

Projekt

„Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarungen“

Abschlussbericht (November 2014)

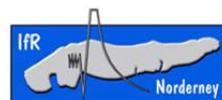


Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

Projektleitung: Dr. Manuela Glattacker,
Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker

Projektmitarbeiterin: Katharina Quaschnig

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



Projektleitung: Dr. Susanne Dibbelt

Projektmitarbeiterin: Maren Bredehorst

Inhalt

Inhalt.....	1
Das Projekt „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarungen“	3
Arbeitsergebnisse der jeweiligen Arbeitspakete des Projekts	4
Arbeitspaket 1	4
Arbeitspaket 2.....	5
Arbeitspaket 3.....	6
Arbeitspaket 4.....	8
Arbeitspaket 5.....	14
Arbeitspaket 6.....	14
Arbeitspaket 7.....	21
Arbeitspaket 8.....	24
Zusammenfassung.....	27
Anhang.....	30
Anhang 1: Ethik-Votum.....	
Anhang 2: Datenschutzkonzept.....	
Anhang 3: Zusammensetzung des Projektbeirats.....	
Anhang 4: Fragebogen zur Bestandsaufnahme von Reha-Zielvereinbarungen.....	
Anhang 5: Vorgehensweise zur Literaturrecherche	
Anhang 6: Auswertung des Fragebogens zur Bestandsaufnahme von Reha-Zielvereinbarungen	
Anhang 7: Non-Responder-Fragebogen.....	
Anhang 8: Auswertung des Non-Responder-Fragebogens	
Anhang 9: Posterbeitrag zum 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium.....	
Anhang 10: Vortrag zum 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium	
Anhang 11: Bewertungsbogen zur ersten Beiratsbefragung.....	
Anhang 12: Teilnehmer des Expertenworkshops.....	
Anhang 13: Protokoll des Expertenworkshops.....	
Anhang 14: Teilnehmende Kooperationskliniken am Pretest.....	
Anhang 15 : Bewertungsbogen zum Pretest.....	
Anhang 16: Zahl der Codierungen zu den 35 Bewertungskriterien nach Dokumentenkategorien.....	
Anhang 17: Eignung der Materialien für das Arbeitsbuch und Einholen der Einverständniserklärungen.....	

Anhang 18: Finale Printversion des Arbeitsbuches.....

Anhang 19: Finale Online-Version des Arbeitsbuches.....

Anhang 20: Ergebnisse der Befragung zur Praxis der Zielvereinbarung.....

Das Projekt „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarungen“

Die Vereinbarung von „Reha-Zielen“ zwischen Rehabilitanden und Behandlern zu Reha-Beginn gilt als Kern-Prozess der Rehabilitation. Ferner wird eine konsequente Zielorientierung und Ausrichtung der Rehabilitation an den vereinbarten Reha-Zielen im deutschen Reha-System immer wieder von verschiedener Seite gefordert. Studien zufolge gibt es aber nach wie vor erhebliche Probleme, die geforderte Zielorientierung in der Praxis umzusetzen.

Im Rahmen des Projekts „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation“ sollte deshalb in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und einem Beirat, dem neben Vertretern aus der Verwaltung und der Forschung insbesondere Experten aus der Praxis sowie Betroffene (z.B. Patientenvertreter) angehörten (s. Anhang 3), ein praxisnahes Arbeitsbuch entwickelt werden, das Rehabilitationskliniken in der konkreten Umsetzung von Zielvereinbarungen unterstützt.

Zu diesem Zweck wurde in dem Projekt neben einer umfassenden Literaturrecherche (s. Anhang 5) und einer schriftlichen Befragung der Beirats-Mitglieder eine bundesweite „Bestandsaufnahme“ zur derzeitigen Praxis von Reha-Zielvereinbarungen (s. Anhang 4) sowie von Konzepten und Materialien, die in ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen bzgl. Zielvereinbarungen bereits zur Anwendung kommen, durchgeführt. Die Konzepte wurden anhand definierter und mit dem Beirat abgestimmter Kriterien bewertet (s. Anhang 16) und bei positiver Bewertung in das Arbeitsbuch integriert. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Praktikabilität der Zielvereinbarungskonzepte gelegt. Um dies sicherzustellen, wurden u.a. ein Expertenworkshop mit den Beiratsmitgliedern (s. Anhang 12) und ein Pretest des Arbeitsbuchs in drei Rehabilitationskliniken (s. Anhang 14) durchgeführt. Die finale Version des Arbeitsbuchs liegt sowohl in einer Print-Version (s. Anhang 18) als auch in einer Online-Version (s. Anhang 19) vor.

Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert alle wesentlichen Projektschritte und stellt das Arbeitsergebnis vor. Dazu wird auf die bei der Projektplanung mit der Deutschen Rentenversicherung Bund definierten Arbeitspakete eingegangen.

Arbeitsergebnisse der jeweiligen Arbeitspakete des Projekts

Arbeitspaket 1

(August 2012 - Oktober 2012)

- 1) Es wurde ein **Ethik-Votum** bei der Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg eingeholt. Das Ethik-Votum vom 25.09.2012 (Nr. 378/12) befindet sich in Anhang 1.
- 2) In Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Freiburg sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) wurde ein umfangreiches **Datenschutzkonzept** erstellt. Das Datenschutzkonzept vom 24.09.2012 ist in Anhang 2 abgebildet.
- 3) In Abstimmung mit der Auftraggeberin wurde ein **Projektbeirat** mit insgesamt 23 Personen zusammengestellt. Dieser setzte sich aus Vertreterinnen der Auftraggeberin (n=2), aus ExpertInnen der Rehabilitationsforschung (n=5) und der Rehabilitationspraxis (n=11) sowie aus VertreterInnen von Patientenorganisationen (n=3) und Verbänden (n=2) zusammen (s. Anhang 3).
- 4) In Vorbereitung der bundesweiten Befragung von Reha-Einrichtungen zur gegenwärtigen Zielvereinbarungspraxis wurde eine **modifizierte Version des Fragebogens** aus dem Vorgängerprojekt „PARZIVAR“ erstellt und zwischen den Kooperationsinstituten sowie der Auftraggeberin abgestimmt. Die eingesetzte Version des „IST-Fragebogens“ ist in Anhang 4 dargestellt.

Alle Arbeitsschritte des Arbeitspaketes 1 konnten wie geplant und zeitgerecht umgesetzt werden.

Arbeitspaket 2

(August 2012 - Januar 2013)

- 1) Im Arbeitspaket 2 wurde mit der **Erstellung eines „Hintergrundtextes“** für das Arbeitsbuch begonnen. Dies umfasste eine breit angelegte Literaturrecherche in Datenbanken (Medline, PsycInfo, CINAHL), auf einschlägigen Websites (u.a. DRV Bund, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) und in diversen Forschungsverbänden sowie die Bewertung der Literatur nach Relevanz und deren anschließende Aufbereitung. Es wurde eine standortübergreifende Literaturdatenbank in „Zotero“ angelegt und die Literatur – auch aus Vorläuferprojekten – eingepflegt. Die Vorgehensweise zur Literaturrecherche und die Zusammenstellung der publizierten Konzepte aus dem Bereich Reha-Ziele im deutschsprachigen Raum befinden sich im Anhang 5.
- 2) Im Rahmen der Literaturrecherche wurden außerdem **Kriterien**, die zur Bewertung der Materialien zu Zielvereinbarungen aus den Rehabilitationseinrichtungen herangezogen werden sollten, **extrahiert** (s. Arbeitspaket 4).

Die Voraussetzungen zur Erstellung des Hintergrundtextes für das Arbeitsbuch sowie für seine inhaltlichen Module wurden im Arbeitspaket 2 geschaffen. Die Erstellung der inhaltlichen Texte war als „work in progress“ zu sehen und wurde parallel zu den Arbeitstätigkeiten der weiteren Arbeitspakete kontinuierlich fortgesetzt.

Arbeitspaket 3

(Oktober 2012 - Juli 2013)

Im Zentrum des dritten Arbeitspaketes stand die **Bestandsaufnahme von Konzepten zur Zielvereinbarung aus stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen**. Die Bestandsaufnahme erfolgte im Rahmen einer bundesweiten schriftlichen Befragung von stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen der Indikationen Kardiologie, Orthopädie, Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen, Neurologie, Onkologie, Stoffwechselerkrankungen, Pneumologie, Dermatologie und – in Erweiterung des ursprünglichen Projektantrags – zusätzlich von Kinder-Jugend-Einrichtungen, die von der DRV Bund federführend belegt werden.

Zur Durchführung der Bestandsaufnahme wurde die von der Auftraggeberin zur Verfügung gestellte Klinikliste verwendet, ein Klinik-Anschreiben erstellt und mit der Auftraggeberin abgestimmt. Ferner wurde ein „Non-Responder-Fragebogen“ entwickelt, um Aufschluss über die Gründe von Kliniken zu erhalten, die im Rahmen der Bestandsaufnahme keine Materialien zurückgesendet haben (s. Anhang 7).

Der im Arbeitspaket 1 entwickelte Fragebogen zur Praxis von Reha-Zielvereinbarungen (s. Anhang 4) wurde mit einer Auflage von 1600 Exemplaren gedruckt und im November 2012 an insgesamt 1502 Einrichtungen versandt. Vier Wochen nach dem ersten Versand wurde ein Erinnerungsschreiben an 858 Einrichtungen verschickt und ein kontinuierliches Rücklauf-Controlling bzgl. der eingehenden Materialien und Fragebögen durchgeführt.

Die folgenden Tabellen zeigen den Rücklauf der Materialien zu Reha-Zielvereinbarungen (s. Tabelle 1) sowie den Fragebogenrücklauf zur derzeitigen Praxis von Reha-Zielvereinbarungen nach Indikation (s. Tabelle 2). Die Indikationsbereiche orientierten sich an den Vergleichsgruppen der Qualitätssicherung der DRV Bund, wobei die Fachabteilungsschlüssel der „Inneren Medizin“ zwischen den Standorten AQMS und IFR aufgeteilt wurden. Einrichtungen ohne gültigen Fachabteilungsschlüssel wurden auf die übrigen Gruppen verteilt; ausschließliche MBOR-Einrichtungen wurden nicht angeschrieben.

Die inhaltlichen Ergebnisse zur Praxis von Reha-Zielvereinbarungen wurden 2014 auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vorgestellt. Das Abstract und die Folien dieses Beitrags befinden sich im Anhang 20.

Tabelle 1: Rücklauf der Materialien nach Indikationsbereich

Standort	Indikationsbereich	Einrichtungen bzw. Fachabteilung angeschrieben (n)	Material-Rücklauf, min. 1 Dokument (n)	Einrichtungen mit Material Rücklauf (%)	Summe der Dokumente (n)	Dokumente pro rücksendender Einrichtung	Summe der Seiten
AQMS	Gastroenterologie	23	5	21,74	11	2,2	40
AQMS	Kardiologie/Innere	133	15	11,28	30	2,0	216
AQMS	Psychosomatik	133	21	15,79	45	2,1	219
AQMS	Sucht	464	86	18,53	224	2,6	836
IFR	Innere/Rheuma	24	5	20,83	7	1,4	23
IFR	Neurologie	106	13	12,26	22	1,7	74
IFR	Onkologie	101	19	18,81	40	2,1	172
IFR	Orthopädie	428	75	17,52	138	1,8	399
IFR	Kinder/Jugendliche	50	12	24,00	35	2,9	87
IFR	Pneumologie/Derm.	40	9	22,50	14	1,6	33
gesamt		1502	260	17,4	566	2,2	2099

Tabelle 2: Rücklauf der Fragebögen nach Indikationsbereich

Standort	Indikationsbereich	Einrichtungen bzw. Fachabteilung, angeschrieben* (n)	Fragebogen Rücklauf, ausgefüllt (n)	Einrichtungen mit Fragebogen Rücklauf (%)	Non-Responder Rücklauf, ausgefüllt (n)	Einrichtungen mit Non-Responder Rücklauf (%)
AQMS	Gastroenterologie	23	11	47,83	1	4,35
AQMS	Kardiologie/Innere	133	53	39,85	15	11,28
AQMS	Psychosomatik	133	55	41,35	14	10,53
AQMS	Sucht	464	191	41,16	27	5,82
IFR	Innere/Rheuma	24	12	50,00	2	8,33
IFR	Neurologie	106	51	48,11	4	3,77
IFR	Onkologie	101	45	44,55	9	8,91
IFR	Orthopädie	428	226	52,80	42	9,81
IFR	Kinder/Jugendliche	50	24	48,00	9	18,00
IFR	Pneumologie/Derm.	40	19	47,50	4	10,00
gesamt		1502	687	45,74	127	8,46

Aufgrund der Menge an vorliegenden Materialien aus den angeschriebenen Reha-Einrichtungen trat statt des optionalen Arbeitspaketes 5 das Arbeitspaket 6 in Kraft. Das heißt, dass das Arbeitsbuch nicht nur auf Basis von Literaturrecherchen und publizierter Konzepte, sondern auch unter Einschluss der Inhalte aus den Klinikmaterialien erarbeitet wurde. Die Arbeitsschritte des Arbeitspaketes 3 konnten wie geplant, aufgrund der Komplexität der eingegangenen Materialien jedoch etwas zeitversetzt, umgesetzt werden.

Arbeitspaket 4

(November 2012 - Juni 2013)

Im vierten Arbeitspaket wurden **Kriterien zur Bewertung der Zielvereinbarungskonzepte** aus den Reha-Einrichtungen entwickelt. Neben der bereits im Arbeitspaket 2 begonnenen Extraktion von Kriterien aus der Literatur wurden zu diesem Zweck die aus den Reha-Einrichtungen zugesandten Materialien gesichtet und – falls erforderlich – ergänzende Kriterien in den bestehenden Kriterienkatalog aufgenommen. Die Kriterien wurden sogenannten „*Qualitätsanforderungsdimensionen*“ („Patientenorientierung“, „Prozess-Orientierung bezüglich der Reha-Ziele“, „Funktionalität der Ziele“, „Wissenschaftlichkeit“, „Berücksichtigung des interprofessionellen Teams“) und „*Aspekten der Praktikabilität*“ („Passung für das Klientel der Klinik aus Anwendersicht“, „Integrierbarkeit in Klinikabläufe und betriebliche Strukturen“, „Ressourcenaufwand“) zugeordnet.

Am 21.03.2013 erfolgte auf dieser Basis die erste schriftliche Beiratsbefragung (N=23). Deren Ziel bestand erstens darin, die bis dahin entwickelten Kriterien anhand ihrer Relevanz zu gewichten. Zweitens sollten die Beirats-Mitglieder die Kriterienliste um weitere relevante, aber bislang noch nicht ausreichend berücksichtigte Kriterien ergänzen. Drittens sollten die Beirats-Mitglieder aus ihrer Sicht relevante Inhalte für das Arbeitsbuch benennen. Es haben sich insgesamt 21 Beirats-Mitglieder an der Befragung beteiligt. Der Rücklauf lag somit bei 91,3%. Die Ergebnisse der Beirats-Befragung wurden in den Kriterienkatalog integriert. Die folgende Tabelle (s. Tabelle 3) zeigen den entsprechend finalisierten Kriterienkatalog sowie die mittleren Gewichtungsfaktoren pro Kriterium. Änderungen der Originalkriterien, die aus den Äußerungen des Beirats resultierten, sind in der Tabelle **rot** markiert. Die entsprechenden Äußerungen der Beiratsmitglieder sind in der Spalte „Anmerkungen“ aufgelistet.

Tabelle 3: Kriterienkatalog mit den mittleren Gewichtungsfaktoren pro Kriterium (Range bzgl. Gewichtungsfaktoren: 1-10)

Rang	Qualitätsanforderung „Patientenorientierung“	Gewichtungsfaktor	Anmerkung
1	Gemeinsame Vereinbarung der Reha-Ziele zwischen BehandlerInnen und RehabilitandInnen (Identifikation der Zielvorstellungen, Dokumentation der ungefilterten Reha-Ziele, Gegenüberstellung/ Abgleichung mit den Zielvorstellungen der Klinik, gemeinsame Entwicklung von Zielvorstellungen)	8.9	<p>Originalkriterien verändert:</p> <p>a) Originalkriterium aufgrund folgender Anmerkungen des Beirats ergänzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation der „ungefilterten“ Reha-Ziele ▪ Identifikation der Zielvorstellungen der RehabilitandInnen (1. Schritt) ▪ Gegenüberstellung/Abgleichung mit den Zielvorstellungen der Klinik (2. Schritt) <p>b) Originalkriterium „Gemeinsame Entwicklung von Zielvorstellungen zwischen BehandlerIn und RehabilitandIn“ in Kriterium 1 integriert (Gewichtungsfaktor 8.8; Weitere Anmerkung: 3. Schritt)</p>
2	Patientennahe Sprache	8.7	
3	Abstimmung der Voraussetzungen zwischen BehandlerIn und RehabilitandIn, die für die Reha-Ziel-Thematik relevant sind (z.B. Problemdefinition, Ressourcen, Barrieren)	8.3	
4	Dokumentation der Zielvereinbarung für die RehabilitandInnen zugänglich machen	8.1	
Aufnahme zusätzlicher Kriterien			
5	Einbindung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen (z.B. Besprechung des Reha-Erfolgs, Unterstützung bei der Umsetzung der angestrebten Ziele während und nach der Rehabilitation)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbindung v. Familienangehörigen ▪ Beteiligung der Angehörigen ▪ Beteiligung der Familien bei der Umsetzung Besprechung des Reha-Erfolgs mit Familie

Rang	Qualitätsanforderung „Prozess-Orientierung bezüglich der Reha-Ziele“	Gewichtungsfaktor	Anmerkung
1	Therapieplanung auf der Basis der Reha-Zielvereinbarungen (u.a. Transparenz klinikinterner Regelungen wie Konsequenzen beim Fernbleiben von Anwendungen; Vorgehen bei Ausfall von Therapien zur Sicherstellung der Zielerreichung)	9.1	<u>Originalkriterium verändert:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klar formulierte Konsequenzen für den Fall, dass die/der RehabilitandIn gegen die vereinbarten Ziele verstößt. (z.B. Fernbleiben von Anwendungen) ▪ Alternative Therapieplanung, falls durch den Ausfall von Anwendungen das Therapieziel gefährdet wird
2	Bewertung des Reha-Erfolges durch Besprechung der Zielerreichung bei Reha-Ende	8.9	
3	Besprechung von Zielen nach dem Reha-Aufenthalt mit entsprechender Beratung (z.B. wohnortnahe Unterstützungsmöglichkeiten, Umsetzungsprobleme der Ziele nach Reha-Ende)	8.9	<u>Originalkriterium verändert:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzungsprobleme der Ziele nach Reha-Ende. Sinnvoller, hier von dem Zeitraum nach dem Reha-Aufenthalt zu sprechen; für die Klinik mag die Reha abgeschlossen sein, für den/die Rehab. geht die Reha in die <i>entscheidende (Bewährungs-) phase!</i> ▪ Umsetzungsprobleme der Ziele nach Reha-Ende
4	Zielfestlegung zu Beginn der Rehabilitation (nach Auswertung der Diagnostik, Befunde der Therapiedisziplinen, Assessments, etc.)	8.8	<u>Originalkriterium verändert:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielfestlegung zu Beginn der Rehabilitation (nach Auswertung d. Diagnostik, Befunde d. Therapiedisziplinen, Assessments...) ▪ Ziele können erst nach abgeschlossener Befunderhebung aller Therapiebereiche realistisch werden.
5	Regelmäßige Reflektion und Möglichkeit zur Anpassung der Reha-Ziele im Reha-Verlauf (u.a. Überprüfung und Bewertung der (Teil-) Zielerreichung, Besprechung von Gründen der (Nicht) – Zielerreichung)	8.0	<u>Originalkriterium verändert:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der Zielerreichung während der Reha ▪ Regelmäßige Reflektion der Reha-Ziele im Reha-Prozess (z.B. wöchentlich im Rahmen der Visite oder Team-Besprechungen) ▪ Zwischenbewertung des Reha-Erfolgs nach der 1. und 2. Woche ▪ Bewertung der (Teil-) Zielerreichung im Verlauf ▪ Besprechung von Gründen der (Nicht)-Zielerreichung Anmerkung: bei 3 Wochen Reha eher schwer umsetzbar ▪ Überprüfung der Zielerreichung während der Reha nach der 1. und 2. Woche
Aufnahme zusätzlicher Kriterien			
6	Informationen über Reha-Zielvereinbarungen vor Reha-Beginn (u.a. Information über Rahmenbedingungen)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information über Rahmenbedingungen der Reha ▪ Zielvereinbarungen/Infos „vor“ Reha-beginn
7	Einbindung der Zuweiser in den Reha-Prozess (u.a. Einholung therapierelevanter Informationen, Besprechung des Reha-Erfolgs)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbindung des Zuweisers ▪ Besprechung d.Reha-Erfolgs mit Zuweiser

Rang	Qualitätsanforderung „Wissenschaftlichkeit“ *	Gewichtungsfaktor
1	Klarheit und Verständlichkeit von Definitionen zu Reha-Zielvereinbarungen	7.9
2	Klarheit des praktischen Vorgehens bei der Umsetzung der Zielvereinbarungspraxis (z.B. Konkrete Tipps zur Gesprächsführung)	7.5
3	Entwicklung der Konzepte zu Reha-Zielvereinbarungen auf der Basis von relevanten Studienergebnissen	7.2

Rang	Qualitätsanforderung „Funktionalität der Ziele“	Gewichtungsfaktor
1	Relevanz der Reha-Ziele für den Alltag der RehabilitandInnen (u.a. Orientierung an Teilhabe, Funktionen und Aktivitäten im Sinne der ICF)	9.0
2	Überprüfbarkeit/Messbarkeit der Zielerreichung	8.4
3	Spezifische und (grammatikalisch) positive Formulierung der Ziele (z.B. nach den SMART-Kriterien)	7.5

Rang	Qualitätsanforderung „Berücksichtigung des interprofessionellen Teams“	Gewichtungsfaktor	Anmerkung
1	Beteiligung des Reha-Teams bei der Vereinbarung, Umsetzung, Konsentierung und Anpassung der individuellen Reha-Ziele (u.a. Bewertung der Ziel-Erreichung, Möglichkeit der Ergänzung)	9.1	<p><u>Originalkriterium verändert:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beteiligung d. Reha-Teams bei der Festlegung/Anpassung von Reha-Zielen ▪ Beteiligung d. Teams bei der Vereinbarung d. Ziele ▪ Beteiligung des Reha-Teams bei der <u>Erstellung</u> der individuellen Reha-Ziele ▪ Konsensbildung innerhalb des Reha-Teams ▪ Beteiligung d. Zielvereinbarung zu Beginn der Reha bzw. im Anfangsverlauf ▪ Einflussnahme verschiedener Therapeuten auf die Festlegung der Reha-Ziele (z.B. Ergänzungsmöglichkeiten) ▪ Beteiligung d. Reha-Teams bei der Bewertung der Ziel-Erreichung
Aufnahme zusätzlicher Kriterien			
2	Ableitung bereichsspezifischer Teilziele aus übergeordneten Reha-Zielen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition bereichsspezifischer Ziele ▪ Ableitung von Teilzielen aus übergeordneten Reha-Zielen
3	Aktive Einbindung der RehabilitandInnen in Reflexionsprozesse des Teams		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktive Einbindung d. Rehabilitanden ins Team i. S. „reflecting team“
4	Sicherstellung der Zielerreichung im Falle eines Therapeutenwechsels (u.a. Urlaubs- oder Krankheitsvertretung)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherstellung der Ziele und des Verlaufs bei Vertretungskräften

Rang	Aspekte der Praktikabilität „Passung für das Klientel der Klinik aus Anwendersicht“	Gewichtungsfaktor	Anmerkung
1	Berücksichtigung der generellen Bereitschaft, Sprachkenntnisse, kognitiver Fähigkeiten und des sozialen Umfeldes der RehabilitandInnen	8.5	Originalkriterium verändert: Berücksichtigung der Bereitschaft generell
2	Berücksichtigung von indikations-spezifischen Besonderheiten und Begleiterkrankungen bei der Zielvereinbarung	8.0	

Rang	Aspekte der Praktikabilität „Integrierbarkeit in Klinikabläufe und betriebliche Strukturen“	Gewichtungsfaktor	Anmerkung
1	Dokumentation und zur Verfügung stellen der Reha-Ziele für das Reha-Team	8.9	Originalkriterium („Zugang zu den dokumentierten Reha-Zielen für die verschiedenen Teammitglieder ist geregelt“) aufgrund folgenden Beiratsäußerungen verändert: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentation der Zielvereinbarung für die Mitglieder des Reha-Teams sichtbar machen ▪ Durchgängiges zur Verfügung stellen der Reha-Ziele an alle relevanten Teamgruppen
2	Austauschmöglichkeiten für das Team bzgl. Reha-Zielen ist vorhanden (u.a. durch regelmäßige Besprechungen im Team)	8.8	
3	Arbeitsteilung bzgl. Zielvereinbarungen (z.B. Aufgabenbereiche und Kompetenzen klar benannt)	7.9	
4	Standardisierte Arbeitsabläufe und Dokumentation bzgl. Zielvereinbarungen (z.B. Verständlichkeit der Abläufe für die Anwender und Nutzbarkeit für administrative Zwecke)	7.5	
Aufnahme zusätzlicher Kriterien			
5	Zielvereinbarung in Gruppen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielvereinbarung in Gruppen

Rang	Aspekte der Praktikabilität „Ressourcenaufwand“	Gewichtungsfaktor	Anmerkung
1	Ressourcenbereitstellung für Vereinbarung und regelmäßige Überprüfung/Anpassung der Ziele (u.a. wöchentlich eingeplante Arbeitszeit für Zielgespräche mit RehabilitandInnen, Telefonate, Dokumentation etc.)	8.7	<u>Originalkriterium verändert:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressourcenbereitstellung für Zielvereinbarung und regelmäßige Überprüfung/Anpassung
2	Schulung/Coaching des BehandlerInnenteams bzgl. Zielvereinbarungsgespräche (z.B. Erlernen spezifischer Kommunikationstechniken)	8.4	<u>Originalkriterium verändert:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulung des Teams durch Psychologen
3	Datenschutz für klinikinterne Informationsströme bzgl. Reha-Ziel-Thematik ist gewährleistet (z.B. Zugriff auf persönliche Reha-Ziele der RehabilitandInnen nur durch Befugte)	8.2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Selbstverständlichkeit“
4	Teamkompetenz entwickelt (z.B. Spezifizierung notwendiger Teamstrukturen und Kompetenzen zur Umsetzung des Konzepts)	8.2	
Aufnahme zusätzlicher Kriterien			
5	Ressourcenbereitstellung für Kompetenzentwicklung auf Seiten der RehabilitandInnen durch ausreichend Raum und Zeit (u.a. Einführungsvortrag, Schulung, Coaching, Ermöglichung gegenseitiger Unterstützung)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulung/Coaching der Patienten/ Rehabilitanden bzgl. klaren Zielformulierungen ▪ Kompetenzen auf Seiten der RehabilitandInnen entwickeln! (Raum und Zeit geben dafür, auch sich untereinander zu unterstützen ▪ Evt. Einführungsvortrag zum Thema anbieten Information über Kennzeichen „gut“ formulierter Ziele
6	Unaufwändige Dokumentation		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unaufwändige Dokumentation

Parallel zur Befragung der Beirats-Mitglieder erfolgte zwischen Januar und Juli 2013 die **Auswertung des Fragebogens zur Zielvereinbarungspraxis** in den Reha-Einrichtungen. Dies erforderte die Erstellung einer Eingabemaske, die Dateneingabe, die Erstellung einer Auswertungssyntax sowie die Auswertung der Daten (s. Anhang 6). Die Ergebnisse der Datenauswertung wurden im Rahmen des 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums 2014 im Rahmen zweier Beiträge vorgestellt (s. Anhang 9 und 10).

Arbeitspaket 5

Da aus den Reha-Einrichtungen genügend Materialien (N=566) vorlagen, entfiel das optionale Arbeitspaket 5.

Arbeitspaket 6

(Februar - September 2013)

Ziel des sechsten Arbeitspaketes war die **Erstellung einer vorläufigen Version des Arbeitsbuches inkl. Best Practice-Empfehlungen**. Die Konzeptentwicklung dieser vorläufigen Version des Arbeitsbuches basierte auf drei Quellen: auf der Literatur, auf den von den Beirats-Mitgliedern benannten, zu berücksichtigenden Themenbereichen und auf den aus den Reha-Einrichtungen zugesandten Materialien.

Dazu wurden sämtliche aus den Reha-Einrichtungen zugesandten Materialien gesichtet und anhand der folgenden Kategorien systematisiert. Bei den Kategorien 1-4 handelt es sich um Dokumente, die eher in der Interaktion mit dem Rehabilitanden zum Einsatz kommen, während die Kategorien 5-8 eher auf die interne Verwendung durch Mitarbeiter der Reha-Einrichtung bzw. auf Außendarstellung ausgerichtet sind.

1. *Zielbefragung des Rehabilitanden (FRA)*: Zielbefragungen in Aufnahmebögen oder eigenständigen Zielfragebögen, vom Rehabilitanden auszufüllen. Kann zu verschiedenen Zeitpunkten im Reha-Prozess eingesetzt werden (vor oder zu Beginn der Reha, zur Zwischen- oder Abschlussbilanz, zur Planung von Nach-Reha-Zielen). Die Befragung bzw. Gewichtung oder Bewertung kann durch offene Fragen oder standardisiert erfolgen, z.B. Auswahl und Priorisierung einer bestimmten Zahl von Zielen. Die Fragebögen sind vom Rehabilitanden i.d.R. bei einem Behandler abzugeben und werden in die Akte aufgenommen.
2. *Formular/Protokollbogen (FOR)*: Diese Formulare dienen der Dokumentation der Zielvereinbarungen zwischen Behandler und Rehabilitand und werden i.d.R. von den Behandlern ausgefüllt und unterschrieben. Zumeist gibt es auch ein Unterschriftsfeld für die Rehabilitanden. Die Formulierung bzw. Auswahl von Zielen erfolgt frei oder standardisiert; es kann Kommentarfelder und Gewichtungsmöglichkeiten enthalten. Häufig sind auch Ziellerreichungseinschätzungen zu späteren Zeitpunkten inbegriffen. Solche Formulare können auch Bestandteil der elektronischen Patientenakte sein und für den Reha-Entlassungsbericht herangezogen werden.
3. *Schulungsunterlagen für Rehabilitanden (SCH)*: Umfasst Informationsmaterial und Vortragsfolien für Rehabilitanden, sowie Arbeitsblätter oder -hefte. Diese Arbeitsmaterialien dienen der Selbstreflexion und Erarbeitung von Zielen und

verbleiben (vermutlich) beim Rehabilitanden, auch wenn durch Behandler ggf. Einträge erfolgen.

4. *Liste mit Zielformulierungen (LIS)*: Diese (Check-)listen dienen vermutlich dem Behandler als Hilfe im Zielvereinbarungsgespräch oder für die Erstellung von Berichten bzw. Anträgen. Sie enthalten keine weiteren konzeptionellen Erläuterungen, keine explizite Aufforderung zur Auswahl (einer bestimmten Zahl) von Zielen aus der Liste und i.d.R. auch keine Felder für Eintragungen.
5. *Prozessdokumentation/Therapieplanung (PRZ)*: Diese Dokumente dienen der zielorientierten Behandlungsplanung und der Prozessdokumentation und Bilanzierung durch das Reha-Team, mit entsprechenden Eintragungsfeldern. Protokollbögen für Visiten und Fallkonferenzen, Assessment- und Screening-Instrumente, Zielerreichungs-Skalen (Goal-Attainment-Scales) und Vordrucke für den Entlassbericht sind hier inbegriffen.
6. *Qualitätsmanagement-Manual (QMM)*: Gemeint ist der Abschnitt im QM-Handbuch der Einrichtung, der den Zielvereinbarungsprozess beschreibt. Umfasst auch Flussdiagramme und Verfahrensanweisungen. Indikationskonzepte und einrichtungsinterne Leitlinien werden hier eingruppiert, sofern sie als Bestandteil des QM-Manuals gekennzeichnet sind.
7. *Konzept (KON)*: Publiziertes oder nicht publiziertes Konzept des Zielvereinbarungsprozesses, ggf. auch als Bestandteil eines umfangreicheren Klinik- oder Behandlungskonzeptes (zumeist recht umfangreich und mit Darstellung des theoretischen Hintergrundes). Umfasst auch Schulungsunterlagen für Angestellte der Einrichtung.
8. *Anschreiben (ANS)*: Anschreiben an die Projektmitarbeiterinnen, in denen der Einsender bzw. die Einsenderin das Vorgehen zur Zielvereinbarung in der eigenen Einrichtung erläutert, oder weitere anhängende Dokumente kommentiert und in Zusammenhang bringt.

In einer weiteren Sichtung wurden die Materialien nach ihrer potenziellen Eignung als Beispielmateriale für das Arbeitsbuch eingeteilt. Angesichts der großen Menge zugesandter Materialien konnten nicht alle in die detaillierte Auswertung aufgenommen werden, weshalb eine strukturierte Vorauswahl nötig wurde. Einschlusskriterium war hier, dass die Komplexität der Reha-Zielarbeit (d.h. Prozesshaftigkeit und Einbeziehung des Reha-Teams) in dem jeweiligen Dokument zumindest ausschnittsweise abgebildet war.

Tabelle 4: Einschluss von Dokumenten in die detaillierte Auswertung

Dokumentkategorie	IfR			AQMS			gesamt		
	alle	ingeschl.	%	alle	ingeschl.	%	alle	ingeschl.	%
ANS	24	9	37,50	6	0	0,00	30	9	30,00
FOR	54	50	92,59	69	44	63,77	123	94	76,42
FRA	55	33	60,00	98	73	74,49	157	106	67,52
KON	20	17	50,00	10	16	50,00	38	33	86,84
LIS	18	10	94,44	19	5	84,21	30	15	50,00
PRZ	55	29	52,73	50	19	38,00	107	48	44,86
QMM	23	19	82,61	14	12	85,71	37	31	83,78
SCH	7	6	85,71	44	33	75,00	54	39	72,22
Summe Dokumente	256	173	67,58	310	202	65,16	576	375	65,10

Der Abgleich der Auswahl zwischen den beiden Instituten (s. Tabelle 4) zeigt die Vergleichbarkeit des prozentualen Einschlusses (IfR 67,58 %, AQMS 65,16 % aller Dokumente). Jedoch ist die absolute Anzahl der Dokumente seitens der AQMS sowohl vor als auch nach der Auswahl höher (310 bzw. 202 Dokumente) als beim IfR (256 bzw. 173 Dokumente). Innerhalb der Dokumentenkategorien zeigen sich einige deutliche prozentuale Abweichungen, von denen allerdings nicht entschieden werden kann, ob sie auf unterschiedliche Bewertungstendenzen oder auf unterschiedliche Qualitäten des Materials beruhen.

Die Bewertungskriterien, welche in Zusammenarbeit mit dem Beirat ausgearbeitet und gewichtet wurden (s. Arbeitspaket 4), stellen die Grundlage der detaillierten Auswertung dar. Zwecks des Datenaustausches, weiterer Berechnungen und Aggregierbarkeit wurde pro Dokument eine Bewertungsschablone in MS Excel angelegt. Folgende Informationen wurden hier dokumentiert:

- Einrichtungs- und Dokument-ID
- Dokumentenkategorie (und weitere Dokumente der Einrichtung)
- Anmerkungen zur Eignung als Beispielmateriale (Freitext)
- Bewertung anhand der 35 Kriterien, jeweils auf einer 4er-Skala (Erfüllungsgrad: Sehr gut; gut; gering; gar nicht)

Zu Beginn der Auswertungen wurde anhand einer Stichprobe von Dokumenten seitens beider Institute ein Leitfaden entwickelt, der die Indikatoren für die Erfüllung jeweils näher definiert. Dieser Leitfaden wurde ausgetauscht und konsentiert, bevor er auf sämtliche vorausgewählten Dokumente angewendet wurde.

Zur Vereinfachung sind die Ergebnisse zu den Bewertungskriterien im Abschlussbericht nicht mit 4er-Skalen dargestellt, sondern wurden auf binäre Variablen reduziert (Erfüllungsgrad „sehr gut/gut/gering“ =1; Erfüllungsgrad „gar nicht“=0). Zudem werden an dieser Stelle nur die Ergebnisse zu den sieben Bewertungskriterien vorgestellt, denen der Projektbeirat das höchste Gewicht gegeben hat. Diese Kriterien

spiegeln die Aspekte (1) Patienten- und Teilhabeorientierung, (2) Prozess-Orientierung und (3) Teamorientierung wieder. Die Ergebnisse zu sämtlichen Bewertungskriterien finden sich in Anhang 16.

Die Zahl der Codierungen n_{cod} ist dabei die Zahl der Bewertungskriterien, auf denen ein Dokument „punktet“. Das Ranking der 35 Kriterien anhand der Zahl der Codierungen in den Dokumenten zeigt, dass diese sieben Kriterien alle in der oberen Hälfte liegen (s. Tabelle 5), mit Ausnahme der Vereinbarung von Zielen für die Zeit nach der Rehabilitation („Nach-Reha-Ziele“). Die Bedeutung, die der Beirat diesen Kriterien beigemessen hat, spiegelt sich in den vorausgewählten Dokumenten wieder. Gleichzeitig werden Bereiche deutlich, in denen Anspruch und Realität noch auseinander fallen, insbesondere die Reha-Zielarbeit im Team und der Transfer in den Alltag nach der Reha.

Tabelle 5: Platzierung der sieben wichtigsten Bewertungskriterien im Ranking nach Codierungen

Bewertungskriterium	Rang (von 30)
Gemeinsame Vereinbarung	1
Relevanz für Rehabilitanden	3
Therapieplanung auf Basis der Reha-Ziele	10
Bewertung bei Reha-Ende	11
Besprechung Nach-Reha-Ziele	16
Dokumentation für das Team	12
Beteiligung des Reha-Teams	13

Die Betrachtung nach Dokumentenkategorien verdeutlicht, dass die verschiedenen Dokumente jeweils unterschiedliche Funktionen in den Einrichtungen haben (s. Tabellen 6 und 7). Daher erfüllten sie auch die verschiedenen Bewertungskriterien unterschiedlich häufig (Zahl der Codierungen n_{cod} bzw. Prozentanteil der Dokumente n_{dok} , die das Kriterium erfüllen). Dokumente, die eher im direkten Kontakt mit dem Rehabilitanden eingesetzt werden, erreichen Maximalwerte bei den Kriterien „Gemeinsame Vereinbarung der Ziele“ und „Relevanz für den Rehabilitanden“, wobei Aspekte der Teamarbeit und der Planung - sowohl für die Zeit des Reha-Aufenthalts als auch für die Zeit danach - weniger zum Tragen kommen.

Tabelle 6: Bewertungen nach Dokumentkategorien (Einsatz in der Interaktion mit Rehabilitanden)

Dokumentkategorien	FRA		FOR		SCH		LIS	
	n _{dok} = 106		n _{dok} = 94		n _{dok} = 39		n _{dok} = 15	
Bewertungskriterien	n _{cod}	%	n _{cod}	%	n _{cod}	%	n _{cod}	%
Gemeinsame Vereinbarung	78	73,58	82	87,23	31	79,49	3	20,00
Relevanz für Rehabilitanden	73	68,87	50	53,19	25	64,10	10	66,67
Therapieplanung zielbasiert	6	5,66	18	19,15	7	17,95	1	6,67
Bewertung bei Reha-Ende	11	10,38	44	46,81	6	15,38	1	6,67
Besprechung Nach-Reha-Ziele	13	12,26	6	6,38	13	33,33	1	6,67
Beteiligung des Reha-Teams	7	6,60	10	10,64	2	5,13	1	6,67
Dokumentation für das Team	9	8,49	15	15,96	2	5,13	0	0,00
Summe Codierungen	197		225		86		17	

Dokumente, die eher für die Kommunikation der Einrichtung - nach innen wie außen - eingesetzt werden, weisen über die Breite der Kriterien hohe Prozentwerte auf. Dies deutet auf ihre Komplexität und auf ihren meist größeren Seitenumfang hin. Es spiegelt das Bemühen wieder, Reha-Zielarbeit im Kontext der jeweiligen Einrichtung plausibel zu erläutern und mit den Arbeitsprozessen zu verflechten. Die Beschreibung des Vorgehens (Zielvereinbarung und darauf aufbauende Therapieplanung) und die Einbeziehung des Reha-Teams stehen dementsprechend im Vordergrund.

Tabelle 7: Bewertungen nach Dokumentkategorien (Einsatz einrichtungsintern oder zur Außendarstellung)

Dokumentkategorien	PRZ		QMM		KON		ANS	
	n _{dok} = 48		n _{dok} = 31		n _{dok} = 33		n _{dok} = 9	
Bewertungskriterien	n _{cod}	%	n _{cod}	%	n _{cod}	%	n _{cod}	%
Gemeinsame Vereinbarung	29	60,42	21	67,74	15	45,45	5	55,56
Relevanz für Rehabilitanden	15	31,25	7	22,58	19	57,58	0	0,00
Therapieplanung zielbasiert	20	41,67	22	70,97	24	72,73	1	11,11
Bewertung bei Reha-Ende	9	18,75	11	35,48	7	21,21	5	55,56
Besprechung Nach-Reha-Ziele	8	16,67	8	25,81	9	27,27	1	11,11
Beteiligung des Reha-Teams	20	41,67	20	64,52	13	39,39	2	22,22
Dokumentation für das Team	19	39,58	23	74,19	7	21,21	2	22,22
Summe Codierungen	120		112		94		16	

In der Betrachtung nach Indikationsbereichen zeigen sich ebenfalls Unterschiede anhand dieser sieben Bewertungskriterien (s. Tabelle 8). Einzelne Indikationen aus der medizinischen Rehabilitation Erwachsener wurden hier – entsprechend der Einteilung in der Qualitätssicherung der DRV Bund - zu den Hauptkategorien „Somatik“ und „Psychosomatik/Sucht“ zusammengefasst. Der Bereich „Kinder und Jugendliche“ ist aufgrund seiner Besonderheiten separat aufgeführt, weist aber häufig eine niedrige Feldbelegung auf.

Tabelle 8: Bewertungen nach Indikationsgruppen

Indikationen	Somatik		Psycho- somatik / Sucht		Kinder und Jugendliche		gesamt	
	n _{dok} = 178		n _{dok} = 171		n _{dok} = 26		n _{dok} = 375	
Bewertungskriterien	n _{cod}	%	n _{cod}	%	n _{cod}	%	n _{cod}	%
Gemeinsame Vereinbarung	104	58,43	151	88,30	9	34,62	264	70,40
Relevanz für Rehabilitanden	76	42,70	118	69,01	5	19,23	199	53,07
Therapieplanung zielbasiert	53	29,78	39	22,81	7	26,92	99	26,40
Bewertung bei Reha-Ende	62	34,83	21	12,28	11	42,31	94	25,07
Besprechung Nach-Reha-Ziele	26	14,61	30	17,54	3	11,54	59	15,73
Beteiligung des Reha-Teams	31	17,42	35	20,47	9	34,62	75	20,00
Dokumentation für das Team	37	20,79	34	19,88	6	23,08	77	20,53
Summe Codierungen	389		428		50		867	

In der Psychosomatik/Suchtbehandlung zeigen die beiden ersten Kriterien (Aspekt "Patienten- und Teilhabe-Orientierung") deutlich höhere Prozentwerte als in der Somatik. Dort wiederum stehen Management und „Prozess-Orientierung“, insbesondere die Therapieplanung und die Überprüfung der Zielerreichung, stärker im Vordergrund. Bei Kindern und Jugendlichen spielt offenbar ebenfalls die Zielerreichungsüberprüfung, aber auch der Aspekt „Team-Orientierung“ eine wichtige Rolle.

Die Auswertung von Zusendungen aus verschiedenen Indikationsbereichen wurde so zwischen den beiden Instituten AQMS und IfR aufgeteilt, dass jeweils die komplette Auswertung eines Indikationsbereiches in einer Hand lag. Die in Tabelle 8 erkennbaren Differenzen können durch eine unterschiedliche Auslegung der Definitionen von Bewertungskriterien und Erfüllungsgraden oder durch die unterschiedliche Beschaffenheit der Dokumente in den verschiedenen Indikationsbereichen bedingt sein. Es ist davon auszugehen, dass beides eine Rolle spielt. Wenn man die jeweilige Gesamtheit der vorausgewählten Dokumente betrachtet, weicht die Zahl der Codierungen pro Einzeldokument zwischen den beiden Instituten voneinander ab (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Zahl der codierten Bewertungskriterien pro Dokument

Zahl der Codierungen (n _{cod})	IfR	AQMS
Maximum	29	33
Minimum	3	2
Median	4	9

Die erreichten Punktwerte pro Dokument wurden als orientierendes Kriterium bei der Zusammenstellung von Beispielmateriale für das Arbeitsbuch genutzt. Beide Institute stellten für die von Ihnen bearbeiteten Indikationsbereiche eine engere Auswahl

geeigneter Materialien zusammen. Hierbei wurde unterschieden nach der Funktion des Dokumentes innerhalb der Reha-Einrichtung, die sich in der Gliederung des Beispiel-Moduls wiederfindet. Das weitere Vorgehen bei der Materialauswahl ist unter Arbeitspaket 8 dargestellt.

Arbeitspaket 7

(Oktober 2013 – Juni 2014)

Ziel des siebten Arbeitspaketes war die **Finalisierung des Arbeitsbuches**. Neben der **ersten schriftlichen Beiratsbefragung** im März 2013 wurde im Herbst 2013 ein erster Entwurf des Arbeitsbuches an alle Beiratsmitglieder, die ihre Teilnahme für den Expertenworkshop im Dezember 2013 in Berlin zugesagt hatten, zugesandt und mit der **zweiten Beiratsbefragung** zur Bewertung dieses Entwurfs verknüpft. Die Ergebnisse des Workshops führten in den folgenden Monaten zu einer Überarbeitung des Entwurfs. Ergänzend dazu fand zwischen April und Mai 2014 ein Pretest in drei Rehabilitationseinrichtungen statt, der dazu diente, die vorläufige Version des Arbeitsbuches einer Bewertung durch praktisch tätige Behandler zu unterziehen. Im Folgenden werden diese Arbeitsschritte näher dargestellt.

Erste schriftliche Befragung des Beirats

Im März 2013 fand die erste schriftliche Befragung des Beirates statt. Neben einer Darstellung des aktuellen Projektstandes wurden zwei Arbeitsblätter beigelegt, auf welchen um eine Ergänzung relevanter Inhalte für das Arbeitsbuch (s. Anhang 11) und um eine Gewichtung der dargestellten Bewertungskriterien von 10 („außerordentlich wichtig“) bis 1 („wichtig“) gebeten wurde. Letzteres diente als Entscheidungsgrundlage für die Auswahl der „Best Practice Beispiele“ für das Arbeitsbuch. Ergänzend dazu konnten zusätzliche Bewertungskriterien, die aus Sicht der Beiratsmitglieder bislang noch zu wenig berücksichtigt wurden, ergänzt werden. Die bestehende Kriterienliste wurde anhand dieser Aussagen modifiziert und abschließend finalisiert (s. Tabelle 3).

Expertenworkshop vom 11.12.2013 in Berlin

Den Mitgliedern des Projektbeirates, die ihre Teilnahme am Expertenworkshop zugesagt hatten, wurde im Vorfeld die vorläufige Version des Arbeitsbuches sowie Bewertungsbögen zur Beurteilung der beiliegenden Module zu den übergeordneten Themenbereichen „Formulierung von Reha-Zielen“, „Patientenorientierung in der Reha-Zielarbeit“ und „Zielarbeit im Reha-Team“ zugesandt. Diese beinhalteten Fragen wie z.B. zur Vollständigkeit des Inhalts, zur Verständlichkeit des Textes oder zur Praxisnähe des Arbeitsbuches.

Die bisherige Version des Arbeitsbuches wurde im Rahmen des Workshops auf der Grundlage der ausgefüllten Bewertungsbögen in Kleingruppen diskutiert. Die Ergebnisse dieser Diskussionen wurden im Plenum zusammengetragen. Zusammenfassend wurde das geplante Arbeitsbuch von den Teilnehmenden als sinnvoll angesehen und die Themen in den Modul-Entwürfen als theoretisch gut aufbereitet und sinnvoll strukturiert beurteilt. Verbesserungsbedarf wurde vor allem bei der Praktikabilität gesehen. Es wurde um Kürze und Prägnanz der theoretischen Inhalte sowie um einen hohen Alltagstransfer gebeten.

Die Ergebnisse des Workshops wurden verschriftlicht (s. Kurzzusammenfassung in Anhang 13), zwischen den Instituten und der Auftraggeberin erörtert und bei der weiteren Überarbeitung des Arbeitsbuches berücksichtigt.

Pretest

Zur Rekrutierung von Einrichtungen am Pretest wurden insgesamt fünf Einrichtungen angeschrieben. Nach der Zusage zur Teilnahme am Pretest wurden die leitenden Ärzte der jeweiligen Einrichtungen darum gebeten, das Arbeitsbuch an interessierte Mitarbeiter weiterzuleiten. Eine bestimmte Berufsgruppe wurde dabei nicht präferiert. Die vorläufige Version des Arbeitsbuches wurde in drei Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher Indikationsgebiete (Orthopädie/Rheumatologie, Kardiologie, Pneumologie/Allergologie, Psychosomatik) und Zielgruppen (Kinder/Jugendliche und Erwachsene) bearbeitet. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden befindet sich im Anhang 14.

Die Teilnehmer wurden schriftlich darum gebeten, die vorläufige Version des Arbeitsbuches zu lesen, dieses in Bezug auf Alltagsnähe, Verständlichkeit und Praktikabilität mittels eines beiliegenden Fragebogens zu bewerten (s. Anhang 15) sowie anschließend für ein Telefoninterview zur Verfügung zu stehen.

Von den insgesamt neun **Fragebögen** kamen sechs ausgefüllt zurück, was einem Rücklauf von 66,7% entspricht. Zur Erhöhung des Rücklaufs wurden die Teilnehmer telefonisch kontaktiert und erneut um das Ausfüllen des Fragebogens gebeten.

Die ersten sieben Fragen zur allgemeinen Bewertung des Arbeitsbuches (Inhaltliche Vollständigkeit, Struktur und Gliederung, Textverständlichkeit, Praxisnähe, Nutzen, Layout, Gesamtbewertung) konnten auf einer 6-stufigen Likert-Skala von 1 („sehr gut“) bis 6 („sehr schlecht“) bewertet werden. Die Frage zum bisherigen Umfang wurde auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 („zu viel“) bis 5 („zu wenig“) beantwortet. Die letzte Frage („Würden Sie das Arbeitsbuch in Ihrer Einrichtung einsetzen und nutzen?“) verfügte ebenfalls über ein fünfstufiges Antwortformat (1= „auf jeden Fall“ bis 5= „auf keinen Fall“). Weitere Anmerkungen, wie Verbesserungsvorschläge, konnten im Freitext angefügt werden (s. Anhang 15).

In der folgenden Tabelle sind die zentralen Daten der deskriptiven Auswertung zusammengefasst:

Tabelle 10: Zusammenfassung der Ergebnisse des Pretests (N=6)

	M	SD	Min	Max
Inhaltliche Vollständigkeit	1,5	1,2	1	4
Struktur und Gliederung	2,3	1,6	1	5
Verständlichkeit des Textes	1,5	1,2	1	4
Praxisnähe	1,7	0,8	1	3
Nutzen der Beispielmateriale	2,0	1,3	1	4
Layout und grafische Qualität	2,0	1,3	1	4
Gesamtbewertung des Arbeitsbuches	1,8	1,2	1	4
Bisheriger Umfang	2,0	0,0	2	2
Würden Sie das Arbeitsbuch in Einrichtung einsetzen und nutzen?	1,2	1,3	1	4

Die **Telefoninterviews** fanden mit allen neun Teilnehmern circa 4 Wochen nach Zusendung des Arbeitsbuches mit einer durchschnittlichen Gesprächsdauer von 60 Minuten statt. Die Struktur der Interviews orientierte sich eng an dem vorab zugesandten Fragebogen, der als Grundlage für das Gespräch diente. Die Ergebnisse wurden dokumentiert, zusammengefasst und zur weiteren Überarbeitung des Arbeitsbuches genutzt.

Zusammenfassend wurde das Ziel des Projekts, die Erstellung des Arbeitsbuches, als sehr positiv bewertet sowie für den Klinikalltag als notwendig und sinnvoll erachtet. Als zentraler Punkt wurde von allen Teilnehmern der einheitliche Wunsch nach Kürze und Prägnanz sowie einer hohen Alltagsnähe geäußert.

Als Konsequenzen für die weitere Überarbeitung des Arbeitsbuches wurde Kürzungspotential identifiziert. Es wurden Inhalte gekürzt, zusammengefasst und teilweise auch in die Online-Version ausgelagert. Die Grafiken wurden neu gestaltet, das Layout überarbeitet, die Kernaussagen an den Anfang der Teilmodule gestellt und die Besonderheiten der Kinder- und Jugendlichen-Reha stärker hervorgehoben.

Arbeitspaket 8

(August 2013 - Juli 2014)

Ziel dieses Arbeitspaketes war die internetgerechte Aufbereitung des Arbeitsbuches. Zu diesem Zweck wurden zunächst vergleichbare Online-Arbeitsbücher recherchiert, um einen Überblick über die Optionen des Aufbaus und der Gestaltung zu gewinnen. In erster Linie diente das „Handbuch Kindertagespflege“ als Vorbild für eine möglichst barrierefrei gestaltete Website (www.handbuch-kindertagespflege.de/). Jedoch gab es beim „Arbeitsbuch Reha-Ziele“ laut Auftrag zwei wesentliche Unterschiede:

- Beispielmateriale unterschiedlicher Art aus den Reha-Einrichtungen waren als Grafiken einzuarbeiten
- Die Online-Version sollte umfassender sein als die Print-Version des Buches, insbesondere sollte sie mehr Beispielmateriale zum Download enthalten

Die besondere Herausforderung bestand also darin, Print- und Online-Version trotz der intendierten Unterschiede nutzerfreundlich miteinander zu verzahnen (vergleichbare Gliederung, optische Wiedererkennungseffekte, Verweise und Verlinkungen). Bei der inhaltlichen wie formalen Entwicklung und Überarbeitung des Arbeitsbuches in MS Word sind dementsprechend immer auch Überlegungen zur internetgerechten Aufbereitung mit eingeflossen (z.B. modularer Aufbau). Umgekehrt galt es, die Anforderungen und Limitationen der Druckvorlage (z.B. Farbgebung, Nummerierungen, Seitenumbrüche) bei der Gestaltung der Website zu berücksichtigen. Die Print-Version stellt im Endergebnis eine Teilmenge der Online-Version dar, die jedoch inhaltlich deckungsgleich ist (Praxis-Modul als Kernteil). Beide Versionen sind in den Anhängen 18 und 19 zu finden.

Auf Wunsch der Auftraggeberin wurde im Januar 2014 eine Domain und der benötigte Webspaces bei einem externen Anbieter (www.all-inkl.com) für eine Laufzeit von drei Jahren (bis Januar 2017) gekauft. Dieses Angebot umfasste die Belegung von drei Domain-Namen, die bei Eingabe in den Web-Browser alle auf die gleiche Seite führen:

- www.reha-ziele.de
- www.rehaziele.de
- www.reha-zielvereinbarung.de

Für die Programmierung und Gestaltung der Website wurde ein Unterauftrag an eine freiberuflich tätige Mediengestalterin vergeben. Sie übernahm auch die grafische Neugestaltung der ausgewählten Beispielmateriale, welche von den Reha-Einrichtungen in der Regel nur in Papierform eingesendet worden waren.

Die Möglichkeiten des Mediums Internet stellten einen wesentlichen Faktor bei der Auswahl der Beispielmateriale dar. In Absprache mit der Auftraggeberin wurde entschieden, dass das gesamte Beispiel-Modul nur in der Online-Version, nicht aber in der Print-Version erscheinen sollte. Somit entfielen Beschränkungen der Seitenzahl und es war möglich, ein breites Spektrum an Beispielen aufzunehmen sowie auf Be-

sonderheiten einzelner Indikationsbereiche und Einrichtungsarten einzugehen. Gleichzeitig musste allerdings die Übersichtlichkeit gewährleistet sein und Redundanzen im Material vermieden werden.

Die Materialauswahl für das Arbeitsbuch Reha-Ziele basierte zusammenfassend also auf drei Faktoren:

- Bewertung anhand der 35 Kriterien (hohe Gesamtpunktzahl bzw. gute Bewertung einzelner inhaltlich relevanter Dimensionen)
- Zweckgebundene Eignung, im Sinne der Nutzerfreundlichkeit des Arbeitsbuches (Praxis-Modul: Illustration bestimmter abstrakter Aspekte; Beispiel-Modul: Aufzeigen von Variationsmöglichkeiten der Dokumentfunktionen, indikations- und einrichtungsspezifische Besonderheiten)
- Vorliegende Einverständniserklärung des Einsenders/Urhebers zur Veröffentlichung des Materials im Arbeitsbuch Reha-Ziele

Die urheberrechtliche Notwendigkeit der Einverständniserklärung schränkte die Zahl der verfügbaren Materialien noch einmal deutlich ein. Sämtliche Einrichtungen, deren Dokumente (zumindest in Teilen) in die Vorauswahl eingegangen waren, wurden ein zweites Mal angeschrieben und um das sog. „einfache Nutzungsrecht“ zur Veröffentlichung im Arbeitsbuch Reha-Ziele (Print- und/oder Onlineversion) gebeten. Die Rückantwort erfolgte in der Regel per Faxformular. Im Ergebnis lag für 275 von 510 vorausgewählten Dokumenten eine uneingeschränkte Einverständniserklärung vor (AQMS: 140 von 277, IfR: 135 von 233 Dokumenten). Einzelheiten zu dieser Abfrage sind in Anhang 17 dargestellt.

In einigen Fällen schickten Reha-Einrichtungen im Rahmen dieser Abfrage noch neuere Ausführungen bereits eingesendeter Dokumente und/oder zusätzliche Dokumente. Diese Fälle sind in die Kategorie „bedingte Einverständniserklärung“ eingegangen. Diese neuen Dokumente sind nicht in der Rücklaufstatistik berücksichtigt worden und wurden auch nicht der Bewertung anhand der 35 Kriterien unterzogen. Sie sind aber dennoch teilweise in das Arbeitsbuch aufgenommen worden, sofern sie eine inhaltliche Lücke im Kanon der Beispielmateriale füllten oder ältere Ausführungen sinnvoll ersetzen.

Einige Einrichtungen (n=9) wurden auch gezielt angefragt, ihre (zumeist in einem ursprünglichen Anschreiben skizzierten) Konzepte der Reha-Zielarbeit noch einmal ausführlicher schriftlich darzustellen. Auf diese Weise konnten Informationen zum genauen Vorgehen in den Einrichtungen gewonnen und besondere Bedingungen hervorgehoben werden (z.B. ambulante Rehabilitation, Kinder und Jugendliche).

Angesichts der

- Vielschichtigkeit und des Umfangs der verfügbaren Materialien,
- methodischen Schwierigkeiten der Materialbewertung (s. Arbeitspaket 4)
- komplexen (technischen, inhaltlichen und juristischen) Anforderungen des Arbeitsbuches

musste der Einschluss von Dokumenten als Beispielmateriale deshalb jeweils im Einzelfall zwischen den beteiligten Instituten diskutiert werden. Die letzte Auswahl wurde außerdem seitens der Auftraggeberin noch einmal überprüft.

Weitere qualitativ-inhaltliche Auswertungen der eingesendeten Materialien sind im Rahmen separater Veröffentlichungen in Fachzeitschriften geplant. Da die Eignung als Beispielmateriale im Arbeitsbuch und die Einverständniserklärung hierfür keine Einschlusskriterien darstellen, kann dort die Gesamtheit der Materialien als anonymisierte Datengrundlage genutzt werden.

Zusammenfassung

In der folgenden zusammenfassenden Bewertung des Projekts wird zunächst auf die Kernergebnisse sowie die Stärken und Limitationen des Vorgehens eingegangen. Anschließend werden Vorschläge zur Verstetigung und Aktualisierung der Projektergebnisse gemacht.

Zum Projektende liegt das „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung“ in einer Print- und einer Online-Version vor. Beide Versionen sind bezüglich wesentlicher inhaltlicher Aspekte analog, nutzen aber die spezifischen Vorteile des jeweiligen Mediums. Durch eine vergleichbare Struktur können beide Versionen sowohl separat als auch ergänzend (z.B. um zusätzliche Praxisbeispiele über die Online-Version herunterzuladen) genutzt werden.

Die Stärken des Projekts beziehen sich zunächst darauf, dass – erstmals in Deutschland – eine bundesweite, flächendeckende und indikationsübergreifende „IST-Befragung“ zum Thema „Reha-Zielvereinbarung“ sowie eine entsprechende Bestandsaufnahme von Konzepten zur Reha-Zielvereinbarung in der Rehabilitation durchgeführt wurde. Der einrichtungsbezogene Rücklauf betrug zwar (wie es für Befragungen dieser Art üblich ist) nur gut 17%, in der Summe ergab sich jedoch eine sehr große Materialgrundlage, die aus über 550 Dokumenten bestand.

Eine weitere Stärke des Projekts war die elaborierte und aufwändige Entwicklung und Anwendung von Kriterien zur Bewertung dieser von den Einrichtungen zugesandter Zielvereinbarungskonzepte. Diese erlaubte eine systematische und objektivierende Einstufung der Qualität der Konzepte.

Als dritter Vorteil des Vorgehens ist zu nennen, dass auf verschiedenen Wegen (Expertenworkshops, schriftliche Befragung, Pretest) verschiedene Interessensgruppen (klinisch tätige Praktiker, Rehabilitanden, Rehabilitationsforscher, Vertreter der Leistungsträger) an der Entwicklung des Arbeitsbuches beteiligt wurden.

Diesen Stärken, die wesentlich dazu beigetragen haben, dass auf der Basis wissenschaftlicher Kriterien ein für seinen Zweck geeignetes Arbeitsbuch erstellt werden konnte, stehen Probleme und Limitationen gegenüber, die nun reflektiert werden sollen.

Rehabilitationsforschung bewegt sich – wie die Gesundheitsversorgungsforschung generell - in einem Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Gründlichkeit des Vorgehens und Praxisnähe der Forschungsergebnisse. Das, was wissenschaftlich auf soliden Füßen steht, kann in seiner Umsetzung zu Problemen führen, und es ist nicht einfach zu beurteilen, ob dies auf die Praxisferne der Forschung, die mangelnde Offenheit der Praxis für Innovationen, die begrenzten Ressourcen in der Praxis oder auf eine Kombination dieser Faktoren zurückzuführen ist. Selbstkritisch ist zu sagen, dass wir bei der Erarbeitung der ersten Version des Arbeitsbuches im

Herbst 2013 dieses Problem zu wenig berücksichtigt haben. Die erste Version basierte stark auf wissenschaftlichen Kriterien (die erarbeiteten Qualitätsmerkmale) und u.U. zu wenig auf einfachen Kriterien der Praktikabilität (z.B. Kürze, Prägnanz, Vermeidung nicht unbedingt notwendiger Hintergrundausführungen). In der Folgezeit wurde diese Praxisnähe in einem für alle Beteiligten aufwändigen Prozess hergestellt.

Unser Eindruck war – und dies wurde in unseren Projekten auch immer wieder empirisch untermauert – dass die meisten Praktiker der Rehabilitation für Anregungen und Empfehlungen zur Reha-Zielvereinbarung offen sind, dass in vielen Fällen aber Ressourcen- oder Zeitprobleme bestehen, die es erschweren, im Prinzip sinnvolle Anforderungen zur Reha-Zielvereinbarung auch im Alltag umzusetzen. In diesem Spannungsverhältnis musste bei der Gestaltung des Arbeitsbuches ein Kompromiss gefunden werden, was im ersten Halbjahr 2014 erfolgte.

Eine zweite Herausforderung betraf die Kooperation der beiden beteiligten Institute untereinander. Dem Vorteil, dass durch zwei Partner ergänzende Erfahrungen und Kompetenzen einfließen, stand der Nachteil gegenüber, dass insbesondere in arbeitsintensiven Phasen viel Zeit für Abstimmungsprozesse eingeplant werden musste; dies umso mehr, als gemeinsam ein einheitliches Produkt gestaltet werden musste. Im Laufe des Projekts haben wir Arbeitspakete zunehmend so verteilt, dass jedes Institut eigene Teilaufgaben für sich bearbeiten konnte (z.B. hat die AQMS federführend die Printversion, das IfR federführend die Online-Version bearbeitet). Dies hatte positive Auswirkungen auf die Effizienz der Arbeit.

Wie jede Zusammenstellung von Empfehlungen für die Gestaltung der Rehabilitation (vgl. Leitlinien oder Therapiestandards) sollte auch das Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in größeren Zeitabständen auf Aktualisierungs- oder Anpassungsbedarf geprüft werden. Dieser kann u.a. folgende vier Hintergründe haben:

1. Es könnten sich neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Reha-Zielvereinbarung ergeben haben, die zu berücksichtigen wären.
2. Es könnte sein, dass sich – u.U. auch angestoßen durch das Arbeitsbuch – die Qualität der konkreten Reha-Zielarbeit in den nächsten Jahren verbessert, so dass neue, elaboriertere Praxisbeispiele vorliegen, die in das Arbeitsbuch integriert werden sollten, um das Ziel, mit dem Buch anspruchsvolle Entwicklungsimpulse zu setzen, auch zukünftig zu erreichen.
3. Nutzer des Arbeitsbuches geben u.U. Verbesserungsvorschläge oder weisen auf Unstimmigkeiten hin, die im Rahmen einer Aktualisierung berücksichtigt werden könnten.
4. Schließlich ist es auch denkbar, dass strukturelle Veränderungen im Rehabilitationssystem dazu führen, dass es günstig wäre, Themen oder Praxisbeispiele zu ergänzen oder zu erweitern (z.B. veränderte Anforderungen bzgl. der Ziele in der Phase nach der Rehabilitation aufgrund neuer Modelle der integrierten Versorgung).

In Anlehnung an die Aktualisierungszyklen bei Leitlinien schlagen wir vor, in drei Jahren (also Ende 2017) den Aktualisierungs- und Anpassungsbedarf des Arbeitsbuches Reha-Zielvereinbarung zu bewerten. Dieses Aktualisierungsprojekt sollte sich auf beide Versionen des Arbeitsbuches (Print- und Onlineversion) beziehen. Es sollte sichergestellt sein, dass auch die Onlineversion bis dahin verfügbar ist (die jetzige Domain hat zunächst nur eine Laufzeit von zwei Jahren).

Als Ausgangspunkt dieses Aktualisierungsprojekts könnte man im Sinne einer formativen Evaluation eine Befragung von Rehabilitationseinrichtungen zu Bekanntheit, Nutzen und Bewertung des Arbeitsbuches durchführen. Diese könnte aus einer flächendeckenden Befragung (schriftlich oder online) und Interviews mit einigen ausgewählten Einrichtungen bestehen.

Anhang

Anhang 1: Ethik-Votum.....	
Anhang 2: Datenschutzkonzept.....	
Anhang 3: Zusammensetzung des Projektbeirats	
Anhang 4: Fragebogen zur Bestandsaufnahme von Reha-Zielvereinbarungen	
Anhang 5: Vorgehensweise zur Literaturrecherche	
Anhang 6: Auswertung des Fragebogens zur Bestandsaufnahme von Reha-Zielvereinbarungen	
Anhang 7: Non-Responder-Fragebogen	
Anhang 8: Auswertung des Non-Responder-Fragebogens	
Anhang 9: Posterbeitrag zum 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium	
Anhang 10: Vortrag zum 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium	
Anhang 11: Bewertungsbogen zur ersten Beiratsbefragung	
Anhang 12: Teilnehmer des Expertenworkshops	
Anhang 13: Protokoll des Expertenworkshops	
Anhang 14: Teilnehmende Kooperationskliniken am Pretest	
Anhang 15 : Bewertungsbogen zum Pretest	
Anhang 16: Zahl der Codierungen zu den 35 Bewertungskriterien nach Dokumentenkategorien	
Anhang 17: Eignung der Materialien für das Arbeitsbuch und Einholen der Einverständniserklärungen	
Anhang 18: Finale Printversion des Arbeitsbuches	
Anhang 19: Finale Online-Version des Arbeitsbuches	
Anhang 20: Ergebnisse der Befragung zur Praxis der Zielvereinbarung.....	