

Zielaushandlung in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse aus dem MeeR Projekt

Thorsten Meyer

**unter Mitarbeit von Marlen Zeisberger, Vera Kleineke,
Iris Brandes & Maren Stamer**



**Medizinische Hochschule
Hannover**

Hintergrund

- **individuelle Zielorientierung als „essence of rehabilitation“**
Barnes MP, Ward AB Hrsg. Textbook of rehabilitation medicine. Oxford: OUP, 2000, p.8
- **Thematisierung der Zielaushandlung für den Kontext der deutschen Rehabilitation 1994 von Vogel et al.**
Vogel H, Tuschhoff T, Zillessen E. Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung 1994; (11): 751–764
- **Aufnahme der Problematik von Zielorientierung in die Qualitätssicherung der RV**
- **Größere empirische Forschungsaktivitäten in D seit ca. 2005**
Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H (2008) Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Reihe Rehabilitationsforschung. Lage: Jacobs-Verlag.
Meyer T, Pohontsch N, Raspe H (2009) Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. Rehabilitation 48:128-134
Meyer T, Pohontsch N (2014) Chapter 12: Goal orientation and goal setting in German medical rehabilitation research. In: Siegert R & Levack W (eds.) Rehabilitation goal setting: theory, practice and evidence. Taylor & Francis.

Hintergrund

- **Hypothese 1:**
Orientierung des Rehaprozesses an abgestimmten Zielen ist nicht realisiert
- **Hypothese 2:**
Unter Klinikern herrscht kein Konsens über die Bedeutung von Rehazielen für den Rehaprozess
- **Hypothese 3:**
Organisatorische Rahmenbedingungen der stationären Rehabilitation stehen einer Zielorientierung der Reha entgegen
- **Hypothese 4:**
Zielorientierung der Reha impliziert eine veränderte Reha-Kultur, auch in der Wahrnehmung der Reha durch die Rehabilitanden

Meyer (2010) Vortrag MHH

Das Projekt MeeR

Das Projekt MeeR – Merkmale einer erfolgreichen Reha-Einrichtung – gefördert durch die DRV Bund (07/2011 – 10/2013)

- Unterschiede im Ausmaß des Reha-Erfolgs zwischen Reha-Einrichtungen für die es keine hinreichenden Erklärungen gibt (Meyer 2010, Deck & Raspe 2006)
- Anhand welcher Merkmale unterscheiden sich die im Mittel als unterdurchschnittlich bzw. überdurchschnittlich erfolgreich definierten Reha-Einrichtungen?

Meyer T. Medizinische Rehabilitation für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen: Variationen des Erfolgs zwischen Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken. Habilitationsschrift. Universität zu Lübeck, 2010.

Deck R, Raspe H. Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein – Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken. Rehabilitation 2006; 45(5): 272-281.

Erhebungsvorgehen

Erhebungsmethoden

- Leitfadengestützte Interviews mit Führungskräften (ärztliche Leitung und Verwaltungsleitung)
- Gruppendiskussionen mit Rehabilitanden/-innen (RA) und Mitarbeiter/-innen (MA)
- Begleitende Beobachtungen (RA, MA, Zusammenkünfte u.a.m.)
- Individuelle Visitationspläne für die Durchführung jeweils einwöchiger Visitationen

Erhebungsdurchführung

- in sechs auf der Basis einer gezielten Analyse ausgewählten Reha-Einrichtungen
- Audioaufzeichnung aller Interviews und Gruppendiskussionen
- Schriftliche Dokumentation der Beobachtungen

Ergebnisse: Überblick über die Hauptkategorien

... in denen sich Merkmale zwischen unterschiedlich erfolgreichen Einrichtungen abbilden

1. Wie gestaltet sich die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** vor dem Hintergrund unterschiedlicher Hierarchieformen und als Ausdruck des Selbstverständnisses von Mitarbeiter/-innen?
2. Wie gestaltet sich der **Prozess der Therapiezielvereinbarung** (verstanden als eine Facette der Aushandlung von Behandlung) als Ausdruck von Partizipation der Rehabilitanden/-innen und von Bildern der Mitarbeiter/-innen über Rehabilitanden/-innen?
3. Wie gestaltet sich das **Rehabilitationsangebot mit Blick auf die Rehabilitanden/-innen und auf die Mitarbeiter/-innen** als Ausdruck eines konzeptionellen Vorgehens auf der Ebene der Versorgung?

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Wie ist die Vereinbarung von Zielen zwischen MA und RA gestaltet?

- In allen Einrichtungen steht die Therapiezielvereinbarung in Verbindung mit dem ärztlichen Aufnahmegespräch.
- Das Spektrum reicht von einer ärztlichen Vorgabe von Zielen bis hin zu einer *partiellen* Teilhabe von Rehabilitanden/-innen bei der Zielfestlegung.
- Neben einer Thematisierung von Zielen im ärztlichen Aufnahmegespräch werden diese auch im Rahmen therapeutischer Anwendungen aufgegriffen.
- Die Spannbreite liegt zwischen der Abfrage von Zielen (z.B. im Rahmen einer Einzelanwendung) und der gemeinschaftlichen Erörterung von Therapiezielen in einer Gruppenanwendung.

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Mitarbeiter/innen-Perspektive (1)

- Bei einer ärztlichen Benennung von Therapiezielen werden diese nicht besprochen oder ausgehandelt sondern vorgegeben.
- Daraus ergibt sich eine aktive ärztliche Rolle sowie eine passive Rolle der Rehabilitanden/-innen.

„Aber in der Regel werden den Patienten die Therapieziele, die wir für ihn festlegen, die werden im Aufnahmegespräch dem Patienten mitgeteilt. Ob er sich damit einverstanden erklären kann, das is' 'ne andre Frage. (...)“ (B2/GDMA/HK/1299-1302)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Beobachtungsperspektive (1)

- Ferner gibt es Hinweise darauf, dass die Formulierung von Therapiezielen im Sinne einer Vorgabe für die RA allein als eine Art Formsache betrachtet wird.

„Der Chefarzt geht zum Schreibtisch der Assistenzärztin und schaut, wo der Therapiezielbogen ist, es gibt keinen ausgefüllten und unterschriebenen Zettel über die Ziele. Der Chefarzt meint, da müsste es doch aber einen geben, es gibt aber keinen. Er spricht dann weiter mit der Rehabilitandin. Während er das tut, schreibt die Assistenzärztin drei Ziele auf einen Zettel, schiebt den Bogen wortlos der Rehabilitandin hin und fordert sie auf, den Bogen jetzt zu unterschreiben. Sie zeigt dabei auf die Linie für die Unterschrift. Die Rehabilitandin unterschreibt den Bogen, ohne die Ziele zu lesen, parallel zu dem Gespräch, das sie mit dem Chefarzt führt. So wandert der Zielebogen dann in die Akte der Rehabilitandin.“ (B1/BP/Berufsgruppen/Medizin/B)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Beobachtungsperspektive (2)

- Eine partielle Teilhabe findet ihren Ausdruck u.a. darin, RA nach ihren Zielen zu fragen (und einer mehr oder weniger ausgeprägten Berücksichtigung der Antworten).

Die Ärztin gibt Ziele vor, das sind im Einzelnen: Schmerzreduktion und Beweglichkeitssteigerung. Weitere Ziele werden nicht erörtert. Der RA stimmt diesen beiden Zielen zu. Danach fragt die Ärztin den RA, ob er noch Ziele habe. Er antwortet mit nein. Daraufhin sagt die Ärztin, naja, wie ist es denn mit der Rückkehr in den Beruf. Das sei sein Ziel, so der RA und er ergänzt dann, dass er nun doch noch ein Ziel habe, nämlich das, dass er gerne wieder Volleyball spielen möchte. Aber, so sagt er gleich dazu, das gehe wohl nicht mehr. (...). Die Ärztin wischt diesen Wunsch oder auch dieses Ziel, wieder Volleyball spielen zu wollen, quasi vom Tisch. Das sei unrealistisch. Das Ziel wird nicht weiter thematisiert.

(vgl. **A1**/BP/RA-Begleitung/B)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Beobachtungsperspektive (3)

- Beispiel für eine Abfrage von Zielen im Rahmen einer therapeutischen Einzelanwendung:

„Die Physiotherapeutin, die nun die Erstaufnahme macht, steht an ihrem Tisch, vor sich die Unterlagen der Rehabilitandin. Sie hat den Rücken zur Rehabilitandin gewendet, d.h. sie selbst blickt auf die Unterlagen. Die Rehabilitandin liegt auf der Behandlungsbank. Die Physiotherapeutin stellt anamnestiche Fragen, u.a. die Frage ‚Was haben Sie für Ziele?‘ Dabei gibt es keinen Blockkontakt zur Rehabilitandin, sondern der Blick richtet sich auf den Tisch und sie ist nach wie vor mit dem Rücken zur Rehabilitandin gewandt. Die Frage nach den Zielen scheint im Gespräch quasi unterzugehen.“ (B1/BP/Berufsgruppen/Physiotherapie/B)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Beobachtungsperspektive (4)

- Eine partielle Teilhabe findet ihren Ausdruck u.a. darin, die Verabredung von Therapiezielen im Sinne eines sich über die Rehabilitation erstreckenden Prozesses zu gestalten.
- Sowohl den Rehabilitanden/-innen als auch den Mitarbeitern/-innen kommt dabei eine aktive Rolle zu.

Im Rahmen der Rückenschule fragt die Therapeutin, mit welchen Zielen die Patienten und Patientinnen in die Reha gekommen sind, was sie für sich wieder erreichen wollen. Die von den RA benannten Ziele werden an einer Wandzeitung gesammelt. Benannt werden Dinge wie Schmerzfreiheit, das wurde relativiert, Schmerzlinderung, wieder mehr Beweglichkeit erreichen zu wollen, weiterhin oder wieder arbeiten zu können und das eigene Baby selbstständig versorgen zu können. Die Therapeutin betont, dass diese Liste die RA durch die 13 weiteren Termine begleiten wird. (vgl. **A3**/BP/Berufsgruppen/Physiotherapie/B)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Mitarbeiter/innen-Perspektive (2)

- Betrachtung der Therapieziele als ein (neues) Instrument zur Erhöhung der sog. Compliance auf Seiten der Rehabilitanden/innen

„Ich finde notwendig ist es eben auch bei solchen Patienten die sagen wir mal jetzt nicht einsichtig sind, ihn doch von der Notwendigkeit zu überzeugen, dass gewisse Dinge eben halt im Interesse seines Gesundheitszustandes einfach gemacht werden müssen. Ich kann ihn nicht dazu prügeln, die entsprechenden Therapien zu machen, aber was ich machen kann, ich kann versuchen ihn zu überzeugen, dass es der richtige Weg ist, den wir jetzt einschlagen wollen. Letztendlich bleibt immer die große Unbekannte, was macht der Patient selbst, wie sieht er das ja. Aber da kann ich nur, den kann ich nur beeinflussen, indem ich ihn also jetzt von der Notwendigkeit überzeuge gewisse Dinge auch wenn sie ihm schwer fallen, eben halt mitzumachen.“ (B2/GDMA/HK/1380-1390)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Mitarbeiter/innen-Perspektive (3)

- Betrachtung einer ausgehandelten Passung von Therapiezielen der RA und der MA als eine wesentliche Voraussetzung für Rehabilitationserfolg

„Ja also prinzipiell denk ich ist das also ist das wichtig, weil wenn der Patient andere Interessen verfolgt als als die die ihn behandeln dann kann das in der Regel nicht besonders gut gehen denk ich. Also von daher sollte man soweit auch klar sehen was was sind, was will der Patient was sind seine Vorstellungen, was sind seine Ziele und dann na_ natürlich schon zu gucken, ob man diesen Weg so gehen kann, dass dass von beiden Seiten das das passt ja, also dass das jetzt ärztlich therapeutisch in Ordnung ist und dass der Patient damit leben kann.“ (A3/GDMA/HC/1423-1431)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Rehabilitanden/innen-Perspektive (1)

- Fehlende Erörterung der Therapieziele als Ausdruck mangelnder individueller Wertschätzung der Rehabilitanden/-innen

„...und die Frage ist für mich bei dem Bogen, und jetzt machen die da kleine Papierflieger draus oder wann erzählt mir irgendjemand, dass ich meine Gehhilfen auch nach der Reha behalten muss obwohl ich draufgeschrieben dass mein Ziel ist, ohne diese Dinger nach Hause zu gehen. So also irgendjemand muss mal mit mir darüber reden, dass mein Ziel ((lacht)) absurd ist auf der Ecke, das wusste ich aber nicht als ich hier ankam also ((lacht)).“

(B1/GDRA/879-886)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Rehabilitanden/innen-Perspektive (2)

- Therapeutische Ignoranz einmal besprochener Therapieziele wird als Ausdruck fehlender individueller Wertschätzung erlebt.

„FC: Also jeder hat ja so 'n Anfangsbogen bekommen (...) wo drauf steht was man sich selbst für 'n Therapieziel setzt und ja das wurde gleich auch wieder eingesammelt, ich denke das wird auch ob 's gelesen wird weiß ich nicht aber.

FD: Ja eingesammelt worden ist es genau mehr nicht.

FC: Ja, es ist einfach so, es wurde von jedem persönlich abgefordert so. (...). Aber ob 's nun da, weiß ich nicht so ganz.“

(**B1**/GDRA/FC/844-850)

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Rehabilitanden/innen-Perspektive (3)

- Kontinuierliche Erörterung von Therapiezielen wird als Ausdruck individueller Wertschätzung in der rehabilitativen Versorgung erlebt.

*„So da wurde ich also ich wurde eingangs gefragt, was ich eigentlich erwarte von daher in dem Sinn. Gut, aber ich möchte eigentlich nur eine allgemeine Stabilisierung wieder von meinem Knie und so erreichen. Und also eine allgemeine Verbesserung, dass du einfach wieder voll weiter arbeiten kannst oder so und. Das ist eigentlich gleich abgesprochen worden, also sie wollen das und das und so also das muss ich sagen, das haben die eigentlich schon sich zu Herzen genommen und sich notiert in dem Sinne. Was ich eigentlich schon gut gefunden, dass man praktisch das nicht einfach bloß übergangen hat.“
(A3/GDRA/HC/1019-1028)*

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Merkmalsbezogene Hypothese (mit Bezug auf weitere Merkmale)

- Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitanden/innen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Teilhabe der Rehabilitanden/innen an der Therapiezielvereinbarung, die im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen verantwortlich mitgestaltet werden kann.
- Dieser Teilhabe liegt eine die Rehabilitanden/innen wertschätzende und sie in ihrem Reha-Prozess begleitende Haltung der Mitarbeiter/innen zugrunde. Sie fördert eine Auseinandersetzung der Rehabilitanden/innen mit der Gestaltung ihres zukünftigen Lebens mit der Erkrankung.
- Diese Haltung geht einher mit Möglichkeiten der Mitarbeiter/innen - auch im Rahmen von Gruppenangeboten - individuell auf die einzelne Rehabilitandin / den einzelnen Rehabilitanden einzugehen.

MeeR – Therapiezielvereinbarung

Merkmalsbezogene Hypothese (mit Bezug auf weitere Merkmale)

- Partizipativ vereinbarte Therapieziele bestärken zugleich über die interdisziplinäre Zusammenarbeit die Kontinuität der Versorgung und damit auch den Reha-Erfolg.
- Für den Reha-Erfolg hinderlich ist eine nur formal anmutende Thematisierung von Zielen, insbesondere für Dokumentationszwecke, sowie eine tendenziell kontrollierende und erzieherische Haltung der Mitarbeiter/innen gegenüber den Rehabilitanden/innen, die sich im Einsatz der Therapieziele als Druckmittel zur Beförderung einer sogenannten Compliance ausdrücken kann.

Resümee: höchste Zeit für mehr Partizipation in der Rehabilitation!

- **Hypothese 1:**
Orientierung des Rehaprozesses an abgestimmten Zielen ist nicht realisiert
- **Hypothese 2:**
Unter Klinikern herrscht kein Konsens über die Bedeutung von Rehazielen für den Rehaprozess
- **Hypothese 3:**
Organisatorische Rahmenbedingungen der stationären Rehabilitation stehen einer Zielorientierung der Reha entgegen
- **Hypothese 4:**
Zielorientierung der Reha impliziert eine veränderte Reha-Kultur, auch in der Wahrnehmung der Reha durch die Rehabilitanden

Bericht unter

http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_ep_meer

Herzlichen Dank

- allen Beteiligten aus den Reha-Einrichtungen, Mitarbeiter/innen und Rehabilitanden/innen für die gute Zusammenarbeit!
- den ProjektmitarbeiterInnen: **Dr. Maren Stamer, Dipl.-Psych. Marlen Zeisberger**, Dr. Iris Brandes (stellvertretende Projektleitung), Vera Kleineke (MPH), Daniel Nowik (MA), Marie-Luise Artzt (MA), Prof. Dr. med. Andreas Seidel, Irina Wagner, Catrin Schmühl
- der DRV Bund für die finanzielle Förderung