.B. über die Voraussetzungen zur Gewährung einer Erwerbsminderungsrente.

Wurde noch kein Rentenantrag gestellt und wird der Rentenwunsch nicht offen ausgesprochen, ist ein impliziter Rentenwunsch u.U. an folgenden Zeichen erkennbar:

- Der Rehabilitand weiß nicht, warum er in der Einrichtung ist, kann keine Ziele angeben, fühlt sich „geschickt“.
- Der Rehabilitand kooperiert scheinbar („*Ich will wieder gesund werden, wieder arbeiten*“), äußert aber oft nicht nachvollziehbare Vorbehalte gegenüber therapeutischen Angeboten.

Gibt es diese Anzeichen und Hinweise für eine besondere berufliche Problemlage (z.B. als Ergebnis eines Screening-Instrumentes), ist eine offene Ansprache der beruflichen Situation wichtig. Im weiteren Verlauf kann dann das Anliegen des Rehabilitanden herausgearbeitet werden und in die Formulierung eines übergeordneten Ziels münden, das dieses Anliegen aufgreift (z.B. „Klärung der beruflichen Situation“).

Trotz bestehenden Rentenwunsches (explizit oder implizit) ist die Vereinbarung von gesundheitsbezogenen Reha-Zielen sinnvoll. Dabei sollten Zielbereiche, die der Rehabilitand als Anliegen nennt und die der Behandler teilen kann, auf jeden Fall berücksichtigt werden.

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

Praxisbeispiel 12: Zielerreichungsskala „Goal Attainment Scale“

Praxisbeispiel 14: Zielgewichtung und Feedback zur Reha

Praxisbeispiel 18: Fallbesprechung und Therapieplanung im Team

3.3 Unterschiedliche Bedarfe

Was ist im Umgang mit unterschiedlichen Bedarfen zu beachten?

Vermutet der Behandler besondere Bedarfe, ist das aktive Zuhören, das Verstehen von Anliegen und ggf. das Verständnis des (kulturellen) Bezugsrahmens besonders wichtig. Die Regeln der Gesprächsführung (Wertschätzung, Aufmerksamkeit, Respekt, Strukturierung, Transparenz, verständliche Sprache, Absicherung des Verständnisses) sind hier in besonderem Maße zu beachten.

Die Zugehörigkeit von Rehabilitanden zu bestimmten Gruppen birgt die Gefahr von stereotypen Erwartungen auf Seiten des Behandlers. Beispiele für solche Stereotype sind:

- *„Ältere Menschen sind (körperlich, kognitiv) nicht belastbar.“*
- *„Rentenantragsteller sind nicht zu Therapien motiviert.“*
- *„Lehrerinnen sind anspruchsvoll und kritisch.“*

Es ist wichtig, sich diese Stereotype bewusst zu machen und möglichst ergebnisoffen sowie differenziert an die Zielklärung heranzugehen. Allein aus der Zugehörigkeit zu einer Gruppe (z.B. ältere Rehabilitanden, Rehabilitanden mit Migrationshintergrund oder einer bestimmten Religionszugehörigkeit) sind besondere Bedarfe nicht abzuleiten und müssen daher im Einzelfall sorgfältig überprüft werden.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Nach Mittag & Grande (2008) sind Unterschiede der Reha-Bedarfe von Frauen und Männern in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen begründet. So waren Frauen seltener berufstätig und haben daher seltener einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung. Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit betragen die Erwerbsquoten im Juni 2014 in Deutschland bei Männern 82,1 % und bei Frauen 71,6 % der 15- bis unter 65-Jährigen (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2014).

Entsprechend ihrer Lebenswelten unterscheiden sich die Reha-Ziele von Männern und Frauen: Da Frauen stärker in die Kindererziehung eingebunden und in der Familie gefordert sind, steht bei Frauen der Ausgleich von familiären Problemen und Mehrfachbelastung im Vordergrund. Nach den Ergebnissen der Studie wünschen sich Frauen eher Entlastung vom Alltag, Erholung sowie Gewichtskontrolle, während bei Männern die Klärung beruflicher Probleme, Rentenfragen und Fitness im Vordergrund stehen (Mittag & Grande, 2008). Allerdings sollten diese Befunde nicht verallgemeinert, sondern im Gespräch mit der jeweiligen Person geprüft werden.

Besonderheiten bei älteren Rehabilitanden

Mit der Veränderung des Altersspektrums der Rehabilitanden geht die Frage nach der Entwicklung spezifischer Therapie- und Rehabilitationsangebote für ältere Rehabilitanden einher. Studien erbrachten Hinweise auf eine höhere Beschwerdelast und spezifische Problemlagen von älteren Berufstätigen (Deck et al., 2009; Pohontsch et al., 2008). So sind bei älteren Rehabilitanden (über 55 Jahren) Mehrfacherkrankungen wahrscheinlicher und die rentenbezogenen Reha-Erwartungen und -Ziele stärker ausgeprägt (Eckel et al., 2011).

Kulturelle und religiöse Besonderheiten

Besondere kulturelle und religiöse Orientierungen und deren Vereinbarkeit mit möglichen Zielen und Maßnahmen in der Rehabilitation sollten bei der Zielaushandlung sorgfältig geklärt und soweit wie möglich berücksichtigt werden. Folgende Aspekte sollten im transkulturellen medizinischen Kontakt besonders sensibel behandelt werden (Silverman et al., 2005):

- verbale und nonverbale Kommunikation,
- körperliche Berührung,
- Nacktheit,
- Körpersprache,
- Nähe – Distanz,
- Blickkontakt,
- Emotionsausdruck,
- gesundheitsbezogene Einstellungen:
 - Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit
 - Symptomverständnis: Was wird als normal oder abweichend aufgefasst?
 - Annahmen über Krankheitsursachen
 - Erwartungen an den Arzt,
 - Einstellungen zu therapeutischen Angeboten sowie
- die Bedeutung spezifischer Themen wie z.B. Sexualität, Drogenmissbrauch oder häusliche Gewalt.

Wie kann Reha-Zielarbeit mit Kindern und Jugendlichen aussehen?

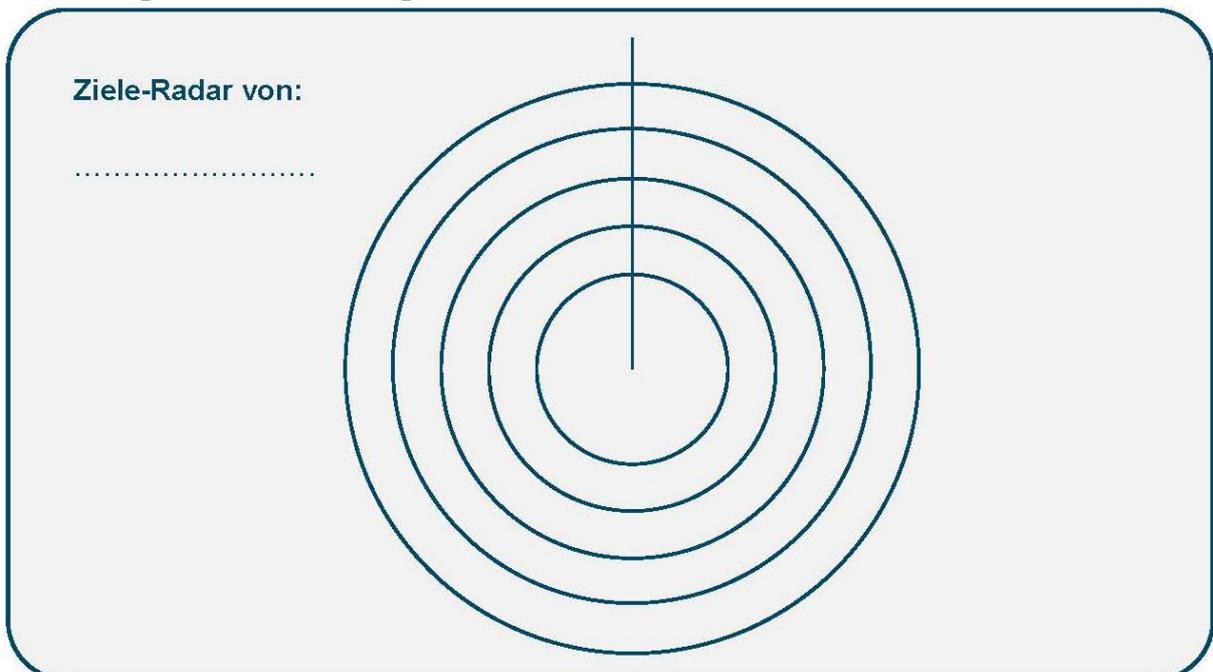
Die Zielarbeit in der Kinder- und Jugendlichen-Reha stellt, insbesondere aufgrund der Vielzahl der beteiligten Akteure (Kind, Eltern, Therapeuten, Jugendhilfe, Heimatschule, etc.), der hohen pädagogischen Anteile und der Elternarbeit eine besondere Herausforderung dar.

Neben der Berücksichtigung des jeweiligen Entwicklungsstandes des Kindes verfolgen die beteiligten Akteure häufig sehr unterschiedliche Zielsetzungen. Während das Kind z.B. von seinen Klassenkameraden nicht mehr wegen seines Übergewichtes gehänselt werden möchte, steht für den überweisenden Arzt möglicherweise die Wiederaufnahme des Schulbesuches, für die behandelnden Therapeuten die Bearbeitung von Verhaltensauffälligkeiten und für den Rentenversicherungsträger die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Vordergrund.

Die Zielklärung und Zielvereinbarung findet idealerweise zwischen allen Beteiligten in sog. Zielkonferenzen statt. Ein wichtiges Prinzip der Zielvereinbarung in solchen Konferenzen ist, dass alle Akteure gehört werden und sich alle Beteiligten abschließend mit den dokumentierten Inhalten der Zielvereinbarung einverstanden erklären.

Die Reha-Zielvereinbarung und -Zielverfolgung mit den Rehabilitanden selbst kann durch zielgruppengerechtes Material unterstützt werden (Stachow, 2007). Für die Zielarbeit mit Kindern und Jugendlichen sind kreative Methoden wie z.B. das Malen von Zielen, die Entwicklung von Zielvorstellungen anhand eines Bildes oder die Darstellung und Priorisierung von Zielen im sogenannten „Ziele-Radar“ sehr gut geeignet. Im Zentrum des Radars werden diejenigen Ziele eingetragen, die persönlich am wichtigsten erscheinen und die man „auf dem Schirm“ haben möchte. Weniger wichtige Ziele stehen am Rande des Radars.

Abbildung 18: Visualisierung der Reha-Ziele auf einem Radar



Quelle: Verein für Jugendhilfe e.V., Adaption im Suchthilfezentrum Fellbach, Fellbach

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

Praxisbeispiel 5: Selbständige Zielarbeit im Reha-Verlauf

Praxisbeispiel 11: Wochenziele

Praxisbeispiel 24: Beiträge des Rehabilitanden zur Zielplanung

Praxisbeispiel 26: Konzeption eines jugendgerechten Patientenpasses

Praxisbeispiel 28: Ziele der Familienrehabilitation

Praxisbeispiel 31: Reha-Vorbereitungskonzept für Kinder und Jugendliche

Weiterführende Literatur

- **Angehörigenarbeit**
 - Lebenshilfe Bremen (2007). *Leitlinie zur Zusammenarbeit von Angehörigen und Mitarbeitern bei der Lebenshilfe Bremen. Bereich Wohnen*. Online verfügbar unter: <http://www.lebenshilfe-bremen.de/files/LeitlinieZusammenarbeit.pdf> [Letzter Zugriff: 02.04.2014].

- **Gruppenprogramme inklusive Zielarbeit**
 - Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens: MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.
Informationen zu Schulungen verfügbar unter: <http://www.zentrum-patientenschulung.de/> [Letzter Zugriff: 02.04.2014].

- **Konzepte zur beruflichen Zielfindung und zur Renteninformation**
 - Fiedler, R., Hanna, R., Hinrichs, J. & Heuft, G. (2011). *Förderung beruflicher Motivation. Trainingsprogramm für die Rehabilitation*. Weinheim: Beltz. Information zu Schulungen verfügbar unter: www.zazo-i.de [Letzter Zugriff: 02.04.2014].
 - Quatmann, M., Dibbelt, S., Greitemann, B., Panning, S., Kaiser, W., Illger, C. & Ketteler, I. (2011b). *Rückenfit-Programm: "Lebenslust statt Krankheitsfrust": Das Manual*. Bad Rothenfelde: Rehaklinikum Bad Rothenfelde - Klinik Münsterland.
Online verfügbar unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=RUM_Gesamtmanual.pdf [Letzter Zugriff: 26.09.2014].

- **Material für Kinder und Jugendliche**
 - Stachow, R. (2007). *Trainermanual: Leichter, aktiver, gesünder*. Bonn: Aid Infodienst. Kostenpflichtig bestellbar unter: <http://shop.aid.de/4171/trainermanual-leichter-aktiver-gesuender-kopiervorlagen> [Letzter Zugriff: 26.11.2014].
Hinweis: Das Schulungskonzept basiert auf den Leitlinien der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)“, ist interdisziplinär ausgerichtet und indikationsübergreifend für die ambulante sowie stationäre Behandlung einsetzbar. Es enthält Materialien zur Klärung und Vereinbarung von Reha-Zielen sowie einen Fundus an Übungen und Arbeitsmaterialien, u.a. für die begleitende Elternschulung, das Qualitätsmanagement und die Evaluation.

- **Partizipative Zielvereinbarung**

- Dibbelt, S., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B., Jäckel, W. H., Pollmann, H., Schaidhammer, M. & Wulfert, E. (2012). *Partizipative Zielvereinbarung mit PatientInnen in der Rehabilitation. Manual für Ärzte, Therapeuten & Pflegende*. Deutsche Rentenversicherung Bund. Online verfügbar unter: http://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/08_institute/qm-sozmed/Abgeschlossene_Projekte/ParZivar/ManualParZivar.pdf [Letzter Zugriff: 02.04.2014].
- Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48, 160-165.

- **Patientenorientierte Kommunikation**

- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social science & medicine*, 32(11), 1301–1310.
- Schweickhardt, A. & Fritzsche, K. (2009). *Kursbuch ärztliche Kommunikation* (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing.

4. Zielarbeit als Prozess im interdisziplinären Reha-Team



Kernaussagen

Zielarbeit und Teamarbeit verbinden

- Eine ganzheitliche und interdisziplinäre Rehabilitation lässt sich nur durch eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit verwirklichen.
- Der leitende Arzt oder Psychologe hat im Reha-Team eine koordinierende Funktion.
- Zur Umsetzung einer konsequenten Zielorientierung sind bestimmte Strukturen (Raum, Zeit, etc.) in einer Einrichtung notwendig.
- Teamentwicklungsmaßnahmen können die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team verbessern.

Reha-Zielarbeit organisieren

- Reha-Ziele sollten zu Reha-Beginn gemeinsam vereinbart, dokumentiert und im Reha-Verlauf immer wieder angesprochen sowie ggf. modifiziert werden.
- Die vereinbarten Reha-Ziele sollten von den einzelnen Fachdisziplinen in Therapie-Ziele ausdifferenziert werden. Sie stellen die Basis der gesamten Therapieplanung dar.
- Die Zielerreichung sollte zu Reha-Ende besprochen und dokumentiert werden.
- Die Dokumentation der Reha-Ziele kann Besprechungen im Team nicht ersetzen.

Zielarbeit im Reha-Verlauf

- Reha-Zielarbeit sollte nicht auf den Zeitraum der Rehabilitation selbst begrenzt werden.
- Durch Vorabinformationen können die Rehabilitanden auf die Reha-Zielarbeit der Einrichtung vorbereitet werden.
- Am Ende der Rehabilitation sollten Ziele für die Zeit nach der Reha besprochen und Möglichkeiten für einen gelungenen Alltagstransfer aufgezeigt werden.

4.1 Zielarbeit und Teamarbeit verbinden

Was ist für eine gelungene Zielarbeit im Reha-Team zentral?

Um den ganzheitlichen Ansatz der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV Bund, 2009) umsetzen zu können, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit des gesamten Reha-Teams unerlässlich.

Eine gute Kooperation im interdisziplinären Team ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sich alle Fachdisziplinen auf ein gemeinsames und übergeordnetes Reha-Ziel verständigen, das auf der Basis der geäußerten Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen der Rehabilitanden getroffen wird (Davis et al., 1992; Körner & Bengel, 2004; Vogel, 1998). Die einzelnen fachspezifischen Therapie-Ziele werden aufeinander abgestimmt, bei Bedarf modifiziert und Synergieeffekte durch einen integrativen Behandlungsstil genutzt. Ein zentrales Anliegen ist, von einem „Nebeneinander“ der verschiedenen Berufsgruppen zu einem „Miteinander“ zu kommen (Schwarz et al., 2012).

Ergänzend dazu wird erwartet, dass eine gemeinsame Bestimmung von Therapie-Zielen und eine Auswahl von Behandlungsmaßnahmen zwischen Reha-Team und Rehabilitand dazu führen, dass diese von allen Beteiligten stärker akzeptiert und konsequenter in die Praxis umgesetzt werden (Körner, 2009, 2010).

Zur Realisierung dieser Form der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit ist es notwendig, dass sich die Führungskraft in den beteiligten Bereichen

- mit ihren Mitarbeitern berät,
- Lösungsvorschläge diskutiert,
- deren Wissen und Können in die Entscheidungsfindung mit einbezieht
- und auf dieser Basis die abschließende Entscheidung trifft (Körner, 2010; Körner et al., 2005).

Dazu sind entsprechende Strukturen innerhalb einer Einrichtung, wie zum Beispiel feste Zeitfenster für regelmäßige Teambesprechungen oder standardisierte Dokumentationsabläufe, notwendig.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie die **generelle Teamkompetenz** weiterentwickelt werden kann. Durch **Teamanalysen**, wie zum Beispiel Mitarbeiterbefragungen (Farin et al., 2002), können die derzeitigen Kommunikationsstrukturen in einer Einrichtung erfasst und Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert werden. Diese können anschließend über gezielte **Teamentwicklungsmaßnahmen** zu einer Steigerung des Teamerfolgs, wie z.B. einer Optimierung der Zusammenarbeit im Team oder einer Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit, führen. Eine verbesserte Zusammenarbeit im Reha-Team kann wiederum zu einer Verringerung von Schnittstellenproblemen und damit zu einer Verbesserung der Reha-Zielorientierung führen.

Teamentwicklungsmaßnahmen zielen dabei nicht auf eine Bewältigung inhaltlicher Probleme, sondern auf die Etablierung einer gemeinsamen Teamkultur, einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Kommunikation, einer Bearbeitung von Spannungen im Team oder einer Entwicklung günstiger Problemlösestrategien (Körner, 2006; Precht, 1999; Witt, 2000).

Da die Art der Intervention von dem Ausmaß der bereits bestehenden Zusammenarbeit sowie den vorliegenden Stärken und Schwächen eines spezifischen Teams abhängig ist, sollte diese mit jedem Team individuell entwickelt werden (Körner, 2006; Stumpf & Thomas, 2003).

Neben der Fort- und Weiterbildung einzelner Mitarbeiter können Interventionen für das gesamte Team oder spezifische Seminare für Führungskräfte, zum Beispiel innerhalb des Themenkomplexes „Kommunikation und Gesprächsführung“, sinnvoll sein.

Welche besondere Rolle kommt dem Arzt im Reha-Team zu?

Die Zielvorstellungen bezüglich der Reha-Zielvereinbarungen eines Rehabilitanden können im Team durchaus variieren und einen Abstimmungsprozess in Gang setzen. In Anlehnung an das „interdisziplinäre Teammodell“ sollte sich der leitende Arzt oder Psychologe mit den anderen Mitarbeitern beraten und deren Erfahrungswissen sowie Expertise in die Entscheidungsfindung mit einbeziehen (Körner, 2006). Für den Fall, dass im Reha-Team keine gemeinsame Entscheidung getroffen werden kann, trifft der leitende Arzt oder Psychologe die abschließende Entscheidung (Körner, 2006).

Wie können Team- und Zielarbeit miteinander verzahnt werden?

Im Folgenden werden Möglichkeiten vorgeschlagen, welche zu einer besseren Verzahnung von Reha-Zielarbeit und Teamarbeit (Körner, 2006; in Anlehnung an Kaufeld & Grote, 2003; Maurer & Gurzeler, 2007) beitragen können:

Etablierung regelmäßig stattfindender Teambesprechungen

- Etablierung fester, ggf. zusätzlicher Zeitfenster für Kommunikation,
- Sicherstellung notwendiger Rahmenbedingungen und Ressourcen,
- Festlegung von Vereinbarungen zum Ablauf von Teambesprechungen,
- Etablierung einer wertschätzenden Gesprächskultur.

Vereinbarung des Umgangs mit Reha-Zielen im interdisziplinären Team

- Definition des Stellenwertes der Reha-Ziele bzw. der Therapie-Ziele innerhalb der Teambesprechungen,
- Formulierung klarer, gemeinsamer und messbarer Ziele in Bezug auf den Umgang mit den Reha-Zielen bzw. Therapie-Zielen der Rehabilitanden,
- Transfer dieser Ziele in konkrete Maßnahmen,
- Klärung, wer an der Vereinbarung, Dokumentation, Umsetzung, Anpassung und Überprüfung der individuellen Zielerreichung der Rehabilitanden beteiligt ist,
- Berücksichtigung der verschiedenen Beiträge der Teammitglieder durch Formulierung untergeordneter, disziplinspezifischer Ziele,
- Ermöglichung der Ergänzung weiterer fachspezifischer Therapie-Ziele,
- Gewährleistung einer kontinuierlichen Umsetzung der Therapie-Ziele im Reha-Verlauf,
- Vereinbarung klarer Regelungen im Rahmen von Urlaubs- und Krankheitsvertretungen.

Strukturierte Informationsvermittlung im Team

- Festlegung der Informationswege, wie alle Teammitglieder über die Reha-Ziele bzw. Therapie-Ziele der Rehabilitanden und möglichen Änderungen informiert werden,
- Anfertigung von Gesprächsprotokollen, die allen Mitarbeitern zugänglich sind,
- Ggf. Gestaltung neuer, einheitlicher Formulare zur berufsgruppenübergreifenden Dokumentation der Reha-Ziele bzw. Therapie-Ziele der Rehabilitanden.

Klare Aufgabenstellung bzw. Aufgabenteilung

- Zuordnung klarer Verantwortlichkeiten und Aufgabenstellungen im Team,
- Umsetzung der Vereinbarungen zu einem genau definierten Zeitpunkt,
- Überprüfung der Terminabsprachen.

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

Praxisbeispiel 23: Behandlungskonzept Rheumatologie

Praxisbeispiel 25: Prozessbeschreibung Patientenversorgung

Praxisbeispiel 28: Ziele in der Familienrehabilitation

Praxisbeispiel 32: Zielarbeit in der ambulanten Rehabilitation

Praxisbeispiel 33: Reha-Zielarbeit bei kognitiven Beeinträchtigungen

4.2 Reha-Zielarbeit organisieren

Wer legt die Reha-Ziele mit den Rehabilitanden fest?

Da das Aufnahmegespräch in Abhängigkeit des Settings (ambulante/stationäre Rehabilitation) und des Indikationsgebietes (somatische/psychosomatische Indikationen) von unterschiedlichen Berufsgruppen (Arzt, Psychologe bzw. Psychotherapeut, Sozialarbeiter oder Sozialpädagoge, etc.) durchgeführt wird, kann an dieser Stelle keine Empfehlung für eine bestimmte Berufsgruppe ausgesprochen werden. Wichtig ist jedoch, die Zuständigkeiten innerhalb einer Einrichtung zu klären und verbindlich festzulegen.

Es kann auch sinnvoll sein, die Rehabilitanden bzw. deren Angehörige in die Teambesprechungen mit einzubinden. Im folgenden Praxisbeispiel ist eine Einladung eines Rehabilitanden zu einer Therapiezielkonferenz, die in einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen angewandt wird, dargestellt.

Abbildung 19: Einladung eines Rehabilitanden zu einer Therapiekonferenz

Therapiezielkonferenz – Einladung für _____

Wir möchten Sie gerne am _____ um _____ zu einer Therapiezielkonferenz einladen, in der es um ihre Zukunftsperspektive gehen soll. In der Vorbereitung auf dieses Gespräch bitten wir Sie, Ihre Zielsetzungen für die Behandlung anzukreuzen bzw. aufzuschreiben.

1. Hinsichtlich meiner Person will ich...

<input type="checkbox"/>	... die Reha nutzen, um Nichtraucher zu werden.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Quelle: Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes, Osnabrück (modifizierter Auszug)

Wichtig ist zunächst, die subjektive Sichtweise und Lebensweise des Rehabilitanden zu erkunden und bei der Festlegung der Reha-Ziele zu berücksichtigen. Im „ICF-Praxisleitfaden 2“ (2008, S. 24) ist eine umfassende Liste mit möglichen Fragen an Rehabilitanden dargestellt, die nach den Komponenten der ICF untergliedert ist. Einen Auszug daraus finden Sie in der folgenden Tabelle:

Abbildung 20: Mögliche Fragen an einen Rehabilitanden mit Bezug zur ICF

	Fragebeispiele
Person und Lebensumfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen vor dem Ereignis besondere Freude gemacht? • Sie haben gesagt, dass Sie wieder gesund werden wollen. Was bedeutete gesund werden für Sie?
Teilhabe und Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie in einem Verein Mitglied oder sind Sie irgendwo ehrenamtlich engagiert? • Glauben Sie, dass Ihnen ihre jetzige Erkrankung Schwierigkeiten bereitet, diese Vereins- oder ehrenamtlichen Tätigkeiten weiter zu machen? • Wie wichtig ist für Sie, dass Sie wieder Autofahren können?
Funktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Bei welchen Bewegungen treten bei Ihnen Schmerzen auf? • Können Sie noch Treppensteigen?
Umweltbezogene Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Müssen Sie wegen der Erkrankung Ihre Wohnsituation ändern? • Können Sie mit Unterstützung aus Familie oder Bekanntenkreis rechnen?
Personenbezogene Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Glauben Sie, dass Sie in Ihren Beruf zurückkehren können? • Welche besonderen Stärken haben Ihnen bisher geholfen?

Quelle: modifiziert nach BAR, 2008 (Auszug)

Nach der Festlegung der übergeordneten Reha-Ziele für jeden einzelnen Rehabilitanden müssen diese an alle weiteren Berufsgruppen weitergeleitet werden, um die konkreten Behandlungsbausteine der unterschiedlichen Fachdisziplinen bei der Therapieplanung sinnvoll zusammenstellen zu können.

Die einzelnen Therapie-Ziele sollten nicht nur fachintern dokumentiert, sondern dem gesamten Reha-Team zur Verfügung gestellt werden. Dies kann über das persönliche Gespräch zwischen zwei Behandlern, über regelmäßige Besprechungen im interdisziplinären Team und ergänzend dazu über die Dokumentation der Reha-Ziele bzw. Therapie-Ziele in (elektronischen) Patientenakten, Patientenbüchern, Therapieplänen oder auf Verordnungsbögen erfolgen.

Abbildung 21 zeigt einen Ausschnitt aus einem Teamprotokoll, auf dem die Therapie-Ziele eines Rehabilitanden zusammengefasst und durch Ergänzungen der beteiligten Fachdisziplinen konkretisiert werden.

Abbildung 21: Teamprotokoll (Auszug)

Teamprotokoll vom ...

Therapieplan für _____ Patientenaufkleber

Im Eingangsgespräch vereinbarte Reha-Ziele zwischen

Unterschrift Rehabilitand Unterschrift Arzt

1.	<i>... wieder eine halbe Stunde am Stück spazieren.</i>
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Daraus leiten sich folgende Maßnahmen ab:

Physiotherapie

<input type="checkbox"/>	<i>Zur Linderung meiner Rückenbeschwerden werde ich im Rahmen der Physiotherapie spezifische Übungen erlernen und diese drei Mal pro Tag durchführen.</i>
--------------------------	---

Psychotherapie

<input type="checkbox"/>	<i>Zum besseren Umgang mit meinen Schmerzen möchte ich verschiedene Entspannungsmethoden kennenlernen und einüben, damit ich besser durchschlafen kann. Im Anschluss daran werde ich die Methode, die mich am meisten anspricht, zu Hause einmal pro Tag weiter anwenden.</i>
--------------------------	---

Quelle: Eigene Darstellung (in Anlehnung an Evangelische Stadtmission Kiel gGmbH, TASK-Tagesrehabilitation, Molfsee und m&i Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach)

Wie lässt sich der Informationsfluss im Team gewährleisten?

Um die individuellen **Reha-Ziele** der Rehabilitanden während der Maßnahme bestmöglich umsetzen zu können, müssen diese in der Therapieplanung und Koordination der einzelnen Therapiemodule berücksichtigt und integriert werden. Es wird angenommen, dass durch verbesserte Absprachen im Team Brüche im Behandlungsverlauf vermieden werden können (Gerdes & Weis, 2000).

Für ein einheitliches Vorgehen der Informationsvermittlung ist es notwendig, dass sich das interdisziplinäre Reha-Team auf einen realistischen und idealtypischen Ablauf innerhalb ihrer Einrichtung verständigt. Abbildung 22 zeigt hierfür ein Praxisbeispiel aus einer Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen.

Abbildung 22: Abgestimmtes Vorgehen innerhalb des Reha-Teams

Reha Planung

Wie es idealtypisch laufen sollte...

Während der 1. Reha-Woche des neuen Patienten sammelt der **Bezugstherapeut** Infos im Donnerstagsteam

fragt der Arzt nach:

<input type="checkbox"/>	Medizinischen Maßnahmen
<input type="checkbox"/>	Ernährung
<input type="checkbox"/>	Physiotherapie

fragt die Bewegungstherapeutin nach:

<input type="checkbox"/>	Maßnahmen Sport & Bewegung
--------------------------	----------------------------

Zum Datensammeln kann der Bezugstherapeut den Laufzettel ausdrucken.

Am Ende der 1. Reha-Woche des neuen Patienten füllt der **Bezugstherapeut** die **Tabelle Eingabe** aus und bezieht auch die Therapieziele des Patienten mit ein (Nr. in die blauen Kästchen).

Am Ende der 1. Reha-Woche des neuen Patienten füllt der **Ergotherapeut** die **Tabelle Eingabe** aus.

Zum nächsten Montags-12.30h-Team bringt der Bezugstherapeut den vollständigen **Ausdruck f. Akte** mit ins Team.

Quelle: Evangelische Stadtmission Kiel gGmbH, TASK – Tagesrehabilitation, Molfsee (Auszug)

Wie viel Zeit sollte man für die gesamte Zielarbeit einplanen?

Um eine kontinuierliche Umsetzung der Reha-Ziele im gesamten Reha-Verlauf zu gewährleisten, bietet es sich an, mindestens drei Ziel-Gespräche während der Rehabilitationsmaßnahme vorzusehen:

- zu **Reha-Beginn**, z.B. im Rahmen der Eingangsuntersuchung durch den aufnehmenden Arzt oder Psychologen bzw. Psychotherapeuten,
- im **Reha-Verlauf**, z.B. im Rahmen der ärztlichen Visite oder während einer Behandlung durch Mitarbeiter des gesamten Reha-Teams und
- zu **Reha-Ende**, z.B. im Rahmen der Abschlussuntersuchung durch den behandelnden Arzt oder Psychologen bzw. Psychotherapeuten.

Da die Zeitdauer in Abhängigkeit der individuellen Persönlichkeit, der Indikation und der Strukturen einer Einrichtung stark variieren kann, ist eine klare und verbindliche Zeitangabe zur Reha-Zielarbeit nicht möglich.

Es kann jedoch von einer Mindestzeitdauer von ca. zehn Minuten pro Gespräch ausgegangen werden, wobei eine fundierte und gemeinsame Erarbeitung der Reha-Ziele zwischen Arzt bzw. Bezugstherapeut und Rehabilitand sicherlich mehr Zeit erfordern wird.

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

- Praxisbeispiel 1: Zielabfrage im Anamnesebogen
- Praxisbeispiel 2: Anleitung zur Erarbeitung von Reha-Zielen
- Praxisbeispiel 9: Vereinbarung in der Sucht-Rehabilitation
- Praxisbeispiel 16: Zielbasierte Therapieplanung und -dokumentation
- Praxisbeispiel 18: Fallbesprechung und Therapieplanung im Team
- Praxisbeispiel 19: Multiprofessionelle Fallbesprechung
- Praxisbeispiel 22: Einbindung der Zielbefragung in die Arbeitsprozesse
- Praxisbeispiel 26: Konzeption eines jugendgerechten Patientenpasses
- Praxisbeispiel 29: Disziplinspezifische Ziele in der Neurologie
- Praxisbeispiel 30: Ziel-Operationalisierung in der neurologischen Reha

4.3 Zielarbeit im Reha-Verlauf

Was bringt die kontinuierliche Einbindung des Rehabilitanden?

Die Bearbeitung von Reha-Zielen zwischen Behandlern und Rehabilitand ist ein kontinuierlicher Prozess, der nicht auf eine bestimmte Reha-Phase begrenzt werden kann.

Die gemeinsame und schriftliche Zielvereinbarung zu **Reha-Beginn**

- stellt die zentrale Grundlage für eine an den Wünschen und Bedürfnissen der Rehabilitanden ausgerichtete Therapie dar,
- unterstützt eine strukturierte und bedarfsorientierte Therapieplanung sowie ein patientenorientiertes Vorgehen,
- verdeutlicht die aktive Rolle der Rehabilitanden und unterstützt deren Übernahme von Eigenverantwortung und
- verbessert die Kommunikation im Reha-Team.

Das Gespräch über Reha-Ziele bzw. Therapie-Ziele im **Verlauf der Rehabilitation**

- dient dem rechtzeitigen Erkennen von Widerständen, Schwierigkeiten und Änderungswünschen der Rehabilitanden sowie dem Klären von Problemen,
- ermöglicht eine bedarfsorientierte Anpassung der Reha-Ziele bzw. Therapie-Ziele im Reha-Verlauf und
- erfordert eine aktive Beteiligung der Rehabilitanden im Reha-Prozess.

Die gemeinsame Zielüberprüfung zwischen Reha-Team und Rehabilitand zu **Reha-Ende**

- dient der Klärung von Unsicherheiten und Schwierigkeiten im Reha-Verlauf
- identifiziert Unterstützungsbedarf für zu Hause,
- liefert dem Reha-Team wichtige Hinweise zur wahrgenommenen Betreuung, Patientenzufriedenheit und Behandlungsakzeptanz und
- kann im Rahmen der internen Qualitätssicherung zur Identifikation von Stärken und Schwächen der eigenen Einrichtung herangezogen werden.

Die Zielerreichung kann in Textform dokumentiert oder mit Hilfe von „Zielannäherungsskalen“ (s. Abb. 9 und 10) visualisiert werden. Nähere Hinweise für die Überprüfung der Zielerreichung und dafür geeignete Methoden finden sich im Modul 2.3.

Die Rehabilitanden können z.B. im Rahmen folgender Möglichkeiten **aktiv** in die Arbeit des Teams eingebunden werden:

- Vereinbarung von Anfangs- und Wochenzielen, die im Rahmen der Visite regelmäßig besprochen und ggf. angepasst werden,
- Reflexion der Zielerreichung mit Hilfe eines Selbstreflexionsbogens, der als Gesprächsgrundlage zwischen Arzt oder Psychologe bzw. Psychotherapeuten und Rehabilitand herangezogen wird sowie
- die Teilnahme des Rehabilitanden an Therapiegesprächen des Reha-Teams (s. Abb. 19).

Darüber hinaus sollten auch Ziele für die **Zeit nach der Rehabilitation** besprochen werden. Diese

- unterstützen den Alltagstransfer und fördern die Nachhaltigkeit der Rehabilitation,
- schärfen das Bewusstsein der Rehabilitanden, dass der Gesundungsprozess nicht mit dem letzten Tag der Rehabilitation beendet ist und
- bereiten die anschließende Betreuung vor.

Welche Möglichkeiten zur Vorbereitung des Rehabilitanden gibt es?

Studienergebnisse haben gezeigt, dass viele Rehabilitanden unzureichend auf die Rehabilitationsmaßnahme vorbereitet sind, mit falschen Erwartungen in die Reha kommen und überfordert sind, ihre persönlichen Ziele zu benennen (Meyer et al., 2009). Aus diesem Grund wurde in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Reha-Zielarbeit gelenkt (DRV Bund, 2013).

Zur Vorbereitung der Rehabilitanden ist Folgendes denkbar:

- Zusenden einer **Informationsbroschüre des Rentenversicherungsträgers**, welche mit dem Bewilligungsbescheid verschickt wird,
- Zusenden eines **Anschreibens der Rehabilitationseinrichtung** vor Antritt der Rehabilitation, welches über das zielorientierte Vorgehen einer Einrichtung informiert,
- **Zusenden eines Fragebogens**, auf dem die Rehabilitanden ihre persönlichen Reha-Ziele notieren und als Gesprächsgrundlage für das Aufnahmegespräch mit in die Reha-Einrichtung bringen sowie
- **Hinweise auf Internetangebote**.

Wie kann Zielarbeit im Anschluss an die Reha nachwirken?

Zur **Förderung der Nachhaltigkeit** der Reha-Zielarbeit sind u.a. folgende Aspekte relevant:

- Dokumentation der individuellen Reha-Ziele bzw. Therapie-Ziele der Rehabilitanden im Entlassungsbrief,
- Information des zuweisenden Arztes über die Reha-Ziele des Rehabilitanden und mögliche Schwierigkeiten im Reha-Verlauf,
- Organisation von weiterführender, wohnortnaher Hilfe durch Mitarbeiter des Sozialdienstes sowie
- Motivierung der Rehabilitanden zur Weiterverfolgung ihrer Ziele und der Übernahme von neu erlernten Verhaltensweisen in ihren Alltag (s. Modul 2.1).

Zur Unterstützung des Alltagstransfers können die Rehabilitanden beispielsweise ihre Nah- und Fernziele auf einem Arbeitsblatt notieren und als Erinnerungshilfe mit nach Hause nehmen. Das folgende Praxisbeispiel wird in einer Einrichtung für Drogenabhängige eingesetzt.

Abbildung 23: Vereinbarung von Zielen für zu Hause

Name des Klienten: _____

Datum: _____

„Zukunftswerkstatt“

Was möchte ich...

... in *einem* Monat...

... in *sechs* Monaten...

... in *einem* Jahr...

... in *fünf* Jahren...

...erreicht haben?

Quelle: Kompass-Kompakt-Therapie Drogenhilfe GmbH, Augsburg

Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Zu diesen Themen finden Sie unter www.reha-ziele.de unter dem Register „Praxisbeispiele“ folgende Dokumente:

Praxisbeispiel 6: Formulierung längerfristiger Ziele

Praxisbeispiel 13: Reha-Zielarbeit im Rahmen der Visite

Praxisbeispiel 14: Zielgewichtung und Feedback zur Reha

Praxisbeispiel 24: Beiträge des Rehabilitanden zur Zielplanung

Praxisbeispiel 27: Bewegungswochenplan in der Nachsorge

Praxisbeispiel 31: Reha-Vorbereitungskonzept für Kinder und Jugendliche

Weiterführende Literatur

- **Interdisziplinäres Team**
 - Körner, M. & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 43, 348–357.
 - Vogel, H. (1998). Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin* (S. 117-131). München: Urban & Schwarzenberg.
- **Nachhaltigkeit der Reha-Ziele**

Hüppe, A., Deck, R. & Schramm, S. (2010). Der Weg zu einer gelebten Nachsorge - Über 7 Brücken musst du gehen. In R. Deck, N. Glaser-Möller & T. Reme (Hrsg.), *Schnittstellen der Medizinischen Rehabilitation*. Lage: Hans Jacobs.
- **Partizipative Entscheidungsfindung im Reha-Team**

Quaschnig, K., Wirtz, M. & Körner, M. (2014). *Kursleitermanual „Fit für PEF“*. Verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de; Home – Fachinfos – Sozialmedizin & Forschung – Sozialmedizin – Fachinformationen Rehabilitation – Informationen für Reha-Einrichtungen.
- **Teamentwicklung**
 - Prechtel, D. (1999). *Team-Potential-Analyse (TPA): Erfolgsfaktoren der Teamarbeit in lernenden Organisationen der Wirtschaft*. München: Herbert Utz.
 - Witt, M. (2000). *Teamentwicklung im Projektmanagement: konventionelle und erlebnisorientierte Programme im Vergleich*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.
- **Vorbereitung auf die Rehabilitation**
 - Höder, J. (o.J.). *Vor der Reha. Infos für den Reha-Erfolg*. Online verfügbar unter: www.vor-der-reha.de [Letzter Zugriff: 02.04.2014]. Hinweis: Die Internetseite entstand im Forschungsprojekt „Vorbereitung auf die Reha: Was wissen Rehabilitanden über die Rehabilitation? Kenntnisstand, Zugangswege und Optimierungsstrategien“ und wurde von 2011 bis 2013 von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunkts „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ gefördert (Förderkennzeichen 0421-FSCP-Z170).
 - Höder, J. (o.J.). *Lübecker Broschüre „So geht Reha!“*. Nähere Informationen erhalten Sie beim Autor unter folgender Internetseite: www.vor-der-reha.de [Letzter Zugriff: 02.04.2014].
 - Deutsche Rentenversicherung Bund (2013). *Rehabilitation – Was erwartet mich dort?* (13. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

5. Reha-Zielarbeit in der Reha-Einrichtung umsetzen



Kernaussagen

Umsetzung eines Konzeptes in der Reha-Einrichtung

- Die Umsetzung eines Konzeptes zur Reha-Zielarbeit ist ein **Organisationsentwicklungsprozess**.
- In diesen müssen alle Beteiligten von Beginn an eingebunden werden.
- Kontextfaktoren (Art und Größe der Einrichtung, Indikation, Trägerschaft, bisherige Praxis, Kultur der Einrichtung, etc.) sind dabei zu berücksichtigen.
- Der **Entwicklungsprozess** gliedert sich in die **Phasen**:
 1. Vorbereitung,
 2. Planung,
 3. Umsetzung und
 4. Evaluation.

5.1 Vorbereitung

Die Einführung oder Veränderung eines Konzepts zur Reha-Zielarbeit geht mit mehr oder weniger umfassenden Änderungen der Abläufe und ggf. auch Strukturen der Einrichtung einher. Es handelt sich um einen **Organisationsentwicklungsprozess** (Nerdinger, 2011), der ein Projektmanagement erfordert. Von großer Bedeutung ist es, **alle Personen**, die von dieser Veränderung betroffen sind (z.B. behandelnde Ärzte und Therapeuten, die Mitarbeiter der Therapieplanung, den Qualitätsmanagement-Beauftragten), von Anfang an in den Prozess mit einzubinden.

Zur Vorbereitung der Maßnahme sind die folgenden Schritte hilfreich:

- Information der Mitarbeiter,
- Bildung einer Projektgruppe,
- Festlegung der Zielsetzung, die mit der Einführung des neuen Konzepts zur Reha-Zielarbeit verfolgt wird sowie
- Ist- und Bedarfsanalyse: Prüfung der Abläufe.

In einer Reha-Einrichtung, die ein neues Konzept zur Reha-Zielarbeit einführen will, sind zunächst einige grundsätzliche Vorüberlegungen notwendig. Sie sollen dabei helfen, die Ausgangssituation und die konkrete Zielsetzung zu klären.

Folgende Fragen könnten auf der Leitungsebene diskutiert werden:

- Welches Bild und welche Erfahrungswerte haben wir bezüglich der Mitbestimmungsbedürfnisse und Zielsetzungskompetenzen unserer Rehabilitanden?
- Welche Personen sollten in den Prozess der Reha-Zielsetzung und Zielbearbeitung einbezogen werden (z.B. Rehabilitanden, Mitglieder des Reha-Teams, Angehörige)?
- Ergeben sich durch die Art und Schwere der Erkrankung oder aufgrund der psychischen Probleme unserer Rehabilitanden besondere Anforderungen an den Prozess der Reha-Zielvereinbarung?
- Auf welche Phasen des Rehabilitationsprozesses soll sich das Konzept zur Reha-Zielarbeit beziehen? Nur auf den Reha-Beginn oder auch auf den Prozess der Rehabilitation und auf die Zeit nach der Rehabilitation?
- Welche Reha-Ziele betrachten wir als legitim?
- Haben die Rehabilitanden eine freie Wahl bzw. können sie abweichende Vorstellungen einbringen?
- Wie konfliktreich schätzen wir den Zielvereinbarungsprozess bei diesbezüglich oft schwierigen Teilgruppen, wie z.B. Rentenantragstellern, ein?

Information der Mitarbeiter und Bildung einer Projektgruppe

Der Veränderungsprozess muss von der Leitung der Einrichtung (Ärztliche und Verwaltungsleitung) überzeugend eingeleitet und vertreten werden. Dazu sollten alle Mitarbeiter informiert werden, entweder schriftlich oder - noch besser - im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung mit Fragen und Diskussionsmöglichkeiten. Wichtig ist, dass die Ankündigung von Aktivitäten nicht allein mit Defiziten und Schwächen begründet wird, sondern dass auch gewürdigt wird, was bereits gut zu funktionieren scheint. „*Sich verbessern zu können*“ ist motivierender als „*Schwächen zu beheben*“.

Bestehende Gremien des Qualitätsmanagements (Lenkungsausschuss, Steuergruppe) oder eine eigens dazu eingerichtete **Projektgruppe** können mit der Umsetzung beauftragt werden. An der Projektgruppe sollte mindestens ein Vertreter jeder beteiligten Behandlergruppe (z.B. Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflege) und jeder betroffenen Abteilung (z.B. Therapiedisposition) teilnehmen. Auch der Qualitätsmanagementbeauftragte könnte Mitglied der Projektgruppe sein. Die Projektgruppe tritt vor, während und nach der Implementierung regelmäßig zusammen, um die Umsetzung der Maßnahmen zu planen und zu evaluieren.

Festlegung der Zielsetzung des neuen Konzepts zur Reha-Zielarbeit

Auf Basis der Klärungsprozesse und Analysen in der Projektgruppe können dann Aspekte benannt werden, die durch das neue Konzept optimiert werden sollen, z.B.:

- Rehabilitanden stärker in die Zielarbeit einbinden,
- Anliegen der Rehabilitanden bei der Zielfestlegung systematischer berücksichtigen,
- Vorgehen der Reha-Zielvereinbarung um ein Verfahren zur Bestimmung der Zielerreichung erweitern,
- alle beteiligten Therapieabteilungen besser in den Prozess der Reha-Zielvereinbarung einbeziehen,
- den Austausch und die Abstimmung über Reha-Ziele im Team ermöglichen bzw. optimieren,
- Formulierung der Reha-Ziele stärker an die ICF und an die zentralen Reha-Zielsetzungen im Bereich Aktivitäten und Teilhabe anpassen sowie
- Nachhaltigkeit durch Planung der Ziele nach der Reha sichern.

Solche Aspekte können als „Ziele der Zielarbeit“ betrachtet werden und sollten selbst auch den Qualitätsanforderungen genügen, die in Modul 2.1 formuliert wurden, d.h. die Ziele sollten spezifisch, messbar und erreichbar sein sowie mit konkreten Maßnahmen verknüpft werden.

Ist- und Bedarfsanalyse: Prüfung der Abläufe

Am Anfang sollte eine systematische Ist- und Bedarfsanalyse stehen. Dazu sollten die mit der Zielarbeit verbundenen Prozesse anhand der in Modul 2.1 beschriebenen Qualitätsanforderungen analysiert und Verbesserungspotentiale identifiziert werden. Zu klären wäre z.B., ob die in der Einrichtung üblichen Reha-Ziele einen sachlichen, zeitlichen und organisatorischen Inhalt haben (s. Modul 2.1), ob es Konzepte zum Umgang mit Störungen in der Zielarbeit gibt (s. Modul 3.2), ob Reha-Zielarbeit und Teamarbeit bisher hinreichend miteinander verbunden sind (s. Modul 4.1), ob die Zielarbeit auf den gesamten Prozess der Rehabilitation bezogen ist (s. Modul 4.3) und nach welchen Methoden mit welchen Stärken und Schwächen die Zielerreichung gemessen wird (s. Modul 2.3).

Wenn möglich, sollten Kennzahlen bestimmt werden, an denen der Ist-Stand (und später Veränderungen) ablesbar sind und die sich als Erfolgsindikatoren eignen. Das können Ergebnisse der externen Qualitätssicherung sein (z.B. Prozentsatz der Rehabilitanden, die in der Patientenbefragung der Deutschen Rentenversicherung angeben, dass Reha-Ziele mit ihnen besprochen wurden) oder auch Ergebnisse eigener Befragungen. Spezifische Fragen zur Zielorientierung im Reha-Team enthält unter anderem der Fragebogen zur „Arbeit im Team“ (Kauffeld, 2004).

Bei der Ist-Analyse ist es wichtig, die Potentiale und die Elemente der aktuellen Praxis zu würdigen, die bereits gut laufen. Ungeeignet wäre, wenn die Zielarbeit mit einer reinen Defizit-Botschaft („*Alles, was wir bisher gemacht haben, war schlecht, deshalb muss jetzt alles anders werden*“) startet. Andererseits sollten Vorbehalte und Nachteile offen zur Sprache kommen. Ein Schema für die Ist-Analyse, das die Betrachtung positiver und negativer Aspekte der aktuellen und der neuen (geplanten) Praxis integriert, liefert die sogenannte **SWOT-Analyse**.

SWOT steht für:

- **S**trengths (Stärken)
- **W**eaknesses (Schwächen)
- **O**pportunities (Chancen)
- **T**hreats (Gefahren)

Dabei analysiert ein Unternehmen sein Umfeld auf Chancen und Risiken hin und macht sich zugleich eigene Stärken und Schwächen bewusst. Dann wird entschieden, welche dieser Stärken genutzt werden sollen, um Möglichkeiten zu realisieren, inklusive der Festlegung konkreter Maßnahmen, Budgetierung und Auswahl von Kennzahlen zur Fortschritts- und Erfolgskontrolle.

Ein Beispiel einer Ist-Analyse nach SWOT befindet sich im folgenden Kasten:

Kasten 7: Ist-Analyse nach SWOT für die aktuelle Praxis der Reha-Zielarbeit

Stärken Wir haben schon ein Konzept der Reha-Zielvereinbarung, das gut zu den Merkmalen unserer Rehabilitanden passt.	Schwächen Die Rehabilitanden werden bisher nur zu Reha-Beginn an der Ziel-Arbeit beteiligt. Manche Reha-Ziele scheinen zu allgemein formuliert.
Chancen, Ressourcen Eine stärkere Beteiligung der Rehabilitanden in allen Phasen könnte deren Motivation stärken. Eine präzisere Formulierung der Reha-Ziele könnte helfen, geeignete Therapien zu empfehlen.	Risiken, Kosten Das Projekt wird Ressourcen erfordern. Es muss darauf geachtet werden, dass dies nicht zu Lasten des Projekts zur Überarbeitung des Behandlungskonzepts „Chronischer Rückenschmerz“ geht.

Quelle: modifiziert nach Mintzberg, 1994

5.2 Planung

Nach der Analyse der Ausgangssituation und Festlegung der generellen Ausrichtung stehen folgende Schritte an:

- Auswahl geeigneter Konzepte und Materialien sowie
- Konkretisierung der Umsetzungsplanung (Personal, Ressourcen, Abläufe, Informationsflüsse).

Auswahl geeigneter Konzepte und Materialien

Bei der Auswahl geeigneter Konzepte und Materialien müssen u.a. das Spektrum der behandelten Erkrankungen, Merkmale der Rehabilitanden (z.B. Kinder und Jugendliche/Erwachsene, Bildungsstand), die Größe der Einrichtung, die bisherige Praxis der Ziel-Arbeit, die Kultur der Einrichtung hinsichtlich Innovation und **Organisationsentwicklung** sowie die Trägerschaft und damit u.U. assoziierte strukturelle Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

Vorliegende Materialien sollten zunächst geprüft und durch die zuständige Projektgruppe bewertet werden. Unter anderem sollten folgende Fragen vor der Umsetzung eines Konzeptes geklärt sein:

Zum Thema **Auswahl und Formulierung von Zielen:**

- Sind Ziele frei wählbar oder teilweise durch Therapiestandards oder therapeutische Programme vorgegeben?
- Sollten Angehörige bei den Zielgesprächen, falls möglich, einbezogen werden?
- Sollten Zielauswahllisten benutzt werden?

Zum Thema **Dokumentation und Messung der Zielerreichung:**

- Wie sollten die Ergebnisse der Zielarbeit dokumentiert werden und wer sollte Zugang dazu haben?
- Sollten Rehabilitanden Zielvereinbarungsdokumente selbst bearbeiten können und eine Kopie der vereinbarten Reha-Ziele ausgehändigt bekommen?
- Welche Prinzipien sollen bei der Messung der Zielerreichung berücksichtigt werden (z.B. Aufwand, Erhebung über Rehabilitand oder Behandler)?

Zum Thema **patientenorientierte Kommunikation:**

- Sollten Zielgespräche mit allen Rehabilitanden gleich intensiv oder mit bestimmten Rehabilitanden (z.B. Personen mit unklarer Problemlage) intensiver durchgeführt werden?
- In welchem Ausmaß sollten Rehabilitanden über ihre Ziele mitentscheiden können? Wie sollen Rehabilitanden im Gespräch konkret gefragt werden?
- Gibt es Anliegen von Rehabilitanden, die nicht akzeptiert werden können?
- Dürfen Ziele der Rehabilitanden und Ziele des Behandlers voneinander abweichen? Wenn ja, sollte dies dokumentiert werden?

Zum Thema **Reha-Team:**

- Welche Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten, Pflegende, Sozialdienst, etc.) sollten Zielgespräche durchführen bzw. sind zuständig dafür?
- Wie werden im Falle berufsgruppenspezifischer Gespräche die Ergebnisse der Gespräche integriert?
- Wie erfolgt der Austausch über Reha-Ziele im Reha-Team?

Zum Thema **Zielarbeit im Verlauf der Rehabilitation:**

- Sollten Ziel-Fragebögen und Informationsmaterial vor dem Reha-Aufenthalt verschickt werden?
- Zu welchen Zeitpunkten und in welchem Rahmen sollten die Gespräche stattfinden (Routinekontakte wie z.B. Aufnahme, Visiten, Abschluss und/oder gesonderte Kontakte)?

Konkretisierung der Umsetzungsplanung

Die Projektgruppe muss sich nach der Problemanalyse und Auswahl möglicher Maßnahmen mit ihrer konkreten Einführung auseinander setzen. Es gilt, Schulungsbedarfe zu bestimmen, benötigtes Material zu entwickeln bzw. zu beschaffen und die zeitlichen Abläufe zu planen.

Im Zusammenhang mit der Planung sollten auch bereits Überlegungen angestellt werden, wie sich die Umsetzung des Konzeptes auswerten und evaluieren lässt (s. Module 5.3 und 5.4).

5.3 Umsetzung

Ist die Auswahl des Konzepts und die Planung der Abläufe abgeschlossen, sollten diese verständlich dokumentiert werden. Falls ein Qualitätsmanagementhandbuch mit Prozessregelungen existiert, sollte dort auch der Prozess der Reha-Zielvereinbarung aufgenommen werden.

Die Mitarbeiter sollten eine Schulung in der Handhabung der Abläufe sowie in Gesprächsführung bei Zielvereinbarungsgesprächen erhalten. Die Einführung eines Konzepts zur Reha-Zielarbeit kann auch in eine umfassende Teamentwicklungsmaßnahme integriert werden.

Alle Mitarbeiter der Einrichtung sollten über die Änderungen der Abläufe informiert werden. Je nach Aufwand der Maßnahme ist zu erwägen, ein Konzept zunächst auf Modellstationen oder bei bestimmten Rehabilitandengruppen einzuführen. Außerdem sollte eine Testphase vereinbart werden mit dem Hinweis, dass die Abläufe nach einem bestimmten Zeitraum geprüft und ggf. angepasst werden. Ein eindeutiger Startpunkt sowie die Dauer der Testphase sollte festgelegt und bekannt gemacht werden.

5.4 Evaluation

Bei allen größeren Organisationsentwicklungsprozessen oder -projekten empfiehlt sich eine systematische Bewertung (Evaluation) des Vorgehens, um aus den durchgeführten Maßnahmen zu lernen und ggf. den Erfolg intern (in der Einrichtung) und extern (z.B. gegenüber Kooperationspartnern) kommunizieren zu können. Aus der Evaluation können sich Anpassungen des Konzepts und seiner Umsetzung im Sinne eines klassischen Planungszyklus (**PDCA-Zyklus**: Plan-Do-Check-Act) ergeben. Plan-Do-Check-Act steht für:

- **Plan:** Bestimme den gegenwärtigen Zustand (IST-Zustand), definiere die Ziele oder Anforderungen (SOLL-Zustand) und erstelle ein Konzept, wie man die angestrebten Ziele erreichen kann.
- **DO:** Setze das erstellte Konzept um, realisiere die Verbesserungspläne in der Praxis.
- **CHECK:** Prüfe den Erfolg der umgesetzten Maßnahmen, bestimme Barrieren und förderliche Bedingungen und messe Indikatoren, welche die Wirksamkeit der Maßnahmen erfassen können.
- **ACT:** Ziehe Konsequenzen aus den Prüfvorgängen, nutze die erhobenen Daten, um das ursprünglich erarbeitete Konzept zu optimieren und lerne aus dem, was getan und gemessen wurde.

Die Evaluation kann auf unterschiedliche Weise erfolgen:

Prozessevaluation: Zum Beispiel könnte die Projektgruppe systematisch die geänderten Abläufe bewerten, in dem sie die Erfahrungen aller beteiligten Mitarbeiter durch kurze Einzelgespräche oder durch eine Gruppensitzung mit allen Betroffenen erhebt und integriert. Leitfragen wären z.B.:

- Was hat gut funktioniert, was weniger gut?
- Wo sind weitere Verbesserungsmöglichkeiten?
- Haben wir unsere Ziele der Zielarbeit erreicht?
- Ist der Aufwand für die Umstellung der Prozesse und die Neuausrichtung angemessen?

Es kann sehr nützlich sein, eine Stichprobe der Rehabilitanden (z.B. alle neu aufgenommenen Rehabilitanden über einen Zeitraum von 6 Wochen) am Ende der Maßnahme schriftlich oder mündlich zu befragen, wie sie den Prozess der Reha-Zielarbeit erlebt haben.

Ergebnisevaluation: Die Zielgrößen, die im Planungsprozess festgelegt wurden (z.B. Zufriedenheitsurteil der Rehabilitanden zur Reha-Zielvereinbarung, Prozentsatz der Rehabilitanden, die angeben, eine Zielvereinbarung erlebt zu haben) werden vor und nach der Einführung des neuen Konzepts gemessen und anschließend vergli-

chen. In der Versorgungsroutine werden nur einfache Formen der Ergebnis-evaluation möglich sein. Stehen gesonderte Mittel oder personelle Ressourcen zur Verfügung, besteht auch die Möglichkeit der Durchführung einer systematischen Studie zur Bewertung des neuen Konzepts.

Integration in das Qualitätsmanagement: Es wird empfohlen, das Konzept und die damit verbundenen Abläufe in den Prüf-Zyklus des Qualitätsmanagements aufzunehmen.

6. Verzeichnisse

Im Anhang finden Sie neben dem Verzeichnis der Praxisbeispiele unter „www.reha-ziele.de“ (6.1) weitere Arbeitsmaterialien aus dem Projekt „ParZivar“ (6.2), das Abbildungsverzeichnis (6.3) und das Kastenverzeichnis (6.4) sowie die Angaben zur verwendeten Literatur (6.5).

Die zusätzlichen Praxisbeispiele, die unter www.reha-ziele.de verfügbar sind, sollten als Ergänzung zur vorliegenden Print-Version und als Anregung zur Neuentwicklung bzw. Weiterentwicklung bestehender Konzepte verstanden werden. Sie können unter Beachtung der urheberrechtlichen Aspekte (s. S. 5) den unterschiedlichen einrichtungsinternen Bedürfnissen und Bedingungen angepasst werden.

6.1 Zusätzliche Praxisbeispiele unter www.reha-ziele.de

Unter www.reha-ziele.de finden Sie folgende Praxisbeispiele sowie das dazugehörige Quellenverzeichnis:

- Praxisbeispiel 1: Zielabfrage im Anamnesebogen
- Praxisbeispiel 2: Anleitung zur Erarbeitung von Reha-Zielen
- Praxisbeispiel 3: Vorformulierte Reha-Ziele zum Ankreuzen
- Praxisbeispiel 4: Zielauswahllisten für somatische Krankheitsbilder
- Praxisbeispiel 5: Selbständige Zielarbeit im Reha-Verlauf
- Praxisbeispiel 6: Formulierung längerfristiger Ziele
- Praxisbeispiel 7: Zielgewichtung und Zielannäherung
- Praxisbeispiel 8: Differenzierung Reha- und Therapieziele
- Praxisbeispiel 9: Vereinbarung in der Sucht-Rehabilitation
- Praxisbeispiel 10: Zwischenbilanz
- Praxisbeispiel 11: Wochenziele
- Praxisbeispiel 12: Zielerreichungsskala „Goal Attainment Scale“
- Praxisbeispiel 13: Reha-Zielarbeit im Rahmen der Visite
- Praxisbeispiel 14: Zielgewichtung und Feedback zur Reha
- Praxisbeispiel 15: Mögliche Reha-Ziele nach Fachbereichen
- Praxisbeispiel 16: Zielbasierte Therapieplanung und -dokumentation
- Praxisbeispiel 17: Übersicht Reha-Ziele im Therapieplan
- Praxisbeispiel 18: Fallbesprechung und Therapieplanung im Team
- Praxisbeispiel 19: Multiprofessionelle Fallbesprechung
- Praxisbeispiel 20: Messgrößen für die Zielerreichung
- Praxisbeispiel 21: Elektronische Dokumentation der Reha-Ziele
- Praxisbeispiel 22: Einbindung der Zielbefragung in die Arbeitsprozesse
- Praxisbeispiel 23: Behandlungskonzept Rheumatologie
- Praxisbeispiel 24: Beiträge des Rehabilitanden zur Zielplanung
- Praxisbeispiel 25: Prozessbeschreibung Patientenversorgung
- Praxisbeispiel 26: Konzeption eines jugendgerechten Patientenpasses
- Praxisbeispiel 27: Bewegungswochenplan in der Nachsorge
- Praxisbeispiel 28: Ziele in der Familienrehabilitation
- Praxisbeispiel 29: Disziplinspezifische Ziele in der Neurologie
- Praxisbeispiel 30: Ziel-Operationalisierung in der neurologischen Reha
- Praxisbeispiel 31: Reha-Vorbereitungskonzept für Kinder und Jugendliche
- Praxisbeispiel 32: Zielarbeit in der ambulanten Rehabilitation
- Praxisbeispiel 33: Reha-Zielarbeit bei kognitiven Beeinträchtigungen

6.2 Zusätzliche Beispiele aus dem Projekt ParZivar

Unter www.reha-ziele.de finden Sie folgende Arbeitsmaterialien aus dem Projekt „Partizipative Zielarbeit (ParZivar)“:

- Checkliste zur Entwicklung von Reha-Zielen zu Reha-Beginn
- Arbeitsblatt für die gemeinsame Vereinbarung von Reha-Zielen zu Reha-Beginn
- Arbeitsblatt für die gemeinsame Vereinbarung von Reha-Zielen zu Reha-Beginn
- Arbeitsblatt zur Zwischenbilanzierung
- Arbeitsblatt zur Umsetzungsplanung
- Arbeitsblatt für die Vereinbarung von Zielen für zu Hause
- Ausführlicher Leitfaden zum Zieledialog in 10 Schritten

6.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Konzept der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).....	6
Abbildung 2: Ausfüllanleitung mit grafischen Elementen	12
Abbildung 3: Priorisierung eigener Ziele durch den Rehabilitanden	14
Abbildung 4: Staffelung in längerfristige und kurzfristige Ziele	15
Abbildung 5: Übersetzung der Ziele des Rehabilitanden in ICF-Kategorien	18
Abbildung 6: Gegenüberstellung des Status zu Beginn und Ende der Reha.....	22
Abbildung 7: Bewertung der Zielerreichung durch Rehabilitand oder Arzt	23
Abbildung 8: Zielbestimmung und Überprüfung anhand von Messskalen	24
Abbildung 9: Numerische Rating-Skala und Visuelle Analog-Skala	25
Abbildung 10: Goal Attainment Scaling (GAS)	25
Abbildung 11: Wiederholte Befragung des Rehabilitanden	33
Abbildung 12: Einsatzmöglichkeiten unterschiedlicher Settings in der Zielarbeit.....	35
Abbildung 13: Material zum Barrieren-Management für die Gruppenarbeit.....	36
Abbildung 14: Fragen an Eltern zu Reha-Zielen der Kinder	38
Abbildung 15: Kognitive, psychische und kommunikative Basisfunktionen für Reha-Zielarbeit.....	39
Abbildung 16: Kommunikationsstörung wahrnehmen.....	42
Abbildung 17: Gegenüberstellung der Sichtweise von Arzt und Rehabilitand	43
Abbildung 18: Visualisierung der Reha-Ziele auf einem Radar	50
Abbildung 19: Einladung eines Rehabilitanden zu einer Therapiekonferenz.....	59
Abbildung 20: Mögliche Fragen an einen Rehabilitanden mit Bezug zur ICF	60
Abbildung 21: Teamprotokoll (Auszug).....	61
Abbildung 22: Abgestimmtes Vorgehen innerhalb des Reha-Teams	62
Abbildung 23: Vereinbarung von Zielen für zu Hause	67

6.4 Kastenverzeichnis

Kasten 1: Handzettel für den Schreibtisch.....	8
Kasten 2: Konkretisierung von ICF-basierten Reha-Zielen.....	17
Kasten 3: Vor- und Nachteile des vorstrukturierten und offenen Vorgehens	19
Kasten 4: Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation	31
Kasten 5: Partizipative Gestaltung von Gesprächen über Reha-Ziele.....	32
Kasten 6: Effekte des Paraphrasierens	42
Kasten 7: Ist-Analyse nach SWOT für die aktuelle Praxis der Reha-Zielarbeit.....	74

6.5 Literaturverzeichnis

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR] (2008). *ICF - Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen*. Online verfügbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF2.pdf> [Letzter Zugriff: 02.07.2014].
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32(11), 1301–1310.
- Berking, M. (2003). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation*. Göttingen: Georg-August-Universität zu Göttingen, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät.
- Bovend'Eerdt, T. J. H., Botell, R. E. & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352-361.
- Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2013). Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation - Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. *Die Rehabilitation*, 52, 75-85.
- Davis, A., Davis, S., Moss, N., Marks, J., McGrath, J., Hovard, L., Axon, J. & Wade, D. (1992). First steps towards an interdisciplinary approach to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 6(3), 237-244.
- Deck, R., Hüppe, A. & Arlt, A. C. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden - Ergebnisse einer Pilotstudie. *Die Rehabilitation*, 48(01), 39-46.
- Deimel, H., Huber, G., Pfeifer, K. & Schüle, K. (2007). *Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung* (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013). *Rehabilitation – Was erwartet mich dort?* (13. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). *Reha-Therapiestandards*. Online verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Fachbereiche/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_therapiestandards_index_node.html [Letzter Zugriff: 31.07.2014].
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. *ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum*. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf/projekte/index.htm> [Letzter Zugriff: 02.04.2014].

- Dibbelt, S., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B., Jäckel, W. H., Pollmann, H., Schaidhammer, M. & Wulfert, E. (2012). *Partizipative Zielvereinbarung mit PatientInnen in der Rehabilitation. Manual für Ärzte, Therapeuten & Pflegende*. Deutsche Rentenversicherung Bund. Online verfügbar unter: http://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/08_institute/qm-sozmed/Abgeschlossene_Projekte/ParZivar/ManualParZivar.pdf [Letzter Zugriff: 02.07.2014].
- Dibbelt, S., Quatmann, M., Dudeck, A., Glattacker, M. & Greitemann, B. (2011). Partizipative Zielvereinbarung zwischen Arzt und Rehabilitand. *Orthopädie-Technik*, 62(6), 440-451.
- Eckel, J., Jelitte, M., Vogel, H. & Becker, P. (2011). Reha-Erwartungen, Wünsche und Ziele - Eine Bedarfsanalyse in der stationären medizinischen Rehabilitation unter Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen. *DRV-Schriften*, 93, 168-169.
- Elwyn, G., Edwards, A. & Rhydderich, M. (2006). Shared decision making: Das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. In M. Härter, A. Loh & C. Spies (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. 3-12). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Engel, J. & Kemper, F. (2000). Moderation von Zielvereinbarungen mittels ICIDH-2. *Deutsche Rentenversicherung*, 12, 786-791.
- Farin, E. (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Die Rehabilitation*, 49(05), 277–291.
- Farin, E., Meixner, K., Follert, P., Jäckel, W. H. & Jacob, A. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Die Rehabilitation*, 41(4), 258-267.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Theoretische Ansätze in der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 41–68). Berlin: Springer.
- Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, S., Quatmann, M., Greitemann, B. & Jäckel, W. H. (2013). Evaluation einer Intervention zur partizipativen Vereinbarung von Rehabilitationszielen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*, 52, 257–265.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens: MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, D. (2006). *Patienten-Arzt-Interaktion. Kommunikationstraining für Ärzte*. Unveröffentlichtes Manual.
- Kauffeld, S. (2004). *FAT: Fragebogen zur Arbeit im Team*. Göttingen: Hogrefe.
- Kauffeld, S. & Grote, S. (2003). Teamentwicklung mit dem Fragebogen zur Arbeit im Team (FAT). In S. Stumpf & A. Thomas (Hrsg.), *Teamarbeit und Teamentwicklung* (S. 375-388). Göttingen: Hogrefe.

- Knierim, A. (2005). Die kreative Ziel-Arbeit im Coaching. In C. Rauen (Hrsg.), *Handbuch Coaching* (S. 455–468). Göttingen: Hogrefe.
- Koch, U. & Petermann, F. (2006). Verhaltensmedizin in der Rehabilitation - Einführung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 27(3), 245–252.
- Körner, M. (2006). *Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation*. Regensburg: Roderer.
- Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48(3), 160-165.
- Körner, M. (2010). Patientenorientierte interne Kommunikation im Krankenhaus. In H.-W. Hoefert & M. Härter (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus* (S. 33-50). Göttingen: Hogrefe.
- Körner, M. & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 43(6), 348–357.
- Körner, M., Schüpbach, H. & Bengel, J. (2005). Berufsgruppenübergreifende Kooperation in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13(4), 158–166.
- Kolip, P. (2011). Leitfaden Zielerreichungsskalen – Goal Attainment Scaling. Bielefeld: Universität Bielefeld. Online verfügbar unter: https://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/service/veranstaltungen/110705_Worksop_Zielerreichungsskalen/leitfaden_gas_endversion.pdf [Zugriff: 25.07.2014].
- Kuhl, J. (2005). Wie gesund sind Ziele? Intrinsische Motivation, Affektregulation und das Selbst. In R. Vollmeyer & J. Brunstein (Hrsg.), *Motivationspsychologie und ihre Anwendung* (S. 109–126). Stuttgart: Kohlhammer.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Maurer, H. & Gurzeler, B. (2007). *Handbuch Kompetenzen für Lehrpersonen: basic skills; permanente und gezielte Kompetenzbildung*. Bern: h.e.p.- Verlag.
- Meyer, T., Pohontsch, N. & Raspe, H. (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Die Rehabilitation*, 48(03), 128-134.
- Mintzberg, H. (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. New York: The Free Press.
- Mittag, O. & Grande, G. (2008). PatientInnenorientierung in der Rehabilitation - Die Genderperspektive. *Die Rehabilitation*, 47(2), 98-108.
- Musekamp, G., Lukasczik, M., Löbmann, R., Gerlich, C., Geyer, S., Neuderth, S. & Vogel, H. (2008). Ergebnisqualität in Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter - Behandlungsziele, Zielerreichung und relevante Ergebnisparameter. *DRV-Schriften*, 77, 175–176.
- Nerdinger, F. W. (2011). Organisationsentwicklung. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (2. Aufl.) (S. 149-157). Berlin: Springer.

- Oettingen, G. & Gollwitzer, P. M. (2002). Theorien der modernen Zielpsycho­logie. In D. Frey (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie* (S. 51–74). Bern: Huber.
- Pimmer, V. & Buschmann-Steinhage, R. (2008). *Gesundheitliche Kompetenz stärken: Gesundheitsbildung und Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: Springer Verlag.
- Playford, E. D., Siegert, R., Levack, W. & Freeman, J. (2009). Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 334–344.
- Pohontsch, N., Meyer, T. & Raspe, H. (2008). Qualitative Analyse der Determinanten der Patientenzufriedenheit mit der Planung und Zielorientierung in der stationären medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 77, 155–156.
- Porst, R. (2008). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Prechtel, D. (1999). *Team-Potential-Analyse (TPA): Erfolgsfaktoren der Teamarbeit in lernenden Organisationen der Wirtschaft*. München: Herbert Utz.
- Quaschnig, K., Bredehorst, M., Dibbelt, S. & Glattacker, M. (2014). Praxis der Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Bestandsaufnahme. *DRV-Schriften*, 103, 220–221.
- Quatmann, M., Dibbelt, S., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B. & Jäckel, W. H. (2011a). Zielvereinbarungen in der Rehabilitation: Verständnis und Handhabung des Begriffs "Reha-Ziele" bei Ärzten und Patienten. *DRV-Schriften*, 93, 161–163.
- Quatmann, M., Dibbelt, S., Greitemann, B., Panning, S., Kaiser, W., Ilger, C., Kettler, I. (2011b). *Rückenfit-Programm: "Lebenslust statt Krankheitsfrust": Das Manual*. Bad Rothenfelde: Rehaklinikum Bad Rothenfelde - Klinik Münsterland.
- Richter, M., Schmid-Ott, G., Leicht, R. & Muthny, F. A. (2011a). Wahrgenommene Informationsvermittlung und Partizipation von Patienten in der kardiologischen Rehabilitation - Ausprägung und Zusammenhänge mit Reha-Outcome und Selbstwirksamkeit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 21(03), 126.
- Richter, M., Schmid-Ott, G. & Muthny, F. A. (2011b). Informationsvermittlung und Partizipation aus Sicht von psychosomatischen Rehabilitanden. *Psychiatrische Praxis*, 38(05), 237-243.
- Schwarz, B., Streibelt, M. & Herbold, D. (2012). Die Bedeutung des interdisziplinären Reha-Teams in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 98, 179–181.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47(02), 84–89.
- Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V). Gesetzliche Krankenversicherung. Online verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf [Letzter Zugriff: 31.07.2014].

- Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Online verfügbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html> [Letzter Zugriff: 25.07.2014].
- Stachow, R. (2007). *Trainermanual: Leichter, aktiver, gesünder*. Bonn: Aid Infodienst. Kostenpflichtig erwerbbar unter: <http://shop.aid.de/3842/trainermanual-leichter-aktiver-gesuender> [Letzter Zugriff: 02.07.2014].
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2014). Analytikreport der Statistik: Analyse des Arbeitsmarktes für Frauen und Männer Juni 2014. Online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Statistische-Analysen/Analytikreports/Zentrale-Analytikreports/Monatliche-nalytikreports/Generische-Publikationen/Analyse-Arbeitsmarkt-Frauen-Maenner/Analyse-Arbeitsmarkt-Frauen-Maenner-201406.pdf> [Letzter Zugriff: 25.9.2014].
- Storch, M. & Krause, F. (2007). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell, ZRM* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Stucki G. U. T. & Melvin, J. (2005). Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7-8), 349-352.
- Stumpf, S. & Thomas, A. (2003). *Teamarbeit und Teamentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Tuner-Stokes, L. (2009). Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation: A Practical Guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 362-70.
- Vogel, H. (1998). Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin* (S. 117-131). München: Urban & Schwarzenberg.
- Vogel, H., Tuschhoff, T. & Zillessen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 11, 751-764.
- World Health Organization (WHO) (2001). *ICF: The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.
- Witt, M. M. (2000). *Teamentwicklung im Projektmanagement: konventionelle und erlebnisorientierte Programme im Vergleich*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Zwingmann, C. (2003). Zielorientierte Ergebnismessung (ZOE) mit dem IRES-Patientenfragebogen: Eine kritische Zwischenbilanz. *Die Rehabilitation*, 42(4), 226-235.

Danksagung

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen beteiligten Personen bzw. Institutionen, die uns im Rahmen der Entwicklung des Arbeitsbuches in vielfältiger Weise unterstützt haben.

Beirat

Folgende Vertreter aus Patientenvereinigungen, Reha-Einrichtungen, der Wissenschaft und der Deutschen Rentenversicherung Bund haben uns im Rahmen von Expertenbefragungen und eines Expertenworkshops unterstützt:

- Anton, Eleonore, St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach
- Barth, Prof. Dr. Jürgen, Klinik Nordfriesland, Sankt Peter-Ording
- Brüsseler, Herbert, Deutsche GBS-Initiative e.V., Geschäftsstelle EUREGIO, Eschweiler
- Dammann, Dr. Dirk, Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Wangen
- George, Sabine, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., Karlsbad
- Göhner, Prof. Dr. Wiebke, Katholische Fachhochschule Freiburg, Freiburg i. Breisgau
- Haug, Dr. Günter, Reha-Zentrum Bayrisch Gmain - Klinik Hochstaufen, Bayrisch Gmain
- Heckhausen, Prof. Dr. Dorothee, Hohen Neuendorf
- Hinzmann, Dr. Jörn, m&i-Fachklinik Bad Pyrmont, Bad Pyrmont
- Höder, Dr. Jürgen, Institut für Sozialmedizin, Lübeck
- Jürgensen, Ralf, St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach
- Kalwa, Dr. Marion, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Kohlmann, Prof. Dr. Thomas, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald
- Mai, Britta, Reha-Zentrum Bad Nauheim – Klinik Wetterau, Bad Nauheim
- Meyer, Prof. Dr. Thorsten, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover
- Schupp, Dr. Wilfried, m&i-Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
- Seifart, PD Dr. Ulf, Klinik Sonnenblick, Marburg/Lahn
- Spindler, Dr. Thomas, Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Wangen
- Staude, Beate, Düsseldorf
- Steinau, Dr. Martin, Reha-Klinik Schwertbad, Aachen
- Tuschhoff, Thomas, Reha-Klinik Taubertal, Bad Mergentheim
- Westphal, Beatrix, Berlin
- Worringer, Dr. Ulrike, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Kooperierende Einrichtungen

Die in der Print-Version des Arbeitsbuches dargestellten Praxisbeispiele wurden uns freundlicherweise von den folgenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt:

- Deister-Süntel-Klinik, Bad Münder am Deister
- Diana-Klinik, Bad Bevensen
- Evangelische Stadtmission Kiel gGmbH, TASK-Tagesrehabilitation, Molfsee
- Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes, Osnabrück
- Fachklinikum Borkum, Borkum
- Klinik Bad Trissl, Oberaudorf
- Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde
- Kompass-Kompakt-Therapie Drogenhilfe GmbH, Augsburg
- m&i Fachklinik Herzogenaurach, Herzogenaurach
- Neurologische Klinik, Bad Neustadt/Saale
- Ostseestrand-Klinik Klaus Störtebeker, Loddin
- Reha-Klinik Lüdenscheid, Lüdenscheid
- REHA SÜD Freiburg, Freiburg i. Breisgau
- Verein für Jugendhilfe e.V., Adaption im Suchthilfezentrum Fellbach

Die vollständige Liste aller Einrichtungen, die uns Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt haben, finden Sie unter www.reha-ziele.de.

Pretest

In folgenden Einrichtungen wurde die vorläufige Version des Arbeitsbuches im Rahmen eines Pretests von folgenden Personen bearbeitet:

Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Wangen

- Dammann, Dr. Dirk; Stockburger, Hildegard; Volmer-Berthele, Dr. Nora

Rehazentrum Bad Eilsen, Bad Eilsen

- Dorn, Monika; Polnau, Dr. Uwe; Schildmeyer, Cord

Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster am Stein-Ebernburg

- Masius, Dr. Ute; Medick, Dr. Hans Eberhard; Zucker, Dr. Andrea

Deutsche Rentenversicherung Bund

Die fachliche Betreuung des Projekts erfolgte im Bereich Reha-Wissenschaften des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. Wir bedanken uns ganz herzlich für die hilfreiche Unterstützung und die sehr gute Kooperation mit Frau Dr. Kirschning, Frau Dr. Widera und Herrn Dr. Buschmann-Steinhage.

Wissenschaftliche Hilfskräfte

Die Autoren bedanken sich ferner bei Julia Baur, Julia Haller und Ralph Niemeyer, die uns bei der Entwicklung und Erstellung des Arbeitsbuches sehr unterstützt haben.



**Deutsche
Rentenversicherung**