



Asklepios Klinik Schauffling



ICF- Arbeitsgruppe  
Schauffling

# Rehabilitationsziele definieren: Anspruch und Wirklichkeit

Holger Grötzbach, M. A.  
Asklepios Klinik Schauffling  
Hausstein 2  
94571 Schauffling

Vortrag Bundeskongress  
Physiotherapie 21.09.2012



# Ziel der Rehabilitation

---

## AGENDA

- **(gesetzlicher) Auftrag der Rehabilitation**



# Ziel der Rehabilitation<sup>1</sup>

---

Rehabilitation hat

„das Ziel, die **vollständige Teilhabe** behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen.“

<sup>1</sup>Quelle: Deutscher Bundestag (Hrsg.). Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575, Berlin, 2004.



# Umsetzung des Ziels<sup>1</sup>

---

„Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten, und wenn **Hindernisse**, die ihren **Teilhabechancen** im Wege stehen, beseitigt werden.“

<sup>1</sup>Quelle: Deutscher Bundestag (Hrsg.). Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575, Berlin, 2004.



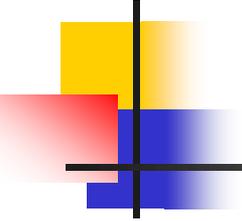


# Finalität (1)

---

„Rehabilitationsmaßnahmen (müssen) ausschließlich dem **Ziel der Verbesserung von Teilhabe** (...) dienen. Die **Verbesserung von Funktionen** an und für sich, das heißt die Verbesserung **übungsspezifischer Fertigkeiten** in Motorik, Kognition und Sprache ist nur solange gerechtfertigt, als nachgewiesen ist, dass hierdurch die Teilhabe verbessert werden kann<sup>1</sup>.“

<sup>1</sup>Quelle: Fries, W. (2007). Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation. In Fries, W. et al. (Hrsg.). Teilhaben! Stuttgart: Thieme, S. 10.



## Finalität (2)

---

„Therapeutische Maßnahmen zur **reinen Funktionsverbesserung**, oft von Patienten gewünscht („mein Gehen soll besser werden“), gehören **nicht mehr zum Leistungskatalog** der Sozialleistungsträger<sup>1</sup>.“

<sup>1</sup>Quelle: Fries, W. (2007). Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation. In Fries, W. et al. (Hrsg.). Teilhaben! Stuttgart: Thieme, S. 10.



# Hypothese

---

Das **Ziel der Rehabilitation** wird von den Patienten, ihren Angehörigen und nicht selten auch von den medizinischen Professionellen **missverstanden**.

Sie erwarten eine **komplette Wiederherstellung** (Heilung), „es muss alles wieder so werden, wie vor der Erkrankung“.

Tatsächlich geht jedoch um die **Teilhabe**.



# Erklärung „Teilhabe“<sup>1</sup>

---

**Teilhabe** bedeutet,

trotz weiter bestehender Beeinträchtigungen (wieder) an denjenigen **Lebenssituationen** oder **Lebensbereichen** teilnehmen zu können, die für einen Patienten von Bedeutung sind.

<sup>1</sup>vgl. BAR (2008). ICF-Praxisleitfaden 2: Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der ICF in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt/Main.



# Beispiel für Teilhabe

---

Ziel der Rehabilitation ist es, dass Herr S. seine Rollen als

- Vater von zwei Söhnen
  - Fahrer einer Speditionsfirma
  - Anhänger des örtlichen Fußballvereins
  - Mitglied des Kirchenchors
- (wieder) einnehmen kann.

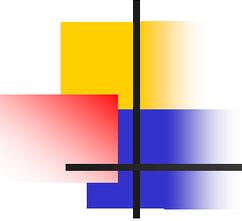


# Bestimmung von Teilhabe-Zielen

---

Die Bestimmung von Teilhabe-Zielen bedeutet **nicht**, dass sie in jedem Fall umgesetzt werden müssen.

Vielmehr handelt es sich bei ihnen um langfristige **Lebenswünsche**, die im Behandlungsverlauf eventuell **modifiziert** werden müssen.

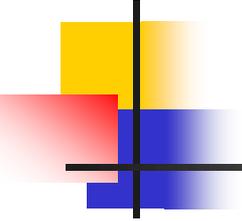


# Teilhabe-Ziel und Aktivitäten

---

Um als Fahrer einer Speditionsfirma arbeiten zu können, möchte Herr S. (wieder)

- Autofahren können
- Lasten heben und tragen können
- Adressen und Lieferscheine lesen können
- Fahrrouten planen können
- ein Navigationssystem bedienen können

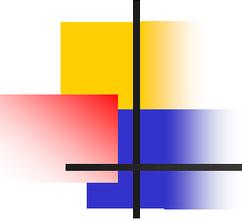


# Aktivitäten und Funktionen

---

Um Lasten heben und tragen zu können, wird

- Kraft in den Händen und Armen
- eine gute Handfunktion
- eine posturale Stabilität
- eine ausreichend lange Gehstrecke
- genügend Sicherheit auf ebenem und unebenem Boden benötigt.

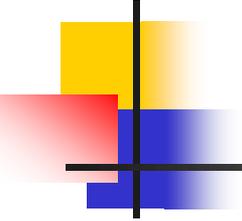


# Evaluation der Rehabilitation

---

„Der **Nachweis von Rehabilitationserfolg** ist (...) auf der **Ebene von Teilhabe** zu führen und nicht mehr auf der Ebene von Funktionsverbesserungen<sup>1</sup>.“

<sup>1</sup>Quelle: Fries, W. (2007). Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation. In Fries, W. et al. (Hrsg.). Teilhaben! Stuttgart: Thieme, S. 10.



# Funktions- und Teilhabe-Ziele

---

Funktionsziele sind nur dann gerechtfertigt, wenn sie mit Teilhabe-Zielen verbunden werden.

Funktionelle Fortschritte, die nicht zu einer Verbesserung der Teilhabe beitragen, erfüllen den gesetzlichen Auftrag nicht (und laufen damit Gefahr, nicht mehr bezahlt zu werden)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>vgl. Fries, W. (2007). Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation. In Fries, W. et al. (Hrsg.). Teilhaben! Stuttgart: Thieme, S. 10.

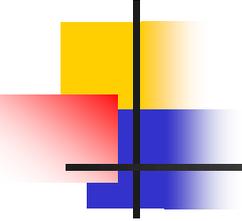


# Hypothese

---

In der (Neuro)-Rehabilitation dominieren aus traditionellen Gründen **Funktionsziele**.

Die **Verbesserung der Teilhabe** (wie vom Gesetzgeber gewünscht) spielt bislang nur eine marginale Rolle.

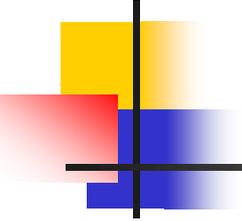


# Zielsetzungsprozess

---

## AGENDA

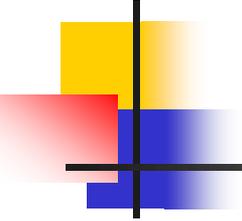
- **Definition von ICF-basierten Therapiezielen**



# Warum klare Ziele in der Rehabilitation setzen?

---

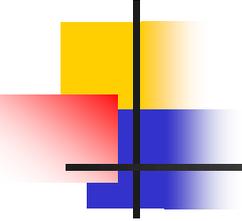
- Ziele verbinden Therapeut und Patient
- Ziele verbessern das Therapieergebnis
- Ziele stärken die Selbstwirksamkeit



# Ziele in der Rehabilitation

---

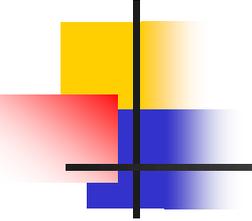
„Der Verlauf der Behandlung wird im interdisziplinären Team (...) besprochen und bewertet. Der Patient und seine Angehörigen müssen dabei so einbezogen werden, dass über **Ziele (...) der Rehabilitation** gemeinsam entschieden werden kann<sup>1</sup>.“



# Vorteile einer gemeinsamen Entscheidungsfindung

---

„Die Beteiligung von Patient(inn)en nach dem Behandlungsmodell der **Partizipativen Entscheidungsfindung** trägt zu **höherer Therapietreue, verbesserten Behandlungsergebnissen** und zu **höherer Zufriedenheit** von Patient(inn)en und Ärzt(inn)en bei<sup>1</sup>.“



# Gemeinsame Entscheidungen?

---

„Heutzutage nehmen die meisten neurologischen Rehabilitationsprogramme für sich in Anspruch, patientenzentriert zu sein. Oft bedeutet das lediglich, dass **das Behandlungsteam** über ein Set von Rehabilitationszielen **entscheidet** und dann den Patienten und seine Familie fragt, ob diese akzeptabel sind<sup>1</sup>.“

<sup>1</sup>Quelle: Collicut McGrath, J. & Kischka, U. (2010). Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Rehabilitation. In Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.) NeuroRehabilitation. Heidelberg: Springer, 107 – 113.

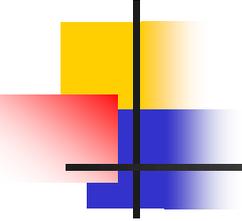


# Mythos gemeinsame Entscheidungsfindung

---

„Jeder gibt **Lippenbekenntnisse zur interdisziplinären Arbeit** ab. Allerdings wird die Rehabilitation (...) nur allzu oft durch eine **„Rückenmarks“-Mentalität** bestimmt. Scherzhaft gesagt behandelt der Physiotherapeut die unteren Extremitäten, der Ergotherapeut die oberen, der Sprachtherapeut zwischen Rachen und Mund, der Psychologe oberhalb des Mundes und die Pflege alles, was dazwischen liegt. Die Teambesprechungen bestehen daraus, dass jede Fachgruppe dem **Rehabilitationsarzt** über die **Funktionen in ihrem Körperteil** berichtet (während alle anderen Aufmerksamkeit heucheln)<sup>1</sup>.“

<sup>1</sup>Quelle: Kay, T. & Silver, S. M. (1989). Closed head trauma: Assessment for rehabilitation. In: Lezak, M. (Ed). Assessment of the behavioural consequences of head trauma. New York: Alan Liss.



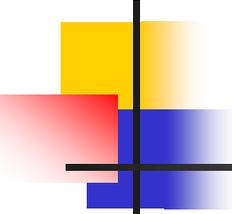
# Hypothese

---

Die **Ziele** einer Rehabilitationsmaßnahme werden nicht von den Patienten, sondern von den **medizinischen Professionellen definiert.**

Dies geschieht in dem Bewusstsein, aufgrund der Ausbildung schon zu wissen, was für einen Patienten gut ist (**paternalistische Haltung**).<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Quelle: Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.). ICF in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 23 – 37.

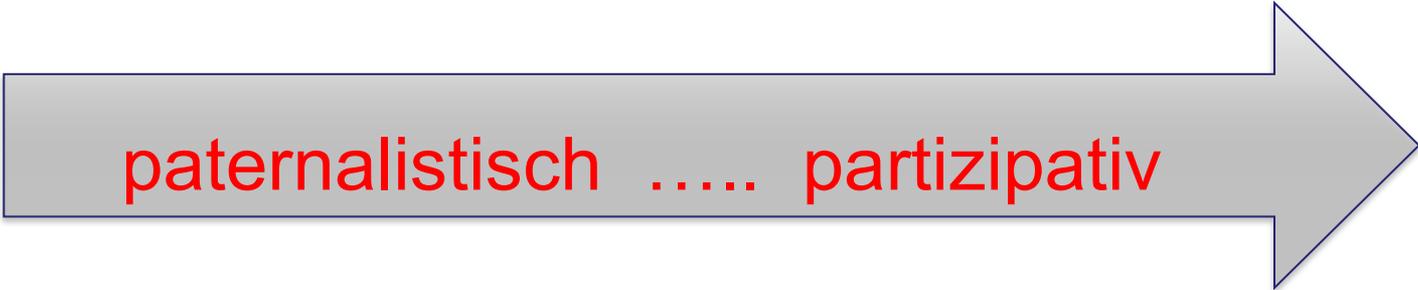


# Zielsetzungsmethoden: paternalistisch vs. partizipativ<sup>1</sup>

	paternalistisch	partizipativ
Definition der Therapieziele durch	Fachkräfte	Patienten und Fachkräfte gemeinsam
Grundlage der Definition	klinische Expertise der Fachkräfte	geteiltes Wissen von Patienten und Fachkräften
Aufwand	gering, da zeitökonomisch	hoch, da Zielsetzungsgespräche notwendig
Vorteil	für alle Patienten in jeder Krankheitsphase durchführbar	hohe Identifikation aller Beteiligten mit den Zielen
Nachteil	in der Regel nur gering ausgeprägte Akzeptanz der Patienten für die Ziele	setzt aktive Teilnahme der Patienten am Zielsetzungsprozess voraus

<sup>1</sup>nach: Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? LOGOS interdisziplinär, 18 (2), 119 – 126.

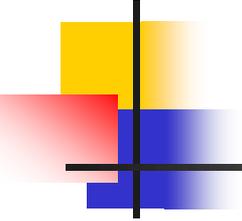
# Übergang von der paternalistischen zur partizipativen Zielsetzung



paternalistisch ..... partizipativ

Akutbehandlung    Frühreha    Rehabilitation    Ambulanz → Zeit

————— zunehmende Genesung —————→



# Zielsetzung in der Praxis (1)

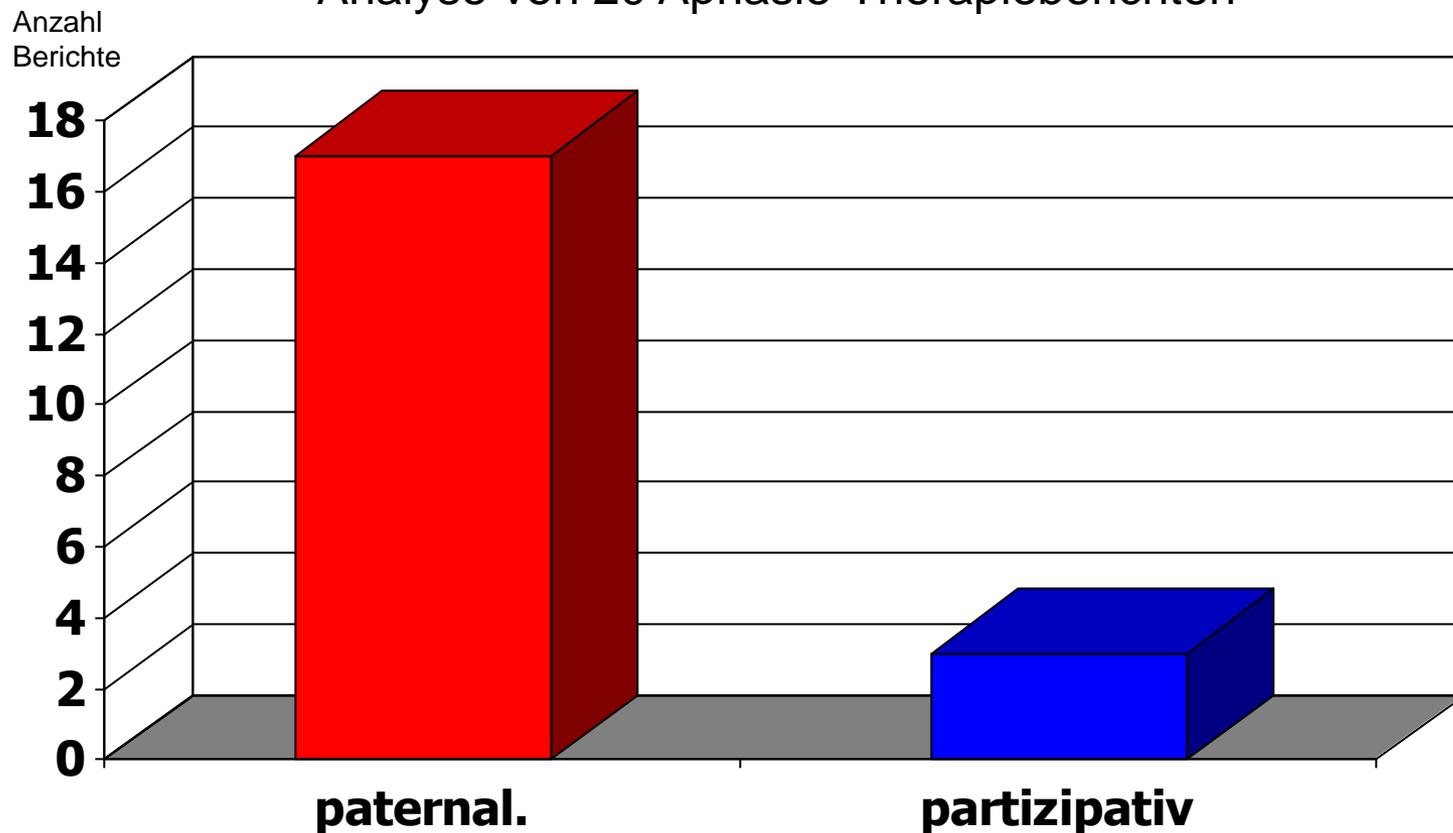
---

Analyse von 74 Therapiesituationen in der Physiotherapie<sup>1</sup>:

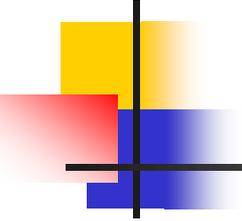
- 66 Mal **ohne** Zielsetzung
- 8 Mal **mit** Zielsetzung, davon
- **1 Mal** durch den Patienten

# Zielsetzung in der Praxis (2)

Analyse von 20 Aphasie-Therapieberichten<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Quelle: Dallmeier, P. & Thies, C. (2009). Logopädische Berichte in der Aphasietherapie – Einbindung alltagsrelevanter klientenzentrierter Ziele. Bachelor-Arbeit: HAWK Hildesheim.

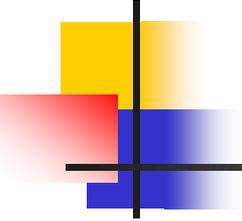


# Zielsetzung in der Praxis (3)

---

Klinikmitarbeiter meinen,

„dass viele Patienten nicht in der Lage sind, eindeutige, konkrete Ziele zu nennen bzw. sich später an die in den Aufnahmegesprächen festgelegten Zielsetzungen zu erinnern. (...) Viele Patienten würden **nicht wissen**, was sie wollten<sup>1</sup>“.



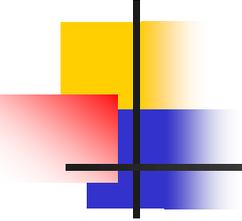
# Zielsetzung in der Praxis (4)

---

Gründe für die Schwierigkeiten der Patienten sind,

„dass die **Aufnahmefähigkeit** bei den Patienten im Erstgespräch für die Zielthematik nicht gegeben sei und die Patienten letztlich **überfordert** würden. Viele Patienten seien es zudem **nicht gewohnt**, eigene Wünsche und Vorstellungen einzubringen<sup>1</sup>“.

<sup>1</sup>Quelle: Meyer, T. et al. (2009). Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. Rehabilitation, 48, 128 – 134.

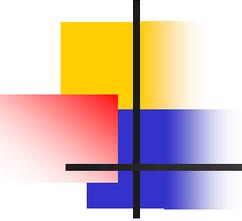


# Wie erfahren wir von den Zielen unserer Patienten?

---

Die Ziele der Patienten werden im **Aufnahmegespräch (Anamnese)** erhoben.

Bei dem „Aufnahmegespräch“ handelt es sich jedoch in der Regel nicht um ein „Gespräch“, sondern um ein **Abfragen** von Symptomen.

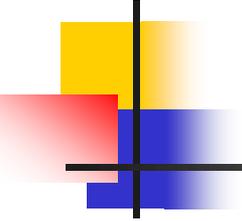


# Hypothese

---

Medizinische Professionelle sind im Aufnahmegespräch weniger an den **sozialen Rollen oder der Teilhabe** eines Betroffenen, als vielmehr an seinen **(gestörten) Funktionen** interessiert.

Daher werden Erzählungen, Erklärungen, Vermutungen, Schuldzuweisungen und nicht interessierende Details (mit Hinweis auf knappe Zeitressourcen) unterbrochen.

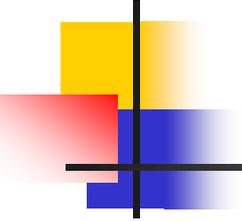


# Plädoyer für narrative Medizin

---

- Die Ziele der Patienten sind in **Erzählungen** eingebettet (**Narration**).
- Hinter dem Ziel „Ich möchte wieder gesund werden“ steht die Frage „Was bedeutet Gesundheit für Sie?“
- **Fragebögen, Therapieziellisten** und **(ICF)-Checklisten** können den Dialog nicht ersetzen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.). ICF in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 23 – 37.



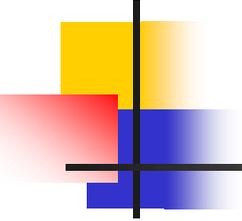
# Wie lange wird zugehört?

---

- Im Mittel darf ein Patient seine **Geschichte 28,6 Sekunden** erzählen.<sup>1</sup>
- Dabei wird er im Durchschnitt nach nur **18 Sekunden unterbrochen**.<sup>1</sup>
- Nach spätestens **23 Sekunden** wird das Anamnesegespräch in die vom aufnehmenden Arzt gewünschte Richtung gelenkt.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Quelle: Heath, I. (2005). Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis. In Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (Hrsg.). Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern: Huber, 115 – 125.

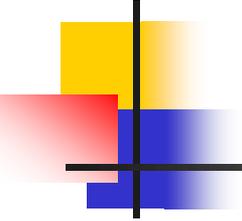
<sup>2</sup>Quelle: Prof. Dr. A. Kuhlmeier (2006). Partizipative Entscheidungsfindung in der Medizin. Vortrag Fachhochschule Linz (A), 20.01.2006.



# Konsequenzen

---

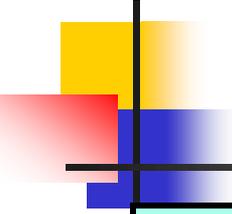
- Etwa **60% - 70%** aller Patienten werden an Therapieentscheidungen **nicht beteiligt**.
- Ca. **30% - 50%** aller Patienten mit einer Epilepsie, Hypertonie oder Diabetes befolgen die empfohlenen Behandlungsstrategien nicht.



# Warum finden es Patienten schwer, Ziele zu formulieren?

---

- Kliniken stellen eine machtvollen sozialen Kontext dar – die **Geschichten** des einzelnen **interessieren oft wenig**.
- Patienten sind es daher nicht gewohnt, nach Zielen gefragt zu werden.
- Sie erwarten von den **Spezialisten**, dass sie die **richtigen Ziele** (und Maßnahmen) wählen.



# Narration initiieren<sup>1</sup>

Sie haben gesagt, dass alles wieder so werden soll wie vor dem Schlaganfall. Welche Dinge haben Sie denn vor dem Schlaganfall gerne gemacht?

Sie haben gesagt, dass das Sprechen wieder richtig funktionieren soll. Wozu ist es Ihnen wichtig, wieder richtig sprechen zu können?

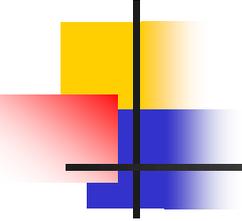
Sie haben gesagt, dass Sie wieder gesund werden wollen. Was bedeutet gesund werden für Sie?

Worauf sind Sie in Ihrem Leben besonders stolz?

Wenn Sie wieder zu Hause sind, welche Dinge möchten Sie gerne erledigen können?

Welche Wünsche haben Sie für die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik?

<sup>1</sup>nach: Grötzbach, H. (2004). Zielsetzung in der Aphasietherapie. Forum Logopädie, 18, 12 – 16.

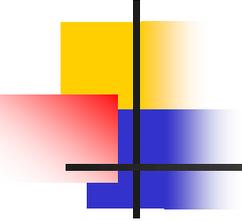


# Einteilung von Zielen in der Rehabilitation<sup>1</sup>

---

- Lebensziele; Ziele, die sich auf persönliche Werte und **die Teilhabe** an Lebensbereichen beziehen – **langfristige Perspektive: in Monaten oder Jahren erreichbar**
- Ziele, die sich auf das **Handeln** und **Funktionieren** im alltäglichen Leben beziehen – **mittel- und kurzfristige Perspektive: in Wochen oder Tagen erreichbar**

<sup>1</sup>nach: Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007). Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In Dettmers, Ch. et al. (Hrsg.) Schlaganfall Rehabilitation. Bad Honnef: Hippocampus, 121 – 133.



# ICF-orientierte Zieltabelle<sup>1</sup>

ICF-Komponente	Zeitachse	vereinbart mit	Spezifität
<b>Teilhabe-Ziele</b>	Monate oder Jahre	Rehabilitationsteam	als „horizon goals“ (Lebenswünsche) unspezifisch
<b>Aktivitäts-Ziele</b>	bis Ende Klinik-aufenthalt	Rehabilitationsteam	<b>möchte</b> Aktivität x wieder <b>können</b>
<b>Funktions-Ziele</b>	innerhalb einer Woche	jeweils zuständiger Fachkraft	genau und überprüfbar definieren

<sup>1</sup>nach: Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: paternalistisch oder partizipativ? LOGOS interdisziplinär, 18 (2), 119 – 126.

# Zielsetzung in der ICF: top-down<sup>1</sup>

von den **langfristigen Zielen** werden auf der Basis des Kontextes **mittel- und kurzfristige** abgeleitet

die Ziele sind **gemeinsame Ziele** vom interdisziplinären Team und Patienten

Teilhabe



Aktivitäten



Funktionen

Kontext

<sup>1</sup>nach: Frommelt, P. & Grötzbach, H. (2007). Zielsetzung in der Schlaganfallrehabilitation. In Dettmers, Ch. et al. (Hrsg.) Schlaganfall Rehabilitation. Hippocampus: Bad Honnef, 121 – 133.

# Berücksichtigung der Patientenziele in der Teamarbeit

Tag 1:  
Aufnahme



Tag 2: Team 1  
Lebensziele? **Teilhabeziele**



Tag 7: Team 2  
mittelfristige Ziele,  
**Aktivitäten, Funktionen**

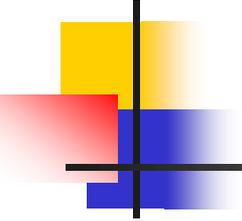


Tag 14: Team 3  
Revision, Verlängerung



Ende Reha: Team 4  
Entlassungsplanung,  
**Teilhabe**

Koordination  
Teammanager

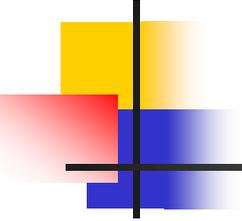


# Charakteristika des Zielsetzungsprozesses (1)<sup>1</sup>

---

- findet jeden Werktag von 09:00 bis 09:30 Uhr statt
- obligatorisch für die am Vortag angereisten Patienten (und evtl. Angehörige) sowie für das Stationsteam
- Dauer pro Patient ca. 15 Minuten
- Gespräch wird von einem erfahrenen Mitarbeiter des Teams im Dialog geführt

<sup>1</sup>Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.). ICF in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 23 – 37.

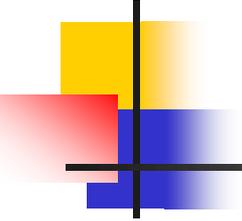


# Charakteristika des Zielsetzungsprozesses (2)<sup>1</sup>

---

- Dokumentation der Teilhabe- und Aktivitätsziele während des Gesprächs
- Bestimmung der Einzeltherapien am Ende des Gesprächs
- Patient erhält einen Behandlungsplan, in dem die Termine der Einzeltherapien eingetragen sind
- Patient erhält Kopie der Ziel-Dokumentation

<sup>1</sup>Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.). ICF in der Sprachtherapie. Idstein: Schulz-Kirchner, 23 – 37.



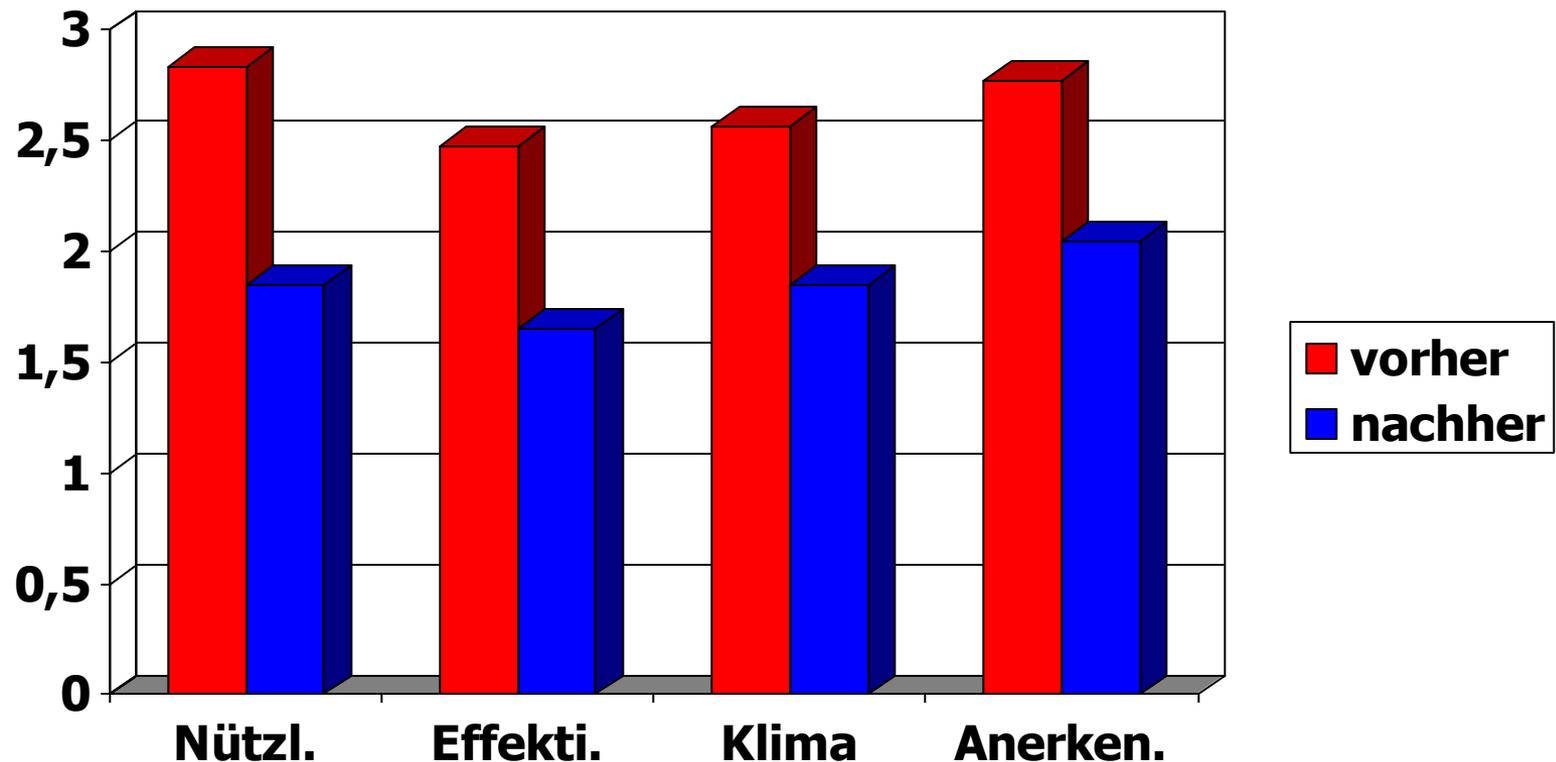
# Erfahrungen mit dem partizipativen Zielsetzungsprozess

---

- Nahezu **alle Patienten** können Ziele für ihre Rehabilitation formulieren.
- In der Regel werden zwischen **drei und fünf** Teilhabe- bzw. Aktivitätsziele definiert.
- Die Patienten können Ziele nach ihrer **Priorität** ordnen.
- Alle Patienten können Ziele für **Funktionsbeeinträchtigungen** angeben.
- **Zielsetzungsverträge** helfen, Absprachen in Erinnerung zu behalten (und Angehörige zu informieren)

# Evaluation der geänderten Teamarbeit<sup>1</sup>

Beurteilungen der Mitarbeiter (n = 35) **vor** und **nach** der Umstellung der Teamarbeit auf der Basis von Schulnoten (1 = bester Wert; 6 = schlechtester Wert)



<sup>1</sup>Quelle: Grötzbach, H. (2010): Therapieziele definieren: Paternalistisch oder partizipativ? LOGOS interdisziplinär, 18 (2), 119 – 126.



# Teamprotokoll

Rehabilitandenaufkleber

Protokollant:

Datum:

## subjektive Sicht des Rehabilitanden (Funktions- und Fähigkeitsstörungen, Beeinträchtigungen der Partizipation)

Erfahrungen mit Therapien:

Patient: Narration

Patient:  
Therapieerfahrungen

## Zielsetzung / Behandlungskonzept

### Ziele des Patienten

### wichtige Lebensbereiche / Lebensziele / Ziele für die Rehabilitation

Patient: langfristige Ziele

Patient: mittelfristige Ziele

### Zielsetzung Team

langfristiges übergeordnetes Rehabilitationsziel:

[ ] Teilhabe am Arbeitsleben ..

[ ] Rückkehr in die häusliche Umgebung

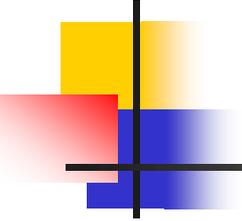
### Ziele auf der Ebene der Partizipation / Teilhabe am Leben

### aktueller Stand

Datum

Team: Teilhabeziele

Team: Verlauf



# Kennen Sie solche Zielformulierungen?

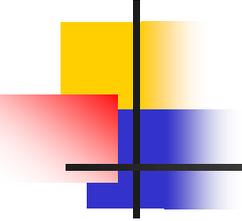
---

- „Ziel der Behandlung war es, ein möglichst physiologisches Gangbild wieder herzustellen.“
- „Das Ziel der Behandlung war ein Hirnleistungstraining, insbesondere ein Gedächtnistraining.“
- „In der Sprachtherapie stand eine Verbesserung der Wortfindung im Vordergrund.“

# SMART-Regeln für die Definition von Zielen<sup>1</sup>

Regel	Bedeutung	Erläuterung
<b>S</b> pecific	genau	Welche Leistung soll verbessert werden? Ist das Ziel für alle Beteiligten verständlich formuliert?
<b>M</b> easurable	messbar	In welchem Ausmaß soll sich die Leistung verbessern?
<b>A</b> chievable	erreichbar	Ist das Ziel während des gesamten Behandlungsabschnitts erreichbar?
<b>R</b> elevant	bedeutsam	Stimmt das formulierte Ziel mit den Zielen/Wünschen des Patienten überein? Ist es für ihn wichtig?
<b>T</b> imed	zeitlich bestimmt	In welchem Zeitraum soll das Ziel erreicht werden?

<sup>1</sup>nach Collicut McGrath, J. & Kischka, U. (2010). Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Rehabilitation. In Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.). NeuroRehabilitation. Heidelberg: Springer, 107 – 113.

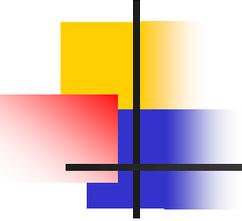


# goal attainment scaling (1)

---

Alternativ zur SMART-Regel kann das „**goal attainment scaling**“ (GAS) verwendet werden<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>vgl. Hurn, J. et al. (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. Clinical Rehabilitation, 20, 756 – 772.

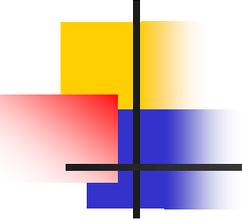


## goal attainment scaling (2)

---

Dem „**goal attainment scaling**“ liegt der Gedanke zugrunde, dass sich Therapieziele am besten an den **individuellen Bedürfnissen** eines Patienten orientieren. Dabei werden die wechselnden Bedürfnisse im Zeitverlauf berücksichtigt<sup>1</sup>.

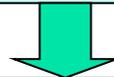
<sup>1</sup>vgl. Hurn, J. et al. (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. Clinical Rehabilitation, 20, 756 – 772.



# GAS: So funktioniert's (1)

## Schritt 1:

In Zusammenarbeit mit dem Patienten werden zwischen drei und fünf Zielen festgelegt.



## Schritt 2:

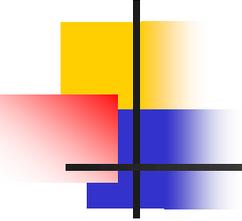
- Gewichtung der Ziele durch
- den Patienten (Wichtigkeit)
  - die Fachkräfte (Schwierigkeit)



## Schritt 3:

Definition der Ziellevels  
(von - 2 über 0 bis + 2)



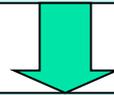


# GAS: So funktioniert's (2)

---

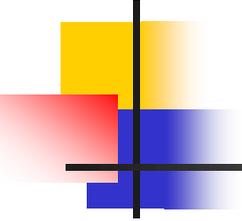
## Schritt 4:

Ermittlung des Ausgangsstatus des Patienten  
(„base level“)



## Schritt 5:

Auswertung und Bestimmung des erreichten Ziellevels  
(idealerweise durch Patient und Fachkraft)



# GAS: Qualitätskriterien

---

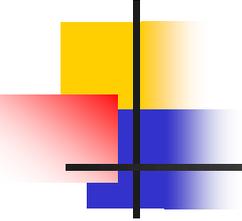
Das „goal attainment scaling“ erfüllt alle psychometrischen Gütekriterien: Es ist **reliabel**, **valide** und **sensitiv**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>vgl. Hurn, J. et al. (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. Clinical Rehabilitation, 20, 756 – 772.

# GAS: Beispiel<sup>1</sup>

<b>GAS</b>	<b>Ziel: Lesen und das Gelesene wiedergeben können</b>
+ 2	<i>Viel mehr als erwartet:</i> Patient kann innerhalb von drei Wochen einen Artikel mit einer Länge von einer Seite fehlerfrei vorlesen und den Inhalt anschließend ohne Hilfen wiedergeben
+ 1	<i>Mehr als erwartet:</i> Patient innerhalb von drei Wochen einen Artikel mit einer Länge von einer Seite fehlerfrei vorlesen und den Inhalt anschließend mit Notizen wiedergeben
0	<i>Erwartetes Ziel:</i> Patient möchte innerhalb von drei Wochen einen Artikel mit einer Länge von einer halben Seite fehlerfrei vorlesen und den Inhalt anschließend mit Notizen wiedergeben können
- 1	<i>Weniger als erwartet:</i> Patient kann innerhalb von drei Wochen einen Artikel mit einer Länge von einer halben Seite fehlerfrei vorlesen, den Inhalt jedoch nur mit Unterstützung eines Gesprächspartners und mit Notizen wiedergeben
- 2	<i>Viel weniger als erwartet:</i> Patient kann innerhalb von drei Wochen einen Text nur mit Fehlern vorlesen und den Inhalt anschließend weder mit Hilfe von Notizen noch mit Unterstützung eines Gesprächspartners wiedergeben

<sup>1</sup>nach Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: Paternalistisch oder partizipativ? LOGOS interdisziplinär , 18 (2), 119 – 126.



# Zielsetzung in der Therapie<sup>1</sup>

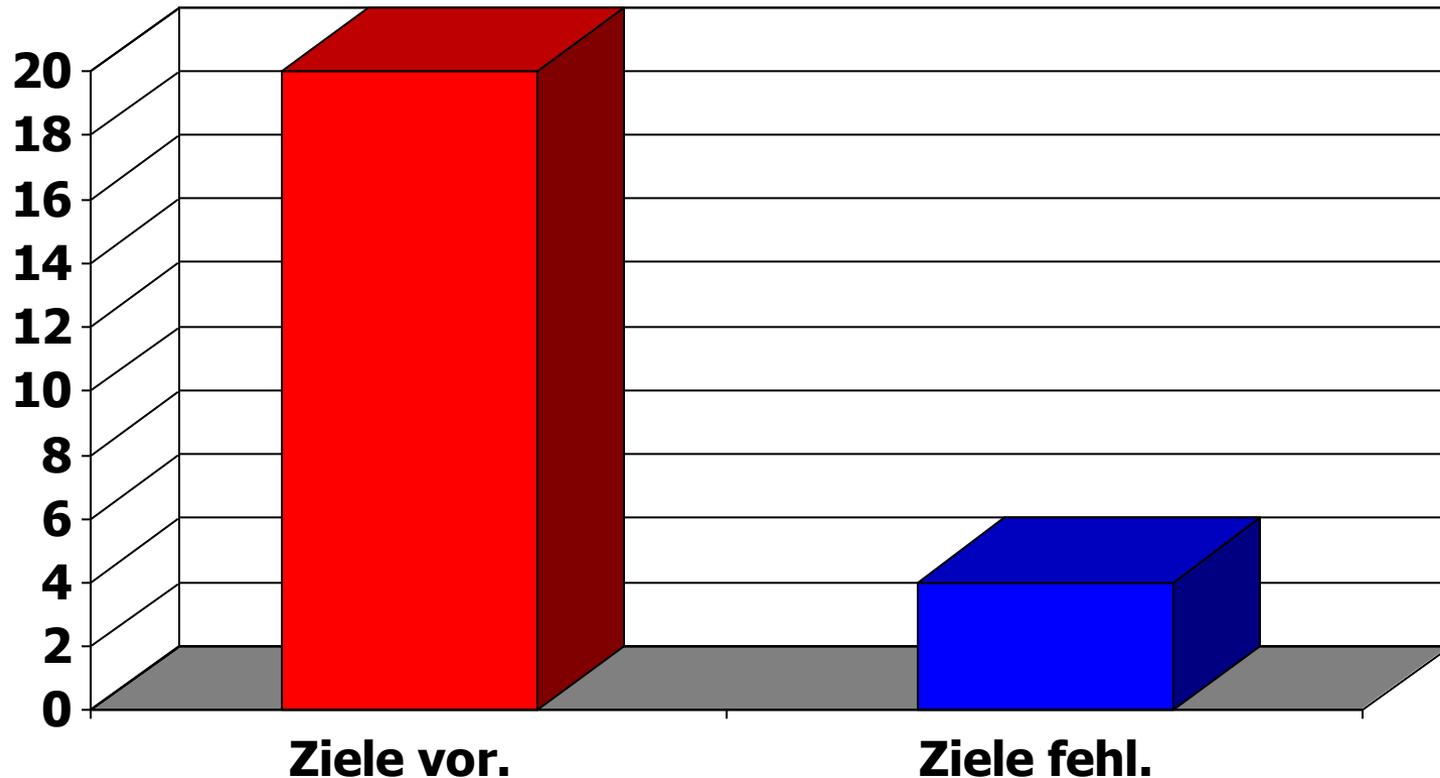
---

Nach der ICF stehen in der Rehabilitation bei der Definition von Zielen die Komponenten „Aktivität“ und „Partizipation“ (**Teilhabe**) im Vordergrund. Für die Therapien bedeutet dies,

- **patientenzentrierte** Ziele und keine
  - von **Symptomlisten** abgeleitete Ziele
- zu formulieren.

# Zielsetzung in der Praxis (1)

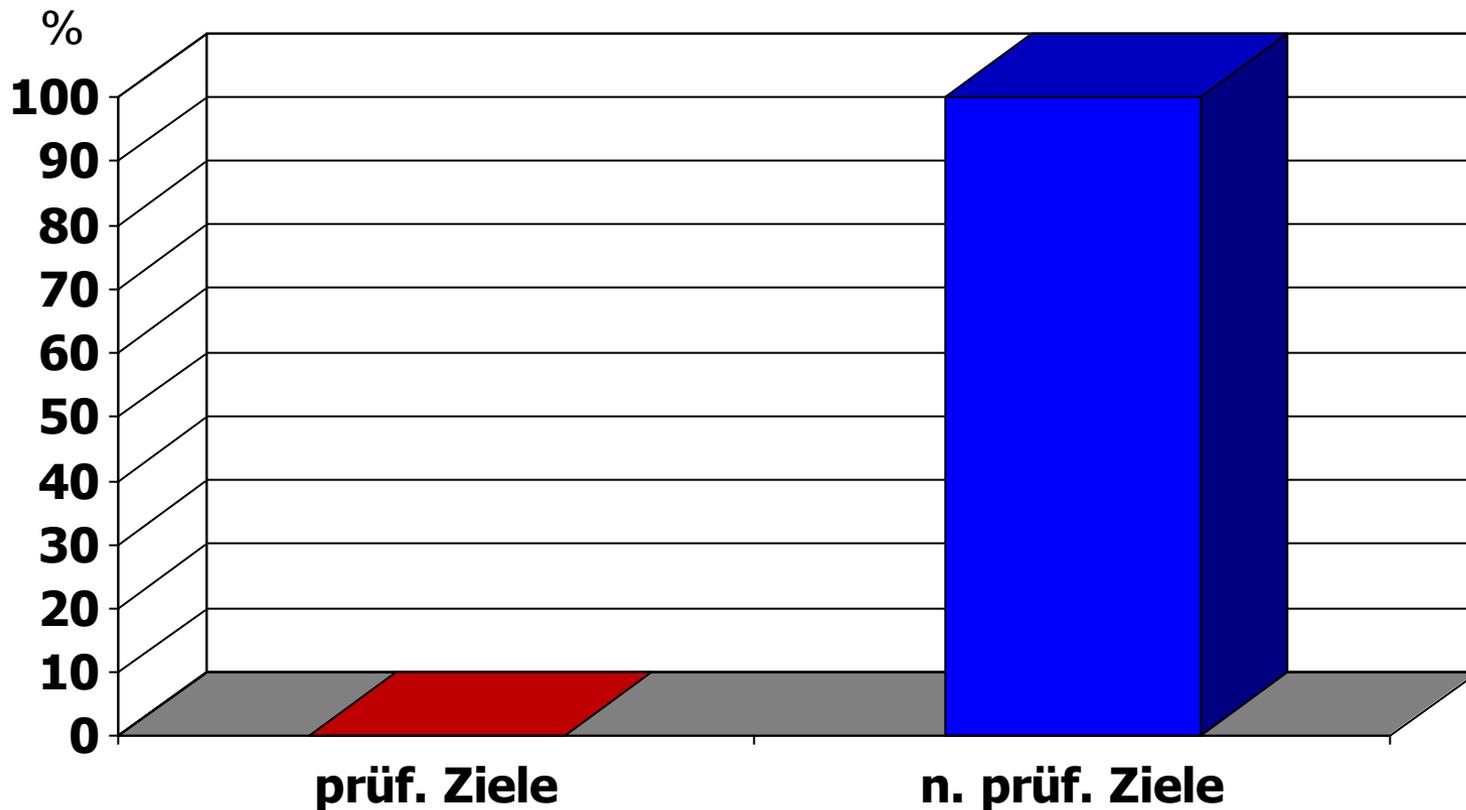
Analyse von 24 Aphasie-Therapieberichten<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Quelle: Dallmeier, P. & Thies, C. (2009). Logopädische Berichte in der Aphasietherapie – Einbindung alltagsrelevanter klientenzentrierter Ziele. Bachelor-Arbeit: HAWK Hildesheim.

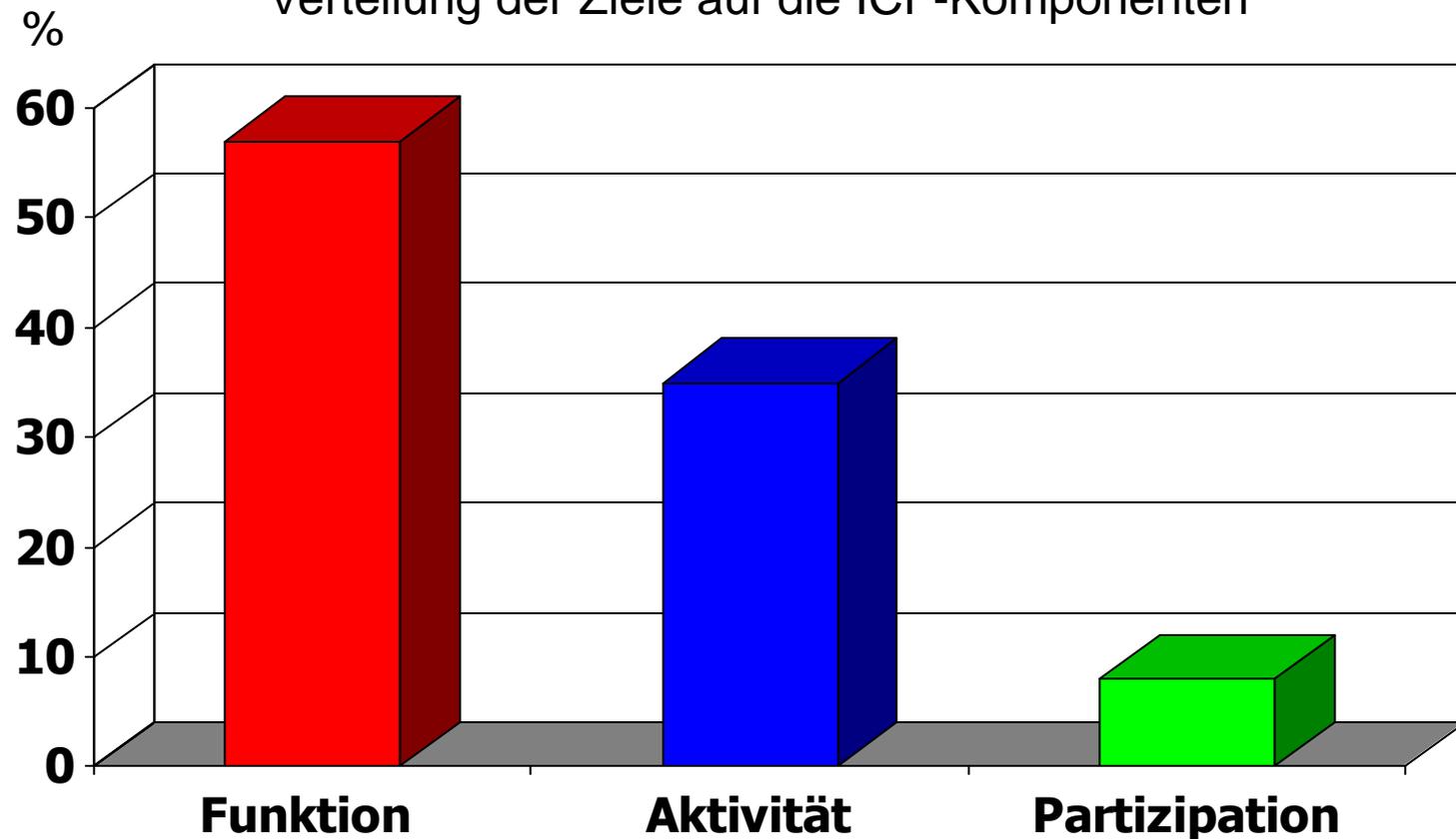
# Zielsetzung in der Praxis (2)

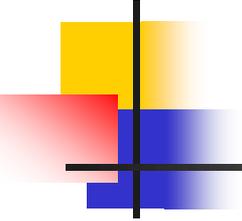
Prüfbarkeit der Ziele



# Zielsetzung in der Praxis (3)

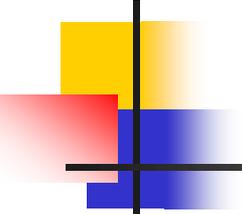
Verteilung der Ziele auf die ICF-Komponenten





# Zieldokumentation (1)

ICF-Komponente	Beispiele
<b>Funktion</b>	Verbesserung des Zugriffs auf Repräsentationen im phonologischen Output-Lexikon Verbesserung der Sprachverständnisseleistungen Verbesserung des auditiven Sprachverständnisses Förderung der schriftsprachlichen Leistungsfähigkeit Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit
<b>Aktivität</b>	Kommunikation über etwaige Schmerzen
<b>Partizipation</b>	Eingliederung in die familiäre Umgebung trotz schwerer Kommunikationsstörungen



# Ziel-Dokumentation (2)

---

HNO-Phoniatrie-Gemeinschaftspraxis · [REDACTED]

An die  
Logopädischen Therapeuten und  
Logopädischen Praxen

**Therapieberichte**

Juni 2010

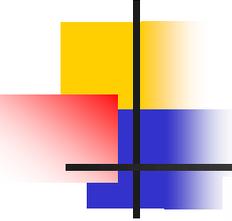
Sehr verehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie höflich bitten, die Therapiebericht zu und nach den jeweiligen Behandlungen unserer Verordnungen HMR durchzuführen. Wir wissen, dass in den Logopädenkreisen die sog. Therapiepflicht teilweise kontrovers diskutiert wird, aber wir als phoniatriisch-pädaudiologische Versorgungspraxis hier im [REDACTED] Raum müssen auf Therapieberichten bestehen, aus 3 Gründen:

1. Rückkoppelung für uns als fachärztliche Verordner, damit wir sehen und lesen können was Sie in der Therapie machen.
2. Damit wir die Therapie von unserer Seite auch den Eltern aus Ihren fachtherapeutischen Erläuterungen mit (begleitend) erklären können.
3. Als Rechtfertigung und Begründung vor den Krankenkassen und Prüfungsstellen.

Wir früher schon dargelegt, bitten wir um eine komprimierte Datenübermittlung wie folgt:

- Therapieberichte können durchaus auf frühere Therapieberichte abstellen, bzw. sollen sogar in Stichworten sein.
- Sie sollten im Wesentlichen die therapeutischen Methoden und das Therapieziel herausarbeiten



# Ziel-Dokumentation (3)

---

## Logopädie      Schwerpunkte

- \* Costoabdominale Atmung
- \* Entspannen
- \* atemangepasste Phonation
- \* weicher Stimmeinsatz
- \* Artikulation
- \* Schlucktraining

# Ziel-Dokumentation (4)

18.11.10

Erstbefund  Zwischenbericht  Abschlussbericht

~~Sehr geehrte Frau Dr.~~ / sehr geehrter Herr Dr. [redacted]

ich danke für die Überweisung Ihres/~~er~~ Patienten/in [redacted], geboren am [redacted]

Die logopädische Therapie für die Verordnung vom 30.09.10 wurde in der Zeit vom 01.10.10 bis 12.11.10 durchgeführt. Es fanden insgesamt 11 Behandlungseinheiten statt.

Diagnostikkürzel: SP1 Logopädischer Befund: Aphasie / Sprechapraxie

Leitsymptomatik: Wortfindungsstörungen u. Probleme beim Sprechen die richtigen Laute zu finden.

Funktions- und Therapiebereiche (expressiv/rezeptiv):

<input checked="" type="checkbox"/> Sprache	<input checked="" type="checkbox"/> Sprechen	Stimme	Schlucken
Phonologie	Phonetik/Artikulation	Sprechstimme	Schlucken
Semantik/Lexikon	Redefluss	Singstimme	Orofaziale Funktion
Morphologie		Phonationsatmung	
Syntax		Haltung	
Pragmatik			
Schriftsprache			

Behandlungsstand:

Der Patient zeigt ein deutlich gebessertes Sprachverständnis. Auch seine Wortfindung ist massiv besser geworden. Durch gemeinsames Üben ist H. [redacted] nun mehr in der Lage ganze Sätze fehlerfrei nach zu sprechen.

Noch zu bearbeitende Therapiebereiche:

Die Leistungen des Patienten in allen Defizitbereichen auf ein bestmögliches Niveau zu bringen.

Ergebnis / Empfehlung: Logopädische Behandlung

mit Erfolg beendet  mit Teilerfolg beendet  abgebrochen  weiterhin erforderlich

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

[redacted]

# Ziel-Dokumentation (5)

07.02.11

Erstbefund  Zwischenbericht  Abschlussbericht

Sehr geehrte Frau Dr. / sehr geehrter Herr Dr. [redacted]

ich danke für die Überweisung Ihres/Patienten/ir. [redacted], geboren am [redacted]

Die logopädische Therapie für die Verordnung vom 23.12.10 wurde in der Zeit vom 23.12.10 bis 04.02.11 durchgeführt. Es fanden insgesamt 31 Behandlungseinheiten statt.

Diagnostikkürzel: SP1 Logopädischer Befund: Aphasie / Sprachapraxie

Leitsymptomatik: Wortfindungsstörungen und Probleme beim Sprechen

die richtigen Laute zu finden.

Funktions- und Therapiebereiche (expressiv/rezeptiv):

<input checked="" type="checkbox"/> Sprache	<input checked="" type="checkbox"/> Sprechen	Stimme	Schlucken
Phonologie	Phonetik/Artikulation	Sprechstimme	Schlucken
Semantik/Lexikon	Redefluss	Singstimme	Orofaziale Funktion
Morphologie		Phonationsatzung	
Syntax		Haltung	
Pragmatik			
Schriftsprache			

Behandlungsstand:

Der Patient zeigt sich sehr motiviert. Entsprechend sind seine sprach- bzw. sprachlichen Leistungen deutlich besser geworden. Bei Übungen für semantischen Fluorid macht er kaum noch Fehler, auch kann er Begriffe mit Hilfe vom Ländbild bzw. Anlaufhilfe überwinden. Noch zu bearbeitende Therapiebereiche: konkret Sprechen.

Weiterhin Vertiefung der sprachlichen Kompetenzen und des Sprechens. Auch würde ich auf Grund des jüngeren Alters und der damit einhergehenden Hörschärfe des Patienten durchaus zu einer nachmaligen Reha rate,

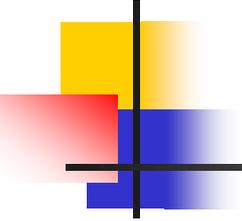
Ergebnis / Empfehlung: Logopädische Behandlung

mit Erfolg beendet  mit Teilerfolg beendet  abgebrochen  weiterhin erforderlich

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

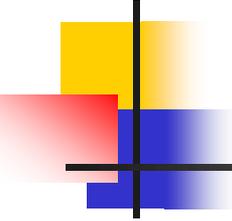
[redacted]



# Ziel-Dokumentation (6)

---

Auch am Ende der Therapiephase traten weiterhin vereinzelt Begriffe auf, die Herr [REDACTED] nicht verstand. Dann waren semantische Merkmale nicht bekannt und mussten erarbeitet werden. Zeichnungen waren dabei von Vorteil. Sie halfen dem Patienten, den Begriff zu verstehen und einzuordnen. Bei einer Nachuntersuchung des auditiven Satzverstehens fielen weiterhin Probleme auf. Herr [REDACTED] hatte bei allen Satzstrukturen (SVO-Sätze, OVS-Sätze mit und ohne eindeutig markiertem Subjekt bzw. Objekt, Passivsätze, Modalsätze und semantisch irreversible Sätze) Probleme diese sicher den passenden Bildern zuzuordnen.

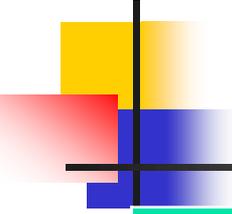


# Transparentes Therapieangebot?

---

mögliche Therapiemaßnahmen<sup>1</sup>:

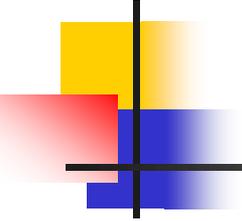
- Nudelholztrainer
- Knetgruppe
- soziale Kompetenzgruppe
- Koord. I
- Lebensstiländerungen
- Mimikgruppe
- Aqua-Fit



# Dokumentation

## Zielsetzung

1. **Teilhabe-Ziele** (langfristige Ziele und Lebenswünsche des Patienten)
2. **Aktivitäts-Ziele** (gemeinsame Ziele bis zum Ende der Reha)
3. **Funktions-Ziele** (kurz- und mittelfristige Ziele während der Reha erreichbar)
4. **Kontext-Ziele**
5. **Therapieverlauf und Therapieergebnis**



# Tipps

---

- die **anamnestischen Angaben** als indirekte Rede im Entlassbericht wiedergeben
- den Patienten im Bericht **„lebendig“** werden lassen: statt „affektiv nicht schwingungsfähig“ beschreiben, wie der Patient wirkt
- die **erfragten Ziele im Bericht wortwörtlich** angeben
- die vereinbarten Ziele in einem Dokument festhalten und dem Patienten mitgeben (**„Zielsetzungsvertrag“**)

# Schluss (1)



Asklepios-Klinik  
Schaufling

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Aufmerksamkeit 😊

# Schluss (2)



**Bei Fragen: e-Mail genügt!**

**[h.groetzbach@asklepios.com](mailto:h.groetzbach@asklepios.com)**