

Neurologie & Rehabilitation 2005; 11 (4): 204–211

ICF-basierte Zieldefinition in der Neurorehabilitation

S. Bühler, H. Grötzbach, P. Frommelt

Asklepios Klinik Schaufling

Zusammenfassung

Der Zielsetzungsprozess ist eine der Grundlagen der Neurorehabilitation und sollte daher in einem interdisziplinären Protokoll dokumentiert werden. Dabei stehen die Partizipationsziele im Vordergrund, die sich auf die individuelle Lebenssituation eines Patienten beziehen. Ausgehend von den Partizipationszielen werden Ziele auf Aktivitäts- und Funktionsebene abgeleitet. Therapeutische Ziele sollten genau, messbar, erreichbar, bedeutsam und zeitlich bestimmt formuliert werden. Eine empirische Untersuchung zum Zielsetzungsprozess in der klinischen Routine zeigt erhebliche Probleme in der Kontinuität von Zielen über den Rehabilitationsverlauf. Es werden Lösungsvorschläge vorgestellt, um den Zielsetzungsprozess zu strukturieren.

Schlüsselwörter: ICF, Therapieziele, Zieldefinition

ICF-based definition of goals in neurorehabilitation

S. Bühler, H. Grötzbach, P. Frommelt

Abstract

The goal setting process is essential in neurorehabilitation. Within the framework of the ICF the goals should primarily refer to participation in life domains or to the context. Subordinate to these long-term and short-term goals relating to functions and activities. In clinical rehabilitation the criteria for ideal goals are: they should be relevant for the patient, relate to superordinate participation, they should be observable, measurable, achievable, and timed.

An empirical analysis of the goal-setting process in an inpatient rehabilitation hospital found several shortcomings when comparing the ideal goals with the real practice goals. There was a fading of goals during the course of rehabilitation. In addition goals were mostly referring to functions and activities, however rarely to participation and context.

The results indicate that the goal setting process should be improved when we consider the ICF as a relevant frame. Several proposals are discussed.

Key words: ICF, goal-setting, neurorehabilitation, exploratory study

© Hippocampus Verlag 2005

Einleitung

Die ICF spielt in der täglichen Arbeit der Abteilung für Neurologische und Neuropsychologische Rehabilitation der Asklepios Klinik Schaufling nicht zuletzt durch ein Projekt zur Umsetzung der ICF in die sozialmedizinische Beurteilung (s. Beitrag von Frommelt, Grötzbach und Überle in diesem Heft) seit einigen Jahren eine große Rolle. Daneben arbeiten wir an der Weiterentwicklung der Dokumentation der patientenbezogenen interdisziplinären Teambesprechungen, dem sogenannten Teamprotokoll, in dem Therapieziele festgelegt werden.

Bühler (2004) hat versucht, sich in einer Bachelorarbeit im Fach Ergotherapie mit der klinischen Verbindung von ICF,

Zielsetzungsprozess und Zielformulierung zu beschäftigen. Dafür sollten zunächst die Ist-Situation bei der Formulierung der Ziele untersucht und daraus Veränderungsvorschläge formuliert werden.

Folgende Fragen stellten wir uns: Wie werden die Ziele formuliert? Wird die ICF als Basis für Zielformulierungen genutzt? Wie werden die Ziele in den Entlassungsbriefen wiedergegeben?

Ergänzend wurde eine Literaturrecherche zum Thema »Zielsetzungsprozess und Therapieziele« durchgeführt.

In diesem Beitrag sollen zunächst die Ergebnisse vorgestellt werden. Daran anschließend werden die Konsequenzen für die praktische Arbeit dargestellt.

Skizze des Rehabilitationsverlaufs in der stationären Neurorehabilitation

Die Rehabilitation in der Klinik beginnt mit der Frage nach den Konsequenzen von Schädigungen für die alltägliche Lebensführung eines Betroffenen. Die Beeinträchtigungen in körperlichen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen und sozialen Funktionen können zu Störungen der persönlichen Aktivitäten im Alltag führen [3]. Die daraus resultierende Beeinträchtigung der individuellen Partizipation an Lebensbereichen ist von der Persönlichkeit und den Bedürfnissen des Betroffenen, von seinem prämorbidem Lebensstil sowie von den Beschränkungen, die seine Umwelt ihm auferlegt, abhängig. Der Grundgedanke der ICF ist, die Beeinträchtigung nicht als individuelles Schicksal anzusehen, sondern als das Ergebnis einer Interaktion von Person und Lebensbedingungen.

Beeinträchtigungen können durch bauliche und verkehrstechnische Gegebenheiten sowie durch die Reaktionen der Umwelt auf die Symptome der Behinderung entstehen. Patienten mit auffallenden Symptomen erleben nicht selten eine soziale Stigmatisierung. Dies ist einer der Gründe, aus denen sich Betroffene aus der sozialen Umwelt zurückziehen [10]. In der Neurorehabilitation hat sich mittlerweile weitgehend ein interdisziplinäres Teamkonzept durchgesetzt. Im interdisziplinären Rehabilitationsteam arbeiten die einzelnen Fachbereiche innerhalb der Grenzen ihrer Disziplin, die Berufsgrenzen sind durchlässig und es findet ein enger Austausch von Informationen und eine Absprache zwischen den Beteiligten statt [2]. In den Teambesprechungen soll eine gemeinsame Zielsetzung erreicht werden, die alle Teammitglieder verbindet [14].

Ein Rehabilitationsteam braucht einen Teamleiter, um erfolgreich arbeiten zu können. Der gesamte Rehabilitationsprozess und insbesondere der Prozess der Zielsetzung und Zielplanung ist komplex, so dass eine Koordination und eine Kontrolle benötigt werden. Der Teamleiter oder Teammanager kann beispielsweise, wie in Schaufling eingeführt, ein berufserfahrenes langjähriges Teammitglied sein, das aus einer der beteiligten Professionen stammt. Es ist nicht erforderlich, dass er aktiv alle Teamkonferenzen leitet. Es kann ausreichen, wenn er andere, weniger erfahrene Mitarbeiter bei der Leitung unterstützt [11].

Im Rehabilitationsteam als interdisziplinärem Team sollten Repräsentanten jeder Berufsgruppe zusammenarbeiten. Ihre Beiträge sollten als gleichermaßen wertvoll angesehen werden. Trotz der Notwendigkeit eines Teammanagers sollten alle Entscheidungen gemeinsam getroffen werden und die Zustimmung der Mehrheit finden. Keine Berufsgruppe sollte das Recht auf ein Veto haben. In Fällen eines Konfliktes sollten die Wünsche der Patienten das größte Gewicht haben. Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland ist es jedoch unerlässlich, dass der ärztliche Leiter die Teamentscheidungen trägt und die letztendliche Entscheidung behält.

Interdisziplinäre Teamsitzungen funktionieren dann am besten, wenn der Teamleiter und die Teammitglieder einan-

der positive Rückmeldung geben und zur aktiven Teilnahme ermuntern. Es sollte eine Atmosphäre herrschen, in der die Teilnehmer sich unterstützt fühlen, die eigene Meinung äußern können und auch bereit sind, Risiken einzugehen. Ein Vorteil der gemeinsamen Zielsetzung im interdisziplinären Team besteht darin, dass die Mitarbeiter einander gegenseitig emotionale Unterstützung bei der Erreichung des gemeinsamen Zieles geben können [14].

Ein regelmäßiges Training, sowohl in Form einer Einführung als auch von »Auffrischkursen«, ist essentiell. Neue Mitarbeiter benötigen Orientierung hinsichtlich der praktischen Abläufe und der Philosophie, die der interdisziplinären Teamarbeit, der Patientenzentrierung und der Zielsetzung zugrundeliegt. Daneben ist eine konstante Rückmeldung der Teammitglieder untereinander über die Teamarbeit und die Erfahrungen mit formulierten Therapiezielen wichtig für den Erfolg des Rehabilitationsprogrammes, da es nur so zu Modifikationen und Weiterentwicklung kommt [11].

Zielsetzungsprozess

Die Bedeutung von Therapiezielen und der Zielsetzungsprozess

Festgelegte Ziele sind für die Therapie in mehrerer Hinsicht von Bedeutung:

Ohne ein Ziel ist die Antizipation eines Behandlungsweges bzw. der Behandlungsschritte nicht möglich. Die Zielfindung gemeinsam mit dem Patienten ist ein wichtiger Prozess der Klärung und der Ausgangspunkt für die Motivation des Patienten. Darüber hinaus sichert eine sorgfältige Zielsetzung die Abstimmung der Therapie auf die Bedürfnisse der Patienten [1].

Der Zielsetzungsprozess dient jedoch auch dazu, den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Therapeuten zu verbessern und das Vorgehen im interdisziplinären Behandlungsteam abzustimmen. Die Ziele strukturieren die Therapieplanung, daher sollten aus ihnen die therapeutischen Aufgaben für die einzelnen Teammitglieder ableitbar sein [13].

In der Vergangenheit war die Definition und Hierarchisierung von Zielen fast ausschließlich Sache des Therapeuten oder Arztes. In der Entwicklung hin zu einer Patientenzentrierung der Rehabilitation ist es die Aufgabe des therapeutischen Teams, den Patienten darin zu unterstützen, eigene Ziele wahrzunehmen, zu benennen und subjektive Schwerpunkte zu setzen. Ziele, die der Patient selbst definiert hat, beruhen eher auf seinen Bedürfnissen und Wünschen im eigenen Alltagskontext. Sie sind allerdings nicht immer der Realität einer neuen (Krankheits-)Situation angepasst. Oft sind Patienten auch nicht in der Lage, die zur Erreichung der Ziele erforderlichen Schritte zu identifizieren. Deshalb ist es die Aufgabe der Therapeuten und Ärzte, den Patienten bei der Zielplanung zu unterstützen und mit Hilfe ihrer Fachkenntnisse entsprechende Teilziele zu formulieren [1]. Klare Ziele ermöglichen eine Überprüfung des Behandlungsergebnisses. Transparente Therapieziele dienen damit

auch der Qualitätssicherung: Sie »bilden eine entscheidende Schnittstelle zwischen Prozess- und Ergebnisqualität. Ihre operationale Formulierung ist dabei ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu validen Messungen der Ergebnisqualität« [9].

Eine sinnvolle Auswahl von Zielen ist ebenso wichtig wie schwierig. Die Auswahl eines Zieles, wenn es mehrere gleichwertig nebeneinanderstehende Ziele gibt, die aber nicht gleichzeitig in die Therapie aufgenommen werden können, fällt Therapeuten und Ärzten gleichermaßen schwer. Therapieziele werden daher häufig zu wenig nach subjektiver Wichtigkeit und objektiver Machbarkeit geordnet. Es werden zu viele Ziele gleichzeitig verfolgt, von denen nur wenige wirklich erreicht werden können [9].

Therapeutische Ziele können auch als Lernziele bezeichnet werden. Lernziele geben an, welches erwünschte Verhalten nach Einsetzen eines bestimmten Verfahrens erreicht werden soll [15]. In der Ausbildung der Therapieberufe werden Therapieziele üblicherweise entweder nach dem Grad der Konkretheit (Richt-, Grob- und Feinziel) oder nach der zeitlichen Nähe (Fern- und Nahziel) eingeteilt. Diese Aufteilung, die aus der Pädagogik übernommen wurde, führt bei der Formulierung von Therapiezielen jedoch häufig zu Problemen und hat sich in der praktischen Arbeit als wenig hilfreich herausgestellt. Als Faustregel für die Erstellung und Formulierung von Therapiezielen haben sich die SMART-Regeln [1] bewährt (Tabelle 1).

| Regel | Bedeutung | Erläuterung |
|-------------------|-------------------|--|
| Specific | genau | Welche Leistung soll verbessert werden? Ist das Ziel für alle Beteiligten verständlich formuliert? |
| Measurable | messbar | In welchem Ausmaß soll sich die Leistung verbessern? |
| Achievable | erreichbar | Ist das Ziel während des geplanten Behandlungsabschnittes erreichbar? |
| Relevant | bedeutsam | Stimmt das formulierte Ziel mit den Zielen/Wünschen des Patienten überein? Ist es für ihn wichtig? |
| Timed | zeitlich bestimmt | In welchem Zeitraum soll das Ziel erreicht werden? |

Tab. 1: SMART-Regeln für die Definition von Therapiezielen

Überprüfen der Zielerreichung

Je individueller geplant wird, um so wichtiger werden Instrumente, um Therapieinhalte und -ziele zu beschreiben und die Erfolge zu messen. Ein solches Instrument kann darin bestehen, Therapieziele schriftlich zu formulieren. In Zielprotokollen werden die individuellen Ziele festgelegt, und am Ende der Therapiephase wird das Resultat festgehalten. Die Therapieziele beschreiben dabei, soweit dies möglich ist, konkrete Leistungen in einem konkreten Kontext. Diese Therapieprotokolle (Teamprotokolle) werden in Therapeutenrunden erstellt, an denen alle Therapeuten eines Patienten beteiligt sind. Diskussionen und die schriftliche Dokumentation dieser Ziele und ihrer Erfüllung ver-

pflichten dazu, Therapieziele rational und verständlich zu begründen und ihre Erfüllung überprüfbar darzustellen. Damit soll erreicht werden, dass die individualisierten Ziele mit dem Fachwissen und der Erfahrung einer Expertenrunde vereinbar sind und anhand der schriftlichen Protokolle von anderen Experten überprüft werden können. Damit werden auch Diskrepanzen zwischen den Therapieinhalten und den Bedürfnissen der Patienten deutlich, Ressourcen können besser eingesetzt und Therapien revidiert oder abgesetzt werden, wenn sie keinen dauerhaften Nutzen für den Patienten haben oder der Erfolg in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand steht. Die Teamprotokolle dienen so der Qualitätskontrolle, indem sie die Überprüfung der Zielformulierung und der Zielerfüllung ermöglichen [7]. Auch ein Scheitern in der Erreichung von Zielen sollte als Lernchance für Teams verstanden werden. Wenn das Erreichen von Zielen in der Rehabilitation gemessen werden soll, wird von einigen Autoren der Zielerreichungsgrad als Ergebnismaß vorgeschlagen [11]. Dabei sind allerdings noch eine Reihe von inhaltlichen und methodischen Fragen ungeklärt.

Besondere Aspekte des Zielsetzungsprozesses in der Neurorehabilitation

Hauptziele der Rehabilitation bestehen darin, den Rehabilitanden zur Ausübung von Aktivitäten zu befähigen, die zu sinnvollen und lohnenden Teilhabezielen führen und damit die emotionale Belastung vermindern. Ein weiteres Ziel ist, die Rehabilitanden dabei zu unterstützen, ein Gefühl der Identität zu entwickeln, Frieden mit sich selbst und den eigenen Beeinträchtigungen zu schließen [11].

Traditionell wird die Therapie in der Rehabilitation so aufgebaut, dass zunächst eine auf Funktionsverbesserung zielende Behandlung durchgeführt wird. Erst später wird versucht, das Erreichte zu konsolidieren und an spezifische Alltagssituationen anzupassen [7]. Das Ziel der Neurorehabilitation soll aber darin bestehen, den Patienten zu helfen, ihr tägliches Leben zu meistern. Die Besonderheiten ihrer Alltagssituationen müssen also die Richtschnur für Diagnose und Therapie bilden. Zum einen müssen Funktionen im Hinblick auf ihren flexiblen Einsatz in vielerlei Situationen erarbeitet werden. Zum anderen kann es erforderlich sein, die Therapieziele schon früh auf die Kontexte einzuschränken, in denen die gewünschte Funktion für den Patienten besonders bedeutsam ist.

Als Konsequenz müssen Diagnose und Therapie von Anfang an kontextspezifisch auf die bleibenden Anforderungen der Patienten ausgerichtet werden. Dabei soll die Therapie weiterhin stufenweise aufgebaut werden. Bei den einzelnen Therapieschritten muss der Kontext, in dem Inhalte und Fertigkeiten erarbeitet und eingesetzt werden sollen, genau bedacht und eingeplant werden [7, 11].

Für *McGrath* [11] gibt es in der neurologischen Rehabilitation einige Aspekte, die die Zielsetzung zu einer wichtigeren Aufgabe machen als einzelne spezifische therapeutische Interventionen.

Einer dieser besonderen Aspekte ist die Ausdehnung und Komplexität der Probleme, die durch eine Schädigung des ZNS, besonders durch eine Hirnverletzung, hervorgerufen werden. Ein Patient mit einer schweren Hirnschädigung hat typischerweise zahlreiche Probleme (kognitive, soziale, emotionale und somatische), die nicht alle zur gleichen Zeit angegangen werden können. Daher können sich sowohl das therapeutische Team als auch der Patient und seine Familie überfordert fühlen. Ein rationales System, das dabei hilft zu entscheiden, an welchen Bereichen in welcher Reihenfolge gearbeitet wird, ist daher außerordentlich hilfreich, um allen Beteiligten ein Gefühl der Kontrolle zu geben.

Ein weiterer Aspekt, dessen Bedeutung im allgemeinen sehr viel weniger beachtet wird, ist die tiefe Veränderung des Selbst, die im Zusammenhang mit den zahlreichen Einschränkungen entstehen kann. Patienten und ihre Familien kämpfen darum, die Person zu erhalten, die sie vor der Schädigung gewesen sind. Sie haben Angst, diese Person zu verlieren, oder sie bedauern ihren Verlust. Jedes Rehabilitationsprogramm, das sich dieses Themas nicht annimmt, wird nur begrenzten Erfolg haben.

Daher ist es wichtig, die Dinge aus der Perspektive des Patienten zu sehen, und nicht nur sein Verhalten zu beobachten. Es geht darum, sich empathisch auf die Gefühle des Patienten einzulassen. Die emotionalen Erfahrungen der Rehabilitanden sind eng verbunden mit dem Erreichen von für sie bedeutungsvollen Zielen, die wiederum das Gefühl der persönlichen Identität stärken.

Personen mit einer Hirnverletzung haben eine geringe Frustrationstoleranz, sie ermüden leicht und können schwer motiviert werden. Wenn die Rehabilitation nicht auf Ziele gerichtet ist, die einen klaren Bezug zu ihren Belangen haben, werden sie wahrscheinlich nur ein geringes Engagement und eine geringe Compliance zeigen. Die Begründung für eine patientenzentrierte Praxis ist zwar vor allem ethisch, es gibt jedoch auch überzeugende pragmatische Argumente [11].

Patientenzentriertheit bedeutet, der Sichtweise des Patienten ein möglichst großes Gewicht im komplexen Prozess der Entscheidungsfindung bei seiner Behandlung und Versorgung zu geben und dem Patienten zumindest einen Teil seiner Selbstbestimmung zurückzugeben [11].

Patientenzentrierte Praxis erfordert, dass sich das Rehabilitationsteam in den Patienten hineinversetzt und die Welt aus seiner Perspektive betrachtet. Besonders wichtig ist dabei:

1. Das Verständnis der Motivation des Patienten, d. h. das therapeutische Team sollte seine früheren Ziele und Werte kennen und akzeptieren.
2. Die Wahrnehmung des Patienten in seiner ganzen Person, möglichst auch außerhalb der Rehabilitationseinrichtung z. B. bei einem Hausbesuch.
3. Die Berücksichtigung der subjektiven Gefühle des Patienten, nicht nur seiner Leistungen in der Therapie und im Alltag.

Beschreibung der Ausgangssituation: Teamarbeit und Teamdokumentation

In der Abteilung für Neurologische und Neuropsychologische Rehabilitation der Asklepios Klinik Schaufling wurde in interdisziplinären Stationsteams gearbeitet. Die Teams wurden von einem Teammanager geleitet. Dabei handelte es sich um erfahrene Therapeuten, die für diese Funktion etwa drei Stunden täglich freigestellt wurden. Die Aufgaben der Teammanager lagen vor allem in der Organisation der Teamarbeit, der Leitung der Teamsitzungen, der Koordination der interdisziplinären Arbeit und der Kontrolle der Therapiepläne der Patienten.

Es fanden unterschiedliche Teamsitzungen statt. In einer Teamsitzung etwa fünf Tage nach Aufnahme wurden die Therapieziele festgelegt und in einer gemeinsamen Dokumentation, dem Teamprotokoll, festgehalten. In diesem Teamprotokoll wurden zu Beginn die Kurzbefunde in Anlehnung an die ICF dokumentiert und eine Einstufung des Befundes in der Skalierung der ICF vorgenommen. Auch die in der gemeinsamen Diskussion entwickelten Rehabilitationsziele und die individuellen Therapieziele wurden in Anlehnung an die ICF formuliert und in der Schweregradklassifikation der ICF festgehalten. Diese Einstufung schien für eine Verlaufsdokumentation jedoch nicht sensitiv genug. Daher wurde in Zwischenteams z. B. vor Anträgen auf Verlängerung der aktuelle Befund neben der ICF-Skalierung durch den Vergleich mit dem Ausgangszustand als »viel besser«, »besser«, »gleich« oder »schlechter« ergänzt. Darüber hinaus wurden realistische Leistungsziele für den Zeitpunkt der Entlassung beziehungsweise der nächsten Überprüfung einer Verlängerung der Maßnahme quantifiziert und der tatsächliche Zielerreichungsgrad zu diesem Zeitpunkt festgehalten [4, 5, 6].

Die Ziele der einzelnen Therapiebereiche wurden unterteilt in Ziele im Bereich der Körperfunktionen und psychischen Funktionen, im Bereich der Aktivitäten und Fähigkeiten im Alltag und im Bereich der Partizipation.

Empirische Prüfung des Zielsetzungsprozesses

Es handelt sich um eine Stichprobe von 30 Patienten im erwerbstätigen Alter nach einem Schlaganfall, die sich zwischen April und September 2002 in der Asklepios Klinik Schaufling aufhielten. Die Stichprobe bestand aus 15 Männern und 15 Frauen im Alter von 32–64 Jahren (Mittelwert 48,8 Jahre mit einer Standardabweichung von 8,5 Jahren). Die Aufenthaltsdauer betrug im Mittel 37,6 Tage (Standardabweichung 13,2 Tage) und reichte von 21–72 Tagen. Um die Ist-Situation des Zielsetzungsprozesses und dabei insbesondere die Zielformulierungen genauer betrachten zu können, wurden Daten aus dem Teamprotokoll, dem Rehabilitationsentlassungsbericht und aus der ICF-Checkliste aus oben erwähntem Forschungsprojekt analysiert.

Aus den Teamprotokollen wurden die Ziele herausgesucht, die das interdisziplinäre Team aufgestellt hatte. Die Ziele im Entlassungsbericht wurden von den Ärzten formuliert.

Die Ärzte sollten sich zur Erstellung des Berichtes auf die Therapeutenberichte und das Teamprotokoll stützen. Die Datenerhebung des FIM wurde durch eine betreuende Bezugsperson (Bezugspflegekraft) durchgeführt und durch das interdisziplinäre Team ergänzt.

Die ICF-Checkliste Version 2.1a, Klinische Version [16], wurde unter den Teammitgliedern aufgeteilt. Somit wurden ICF-Listen vom Arzt, von der Pflege und den einzelnen Therapiebereichen (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychologie und Sozialberatung) erhoben. Eine Itemliste mit fachübergreifenden Items wurde in der Teambesprechung gemeinsam ausgefüllt.

Ergebnisse

ICF-Items

Bei der Auswertung der Daten der ICF-Items wurde deutlich, dass die Patienten Einschränkungen in vielen Items haben. Die Einschränkungen sind unterschiedlich stark.

In der Komponente der Körperfunktionen liegen die Einschränkungen hauptsächlich in den Items »Gelenkbeweglichkeit«, »Muskelkraft« und »Muskeltonus«. In der Komponente der Aktivitäten und Partizipation finden sich Einschränkungen vor allem in den Kapiteln »Mobilität« mit den Items »Gegenstände tragen, bewegen und handhaben« sowie »Gehen und sich fortbewegen«. Auch in den Kapiteln »Selbstversorgung«, »Häusliches Leben« und »Bedeutende Lebensbereiche« ist ein Großteil der Patienten beeinträchtigt.

Es wurde aber auch deutlich, dass viele Items gerade im Kapitel »Bedeutende Lebensbereiche« vom therapeutischen Team zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht beurteilt werden können, da Informationen fehlen.

Ziele im FIM

Bei Aufnahme liegen die FIM-Werte der Patienten unserer Stichprobe im Median bei 102,5 Punkten (Interquartilsbereich 99,25–109,5 Punkte), die maximale Punktzahl beträgt 126 Punkte. Lediglich bei zwei Patienten wurden im FIM keine Ziele formuliert, da sie bereits bei Aufnahme die maximalen FIM-Werte erreicht hatten.

Im Teamprotokoll werden im FIM Ziele in allen Hauptgruppen formuliert. Es fällt auf, dass bei 66% der Patienten noch eine Verbesserung im Bereich der Selbstversorgung angestrebt wird, im Gegensatz dazu aber die eigenständige Körperpflege in den Entlassungsbriefen lediglich zweimal als Ziel genannt wird.

Ziele aus der Komponente der Körperfunktionen

Insgesamt werden zur Komponente der Körperfunktionen in den ausgewerteten 30 Teamprotokollen 127 Ziele genannt, in den Entlassungsberichten beziehen sich 87 Ziele auf die Körperfunktionen. Die Verteilung der Ziele mit 38 verschiedenen Zielen in den Teamprotokollen und 24 verschiedenen Zielen in den Entlassungsbriefen ist ungefähr

gleich. Große Unterschiede gibt es in der Nennung der individuell formulierten Ziele.

Die am häufigsten genannten Ziele sind hier:

»Verbesserung der Koordination«, »Verbesserung der Feinmotorik«, »Steigerung der Kraft« sowie »Verbesserung der Sensibilität« und »Schmerzlinderung«. Die Ziele sind in der Regel auf Symptomebene aufgestellt, wenig konkret formuliert und oft kaum überprüfbar.

Ziele aus der Komponente der Aktivitäten und Partizipation

Insgesamt werden zur Komponente der Aktivitäten und Partizipation in den Teamprotokollen 133 Ziele genannt, in den Entlassungsberichten beziehen sich nur noch 51 Ziele auf diesen Bereich.

Ein wichtiger Bereich ist für die Patienten der Bereich »Transfers/Gehen/Treppensteigen«. Hier werden 28 Ziele im Teamprotokoll und 15 Ziele im Entlassungsbericht formuliert. Das Ziel mit den meisten Nennungen ist die »Verlängerung der Gehstrecke«. Es wird in verschiedenen Varianten genannt, teilweise offen formuliert, teilweise mit Angabe einer konkreten Strecke, so dass es überprüfbar wird. Insgesamt wird das Ziel neunmal von den Therapeuten und dreimal in den Entlassungsberichten aufgeführt.

Im Bereich der Alltagsaktivitäten werden Ziele formuliert, die sich auf konkrete Tätigkeiten beziehen, z. B. Schreiben von Hand oder am PC mit insgesamt 6 Nennungen im Teamprotokoll und 10 Nennungen in den Entlassungsbriefen. Insgesamt finden sich hier 24 Ziele in den Teamprotokollen und 15 in den Entlassungsbriefen.

In den Teamprotokollen finden sich 5 Ziele zur Haushaltsführung, 18 Ziele zum Themenkomplex »berufliche Tätigkeit« und 5 Ziele zur Freizeit. Diese Partizipationsziele finden kaum Eingang in die Entlassungsbriefe. Auf Ziele im Bereich der Haushaltsführung oder der Freizeit wird in den Entlassungsberichten überhaupt nicht eingegangen. Es finden sich in den Entlassungsbriefen nur Globalziele, wie »soll berufliche Tätigkeit wieder ausüben können«. Nur einmal findet sich ein konkret ausformuliertes Ziel zur beruflichen Tätigkeit: »soll im Beruf wieder sicher auf Leitern und Gerüsten arbeiten können«. Auch das für die Ausübung des Berufs meist wichtige Ziel »Autofahren«, das im Teamprotokoll bei 5 Patienten aufgestellt wurde, wird hier nicht genannt.

Diskussion der Ergebnisse

Betrachtet man die formulierten Ziele vor dem Hintergrund der in der Literatur gefundenen Kriterien für Therapieziele, so fällt auf, dass sie diesen selten entsprechen. Die Ziele sind in der Regel auf der Symptomebene und nicht konkret genug formuliert. Die Zielerreichung kann nicht überprüft werden.

Der Zielsetzungsprozess verläuft nicht nach dem top-down-Ansatz, die Patientenorientierung wird insbesondere in den Entlassungsbriefen zu wenig deutlich.

| Fehler | Beispiele für falsch formulierte Therapieziele | Formulierung nach SMART-Regeln |
|---|--|--|
| Therapien werden als Ziel angegeben. | Dehnung der Muskulatur | Anleitung zu selbständigen Dehnungsübungen u. Erstellen eines Heimübungsprogrammes |
| Die Ziele sind vage formuliert. | Verbesserung der Feinmotorik | Sicheres Greifen von u. Hantieren mit kleinen Gegenständen, um wieder Knöpfe annähen zu können |
| Die Ziele sind nicht messbar. | Verbesserung des Gleichgewichts | Sicheres Arbeiten auf einer 5-stufigen Leiter |
| Es handelt sich um therapeutenzentrierte Ziele. | Ziel war eine Erarbeitung von S-V-O-Strukturen | Sprechen von ganzen Sätzen |
| Symptome werden zu Zielen umformuliert. | Verbesserung der Handkraft | Steigerung der Handkraft auf 50 kPa, so dass Flaschen und Gläser wieder geöffnet werden können |
| Ziele sind für den Patienten, seine Angehörigen oder Kostenträger nicht verständlich. | Verbesserung der Explorationsleistung | Gehen ohne anzustoßen oder Personen/Gegenstände zu übersehen, 1 Seite Zeitung lesen können |

Tab 2: Häufige Fehler bei der Definition von Therapiezielen (mod. nach [8])

Das ICF-Modell ist als Basis nicht erkennbar. In den Entlassungsbriefen finden sich kaum noch Partizipationsziele. Auch die Verständlichkeit der Ziele für alle Beteiligten, insbesondere für Teamfremde, Patienten und deren Angehörige oder Kostenträger, ist nicht durchgängig gegeben. Häufige Fehler bei der Definition von Therapiezielen und deren Korrektur sind in Tabelle 2 dargestellt.

Im Mittel werden pro Patient neun Ziele formuliert. Dies ist für einen Rehabilitationsaufenthalt von drei Wochen sicher zu viel. Die interdisziplinäre Arbeit des Teams bei der Zielerstellung und -verfolgung ist nicht erkennbar, dass Ziele gemeinsam aufgestellt wurden, lässt sich nur vermuten.

Konsequenzen: Partizipation/Teilhabe als Basis der Zielsetzung

Ausgangspunkt der Zielformulierung müssen die Ziele des Patienten sein. Das ICF-Modell bildet hierbei die Basis. Stellt man die Rehabilitationsziele in den Rahmen der Teilhabe an sozialen Lebensbereichen, so hat dies eine Reihe von Vorteilen. Zunächst sind Teilhabeziele Lebensziele des Patienten. Wir stärken damit die Rolle des Patienten als Kapitän der Rehabilitation, wir sind lediglich die Lotsen in seiner persönlichen Navigation.

Kann einem Patienten der Zusammenhang zwischen einer unangenehmen Therapieaufgabe und den ihm besonders wichtigen Zielen aufgezeigt werden, ist es einfacher, ihn zu überzeugen, sich aktiv zu beteiligen. Patienten können so zur Mitarbeit angespornt und ermutigt werden.

Um erwünschte Rollen wieder aufnehmen zu können, rücken neben den vom Patienten konkret benannten Aktivitäten auch verwandte Aktivitäten oder Veränderungen der Umgebung in den Blickpunkt der Rehabilitation. Die Verallgemeinerung und Übertragung von in der Rehabilitation erworbenen Fähigkeiten auf das reale Leben wird so unterstützt. Ist eine Wiederherstellung von Funktionen nicht

| | keine Wichtigkeit | geringe Wichtigkeit | große Wichtigkeit | sehr große Wichtigkeit |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|------------------------|
| Meine Wohnsituation hat für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Meine Selbständigkeit im Alltag hat für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Meine Freizeit, mein Hobby und meine Interessen, dazu gehören mein(e) Tier(e), haben für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Meine Beziehung zu meinem Partner (oder mein Wunsch, einen zu finden), haben für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Meine Familie (einschließlich derjenigen Familienmitglieder, die nicht bei mir wohnen), hat für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Meine Kontakte zu Nachbarn, Freunden und Bekannten haben für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Meine Religion oder meine Lebensphilosophie haben für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Meine finanzielle Lage hat für mich... | 0 | 1 | 2 | 3 |

Tab. 3: Fragen aus dem Rivermead Life Goal Questionnaire

mehr zu erwarten, kann über alternative Möglichkeiten nachgedacht werden, um gewünschte Rollen zu erreichen oder neue Rollen im Leben zu finden.

Die Arbeitsgruppe des bemerkenswerterweise jetzt »Center for Enablement« benannten Rehabilitationszentrums Rivermead hat einen Fragebogen entwickelt, um die Lebensziele der Patienten zu erheben, den »Life Goals Questionnaire« [12]. Dies ist ein kurzer Fragebogen, der am besten in Form eines strukturierten Interviews genutzt wird. Der Rehabilitand wird gebeten, eine Reihe von Lebensbereichen danach einzustufen, welche Wichtigkeit sie für sein Leben haben. Die Schlüsselfrage lautet: »Was macht oder was machte Ihr Leben lebenswert?« Der Patient – auch der Patient mit einer »schlechten« Krankheitseinsicht – wird als Experte für diese Fragen gesehen. Die Auswahl der Rehabilitationsziele ist ein gemeinschaftlicher Prozess, ein »shared decision making«, um realistische und individuell bedeutungsvolle Ziele auszuhandeln. Das Aufstellen von Rehabilitationszielen auf der Ebene der Teilhabe fördert die Zusammenarbeit innerhalb des therapeutischen Teams hin zu einer interdisziplinären Teamarbeit. Während »Gehen« hauptsächlich das Arbeitsfeld der Physiotherapie ist, ist »Vater sein, der mit seinem Sohn spielt« sehr viel weiter gefasst und beteiligt das gesamte Team.

Im nunmehr veränderten Teamprotokoll startet der Zielsetzungsprozess mit den Zielen, die vom Patienten und/oder seinen Angehörigen mit Hilfe des Life Goals Questionnaire (s. Tabelle 3) erstellt werden. Aus den Partizipationszielen leiten sich die Funktionsziele ab.

Die Patienten erhalten bei der Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt den Life Goal Questionnaire, und die Wichtigkeit von selbstgesetzten Zielen wird mit dem Patienten besprochen.

In der Patientenkonferenz am Folgetag wird der Patient vom therapeutischen Team nach seinen Zielen gefragt, und diese werden dokumentiert. Patienten sind es noch nicht gewohnt, nach ihren Zielen gefragt zu werden, daher fällt

ihnen die Antwort schwer. Häufig wird auf die Frage nach dem Ziel geantwortet: »Alles soll so werden wie vor dem Schlaganfall«, »Ich will wieder gesund werden« oder »Die linke (rechte) Körperseite soll wieder funktionieren«. In solchen Fällen muss versucht werden, dem Patienten durch weitere Fragen bei der Präzisierung seiner Ziele zu helfen. Beispiele dafür sind in Tabelle 4 wiedergegeben.

In den Teambesprechungen werden von den Zielen des Patienten die Therapieziele abgeleitet. Das therapeutische Team überlegt, welche Funktionen und Aktivitäten erforderlich sind, um die Patientenziele zu erreichen. Dabei muss von Anfang an der individuelle Kontext des Patienten mitbedacht und überlegt werden, wo im Bereich des Kontextes angesetzt werden kann und muss. Wichtig ist dabei nicht immer nur die Hilfsmittelversorgung, manchmal ist die Information und Schulung der Angehörigen der wichtigste Schritt.

Eine wichtige Rolle im Zielsetzungsprozess spielt die Zeitplanung, sie fehlte in der bisherigen Dokumentation völlig. In einigen Therapiebereichen wurde allerdings bereits mit

| |
|---|
| Welche Ziele haben Sie für den Aufenthalt hier in der Klinik? Was möchten Sie zu Hause wieder gerne machen können? |
| Sie haben gesagt, es soll alles wieder so werden wie vor dem Schlaganfall? Welche Dinge haben Sie denn vor dem Schlaganfall gerne gemacht? |
| Sie haben gesagt, Sie wollen wieder gesund werden. Was bedeutet gesund werden für Sie? |
| Sie haben gesagt, dass der rechte Arm wieder richtig funktionieren soll. Wofür ist das besonders wichtig? |

Tab. 4: Fragen zu patientenzentrierten Zielen

| Zielsetzung/Behandlungskonzept | | | | |
|---|-------------------------|---|--|---|
| Ziele des Patienten | | | | |
| Wichtige Lebensbereiche/Lebensziele | | | | |
| <i>Mich um die Familie kümmern können</i> | | | | |
| <i>Haushalt wieder führen (für 5 Personen)</i> | | | | |
| <i>Hobbys: Garten (Blumen), Stricken und Kochen</i> | | | | |
| <i>Arbeit im Copy-Shop als geringfügig Beschäftigte</i> | | | | |
| Ziele für die Rehabilitation | | | | |
| <i>Gut gehen können</i> | | | | |
| <i>Die linke Hand soll wieder funktionieren, das ist das Wichtigste</i> | | | | |
| Zielsetzung Team | | | | |
| Langfristiges übergeordnetes Rehabilitationsziel: Teilhabe am Arbeitsleben (Hausfrau u. Copy-Shop) | | | | |
| Ziele auf Ebene der Partizipation/Teilhabe am Leben | | Aktueller Stand | | |
| <i>Haushalt führen</i> | | 16.6. | | |
| <i>Kochen für mehrere Personen</i> | | <i>Linke Hand kann noch nicht im Alltag eingesetzt werden, daher ist Haushalt nicht möglich, Kochen nur sehr mühsam und mit Hilfe, Autofahren nicht möglich</i> | | |
| <i>Mich um den Garten kümmern</i> | | | | |
| <i>Autofahren</i> | | | | |
| Mittelfristige Ziele auf der Ebene der Aktivitäten und Funktionen (in drei Wochen erreichbar) | | | | |
| Ziel | Bereich | Aktueller Stand: Woche 1 | Aktueller Stand: Woche 2 | Aktueller Stand: Woche 3 |
| Sicheres Gehen auf allen Untergründen | KG | Gehen ist sicher; fühlt sich nicht mehr eingeschränkt | | |
| Gehstrecke auf 2 km erweitern | Ergo | Gehstrecke am Stück ca. 1 km | 2 km am Stück möglich, aber noch langsamer als gewohnt | |
| Sicheres Greifen und Loslassen mit links, z. B. Halten von Gemüse beim Putzen und Schneiden | Ergo | Einfaches Greifen mittelgroßer Gegenstände, Loslassen schwerer Dinge möglich | Greifen auch kleiner Dinge, sehr langsam, mit viel Konzentration; Loslassen sicherer, Fingerstrecken meist möglich | Greifen und Loslassen sicher, weiterhin viel Konzentration nötig, Kraft sehr gering |
| Linken Arm frei im Raum bewegen können, um Gabel zum Mund führen oder Föhn halten zu können | Ergo/KG | Armbewegungen nur assistiv möglich | Bei Abnahme Armgewicht kann Arm bis zum Kinn angehoben werden | Anheben Arm bis Kinnhöhe möglich, gleichzeitiges Hantieren z. B. mit Gabel zum Essen noch nicht möglich |
| Berufliche Tätigkeiten: Papier im Kopierer nachfüllen, Tonerkartusche austauschen | Ergo/KG/ Psychologie | | | Linke Hand kann etwas halten, während rechte Hand arbeitet, beidhändiges Arbeiten ist nicht möglich |
| Erlernen von Entspannungstechniken | Psychologie | Autogenes Training sehr angenehm | Nach AT ganz locker gewesen, beginnt selbständige Umsetzung zu üben | |
| Grenzen der Belastbarkeit kennen und gegenüber der Familie abstecken | Psychologie | Überlastet sich auch in der Klinik | Beginnt zu sagen, wenn es ihr zu viel wird (Therapie) | Versucht der Familie bei Besuchen zu sagen, wenn es ihr zu viel wird |

Tab. 5: Ausschnitt »Zielsetzung« aus dem Teamprotokoll

Wochenzielen gearbeitet, d. h. es wurde mit dem Patienten besprochen, welches Ziel in der nächsten Woche erarbeitet werden sollte. In allen Bereichen wurden zwar die Ziele mit dem Patienten besprochen, jedoch nicht, bis wann sie erreicht werden sollten. Die Ziele oder den Zeitplan für das Erreichen eines Zieles nicht zu kennen, wird von Patienten als unangenehm und verwirrend erlebt. Nähert man sich einem angestrebten Ziel zu langsam, führt dies zu Frustration. Die Aussicht, ein angestrebtes Ziel nie zu erreichen, macht Angst. Die Erkenntnis, dass ein angestrebtes Ziel unerreichbar bleiben wird, führt zu Traurigkeit. Im neuen Teamprotokoll werden überwiegend mittelfristige Ziele formuliert, die innerhalb von drei Wochen erreichbar sein sollen. Sind die ersten Ziele erreicht, können sie erweitert oder durch neue Ziele ergänzt werden.

In Tabelle 5 ist der Ausschnitt »Zielsetzung/Behandlungskonzept« aus dem Teamprotokoll dargestellt.

Der Zielsetzungsprozess kann genutzt werden, um dem Patienten Sicherheit und Informationen über das zu erwartende Niveau der Zielerreichung und den Zeitplan zu vermitteln. Durch die zeitlich geplante Zielsetzung werden Diskrepanzen zwischen den Wünschen und Erwartungen des Patienten und dem, was realistisch erreicht werden kann, deutlicher. In einem solchen Fall kann es ein Ziel der Rehabilitation sein, mit der Enttäuschung umgehen zu lernen und eine mögliche depressive Reaktion aufzufangen.

Eine gemeinsame Besprechung des Rehabilitationsergebnisses erleichtert die Formulierung der sozialmedizinischen Epikrise. In dieser Entlassungsbesprechung sollten neben den Informationen zum Erreichen der Ziele und der Selbsteinschätzung des Patienten auch die weiterführenden Maßnahmen und die Nachsorge geplant werden. Im Anschluss an die Teamsitzung sollte der Patient von einem Teammitglied über die Ergebnisse der Besprechung informiert werden, wichtige Informationen sollten schriftlich mitgegeben werden.

Die Übernahme der vom Team formulierten Ziele in die Entlassungsbriefe ist inzwischen dadurch sicher gewährleistet, dass die Therapieberichte einschließlich der Zielsetzung von den Therapeuten direkt in den Entlassungsbericht eingearbeitet werden.

Literatur

1. AG-ETS (Arbeitsgemeinschaft Ergotherapeutischer Schulen): Grundlagen der Ergotherapie, 1. Aufl., Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2001
2. Drechsler R: Interdisziplinäre Teamarbeit in der Neurorehabilitation. In: Frommelt P, Grötzbach H (Hrsg.): NeuroRehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation. 1. Aufl., Blackwell Wissenschaftsverlag Berlin 1999, 54-64
3. Frommelt P, de Langen EG: ICIDH und Funktionaler Selbstständigkeitsindex (FIM). In: World Health Organisation (Hrsg.): ICIDH. Ullstein Mosby, Berlin 1995, 125-142
4. Frommelt P, Grötzbach H, Ueberle M: Fortschritte im Projekt. In: Schauflinger ICF-Brief, Mitteilungen der Forschungsgruppe ICF an der Asklepios Klinik Schaufling, Heft 2, Schaufling 2002, 2-3
5. Frommelt P, Grötzbach H, Ueberle M: Verwendung der ICF in der interdisziplinären Neurorehabilitation. In: Schauflinger ICF-Brief, Mitteilungen der Forschungsgruppe ICF an der Asklepios Klinik Schaufling, Heft 3, Schaufling 2003, 2-7

6. Frommelt P, Ueberle M: Skript zum Workshop »ICF und Teamarbeit« auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation; 27.- 29.11.2003 in Weimar
7. Goldenberg G, Pössl J, Ziegler W: Der Alltag als Richtschnur für Diagnostik und Therapie. In: Goldenberg G et al (Hrsg.): Neuropsychologie im Alltag. 1. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart 2002, 1-11
8. Grötzbach H: Zielsetzung in der Aphasietherapie. In: Forum Logopädie 2004; 5 (18): 2-6
9. Kolster F: Therapieziele in der Neurologie: Unterrichts – Konzeption – Anwendung. 1. Aufl., Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2001
10. Masur H: Erfassung und Wertung klinischer Defizite. In: Masur H et al (Hrsg.): Skalen und Scores in der Neurologie. Stuttgart 1995, 12-21
11. McGrath J: Interdisziplinäre Zielsetzung in der neurologischen Rehabilitation. In: Frommelt P & Grötzbach H (Hrsg.): NeuroRehabilitation. Grundlagen, Praxis, Dokumentation. 2. überarb. Aufl., ABW, Berlin (im Druck)
12. Nair KP, Wade DT: Changes in life goals of people with neurological disabilities. Clin Rehabil 2003; 17 (7): 797-803
13. Pössl J, Schellhorn A: Therapieziel in der neuropsychologischen Rehabilitation. In: Goldenberg G et al (Hrsg.): Neuropsychologie im Alltag. 1. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart 2002, 12-31
14. Roelofsen EE, Lankhorst GJ, Bouter Lex M: Translation and adaption of a questionnaire to assess the group processes of rehabilitation team conferences. In: Clinical Rehabilitation 2001; 15: 148-155
15. Scheiber I: Ergotherapie in der Psychiatrie. 2. überarb. Aufl., Bartenschlager-Verlag, München; Stam Verlag, Köln 1995
16. WHO: ICF-Checkliste Version 2.1.a, Klinische Form, Genf 2001

Korrespondenzadresse:

Sabine Bühler
 Asklepios Klinik Schaufling
 Abteilung für Neurologische und Neuropsychologische Rehabilitation
 Hausstein 30 ½
 94571 Schaufling
 s.buehler@asklepios.com