

Partizipative Zielvereinbarung mit PatientInnen in der Rehabilitation¹

Manual für Ärzte, Therapeuten & Pflegende

Susanne Dibbelt^a

Antje Dudeck^b

Manuela Glattacker^b

Bernhard Greitemann^a

Wilfried Jäckel^b

Hartmut Pollmann^c

Monika Schaidhammer^a

Edith Wulfert^a

(a) Institut für Reha-Forschung Norderney e.V., Reha-Klinikum Bad Rothenfelde (IfR)

(b) Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Universitätsklinikum Freiburg

(c) Rehabilitations-Forschungsnetzwerk refonet der DRV Rheinland, Bad Neuenahr

¹ Gefördert im Förderschwerpunkt „Versorgungsnaher Forschung: Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Eine gemeinsame Initiative des BMBF, des BMG und BMAS, der Deutschen Rentenversicherung, der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

Inhalt	
1. Einleitung und Übersicht	4
2. Die Bedeutung von Zielvereinbarungen für die Rehabilitation	4
2.1 Welche Eigenschaften müssen Ziele haben, um zu motivieren?	5
2.2 Die SMART-Regel	5
2.3 Die Erarbeitung von gemeinsamen, umsetzbaren Zielen	6
2.4 Partizipative Zielvereinbarung: Von den Anliegen des Patienten ausgehen	7
2.5 Entwicklungslinien von Zielformulierungen	8
Tabelle 1: Entwicklungslinien von Zielformulierungen	10
3. Der Dialog und das Formular zur Zielvereinbarung	10
3.1 Das Formular zur Zielvereinbarung: Parziform-Arzt	11
Tabelle 2: Elemente des Zieledialogs in der ParZivar- Intervention	12
3.2 Ausführliche barriereorientierte Planung von Reha-Zielen nach Entlassung auf dem Parziform-N-Formular (Tabelle 3)	18
3.3 Parziform-Therapeut: Zielvereinbarung und Bilanzen zwischen Patient und Therapeut oder Betreuer	18
Tabelle 3: Parziform-N: Planung von Reha-Zielen nach Entlassung	19
4. Die Implementierung der Intervention zur Zielvereinbarung in die Abläufe der Klinik	20
4.1 Zu klärende Fragen	20
4.2 Umsetzungsbeispiel	20
4.3 Ausfälle und gesonderte Termine für das Zielgespräch	21
4.4 Zielvereinbarungen mit Therapeuten	22
4.5 Dokumentation der Ziele, Maßnahmen und Indikatoren	22
4.6 Kommunikation der Ziele im Team	22
5. Erwartete Kosten und Nutzen der Intervention	22
6. Danksagung	23
7. Literatur	24
Anhang	27

Anhang Inhalt

Die Formulare zur Zielvereinbarung	27
Parziform-Arzt: Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient, Seite 1	28
Parziform-Arzt: Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient, Seite 2	29
Parziform-Arzt: Beispiele für eine Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient	
Beispiel I: gesundheitliche Ziele	30
Beispiel II: berufliche Ziele	32
Parziform-Arzt: Beispiel mit Erläuterungen (Sprechblasen)	34
Parziform-Therapeut: Zielvereinbarung zwischen Therapeut und Patient	36
Parziform-N: Ausführliche barriereorientierte Planung von Reha-Zielen nach Entlassung	38
Ausschlusskriterien: Aufkleber für den Arztbogen (zur Überprüfung durch den Arzt bei Aufnahme)	
Koronare Herzkrankheit	39
Diabetes mellitus	40
Chronischer Rückenschmerz	41
Fallbeispiele: Übersicht	42
Fallbeispiel 1: Patient mit Koronarer Herzkrankheit	43
Fallbeispiel 2: Patient mit Diabetes mellitus Typ 2	44
Fallbeispiel 3: Patient mit chronischen Rückenschmerzen	45
Tabelle 4: Leitfragen zur Konkretisierung von Patientenzielen	46
ICF und typische Reha-Ziele von RehabilitandInnen (Dudeck, 2009)	47

1. Einleitung und Übersicht

Das vorliegende Manual ist eine Anleitung zur Umsetzung partizipativer Zielvereinbarungen zwischen Behandlern und Rehabilitanden.

Indikationsspezifische Zielkataloge liegen zwar vielfach vor, jedoch mangelt es an der Abstimmung der Zielvorstellungen zwischen Behandler und RehabilitandInnen (Meyer et al., 2007; Glattacker et al. 2009). Patienten sind vielfach 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, Patienten 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 Patienten zu einer gemeinsamen teilhabe- und umsetzungsorientierten Zieldefinition zu gelangen.

Den theoretischen Hintergrund unseres Ansatzes bilden an erster Stelle motivations- und volitionspsychologische Ansätze, die ein handlungsorientiertes Ziel- und Umsetzungsmanagement (Kuhl, 1983; 2001; Heckhausen, Gollwitzer & Weinert, 1987; Gollwitzer, 1991; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006).

ins Zentrum eines erfolgreichen Krankheitsmanagements stellen sowie das Konzept der Funktion und Teilhabe als Kernkonzept der WHO-Definition von Gesundheit, reflektiert in den ICF.

In diesem Manual werden Kriterien erläutert, denen teilhabe orientierte Ziele von Patienten und Behandlern genügen sollten, wenn sie handlungsleitend und motivierend sein sollen (Kapitel 2). Wie Ziele im Sinne eines partizipativen Prozesses im *Dialog* erarbeitet werden können, ist Gegenstand von Kapitel 3. In Kapitel 4 geben wir dann konkrete Hinweise für die Umsetzung und Implementierung der Intervention.

2. Die Bedeutung von Zielvereinbarungen für die Rehabilitation

Zielklärungen und Zielvereinbarungen haben sich inzwischen in verschiedenen gesellschaftlichen Domänen bewährt und sind in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich gut dokumentiert. Erst, wenn Menschen eine klare und *positive* Vorstellung des Zielzustandes sowie einen Weg sehen, wie man Ziele erreichen oder ihnen näher kommen kann und wenn sie sich zutrauen, diesen Weg zu gehen, sind sie auch bereit, Anstrengungen und Entbehrungen zur Erreichung eines Zieles auf sich zu nehmen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Abstimmung der Zielvorstellungen von Patienten und Ärzten oder Therapeuten. Diese können weit auseinander klaffen. Erst, wenn Arzt und Patient „an einem Strang ziehen“, führen Maßnahmen auch zum gewünschten Ergebnis. Die Formulierung von Behandlungszielen zu Beginn der Rehabilitation wird seit langem von verschiedenen Autoren als eine wesentliche Aufgabe dargestellt (z.B. Vogel et al., 1994; Wade (1998, 2009).

2.1 Welche Eigenschaften müssen Ziele haben, um zu motivieren?

Aus der Motivationsforschung weiß man inzwischen sehr gut, wie Ziele beschaffen und formuliert sein müssen, wenn sie Menschen motivieren sollen.

Positiv: Wenn ich mir vorstellen kann, wie glücklich und zufrieden ich sein werde, wie schön die Aussicht ist, die ich genießen werde, wenn ich auf dem Gipfel stehe, wenn ich weiß, welchen Weg ich gehen muss, dass ich den Aufstieg prinzipiell bewältigen und vielleicht sogar genießen kann, wenn ich weiß, was mir hilft, Durchhänger und brennende Muskeln zu überwinden, dann sind die Aussichten, das Ziel zu erreichen, groß.

Realistisch: Dabei ist es wichtig, dass man sich realistische Ziele setzt, die - wenn nicht während des Reha-Aufenthaltes, so doch irgendwann einmal - erreicht werden können. *Zu schwierige* und *zu leichte* Ziele untergraben die Motivation.

Konkret und umsetzbar: Zielformulierungen sollten möglichst konkret sein, sonst können sie nicht handlungsleitend werden. Formulierungen wie „Es soll mir besser gehen“ sind daher problematisch und müssen geklärt und spezifiziert werden. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind: Was heißt „besser“? Warum geht es mir jetzt schlecht, was muss sich verändern und in welchem Maße? Welche Maßnahmen sind geeignet, etwas zu verändern? Patienten haben häufig genauere Vorstellungen, als sie äußern. Wie stehen Patienten zu diesen Maßnahmen? Welche Erfahrungen haben sie ggf. damit schon gemacht? Welche Ergebnisse erwarten Patienten im Rahmen der Reha? In einem *Zieledialog* zwischen Arzt und Patient (s.u.) müssen diese Fragen bearbeitet und geklärt werden (s. a. Faller et al., 2000 zu der Unterscheidung zwischen der auf die Maßnahmen gerichtete Prozessenerwartung und Ergebniserwartung).

Zu der Forderung nach Konkretheit gehört auch die Benennung von *Indikatoren*, an denen man eine Veränderung (Verbesserung oder Verschlechterung) festmachen kann: Optimalerweise handelt es sich dabei um messbare Größen wie die Gehstrecke oder das zu hebenden Gewicht. Die stehen jedoch nicht immer zur Verfügung. Subjektive Einschätzungen auf numerischen Ratingskalen (NRS) sind dann sinnvoll, wie z.B. die visuelle Analog-Skala (VAS) zur Einschätzung der subjektiven Schmerzstärke.

2.2 Die SMART-Regel

Merkmale von motivierenden und umsetzbaren Zielen sind in der so genannten SMART-Regel genauer formuliert. SMART steht für:

S: Selbstbezogen, persönlich wichtig, bedeutsam

M: Messbar

A: Aktionsorientiert, konkret, umsetzbar

R: Realistisch & akzeptabel

T: Terminiert

Selbstbezogen, persönlich wichtig, bedeutsam: **Selbst bezogen**: Das Ziel ist für den Patienten persönlich wichtig oder es knüpft an wichtige Lebensziele an; daher ist es auch wichtig, dass Ziele in der Sprache der Patienten formuliert sind und nach den Begriffen der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) *Teilhabeziele* sind, d.h. auf die Aktivität oder Funktion gerichtet sind, die durch die Erkrankung eingeschränkt ist.

In den Begriffen der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) spricht man auch von Teilhabezielen; Patienten sollen an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeit, Familie und gesellschaftlichem Leben möglichst uneingeschränkt teilnehmen können. Nach dem Konzept der ICF hängt die Funktion nicht nur von dem (a) Ausmaß der Symptome oder Schädigung ab, sondern auch (b) von den Anforderungen z.B. der Berufstätigkeit und (c) den sowohl patientenseitigen als auch Umgebungsressourcen.

Außerdem enthalten selbst bezogene Ziele Angaben, was der Patient dazu beitragen kann, damit dieses Ziel erreicht wird. Ziele, die davon abhängen, dass andere Leute etwas für uns tun, werden eher selten erreicht. D.h. *Ich* werde aktiv, um mein Ziel zu erreichen, und warte nicht auf "günstige Umstände", die sich dann doch leider niemals einstellen. Deshalb heißt es auch auf den Parziform-Formularen: „Mein Ziel ist...“.

Messbar: Es gibt konkrete Kriterien, an denen ich erkennen kann, ob das Ziel erreicht wurde, d.h. ob eine Verbesserung eingetreten ist und ob diese dem angestrebten Ziel entspricht (z.B. die Laufstrecke von 100 auf 500 m gesteigert).

Aktionsorientiert oder **ausführbar**: Die Art und Weise, in der ich das Ziel formuliere, sorgt dafür, dass ich auch tatsächlich etwas aktiv tue. Dabei ist die positive Formulierung wichtig. Beispiel: "ich genieße jeden Tag eine leckere Mahlzeit aus Obst und Gemüse" statt "ich esse weniger". Auch sollte man bereit sein, die „Kosten“, z.B. Anstrengung, Zeit, Schmerzen, zu tragen bzw. Strategien entwickeln, wie die Kosten tragbar werden. Hierzu ist die Barriereorientierte Planung hilfreich (s. Abschnitt 3.2).

Realistisch: Ziele sollten so formuliert sein, dass sie in einer bestimmten Zeit erreicht werden können. Mittelschwere Ziele, die man auch erreichen kann, sind motivierender als schwere oder sehr leichte Ziele.

Terminiert: Es gibt ein konkretes Datum oder zumindest einen Zeitraum, in dem das Ziel erreicht sein sollte.

2.3 Die Erarbeitung von gemeinsamen, umsetzbaren Zielen

Viele Patienten kommen mit diffusen und eher unklaren, zum Teil auch unrealistischen Zielvorstellungen zur Rehabilitation. Anders als gelegentlich angenommen (Bergelt et al., 2000; Meyer et al., 2008) sind Zielvorstellungen von Patienten keineswegs immer lebensweltlich orientiert im Sinne der ICF: Sie sind häufig auf die Symptome fixiert und beziehen sich auf die Beseitigung eines *negativen* Zustandes (wie z.B. Schmerzen).

Hier ist es wichtig, mit dem Patienten zu erarbeiten, welche *positiven* Folgen die Beseitigung des negativen Zustandes hat. Wichtige Leitfragen dazu sind: „Was wird anders, wenn Sie keine Schmerzen mehr haben?“ „Was können Sie dann wieder tun?“ „Was ändert sich im positiven Sinne?“ Da gerade auch stark belastete Patienten 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 Symptomreduktion durchaus als Anfangsziel formuliert werden, primär sollten aber Funktions- oder Teilhabeziele vereinbart werden.

2.4 Partizipative Zielvereinbarung: Von den Anliegen des Patienten ausgehen

Damit Zielvereinbarungen ihre motivierende Wirkung entfalten können, müssen sie *durch den Patienten selbst* oder mit ihm gemeinsam formuliert werden. Die Ziele sollten an wichtige Anliegen des Patienten anknüpfen, die Sie als Behandler vielleicht erst mit dem Patienten erarbeiten müssen. Wie Sie dies in dem so genannten Zieledialog optimal gestalten, wird unten (in Kap. 3) erläutert.

Vogel et al., S. 753: „Den Patienten nach seinen Reha-Zielen zu fragen, heißt nicht, dass die Reha-Ziele allein vom Patienten ausgehen sollen. Es ist aber notwendig, diese zu berücksichtigen und gemeinsam mit dem Patienten eine Vereinbarung über die Ziele der Behandlung zu treffen.“

Auf der anderen Seite haben Sie als Arzt, Therapeut oder Pflegender eine genaue Vorstellung, was aus medizinischer Sicht erstrebenswert und erreichbar ist. Ihre Vorstellungen und die Anliegen des Patienten müssen zunächst geklärt, besprochen und dann abgestimmt werden. D.h., Sie müssen dem Patienten Ihre Zielvorstellungen deutlich machen, ihm erklären, wie Ihre Behandlungen und Maßnahmen wirken und was sie dazu beitragen, seine Ziele zu erreichen. Nicht immer werden Patienten von Ihren Zielen und Maßnahmen gleich begeistert sein; denken Sie z. B. an Patienten, die Schmerzen haben und denen Sie als Arzt „sportliche Aktivität“ nahe legen. Sie müssen also dem Patienten erst einmal (in seinen Begriffen) deutlich machen, was er davon hat, wenn er das in Kauf nimmt, wovor er sich fürchtet.

Sowohl die systematische Erarbeitung *gemeinsamer* Reha-Ziele im Zieledialog als auch die systematische Dokumentation zielt darauf, Reha-Ziele im Reha-Team transparent zu machen, auszuhandeln sowie zu einer gemeinsamen Sprachregelung zu finden. Zur Dokumentation der gemeinsamen Ziele wurde ein *Formular zur Zielvereinbarung* entwickelt, das als roter Faden Patient und Behandler durch die Reha begleiten soll. Auf diesem Formular (Parziform) können *Ausgangsziele*, *Zielerreichungsbilanzen* zu Reha-Mitte und Reha-Ende sowie mögliche Revisionen und *Ziele für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt* dokumentiert werden. Zielvorstellungen entwickeln sich erst im Laufe der Zeit und durch Erfahrungen mit den Maßnahmen: Das Ziel „10 kg Gewicht heben“ kann zu Reha-Beginn eine Überforderung sein, zu Reha-Ende oder als Nachreha-Ziel jedoch angemessen sein.

2.5 Entwicklungslinien von Zielformulierungen

Je nachdem, wie Patienten oder auch Behandler die Ziele anfänglich formulieren, ergeben sich unterschiedliche Entwicklungslinien.

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, Ernährungsgewohnheiten und andere einflussreiche Verhaltensweisen (wie Sport treiben) langfristig umzustellen und diese Veränderungen stabilisieren. Solche Ziele sind komplex, d.h. sie zielen nicht nur auf die Veränderung eines bestimmten Parameters, sondern verlangen die Regulierung zahlreicher Größen im Sinne des Selbstmanagements.

Unspezifische versus spezifische Ziele. Häufig sind Ziele sehr allgemein und unspezifisch formuliert. Dann steht da: „Schmerzlinderung“ oder „Verbesserung der Funktion“. Solche „Weniger von...“-Ziele erfordern einen *Anker* (Wie stark sind die Schmerzen aktuell?) und die Benennung einer *Zielgröße*: Welches Ausmaß der Reduktion würde der Patient, die Patientin als Erfolg ansehen? (z.B. eine Reduktion von einer aktuellen Schmerzstärke von 8 auf der Visuell-Analog-Skala auf 2). Ist eine solche Reduktion realistisch während des Reha-Aufenthaltes zu erwarten? Welche Maßnahmen können dazu beitragen?

Symptomorientierte versus Funktionsziele. Idealerweise sollten solche Symptomorientierten („Weniger von...“-)Ziele vermieden werden; besser ist eine funktionsorientierte, auf Aktivitäten bezogene Formulierung: Was möchte ich wieder tun können, was ich wegen der Schmerzen jetzt nicht tun kann? Wir haben uns entschieden, *symptomorientierte* Ziele zu zulassen, weil sie für die Patienten häufig zu Beginn der Reha im Vordergrund stehen. Symptomorientierte Ziele sollten aber in funktionsorientierte Ziele überführt oder zumindest auf sie bezogen werden (s. dazu Vogel et al, 1994b, S. 752). Im Unterschied zu akuten Erkrankungen erfordern chronische Erkrankungen langfristige Veränderungen der Lebensweise, die vom Patienten auch Engagement nach der Reha erfordern.

Klärungsziele versus Ergebnisziele. Im Unterschied zu Ergebniszielen, die Ergebnisse benennen, die man erreichen will, geht es bei Klärungszielen erstmal darum, Sachverhalte zu klären, Diagnosen zu stellen, zu klären, was somatisch vorliegt, welche Anteile psychische und berufliche Belastungen haben (z.B. bei Rückenschmerzen) oder welche beruflichen Perspektiven sich dem Patienten bieten. Auch Patienten, die noch nicht viel Erfahrung mit ihrer Erkrankung haben, haben zunächst Klärungsziele (z.B.: Ich möchte meine genaue Diagnose wissen, schauen, wie ich mit der Behandlung zurechtkomme usw.). Klärungsziele sollten in Ergebnisziele überführt werden.

Ziele können also hinsichtlich ihrer Zeitperspektive, ihrer Komplexität sowie ihrer Definiiertheit (spezifisch – unspezifisch) unterschieden werden. In Tab. 1 sind Beispiele für solche unterschiedlichen Ziele aufgeführt. Dieses sind nicht nur akademische

Unterscheidungen, sondern kennzeichnen zu erarbeitende Übergänge: Eine globale Zielformulierung muss spezifisch werden; ein kurzfristiges Ziel sollte mit langfristigen Perspektiven verknüpft werden. Ein negativ formuliertes Ziel (z.B. Schmerzlinderung) muss mit positiven Aspekten (Was kann ich wieder tun, wenn ich weniger Schmerzen habe?) verknüpft werden. Klärungsziele müssen in Ergebnisziele übergehen. Fachsprachliche Ziele müssen in Alltagssprache übersetzt (oder für den Patienten verständlich formuliert) werden.

Zusammenfassend sind folgende Punkte für die Partizipative Zielvereinbarung entscheidend:

1. Maßnahmen mit langfristigen wichtigen Lebenszielen zu verknüpfen und umgekehrt:
2. Wichtige Lebensziele mit konkreten Maßnahmen zu verknüpfen, die wichtige Schritte der Umsetzung markieren.
3. Unspezifische Ziele spezifisch zu machen, d.h. konkrete Handlungen zu benennen.
4. Quantifizierbare Indikatoren (Parameter) für die Zielerreichung zu finden.
5. Klärungsbedarf zu erkennen und Klärungsziele zu benennen
6. Ziele, die in medizinischer Fachsprache formuliert sind, in allgemein verständliche Sprache zu übersetzen oder zu erklären.

Indikationsspezifische Zielkataloge. Ihre Klinik arbeitet vielleicht mit einem oder mehreren Zielkatalogen für bestimmte Erkrankungen. Diese Kataloge können selbstverständlich weiter verwendet werden; die Ziele sollten jedoch in jedem Fall mit den Patienten ausgehandelt werden und *an wichtige positiv formulierte Teilhabeziele des Patienten anknüpfen*. Die Leitfrage auch für symptom bezogene Ziele lautet: Was kann ich wieder tun, wenn ein bestimmtes Symptom (z.B. Schmerz) nicht mehr besteht, reguliert oder stabilisiert wurde?

Viele von den nachfolgenden Punkten werden Sie sowieso im Aufnahmegespräch behandeln. Der Unterschied zur bisherigen Praxis besteht darin, dass Sie dies systematischer im Hinblick auf die Zielformulierung tun, die Ziele mit dem Patienten abstimmen und schriftlich dokumentieren.

Tab. 1: Entwicklungslinien von Zielformulierungen

	Kurzfristig		Langfristig	
	Unspezifisch	Spezifisch	Unspezifisch	Spezifisch
Funktionsorientiert: Persönlich wichtige Lebensziele (Selbstbild)	(Wieder) leistungsfähig werden	Wieder in der Mannschaft mitspielen	Leistungsfähig bleiben	Auch mit 60 noch Fußball spielen
Symptomorientierte Ziele (z.B.: weniger Schmerzen)	Schmerzlinderung	Von VAS 8 auf VAS 5	Schmerzfreiheit	Dauerhaft max VAS trotz Belastung
Verhaltensziele (Pläne oder Maßnahmen)	Medikamenten- management Gewichtsabnahme Mehr Bewegung	Wann? wo? wie oft? wie viel?	Ernährungs- Bewegungsbalance	Wann wie viel Sport bei welcher Ernährung?
Klärungsziel (Wissen)	Somatische Diagnostik	Ausschluss von xx	Berufliche Orientierung	Welcher Job ist für mich geeignet?

3. Der Dialog und das Formular zur partizipativen Zielvereinbarung

Im Zentrum dieses Projektes steht der Dialog zur Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient, der auf dem Formular Parziform-Arzt dokumentiert wird.

Das **Dokument Parziform-Arzt** wird zu 3 Zeitpunkten verwendet:

1. bei der **Aufnahme**: Formulierung der Ziele, Festlegung der Indikatoren und Zielerreichungskriterien
2. bei der **Zwischenbilanz**: Bilanzierung, Überprüfung der Maßnahmen und ggf. Zielrevision (z.B. wenn das ursprüngliche Ziel zu anspruchsvoll oder zu leicht war)
3. im **Abschlussgespräch**: Bilanzierung, Überprüfung der Maßnahmen und Vereinbarung von Zielen *nach* der Reha.

Warum die schriftliche Dokumentation? Die schriftliche Fixierung der Ziele ist ein wichtiger Bestandteil der Intervention. Wir wissen aus anderen Situationen, z.B. aus der Psychotherapie, dass sich Partner an *schriftliche* Vereinbarungen stärker gebunden fühlen als an nur mündlich geschlossene Vereinbarungen.

Das Formular zur Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient wurde bewusst „kompakt“ gestaltet, (1) um Papierfluten zu vermeiden und (2) um deutlich zu machen, dass der *Zieledialog*, der mit den Patienten geführt werden soll, und nicht so sehr die *Dokumentation im Vordergrund* dieses Projektes steht.

3.1 Die Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient auf *Parziform-Arzt*

Das Formular Angaben zu den einzelnen Schritten der Zielklärung und Zielvereinbarung, die im Folgenden genauer beschrieben werden. Eine **Übersicht** über wichtige Elemente des Zieledialoges und Leitfragen findet sich in Tabelle 2.

Bei Bedarf sind auch Versionen des Formulars für andere Behandlungsgruppen wie z.B. Therapeuten und Pflege sowie eine elektronische Version verfügbar. Inwieweit die Therapeuten in die Intervention eingebunden werden können, muss im Einzelfall geklärt werden. Im Rahmen des Parzivar-Projektes steht die Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient im Vordergrund. Die Nummerierung der folgenden Erläuterungen entspricht der in Tabelle 2.

(1) Übersicht über das Aufnahme-Gespräch geben und Zielvereinbarung ankündigen (Was erwartet Sie?)

Sie geben dem Patienten einen Ausblick auf das folgende Gespräch, in dem sie ausführlich über die Ziele des Patienten, die Behandlung und die Maßnahmen sprechen werden. Die Ziele werden schriftlich festgehalten und im Therapieplan abgeheftet. In der Mitte des Rehaaufenthaltes und am Ende überprüfen Sie gemeinsam mit dem Patienten,

- 1) ob die zu Beginn vereinbarten Ziele weiterhin richtig sind oder ob sie ggf. korrigiert werden müssen (z. B. weil erkennbar ist, dass die zu Beginn vereinbarten Ziele im Rahmen der Reha nicht erreicht werden können, oder weil sich die Prioritäten verändert haben)
- 2) ob man den Zielen näher gekommen ist oder ob sie bereits erreicht wurden. Im letzteren Fall können dann zur Zwischenbilanz anspruchsvollere Ziele formuliert werden.

Tabelle 2: Elemente der ParZivar- Intervention – Übersicht (Erläuterungen s. Text)

1. Übersicht über das Aufnahme-Gespräch geben und Zielvereinbarung ankündigen (Was erwartet Sie?)
2. Begründung der Zielvereinbarung und schriftlichen Dokumentation: <ul style="list-style-type: none"> • Roter Faden, bessere Abstimmung, Ergebnisse besser erkennen • Begründung der Unterschrift: Unterschriften unterstreichen die Verbindlichkeit
3. Probleme & Anliegen des Patienten aufgreifen oder erfragen
4. Ggf. Eigene (ärztliche) Aspekte ergänzen, die noch nicht genannt wurden -> in Zeile 2 notieren
5. Positive, realistische Zielvorstellung finden, verankern und quantifizieren <ul style="list-style-type: none"> • Positive Zielvorstellung finden: <i>Was ist Ihnen wichtig, was möchten Sie wieder können? Was vermissen Sie am meisten?</i> • Medizinisch formulierte Ziele übersetzen oder erklären • Indikatoren finden, quantifizieren und verankern (z.B. Gehdauer in Minuten): <i>Woran merken Sie, dass...? Was ist ein gutes Maß für..? Istwert: Wie ist es jetzt? Z.B. Wie lange können Sie jetzt ohne Pause laufen? Wie soll es sein? Sollwert (Zielerreichungskriterium festlegen)</i> • Ggf. Realismuscheck: Kann das Ziel in der Reha erreicht werden? Ist das Ziel langfristig oder überhaupt zu erreichen? Glauben Sie, dass das realistisch ist?
6. Maßnahmen (kurz) benennen und Beitrag zur Zielerreichung begründen
7. Zusammenfassen und Zielformulierung absichern, Vollständigkeit prüfen: Schritte rekapitulieren: <i>Ist das so richtig? Kann ich das so aufschreiben? Sind alle für Sie wichtigen Aspekte genannt?</i>
8. Unterschrift durch Behandler und Patient; Datierung des Gespräches Im ausgefüllten Formular: <ul style="list-style-type: none"> • Das Datum des Gespräches eintragen • Den Patienten unterschreiben lassen • Selbst unterschreiben
9. Ausblick geben: Wie geht's weiter? <ul style="list-style-type: none"> • Das unterschriebene Exemplar von Parziform-Arzt kommt in den Therapieplan des Patienten • Eine Zwischenbilanz findet in der 2. Woche statt • Die Schlussbilanz und Vereinbarung von Zielen <i>nach</i> der Reha findet im Entlassgespräch statt • ggf. Ziel-Änderungen zu Reha-Mitte und Reha-Ende • <i>Wenn</i> andere Behandler einbezogen werden: Auch Therapeuten und Pflegekräfte werden sich auf die Zielvereinbarung beziehen und sie evtl. ergänzen
10. Zielbilanz zu Reha-Mitte, Reha-Ende und mögliche Revisionen
11. Vereinbarung von Zielen nach Reha und barriereorientierte Umsetzungsplanung (auf Parziform N)
12. Alle bilanzierten und ausgefüllten Formulare mit Zielvereinbarungen (Parziform) 2x kopieren: (1) für die Akte; (2) anonymisiert für die Projektleitung in Freiburg; <ul style="list-style-type: none"> • das Original soll dem Patienten bei Abreise wieder ausgehändigt oder nach Hause geschickt werden

(2) Begründung der Zielvereinbarung und der schriftlichen Dokumentation

Da eine (schriftliche) Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patienten nicht die Regel ist, sollte sie gegenüber dem Patienten begründet werden, in etwa wie folgt:

- Die Zielvereinbarung ist der rote Faden für die Rehabilitation.² Deshalb ist es wichtig, sich dafür im Gespräch Zeit zu nehmen und sie schriftlich zu dokumentieren.
- Die Zielvereinbarung und die schriftliche Dokumentation dienen dazu, die Ziele von Arzt und Patienten aufeinander abzustimmen und die Maßnahmen genau zu klären.
- Man kann Ergebnisse nur erkennen und objektiv einschätzen, wenn man vorher geklärt hat, was man erreichen möchte.
- Damit die Ziele und Maßnahmen für den Patienten und alle anderen Behandler immer verfügbar sind, wird das Blatt mit der Zielvereinbarung in den Therapieplan des Patienten geheftet.
- Sowohl die Anfangsziele als auch die Bilanzierungen werden von beiden - Patient und Arzt - unterschrieben, da man die Erfahrung gemacht hat, dass unterschriebene Vereinbarungen verbindlicher sind.

(3) Probleme & Anliegen des Patienten möglichst alltagsnah aufgreifen oder erfragen

Zeile 1 dient dazu, Anliegen und Probleme des Patienten noch mal wörtlich aufzunehmen; eine mögliche einleitende Formulierung ist: „Wenn Sie Ihre Situation einmal überblicken, welche sind derzeit Ihre wichtigsten Probleme und Anliegen?“ Die Formulierung des Patienten möglichst wörtlich in Stichworten in Zeile 1 notieren.

(4) Ggf. ärztliche Aspekte ergänzen

Hier können Sie Aspekte ergänzen, die Sie als Arzt für wichtig halten, die der Patient aber bisher nicht genannt hat (z.B. Gewichtsabnahme). Bitte in Zeile 2 notieren.

(5) Positive und realistische Zielvorstellungen finden, verankern und quantifizieren

- Die Ziele sollten möglichst **positiv und teilhabe-orientiert** formuliert werden. Wichtige Leitfragen dazu sind: *Was ist Ihnen wichtig, was möchten Sie wieder tun können? Was vermissen Sie jetzt am meisten?* Mögliche Ziele sind dann z.B.: *Ich will wieder selbständig einkaufen können, wieder in meinem Garten arbeiten können, mit meinem Enkel auf den Spielplatz gehen etc.*
- Wenn der Patient selbst die *Ziele* in medizinischen Fachbegriffen formuliert, die Sie auch für wichtig halten, dann sollten Sie diese in die Zielzeile schreiben. Es sollte

² Ggf. kann man hier das Bild von einer Zugreise verwenden: *Nur, wenn man weiß, wo man hin will, kann einem der Beamte am Schalter die richtige Fahrkarte ausstellen.*

aber geklärt werden, ob der Patient die medizinischen Begriffe kennt und (genau) weiß, was gemeint ist.

- **Negativ formulierte Ziele** sollten möglichst vermieden werden. Wenn der Patient aber negativ formulierte Ziele nennt (z.B. weniger Schmerzen) und diese ihm sehr wichtig sind, dann sollten diese Negativ-Ziele auf jeden Fall *verankert und quantifiziert* werden.
- **Verankern** bedeutet, sich auf einen Ist- und einen Sollwert zu einigen: *Wie stark sind ihre Schmerzen jetzt? Wie weit können Sie aktuell laufen? Und wie soll es ein, wenn Sie die Klinik verlassen?*
- **Quantifizieren und Kriterium für die Zielerreichung festlegen:** Wenn Ziele sich quantifizieren lassen, sollen dazu möglichst objektive Parameter herangezogen werden. Wenn es keine objektiven Parameter gibt, können subjektive Einschätzungen auf numerischen Rating-Skalen (NRS), z. B. der VAS³-Skala verwendet werden. Die Leitfrage lautet: *Wie stark sind die Schmerzen jetzt und um wie viel Einheiten (die Skala zugrunde gelegt) sollen sie reduziert sein, kurzfristig: wenn Sie die Klinik verlassen, langfristig: In sechs Monaten? Was würden Sie selbst als Erfolg werten?* Eine quantifizierte und verankerte Zielformulierung sollte also möglichst einen *Ist-* und einen *Sollwert* enthalten. Die teilhabe-orientierte Leitfrage für die Zielerreichung lautet: *Was und wie lange (wie weit, wie oft?) möchten Sie wieder tun können, wenn Sie die Klinik verlassen?*
- **Realismuscheck:** Patienten kommen häufig mit unrealistischen Vorstellungen und Erwartungen in die Reha: *Schmerzfrei sein, (Leistungs-)Sport treiben oder arbeiten wie früher.* Es ist dann wichtig, diese Erwartungen zu korrigieren, z.B., indem man 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?*
- **Unterscheidung von langfristigen und kurzfristigen Zielen** (als Ergebnis des Realismuschecks): *Ich glaube (ich halte es für möglich, ich will nicht ausschließen,...)⁴, dass Sie langfristig wieder Leistungssport treiben können. Lassen Sie uns heute darüber sprechen, was (welche Teilziele) wir realistischweise in den folgenden drei Wochen erreichen können!*⁵

(6) Maßnahmen (kurz) benennen und deren Beitrag zur Zielerreichung (mündlich) begründen

Die Maßnahmen (Ihre Verordnungen), die zur Zielerreichung beitragen, sollen im Feld „Maßnahmen“ kurz und in für den Patienten verständlichen Stichworten eingetragen werden. Anhand der (mündlichen) Erläuterung soll deutlich werden (ggf. über Teilziele),

³ Visuell-Analog-Skala: Maximaler Schmerz = 10 oder 100; kein Schmerz = 0;

⁴ Je nach Zustand kann man die Prognose unterschiedlich *sicher* formulieren; sie sollte jedoch keinesfalls eine positive Entwicklung ausschließen (wie etwa: *Sport treiben? Das können Sie vergessen! Das wird nichts mehr mit Ihnen!*)

⁵ Mögliche anschauliche Vergleiche sind: Rom wurde auch nicht an einem Tag erbaut oder um beim Zugbeispiel zu bleiben: Nach Berlin kommt man an einem Tag, aber nach Moskau braucht man (mit dem Zug) drei Tage.

wie die Maßnahmen dazu beitragen, dass der Patient seine (Teilhabe-) Ziele erreichen kann.

(7) Zusammenfassen und Zielformulierung absichern

Möglichst bei jedem Schritt sollte die Formulierung abgesichert und das Einverständnis des Patienten eingeholt werden, denn er soll sie ja am Ende unterschreiben. Auch sollten am Ende (vor der Unterschrift) die einzelnen Schritte noch einmal rekapituliert werden: *Ich habe Sie gefragt...; Sie haben geantwortet; wir haben uns auf die folgende Zielformulierung, die folgenden Indikatoren und das folgende angestrebte Ergebnis geeinigt. Sind Sie mit dieser Formulierung einverstanden? Habe ich Sie da richtig verstanden? Sind alle für Sie wichtigen Aspekte hier genannt?*

(8) Unterschrift der Zielvereinbarung durch Behandler und Patient; Datierung des Gespräches

Sowohl die Formulierung der Ziele als auch die Bilanzierungen werden von beiden - Patient und Arzt - unterschrieben, da man die Erfahrung gemacht hat, dass eine unterschriebene Vereinbarung verbindlicher ist. Da das Formular ja zu drei verschiedenen Zeitpunkten bearbeitet wird, sollte außerdem jeder Bearbeitungszeitpunkt (Aufnahme, Zwischenbilanz, Bilanz) gesondert *datiert* werden.

(9) Ausblick geben: Wie geht es weiter?

Nach der Zielvereinbarung erläutern Sie dem Patienten, wie es mit den vereinbarten Zielen im Lauf der Rehaaufenthaltes weitergeht (das Folgende muss an die Abläufe in Ihrer Klinik angepasst werden):

- Das oder die Formulare kommen (nach Vervielfältigung für die Akte und das Behandlungsteam) in den Therapieplan. Eine Kopie wird der Projektleitung in Freiburg *anonymisiert (Patientenname unkenntlich)*⁶ zugestellt. Das Original nimmt der Patient mit nach Hause oder es wird ihm, wenn die Vervielfältigung aus Zeitgründen vorher nicht klappt, nach der Entlassung zugeschickt.
- Eine Zwischenbilanz findet (auf der Visite oder zu einem gesonderten Termin) in der zweiten Woche statt.
- Die abschließende Bilanz und Formulierung von Zielen nach der Reha findet vor der Abreise statt, entweder beim Abschlussgespräch oder auch zu einem eigens vereinbarten Termin.
- Bei den Bilanzen können Ziele und Maßnahmen verändert werden, wenn sich herausstellt, dass sie nicht (mehr) passen.
- *Wenn* andere Behandler (Therapeuten, Pflege, Beratung) in die Zielvereinbarung mit einbezogen werden, sollte man dies dem Patienten mitteilen und ankündigen, dass diese auf die Zielvereinbarung mit dem Arzt Bezug nehmen und sie evtl. ergänzen werden.

⁶ z.B. Patientenname geschwärzt

(10) Zielbilanz zu Reha-Mitte, Reha-Ende und mögliche Revisionen

Ca. eine Woche nach Anreise und am Reha-Ende sollte von Arzt und Patient eine Bilanz und ggf. eine Revision der bei Aufnahme formulierten Ziele und Maßnahmen vorgenommen werden. Dabei sollte der Patient immer zuerst um seine Einschätzung gebeten werden!

Der *Grad der Zielerreichung* geht nicht als Erfolgsparameter in die Evaluation mit ein. Dazu sind die Ziele und die Ausgangslagen zu individuell und unterschiedlich. Man sollte sich also nicht dazu verleiten lassen, besonders leichte Zeile mit dem Patienten zu vereinbaren, denn der Grad der Zielerreichung ist für die Bewertung der Intervention (und der Klinik) irrelevant.

Für die Bilanzen sind die folgenden *Leitfragen* wichtig, die ja in der Regel sowieso Gegenstand der Visiten sind:

1. Sind die Maßnahmen umgesetzt worden? Wie ist dem Patienten damit ergangen?
2. Hat sich eine positive Veränderung im angestrebten Ausmaß ergeben? Dann kann auf der *Zielerreichungsskala* eine 4 ankreuzen bzw. ein.
3. Gibt es keine Veränderungen oder sogar Verschlechterungen, ist die 0 anzukreuzen und ggf. in der Zeile *Begründung der Bewertung* Gründe zu nennen (z.B. ungeeignete Maßnahmen, eingetretene Nebenwirkungen etc.).
4. Wenn es Veränderungen in positiver Richtung gibt, sind diese ebenfalls auf der Skala zu bewerten, wobei die Zahlen folgendes bedeuten: 4 = Ziel vollständig (100%) erreicht; 3 = Ziel zu 75% (fast vollständig) erreicht; 2 = Ziel zur Hälfte (50%) und 1 = Ziel zu 25% (etwas) erreicht⁷.
5. Sind die bei Aufnahme festgelegten Maßnahmen zur Zielerreichung geeignet und sollen sie beibehalten werden?
6. Welche Ergebnisziele ergeben sich ggf. aus den bei Aufnahme formulierten Klärungszielen?
7. Werden die bei Aufnahme formulierten Ziele beibehalten, haben sich neue Zielaspekte oder andere Prioritäten ergeben?
8. Soll die Schwierigkeit verändert werden? (Sind die Ziele bereits erreicht, sind sie zu leicht oder zu unrealistisch schwer?)

Zielrevision. Wenn die Fragen 6,7 oder 8 positiv beantwortet werden, sollten die *neuen Ziele auf Seite 2 von Parziform-Arzt* dokumentiert und vereinbart werden. Auch hierzu sind Unterschriften von Arzt und Patient vorgesehen. Die Endbilanz am Reha-Ende sollte sich dann auf diese neu vereinbarten Ziele beziehen. Manchmal lassen sich die richtigen Zielsetzungen erst während des Aufenthaltes klären und entwickeln.

⁷ Eine genaue Einschätzung des Zielerreichungsgrades ist natürlich nur bei quantifizierbaren Indikatoren möglich. Andernfalls handelt es sich um subjektive Einschätzungen z.B. auf Ratingskalen

Zieländerungen zeugen von einem reflektierten, flexiblen und prozessorientierten Umgang mit den Zielen.

(11) Vereinbarung von Zielen nach der Reha bei der ärztlichen Entlassung auf Parziform-Arzt

Mit der Bilanzierung der Zielerreichung im Entlassgespräch soll auch eine Planung für die Fortführung und längerfristige Umsetzung der Maßnahmen vorgenommen werden. Der Dialog über die Ziele nach der Reha zwischen Arzt und Patient muss deutlich machen,

- dass die Reha nicht mit der Entlassung beendet ist, sondern dass der Klinikaufenthalt eher einen kleinen Teil der gesamten Rehabilitation darstellt.
- dass die *Stabilisierung* neu gelernter Fertigkeiten und Veränderungen vor allem *nach* der Reha erfolgt.
- dass es darum geht, Erfahrungen aus der Reha auszuwerten, die gesetzten Ziele zu bilanzieren und vor allem Perspektiven für die Zeit nach der Reha zu entwickeln. Diese können sich auf Bewegung, Ernährung, berufliche oder andere Dinge beziehen.

Gemäß den Regeln der Zielvereinbarung soll eine möglichst **konkrete Umsetzungsplanung** erfolgen (Was, wann, wie oft?). Außerdem sollen auch mögliche Barrieren (keine Zeit, keine Lust etc.) sowie Selbstkontrollstrategien, die Barrieren zu überwinden, erarbeitet werden. Im Programm MoVo LISA (Göhner & Fuchs, 2007), das allerdings mehrere Sitzungen umfasst, sind dazu geeignete Unterlagen entwickelt worden.

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 Sportart oder welche Maßnahme könnte ich zu Hause weiterführen und zum Bestandteil meines Alltags machen? Wie könnte ich das organisieren? Auch hier soll möglichst ein quantifizierbarer Zielparameter gefunden werden (z.B. 3 x in der Woche 1,5 Stunden Bewegung; das Fitnesscenter wäre eine mögliche Maßnahme). Da man zu Hause weniger als in der Klinik durch eine zeitliche Struktur unterstützt wird, sind Überlegungen dazu wichtig, wie diese Struktur zu Hause geschaffen werden kann (zeitlich, räumlich).

Barriereorientiertes Planen. Unter barriereorientiertem Planen versteht man die

- konkrete Planung von Maßnahmen für Veränderungsprozesse
- die Vorwegnahme möglicher innerer und äußerer Barrieren (Was könnte mich von meinem Plan abhalten?)
- sowie die konkrete Planung von Selbstregulationsstrategien und organisatorischen Maßnahmen, die helfen können, die die Barrieren zu überwinden.⁸ So kann z.B.

⁸ Göhner & Fuchs (2007) unterscheiden Barrieren, die Selbstregulation verlangen („Innerer Schweinehund“), wie „keine Lust“, „zu

Beispiel die „*Verabredung mit Freunden zum Sport*“ helfen, Barrieren wie „zu müde“, „schlechtes Wetter“ zu überwinden. Eine andere selbstregulatorische Strategie wäre etwa, sich zu vergegenwärtigen, wie gut man sich nach dem Sport fühlt.

(12) Verfügbarkeit der Parziform-Originale für den Patienten nach der Reha

Die Originale der bilanzierten Zielvereinbarung soll der Patient bei Entlassung mit nach Hause nehmen, nach dem zuvor eine Kopie für die Akte und eine Kopie, auf der der Name des Patienten unkenntlich gemacht wurde, für die Parzivar-Projektleitung angefertigt worden sind. Wenn die Kopien bis zur Entlassung des Patienten nicht angefertigt werden können, kann dem Patienten das Original auch nach der Abreise zugeschickt werden.

3.2 Ausführliche barriereorientierte Planung von Zielen nach der Reha auf dem Parziform-N-Formular (s. Tabelle 3)

Auf dem *Parziform-N-Formular* (s. Anhang, S. 36) kann eine solche genaue, barriereorientierte Planung von Maßnahmen und die Vereinbarung entsprechender Ziele nach der Reha dokumentiert werden. Die Ziele, die hier vereinbart werden, sollte der Patient drei Monate nach Entlassung selbst bilanzieren. Eine solche Bilanz der Nachreha-Ziele könnte aber auch in eine Nachsorgemaßnahme eingebaut werden.

Eine *ausführliche barriereorientierte Planung* von Zielen nach Reha erfordert allerdings Zeit, die häufig im ärztlichen Entlassgespräch nicht gegeben ist. Die Besprechung der Ziele nach der Reha könnte dann entweder auch zu einem Sondertermin mit dem Arzt stattfinden oder in einer therapeutischen Gruppe durchgeführt werden.

Reicht die Zeit für eine ausführliche Planung im Gespräch nicht, kann man sie vom Patienten auch als „Hausaufgabe in der Klinik“ selbstständig bearbeiten lassen und später im ärztlichen Abschluss-Gespräch oder in der letzten Gruppensitzung aufgreifen.

3.3 Parziform-Therapeut: Zielvereinbarung zwischen Patient und Therapeut

Der Kern der Intervention ist die Zielvereinbarung zwischen *Arzt und Patient*. Optimal wäre es, wenn sich alle Behandler an der Zielvereinbarung beteiligen würden. Wenn dies von der Klinikleitung als sinnvoll erachtet und gewünscht wird, können Therapeuten ebenfalls ihre spezifischen Ziele und Indikatoren mit Patienten vereinbaren. Dazu ist das Formular *Parziform-T* (T für Team oder Therapeut) vorgesehen. Diese Ziele sollten möglichst auf die mit dem Arzt vereinbarten Ziele Bezug nehmen. Dem Patienten wird so deutlich, wie die spezifischen therapeutischen Maßnahmen zu seinen wichtigen Teilhabezielen beitragen. Wenn Therapeuten miteinbezogen sind und die Vereinbarung spezifischer therapeutischer Ziele für sinnvoll

müde“, „schlechte Laune“ von den „ZONK“-Barrieren, die eher organisatorischer Natur sind, wie „keine Zeit, großer Organisationsaufwand, hohe Kosten“.

erachtet wird, sollte jede Berufsgruppe ein eigenes *Formular Parziform-Therapeut* anlegen und mit dem Patienten besprechen.

Ob Therapeuten an der Zielvereinbarung beteiligt werden sollen, bleibt der jeweiligen Klinik überlassen. Die Vereinbarung von Reha-Zielen für die Zeit *nach Entlassung* und die *Planung der Umsetzung* sollte aber auf jeden Fall vorgenommen werden. Sie ist vielleicht im therapeutischen Bereich (in den Gruppen) besser durchzuführen, da hier der Zeitrahmen oftmals günstiger ist als im ärztlichen Abschlussgespräch.

Tabelle 3: Parziform-N: Schritte bei der Planung von Reha-Zielen nach Entlassung (maximal drei Ziele)

Formular N: Ziele nach der Reha	Bearbeitungsschritte
1. Mein Ziel ist:	Eine positive, realistische Zielvorstellung finden
2. Konkrete Planung der Maßnahmen unter Beantwortung der Fragen: Was? Wann? Wo? Mit wem?	Maßnahmen finden und die Umsetzung anhand der nebenstehenden Fragen konkretisieren
3. Ich habe das Ziel erreicht, wenn...	Quantifizieren und Kriterium für die Zielerreichung festlegen: • <i>Was (oder wie viel) möchte ich können?</i> • <i>Was würde ich als Erfolg werten?</i> Realismuscheck: Ist das Ziel (nach meinen Erfahrungen) realistisch? Ist es kurz- oder mittelfristig zu erreichen?
4. Mögliche Schwierigkeiten und Hindernisse können sein:	Mögliche Barrieren antizipieren
5. Wenn Schwierigkeiten auftreten, hilft mir Folgendes, um meinen Plan dennoch auszuführen:	Erarbeitung möglicher selbst-regulatorischer oder organisatorischer Strategien zur Überwindung von Umsetzungsbarrieren

4. Die Implementierung der Intervention zur Zielvereinbarung in die Abläufe der Klinik

4.1 Zu klärende Fragen

Zur Implementierung der Intervention zur Zielvereinbarung in die Abläufe der Klinik müssen die folgenden Fragen geklärt werden:

1. Wann findet das Zielgespräch zwischen Arzt und Patient statt? (In der Aufnahme oder zu einem gesonderten Termin?)
2. Wann findet die Zwischenbilanz statt? (In der Visite oder zu einem gesonderten Termin?)
3. Werden die Zielvereinbarungen im Behandlungsteam besprochen? Wenn ja, wann?
4. Werden Therapeuten einbezogen?
5. Wo kann eine ausführliche barriereorientierte Planung für die Ziele *nach* der Reha durchgeführt werden? Wer kann dies anleiten? Hierfür kommen z.B. therapeutische Gruppen in Frage.
6. Kann das Formular zur Zielvereinbarung elektronisch (z.B. in der EPA) bearbeitet werden? Wenn ja, stellt das Institut für Reha-Forschung das elektronische Formular gerne zur Verfügung.
7. Logistische Fragen: Die Formulare zur Zielvereinbarung, *zumindest aber Parziform-Arzt*, sollten den Patienten während des gesamten Reha-Aufenthaltes begleiten und daher im Therapieplan verfügbar sein. Gleichzeitig sollten sie zur Kommunikation zwischen den beteiligten Abteilungen und zur Weitergabe an die Projektleitung in Freiburg vervielfältigt werden. Weitere zu klärende logistische Fragen sind daher:
 - Wer heftet die Formulare in den Therapieplan der Patienten bzw. kontrolliert dies?
 - Wer vervielfältigt die Formulare (1) für die Patientenakte und (2) zur Weitergabe an die Projektleitung in Freiburg und (3) ggf. zur Kommunikation im Team? Wie und wann bekommt der Patient die Originale - bei Entlassung oder nach Entlassung zugeschickt?

4.2 Umsetzungsbeispiel

- Der Einschluss des Patienten (Einwilligung und Patientenfragebogen 1 ausgefüllt, Einschlusskriterien zutreffend) wird bei Aufnahme auf Station soweit wie möglich geprüft.
- Das Formular *Parziform-Arzt* wird zusammen mit dem Parzivar-Arztfragebogen (der Fragebogen zur Evaluationsstudie) an den aufnehmenden Arzt ausgegeben.
- Der Arzt führt während der Aufnahme (oder zu einem gesonderten Termin) gemeinsam mit dem Patienten den Zieledialog durch und füllt mit ihm zusammen den ersten Teil von *Parziform-Arzt* aus (Klärung der Anliegen und gemeinsame

Formulierung von maximal drei Zielen, die dazugehörigen Maßnahmen sowie das Zielerreichungskriterium). Diese Zielvereinbarung zur Aufnahme wird datiert und von Patient und Arzt unterschrieben.

- Anschließend wird der Patient angewiesen, Parziform-Arzt und, wenn weitere Personen an der Zielvereinbarung beteiligt werden, ggfs. später weitere Parziform-Bögen (T, N) in seinen Therapieplan zu heften und während des Aufenthaltes mit sich zu führen.
- Die zuständige Pflege oder ein Helfer kontrolliert, ob die Formulare in den Therapieplan des Patienten eingheftet sind.
- Die zuständige Pflege oder ein Helfer kopiert die Formulare für die Akte und für die Kommunikation im Team (z.B. einen Teamordner) jeweils bei Anreise (nach der Vereinbarung der Anfangsziele mit dem Arzt).
- Am Ende seines Aufenthaltes (*nach* Kopie der letzten Version für die Akte und die Projektleitung in Freiburg) nimmt der Patient die Originale der Formulare mit nach Hause oder bekommt sie kurz nach Entlassung nach Hause geschickt, wenn die Kopien *vor* der Abreise des Patienten aus organisatorischen Gründen nicht mehr erstellt werden konnten. Auf den Kopien für die Projektleitung muß der Patientennamen und die Unterschriften geschwärzt oder überklebt sein.
- Die Zwischenbilanz zwischen Arzt und Patient kann entweder in der Visite oder zu einem gesonderten Termin (etwa in der 2. Woche des Aufenthaltes) durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Zwischenbilanz (Zielerreichung und ggf. Zielrevision) werden auf *Parziform-Arzt* dokumentiert.
- Die Endbilanz zwischen Arzt und Patient findet entweder im Entlassgespräch oder zu einem gesonderten Termin statt. Falls Nachreha-Ziele in therapeutischen Bereich bereits auf *Parziform-N* bearbeitet wurden, sollten diese hier aufgegriffen und besprochen werden.

4.3 Ausfälle und gesonderte Termine für das Zielgespräch

Wenn das Zielgespräch in der ärztlichen Aufnahme nicht möglich ist (z.B. aus Zeitgründen oder weil der Patient zu belastet ist), sollte dies auf dem Arztfragebogen (AB) dokumentiert werden. Ein entsprechender Aufkleber ist hierfür vorbereitet (s. Anhang, S. 39 - 41). Die Zielvereinbarung mit dem Arzt sollte dann zu einem gesonderten, zeitnahen Termin durchgeführt werden.

4.4 Zielvereinbarungen mit Therapeuten

Sofern Therapeuten an der Zielvereinbarung beteiligt werden sollen, ist zu überlegen, wie sie (1) in der Einzelsituation und (2) in der Gruppensituation verfahren sollen. In der

Einzel-situation erscheinen Zielvereinbarungen nur sinnvoll, wenn eine hinreichende Anzahl von Behandlungsterminen vorgesehen ist. In der Gruppensituation könnten die Regeln zur Zielvereinbarung erläutert und der Zieledialog dann mit einigen freiwilligen Patienten exemplarisch geführt werden. Die übrigen Teilnehmer reflektieren und dokumentieren ihre Ziele (z.B. als Hausaufgabe) nach diesem Muster. Zu bedenken ist, dass wahrscheinlich nicht alle Patienten in den Gruppen *Studienteilnehmer von Parzivar* sind. Besondere Auswahlkriterien der Studie können als Argument herangezogen werden, um zu begründen, weshalb einige Patienten bereits ein Zielgespräch mit dem Arzt hatten und andere nicht.

Therapeuten: Eigene Ziele oder Ausdifferenzierung der in *Parziform-Arzt* dokumentierten Ziele?

Sollten die Therapeuten neue Ziele vereinbaren oder sich an die mit dem Arzt vereinbarten Ziele in *Parziform-Arzt* anlehnen? Das hängt sicherlich von der Therapie und der Zielsetzung ab. Wenn möglich, sollten die mit dem Arzt auf *Parziform-Arzt* vereinbarten Anfangsziele auf der Therapeutenebene ausdifferenziert werden. Es können sich aber auch im Laufe der Zeit gänzlich neue Problemaspekte und Ziele ergeben, die dann Gegenstand der Therapie sind (z.B. in der Psychotherapie).

4.5 Dokumentation der Ziele, Maßnahmen und Indikatoren

Die Maßnahmen, Indikatoren und Ergebnisse sollen auf *Parziform-Arzt* nicht ausführlich (wie im Visitenverlauf oder dem Aufnahmebefund), sondern nur in (für den Patienten verständlichen) Stichworten notiert werden.

4.6 Kommunikation der Ziele im Team

Die mit dem Arzt vereinbarten Ziele sollten im Team bekannt und möglichst auch verhandelbar sein. Idealerweise geschieht dies auf einer Teamsitzung (z.B. Stationsteam), die den Austausch über Patienten zum Gegenstand hat. Wenn keine Teamsitzung stattfindet, sollte der Austausch auf andere Art sichergestellt sein (z.B. über zugängliche Dokumente (Ordner, in dem sich Kopien der Formulare befinden oder über die Patientenakte).

5. Kosten und Nutzen der Intervention

Zusätzlicher Zeitbedarf. Obwohl ein großer Teil der Intervention sowieso Gegenstand des Aufnahmegespräches, der Visiten und des Abschlussgespräches ist, sollte nach bisherigen Erfahrungen pro Termin (Aufnahme, Zwischenbilanz, Schlussbilanz) zumindest anfangs mit einem zusätzlichen Zeitbedarf von 15 bis 20 Minuten gerechnet werden.⁹ Diese Investition wird sich auszahlen oder insgesamt sogar Zeit einsparen, die

⁹Es ist auch zu bedenken, dass die Zielvereinbarung zunächst nicht mit allen Patienten, sondern nur mit Teilnehmern der *ParzivaR*-Studie (die die Auswahlkriterien erfüllen und die den ersten Fragebogen ausgefüllt haben) durchgeführt werden muss.

andernfalls für die Korrektur von Erwartungen, für Auseinandersetzungen oder Maßnahmen zur Motivierung aufgebracht werden müsste.

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

6. Danksagung

Wir danken allen Ärzten und Mitarbeitern der Kooperationskliniken, die diese Studie mit großem Engagement unterstützt haben: Klinik Rosenberg, Bad Driburg (Dr. Harald Fischer), Marbachtalklinik, Bad Kissingen (Dr. Manfred Best, Dr. Ahmed Abucar, Dr. Joachim Schwandt), Reha-Klinikum, Bad Säckingen (Prof. Dr. W. H. Jäckel), Klinik Königsfeld, Ennepetal (Prof. Dr. Marthin Karoff), Klinik Möhnesee (Dr. Rainer Schubmann), Reha-Klinikum Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland (Prof. Dr. Bernhard Greitemann); Klinik Passau-Kohlbruck (Dr. Dieter Tessmann).

Dr. Susanne Dibbelt¹⁰

Antje Dudeck¹¹

Dr. Manuela Glattacker¹¹

Prof. Dr. B. Greitemann¹⁰

Prof. Dr. W. H. Jäckel¹¹

Dr. H. Pollmann¹²

Monika Schaidhammer¹⁰

Edith Wulfert¹⁰

¹⁰Institut für Rehabilitationsforschung Norderney an der Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde (IfR)

¹¹Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)

¹²Rehabilitations-Forschungsnetzwerk refonet der DRV Rheinland, Bad Neuenahr

7. Literatur

- Atkinson, J. (1958). Towards experimental analysis of human motivation in terms of motives, expectancies and incentives. In: J. Atkinson (Ed.). *Motives in fantasy, action and society*, 288–305. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Bergelt, C., Welk, H. & Koch, U. (2000). Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. *Rehabilitation*, 39, 338-349.
- Bromme, Rainer / Jucks, Regina / Rambow, Riklef (2004), "Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement", in: Reinmann, G. / Mandl, Heinz (eds.), *Der Mensch im Wissensmanagement: Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen*, 114-126, Göttingen: Hogrefe.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (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.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung*.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C. & Greitemann, B. (2007). Patienten-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Wie bewerten Ärzte und Patienten die gemeinsamen Gespräche? 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Berlin 2007. *DRV-Schriften*, Band 72.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Glattacker, M., Dudeck, A. (2009). Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation - Eine Intervention zur Optimierung der Kommunikation zwischen Arzt und Rehabilitand. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Münster 2009. *DRV-Schriften*, Band 83.
- Dudeck, A., Glattacker, M., Gustke, M., Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Greitemann, B., Pollmann, H. & Jäckel, W. H.. Haben Patienten Reha-Ziele, und wenn ja, welche? Ergebnisse einer Analyse von Freitextangaben. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Münster 2009. *DRV-Schriften*, Band 83.
- Farin, E., Projektgruppe QS-Reha[®]-Verfahren in der AQMS, Jäckel, W. H. & Scholaster, V. (eingereicht). *Das Qualitätssicherungsverfahren der GKV in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse und Weiterentwicklung*.
- Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Strycker, L.A. (2002). Implementation, generalization, and long-term results of the Choosing Well diabetes self-management intervention. *Patient Education and Counseling*, 48 (2), 115-122.

Glattacker, M., Farin, E. & Jäckel, W.H. (2006). Rehabilitationsziele aus Patienten- und Arztsicht in der onkologischen Rehabilitation - wie hoch ist die Kongruenz und welchen Einfluss hat dies auf das Outcome? *DRV-Schriften*, Band 64, 414-415.

Glattacker, M. & Jäckel, W.H. (2007). Peer-Review-Verfahren. In: Rauch, B., Middeke, M., Bönner, G., Karoff, M. & Held, K. (Hrsg.). *Kardiologische Rehabilitation*, 253-254. Stuttgart: Thieme.

Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Greitemann, B., Pollmann, H. & Jäckel, W. H. (2009). *Partizipative Vereinbarung von Rehabilitationszielen aus Patientensicht: Wunsch und Wirklichkeit*. 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Münster 2009. DRV-Schriften, Band 83.

Göhner, W. & Fuchs, R. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens: MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.

Heckhausen, H. & Kuhl, J. (1985). From Wishes to Action: The Dead Ends and Short Cuts on the Long Way. In M. Frese & J. Sabini (Hrsg.). *Goal Directed Behavior*, 134-160. Hillsdale: Erlbaum.

Heiser, M., Vijan, S., Anderson, R. M., Ubel, P. A., Bernstein, S. J. & Hofer, T. P. (2003). When do patients and their physicians agree on Diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *Journal of General Internal Medicine*, 18 (11), 893-902.

Kanfer, F.H., Reinecker H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 4. Auflage, Berlin: Springer-Verlag.

Kinmonth, A.L., Wareham, N.J., Hardeman, W., Sutton, S., Prevost, A.T., Fanshawe, T., Williams, K.M., Ekelund, U., Spiegelhalter, U. & Griffin, S.J. (2008). Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. *The Lancet*, 371, 41-48.

Krein, S.L., Klamerus, M.L., Vijan, S., Lee, J., Fitzgerald, J.T., Pawlow, A., Reeves, P. & Hayward, R.A. (2004). The effectiveness of proactive diabetes case management for high-risk patients. *American Journal of Medicine*, 116 (11), 732-739.

Korsukéwitz, C. (2008). Medizinische Rehabilitation: Den Patienten dort abholen, wo er steht. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (44).

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=Korsukewitz&id=62107>

Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.

Kuhl, J. & Heckhausen, H. (1996). *Motivation, Volition und Handlung* (Enzyklopädie der Psychologie, IV/4). Göttingen: Hogrefe.

Levetan, C.S., Dawn, K.R., Robbins, D.C. & Ratner, R.E. (2002). Impact of Computer-Generated Personalized Goals on HbA_{1c}. *Diabetes Care*, 25, 2-8.

Locke, E.A. & Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Locke, E.A. & Latham, G.P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35 year odyssey. *American Psychologist*, 57, 705-717.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C. & Raspe, H. (2008). *Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation*. Lage: Jacobs-Verlag.

Meyer, T., Brüggemann, S. & Widera, T. (2008). Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell*, 3 (55), 94-99.

Playford, E. D., Dawson, L., Limbert, V., Smith, M., Ward, C. D. & Wells, R. (2000). Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. *Clinical Rehabilitation*, 14, 491-496.

Sudeck, G. (2004). *Körperliche Aktivierung bei Rückenschmerzen – volitionale Interventionen zur Förderung sportlicher Aktivität nach stationärer Rehabilitation*. Masterarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Taylor, C.B., Miller, N.H., Reilly, K.R., Greenwald, G., Cuning, D., Deeter, A. & Abascal, L. (2003). Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. *Diabetes Care*, 26 (4), 1058-1063.

Thoolen, B., de Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K. & Rutten, G. (2007). Beyond good intentions: the development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes. *Health Education Research*, 23 (1), 53-61.

Vogel, H., Tuschhoff, T. & Zillessen, E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, Band 11, 751–764.

Wade, D. (1998). Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 12, 273-275.

Anhang

Die Formulare zur Partizipativen Zielvereinbarung (Parziform)

Parziform-Arzt: Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient, Seite 1	28
Parziform-Arzt: Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient, Seite 2	29
Parziform-Arzt: Beispiele für eine Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient	
Beispiel I: gesundheitliche Ziele	30
Beispiel II: berufliche Ziele	32
Parziform-Arzt: Beispiel mit Erläuterungen (Sprechblasen)	34
Parziform-Therapeut: Zielvereinbarung zwischen Therapeut und Patient	36
Parziform-N: Ausführliche barriereorientierte Planung von Reha-Zielen nach Entlassung	38

Zielvereinbarung zwischen Patient und Arzt

Seite 1

Patient: Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:

- Mögliche Zielbereiche sind z.B. :
- Gesundheit (Körper, Seele)
 - Beruf, Freizeit, Familie
 - Aktivitäten
 - Information

Arzt: Das möchte ich ergänzen:

(1) Aufnahme am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
Mein Ziel ist:			
Geeignete Maßnahmen:			
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):			
Gemeinsam vereinbart:	Unterschrift Patient: _____ Unterschrift Arzt: _____		
(2) Zwischenbilanz am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
Ziel erreicht? ¹²	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja
Erläuterung der Bewertung:			
Ziele geändert?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, s.u.	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, s.u.	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, s.u.

¹² Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

(2a) Ggf. Änderung oder Anpassung der Ziele bei Zwischenbilanz zu Reha-Mitte				Seite 2
Geänderte Ziele:	Neues Ziel 1:	Neues Ziel 2:	Neues Ziel 3:	
Geeignete Maßnahmen:				
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):				
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____		<i>Unterschrift Arzt:</i> _____	
(3) Bilanz Reha-Ende am:	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:	
Ziel erreicht?¹³	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	
Erläuterung der Bewertung:				
(4) Ziele nach Reha	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:	
Geeignete Maßnahmen:				
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):				
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____		<i>Unterschrift Arzt:</i> _____	

¹³ Bitte ankreuzen: Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

Zielvereinbarung zwischen Patient und Arzt				Seite 1
Patient: Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind: <i>Selbstständig meinen Haushalt führen (einkaufen); Genaue Diagnose; Schmerzlinderung</i>			Mögliche Zielbereiche sind z.B. : <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit (Körper, Seele) • Beruf, Freizeit, Familie • Aktivitäten • Information 	
Arzt: Das möchte ich ergänzen: <i>Gewichtsreduktion empfohlen; Ernährungsumstellung, Bewegungstraining</i>				
(1) Aufnahme am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3	
Mein Ziel ist:	Gehdauer von 5 auf 20 Minuten steigern (um Einkaufen zu gehen)	Genau wissen, was ich habe	Schmerzen reduzieren von 8 auf 3 (VAS) ¹⁴	
Geeignete Maßnahmen:	Walking-Gruppe	Untersuchung x, y	Schmerzmedikation, KG, Entspannungstraining	
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):	Wenn ich 20 Minuten ohne Unterbrechung gehen kann	Wenn ich Folgen & Behandlung der Erkrankung genau kenne	Wenn zu drei Zeitpunkten an einem Tag VAS < 4	
Gemeinsam vereinbart:	Unterschrift Patient: _____ Unterschrift Arzt: _____			
(2) Zwischenbilanz am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3	
Ziel erreicht? ¹⁵	Nein 0----1----2----3----X Ja	Nein 0----1----2----X----4 Ja	Nein 0----1----X----3----4 Ja	
Erläuterung der Bewertung:	20 Minuten erreicht	Einzelne Aspekte noch unklar	Schmerz 3 x auf 5 reduziert	
Ziele geändert?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, siehe nächste Seite	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, siehe nächste Seite	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, siehe nächste Seite	

¹⁴ Schmerzangabe auf der visuellen Analog-Skala (VAS: 1= kein Schmerz; 10= maximal)

¹⁵ Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

(2a) Ggf. Änderung oder Anpassung der Ziele bei Zwischenbilanz zu Reha-Mitte				Seite 2
Geänderte Ziele:	Neues Ziel 1: Gehdauer von 20 auf 30 Minuten steigern	Neues Ziel 2: Wissen über die Erkrankung steigern	Neues Ziel 3: Schmerzen reduzieren von VAS 5 auf 3	
Geeignete Maßnahmen:	Walking-Gruppe Ergometertraining	KHK: z.B. Herzgruppe RS: z.B. Rückenfit DM: z.B. Diabetesgruppe	Bewegungstraining, Muskelaufbau, Entspannung	
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):	Wenn ich 30 Minuten ohne Schmerzen gehen kann	Wenn ich genau weiß, was ich tun darf und was nicht	Wenn ich den Schmerz zu drei Zeitpunkten geringer als 3 auf VAS einschätze	
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____		<i>Unterschrift Arzt:</i> _____	
(3) Bilanz Reha-Ende am:	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:	
Ziel erreicht?¹⁶	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	
Ggf. Erläuterung der Bewertung:	Gehdauer von 20 auf 30 Minuten gesteigert, Einkaufen möglich!	Ziel erreicht, fühle mich gut informiert!	Schmerzen von 5 auf 3 VAS reduziert!	
(4) Ziele nach Reha	Ziel 1: Gehdauer von 30 auf 60 Minuten steigern	Ziel 2: Mich regelmäßig über meine Erkrankung informieren	Ziel 3: Überlastung vermeiden	
Geeignete Maßnahmen:	Ergometertraining Walking-Gruppe	Selbsthilfegruppe, Arzt, Internet	Bei Schmerzsignalen pausieren oder die Bewegung ändern	
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):	Wenn ich 60 Minuten ohne Schmerzen gehen kann	Infos über meine Erkrankung bei Bedarf	Wenn ich auch bei längerer Aktivität (60 Min) keine Schmerzen habe	
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____		<i>Unterschrift Arzt:</i> _____	

¹⁶ Bitte ankreuzen: Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

Zielvereinbarung zwischen Patient und Arzt				Seite 1
Patient: Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:		Mögliche Zielbereiche sind z.B. : <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit (Körper, Seele) • Beruf, Freizeit, Familie • Aktivitäten • Information 		
<ul style="list-style-type: none"> • Klären, ob ich meinen Job noch machen kann • Alternativen prüfen (berufliche Orientierung) 				
Arzt: Das möchte ich ergänzen:				
(1) Aufnahme am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3	
Mein Ziel ist:	Klären, wie leistungsfähig ich bin (in Stunden)	1 Stunde Arbeiten ohne Schmerzen	Alternativen zu meinen jetzigen Job finden	
Geeignete Maßnahmen:	Testverfahren, z.B. EfL ¹⁷ ;	Arbeitsplatztraining ¹⁸	Beratung im Sozialdienst, Berufliche Orientierung	
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):	Wenn ich genau weiß, was ich noch tun kann und was nicht	Wenn ich AP-analoge Aktivität (z.B. Kiste mit 20 kg heben) 20 mal ohne Schmerzen ausführen kann	Wenn ich einige Ideen habe, die ich weiter verfolgen kann	
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____ <i>Unterschrift Arzt:</i> _____			
(2) Zwischenbilanz am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3	
Ziel erreicht?¹⁹	Nein 0---1---2---X---4 Ja	Nein 0---1---X---3---4 Ja	Nein 0---1---2---X--- Ja	
Erläuterung der Bewertung:	Laut Testbericht kann ich in meinem Beruf vollschichtig weiter arbeiten	20 x „Kiste heben“ geht, aber mit Schmerzen	Habe einige gute Ideen bekommen	
Ziele geändert?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, siehe nächste Seite	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, siehe nächste Seite	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, siehe nächste Seite	

¹⁷Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit nach Isernhagen

¹⁸ Das Arbeitsplatztraining oder andere Trainingsmaßnahmen könnten auch typische Zielrevisionen sein, die sich erst aus den Testergebnissen ergeben;

¹⁹ Bitte ankreuzen: Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

(2a) Ggf. Änderung oder Anpassung der Ziele bei Zwischenbilanz zu Reha-Mitte				Seite 2
Geänderte Ziele:	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:	
Geeignete Maßnahmen:				
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):				
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient: _____</i>			<i>Unterschrift Arzt: _____</i>
Bilanz zu Reha-Ende am:	Ziel 1: Klären, wie leistungsfähig ich noch bin	Ziel 2: Klären, ob ich meinen Job weitermachen kann	Ziel 3: Alternativen zu meinen jetzigen Job finden	
Ziel erreicht?²⁰	Nein 0----1----2----3----X Ja	Nein 0----1----2----3----X Ja	Nein 0----1----2----3----X Ja	
Begründung der Bewertung:	Weiß jetzt, was ich noch leisten kann, aber Übertragbarkeit auf den Job fraglich	Im Training hat alles geklappt, zum Schluss auch ohne Schmerzen	Habe einige gute Ideen, muss aber sehen, ob ich Chancen habe	
Ziele nach der Reha:	Ziel 1: Arbeitserprobung	Ziel 2: Regelmäßige Bewegung	Ziel 3: Alternativen zu meinen jetzigen Job finden	
Geeignete Maßnahmen:	Stufenweise Wiedereingliederung	Anmeldung im Sportverein	Bewerbungen an XY schreiben	
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):	Wenn ich sechs Arbeitswochen ohne Schmerzen durchhalte	Wenn ich 3 x pro Woche 1,5 Stunden Sport treibe	Wenn ich einmal zum Vorstellen eingeladen wurde	
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient: _____</i>			<i>Unterschrift Arzt: _____</i>

²⁰ Bitte ankreuzen: Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

Zielvereinbarung zwischen Patient und Arzt

Seite 1

Patient: Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:

Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:

Selbstständig meinen Haushalt führen (einkaufen); Genaue Diagnose

Hier notieren Sie ggf. Ihre Ergänzungen

- Mögliche Zielbereiche sind z.B. :
- Gesundheit (Körper, Seele)
 - Beruf, Freizeit, Familie
 - Aktivitäten
 - Information

Arzt: Das möchte ich ergänzen: *Gewichtsreduktion empfohlen*

Hier notieren Sie die endgültigen Zielformulierungen

Stellung, Bewegungstraining

(1) Aufnahme am:

Ziel 1

Hier notieren Sie die Maßnahmen

Ziel 3

Mein Ziel ist:

Bitte hier das Datum des Gespräches angeben!

Gehdauer von 5 auf 20 Minuten steigern (um Einkaufen zu gehen)

Genaue Diagnose, was ich

Hier notieren Sie die angestrebte Zielgröße (Wert, Einschätzung)

Schmerzen reduzieren von 9 auf 4 (VAS)²¹

Hier unterschreiben Sie beide die Vereinbarung

Geeignete Maßnahmen:

Walking-Gruppe

Untersuchung

Schmerzmedikation, Entspannungstraining

Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):

Wenn ich 20 Minuten ohne Unterbrechung gehen kann

Wenn ich Folgen & Behandlung der Erkrankung genau kenne

Wenn zu drei Punkten an einem Tag VAS 4

Gemeinsam vereinbart:

Unterschrift Patient: _____

Hier bewerten Sie das Erreichte bei der Bilanz zu Reha-Mitte

Unterschrift Arzt: _____

(2) Zwischenbilanz am:

Ziel 1

Ziel 2

Ziel 3

Ziel erreicht?²²

Nein 0---1---2---3---X Ja

Hier kreuzen Sie an, ob die Ziele nach der Zwischenbilanz geändert wurden

Nein 0---1---2---3---X Ja

Hier begründen Sie ggf. Ihre Bewertung

Nein 0---1---2---3---4 Ja

Ggf. Erläuterung der Bewertung

20 Minuten erreicht

Diagnosepunkte noch unklar

Schmerz 3 x auf 5 reduziert

Ziele geändert?

Nein Ja, siehe nächste Seite

Nein Ja, siehe nächste Seite

Nein Ja, siehe nächste Seite

²¹ Schmerzangabe auf der visuellen Analog-Skala (VAS: 1= kein Schmerz; 10= maximal)

²² Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

(2a) Ggf. Änderung oder Anpassung der Ziele bei Zwischenbilanz				Seite 2
Geänderte Ziele:	Neues Ziel 1: Gehdauer von 20 auf 30 Minuten steigern	Neues Ziel 2: Wissen über die Erkrankung steigern	Neues Ziel 3: Schmerzen reduzieren von VAS 5 auf 3	
Geeignete Maßnahmen:	Walking-Gruppe Ergometertraining	KHK: z.B. Herzgruppe RS: z.B. Rückenfit DM: z.B. Diabetesgruppe	Bewegungstraining, Muskelaufbau, Entspannung	
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):	Wenn ich 30 Minuten ohne Schmerzen gehen kann	Wenn ich genau weiß, was ich tun darf und was nicht	Wenn ich den Schmerz zu drei Zeitpunkten geringer als 3 auf VAS einschätze	
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift</i> _____	<i>Unterschrift Arzt:</i> _____		
(3) Bilanz Reha-Ende am:	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:	
Ziel erreicht?²³	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	
Ggf. Erläuterung der Bewertung:	Gehdauer von 20 auf 30 Minuten gesteigert, Einkaufen möglich!	Ziel erreicht, fühle mich gut informiert!	Schmerzen von 5 auf 3 VAS reduziert!	
(4) Ziele nach Reha	Ziel 1: Gehdauer von 30 auf 60 Minuten steigern	Ziel 2: Mich regelmäßig über meine Erkrankung informieren	Ziel 3: Überlastung vermeiden	
Geeignete Maßnahmen:	Ergometertraining Walking-Gruppe	Selbsthilfegruppe, Arzt, Internet	Bei Schmerzsignalen pausieren oder die Bewegung ändern	
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):	Wenn ich 60 Minuten ohne Schmerzen gehen kann	Infos über meine Erkrankung bei Bedarf	Wenn ich auch bei längerer Aktivität (60 Min) keine Schmerzen habe	
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____		<i>Unterschrift Arzt:</i> _____	

Hier notieren Sie ggf. die geänderten Ziele

Hier bewerten Sie das Erreichte bei der Abschlussbilanz zu Reha-Ende

Hier vereinbaren Sie Ziele nach der Reha, ggf. übernehmen von Formular N

²³ Bitte ankreuzen: Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

Zielvereinbarung zwischen Patient und Therapeut

Seite 1

Patient: Meine größten Probleme, Anliegen oder Wünsche sind:

- Mögliche Zielbereiche sind z.B. :
- Gesundheit (Körper, Seele)
 - Beruf, Freizeit, Familie
 - Aktivitäten
 - Information

Therapeut: Das möchte ich ergänzen:

(1) Aufnahme am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
Mein Ziel ist:			
Geeignete Maßnahmen:			
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):			
Gemeinsam vereinbart:	Unterschrift Patient: _____ Unterschrift Arzt: _____		
(2) Zwischenbilanz am:	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
Ziel erreicht? ²⁴	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja
Ggf. Erläuterung der Bewertung:			
Ziele geändert?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, s.u.	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, s.u.	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, s.u.

²⁴ Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)



Code Patient: 17 _____

Code Therapeut: _____

Datum Ausdruck, Kopie: _____

T herapeut

(2a) Ggf. Änderung oder Anpassung der Ziele bei Zwischenbilanz zu Reha-Mitte**Seite 2**

Geänderte Ziele:	Neues Ziel 1:	Neues Ziel 2:	Neues Ziel 3:
Geeignete Maßnahmen:			
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):			
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____ <i>Unterschrift Arzt:</i> _____		
(3) Bilanz Reha-Ende am:	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:
Ziel erreicht?²⁵	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja	Nein 0----1----2----3----4 Ja
Ggf. Erläuterung der Bewertung:			
(4) Ziele nach Reha	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:
Geeignete Maßnahmen:			
Ziel erreicht, wenn (Indikatoren):			
<i>Gemeinsam vereinbart:</i>	<i>Unterschrift Patient:</i> _____ <i>Unterschrift Arzt:</i> _____		

²⁵ Bitte ankreuzen: Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

Reha-Ziele nach Entlassung			
Berufsgruppe:			
Ziele nach der Reha	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
1. Meine Ziele nach der Reha sind:			
2. Dazu mache ich Folgendes: <ul style="list-style-type: none"> • 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:			
6. Gemeinsam vereinbart am:	Unterschrift Patient: _____ Unterschrift Mitarbeiter: _____		
7. Bilanz nach 3 Monaten: So weit habe ich mein Ziel erreicht²⁶ :	0---1---2---3---4	0---1---2---3---4	0---1---2---3---4

²⁶ Bitte ankreuzen: 0= gar nicht; 1= etwas (25%); 2= etwa zur Hälfte (50%); 3= fast vollständig (75%); 4= voll und ganz (100%)

Ausschlusskriterien: Aufkleber für den Arztbogen (Koronare Herzkrankheit)

Folgende Ausschlusskriterien liegen vor: -> **keine Studienteilnahme**

- Keine Diagnose Gesicherte Koronare Herzkrankheit
- Alter unter 18 Jahre
- Keine ausreichenden Deutschkenntnisse
- Patient ist kognitiv, physisch oder psychisch zur Studienteilnahme nicht in der Lage
- Konsumierende fortschreitende Erkrankung (neoplastisch, entzündlich)
- Orientierungsstörungen oder psychiatrische Erkrankungen
- Rentenantragsteller
- Schwere COPD
- Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- Schwere Herzinsuffizienz (NYHA > 2)
- Arzt hat nicht am Zielvereinbarungstraining teilgenommen

ParZivar-Zielvereinbarung hat stattgefunden:

- bei Aufnahme** **(Studienpatient)**
- zu einem Sondertermin** **(Studienpatient)**
- gar nicht** **(keine Studienteilnahme)**

Fallbeispiele

- Fallbeispiel 1: Patient mit Koronarer Herzkrankheit
- Fallbeispiel 2: Patient mit Diabetes Typ 2
- Fallbeispiel 3: Patient mit Rückenschmerzen

Fallbeispiel 1: Patient mit Koronarer Herzkrankheit

Mann, 57 J, 1,78 m, 84 kg; verheiratet

Berufliche Situation, Ausbildung und Erwerbsstatus. Abitur, Lehramtsstudium abgebrochen, weil er Geld für die Familie verdienen musste. Selbstständiger Versicherungsfachmann.

Primäre Problemdarstellung (Warum sind Sie hier?). Herzinfarkt vor 4 Wochen. Es geschah bei der Gartenarbeit, P fühlte sich ein bisschen schlapp, machte Pause, erholte sich aber nicht, dann Engegefühl in der Brust, im ganzen Körper war die Energie weg. Es wurde ein Katheter gesetzt.

Krankengeschichte: Ursachen, Auslöser und Risiken. P hatte vor 4 Jahren einen Stent bekommen, der sich durch eine Thrombose zugesetzt hatte. Damals hatte er vorher keine Beschwerden gehabt, es wurde festgestellt, dass eine Ader zu 75 % zu war, nach der OP war alles wieder in Ordnung bis zu dem Infarkt. P raucht nicht und trinkt nur sehr wenig Alkohol, aber er macht aufgrund einer Behinderung keinen Sport mehr und hat daher leichtes Übergewicht.

Weitere Probleme. P berichtet, dass er an den Folgen einer Chrom-Kobalt-Vergiftung leidet, die durch einen Behandlungsfehler bei einer Hüft-OP verursacht wurde. Er kämpft um eine finanzielle Entschädigung. P war früher sportlich sehr aktiv und leidet darunter, dass er wegen dieser Behinderung keinen richtigen Sport mehr ausüben und nicht mehr an seine Leistungsgrenze gehen kann.

Maßnahmen. Leben anders einrichten, heißt für ihn, 2 – 3 kg abnehmen, weil er derzeit das Optimal-, aber nicht das Idealgewicht hat, weniger Fleisch essen. Er hat mit 60 Watt auf dem Ergometer angefangen, hat sich auf 100 gesteigert.

Barrieren. P war früher sportlich sehr aktiv und leidet darunter, dass er wegen dieser Behinderung keinen richtigen Sport mehr ausüben und nicht mehr an seine Leistungsgrenze gehen kann. P hat seit seiner Kindheit viel Sport gemacht, hat auch Sport studiert, Tennis in der Regionalliga und Fußball in der Landesliga gespielt, ist Rennrad gefahren, hat gejoggt. Das war ab 1998 vorbei. Ergometer hat ihm keinen Spaß gemacht.

Anliegen, Wünsche, Ziele. P will wieder zu Kräften kommen, damit er wieder aufs Ergometer gehen und seine tägliche Arbeit erledigen kann (Wäsche aufhängen, Einkäufe tragen können u.ä.), sich wieder gut fühlen. P möchte seine Frau im Haushalt unterstützen, da er derzeit kein Einkommen hat und das Ehepaar auf das Geld der Frau angewiesen ist.

P berichtet, dass er zusammen mit einem Kollegen öfter nach Schweden fährt, um Hechte und Großbarsche zu angeln. Das geht auch mit seiner Behinderung. Wegen des Infarkts kann er derzeit nicht angeln. Er hat aber mit dem A nicht darüber gesprochen, dass er das gern wieder machen möchte.

Es ist jetzt im Kopf angekommen, dass er eine irreparable Krankheit hat, mit der man aber noch lange leben kann, und er lebt gern. Fahrrad fahren geht nur noch in Gemeinschaft.

Arbeiten ist nicht mehr möglich. Seine Ziele beziehen sich daher auf den privaten Bereich, da möchte er sich wieder normal bewegen, leben können. Er lebt gerne.

Fallbeispiel 2: Patient mit Diabetes Typ 2

Mann, 44, 1,93 m, 148 kg; verheiratet, 3 Söhne (7, 8, 11)

Berufliche Situation, Ausbildung und Erwerbsstatus.

Hauptschul-Abschluss, Bäcker, bis vor 1 Jahr 1-€-Job beim DRK, jetzt arbeitslos.

Primäre Problemdarstellung (Warum sind Sie hier)? Diabetes seit 5 Jahren bekannt (im Zusammenhang mit Bauchspeicheldrüsen-Not-OP festgestellt). Zunächst medikamentöse Behandlung (Metformin).

Krankheitstheorie: Ursachen, Auslöser und Risiken. Krise (Alkohol etc.) im vergangenen Jahr, P ging dann „zur Entgiftung“ ins Krankenhaus, seitdem (¾ Jahr) Insulinspritzen; da das Messgerät defekt war, hat er viel zu hohe Dosen gespritzt und litt unter Fressattacken, hat deshalb stark zugenommen. Er wollte diese Fressattacken loswerden.

Weitere Probleme. Außerdem hatte er in der letzten Zeit keinen Dampf mehr und wollte am liebsten alles hinschmeißen, der Akku war leer. P fühlte sich - trotzdem - im „normalen Leben“ durch Diabetes nicht eingeschränkt, sondern eher durch ein kaputtes Sprunggelenk (kann mit den Söhnen nicht Fußball spielen) und verschlissene Bandscheiben. Aber er hat es als Einschränkung empfunden, dass er immer Messgerät und Spritze dabei haben musste (vergessen).

Maßnahmen. Er war dadurch motiviert, die 1200 kcal Diät einzuhalten und intensiv Sport zu treiben. (Schwimmen gefällt ihm am besten.) In der Ernährungsberatung wurde er über die Zusammenhänge aufgeklärt; er versteht, weshalb er nicht schnell abnimmt. Er hat daraus den Schluss gezogen, dass er umso mehr Sport treiben muss, und möchte bis Reha-Ende möglichst 5 kg schaffen (4 ½ kg nach 2 ½ Wochen). Wie viel er abnehmen wollte, ist nicht klar, aber er ist mit dem Ergebnis zufrieden, weil er die Zusammenhänge versteht.

Erfolgserwartung und Barrieren. Er braucht jetzt kein Insulin mehr zu spritzen, in dieser Hinsicht hat er sogar mehr erreicht, als er gehofft hatte. Den Erfolg führt er auf seinen Ehrgeiz und darauf zurück, dass er über Diät und Therapie hinaus sehr an sich gearbeitet habe – wobei die intensive Aufklärung in der Rehaklinik für ihn sehr erhellend war. Er ist ärgerlich, dass er diese Informationen nicht früher bekommen hat und sich mit einem defekten Messgerät herumschlagen musste. Eine wichtige Rolle spielte dabei die Gruppe, in der man sich darüber absprach, zu sehen, was die Maßnahmen innerhalb einer Woche bringen. Er litt allerdings die ganze Zeit über unter Hunger, erst beim gemeinsamen Kochen wurde er satt.

Anliegen, Wünsche, Ziele. Die Ärztin hat ihn nach seinen Zielen gefragt und ihn auch auf sein Alkoholproblem angesprochen. Sein Ziel war, „von den Pfunden runter und so wenig wie möglich, besser gar kein Insulin mehr“. Die Ärztin hat ihm gesagt, er sei noch nicht alt und sie sähe viel Spielraum, er könne es schaffen, wenn er mitarbeite. Das hat sie auch am nächsten Tag noch einmal wiederholt. Sie würden ihm dann auch helfen. Diese Auskunft war für ihn entscheidend, denn er hatte vorher von 4 Ärzten nur gehört, er werde sein Leben lang spritzen müssen.

Transfer. Der P geht davon aus, dass er viele Anregungen in puncto Ernährung zu Hause nutzen kann und hat darüber auch schon mit seiner Frau gesprochen. Sie ist ebenfalls übergewichtig, so dass sie auch davon profitieren kann. Er bewegt sich zu Hause mit dem Fahrrad fort und geht öfter ins Freibad.

Fallbeispiel 3: Patient mit Rückenschmerzen

Mann, 57 J, 1,80 m, 75 kg; verheiratet, 3 Personen im Haushalt (1 erwachsener Sohn).

Berufliche Situation, Ausbildung und Erwerbsstatus. Volksschule, Derzeitiger Beruf: Berufskraftfahrer; arbeitet 45 Stunden pro Woche, war im letzten halben Jahr 2 x 14 Tage krank geschrieben.

Primäre Problemdarstellung (Warum sind Sie hier)? Rückenschmerz seit einem halben Jahr; Reha-Initiative ging von ihm selber aus, er hat es dem A vorgeschlagen. Er wollte unbedingt weiter weg, damit es auch etwas bringt. P ist wegen Rücken, Halswirbel und Schulter hier.

Krankheitstheorie: Ursachen, Auslöser und Risiken. Mit dem Rücken hat er schon länger Probleme, denn er hatte als Jugendlicher einen Unfall mit Trümmerbruch, wodurch ein Bein 2 cm kürzer wurde. Der Bruch wurde orthopädisch nicht richtig behandelt, die Ä haben ihm gesagt, das würde sich stabilisieren und auswachsen. Er hatte lange Zeit keine diesbezüglichen gesundheitlichen Probleme. Er arbeitet seit 30 J als LKW-Fahrer. Man hat ihm erklärt, dass sich die Wirbel abnutzen und Verschleißerscheinungen da sind.

Weitere Probleme. In letzter Zeit hat er hauptsächlich Beschwerden in den Halswirbeln und in der rechten Schulter. Durch das Kribbeln konnte er nachts nicht schlafen.

Maßnahmen, Erfolgserwartung und Barrieren. Er war im Frühjahr beim Arzt, aber mit Spritzen und Massagen konnte er nicht richtig warm werden, weil er auf Montage ist und nur Termine freitags oder samstags hätte wahrnehmen können. Deshalb hat der A dann die Reha verordnet. P merkt nach 14 Tagen auch schon den Erfolg. Die verschiedenen Therapien und die Sandliege greifen langsam, man kommt auch eher zur Ruhe. Man kann sich hier darauf konzentrieren, sich darauf einstellen, man hat seine Behandlungen und genug Zeit zwischendurch, um etwas anderes zu machen, schwimmen zu gehen, alles, was für Rücken und Halswirbel gut ist.

Anliegen, Wünsche, Ziele. Dass er wieder schmerzfrei hier rausgehen kann. Das schafft er auch. Er ist 2 Wochen hier, hat 1 Woche Verlängerung bekommen und dann haben sie das im Griff. Man merkt schon, dass es greift. Wenn er seinen Schmerz bei Rehabeginn bei 100 [nicht im Sinn des maximalen Schmerzes] ansetzt, dann wird er mit 20 oder 10 gehen. Er wird ihn nicht ganz wegstreiten wegen des Verschleißes und des Alters.

Transfer, langfristige Ziele. Man kann sich drauf einstellen, dass man das in Zukunft fortsetzen kann – durch Entspannungsübungen oder dass man ein bisschen anders dran arbeitet. Seit es mit dem Rücken so schlimm ist, macht er zu Hause in einem Fitness-Studio etwas Fahrrad fahren und Rückenschule. Es hat auch ein bisschen geholfen, aber da er so lange nichts gemacht hat, kann er nicht erwarten, dass es morgen weg ist.

Tabelle 4: Zielformulierungen von Patienten und Leitfragen zur Konkretisierung

Zielformulierungen von Patienten	Leit-Fragen zur Problem- und Zielpräzisierung
Globale Ziele	
Wieder richtig gesund werden	Was bedeutet für Sie: „Richtig gesund werden“?
Freude am Leben haben	Was macht Ihnen besondere Freude?
Mehr Lebensqualität	Was macht Lebensqualität für Sie aus?
Noch einige Jahre am Leben teilhaben	Was bedeutet für sie „am Leben teilhaben“?
Ich möchte mich richtig erholen	Was hilft Ihnen, sich zu erholen?
Funktionsfähigkeit im Alltag/ Aktivitäten	
Wieder selbständig den Haushalt führen	Warum sind Sie derzeit nicht selbstständig? Was möchte Sie wieder selbst tun können?
Ohne fremde Hilfe das Leben gestalten können	Was bedeutet für Sie „das Leben gestalten“? Wo könnten Sie Hilfe akzeptieren und wo nicht?
Leichte Gartenarbeiten zu verrichten	Was genau meinen Sie mit „leicht“? Was möchten Sie wieder tun können?
Alle normalen täglichen Erledigungen mühelos schaffen zu können	Welche zum Beispiel? Was macht Ihnen derzeit Mühe?
Wieder Urlaub zu machen	Was würden Sie gerne tun, was Sie derzeit aus Krankheitsgründen nicht können?
Leistungsgrenzen erkennen	Warum befürchten Sie, diese nicht zu erkennen?
Regulation (erkrankungsbezogener) (Risiko-)Faktoren	
Blutdruck optimal einstellen	Sind Sie darüber informiert, was optimal ist? Wie ist es jetzt & wie soll es sein? (Klärung der Ist- und Soll-Werte)
Gewichtsabnahme	Wie viel wollen Sie abnehmen? Was würden Sie als Erfolg werten? Was könnten Sie wieder tun, wenn Sie X kg abgenommen haben?
Bluthochdruck senken	Sind Sie darüber informiert, was optimal ist?
Schmerzen reduzieren	Was könnten Sie wieder tun, wenn...?
Meine Beweglichkeit fördern und erhalten	Was bedeutet für Sie „beweglich“ genau? Was möchten Sie tun können, was Sie jetzt nicht können?
Aufbau der Rücken-/ Bauchmuskulatur“	Wobei hilft Ihnen eine bessere Rückenmuskulatur?

ICF und typische Reha-Ziele von RehabilitandInnen (Dudeck, 2009)

Die folgende Übersicht (s. nachfolgende Tabelle) soll verdeutlichen, wie patientenseitig formulierte Reha-Ziele in Übereinstimmung mit der ICF aussehen können und ist als Anregung für die gemeinsame Zielvereinbarung zu verstehen.

In den ersten beiden Spalten der Tabelle sind die Konzepte und die Klassifikation der ersten Ebene der ICF dargestellt, denen in der 3. Spalte beispielhaft typische Reha-Ziele von Patienten der Diagnosegruppen Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit und chronische Rückenschmerzen zugeordnet sind. Die Reha-Ziele aus Patientensicht wurden im Projekt Parzivar im Rahmen der Baselinemessung zur Evaluation (Fragebogenerhebung, Messzeitpunkt t0 - vor Reha-Beginn) in drei am Projekt teilnehmenden Rehabilitationskliniken (Indikationsbereiche Stoffwechselerkrankungen, Kardiologie und Muskuloskeletale Erkrankungen) erhoben und basieren auf einer vorläufigen Auswertung patientenseitiger Freitextangaben aus der noch laufenden Erhebung. In der 4. Spalte kennzeichnet jeweils ein Buchstabe die Indikation bzw. Diagnosegruppe, aus der die genannten Ziele stammen (D = Diabetes, K = KHK, R = chronischer Rückenschmerz). Nicht zu allen ICF-Kategorien werden Beispiele genannt, was zum einen mit den Diagnosegruppen zusammenhängt, aus denen Patienten „zu Wort kommen“, zum anderen damit, dass der bisherigen Auswertung der Patientenziele eine noch relativ geringe Datenbasis zugrunde liegt (N = 150 Patienten über alle Indikationen).

Die Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und gibt auch keine „optimal“ formulierten Ziele (spezifisch, handlungsnah, messbar, quantifizierbar, etc.) vor; die Zielbeispiele sind insofern „realitätsnah“, als sie direkt patientenseitige Freitextangaben zu der Frage nach den drei wichtigsten persönlichen Reha-Zielen („Durch die Rehabilitation möchte ich folgende Ziele erreichen:...“) wiedergeben. Sie sollen Anhaltspunkte geben, mit welchen - mehr oder minder konkreten - Zielvorstellungen Patienten in die Reha „starten“, verdeutlichen, dass sich diese in der ICF abbilden lassen und Potential für eine „optimierte“ Zielformulierung aufzeigen, die im Rahmen einer gemeinsamen Zielvereinbarung vorgenommen werden kann.

Konzepte der ICF	Klassifikation der ersten Ebene	Beispiele	Indikation
Körperfunktionen	Mentale Funktionen	„durchschlafen können“	R
	Sinnesfunktionen und Schmerz	„weitestgehende Schmerzlinderung“	R
	Stimm- und Sprechfunktionen	-	-
	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	„mein Herz (...) soll wieder gleichmäßiger schlagen“	K
	Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	„Zucker richtig eingestellt bekommen“	D
	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	-	-
	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	„meine Beweglichkeit fördern und erhalten“	R
	Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	-	-
Körperstrukturen	Strukturen des Nervensystems	-	-
	Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen	-	-
	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind	-	-
	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems	-	-
	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen	-	-
	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen	-	-
	Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen	„Aufbau der Rücken-/ Bauchmuskulatur“	R
	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde	-	-
Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Lernen und Wissensanwendung	„Tipps und Anregungen im Bereich der Ernährung“	R
	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	„mit der Erkrankung besser umgehen zu können“	R
	Kommunikation	„Austausch mit anderen Patienten“	R
	Mobilität	„möchte wieder laufen können“	R
	Selbstversorgung	„dass ich keine Hilfe (bei xy) mehr benötige“	R
	Häusliches Leben	„wieder selbständig den Haushalt führen“	K

	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	„meiner Frau und meinem Sohn einen Teil (...) zurückgeben (...)“	K
	Bedeutende Lebensbereiche	„Arbeitskraft wieder voll zu erlangen“	R
	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	-	-
Umweltfaktoren	Produkte und Technologien	„weniger Medikamente“	K
	Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	-	-
	Unterstützung und Beziehungen	„Feststellung der Ursache der Schmerzen“	R
	Einstellungen	-	-
	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	-	-
Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert)	z.B. Lebensstil	„sportlich aktiver werden“	R

Tabelle: Klassifikation der ersten Ebene der ICF mit beispielhaften patientenseitig formulierten Reha-Zielen (Diagnosegruppen Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit und chronischer Rückenschmerz)