

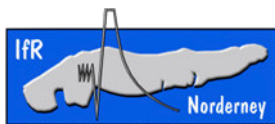


ParZivar II

Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation

Manual

Anlage zum Abschlussbericht des Institutes für Rehabilitationsforschung
Norderney e.V. (IfR)



Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V. (IfR)

Susanne Dibbelt, Sylvia Freund, Bernhard Greitemann



Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)

Manuela Glattacker, Maria Garbrecht, Antje Ullrich, Oskar Mittag

RehaKlinikum Bad Rothenfelde **RKR**
Klinik Münsterland • Klinik Teutoburger Wald

 **Deutsche
Rentenversicherung**
Westfalen

 **GfR**

1. Einleitung.....	4
Hintergrund.....	4
Die Bedeutung von Zielvereinbarungen für die Rehabilitation.....	5
Ziele des Projektes	5
Inhalte des Manuals	6
2. Patientenorientierte Kommunikation in der Reha-Zielarbeit.....	6
Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation	7
Aktive Beteiligung von Rehabilitanden an der Reha-Zielarbeit fördern	8
Unterschiedliche Settings für Reha-Zielarbeit	8
3. Konzeptuelle Grundlagen: Drei Funktionen von Reha-Zielarbeit	9
Selbstregulatorische Funktion von Reha-Zielarbeit	11
Abstimmungsfunktion von Reha-Zielen	12
Standardisierende Funktion von Reha-Zielen	12
4. Stand der Forschung zur Reha-Zielarbeit	13
Studien zur aktuellen Praxis der Reha-Zielarbeit	13
Rahmenkonzepte und Leitfäden.....	14
Interventionen zur Reha-Zielarbeit	14
5. Erarbeitung motivierender Reha-Ziele	15
Merkmale motivierender Ziele	15
Die S.M.A.R.T.-Regel	15
Teilhabe- und Handlungsorientierung von Reha-Zielen	17
ParZivar: Die Entwicklung von Reha-Zielen als Prozess.....	18
Abstimmen und Aushandeln Reha-Zielen	19
Von den Anliegen des Rehabilitanden ausgehen, wechselseitige Perspektiven abstimmen	19
Die Position des Behandlers einbringen.....	19
Unterschiedliche Zielvorstellungen bei Behandler und Rehabilitand	20
Wie können Reha-Zielgespräche bei einem Rentenwunsch geführt werden?.....	20
Abstimmung im Reha-Team und die Verfügbarkeit der Zieldokumentation.....	21

6. Der Zieledialog in 10 Schritten und die Dokumentation auf den Arbeitsblättern K1 bis K3 und Z.....	22
Die Arbeitsblätter K1, K2, K3 und Z.....	22
Warum ist die schriftliche Dokumentation wichtig?.....	23
Der Zieledialog in 10 Schritten: Die Vereinbarung der Anfangsziele	23
Dialogschritt 1: Begründung und Ankündigung des Zielgespräches	23
Dialogschritt 2: Probleme und Anliegen des Rehabilitanden aufgreifen oder erfragen und priorisieren (nach Wichtigkeit und Dringlichkeit ordnen)	24
Dialogschritt 3: Ableitung von Reha-Zielen aus Teilhabezielen und die Bestimmung einer Zielgröße	25
Dialogschritt 4: Geeignete Zielgrößen konkretisieren, quantifizieren und verankern	26
Dialogschritt 5: Realismus-Check und die Unterscheidung zwischen lang- und kurzfristigen Zielen	27
Dialogschritt 6: Maßnahmen benennen, erläutern und ihren Beitrag zur Zielerreichung begründen	28
Dialogschritt 7: Dokumentation der Ziele, Zusammenfassen des Gespräches, Absichern der Auswahl und Formulierung der Ziele	28
Dialogschritt 8: Unterschreiben der Zielvereinbarung	28
Dialogschritt 9: Ausblick geben - Wie geht es weiter?.....	29
Dialogschritt 10: Ausblick auf die Reha-Ziele nach Entlassung	30
Zielbilanz zu Reha-Mitte und mögliche Revisionen auf Arbeitsblatt K2	33
Vorgehen bei der Zwischenbilanz.....	33
Zieländerungen	33
Zielbilanz zu Reha-Ende und Vereinbarung von Zielen nach Entlassung auf Arbeitsblatt K3	34
7. Die Umsetzung der partizipativen Zielarbeit in der Klinik	35
Zu klärende Fragen	35
Leitungsebene	35
Organisatorische Überlegungen zur Umsetzung der ParZivar-Intervention.....	36
8. Kosten und Nutzen der Intervention.....	38
Mögliche Kosten	38
Zusätzlicher Zeitbedarf	38
Schulungen des Personals	38
Erwarteter Nutzen.....	38
Gesteigerte Behandlungsergebnisse, bessere Überprüfbarkeit der Zielerreichung	38
Bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient	38
Gesteigerte Sichtbarkeit, Nachhaltigkeit und Partizipation bei der Reha-Zielarbeit.....	38
Danksagung	40
9. Literaturverzeichnis	41

10. Verzeichnis der Abbildungen	45
11. Verzeichnis der Dokumente im Anhang (Arbeitsblätter)	45

1. Einleitung

Das vorliegende Manual ist eine Anleitung zur Umsetzung partizipativer Zielarbeit mit Rehabilitanden¹ in der medizinischen Rehabilitation.

Es ist aus den Projekten *ParZivar I: Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation* und *ParZivar II: Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation II: Optimierung der Implementierung durch individuelle Schulung und Begleitung von Behandlern* hervorgegangen.

Hintergrund

Mit Rehabilitanden individuelle Ziele auszuhandeln und deren Erreichung zu verfolgen, ist ein zentraler Prozess in der Rehabilitation. Die Umsetzung wichtiger Qualitätsanforderungen an Zielvereinbarungen, darunter vor allem die Einbindung der Rehabilitanden in die Zielarbeit, sowie die Evidenz zur Wirksamkeit von Reha-Zielvereinbarungen werden in der Literatur nach wie vor skeptisch bewertet (Meyer et al., 2009; Glattacker et al., 2013).

Indikationsspezifische Zielkataloge liegen zwar vielfach vor, jedoch mangelt es an der Abstimmung der Zielvorstellungen zwischen Behandler und Rehabilitanden (Meyer et al., 2008; Glattacker et al. 2008). Rehabilitanden sind häufig zu wenig über die medizinischen Zielsetzungen aufgeklärt oder sehen keinen Bezug zwischen ihren persönlichen Anliegen und den therapeutischen Zielsetzungen und Maßnahmen. Behandler auf der anderen Seite fürchten, Rehabilitanden mit der Vermittlung medizinischer Sachverhalte zu überfordern. Auf diese Weise entsteht eine „Übersetzungslücke“, die jedoch nicht nur rein sprachlicher Natur ist. Häufig entsteht die Lücke auch durch unterschiedliche Bedürfnisse und Zielsetzungen. Der Kern unseres Ansatzes besteht darin, Ärzte darin zu schulen, über die jeweiligen Anliegen und Ziele zu sprechen, sie zu klären und in einem Dialog mit dem Rehabilitanden zu einer gemeinsamen teilhabe- und umsetzungsorientierten Zieledefinition zu gelangen.

Den theoretischen Hintergrund der ParZivar-Intervention bilden motivations- und volitionspsychologische Ansätze, die ein handlungsorientiertes Ziel- und Umsetzungsmanagement (Kuhl, 1983; 2001; Heckhausen, Gollwitzer & Weinert, 1987; Gollwitzer, 1991; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) in das Zentrum eines erfolgreichen Krankheitsmanagements stellen, sowie das Konzept der Funktion und Teilhabe als Kernkonzept der WHO-Definition von Gesundheit, reflektiert in den ICF.

¹ Anmerkung: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form in ihrer generischen Bedeutung für beide Geschlechter gebraucht. Mit Rehabilitanden sind also immer auch Patientinnen gemeint, mit Ärzten immer auch Ärztinnen usw.

Die Bedeutung von Zielvereinbarungen für die Rehabilitation

Zielklärungen und Zielvereinbarungen haben sich inzwischen in verschiedenen gesellschaftlichen Domänen bewährt.

Die Zielklärung und -vereinbarung ist die Grundvoraussetzung für die Zielerreichung: Erst, wenn Menschen eine klare und *positive* Vorstellung des Zielzustandes haben, einen Weg zur Zielumsetzung sehen und sich zutrauen, diesen Weg zu gehen, wenn sie sich außerdem an das Ziel gebunden fühlen, sind sie auch bereit, Anstrengungen und Entbehren auf dem Weg zur Zielerreichung auf sich zu nehmen. Eine weitere wichtige Funktion von Reha-Zielen ist die Abstimmung der Zielvorstellungen zwischen Rehabilitand und Behandler, zwischen verschiedenen Behandlern im Reha-Team, aber auch mit anderen Akteuren der Rehabilitation, wie z.B. den Trägern von Reha-Maßnahmen und politischen Instanzen.

Die Zielvorstellungen von Arzt und Rehabilitand weichen häufig voneinander ab. Erst, wenn alle *an einem Strang ziehen*, führen Maßnahmen auch zum gewünschten Ergebnis. Die Aushandlung von Behandlungszielen zwischen Rehabilitand und Behandler ist daher ein unverzichtbarer Schritt und ein zentraler Bestandteil der Behandlung (Vogel et al., 1994; Wade; 2009; Kanfer et al, 2006).

Ziele des Projektes

Die ParZivar-Projekte zielen auf die Umsetzung wichtiger Qualitätsanforderungen an die Reha-Zielarbeit, darunter vor allem die Optimierung der diskursiven Einbindung der Rehabilitanden sowie die Formulierung von Reha-Zielen, die anhand konkreter und beobachtbarer Zielgrößen überprüft werden können.

Reha-Ziele sollten außerdem auf Teilhabeziele bezogen sein, d.h. auf die Wiedergewinnung von Aktivitäten, die für den Rehabilitanden bedeutsam sind.

Im Projekt ParZivar I wurden in der Literatur berichtete, empirisch als wirksam nachgewiesene oder in der Praxis bewährte Qualitätsanforderungen zu der Intervention *Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation* zusammengeführt und Ärzte und Therapeuten darin geschult, die Intervention durchzuführen. Die Qualitätsanforderungen lassen sich zu drei Hauptkriterien zusammenfassen:

- (1) *Partizipation*: Die Beteiligung der Rehabilitanden an der Erarbeitung, Formulierung und Nachverfolgung ihrer Reha-Ziele,
- (2) *Teilhabeorientierung und Operationalisierung*: Die Bedeutsamkeit und Messbarkeit der Reha-Ziele sowie
- (3) *Prozessorientierung*: Die Verfolgung und Weiterentwicklung der zu Beginn der Reha formulierten Reha-Ziele während des Reha-Aufenthaltes und über den Aufenthalt hinaus.

Mit dem Projekt ParZivar II wurde die *Umsetzung* der bereits erprobten und manualisierten Intervention durch ein zusätzlich durchgeführtes individuelles Coaching der Ärzte in Rehabilitationskliniken optimiert.

Inhalte des Manuals

In diesem Manual werden Prinzipien der patientenorientierten Kommunikation dargestellt (Kapitel 2). In Kapitel 3 und 4 gehen wir auf Konzepte, Forschungsarbeiten und andere Interventionen zur Reha-Zielarbeit ein. In Kapitel 5 werden Kriterien erläutert, denen teilhabeorientierte Ziele von Rehabilitanden und Behandlern genügen sollten, wenn sie handlungsleitend und motivierend sein sollen. Wie Ziele im Sinne eines partizipativen Prozesses im *Dialog* erarbeitet werden können, ist Gegenstand von Kapitel 6. In Kapitel 7 werden konkrete Hinweise für die Umsetzung und Implementierung der ParZivar-Intervention gegeben.

Zeitgleich zur Durchführung des Projektes ParZivar II entstand im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund das **Arbeitsbuch Reha-Ziele**, das nunmehr sowohl als Broschüre als auch online unter www.reha-ziele.de verfügbar ist. In diesem Arbeitsbuch und auf der Webseite finden Sie ausführliche Informationen zur Gestaltung von Reha-Zielarbeit und eine Vielzahl von Materialien für die Reha-Zielarbeit, darunter etliche, die in Reha-Kliniken eingesetzt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Der folgende Text in Kapitel 2 ist weitgehend dem Arbeitsbuch entnommen.

2. Patientenorientierte Kommunikation in der Reha-Zielarbeit

Reha-Zielarbeit findet in der Regel im Gespräch mit Ärzten und Therapeuten statt. Die Qualität der Kommunikation zwischen Behandler und Rehabilitand ist daher von zentraler Bedeutung. Die Qualität der Kommunikation entscheidet darüber, ob sich eine tragfähige Arbeitsbeziehung mit Rehabilitanden ergibt, ob sich Rehabilitanden angenommen und emotional unterstützt fühlen, ob sie sich aktiv an der Zielarbeit beteiligen und ob die richtigen Ziele und Maßnahmen ausgewählt werden.

Patientenorientierte Zielarbeit ist ein Aushandlungsprozess. Behandler und Rehabilitanden müssen ihre jeweiligen Zielvorstellungen entwickeln, austauschen und sich auf eine gemeinsame Auswahl von Zielen einigen. Von größter Bedeutung ist dabei, dass alle Beteiligten eine gemeinsame Zielvorstellung teilen und mit den Zielen, die sie entwickelt und vereinbart haben, und den Maßnahmen, die zu ihrer Erreichung führen sollen, einverstanden sind.

Unklare Zielvorstellungen oder Zielvorstellungen von Rehabilitanden, die nicht mit denen des Behandlers übereinstimmen, sind ein häufiges Problem. In Kapitel 4 dieses Manuals wird aufgezeigt, wie die Zielvorstellungen von Behandler und Patient

angesprochen, präzisiert und abgestimmt werden können. Dazu wird ein Gesprächsleitfaden zum Zieledialog vorgestellt.

Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation

Die Qualität der Patient-Behandler-Beziehung lässt sich anhand affektiver, struktureller und partizipativer Merkmale von Beziehungsgestaltung beschreiben (Bensing, 1991; Dibbelt, Quatmann, Dudeck, Glattacker, & Greitemann, 2011; s. Abbildung 1). Eine gute Einführung in die ärztliche Kommunikation findet sich in der Publikation *Kursbuch ärztliche Kommunikation* (Schweickhardt A, Fritzsche K, 2009). Dort wird eingehend beschrieben, wie die affektive, strukturelle und partizipative Beziehungsgestaltung gelingen kann.

Für die Qualität ihrer Interaktion sind beide - Behandler und 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 und Informationen zu seiner Krankengeschichte zu geben. Der Behandler wiederum ist dafür verantwortlich, dass der Rehabilitand dies gut tun kann.

Abbildung 1: 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

Quelle: Bensing, 1991; Dibbelt et al., 2011

Aktive Beteiligung von Rehabilitanden an der Reha-Zielarbeit fördern

Durch alle drei Aspekte patientenorientierter Kommunikation wird die aktive Beteiligung von Rehabilitanden an der Reha-Zielarbeit ermöglicht:

- (1) Eine wertschätzenden und empathische Gesprächsatmosphäre hilft Patienten dabei, ihr Anliegen zu äußern und Kontaktbarrieren und Ängste abzubauen.
- (2) Informationen z.B. über den Verlauf des Gespräches oder der Maßnahme schaffen Transparenz und geben Patienten die Möglichkeit, über Optionen (mit-)entscheiden zu können.
- (3) Offene Fragen, das ausdrückliche Einholen der Meinung des Patienten sowie die Absicherung von Formulierungen ermöglichen (auch zurückhaltenden) Rehabilitanden eine aktive Rolle und Mitsprache.

Im Kontext der Reha-Zielvereinbarung wird Teilhabe durch eine Art der Gesprächsführung realisiert, die dem Rehabilitanden erlaubt, das Gespräch aktiv mitzugestalten, seine Anliegen und Ziele einzubringen, über den Weg der Zielerreichung mitzuentcheiden sowie für die Erreichung der Ziele Verantwortung zu übernehmen (analog zum Modell der Gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making; Elwyn, Edwards, & Rhydderich, 2006; Simon, Loh, & Härter, 2008).

Unterschiedliche Settings für Reha-Zielarbeit

Gespräche über Reha-Ziele zwischen Behandler und Rehabilitand zu Beginn einer Maßnahme sind wichtig und dienen der Etablierung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung.

Zielarbeit kann aber auch in Gruppenprogramme und Patientenschulungen integriert werden. Dies hat mehrere Vorteile:

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

Die ParZivar-Intervention sieht vor, dass die Ziele für die Zeit *in der Rehabilitationseinrichtung* vor allem mit dem Arzt oder Behandler besprochen werden, das aber die Umsetzung von Zielen nach der Entlassung (zu Hause) entweder in einer Gruppe oder von dem Rehabilitanden selbstständig geplant wird (s. Tabelle 1):

- (1) In einem *Erstgespräch* mit dem Arzt oder Behandler werden Problembereiche und Teilhabeziele geklärt sowie Maßnahmen beraten und die Anfangsziele vereinbart.
- (2) In der *Zwischenbilanz* mit dem Arzt oder Behandler werden die Anfangsziele überprüft und ggf. geändert.
- (3) In einer therapeutischen Gruppe können Prinzipien der Zielauswahl und Zielformulierung, der Umsetzungsplanung sowie der Gebrauch von

Dokumentationsmaterialien (z.B. Bewegungstagebuch, Planungshilfe etc.) erläutert werden:

- Es werden Umsetzungspläne und -strategien für Ziele nach Entlassung erarbeitet.
 - Modellhaft kann die Umsetzungsplanung mit einem Rehabilitanden exemplarisch in der Gruppe durchgeführt werden, der sich freiwillig zur Verfügung stellt. Die übrigen Teilnehmer beraten und bearbeiten im Anschluss ihre individuelle Zielauswahl und Umsetzungsplanung, z.B. zu zweit in der Gruppe oder als Hausaufgabe.
- (4) In einem abschließenden Einzelgespräch mit dem Behandler werden die zu Beginn oder bei der Zwischenbilanz vereinbarten Reha-Ziele bilanziert und die Umsetzung der Ziele nach Reha besprochen.
- (5) Im Rahmen eines Nachsorgeprogramms kann ein Gespräch zwischen Rehabilitand und Behandler oder Case-Manager zur Bilanz der Reha-Ziele zuhause durchgeführt werden. Im Rahmen von ParZivar ist auf dem Arbeitsblatt Z (zuhause) eine Selbstbilanz durch den Rehabilitanden vorgesehen.

Tabelle 1: Unterschiedliche Settings in der Reha-Zielarbeit

1 ->	2 ->	3 ->	4 ->	5
Aufnahme-Gespräch Arzt	Zwischenbilanz Visite o.a. Arzt	Hausaufgabe oder Gruppe	Abschluss- gespräch Arzt	Nachsorge
Arbeitsblatt K1	Arbeitsblatt K2	Arbeitsblatt Z	Arbeitsblatt K3	Arbeitsblatt Z
Vereinbarung der Anfangs- Ziele	Überprüfung der Anfangsziele: - Zielerreichung - Ggf. Änderung	Planung der Zielumsetzung zuhause einschließlich Barrieren- Management Motivations- strategien	Abschließende Bilanz der Reha-Ziele Vereinbarung & Besprechung der Ziele zuhause	Selbstbilanz der Ziele auf Arbeitsblatt Z Telefonkontakt mit Behandler oder Case Manager

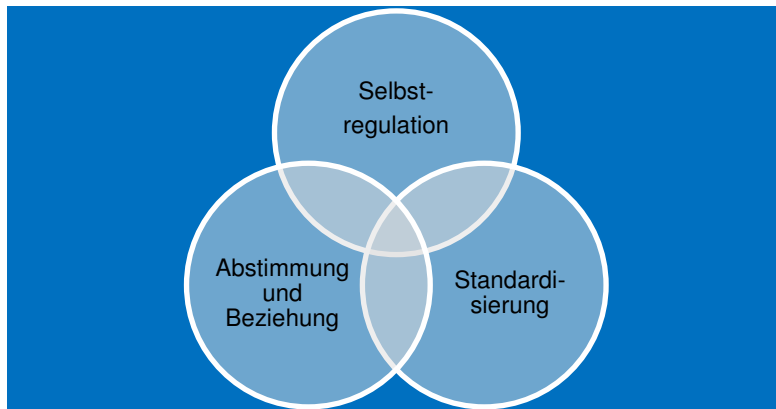
3. Konzeptuelle Grundlagen: Drei Funktionen von Reha-Zielarbeit

Die vielfach beschriebene Heterogenität des Vorgehens bei Zielvereinbarungen in Übersichtsarbeiten zum Thema *Reha-Ziele* bzw. *Reha-Zielvereinbarung* (Buchholz & Kohlmann, 2013; Levack et al., 2006; Scobbie et al., 2009; Holliday et al., 2005) hängt auch damit zusammen, dass die Arbeit mit Reha-Zielen nicht eine *isolierte Intervention*

darstellt, sondern vielmehr das konzeptuelle Gerüst der Maßnahme bildet, in dem die theoretischen, politischen, praktischen und persönlichen Grundlagen (der Rehabilitanden) niedergelegt sind.

Diese unterschiedlichen Perspektiven fließen in das Thema *Reha-Ziele* ein und stellen eine Erklärung für die Heterogenität der Praxis und der Befundlage dar. Aus unserer Sicht sind die folgenden Perspektiven zu unterscheiden (s. Abbildung 3):

Abbildung 2: Drei unterschiedliche Funktionen von Reha-Zielen



- (1) Selbstregulatorische und verhaltenssteuernde Funktion:** Zentrale Rolle von Zielarbeit im Selbstmanagement-Prozess (Zielklärung und -auswahl, Umsetzungs- und Barriereplanung, Zielbindung und Selbstverpflichtung, Motivation und Volition)
- (2) Abstimmungs- und kommunikative Funktion:** Aushandlung von Zielvorstellungen und Endpunkten, erwünschten Ergebnissen, geeigneten Maßnahmen und Wegen zur Umsetzung auf der Ebene der *Behandler-Patient-Interaktion*; Etablierung einer vertrauensvollen, tragfähigen Arbeitsbeziehung, Kommunikation von Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen
- (3) Standardisierende Funktion:** Aushandlung von Zielvorstellungen und Endpunkten, erwünschten Ergebnissen, geeigneten Maßnahmen und Wegen zur Umsetzung auf der Ebene der *Experten und Leistungserbringer* und deren Festschreibung (z.B. in Therapiestandards, Leitlinien, Qualitätssicherungsprogrammen)

Mit der Vereinbarung von Reha-Zielen sind also unterschiedliche Funktionen verknüpft, die über den Zielbegriff und über eine einmalige Vereinbarung von Reha-Zielen hinausgehen. Daher verwenden wir im Folgenden den umfassenderen Begriff *Reha-Zielarbeit* anstelle von *Reha-Zielvereinbarungen*, da dieser besser sowohl die unterschiedlichen Funktionen als auch die zeitliche Dimension der Reha-Zielarbeit widerspiegelt.

Neben einer internen selbstregulatorischen Funktion erfüllt Reha-Zielarbeit noch zwei weitere Funktionen, nämlich die Abstimmungs- und Beziehungsfunktion auf der Ebene der Behandler-Patient-Beziehung sowie die Standardisierungsfunktion. Im Folgenden werden die Funktionen genauer erläutert.

Selbstregulatorische Funktion von Reha-Zielarbeit

In der Rehabilitation chronischer Krankheiten geht es vielfach darum, Veränderungen des Lebensstils und des konkreten gesundheitsbezogenen Verhaltens herbeizuführen. Die Zielarbeit hat hierbei eine selbstregulatorische Funktion. Die Klärung und Festlegung von Zielen ist ein fester Bestandteil in der Psychotherapie und in der Selbstmanagementtherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006). Evidenz aus Motivations- und Volitionsforschung unterstreicht die Bedeutung und Effektivität individuell bedeutsamer, wohldefinierter und funktionsorientierter Ziele, die von Arzt und Rehabilitand geteilt werden (Vogel et al., 1994; Kanfer et al., 2006; Wade, 2009; Kuhl, 2010). Die Reha-Zielarbeit ist dabei mehr als nur eine Phase in der Therapie, sie stellt vielmehr das konzeptuelle Gerüst der gesamten Maßnahme und die Auseinandersetzung des Rehabilitanden mit diesem Konzept dar. Folgende Funktionen müssen Zielgespräche erfüllen:

- Ursachen und Problemdefinitionen werden geklärt und ggf. verändert
- Angestrebte und erwartete Zustände (bis hin zu Lebenszielen) werden geklärt
- Ausmaß und Stabilität der erwarteten Veränderungen werden geklärt
- Die Übernahme des Ziels (im Unterschied zu Wünschen) geht mit Zielbindung und Selbstverpflichtung einher
- Motivation wird durch die Beschäftigung mit erwünschten und attraktiven Zielzuständen aufgebaut
- Fertigkeiten und Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung und Verhaltensänderung werden erworben
- Fähigkeiten und Strategien, mögliche Barrieren zu überwinden, werden entwickelt und erprobt
- Strategien der Selbstkontrolle zur Aufrechterhaltung von Zielen auch in schwierigen Situationen werden entwickelt (Kuhl, 1983).

In diesem Zusammenhang ist die Unterscheidung zwischen *Ziel*, *Motiv* und *Absichten*, die in der Motivationspsychologie üblicherweise getroffen wird, sinnvoll. Eine von Kuhl (2010, S. 339) vorgeschlagene Definition der Begriffe *Motive*, *Ziele* und *Absichten* sei an dieser Stelle zitiert:

„...Motive richten die bewusste ... Wahrnehmung auf bedürfnisrelevante Situationsmerkmale aus (ohne dass die Motive selbst bewusst werden müssen) so dass alle Wahrnehmungsinhalte auf ihre Bedürfnisrelevanz geprüft werden. Ein Ziel ist die Repräsentation eines angestrebten Zustandes, die hilft, alle kognitiven Operationen auf ihre Zieldienlichkeit zur Erreichung des angestrebten Ergebnisses zu prüfen (was

besonders nützlich ist, wenn der Weg zum angestrebten Ergebnis gefunden oder konkretisiert werden muss). Absichten sind Repräsentationen von schwierig auszuführenden Handlungen. Sie unterstützen alle selbstregulatorischen Kompetenzen zur Überwindung emotionaler Ausführungsschwierigkeiten.“

Abstimmungsfunktion von Reha-Zielen

Das Sprechen über Ziele zwischen Behandler und Rehabilitand dient der Abstimmung über Problemlagen und die Ursachen der Erkrankung oder das Konzept der Behandlung, die erwarteten Ergebnisse und die Rollen von Behandler und Rehabilitand sowie über die Beiträge, die Behandler und Rehabilitand für den Erfolg der Rehabilitation zu leisten haben. Gleichzeitig dient das Zielgespräch dem Aufbau oder der Aufrechterhaltung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Die kommunikativen Fertigkeiten des Behandlers spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Für die Evidenz zur Wirksamkeit partizipativer Zielvereinbarungen muss daher auch die Evidenz zum Einfluss der Arzt-Patienten-Kommunikation auf Behandlungsergebnisse herangezogen werden. Zahlreiche Studien berichten von überlegenen Behandlungseffekten bei effektiver oder durch Interventionen verbesserter Kommunikation. Demnach fördert „gute“ Kommunikation den Informationsaustausch, die Steuerung und Anpassung von Erwartungen, sie stärkt die selbstregulativen Fähigkeiten des Rehabilitanden, die Krankheitsbewältigung sowie die Adhärenz und führt damit nicht nur zu besseren Behandlungsergebnissen hinsichtlich psychischer Symptomatik und funktionaler Gesundheitsaspekte, sondern kann auch klinische Parameter wie Blutdruck und Blutzucker positiv beeinflussen (Roter et al., 1989; Stewart et al., 1999; Di Blasi et al., 2001; Griffin et al., 2004; Zandbelt et al., 2007; Haskard-Zolnierek, & DiMatteo, 2009). Auch ein positiver Einfluss auf die Rückkehr zur Arbeit konnte nachgewiesen werden (Dasinger et al., 2001). Einige Studien jedoch berichten auch von fehlenden oder sogar negativen Zusammenhängen zwischen der (wie auch immer definierten) Interaktionsqualität und Behandlungsergebnissen (z.B. Griffin et al., 2004; Zandbelt et al., 2007; Mead & Bower, 2000, 2002). Übersichten der internationalen Literatur kommen dennoch zu dem Schluss, dass *gute* Kommunikation zwischen Rehabilitand und Behandlern (meist Ärzten) bei chronischen Erkrankungen einen positiven Einfluss auf Behandlungsergebnisse hat und dass insbesondere Interventionen, die auf eine stärkere Beteiligung des Rehabilitanden, also auf Partizipation zielen, die positiven Effekte der Rehabilitation steigern können (Griffin et al., 2004; Farin & Meder, 2010).

Standardisierende Funktion von Reha-Zielen

Zum Dritten dient die Reha-Zielarbeit auch der Abstimmung von Endpunkten, der Festlegung erwünschter Veränderungen, deren Messung und der Bestimmung geeigneter Maßnahmen durch Experten und Akteure der Rehabilitation (z.B. in Standards, Leitlinien und Qualitätssicherungsprogrammen). In zahlreichen Arbeiten

wurden z.B. Zielkataloge erstellt, die eine Aufstellung relevanter und durch Experten konsentierter Ziele enthalten (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2000).

Die Erwartungen und Überzeugungen der unterschiedlichen Akteure der Rehabilitation (Rehabilitand, Behandler, Einrichtung, Träger, ökonomische und gesellschaftliche Strömungen) fließen in die Praxis der Zielarbeit mit ein, wobei es hier zu Divergenzen kommen kann.

So stellt das gemeinsame, partizipative „Aushandeln“ von Zielen in einem dialogischen Prozess eine wichtige Umsetzung der theoretisch begründeten und politisch geforderten Orientierung an den Bedürfnissen von Rehabilitanden und deren Partizipation an der Gestaltung des Behandlungsprozesses dar. Gleichzeitig beanspruchen u.a. Träger und Fachgesellschaften mit evidenzbasierten Leitlinien oder Therapiestandards die Deutungshoheit über die Ziele der Rehabilitation. Auch stellen ökonomische und personelle Randbedingungen (z.B. Ärztemangel, Ärzte, die der deutschen Sprache kaum mächtig sind) in den Einrichtungen ernsthafte Barrieren für die Umsetzung partizipativer Zielarbeit dar.

Diese Situation hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass verstärkt Interventionen und Handlungsanleitungen zur Reha-Zielarbeit entwickelt und Forschungsprojekte dazu durchgeführt wurden. Die ParZivar-Projekte reihen sich in diese Entwicklung ein.

4. Stand der Forschung zur Reha-Zielarbeit

Studien zur aktuellen Praxis der Reha-Zielarbeit

Zur Erfassung der *aktuellen Praxis* der Reha-Zielarbeit im deutschsprachigen Raum sind in den letzten Jahren mehrere Arbeiten vorgelegt worden.

In Befragungen zur Qualitätssicherung der Reha-Träger zeigte sich unter anderem, dass die Zufriedenheit mit der Reha-Planung und -Zielsetzung regelmäßig schlechter bewertet wird als andere Bereiche (siehe Meyer et al., 2008; Farin et al., 2009, eingereicht?).

Die systematische Übersichtsarbeit zur aktuellen Praxis der Reha-Zielvereinbarung von Buchholz & Kohlmann (2013) weist darauf hin, dass es eine hohe Variabilität in der Vorgehensweise gibt.

Stamer et al. (2014) kamen in der MeeR-Studie, in der untersucht wurde, welche Merkmale eine erfolgreiche Reha-Einrichtung ausmachen und wie sie gefördert werden können, zu dem Schluss, dass es für den Erfolg einer Reha-Einrichtung förderlich ist, eine *individuelle und partizipative Therapiezielentwicklung* mit den Rehabilitanden durchzuführen.

Die in der Studie ParZivar I durchgeführte Ist-Analyse ergab, dass nur die Hälfte (54%) der Rehabilitanden angab, der Arzt habe *mit ihnen gemeinsam* Ziele vereinbart. Diese Rate konnte durch die ParZivar-Intervention auf 78% gesteigert werden (Glattacker et al., 2013).

Rahmenkonzepte und Leitfäden

In dem aktuellen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation findet sich ein eigenes Kapitel zu dem Thema *Rehabilitations- und Therapieziele* (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009).

Der ICF-Praxisleitfaden der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation behandelt das Thema *Reha-Ziele* in dem Kapitel: *Unterstützung der Rehabilitationszielsetzung durch Orientierung am Kontext und an der Teilhabe* (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008).

In dem Projekt *Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation*, das von 2012 bis 2014 von der Deutschen Rentenversicherung gefördert und am Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rehabilitationsforschung (IfR) in Bad Rothenfelde durchgeführt wurde, ist ein Arbeitsbuch zu Reha-Zielvereinbarungen entwickelt worden, das ab Januar 2015 sowohl in einer Print-Version als auch online unter www.rehaziele.de verfügbar ist. Neben einer kurzen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema *Reha-Zielvereinbarungen* finden sich hier viele Beispiele zur praktischen Umsetzung von Reha-Zielarbeit in den Einrichtungen.

Interventionen zur Reha-Zielarbeit

Interventionen, die die selbstregulatorische Funktion von Zielarbeit stärken und diese Differenzierung zwischen Motiven, Zielen und Absichten berücksichtigen, sind z.B. das ZaZo-Gruppentraining und die MoVo-Programme (*MoVo* steht für Motivation-Volution). Im Unterschied zu ParZivar sind diese nicht als Erweiterungen der Routineversorgung, sondern als bedarfsabhängige, eigenständige Interventionen für spezifische Problemlagen mit einem Zeitbedarf, der ein Vielfaches der ParZivar-Intervention ausmacht, konzipiert. Das ZAZO-Gruppentraining hat die Klärung von beruflichen Motiven und die Erarbeitung berufliche Ziele und Umsetzungswege zum Gegenstand. Es besteht aus vier interaktiven und aufeinander aufbauenden Modulen mit je 90 Minuten Dauer, die innerhalb von 2 Wochen im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden (Fiedler et al., 2011; Hinrichs et al., 2014). Eine Studie zur Evaluation der Intervention wird derzeit durchgeführt.

Die MoVo-Interventionen, denen ein Prozessmodell zum Aufbau und Aufrechterhaltung neuer Verhaltensweisen zugrunde liegt, zielen auf den Motivationsaufbau zur Verhaltensänderung (z.B. in Bezug auf körperliche Aktivität und Ernährung). Es existieren Kurz- und Langformen des Programms. Eine Studie zur Evaluation der

Effekte des Programms im stationären Setting konnte zeigen, dass das Programm der üblichen Praxis hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung und der körperlichen Aktivität auch 6 Wochen nach Entlassung überlegen war (Göhner, Seelig & Fuchs, 2009).

5. Erarbeitung motivierender Reha-Ziele

Merkmale motivierender Ziele

Die S.M.A.R.T.-Regel

Aus der Motivationsforschung weiß man inzwischen sehr gut, wie Ziele formuliert sein müssen, wenn sie Menschen motivieren sollen. Eine häufig verwendete Regel für die Zielformulierung ist die **S.M.A.R.T.**-Regel (Smart bedeutet im englischen *klug, elegant*).

Die SMART-Regel, die ursprünglich für die Steuerung in wirtschaftlichen Prozessen entwickelt wurde, kommt inzwischen bei jeder Art von Zielarbeit, also auch bei der Vereinbarung individueller Gesundheitsziele zum Einsatz (Bovend'Eerd et al., 2009; Dibbelt et al., 2011). Die einzelnen Buchstaben des Schlagwortes stehen für wichtige Eigenschaften von Zielformulierungen und werden im Folgenden kurz erläutert.

Spezifisch

Zielformulierungen sollten möglichst konkret sein, sonst können sie nicht handlungsleitend werden. Unspezifische Formulierungen wie *Es soll mir besser gehen* sind daher nicht hilfreich, sondern müssen geklärt und spezifiziert werden. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind:

- Was genau heißt *besser*?
- Was genau muss sich verändern und in welchem Maße?
- Welche Maßnahmen halte ich für geeignet bzw. mit welchen Maßnahmen habe ich gute Erfahrungen gemacht?
- Welche Ergebnisse erwarte ich in welchem Zeitraum?

Messbar

Zu der Forderung nach Konkretheit gehört auch die Benennung von *Zielgrößen*, an denen man eine Veränderung ablesen kann. Idealerweise handelt es sich dabei um messbare Größen wie die Gehstrecke oder das zu hebenden Gewicht. Wichtige Ziele bei chronischen Erkrankungen basieren jedoch auf *subjektiven Einschätzungen* wie Schmerz oder Entspannung. Subjektiv wahrgenommene Veränderungen sind genauso wichtig wie objektiv messbare Veränderungen, denn sie entscheiden über das Wohlbefinden der Rehabilitanden. Subjektiv wahrgenommene Zustände können auf numerischen Ratingskalen (NRS) objektiviert werden. Z.B. ist die visuelle Analog-Skala (VAS) zur Einschätzung der subjektiven Schmerzstärke sehr gebräuchlich. Auf dieser

kontinuierlichen Skala kann die Schmerzstärke auf beliebig vielen Positionen von *Kein Schmerz* bis *Maximaler Schmerz* eingestellt werden. Die Auffassungen darüber, was *Kein Schmerz* und *Maximaler Schmerz* bedeuten, sind jedoch sehr verschieden. Die Pole der Skala müssen daher mit Rehabilitanden besprochen und anhand eigener Erfahrungen verankert werden. So kann man den Rehabilitanden fragen: *Was war der schlimmste Schmerz, den Sie je erlebt haben?* und ihn dann die aktuelle Schmerzstärke mit diesem Erlebnis vergleichen lassen.

Numerische Ratingskalen haben festgelegte Stufen, z.B. 10 Stufen von 0 bis 10. Auch hier müssen die Endpunkte verankert werden: *Wie stark sind die Schmerzen jetzt, in dieser Situation?* Patienten neigen dazu, Schwankungen zu beschreiben anstatt sich auf bestimmte Werte festzulegen. Wenn die Anker festgelegt und die aktuelle Schmerzstärke bestimmt sind, kann besprochen werden, wo der Wert auf der Skala (im Durchschnitt) liegen soll, wenn der Patient die Klinik verlässt. Unrealistische Erwartungen können an dieser Stelle korrigiert werden.

Mit der numerischen Ratingskala können auch die Soll- und Istwerte anderer subjektiver Zielgrößen wie z.B. Stress, Angst, Entspannung oder Wohlbefinden erfasst werden.

Ob objektive oder subjektive Zielgröße, Reha-Ziele sollten aus einem *Istwert* und einem *Sollwert bestehen*, der die angestrebte Veränderung angibt. Aussagen über Veränderungen können nur dann gemacht werden, wenn beide, Ist- und Sollwert bestimmt sind.

Attraktiv und positiv

Die Zielvorstellung sollte attraktiv und positiv sein. So hilft es mir z.B. auf einer Bergwanderung, Durststrecken und Unannehmlichkeiten zu ertragen, wenn ich an die schöne Aussicht, die mich oben erwartet und an die guten Gefühle denke, die ich haben werde, wenn ich es geschafft habe. Wenn ich abnehmen will, ist eine Zielformulierung wie *Ich esse, was mir schmeckt, in gesunden Mengen* besser und motivierender als die Formulierung *Ich spare täglich 1000 Kalorien ein*.

Äußern Rehabilitanden zunächst ein negatives Ziel, wie *keine Schmerzen mehr haben*, ist es sinnvoll, mit ihnen zu erarbeiten, welche *positiven* Folgen die Beseitigung des negativen Zustandes haben kann. Die Fragen dazu könnten sein: *Was wird anders, wenn Sie keine Schmerzen mehr haben? Was können Sie dann wieder tun, was jetzt nicht geht? Was ändert sich im positiven Sinne?* Da gerade auch stark belastete Rehabilitanden auf die Schmerzen fixiert sind und sich häufig schwer tun, positive Erwartungen zu formulieren, ist dies ein wichtiger Schritt. Andererseits sollten die empfundenen Belastungen durch die Symptome ernst genommen werden. Daher kann die Schmerzreduktion durchaus als Anfangsziel formuliert werden, sollte aber (ggf. später) in ein Funktions- oder Teilhabeziel überführt werden.

Realistisch und terminiert

Es ist wichtig, sich realistische Ziele zu setzen. Realistisch heißt: Machbar mit den Mitteln und in den Zeiträumen, die mir zur Verfügung stehen. So sollten Reha-Ziele so gewählt werden, dass *während des Aufenthaltes* bereits Verbesserungen erkennbar sind. *Zu schwierige* Ziele frustrieren und *zu leichte* Ziele sind keine Herausforderung. Der *Realismus-Check* ist ein wichtiger Schritt in der Zielarbeit. Der in Kapitel 4 dargestellte Zieledialog enthält Anregungen, wie dieser *Realismus-Check* durchgeführt werden kann.

Teilhabe- und Handlungsorientierung von Reha-Zielen

Teilhabeorientierung

Reha-Ziele sollten individuell auf die Person und ihre Situation bezogen sein, d.h. sie sollten an persönlich wichtige und bedeutsame Teilhabeziele anknüpfen. Teilhabeziele sind Ziele, die sich auf Aktivitäten beziehen, die durch die Erkrankung eingeschränkt sein können.

Zum Beispiel kann sich eine Person nicht mehr selbstständig versorgen, weil sie den Weg zum Supermarkt nicht alleine bewältigt. Das Teilhabeziel bestünde dann darin, sich wieder selbstständig versorgen zu können, und die maßgebliche Aktivität darin, wieder selbstständig zum Supermarkt gehen zu können. Daraus können dann die konkreten Reha-Ziele abgeleitet werden: Eine bestimmte Gehstrecke muss bewältigt werden, ein bestimmtes Gewicht muss getragen werden. Ein solches Teilhabeziel kann darauf zielen, die erforderliche Funktion wieder herzustellen (Gehen) oder auch zu kompensatorischen Maßnahmen führen, z.B. das Gehen durch ein Hilfsmittel (z.B. eine Gehhilfe) zu unterstützen. Wichtig ist im Ergebnis, dass Rehabilitanden die Aktivitäten wieder ausführen können, die die Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeit, Familie und gesellschaftlichem Leben ermöglichen.

Handlungsorientierung

Ziele können nur dann erreicht werden, wenn bekannt ist, was konkret getan werden muss, um einen Zielzustand zu erreichen. Die Planung konkreter Maßnahmen und die Umsetzungsdetails (Was mache ich wann, wie, wo und warum?) ist einer der wichtigsten Schritte in jeder Zielarbeit. Wenn man diese Schritte konkret plant, sieht man, welche Ressourcen (Zeit, Geld, Mittel, Fähigkeiten, Hilfe Anderer) benötigt werden und ob diese zur Verfügung stehen oder ggf. hergestellt werden müssen. Auch müssen Strategien entwickelt werden, um interne oder externe Barrieren während der Umsetzung zu überwinden (Göhner & Fuchs, 2007).

Hohe Anforderungen an Reha-Zielarbeit

Man sieht also, Reha-Ziele zu erarbeiten und mit Rehabilitanden auszuhandeln, ist ein komplexer Prozess mit hohen Anforderungen an Behandler und Rehabilitand, der Zeit

in Anspruch nimmt und für den kommunikative und fachliche Kompetenzen erforderlich sind.

Die ParZivar-Intervention wurde entwickelt, um Behandler in diesem Prozess zu unterstützen. Dazu gibt zwei zentrale Hilfsmittel: Einen Leitfaden für Behandler zur Durchführung des Zieledialogs und die Arbeitsblätter K1, K2, K3 und Z, auf dem die Ergebnisse der Zielgespräche in unterschiedlichen Stadien dokumentiert werden können.

ParZivar: Die Entwicklung von Reha-Zielen als Prozess

Behandler klagen oft, Rehabilitanden hätten eher diffuse und unklare Zielvorstellungen oder wüssten gar keine Ziele zu benennen. Motivierende Ziele, die mit anderen geteilt werden und konkrete Umsetzungspläne enthalten, müssen im Gespräch entwickelt werden. Stellen Sie sich vor, sie würden ohne Vorbereitung nach ihren gesundheitlichen Zielen gefragt. Sie müssten wahrscheinlich eine Weile darüber nachdenken. Sie würden dann wahrscheinlich damit beginnen, nach Dingen zu suchen, die Sie gerne verbessern würden. Aus diesem Grund sieht der Zieledialog zunächst die Frage nach *Anliegen und Problemen* vor, die auf dem ersten Arbeitsblatt K1 dokumentiert werden können.

Reha-Ziele, die zu Beginn der Behandlung formuliert werden, müssen nicht endgültig sein. Sie entwickeln sich vielmehr im Verlauf der Behandlung, wenn Rehabilitanden bereits Erfahrungen mit den Therapien gesammelt haben. Die Anfangsziele sollten im Verlauf der Rehabilitation überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Folgende Entwicklungslinien von anfänglichen Zielformulierungen sind denkbar:

Kurz- versus langfristige Ziele. Umgrenzte kurzfristige Behandlungsziele sind meistens Teil längerfristiger Perspektiven. Ein eher umgrenztes und kurzfristiges Ziel ist z.B. die Abnahme des Gewichtes um 2 kg. Langfristig geht es aber darum, gesunde Ernährung und andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (wie Sport treiben) zu etablieren. Solche Ziele sind komplex, d.h. sie zielen nicht nur auf die Veränderung eines bestimmten Parameters, sondern des gesamten Lebensstils. Die langfristige Perspektive sollte mit dem Rehabilitanden auch bei Vereinbarung kurzfristiger Ziele besprochen werden.

Unspezifische versus spezifische Ziele. Auf die Bedeutung spezifischer Zielformulierungen wurde oben bereits eingegangen. Unspezifische oder allgemeine Ziele sind: *Schmerzlinderung* oder *Verbesserung der Funktion*. Solche unspezifischen Zielformulierungen müssen wie oben beschrieben konkretisiert werden.

Symptomorientierte versus Funktionsziele. *Symptomorientierte* Ziele wie Schmerzen stehen häufig zu Beginn der Reha im Vordergrund. Symptomorientierte Ziele sollten aber im Laufe der Behandlung in funktionsorientierte Ziele überführt oder zumindest auf sie bezogen werden (s. dazu Vogel et al, 1994b, S. 752).

Medizinische versus lebensweltliche Ziele. Anders als gelegentlich angenommen (Bergelt et al., 2000; Meyer et al., 2008) sind Zielvorstellungen von Rehabilitanden keineswegs immer lebensweltlich orientiert. Chronische Kranke werden im Laufe der Zeit zu medizinischen Experten und schränken den Zielhorizont selbst auf die medizinischen Ziele ein. Das wechselseitige Verständnis medizinischer Begriffe ist auf jeden Fall zu überprüfen. Wenn möglich, sollten medizinische Begriffe in Alltagssprache übersetzt werden. Es sollte einen Austausch darüber geben, was die Therapien und Maßnahmen sowie das Erreichen oder Nichterreichen eines Ziels für den Alltag des Rehabilitanden bedeuten.

Klärungsziele versus Ergebnisziele. Im Unterschied zu *Ergebniszielen* geht es bei Klärungszielen zunächst einmal darum, Sachverhalte zu klären, Diagnosen zu stellen, zu klären, was somatisch vorliegt, welche psychischen und beruflichen Belastungen vorliegen oder welche beruflichen Perspektiven sich dem Rehabilitanden bieten.

Die genannten Gegensätze kennzeichnen im Dialog zu erarbeitende *Übergänge*: Eine globale Zielformulierung muss spezifisch werden; ein kurzfristiges Ziel sollte mit langfristigen Perspektiven, ein negativ formuliertes Ziel (z.B. Schmerzlinderung) mit positiven Aspekten verknüpft werden (Was kann ich wieder tun, wenn ich weniger Schmerzen habe?). Klärungsziele müssen in Ergebnisziele übergehen. Medizinisch-fachlich formulierte Ziele müssen in Alltagssprache übersetzt oder ihre Implikationen für den Alltag der Rehabilitanden besprochen werden.

Abstimmen und Aushandeln Reha-Zielen

Von den Anliegen des Rehabilitanden ausgehen, wechselseitige Perspektiven abstimmen

Die Ziele sollten an wichtige Anliegen des Rehabilitanden anknüpfen. Die Frage nach den Anliegen des Patienten sollte am Anfang stehen. Das bedeutet nicht, dass die Ziele des Patienten Vorrang haben. Hierzu Vogel (1994, S. S. 753):

“Den Rehabilitanden nach seinen Reha-Zielen zu fragen, heißt nicht, dass die Reha-Ziele allein vom Rehabilitanden ausgehen sollen. Es ist aber notwendig, diese zu berücksichtigen und gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Vereinbarung über die Ziele der Behandlung zu treffen.“

Die Position des Behandlers einbringen

Ärzte, Therapeuten oder Pflegende haben eine relativ genaue Vorstellung, was aus medizinischer Sicht erstrebenswert und erreichbar ist. Dennoch sollten sie diese Position als ihre Sicht kennzeichnen und ggf. auf Evidenz verweisen, so diese bekannt oder vorhanden ist.

Behandler müssen dem Rehabilitanden ihre Zielvorstellungen deutlich machen und ihm erklären, wie Ihre Behandlungen und Maßnahmen wirken könnten und wie sie dazu beitragen, die Ziele des Rehabilitanden zu erreichen.

Unterschiedliche Zielvorstellungen bei Behandler und Rehabilitand

Nicht immer stimmen die Ziele von Rehabilitanden und Behandlern überein. Abweichungen sind relativ häufig. Zum Beispiel werden Rehabilitanden, die Schmerzen haben und denen Sie als Behandler *Sportliche Aktivität* nahe legen, zunächst skeptisch sein. Große Skepsis besteht auch häufig noch in Bezug auf psychologische Maßnahmen.

In solchen Fällen ist es wichtig, die Bedenken der Rehabilitanden ernst zu nehmen. Dennoch sollte man versuchen, ein (vorläufiges) Ziel zu finden, auf das man sich einigen kann. Das Ziel könnte zum Beispiel lauten, die aktive Therapie oder die psychologische Intervention *auszuprobieren* und deren Eignung als therapeutische Maßnahme zeitnah zu überprüfen. Bei unterschiedlichen Auffassungen über Ziele und Maßnahmen ist es besonders wichtig, die Vorläufigkeit der Ziele zu betonen und mindestens einmal während des Aufenthaltes zu überprüfen.

Wie können Reha-Zielgespräche bei einem Rentenwunsch geführt werden?

(Der folgende Text ist dem *Arbeitsbuch Reha-Ziele* entnommen (Deutsche Rentenversicherung, 2014).

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 sind in diesem Zusammenhang:

- 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 nicht nachvollziehbare Vorbehalte gegenüber therapeutischen Angeboten.

Gibt es diese Anzeichen und Hinweise für eine besondere berufliche Problemlage (z.B. als Ergebnis eines Screenings), 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.

Abstimmung im Reha-Team und die Verfügbarkeit der Zieldokumentation

Auch im Reha-Team müssen die Ziele des Rehabilitanden besprochen, ausgetauscht und abgestimmt werden. Hierzu können die Arbeitsblätter zur Reha-Zielarbeit dienen, die dann für alle beteiligten Mitarbeiter verfügbar sein müssen. Auf den Arbeitsblättern werden die *Anfangsziele, die Bilanzen und Anpassungen* zu Reha-Mitte und Reha-Ende sowie *Ziele für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt* dokumentiert.

Die Arbeitsblätter Reha-Ziele können (neben anderen Dokumentationsformen) als roter Faden durch die Reha dienen.

Indikationsspezifische Zielkataloge. Viele Kliniken arbeiten mit Zielkatalogen, aus denen Reha-Ziele ausgewählt werden können. Diese Kataloge können selbstverständlich mit der ParZivar-Intervention kombiniert werden; die Ziele sollten jedoch in jedem Fall mit den Rehabilitanden ausgehandelt werden und an wichtige

positiv formulierte Teilhabeziele des Rehabilitanden anknüpfen. Wie das konkret umgesetzt werden kann, zeigt der folgende Leitfaden zum Zieledialog in Kapitel 6.

6. Der Zieledialog in 10 Schritten und die Dokumentation auf den Arbeitsblättern K1 bis K3 und Z

Die Arbeitsblätter K1, K2, K3 und Z

Im Folgenden wird dargestellt, wie ein Dialog zur Aushandlung von Reha-Zielen zwischen Arzt und Rehabilitand geführt werden kann und wie die Ergebnisse auf den Arbeitsblättern K1, K2 und K3 dokumentiert werden können. Diese werden wie folgt verwendet:

1. K1 für die **Vereinbarung der Anfangsziele**: Klärung der Anliegen und Probleme, Formulierung eines Teilhabeziels, Festlegung der Zielgrößen und Formulierung der Anfangsziele möglichst mit Ist- und Sollwert und weiteren Zielerreichungskriterien
2. K2 für die **Zwischenbilanz**: Bilanzierung der Anfangsziele auf einer fünfstufigen Skala, Überprüfung der Maßnahmen und ggf. Zielrevison (z.B. wenn das ursprüngliche Ziel zu anspruchsvoll oder zu leicht war oder ein anderes Ziel in den Vordergrund getreten ist)
3. K3 für die Endbilanz (z.B. im Abschlussgespräch): Abschließende Bilanzierung der Reha-Ziele, Überprüfung der Maßnahmen und Vereinbarung von Zielen *nach* Entlassung
4. Auf dem **Arbeitsblatt Z** kann die Umsetzung der **Ziele nach Entlassung** ausführlich geplant werden. Diese Planung kann der Rehabilitand nach Anleitung selbstständig oder in einer Gruppe vornehmen.

Alle Arbeitsblätter sollten für den Rehabilitanden (im Original oder in Kopie) verfügbar sein. Er sollte die Arbeitsblätter selbst bearbeiten und sie auch zwischen den Kontakten mit dem Arzt für Notizen verwenden. Er sollte die Arbeitsblätter möglichst zu allen Therapien bei sich führen (z.B. im Therapieplan abheften).

Selbstverständlich sind die Arbeitsblätter auch für Zielgespräche anderer Behandlergruppen wie z.B. Therapeuten und Pflege verwendbar. Sie können außerdem elektronisch angelegt und bearbeitet werden. Elektronische Versionen erleichtern den Austausch im Reha-Team.

Beispiele für die interventionsgerechte Bearbeitung der Arbeitsblätter und für Formulierungen der Zielaspekte finden sich im Anhang.

Warum ist die schriftliche Dokumentation wichtig?

Die schriftliche Fixierung der besprochenen Zielaspekte ist ein wichtiger Bestandteil der Intervention. Auch wissen wir aus anderen Situationen, z.B. aus der Psychotherapie, dass sich Partner an *schriftliche* Vereinbarungen stärker gebunden fühlen als an nur mündlich getroffene Vereinbarungen. Außerdem sichert die schriftliche Dokumentation die Verfügbarkeit der Reha-Ziele für alle Beteiligten.

Die Arbeitsblätter und die entsprechenden Felder wurden so gestaltet, dass jedes Ziel-Gespräch auf *einer* Seite dokumentiert werden kann. Der Schwerpunkt der Intervention liegt auf dem Dialog, nicht auf der schriftlichen Dokumentation. Es reicht daher aus, Stichworte auf den Arbeitsblättern zu notieren. Arzt und Rehabilitand sollten aber wissen, was mit den Stichwörtern gemeint ist. Die Einträge können selbstverständlich auch durch weitere Einträge, z.B. auf der Rückseite der Arbeitsblätter ergänzt werden. Die ausführliche Dokumentation der Ziele und Maßnahmen erfolgt in der Regel in der Patientenakte.

Der Zieledialog in 10 Schritten: Die Vereinbarung der Anfangsziele

Auf dem Arbeitsblatt K1 können Angaben zu den einzelnen Schritten der Zielklärung und Zielvereinbarung eingetragen werden, die im Folgenden genauer beschrieben werden. Eine Übersicht über die wichtigsten Elemente des Zieledialoges (mit entsprechenden Leitfragen) findet sich in Tabelle 2.

Dialogschritt 1: Begründung und Ankündigung des Zielgespräches

Da eine detaillierte Zielbearbeitung für die meisten Rehabilitanden etwas ist, was sie nicht erwarten oder nicht kennen, ist es sinnvoll, dieses Gespräch oder diesen Gesprächsteil anzukündigen, zu begründen und das Vorgehen zu erläutern. Sie geben dem Rehabilitanden einen Ausblick auf das folgende Gespräch, in dem sie ausführlich über die Ziele des Rehabilitanden, die Behandlung und die Maßnahmen sprechen werden:

- *Das Zielgespräch dient dazu, Ihre Wünsche und Anliegen zu klären, um dann konkrete Maßnahmen zu planen. Ziele dienen als roter Faden für alle Beteiligten, sie dienen der Abstimmung und der besseren Auswahl von Behandlungen.*

Hilfreich sind auch Bilder wie das folgende:

- *Wenn ein Reisender am Fahrkartenschalter nicht sagen kann, wohin er reisen möchte, kann ihm der Bahn-Mitarbeiter am Schalter keine Fahrkarte ausstellen.*

Es sollte erläutert werden, dass die Zielarbeit aus mehreren Schritten besteht, den gesamten Aufenthalt begleitet und auch die Zeit nach der Entlassung einschließt. Weiterhin sollte erläutert werden, dass sich die jetzt vereinbarten Ziele im Verlauf der

Reha noch ändern können. Auch können sie (durch Therapeuten) ergänzt und präzisiert werden:

- *In diesem Gespräch vereinbaren wir erste Ziele, die sich im Verlauf des Aufenthaltes eventuell noch verändern können. Auch kann es sein, dass Sie ihre Ziele in den einzelnen Therapien durch neue Aspekte ergänzen und präzisieren. Am Ende Ihres Aufenthaltes sprechen wir dann darüber, wie Sie ihre Ziele zu Hause weiter verfolgen können.*

Alle vier Arbeitsblätter sollten bereits zu Beginn an den Rehabilitanden ausgegeben und erläutert werden:

- *Die Ziele, die wir jetzt besprochen haben, notieren Sie auf diesem Arbeitsblatt K1. Sie (der Rehabilitand) erhalten das Original, das Sie am besten im Therapieplan mit sich führen, damit Sie Ihre Ziele auch mit den Therapeuten besprechen und ggf. ergänzen können.*
- *Gerne können Sie die Arbeitsblätter für Ihre Notizen und Anmerkungen verwenden.*
- *In der Mitte und am Ende des Reha-Aufenthaltes werden wir gemeinsam überprüfen, ob die Ziele erreicht wurden und ob die Ziele noch passend sind. Dazu verwenden wir die Arbeitsblätter K2 und K3.*
- *Auf diesem Arbeitsblatt Z können Sie die Umsetzung ihrer Ziele zuhause detailliert planen. Dieses Arbeitsblatt Z*
 - *[wird in der Gruppe XY besprochen]*
 - *[besprechen wir im Abschlussgespräch gemeinsam, nachdem sie das Blatt zuvor ausgefüllt haben].*

Dialogschritt 2: Probleme und Anliegen des Rehabilitanden aufgreifen oder erfragen und priorisieren (nach Wichtigkeit und Dringlichkeit ordnen)

Um den Rehabilitanden deutlich zu machen, dass sie und ihre Anliegen im Mittelpunkt stehen und sie selber eine aktive Rolle spielen, sollten sie bereits zu Beginn des Zielgesprächs nach ihren wichtigsten Anliegen, Wünschen und Problemen gefragt werden. Mögliche einleitende Formulierungen sind:

- *Wenn Sie Ihre Situation einmal überblicken, welche sind derzeit Ihre dringlichsten Anliegen oder Wünsche an die Rehabilitation?
Welches sind in Bezug auf Ihre Gesundheit Ihre dringlichsten Probleme?*
- *Was beschäftigt Sie gerade am meisten? Was ist Ihnen wichtig?*

Es ist hilfreich, die Formulierungen der Rehabilitanden zunächst möglichst wörtlich zu notieren. Häufig nennen Rehabilitanden zunächst eher allgemeine und unkonkrete Ziele, aber auch negativ formulierte Ziele wie *keine Schmerzen mehr haben*. Aus diesen sollten dann im Gespräch konkrete, positive und für den Rehabilitanden bedeutsame Teilhabe-Ziele entwickelt werden (s. Dialogschritt 3). Gleichzeitig sollte an

dieser Stelle die Wichtigkeit und Dringlichkeit der genannten Zielbereiche geklärt und festgelegt werden, in welcher Reihenfolge sie zu bearbeiten sind. Es wird empfohlen, in einem Gespräch mindestens ein Reha-Ziel im Dialog ausführlich zu erarbeiten und nicht mehr als drei Ziele in die Zielvereinbarung einzuschließen.

Dialogschritt 3: Ableitung von Reha-Zielen aus Teilhabezielen und die Bestimmung einer Zielgröße

Das Ziel dieses Dialogschrittes ist es, Teilhabeziele zu erfragen und ggf. negative Ziele (wie z.B. *weniger Essen*) mit einem positiven und bedeutsamen Teilhabeziel zu verknüpfen. Die Leitfragen dieses dritten Dialogschrittes können z.B. sein:

- *Woran hindert Sie ihr aktuelles Gewicht?*
- *Was möchten Sie wieder tun können, was jetzt nicht möglich ist?*

Mögliche Antworten sind z.B.:

- wieder selbständig einkaufen können
- wieder in meinem Garten arbeiten können
- wieder mit meinem Enkel auf den Spielplatz gehen

Wie aus Teilhabezielen konkrete Reha-Ziele abgeleitet werden können, zeigt das Beispiel in Abbildung 3.

Abbildung 3: Geeignete Zielgrößen konkretisieren, quantifizieren und verankern

- **Behandler:** *Was ist Ihnen wichtig, was möchten Sie wieder tun können?*
- **Rehabilitand:** *Ich will wieder selbstständig einkaufen können.*
- **Behandler:** *Wie weit müssen Sie denn bis zum nächsten Laden laufen?*
- **Rehabilitand:** *Der nächste Supermarkt liegt 500 m entfernt, hin und zurück. Ich muss also 1000 m gehen. Derzeit kann ich ca. 500 m gehen. Die Einkäufe müsste ich tragen können.*
- **Behandler:** *Also müssten Sie ihre Gehstrecke auf 1000 m erweitern und gleichzeitig ein Gewicht von ca. 5 kg tragen können. Ist es das, woran Sie in der Klinik arbeiten möchten?*

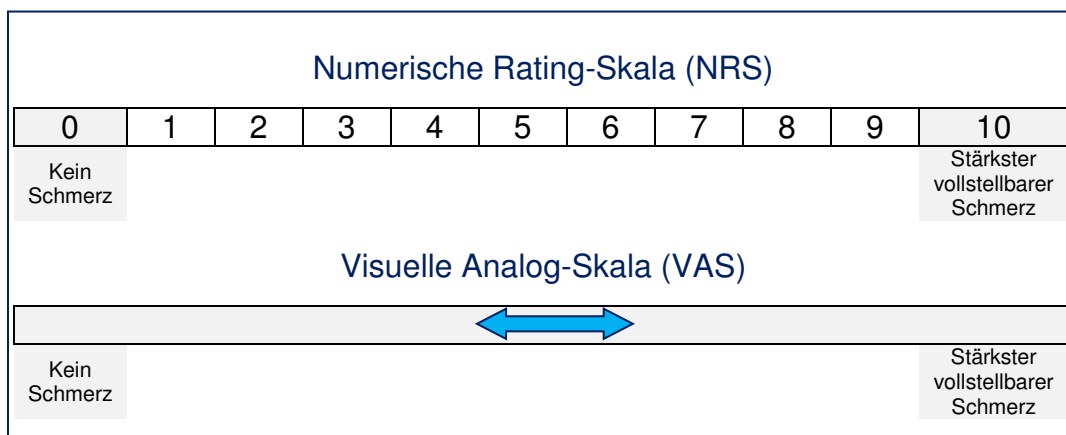
Dialogschritt 4: Geeignete Zielgrößen konkretisieren, quantifizieren und verankern

Mit diesem Dialogschritt wird die Zielformulierung konkretisiert und quantifiziert. Zunächst muss eine *Zielgröße* gefunden werden, an der positive oder auch negative Veränderungen abgelesen werden können, z.B. die Gehstrecke. Hierzu bestimmt man den aktuellen Ist-Wert sowie den Sollwert dieser Zielgröße, der angestrebt wird:

- Zielgröße finden, an denen eine Veränderung abgelesen werden kann:
 - *Woran erkennen Sie, dass eine Veränderung eingetreten ist?*
 - *Wie könnten Sie erkennen, dass Sie ihre Gehstrecke erweitert haben?*
- Die Zielgröße und der Sollwert ist auf dem Arbeitsblatt im Feld: *Mein Ziel für die Reha (Sollwert)* einzutragen:
 - Sollwert festlegen: *Wie soll es sein? Was wäre für Sie eine bedeutsame Veränderung?*
- Istwert festlegen: *Wie ist es jetzt? Wie lange können Sie ohne Pause laufen?*

Nicht immer finden sich direkt quantifizierbare oder messbare Zielgrößen. Wie oben bereits erläutert, besteht eine Lösung besteht darin, subjektive Einschätzungen (z.B. Schmerzen) mithilfe von sogenannten *Rating-Skalen* zu objektivieren. Die numerische Ratingskala (NRS) ist in Intervalle unterteilt. Sie wird häufig in der Schmerzforschung und Schmerztherapie eingesetzt. Ihre Endpunkte markieren extreme Zustände, wie 0= *kein Schmerz* und 10= *stärkster bisher erlebter Schmerz*. Ein anderes Beispiel für eine Ratingskala ist die kontinuierliche visuelle Analog-Skala (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Numerische Rating-Skala und Visuelle Analog-Skala



Quelle: Eigene Darstellung

Die Fragen in diesem vierten Dialogschritt für das Ziel **Schmerzreduktion** könnten z.B. so lauten:

- *Wie stark sind die Schmerzen jetzt?*

- *Um wie viele Einheiten (die 10er-Skala zugrunde gelegt) sollten die Schmerzen (dauerhaft) reduziert sein, wenn Sie die Klinik verlassen? Was würden Sie als bedeutsame Veränderung werten?*

Dialogschritt 5: Realismus-Check und die Unterscheidung zwischen lang- und kurzfristigen Zielen

Rehabilitanden kommen manchmal mit unrealistischen Vorstellungen und Erwartungen in die Reha. Solche Ziele können sein: *Schmerzfrei sein, (Leistungs-) Sport treiben oder Arbeiten wie früher*. Es ist dann wichtig, diese Erwartungen zu diskutieren, indem man z.B. auf den bisherigen Verlauf hinweist:

- *Wenn Sie sich vor Augen halten, wie Ihre Erkrankung bis jetzt verlaufen ist: Halten Sie es für realistisch, dass Sie in drei Wochen wieder Fußball spielen können?*
- *Ich glaube (ich halte es für möglich, ich will nicht ausschließen,...), dass Sie langfristig wieder Leistungssport treiben können. Lassen Sie uns jetzt überlegen, was ein realistisches Ziel für die drei Wochen Ihres Aufenthaltes sein könnte.*

Leitfragen zu diesem Dialogschrittes sind:

- *Kann ein Ziel während des Aufenthaltes erreicht werden?*
- *Ist ein Ziel langfristig oder überhaupt zu erreichen?*
- *Wenn ein Ziel auch langfristig nicht erreicht werden kann, welche (modifizierte oder alternative) Zielvorstellung könnte attraktiv sein?*

Die Prognose für das Erreichen langfristiger Ziele kann unterschiedlich *sicher* formuliert werden; sie sollte jedoch keinesfalls eine positive Entwicklung ausschließen (wie z.B.: *Leistungssport treiben? Das können Sie vergessen! Das wird nichts mehr mit Ihnen!*)

- *Lassen Sie uns darüber sprechen, welche Ziele wir realistischerweise in den folgenden drei Wochen erreichen können und welche vielleicht erst mittelfristig oder langfristig erreichbar sind.*

Mögliche anschauliche Vergleiche sind:

- *Rom wurde auch nicht an einem Tag erbaut oder: Nach Berlin kommt man an einem Tag, aber nach Moskau braucht man (mit dem Zug) drei Tage.*

Kurz- und langfristige Ziele sollten also (als Ergebnis des Realismus-Checks) unterschieden und aufeinander bezogen werden:

- *Auf die kurzfristigen Therapieziele arbeiten wir während des Reha-Aufenthaltes hin. Langfristige Reha-Ziele zielen auf die Stabilisierung der hier erreichten*

Therapie-Ziele und darauf, dass Sie z.B. [wieder selbstständig ihren Haushalt führen können].

Hier bietet sich an, nochmals auf die Bedeutung der Zeit nach Entlassung hinzuweisen und darauf, dass die Zielumsetzung zu Hause auf dem Arbeitsblatt Z geplant und im Abschlussgespräch oder in der Gruppe intensiver besprochen werden wird.

Dialogschritt 6: Maßnahmen benennen, erläutern und ihren Beitrag zur Zielerreichung begründen

Die Maßnahmen, die zur Zielerreichung beitragen können, sollten erläutert werden. Es ist außerdem für die Therapiemotivation wichtig, dass die Rehabilitanden wissen, welche Veränderungen in welchem Zeitraum zu erwarten sind und was sie selbst dazu tun können, die Effektivität der Maßnahmen zu sichern (z.B. Rückmeldungen über positive und negative Wirkungen der Maßnahmen an die Therapeuten oder Ärzte geben).

Rehabilitanden sollten wissen, mit welchem Mitglied des Reha-Teams, auf welche Weise und wie häufig die Maßnahme durchgeführt wird. Es sollte auch klar werden, welchen Personen sie Rückmeldung (über den Erfolg oder negative Wirkungen) geben können und sollten.

Dialogschritt 7: Dokumentation der Ziele, Zusammenfassen des Gespräches, Absichern der Auswahl und Formulierung der Ziele

Die Auswahl und Formulierung der (Anfangs-) Ziele, aber auch die Bilanzen werden auf den Arbeitsblättern schriftlich festgehalten. Zuvor sollten die Ergebnisse rekapituliert und abgestimmt werden. Beide, Behandler und Rehabilitand können anschließend ihr Einverständnis mit ihrer Unterschrift dokumentieren. Vor der Unterzeichnung sollten jedoch die einzelnen Schritte noch einmal rekapituliert werden. Mögliche Formulierungen für diesen Dialogschritt sind:

- *Wir haben uns auf die folgende Zielformulierung, die folgenden Indikatoren und das folgende angestrebte Ziel geeinigt...*
- *Sind Sie mit dieser Formulierung einverstanden?*
- *Habe ich Sie da richtig verstanden?*
- *Sind hier alle für Sie wichtigen Aspekte genannt?*

Dialogschritt 8: Unterschreiben der Zielvereinbarung

Sowohl die Formulierung der Ziele als auch die Bilanzierungen können von beiden - Rehabilitand und Behandler – unterschrieben werden, um die Verbindlichkeit der Vereinbarung zu unterstreichen. Das sollte allerdings nur dann geschehen, wenn der Rehabilitand zuvor Richtigkeit, Vollständigkeit und Verständnis der Zielvereinbarung bestätigt hat. Nicht sinnvoll ist es, die Zieldokumentation unterschreiben zu lassen **ohne** ausdrückliche Besprechung der Ziele und **ohne** das Einverständnis des Rehabilitanden

eingeholt zu haben. Die Zielvereinbarung wird dann zu einer bürokratischen Formalität, deren Sinn für den Rehabilitanden nicht mehr erkennbar ist.

Dialogschritt 9: Ausblick geben - Wie geht es weiter?

Am Ende des Zielvereinbarungsgespräches sollte ein Ausblick gegeben werden, wie es mit den Zielen weiter geht, beispielsweise:

- *Weitere Verwendung der Zieldokumentation und Ziel-Vereinbarung (z.B. Kopien für die Akte, den Patienten, das Team...)*
- *Besprechung im Team*

Am Ende des Zielvereinbarungsgespräches erhält der Rehabilitand das Original der Arbeitsblätter, nachdem diese für das Team und andere Therapeuten kopiert wurden. Dann sollte ein Ausblick gegeben werden, wie es mit der Reha-Zielarbeit weiter geht, beispielsweise:

- Eine Überprüfung und Zwischenbilanz erfolgt nach einer Woche
- Die Ziele werden im Team besprochen, ggf. mit dem Rehabilitanden zusammen
- Die Umsetzung der Reha-Ziele zuhause wird geplant (individuell oder in der Gruppe)
- Die Endbilanz und die Umsetzung der Reha-Ziele zuhause werden am Reha-Ende besprochen
- Die Arbeitsblätter Reha-Ziele sind Arbeitsmaterialien für den Rehabilitanden, und können jederzeit von ihm mit Anmerkungen und Notizen ergänzt werden
- Wenn dies der Fall ist: - Kopien der Arbeitsblätter Reha-Ziele kommen in die Patientenakte, - werden an das Behandlungsteam weitergegeben o.ä.

Wenn Ärzte die Zielvereinbarung durchführen und andere Behandler (Therapeuten, Pflege, Beratung) in die Zielvereinbarung mit einbezogen werden, sollte man dies dem Rehabilitanden mitteilen und ankündigen. Therapeuten nehmen auf die Zielvereinbarung mit dem Arzt Bezug und ergänzen diese ggfs. Die Erläuterung zu den weiteren Schritten könnte so lauten:

- *Die Arbeitsblätter heften Sie am besten in Ihren Therapieplan (nach Vervielfältigung für die Akte und für das Behandlungsteam). Das Original nehmen Sie später mit nach Hause.*
- *Eine Zwischenbilanz und Überprüfung der Reha-Ziele findet [auf der Visite] [zu einem gesonderten Termin] in der [zweiten] Woche statt.*
- *Die abschließende Bilanz und Formulierung von Zielen für die Zeit nach der Reha findet vor der Abreise statt: beim Abschlussgespräch oder zu einem eigens vereinbarten Termin*

- *Bei den Bilanzen können Ziele und Maßnahmen verändert werden, wenn sich herausstellt, dass sie nicht (mehr) passen.*
- *Die Ziele werden mit anderen Behandlern (Therapeuten, Pflege, Beratung) beraten; sie könnten die Zielvereinbarung mit dem Arzt ergänzen*

Dialogschritt 10: Ausblick auf die Reha-Ziele nach Entlassung

Erläuterung von Arbeitsblatt K3 und Z: Verweis auf Endbilanz und Ziele nach Reha

Die Rehabilitation ist nicht mit der Entlassung beendet, sondern der Transfer des in der Reha Gelernten in den Alltag ist von großer Wichtigkeit. Damit die langfristige Zielperspektive gleich zu Beginn deutlich wird, wird dies bereits bei der Besprechung der Anfangsziele thematisiert.

Bei der Endbilanz im Abschlussgespräch wird über die konkrete Planung der Umsetzung von Zielen und über geeigneten Maßnahmen nach der Entlassung gesprochen.

Die konkrete Planung der Umsetzung von Zielen wird zuvor von dem Rehabilitanden auf dem Arbeitsblatt Z vorbereitet, entweder selbstständig (als Hausaufgabe) oder unter Anleitung in einer therapeutischen Gruppe. Dabei ist auch das *Ressourcen- und Barriere-Planen* wichtig.

Erläuterung zum Arbeitsblatt Z

Unter *Ressourcen- und Barriere-Planen* versteht man die Vorwegnahme möglicher innerer und äußerer Barrieren sowie mögliche Strategien, die helfen können, die geplante Aktivität trotzdem auszuführen. Dabei kann unterschieden werden zwischen Barrieren, die Selbstregulation verlangen (Überwindung des *inneren Schweinehundes*), wie *keine Lust haben, zu müde sein* von Barrieren, die eher organisatorischer Natur sind, wie *keine Zeit haben, großer Organisationsaufwand, hohe Kosten* (Göhner & Fuchs, 2007). Eine Strategie, die geplante Aktivität trotzdem auszuführen, könnte z.B. die *Verabredung mit Freunden zum Sport* sein. Eine selbstregulatorische Strategie wäre etwa, sich zu vergegenwärtigen, wie gut man sich nach dem Sport fühlt.

Das *Arbeitsblatt Z* enthält Felder für Angaben zu den Planungsdetails (was, wann, wo, mit wem will ich tun?) sowie für mögliche *Barrieren* (keine Zeit, keine Lust, schlechtes Wetter etc.) und Felder für die Strategien, die helfen, die Barrieren zu überwinden.

Die Leitfragen zur Bearbeitung des Arbeitsblattes Z könnten lauten:

- *Welche Maßnahme, Therapie oder Sportart hat mir gut getan und geholfen?*
- *Welche könnte ich zu Hause weiterführen und zum Bestandteil meines Alltags machen?*

- *Wie könnte ich das organisieren und zu Hause möglichst konkret umsetzen (z.B. 3-mal in der Woche walken)?*
- *Wer oder was könnte mich dabei unterstützen?*
- *Was würde dazu beitragen, dass mir die Aktivität Spaß macht?*
- *Welche Umstände könnten mich von meinem Plan abhalten?*
- *Was könnte helfen, um meinen Plan trotz widriger Umstände umzusetzen?*

In Tabelle 2 sind die Dialogschritte noch einmal in Kurzform zusammengestellt. Die Tabelle *Handzettel für den Schreibtisch* ist dem Arbeitsbuch Reha-Ziele entnommen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014).

Tabelle 2: Handzettel für den Schreibtisch: Der Zieledialog in 10 Schritten

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, positive 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. auf der 10er-Skala) sollten die Schmerzen reduziert sein, wenn Sie die Klinik verlassen?</i> • <i>Was könnten Sie wieder tun, wenn Sie weniger Schmerzen hätten?</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 mir oder XY 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>Die Ziele werden während der Reha und am Ende überprüft</i> • <i>Neue Aspekte oder Differenzierungen ergeben sich ggf. im therapeutischen Bereich</i> • <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>

Zielbilanz zu Reha-Mitte und mögliche Revisionen auf Arbeitsblatt K2

Ca. eine Woche nach Anreise und am Reha-Ende sollten die zu Aufnahme formulierten Ziele und Maßnahmen überprüft und bilanziert werden. Dabei sollte der Rehabilitand immer zuerst um seine Einschätzung gebeten werden.

Hierzu ist Folgendes anzumerken: Der *Grad der Zielerreichung* geht nicht als Erfolgsparameter in die Evaluation der Klinik mit ein. Dazu sind die Ziele und die Ausgangslagen zu individuell und unterschiedlich. Man sollte sich also nicht dazu verleiten lassen, besonders leichte Ziele mit dem Rehabilitanden zu vereinbaren, sondern eine Ziel-Schwierigkeit wählen, die zur Situation des Rehabilitanden passt und motivierend ist (s. Kapitel 5).

Vorgehen bei der Zwischenbilanz

Die Zwischenbilanz wird auf Arbeitsblatt K2 dokumentiert. Zunächst werden Sollwerte der Reha-Ziele von Arbeitsblatt K1 übertragen. Dann wird der aktuelle Ist-Wert festgestellt bzw. mit dem Rehabilitanden besprochen.

Schließlich wird der Zielerreichungsgrad auf der fünfstufigen Skala von 0% bis 100% festgelegt. Wenn Verbesserungen festzustellen sind, die Zielgröße sich also positiv verändert hat, kann im Feld darunter festgehalten werden, welche Maßnahme nach Auffassung des Rehabilitanden zur Verbesserung beigetragen hat.

Für die Bilanzen sind die folgenden *Leitfragen* wichtig, die ja in der Regel in den Visiten besprochen werden:

- Sind die Maßnahmen umgesetzt worden? Wie ist dem Rehabilitanden damit ergangen?
- Sind die bei Aufnahme festgelegten Maßnahmen zur Zielerreichung geeignet und sollen sie beibehalten werden?
- Werden die bei Aufnahme formulierten Ziele beibehalten, haben sich neue Zielaspekte oder andere Prioritäten ergeben?
- Soll die Schwierigkeit der vereinbarten Ziele verändert werden? (Sind die Ziele bereits erreicht, sind sie zu leicht oder zu unrealistisch schwer?)
- Welche Ergebnisziele ergeben sich ggf. aus den bei Aufnahme formulierten Klärungszielen?

Zieländerungen

Neue oder geänderte Ziele können auf K2 in der Zeile *Neuer Sollwert* bzw. *geänderte Ziele* eingetragen werden. Die Endbilanz am Reha-Ende sollte sich dann auf diese neu vereinbarten Ziele beziehen. Oft lassen sich die richtigen Zielsetzungen erst während des Aufenthaltes klären und entwickeln. Zieländerungen zeugen von einem reflektierten, flexiblen und prozessorientierten Umgang mit den Zielen und sind in keinem Fall als die Korrektur von Fehlern zu werten.

Zielbilanz zu Reha-Ende und Vereinbarung von Zielen nach Entlassung auf Arbeitsblatt K3

Bei der Bilanzierung der Zielerreichung am Ende der Rehabilitation geht es darum, die Erfahrungen aus der Reha auszuwerten, die gesetzten Ziele zu bilanzieren und Perspektiven für die Zeit *nach der Entlassung* zu entwickeln.

Dazu soll zu diesem Zeitpunkt das bearbeitete Arbeitsblatt Z mit der Planung weiterführender Ziele und deren Umsetzung zuhause vorliegen und besprochen werden. Der Dialog über die Ziele nach der Reha zwischen Arzt und Patient *zu diesem Zeitpunkt* muss deutlich machen, dass...

- die Reha nicht mit der Entlassung beendet ist, sondern dass der Klinikaufenthalt eher einen kleinen Teil der gesamten Rehabilitation darstellt
- die *Stabilisierung* neu gelernter Fertigkeiten und Veränderungen vor allem *nach* der Reha erfolgt

Die **Leitfragen zur Formulierung der Ziele nach Reha** lauten:

- Welche Therapie, welche Sportart oder welche Maßnahme oder Veränderung hat mir gut getan und geholfen?
- Welche Therapie, welche Sportart oder welche Maßnahme oder Veränderung könnte ich zu Hause unter welchen Bedingungen weiterführen?
- Wie könnte ich das so organisieren, dass ich das leicht umsetzen kann?
- Was könnte ein quantifizierbarer Zielparameter sein, an dem ich die Zielerreichung festmachen kann? (z.B. Drei Monate lang 3mal in der Woche 2 Stunden Bewegung); das Fitnesscenter wäre eine mögliche Maßnahme).
- Was könnte mich von meinem Plan abhalten und welche Strategien könnten helfen, damit ich mein Ziel dennoch zu erreichen kann?

Diese Aspekte der Ziele sollten gemeinsam mit dem Arzt besprochen werden. Die Ziele nach Entlassung sollten auf Arbeitsblatt K3 übertragen und auch hier unterschrieben werden. Das Arbeitsblatt Z sieht eine Selbstbilanz nach einem Monat vor. Im Rahmen einer Nachsorgemaßnahme kann ggf. ein weiteres Bilanzgespräch mit dem Behandler oder dem Case Manager nach Entlassung vereinbart werden.

Die Originale der bilanzierten Zielvereinbarung nimmt der Rehabilitand bei Entlassung mit nach Hause. Ggf. müssen zuvor Kopien für die Akte angefertigt werden.

Im letzten Kapitel werden Umsetzungsstrategien von partizipativer Reha-Zielarbeit in der Einrichtung dargestellt. Der Text stimmt in großen Teilen mit dem Text aus Modul 5 des *Arbeitsbuches Reha-Ziele* überein.

7. Die Umsetzung der partizipativen Zielarbeit in der Klinik

Die Einführung oder Veränderung eines Konzepts zur Reha-Zielarbeit geht mit mehr oder weniger umfassenden Veränderungen der Prozesse und ggf. auch Strukturen der Einrichtung einher. Es handelt sich um einen Organisationsentwicklungsprozess (Nerdinger, 2011), der ein entsprechendes Projektmanagement erfordert. Von großer Bedeutung ist es, *alle Personen*, die von dieser Veränderung betroffen sind (behandelnde Ärzte und Therapeuten, Patientenverwaltung, Mitarbeiter der Therapieplanung, Qualitätsmanagement-Beauftragte u.a.) von Anfang an in den Umsetzungsprozess mit einzubinden. Auch sind interne und externe Schulungen zur partizipativen Zielarbeit zu empfehlen, damit alle Mitarbeiter über die erforderlichen Kompetenzen verfügen. Regelmäßige Supervisionen können den Einführungsprozess begleiten.

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
- Eine Ist- und Bedarfsanalyse, bei der die aktuellen Abläufe überprüft und mit den Anforderungen des ParZivar-Ansatzes abgeglichen werden.
- In einer Reha-Einrichtung, die die ParZivar-Intervention einführen will, sind zunächst einige grundsätzliche Vorüberlegungen notwendig. Sie sollen dabei helfen, die Ausgangssituation und die konkrete Zielsetzung zu klären.

Zu klärende Fragen

Vor Implementierung z.B. der ParZivar-Intervention in die Abläufe der Klinik sollten die folgenden Fragen geklärt werden.

Leitungsebene

- 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?
- Verfügt das ärztliche Personal über die sprachlichen und kommunikativen Voraussetzungen, um partizipative Zielarbeit durchzuführen oder sind dazu Schulungsmaßnahmen erforderlich?²

Organisatorische Überlegungen zur Umsetzung der ParZivar-Intervention

Wenn aus diesen Überlegungen hervorgeht, dass der ParZivar-Ansatz grundsätzlich für das Klientel und die Ziele der Einrichtung geeignet ist, müssen die folgenden organisatorischen Fragen geklärt werden:

- Wann findet das erste Zielgespräch zwischen Arzt und Patient statt? In der Aufnahme oder zu einem gesonderten Termin?
- Wann findet die Zwischenbilanz statt? In der Visite oder zu einem gesonderten Termin?
- Wann findet die Endbilanz statt? Im Abschlussgespräch oder zu einem gesonderten Termin?
- Werden die Reha-Ziele und Arbeitsblätter im Behandlungsteam besprochen?
- Wer hat Zugriffsrechte, wer darf Zieldefinitionen verändern?
- Sollen Therapeuten gesonderte Ziele auf eigenen Arbeitsblättern vereinbaren?
- Wer leitet die ausführliche Planung der Zielumsetzung *nach* der Reha an? (Arzt, Therapeut, therapeutische Gruppen, Patientenschulungen)
- Können die Arbeitsblätter zur Zielvereinbarung elektronisch (z.B. in der elektronischen Patientenakte) angelegt und bearbeitet werden?
- Wie kann sichergestellt werden, dass
 - die Arbeitsblätter mit Aktualisierungen für den *Rehabilitanden* verfügbar sind?
 - die Arbeitsblätter mit Aktualisierungen für das *Reha-Team* verfügbar sind?

Zeitpunkt und Zeitbedarf

Die Intervention sieht *gesonderte* Termine für alle drei Zielgespräche mit dem Arzt vor. Insbesondere für die Vereinbarung der Anfangsziele wäre ein *gesonderter* Termin von

² Wenn letzteres der Fall ist, kann das IfR in Bad Rothenfelde Trainings zur partizipativen Zielarbeit vermitteln.

Vorteil, da der Rehabilitand und der Behandler in der Aufnahmesituation von vielen anderen Aufgaben in Anspruch genommen sind. Der Nachbefragung der ParZivar-II-Studie zufolge benötigten die Ärzte für alle drei Gespräche im Mittel 35 Minuten. Vorgesehen waren 60 Minuten (20 Minuten pro Gespräch), die nach Auffassung der Projektleitung des IfR auch benötigt werden, wenn alle Anforderungen der Intervention erfüllt werden sollen. Es ist jedoch evident, dass dies einen zeitlichen Mehraufwand bedeutet, der nicht von allen Einrichtungen zu leisten ist. Möglicherweise muss daher eine Auswahl der umzusetzenden Interventionsaspekte vorgenommen werden.

Zuständige Berufsgruppe

Je nach Unterstützungsbedarf können Teile der Zielarbeit in therapeutische Gruppen verlagert werden. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn die Ziele im therapeutischen Prozess ausdifferenziert werden und Rehabilitanden mit konkreten Maßnahmen vertraut sind.

Die Ärzte sollten jedoch nach Auffassung der Autoren die ersten Ansprechpartner in Bezug auf Reha-Ziele sein, zumindest wenn sie fachlich verantwortlich für die Reha- In der psychosomatischen Rehabilitation können das auch Psychologen sein. Die Reha-Ziele können auch in sogenannten *Therapiezielkonferenzen* im Behandlungsteam beraten werden.

Austausch im Team

Reha-Ziele sollten im Reha-Team beraten werden. Die Arbeitsblätter mit Aktualisierungen müssen für das *Reha-Team* verfügbar sein. Denkbar sind Zielkonferenzen des Reha-Teams, die mit dem Rehabilitanden zusammen durchgeführt werden.

Zielarbeit von und mit Therapeuten

Sofern Therapeuten an der Zielvereinbarung beteiligt werden sollen, ist zu überlegen, wie die ParZivar-Anforderungen (1) in die Einzelsituation (Therapie) und (2) in die Gruppensituation zu integrieren sind. In der Einzelsituation erscheint elaborierte Zielarbeit nur dann sinnvoll und möglich, wenn die Dauer des Termins dies zulässt und eine hinreichende Anzahl von Behandlungsterminen vorgesehen ist.

In der Gruppensituation könnten die Regeln zur Zielvereinbarung für alle erläutert und der Zieledialog dann mit einigen freiwilligen Rehabilitanden exemplarisch geführt werden. Die übrigen Teilnehmer erarbeiten und dokumentieren ihre Ziele selbstständig nach diesem Muster (z.B. als Hausaufgabe), die dann später mit dem Arzt oder Therapeuten beraten wird.

Therapeuten: Eigene Ziele oder Ausdifferenzierung der Arzt-Ziele?

Ob Therapeuten neue Ziele vereinbaren oder sich an die mit dem Arzt vereinbarten Ziele ausdifferenzieren, hängt sicherlich von der Situation ab. Im Rahmen der Kontakte

mit Therapeuten können sich neue Problemaspekte und entsprechende Ziele ergeben, die im Zielgespräch mit dem Arzt nicht zur Sprache kamen (z.B. in der Psychotherapie).

8. Kosten und Nutzen der Intervention

Mögliche Kosten

Zusätzlicher Zeitbedarf

Obwohl ein großer Teil der ParZivar-Zielarbeit sowieso Gegenstand des Aufnahmegesprächs, der Visiten und des Abschlussgesprächs ist, sollte nach bisherigen Erfahrungen pro Gespräch (Aufnahme, Zwischenbilanz, Schlussbilanz) zumindest anfangs mit einem zusätzlichen Zeitbedarf von 15 bis 20 Minuten gerechnet werden. Die Autoren gehen jedoch davon aus, dass diese Investition sich auszahlen wird und Zeit eingespart werden kann, die andernfalls während der Reha für die Klärung von Erwartungen und Sachverhalten oder die Motivationsarbeit aufgebracht werden müsste.

Schulungen des Personals

Gegebenenfalls sind Schulungen des ärztlichen und therapeutischen Personals erforderlich. Diese sollten von externen Trainern durchgeführt werden. Als Kosten zu veranschlagen sind dann die Trainerhonorare sowie die Freistellung des Personals für die Trainingszeit.

Erwarteter Nutzen

Gesteigerte Behandlungsergebnisse, bessere Überprüfbarkeit der Zielerreichung

Durch die Klärung und Abstimmung der Ziele und Erwartungen zu Reha-Beginn sowohl mit dem Rehabilitanden als auch im Team werden Zielsetzungen transparenter und die Ergebnisse der Rehabilitation besser überprüfbar. Es ist davon auszugehen, dass eine aktivere Beteiligung und bessere Einbindung der Rehabilitanden dazu beiträgt, dass Behandlungsergebnisse gesteigert und langfristig stabilisiert werden können.

Bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Die *Ergebnisevaluation* der Parzivar-II-Studie konnte zeigen, dass wichtige Qualitätsaspekte der Reha-Zielarbeit, darunter auch die Kommunikation zwischen Arzt und Rehabilitanden in der Wahrnehmung der Rehabilitanden durch die ParZivar-Intervention verbessert werden konnten (Ullrich, Grabrecht, Mittag & Glattacker, 2014).

Gesteigerte Sichtbarkeit, Nachhaltigkeit und Partizipation bei der Reha-Zielarbeit

Aus *Sicht der Rehabilitanden* führte die Intervention zu erheblichen Steigerungen zentraler Qualitätsaspekte der partizipativen Zielarbeit:

- die Wahrnehmung, dass Gespräche über Reha-Ziele überhaupt stattgefunden hatten, konnte von 83% auf 96% gesteigert werden
- die Zustimmung, dass Ziele *gemeinsam mit dem Arzt* vereinbart wurden, stieg von 46% (in der Baseline) auf 86% (in der Interventionsgruppe)
- die Reha-Ziele wurden häufiger auch im *Verlauf des Aufenthaltes* thematisiert als in der Baseline
- die Zustimmung, dass *Ziele für die Zeit nach Entlassung* thematisiert wurden, konnte von 70% in der Baseline auf 91% in der Interventionsgruppe gesteigert werden.

Schließlich wurden die vereinbarten Reha-Ziele in der Interventionsgruppe sechs Wochen nach Entlassung besser erinnert als in der Baseline. Der zeitliche Mehraufwand von 30 Minuten, die die ParZivar-Intervention erfordert, scheint angesichts dieser Ergebnisse mehr als gerechtfertigt.

Weitere Anregungen und zahlreiche Materialien zur partizipativen Zielarbeit finden sich in dem Arbeitsbuch *Reha-Zielvereinbarungen* (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014).

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen, die das Projekt möglich gemacht und unterstützt haben, sehr herzlich bedanken.

Zunächst danken wir allen ärztlichen und nicht ärztlichen *Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern* der Kooperationskliniken, die bei der Umsetzung der ParZivar-Studie II mitgewirkt haben. Wir bedanken uns auch sehr herzlich bei den *leitenden Ärzten* der Kooperationskliniken für die Ermöglichung der Studie:

- Herr Dr. med. Sträßner, Rehaklinik Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gemGmbH
- Herr Dr. med. Ostermann, Reha-Klinik Porta Westfalica
- Frau Dr. med. Sörries, Fachklinik Bad Bentheim - Thermalsole- u. Schwefel- Bad Bentheim GmbH
- Herr Prof. Dr. med. Schmid, Teutoburger-Wald-Klinik, Bad Lippspringe

Des Weiteren danken wir den teilnehmenden Rehabilitanden, die sich die Mühe gemacht haben, sich intensiv mit ihren Zielen auseinanderzusetzen und die umfangreichen Fragebögen zu drei Erhebungszeitpunkten auszufüllen.

Unser Dank gilt auch Frau Anne Exner vom Methodenzentrum Bielefeld für die freundliche und kompetente Beratung bei methodischen Fragen.

Wir danken der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften für die finanzielle Förderung sowie für die methodische und organisatorische Unterstützung.

Schließlich danken wir den Kolleginnen des Institutes für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) für die kompetente und kollegiale Zusammenarbeit an dem Projekt in allen Projektphasen sowie den Kollegen des IfR, Edith Wulfert und Martin Dahm für die Unterstützung bei den Auswertungen, bei der Erstellung der Materialien sowie bei der Korrekturlesung des Abschlussberichtes und des Manuals.

Dr. Susanne Dibbelt

Sylvia Freund

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Bad Rothenfelde, den 12.12.2014

9. Literaturverzeichnis

- Bensing J (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32, 1301-1310.
- Bovend'Eerdt TJH, Botell RE, Wade DT (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.
- 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. Frankfurt am Main: BAR.
- Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brabd RJ, Rudolph L (2001). Doctor proactive communication, return-to-work-recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (6), 515-525.
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg (2011). Positionspapier Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. Online verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206988/publicationFile/2266/Positionspapier_Reha_2010.pdf [Letzter Abruf: 3.12.024]
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg (In Vorbereitung). Arbeitsbuch Reha-Ziele. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. Online verfügbar unter: www.reha-ziele.de
- Dibbelt S, Freund S, Greitemann B, Garbrecht M, Glattacker M (2014). Parzivar II: Das Manual. Partizipative Zielarbeit in der medizinischen Rehabilitation. Anlage zum Abschlussbericht des IfR.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiu A, Kleijnen J (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 357(9258), 757-762.
- 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.
- Farin E, Jäckel WH, Schalaster V (2009). Projektgruppe QS-Reha-Verfahren in der AQMS. Das Qualitätssicherungsverfahren der GKV in der medizinischen

- Rehabilitation: Ergebnisse und Weiterentwicklung. *Das Gesundheitswesen*, 71 (3), 163-174.
- Farin E, Meder M (2010). Personality and the physician-patient relationship as predictors of quality of life of cardiac patients after rehabilitation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 100.
- Fiedler RG, Hanna R, Hinrichs J, Heuft G (2011). Förderung beruflicher Motivation – Ein Trainingsprogramm für die Rehabilitation. Weinheim: Beltz.
- Glattacker M, Dudeck A, Gustke M, Dibbelt S, Schaidhammer-Placke M, Greitemann B, Pollmann H, Jäckel WH (2008). Zielvereinbarungen in der Rehabilitation von PatientInnen mit Diabetes mellitus. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 21 (82), 282-290.
- Glattacker M, Dudeck A, Dibbelt S, Quatmann M, Greitemann B, Jäckel WH. (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.
- Göhner W, Seelig H, Fuchs R (2009). Intervention effects on cognitive antecedents of physical activity: A one-year follow-up study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1, 233-256.
- Gollwitzer, PM (1991). Abwägen und Planen. Bewusstseinslagen in verschiedenen Handlungsphasen. Göttingen: Hogrefe.
- Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2, 595-608.
- Haskard-Zolnierok KB, DiMatteo MR (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.
- Heckhausen H, Gollwitzer PM, Weinert F (1987). *Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Hinrichs J, Fiedler RG, Hawener I, Greitemann B, Heuft G (2014) Förderung beruflicher Motivation: Das ZAZO-Gruppentraining in der Routineversorgung der medizinischen Rehabilitation. Ergebnisse aus der Implementierungsstudie. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: 10.03.-12.03.2014 in Karlsruhe. DRV-Schriften, Bd. 103, 226-228.
- Holliday RC, Antoun M, Playford ED (2005). A survey of goal-setting methods used in rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 19 (3), 227-231.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 4. Auflage, Berlin: Springer-Verlag.
- Kuhl J (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Kuhl J (2010). Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie. Motivation, Emotion und Selbststeuerung. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Levack WMM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20 (9), 739-755.
- Mead N, Bower P (2000). Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110. <http://www.ebooklibrary.gopagoda.com/master/mead-n-bower-p-patient-centredness-a-conceptual-framework-and-review-of-the-empirical-literature-soc-sci-med-2000-51-1087-110/> [Letzter Abruf: 8.12.2014]
- Mead N, Bower P (2002). The impact of general practitioners patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medicine*, 55, 283-299.
- Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H (2008). Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs Verlag.
- Meyer T, Pohontsch N, Raspe H (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Rehabilitation*, 48, 128-134.
- Roter DL, Hall JA, Katz NR, Stewart MA, Roter D (1989). *Communicating with Medical Patients*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Scobbie L, Wyke S, Dixon D (2009). Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clinical Rehabilitation*, 23 (4), 321-333.
- Schweickhardt A, Fritzsche K (2009). *Kursbuch ärztliche Kommunikation* (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Simon D, Loh A, Härter M (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47(02), 84–89.
- Stamer M, Zeisberger M, Kleineke V, Brande I, Meyer T (2014). Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung (MeeR). Abschlussbericht. Berlin: Deutsche Rentenversicherung. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=MeeR_Abschlussbericht.pdf [Letzter Abruf: 24.11.2014]
- Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention and Control*, 3(1), 25-30.
- Ullrich A, Garbrecht M, Mittag O, Glattacker M (2014). Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation II: Optimierung der Implementierung durch individuelle Schulung und Begleitung von Behandlern. Abschlussbericht des Institutes für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin(AQMS), Universitätsklinikum Freiburg.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000). Indikationsspezifischer Therapiezielkatalog. In: *Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung in der medizinischen Rehabilitation*. DRV-Schriften, Band 18, 327-374.

- Vogel H, Tuschhoff T, Zillessen E (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 11, 751–764.
- Wade DT (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23, 291-295.
- Zandbelt LC, Smets EMA, Oort F, Godfried MH, de Haes HCJM (2007). Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. *Medical Care*, 45(4), 330-339.

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitätsmerkmale patientenorientierter Kommunikation	7
Abbildung 2: Drei unterschiedliche Funktionen von Reha-Zielen	10
Abbildung 3: Geeignete Zielgrößen konkretisieren, quantifizieren und verankern.....	25
Abbildung 4: Numerische Rating-Skala und Visuelle Analog-Skala	26

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiedliche Settings in der Reha-Zielarbeit	9
Tabelle 2: Handzettel für den Schreibtisch: Der Zieledialog in 10 Schritten	32

12. Anhangsverzeichnis (Arbeitsblätter)

Arbeitsblätter blanko

- Arbeitsblatt K1.....44
- Arbeitsblatt K2.....45
- Arbeitsblatt K3.....46
- Arbeitsblatt Z.....47

Arbeitsblätter mit Beispielen

- Arbeitsblatt K1.....48
- Arbeitsblatt K2.....49
- Arbeitsblatt K3.....50
- Arbeitsblatt Z.....51

ID RehabilitandIn: 290061

ID BehandlerIn:

Datum (besprochen am): _____

Arbeitsblatt Reha Ziele in der Klinik

Anfangsziele

RehabilitandIn (& ggf. Arzt): Meine (RehabilitandIn) größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:

Mögliche Zielbereiche:
Mobilität, Beruf, Freizeit, Stimmung,
Soziale Kontakte

BehandlerIn & RehabilitandIn gemeinsam: Mein (RehabilitandIn) wichtigstes positives Teilhabeziel:

Um mein Teilhabeziel zu erreichen, vereinbaren wir für den Aufenthalt hier die folgenden Reha Ziele:

	Reha Ziel 1	Reha Ziel 2	Reha Ziel 3
Sollwert: Mein Ziel für die Reha?			
Istwert: Wie ist es jetzt?			
Maßnahme: Was kann ich tun?			
Meine Notizen (RehabilitandIn):			
Gemeinsam vereinbart:	Unterschrift RehabilitandIn _____		Unterschrift BehandlerIn _____



ID RehabilitandIn: 290061

ID BehandlerIn:

Datum (besprochen am): _____

Arbeitsblatt Reha Ziele

Zwischenbilanz

Übertrag von Seite 1	Reha Ziel 1:	Reha Ziel 2:	Reha Ziel 3:
Sollwert: Mein Ziel für die Reha:			
Istwert: Wie ist es jetzt?			
Soweit habe ich mein Ziel bis heute erreicht:	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll
Maßnahme Das Folgende hat geholfen:			
Ziel ändern? (wenn ja, unten angeben)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Ggf. Änderung oder Anpassung der Ziele bei Zwischenbilanz:

Behandler: bitte jetzt **Arbeitsblatt Z** dem/der RehabilitandIn erläutern

	(Neues) Reha Ziel 1	(Neues) Reha Ziel 2:	(Neues) Reha Ziel 3:
Neuer Sollwert bzw. Meine geänderten Ziele:			
Meine Notizen (RehabilitandIn):			

ID RehabilitandIn: 290061

ID BehandlerIn:

Datum (besprochen am): _____

Arbeitsblatt Reha Ziele

Endbilanz & Ziele Zuhause

Übertrag von Seite 2	(Neues) Reha Ziel 1:	(Neues) Reha Ziel 2:	(Neues) Reha Ziel 3:
Sollwert: Mein Ziel für die Reha			
Istwert: Wie ist es jetzt?			
Soweit habe ich mein Ziel bis heute erreicht:	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll
Meine Reha Ziele Zuhause (werden von Arbeitsblatt Z übertragen)			
	Reha Ziel Zuhause 1	Reha Ziel Zuhause 2	Reha Ziel Zuhause 3
Das will ich Zuhause erreichen: (Übertrag von Z-Bogen, Zeile 1.)			
Meine Notizen (RehabilitandIn):			
Gemeinsam vereinbart:	Unterschrift RehabilitandIn _____		Unterschrift BehandlerIn _____



ID RehabilitandIn: 290061

ID BehandlerIn:

Z



Datum (besprochen am): _____

Reha-Ziele Zuhause: Planung der Umsetzung

	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
1. Meine Reha Ziele Zuhause sind:			
2. Dazu mache ich Folgendes:	Was? Wann? Wie oft? Wie lange? Wo? Mit wem?	Was? Wann? Wie oft? Wie lange? Wo? Mit wem?	Was? Wann? Wie oft? Wie lange? Wo? Mit wem?
3. Ich habe das Ziel erreicht, wenn...			
4. Mögliche Schwierigkeiten und Hindernisse können sein:			
5. Wenn Schwierigkeiten auftreten, hilft mir Folgendes, um meinen Plan dennoch auszuführen:			
7. Meine Bilanz nach 1 Monat: Soweit habe ich mein Ziel erreicht	% 0---25---50---75---100 % Gar nicht Voll	% 0---25---50---75---100 % Gar nicht Voll	% 0---25---50---75---100 % Gar nicht Voll

ID RehabilitandIn: ID BehandlerIn:

K



Besprochen am: _____

Arbeitsblatt Reha Ziele (Klinik)

Seite 1: Anfangsziele

Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:

Weniger Schmerzen, längere Strecken laufen, selbstversorgen können

Mögliche Zielbereiche:

Mobilität, Freizeit, Beruf, Stimmung,
Soziale Kontakte

Mein wichtigsten positiven Teilhabeziele:

Ich will wieder selbstständig meinen Haushalt führen, z.B. einkaufen, sauber machen

Um mein Teilhabeziel zu erreichen, vereinbaren wir die folgenden Reha Ziele:

	Reha Ziel 1	Reha Ziel 2	Reha Ziel 3
Mein Ziel für die Reha (Sollwert)?	Einkaufen gehen= 20 Minuten gehen ohne Schmerzen	Schmerzen von auf VAS=5 reduzieren	Klären, wie es nach der Reha beruflich weitergeht
Wie ist es jetzt (Istwert)?	Maximal 5 Minuten	Im Mittel VAS=8	Weiß nicht, ob ich weiter arbeiten kann
Was kann ich tun?	Rückengruppe, Medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik,	Rückengruppe, Medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik	Sozialberatung, Rücksprache mit Arbeitgeber
Meine Notizen (RehabilitandIn):			
Gemeinsam vereinbart:	Unterschrift RehabilitandIn _____		Unterschrift BehandlerIn _____

ID RehabilitandIn: ID BehandlerIn:

K



Besprochen am: _____

Arbeitsblatt Reha Ziele

Seite 2:

Zwischenbilanz

	Reha Ziel 1:	Reha Ziel 2:	Reha Ziel 3:
Meine Ziele für die Reha:	20 Minuten gehen ohne Schmerzen	Schmerzen von VAS=8 auf VAS=5 (im Mittel) reduzieren	Klären, wie es nach der Reha beruflich weitergeht
Wie ist es jetzt (Istwert)?	20 Minuten sind möglich	Im Durchschnitt VAS=6	Mit der Sozialberaterin mögliche Wege besprochen
Soweit habe ich mein Ziel bis heute erreicht: ¹	Gar nicht 0----1----2----3----X Voll	Gar nicht 0----1----X----3----4 Voll	Gar nicht 0----X----2----3----4 Voll
Das Folgende hat geholfen:			
Ziel ändern? (wenn ja, unten angeben)	<input type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Ggf. Änderung oder Anpassung der Ziele bei Zwischenbilanz:			
	Neues Reha Ziel 1	Neues Reha Ziel 2:	Neues Reha Ziel 3:
Meine geänderten Ziele:	60 Minuten gehen ohne Schmerzen	---	---
Meine Notizen (RehabilitandIn):			

ID RehabilitandIn:

ID BehandlerIn:

K



Besprochen am: _____			
Arbeitsblatt Reha Ziele		Seite 3: Endbilanz & Ziele Zuhause	
	(Neues) Reha Ziel 1:	(Neues) Reha Ziel 2:	(Neues) Reha Ziel 3:
Mein Ziel für die Reha:	60 Minuten gehen ohne Schmerzen	Schmerzen von VAS=8 auf VAS=5 (im Mittel) reduzieren	Klären, wie es nach der Reha beruflich weitergeht
Wie ist es jetzt (Istwert)?	45 Minuten ok	Im Durchschnitt VAS=5	Mit der Sozialberaterin mögliche Wege besprochen
Soweit habe ich mein Ziel bis heute erreicht: ¹	Gar nicht 0---1---2---X---4 Voll	Gar nicht 0---1---2---3---X Voll	Gar nicht 0---X---2---3---4 Voll
Meine Reha Ziele Zuhause (Von Arbeitsblatt Z übernommen)			
	Reha Ziel Zuhause 1	Reha Ziel Zuhause 2	Reha Ziel Zuhause 3
Meine Ziele Zuhause (s.Z-Bogen)	3 x in der Woche ins Fitnessstudio	Täglich eine Auszeit von 10 Min	Arbeitserprobung 6 Wochen
Meine Notizen (RehabilitandIn):			
Gemeinsam vereinbart:	Unterschrift RehabilitandIn _____		Unterschrift BehandlerIn _____

Datum (besprochen am): _____ **Reha-Ziele Zuhause: Planung der Umsetzung**

	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
1. Meine Reha Ziele Zuhause sind:	3 x in der Woche Nordic Walking		
2. Dazu mache ich Folgendes:	Was? Nordic Walking Wann? Innerh von 72 Std. beginnen Wie oft? 3 x pro Woche (Mo, Mi, Fr) Wie lange? 30 Minuten Wo? Im Park Mit wem? Mit Mann (oder Frau)	Was? Wann? Wie oft? Wie lange? Wo? Mit wem?	Was? Wann? Wie oft? Wie lange? Wo? Mit wem?
3. Ich habe das Ziel erreicht, wenn...	...ich immer wieder anfang; bzw. ich den Plan 8 Wochen durchhalte		
4. Mögliche Schwierigkeiten und Hindernisse können sein:	Zeitmangel, keine Lust, schlechtes Wetter		
5. Wenn Schwierigkeiten auftreten, hilft mir Folgendes, um meinen Plan dennoch auszuführen:	mir vorstellen, wie gut es mir danach geht, schützende Kleidung anziehen, Ersatzsport aussuchen		
7. Meine Bilanz nach 1 Monat: Soweit habe ich mein Ziel erreicht	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll	% 0----25----50----75----100 % Gar nicht Voll