

## 2.3 MOZArT – Motorisches Ziel auf Aktivitäts- respektive Teilhabeebene

Florian Erzer Lüscher

„Nur wer sein Ziel kennt, findet den Weg.“

Anonymus

### 2.3.1 Gute Gründe für klare Ziele

Das Setzen von Zielen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die erwünschten Ergebnisse auch erreicht werden. Durch das Formulieren von Zielen wird das bewusste Planen und Strukturieren von Veränderungsprozessen erst möglich. Somit haben definierte Ziele für erfolgreiche Lern- und Lehrsituationen eine fundamentale Bedeutung (Gage u. Berliner 1996).

### 2.3.2 MOZArT – Nabe des Lernrades

Im Rahmen des Clinical Reasonings ist der Wunsch der Patientinnen/Klientinnen nach verbesserten motorischen Fertigkeiten, durch die sie auf der Aktivitäts- respektive Teilhabeebene (wieder) erfolgreich sein können, nach Möglichkeit der Ausgangspunkt (Kap. 2.2). Der elementare Stellenwert des motorischen Ziels zeigt sich im Lernrad an seiner Position im Zentrum des Kreises, um das sich das Lernrad wie um eine Nabe dreht und somit um MOZArT (► Abb. 2.9).

### 2.3.3 Zielvereinbarung zwischen Patientin/Klientin und Therapeut

Die für den Behandlungsplan relevante Zielvereinbarung zwischen Therapeut und Patientin/Klientin wird aus den subjektiven Zielen der Betroffenen und den auf objektiven Parametern basierenden möglichen Therapiezielen des Therapeuten gemeinsam ausgehandelt. Dabei wird die patienten-/

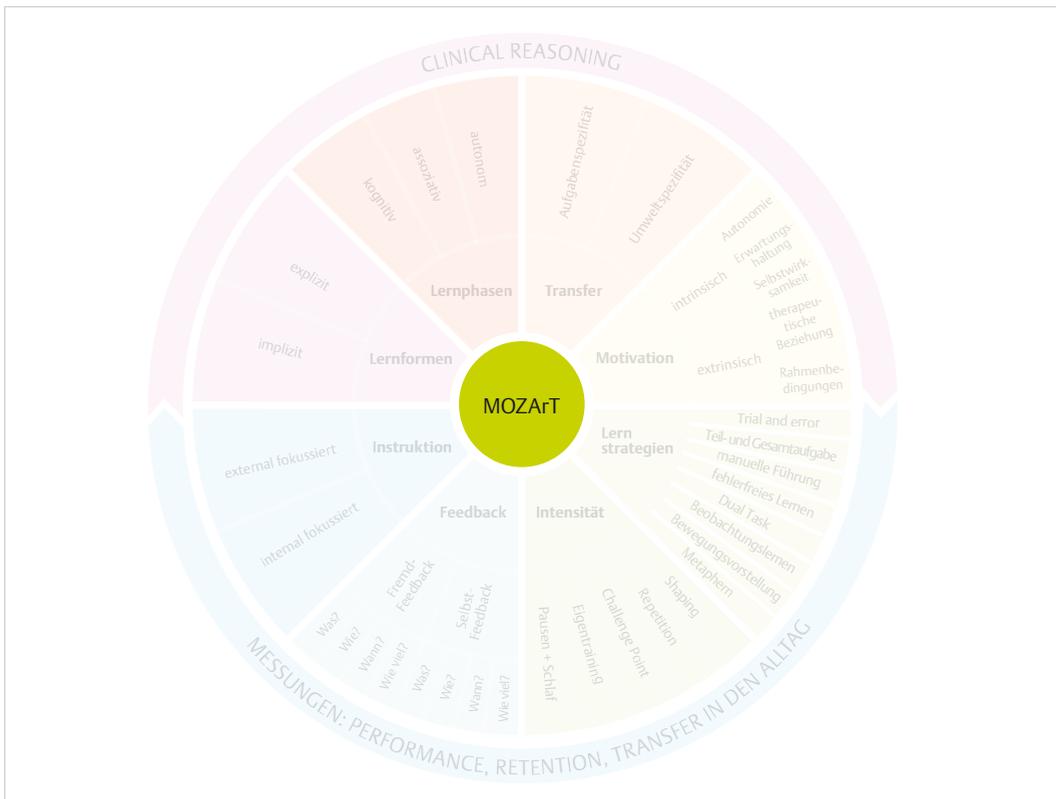


Abb. 2.9 Das Lernrad-Element: MOZArT.

klientenzentrierte Herangehensweise bei der Zielformulierung (Zielvereinbarung) von vielen Autorinnen und Autoren als fundamental angesehen (Brown et al. 2014, Flink et al. 2016, Gustavsson et al. 2019, Salisbury et al. 2018, Scobbie et al. 2013). Die Zielvereinbarung ist also der Ausgangspunkt für den Behandlungsplan.

Grundsätzlich soll die Entscheidung für die Zielvereinbarung auf der Basis eines Konsenses gefunden werden. Je nach kognitiven Fähigkeiten der Patientin/Klientin und/oder der Aktualität des Ereignisses hat der Vorschlag des Therapeuten für ein bestimmtes Ziel jedoch eine größere Bedeutung. Direkt nach einem Schlaganfall ist es nicht möglich und wahrscheinlich auch nicht sinnvoll, die Zielvorstellungen der Patientin/Klientin als Ausgangspunkt im Clinical Reasoning zu sehen (Kap. 2.2). Auch Brown betont, dass die Fähigkeit der Patientin/Klientin, relevante Ziele zu formulieren, im Rehabilitationsverlauf zunimmt (Brown et al. 2014). Kann die Patientin/Klientin nicht als Quelle an der Formulierung der Zielvereinbarung beteiligt werden, besteht allenfalls die Möglichkeit, Angehörige und/oder Betreuungspersonen zu diesem Zweck zu konsultieren.

### 2.3.4 Intrinsisch motivierte Ziele

Motivation als Triebfeder von Veränderungsprozessen ist eine wesentliche, wenn nicht gar zwingende Voraussetzung. Patientinnen/Klientinnen sind bei selbst geäußerten Zielen mit größter Wahrscheinlichkeit motivierter als bei Zielen, die von außen vorgegeben sind. Auch die Wahrscheinlichkeit, die Ziele zu erreichen, liegt bei intrinsisch motivierten Zielen höher (Kap. 2.7). Auf den ersten Blick widerspricht eine Studie von Gauggel et al. (2002) dieser Aussage. Sie zeigt, dass eine von außen vorgegebene Ausprägung der erwünschten Zielerreichung der selbst gewählten Ausprägung doch überlegen sein kann. Hier ist es nötig, Strategien, welche die Zielrichtung vorgeben (intrinsisch), von der Ausprägung der Zielerreichung (evtl. von außen vorgegeben) zu unterscheiden.

#### Merke

Intrinsisch motivierte Ziele sind für die Patientin/Klientin mit einer höheren Motivation verbunden.

### 2.3.5 Engagement für Ziele im Alltag und im Eigentaining

Innerhalb einer Therapiesituation erwarten die Patientinnen/Klientinnen im Allgemeinen und zu Recht eine hohe Verantwortlichkeit der Therapeuten für den therapeutischen Prozess. Obwohl es aus lernpsychologischer Sicht sinnvoll ist, die Patientinnen/Klientinnen gezielt in Entscheidungsprozesse einzubeziehen (Wulf 2018), ist ihre Mitarbeit auch während eher paternalistisch geführter Therapiesequenzen bereits sehr engagiert. Die Mitarbeit ist somit auch bei vorgegebenen Zielen (extrinsisch motivierte Ziele) relativ hoch. Eine besondere Herausforderung stellen jedoch Situationen dar, in denen die Patientinnen/Klientinnen auf sich gestellt sind und selbst Aufgaben oder Übungen im Alltag, z. B. im Rahmen eines vom Therapeuten konzeptionierten Eigentrainings, korrekt und in der ausreichenden Intensität durchführen sollen.

#### Merke

Intrinsisch motivierte Ziele sind besonders für das Etablieren und Beibehalten von Verhaltensweisen außerhalb des Therapiesettings wichtig.

### 2.3.6 Fördernde und hemmende Faktoren im Zielfindungsprozess

Es ist naheliegend, dass es im Zielfindungsprozess sowohl fördernde als auch hemmende Faktoren zu beachten gibt. In der Übersichtsarbeit von Plant et al. (2016) wurden folgende fördernde bzw. hemmende Faktoren identifiziert:

#### ► Fördernde Faktoren

- Individuell zugeschnittener Zielfindungsprozess: Dabei werden die von Mensch zu Mensch unterschiedlichen Ansprüche in Bezug auf die Ambitioniertheit der Ziele berücksichtigt. Auch wird die unterschiedliche Bereitschaft (auch im Rehabilitationsverlauf), sich auf Zielvereinbarungen einzulassen, respektiert.
- Kommunikation und Verständnis unterstützende Strategien: Es wird eine frühe, kontinuierliche und aktive Kommunikation mit den Patientinnen/Klientinnen und deren Angehörigen angestrebt. Die Kommunikation wird zuversichtlich

und ermutigend gehalten. Die Patientinnen/Klientinnen und eventuell auch Angehörige werden ausdrücklich in die Strategien zur Zielfindung einbezogen und geschult. Zur Unterstützung bei der Identifizierung und Formulierung der Ziele existieren vorbereitete Materialien (formulierte Beispiele und Fragen, Aktionspläne usw.). Bei Patientinnen/Klientinnen mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen kommen folgende Faktoren zum Tragen: Mimik und Gestik, Berücksichtigung nonverbaler Signale der Patientinnen/Klientinnen, mit Abbildungen arbeiten, Aspekte visualisieren, Videos, Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in einer vereinfachten Version, die Unterstützung durch Sprachtherapeuten suchen (Dörfler u. Kulnik 2020).

- Strategien zur Vermeidung von Enttäuschungen und unrealistischen Zielen: Bestehende Barrieren sollten gegenüber Patientinnen/Klientinnen sowie deren Angehörigen angesprochen werden. Misserfolge sollten einer Neubewertung (reframing) unterzogen werden, während der Fokus auf die erreichten Zielen gerichtet bleibt.

#### ► Hemmende Faktoren

- Unterschiedliche Sichtweisen von Patientin/Klientin und Therapeut im Zielfindungsprozess: Hier spielen ein unterschiedlicher Kenntnisstand zu medizinischen Fragen wie Prognose, Risikofaktoren usw. eine Rolle. Hemmend können sich auch unterschiedliche Rollenerwartungen auswirken (partizipativ versus paternalistisch). Möglicherweise verfolgt die Patientin/Klientin aus Therapeutesicht eher schwer und somit langfristig zu erreichende Ziele, während der Therapeut aufgrund der prognostischen Einschätzung Ziele im Blick hat, die mit überschaubarem Zeithorizont zu erreichen sind.
- Die Patientin/Klientin betreffende Barrieren können Kommunikationsschwierigkeiten, Stimmungsschwankungen, kognitive Beeinträchtigungen, das Nichtverständnis der Zielformulierungen oder einfach auch schlechte Erfahrungen sein.
- Vom Therapeuten können Hemmnisse durch Unsicherheiten über die Prognose, Schwierigkeiten beim Einbeziehen der betroffenen Person in den Zielfindungsprozess (besonders zu Beginn der Rehabilitation) oder über die Einschätzung der Ziele der Patientin/Klientin als unrealistisch ausgehen.
- Organisatorische Barrieren wie zu geringe zeitliche Ressourcen, Schwierigkeiten, die Zielsetzung

in andere Rehabilitationsprozesse zu integrieren, Konkurrenz zu anderen therapeutischen Maßnahmen, insbesondere Hands-on-Therapie.

Zusätzlich wurden Wissen, Erfahrung, Fertigkeit und Engagement im Zielfindungsprozess sowohl auf Seiten der Patientinnen/Klientinnen als auch der Therapeuten als fördernd (falls vorhanden) bzw. als hemmend (falls fehlend) vermutet (Plant et al. 2016).

### 2.3.7 Personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren im Zielfindungsprozess

Wie im Kapitel Clinical Reasoning aufgezeigt, können personenbezogene Faktoren und auch Umweltfaktoren die Zielvereinbarung maßgeblich beeinflussen. Der Therapeut trägt eine große Verantwortung, wenn er die als relevant erkannten Kontextfaktoren in der gemeinsam formulierten Zielvereinbarung angemessen berücksichtigen will.

### 2.3.8 Erhöhung der Transfereffizienz

Das Übertragen von verstandenem und akzeptiertem Wissen in berufliche und/oder private Alltagssituationen gelingt nicht problemlos. So hat sich z. B. gezeigt, dass auch viele Aus- und Fortbildungsbemühungen nicht in gewünschter Weise umgesetzt werden, auch wenn die Teilnehmenden mit dem Gehörten einverstanden sind und die gewonnenen Erkenntnisse als relevant erachten (Schmidt 2001, Wahl 1991). Auch ist klar aufgezeigt worden, dass die reine Informationsvermittlung nicht ausreicht, um eine Verhaltensänderung zu bewirken. So genügt es etwa nicht, Ernährungsgewohnheiten durch reine Informationsvermittlung zu modifizieren. Dies gelingt nur bei bereits hoch motivierten und veränderungsbereiten Menschen (Contento 2008, Contento et al. 1995).

Ergo- und Physiotherapeuten werden in der Ausbildung primär dafür ausgebildet, die von ihnen vorgeschlagenen gesundheitswirksamen Maßnahmen fachlich begründen zu können. Die Frage, welche Strategien hilfreich und besonders wirksam sind (Kommunikation, Nudging, Motivational Interviewing usw.), werden zwar als relevant akzeptiert, nehmen in der Grundausbildung aber nur einen verhältnismäßig kleinen Platz ein.

### 2.3.9 Shared Decision-Making

Das Shared Decision-Making (SDM, gemeinsame Entscheidungsfindung) gilt in der Medizin als einer der wichtigsten Paradigmenwechsel der letzten Jahrzehnte (Gerber et al. 2014). Unter SDM versteht man, dass sich Therapeut und Patientin/Klientin bei der Entscheidungsfindung prinzipiell als gleichberechtigte Partner begegnen. Ursprünglich wurde das Konzept für Situationen entwickelt, in denen mehrere evidenzbasierte Therapiemöglichkeiten zur Auswahl stehen (Loh et al. 2005).

Wesentliche Merkmale der partizipativen Entscheidungsfindung sind:

- Die Auswahl der Behandlung erfolgt gemeinsam und die Entscheidungen werden gemeinsam verantwortet.
- Beide Partner bringen die Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt ein.
- Relevante Informationen fließen sowohl vom Therapeuten zur Patientin/Klientin als auch umgekehrt.
- Es wird nicht nur die Aufklärungspflicht befolgt, sondern es werden sämtliche für die Entscheidung relevanten Aspekte besprochen.

### Handlungsschritte beim Shared Decision-Making

Damit das SDM als wirkungsvolle Strategie zur partizipativen Entscheidungsfindung genutzt werden kann, wurden von Loh et al. (2005) Anwendungsschritte erarbeitet, die sie als notwendig erachteten. Sie sind als handlungsorientierte Elemente eines Gesprächs zu verstehen und nicht als streng vorgegebene Richtlinie. Die Rolle der Gesprächspartner soll dabei durch das Angebot der Zusammenarbeit und der prinzipiellen Gleichberechtigung bestimmt werden:

- mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
- Gleichberechtigung der Partner formulieren
- über Wahlmöglichkeiten informieren
- über Vor- und Nachteile der Optionen informieren
- Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
- Präferenzen ermitteln
- aushandeln
- gemeinsame Entscheidung herbeiführen
- Vereinbarungen zur Umsetzung der Entscheidung treffen.

### Grenzen des Shared Decision-Making

Wie Whitney (2003) ausführte, ist SDM nicht in jeder Situation angemessen. Je größer die Bedeutung der zu treffenden Entscheidung für die Patientin/Klientin ist, desto mehr sollte sie aber partizipieren können. Auch die unter Kap. 2.3.3 beschriebene Situation mit einer Patientin/Klientin im hochakuten Stadium nach einem Ereignis bzw. bei schweren kognitiven Einschränkungen schränkt natürlich die Anwendbarkeit des SDM ein. Für Whitney ist die partizipative Entscheidungsfindung aber grundsätzlich sinnvoll und sollte deswegen auch, wenn möglich, angewendet werden.

#### Merke

Das Shared Decision-Making ist eine Vorgehensweise, um wichtige Entscheidungen gemeinsam mit den Patientinnen/Klientinnen herbeizuführen.

### 2.3.10 Transtheoretisches Modell (TTM)

Das maßgeblich von Prochaska in den 1980er-Jahren entwickelte transtheoretische Modell (TTM) postuliert 6 Qualitätsstufen innerhalb eines Veränderungsprozesses (► Tab. 2.1; Prochaska u. Velicer 1997). Das TTM wird in vielen Studien und Reviews als nützliche theoretische Basis beschrieben (Carvalho de Menezes et al. 2016, Husebø et al. 2013, Marshall u. Biddle 2001). Auch konnte Rosen (2000) zeigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen den Stufen im Veränderungsprozess und dem Modifizieren des Ausmaßes der körperlichen Aktivität besteht.

Dabei sind in den ersten Stufen v.a. Strategien, welche die kognitiv-affektiven Prozesse unterstützen (Steigern des Problembewusstseins, förderliche Kontextfaktoren identifizieren), bedeutsam und in den späteren Phasen besonders verhaltensorientierte Prozesse (Nutzung von Ressourcen, Umwelt kontrollieren, Gegenkonditionierung, Verstärkung/Selbstverstärkung). Diese Zuteilung von Verhaltensstrategien soll den Therapeuten helfen, strukturiert, systematisch und theoriegeleitet vorzugehen (Warschburger 2009).

Tab. 2.1 Die 6 Stufen im transtheoretischen Modell.

Stufe	Bedeutung
1. Stufe der Sorglosigkeit/Absichtslosigkeit (Precontemplation)	Es besteht kein Bewusstsein für den Sinn, ein problematisches Verhalten zu verändern.
2. Bewusstwerdung (Contemplation)	Es wird erwogen, das problematische Verhalten zu ändern.
3. Vorbereitung (Preparation)	Es werden erste Schritte eingeleitet.
4. Handlung (Action)	Das gewünschte Zielverhalten wird kurze Zeit beibehalten.
5. Aufrechterhaltung/Stabilisierung (Maintenance)	Das Zielverhalten wird über eine längere Zeit beibehalten (6 Monate bis 5 Jahre).
6. andauernde Aufrechterhaltung/Beendigung (Termination)	Das gewünschte Zielverhalten wird beibehalten. Es besteht keine Rückfallgefahr mehr aufgrund situativer Versuchung.

### 2.3.11 Motivierende Gesprächsführung

Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung (MG, Motivational Interviewing) ist eine patientin-/klientenzentrierte Gesprächstechnik, die eine Veränderungsmotivation für ein gesünderes Verhalten von Patientinnen/Klientinnen (bzw. Menschen allgemein) bezweckt (Rollnick et al. 2020). Es handelt sich um eine wirkungsvolle Strategie. Dabei wird klar die Haltung vertreten, dass es keine „unmotivierten“ Patientinnen/Klientinnen gibt. Die MG versucht, die Eigenmotivation von Menschen im Interesse ihrer Gesundheit zu wecken. Dabei wird aber die Autonomie der Patientinnen/Klientinnen in jedem Fall respektiert.

Die MG wurde unter anderem auch für Gesundheitsberufe mehrfach als wirkungsvolle Vorgehensweise beschrieben, um Patientinnen/Klientinnen bei Verhaltensänderungen positiv zu unterstützen (Bennett et al. 2007, Bombardier 1999, Bombardier et al. 1997, Brodie u. Inoue 2005, Cheng et al. 2015, Dorstyn et al. 2020, Harland et al. 1999, Hillsdon et al. 2002, Thevos et al. 2000, Kolt 2006, van Vilsteren et al. 2005, Wilhelm et al. 2006). Cheng et al. (2015) erwähnen, dass sich Patientinnen/Klientinnen, die mit MG unterstützt wurden, nicht im Vergleich zur üblichen Behandlung verbessert haben, aber generell besser gestimmt waren.

Die 4 Grundprinzipien der MG lassen sich über das Akronym RULE einprägen (resist – understand – listen – empower) und zeigen die konkreten Auswirkungen der Grundhaltung von MG gut auf.

- **resist:** dem Reflex widerstehen, die Patientin/Klientin zu korrigieren. Auch ein berechtigter Widerspruch bei z. B. gefährlichem, ungesundem Verhalten kann zu Widerstand aufseiten der Patientinnen/Klientinnen führen, insbesondere wenn eine ambivalente Einstellung vorliegt.
- **understand:** die Motivation der Patientinnen/Klientinnen verstehen wollen
- **listen:** Das Zuhören soll bei MG mindestens so stark gewichtet werden wie das Informieren.
- **empower:** Es ist sinnvoll, dass sich die Patientinnen/Klientinnen dafür interessieren, wie und was sie selbst aktiv zur Verbesserung ihres Zustandes unternehmen können.

### Drei Kommunikationsstile

In einem Patientinnengespräch können 3 wichtige Kommunikationsstile unterschieden werden: folgen, lenken und geleiten. Während der MG wird insbesondere der Kommunikationsstil „geleiten“ als besonders hilfreich erachtet (Rollnick et al. 2020).

Typische Merkmale der 3 Kommunikationsstile sind:

- **folgen:** Der Therapeut hält sich zurück und hört aufmerksam zu. Er konzentriert sich darauf, die Patientin/Klientin und ihre Sicht der Dinge zu verstehen. Belehren, raten, zustimmen und ablehnen haben bei diesem Kommunikationsstil keinen Platz.
- **lenken:** Der Therapeut hat das Heft in der Hand. Dieser Kommunikationsstil ist direktiv, die Beziehung ist in diesem Moment asymmetrisch und als Reaktion wird erwartet, dass sich die Pa-

tientin/Klientin an den Rat hält. Aussagen und Vorgaben können begründet werden. In bestimmten Situationen ist dieser Kommunikationsstil auch angemessen.

- geleiten: Der Therapeut unterstützt die Patientin/Klientin durch aktives Zuhören, gezieltes Fragen und die Übermittlung von relevanten Informationen auf dem Weg der Entscheidungsfindung. Er entscheidet nicht, was die Patientin/Klientin zu tun hat, sondern hilft der Person, ihren eigenen Weg zu finden.

Im Alltag und in Therapiesituationen können natürlich alle 3 Kommunikationsstile sinnvoll genutzt werden. Je nach Situation eignet sich der eine Stil besser als der andere. Insbesondere in Momenten, in denen Menschen bei erwünschten Verhaltensänderungen unterstützt werden sollen, ist das Geleiten eine wirkungsvolle Strategie (Bell et al. 2005, Bombardier 1999, Bombardier et al. 1997, Cheng et al. 2015, de Man-van Ginkel et al. 2010, Dorstyn et al. 2020, Hillsdon et al. 2002, Moe 2002, Rollnick et al. 2020).

### 2.3.12 Nudging

Als Therapeuten sind wir moralisch und gesetzlich dazu verpflichtet, Patientinnen/Klientinnen mit unserer Therapie nicht zu schaden. Wir machen uns Gedanken darüber, wie wir die Hilfesuchenden am besten in ihren Bemühungen um Fortschritte unterstützen können. Ein entscheidender Faktor sind dabei die „richtigen“ Entscheidungen seitens der Patientinnen/Klientinnen. Dieses „Richtig“ bezieht sich sowohl auf die in der Zielformulierung gefassten Ziele als auch auf noch nicht bekannte und nicht formulierte, zukünftige Ziele. Dabei ist es falsch zu glauben, dass wir Therapeuten die Ziele der Patientinnen/Klientinnen nicht beeinflussen könnten oder sollten. Auch wenn viele Therapeuten den Anspruch haben, Patientinnen/Klientinnen nicht zu beeinflussen, tun sie dies zwangsläufig trotzdem. Menschen treffen Entscheidungen immer in einem bestimmten Kontext und Rahmenbedingungen haben einen enormen Einfluss darauf, eine bestimmte Entscheidung zu präferieren (Lucke 2013, Miller u. Gelinis 2013). Das trifft sowohl auf die Patientinnen/Klientinnen zu als auch auf die Therapeuten (Nagtegaal 2020). Die Art und Weise, wie eine Information an die Patientin/Klientin übermittelt wird, ist nicht folgenlos (Copnell 2018).

Strategien, die bewusst versuchen, für Menschen günstige Entscheidungen anzuregen, werden als Nudging (Nudge = Schubs, Anstoß) bezeichnet. Hierzu zählt jede Intervention, die darauf abzielt, die Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Entscheidungsdisposition in einer vorhersagbaren Weise zu beeinflussen, ohne dabei Entscheidungsoptionen zu verbieten und ohne hohe ökonomische Kosten zu verursachen. Eng verknüpft mit dem Begriff Nudging ist der Begriff des libertären Paternalismus. Er verbindet die Überzeugung, dass einerseits die persönliche Entscheidungsfreiheit elementar ist (libertär) und es gleichzeitig legitim ist, Menschen zu gesünderen, besseren Verhaltensweisen zu bewegen (Paternalismus; Thaler u. Sunstein 2009).

#### Merke

Das Treffen einer bestimmten Entscheidung erfolgt immer auch unter dem Einfluss des jeweiligen Kontextes. Das Nudging ist dabei eine wirkungsvolle Strategie, die Entscheidungsdisposition in eine bestimmte Richtung zu lenken.

Die Frage, ob das Nudging von Patientinnen/Klientinnen ein ethisch akzeptiertes Vorgehen ist, wird nicht einhellig, aber doch von der Mehrheit der Forschenden bejaht (Aggarwal et al. 2014, Cohen 2013, Copnell 2018, Gallagher et al. 2018, Quigley 2013, Thaler u. Sunstein 2009). Dabei korrespondiert die Akzeptanz eines Nudges mit (1) der Art und Weise des Nudges, (2) wer durch Nudges beeinflusst werden soll und (3) durch wen dieser Nudge präsentiert wird (Lucke 2013).

Paternalismus und Autonomie sind in ihren Extremen nicht restlos kompatibel, gewisse Kompromisse sind nötig.

Damit Nudging ethisch-moralisch akzeptiert werden kann, ist ein transparenter Umgang mit den Absichten, Vorgehensweisen der Entscheidungsarchitekten wichtig. Es muss öffentlich gemacht werden, welche Absichten hinter Maßnahmen stehen, die darauf abzielen, das Verhalten der Patientinnen/Klientinnen in eine bestimmte Richtung zu lenken.

Hier einige Möglichkeiten für Nudging im Klinikalltag:

- Standards: Eine Möglichkeit wäre es, alle Patientinnen, die sich in die Hände der Klinik begeben,

standardmäßig 3-mal wöchentlich für 1 Stunde in eine supervidierte Kleingruppe einzuteilen. In diesem Zeitfenster können die Patientinnen/Klientinnen dann ihr individuell erstelltes Eigen-  
training unter Supervision durchführen.

- Im Wartebereich der Physiotherapie sind verschiedene attraktive Spiele, welche die Geschicklichkeit für die Hand verbessern können, prominent platziert.
- In interprofessionellen Gesprächsrunden werden in Anwesenheit des Betroffenen besonders wichtige Themen unter den Vertretern des Behandlungsteams diskutiert (z. B. Planungs- und Standortgespräche oder Visiten).

Manches davon ist natürlich nicht neu. Entscheidend ist jedoch, dass sich der Therapeut und das interprofessionelle Behandlungsteam bewusst Gedanken darüber macht, welche Entscheidungen für die Patientinnen/Klientinnen nach bestem Wissen und Gewissen „gut“ sind. Dabei überlegen sie:

- Paternalismus: Welche Entscheidung wäre für die Patientin/Klientin gut, sinnvoll und hilfreich?
- Nudging: Wie könnten wir die Disposition, diese Entscheidungen zu treffen, günstig beeinflussen?
- Transparenz: Wie machen wir unsere Gedanken und Absichten öffentlich?

Die Auseinandersetzung mit den Aspekten des libertären Paternalismus führt zu einer differenzierteren Selbstwahrnehmung und Reflexion (Aggarwal et al. 2014).

### 2.3.13 Zielformulierung

Eine Fragestellung in der psychologischen Forschung befasst sich damit, wie Ziele formuliert werden sollen, damit sie optimal handlungswirksam werden. Verbreitet ist die Auffassung, dass sie so konkret wie möglich formuliert werden sollten. Für viele Autoren – und Anbieter von Coachingmethoden – gilt dies als günstiger gegenüber der Formulierung allgemeiner Ziele (de Shazer et al. 1986, Locke u. Latham 2002, Müller u. Braun 2009, Walter u. Peller 1995). Konkret und differenziert formulierte Ziele eignen sich besonders in Situationen, in denen Menschen bereits eine gewisse Vorstellung davon haben, wohin die Reise gehen soll. Storch und Krause (2017) sprechen in diesem Zusammenhang von Zielbindung. Da es im Rah-

men des motorischen Lernens primär um sehr spezifische Veränderungen im Verhalten geht, eignen sich konkrete, differenzierte Zielformulierungen sehr gut.

Geht es jedoch darum, eher allgemeine Verhaltensweisen zu ändern, sind möglicherweise unspezifische Zielformulierungen hilfreicher. Diese Situation erleben wir beispielsweise, wenn wir Patientinnen/Klientinnen allgemein zu einer gesünderen, aktiveren usw. Lebensweise oder zur regelmäßigen Durchführung eines Eigen-  
trainings bewegen möchten. Storch und Krause (2017) empfehlen in diesem Fall, mit Mottozielen zu arbeiten. Ein Mottoziel ist ein von einer Person selbst generierter, im Präsens formulierter Satz, der in bildhafter Sprache eine positive Haltung zur Zielverfolgung beschreibt. Ein Mottoziel soll ein kognitiv positiv bewertetes (sinn- bzw. bedeutungsvolles) Ziel mit positivem Affekt (angenehm) verbinden. Mottoziele sind im Gegensatz zu konkreten Zielen wie SMART-Ziele (Kap. Zielformulierung SMART und SMARTer) eher allgemeine Ziele. Storch und Krause (2017) schlagen im von ihnen entwickelten Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) diese Form der Zielformulierung vor, weil aus ihrer Sicht Mottoziele nicht nur die Ergebnisebene, sondern auch die Haltungsebene beinhalten. Mottoziele synchronisieren demnach den bewussten Verstand und das Unbewusste und werden auf der Haltungsebene formuliert. Allgemeine Ziele sind eher mit Emotionen verknüpft und werden näher beim eigenen Selbst erlebt als konkrete Ziele (McClelland et al. 1989).

Eine eher konkrete und überprüfbare Formulierung könnte man wie folgt formulieren: „Bei schönem Wetter spaziere ich immer zu dem Froschteich im Wald“. Eine allgemeinere Zielformulierung lautete dann etwa: „Ich genieße vermehrt Spaziergänge in der freien Natur.“

### Konkrete Ziele

Spontan nennen z.B. Schlaganfallpatienten eher Ziele auf der Ebene Aktivität und Partizipation als auf der Ebene Struktur und Funktion (Waddell et al. 2016). Erfahrungsgemäß äußern Patientinnen/Klientinnen zu Beginn dabei eher unspezifische Ziele, wie z.B. „besser die Hand einsetzen können“, „wieder besser gehen können“ usw. Viele Autorinnen und Autoren betonen, dass Patientinnen/Klientinnen spontan eher globale Ziele nennen, die ihre Hoffnungen und Wünsche für die Zukunft zum Ausdruck bringen. Sie möchten einfach wie-

der ihre Unabhängigkeit, ihre körperliche Unversehrtheit zurückgewinnen und ihre gewohnten Rollen einnehmen (Brown et al. 2014, Conneely 2004, Laver et al. 2010, Leach et al. 2010, Levack et al. 2011, Scobbie et al. 2013). Um das Verständnis des Therapeuten für die Bedeutung des Patientinnen-/Klientinnenziels und die Möglichkeit zur Überprüfbarkeit zu erhöhen, sollte sinnvollerweise ein Ziel auf der Aktivitätsebene präzisiert und konkretisiert werden. Zu Beginn genannte Ziele wie „ich möchte den Arm besser nutzen können“ oder „ich möchte wieder normal gehen“ könnten durch Nachfragen des Therapeuten etwa zu folgenden Zielvereinbarungen entwickelt werden: „Ich möchte mit der dominanten Hand schreiben können“, „ich möchte zu Fuß einkaufen gehen“.

nen/Klientinnen die gesetzten Ziele auch erreichen können. Personen nach einem Schlaganfall, die ihre Ziele erreichen, zeigen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung und entwickeln seltener depressive Symptome (Brock et al. 2009).

**Merke**

Konkret formulierte Ziele sind leichter zu überprüfen.

**Merke**

Es ist sinnvoll, realistische, aber anspruchsvolle Ziele zu setzen.

### Ambitionierte, anspruchsvolle Ziele

Anspruchsvolle Ziele führen nachweislich zu besseren Lernergebnissen (Gauggel et al. 2001, 2002, Gauggel u. Billino 2002). Zusätzlich zeigt sich, dass eine Aussage zum Ausmaß der erwünschten Verbesserung von Vorteil ist (Kap. 2.7).

Wenn etwa die Fingerfertigkeit verbessert werden soll, führt die Anweisung für eine nächste Trainingsrunde, die Aufgabe „20% schneller, 5 Wiederholungen mehr als das letzte Mal, ...“ durchzuführen, zu besseren Ergebnissen, als wenn der Auftrag lautet „so schnell wie möglich, häufiger als das letzte Mal, ...“.

Wichtig ist auf der anderen Seite in der Therapiegestaltung aber zu beachten, dass die Patientin-

### Zielformulierung SMART und SMARTer

Eine empfehlenswerte Möglichkeit, Ziele konkret und überprüfbar zu formulieren, ist die SMART-Methode (► Tab. 2.2; Doran 1981, Schut u. Stam 1994).

Ein Beispiel: Herr Schmidt wird im häuslichen Setting behandelt (*schweiz.* Domiziltherapie). Er äußert zu Beginn, dass er wieder besser gehen können möchte. Dieses Ziel zeigt noch wenig Elemente eines SMART-Ziels. Durch Erzählungen von Herrn Schmidt und gezieltes Nachfragen des Therapeuten wird alsbald klar, dass es hauptsächlich darum geht, die häuslichen Pflichten wieder sicher und zügig bewältigen zu können. Dazu muss er vor allem auch Dinge wie den Abfall oder die Wäsche tragen können.

Das mögliche SMART-Ziel in diesem Fall ist: Herr Schmidt kann innerhalb von 3 Wochen (6 Behandlungen) den Abfallsack innerhalb von 5 min und mithilfe eines Gehstockes von der Küche zur Straße bringen.

Nach SMART formulierte Ziele beinhalten bereits mehrere wirkungsvolle Aspekte. Es sind konkrete (spezifische) und für die Patientin/Klientin bedeutungsvolle (relevante) Ziele, die sowohl zeit-

Tab. 2.2 Die SMART-Methode der Zielformulierung.

SMART	nach Doran	alternative Veröffentlichungen
specific	spezifisch	
measurable	messbar	
assignable	zuzuordnen	attainable, achievable (erreichbar)
relevant	relevant, bedeutsam	
time-related	terminiert	time-bound, time-based

lich (terminiert) als auch quantitativ überprüfbar (messbar) sind. Auch die prognostische Dimension ist durch den Punkt „erreichbar (achievable)“ berücksichtigt. SMART-Ziele sind vernünftige Ziele. Sie sprechen jedoch nicht die Dimension der Emotionen und des Belohnungssystems der Menschen an. Um den Aspekt der (intrinsischen) Motivation stärker zu berücksichtigen und die Patientinnen/Klientinnen bei den Zielen zu unterstützen, die ihnen besonders am Herzen liegen, empfiehlt es sich, bei der Zielformulierung noch 2 weitere Aspekte einzubeziehen (► Tab. 2.3; Watzek 2017).

Auch hierzu ein Beispiel: Im frühen Verlauf der Therapie mit Herrn Schmidt fällt dem Therapeuten auf, dass er mit sehr viel Freude von seinem Garten spricht. Sowohl die schönen Blumen als auch seine

Walderdbeeren im leicht geneigten Gartenbereich, die in Kürze reif sein werden, lassen seine Augen leuchten. Als der Therapeut das bemerkt, schlägt er folgende SMARTer-Anpassung der Zielvereinbarung vor: Herr Schmidt kann innerhalb von 3 Wochen die frischen Erdbeeren stehend bzw. gehend selbst pflücken. Dabei trägt er in einer Hand einen Fruchtkorb und benutzt keine weiteren Hilfsmittel.

## Goal Attainment Scaling

Das Goal Attainment Scaling (GAS) wurde ursprünglich von Kiresuk und Sherman (1968) für psychiatrische Settings entwickelt, wird jedoch zunehmend auch im Bereich der Neurorehabilitation angewendet (Schädler 2012). Der ursprüngliche Ansatz war es, mehrdimensionale und individuelle Ziele zu erfassen (Turner-Stokes et al. 2010). Die Zielformulierung mithilfe des GAS stellt eine ausgezeichnete Möglichkeit dar, mehrere wirkungsvolle Aspekte und Strategien für eine effektive Zielformulierung zu integrieren und auch die SMARTer-Empfehlungen oder das Mottoziele-Konzept zu berücksichtigen (► Tab. 2.4). Das GAS ist

Tab. 2.3 SMART-Ziele werden SMARTer.

SMARTer	übersetzt
enthusiastically	enthusiastisch
reward	Belohnung

Tab. 2.4 Beispiel für ein Goal Attainment Scaling.

numerische Bewertung	konkrete Beschreibung	Beispiel
+ 2	mit sehr großem Enthusiasmus zu erwartende Fähigkeit	Herr Schmidt nutzt wöchentlich (so häufig wie früher) die Badewanne, benötigt dabei aber keinerlei Unterstützung durch eine Hilfsperson. Er kann direkt in die Wanne ein- und aussteigen ohne den Zwischenschritt über das Duschbrett.
+ 1	mit großem Enthusiasmus zu erwartende Fähigkeit	Herr Schmidt nutzt die Badewanne fast wöchentlich und benötigt nur manchmal Unterstützung durch seine Ehefrau, jedoch ausschließlich, um das Duschbrett zu installieren.
0	erwartete Fähigkeit (realistisches Ziel): Das erwartete Ausmaß der Zielerreichung wird auf Stufe 0 festgehalten.	Herr Schmidt badet manchmal, aber seltener als erwünscht. Seine Ehefrau unterstützt ihn ausschließlich bei der Nutzung des Duschbretts.
-1	aktuelle Fähigkeit	Herr Schmidt setzt sich zuerst auf ein Badebrett, das anschließend von einer Hilfsperson entfernt werden muss, bevor er sich selbstständig in die Wanne legt. In die Wanne kann er ohne Hilfe gelangen. Beim Aufstehen benötigt er eine Haltemöglichkeit (Griff oder Hilfsperson). Wenn er steht, muss er sich vor dem Aussteigen auf ein Badebrett setzen können. Dieses muss erneut von einer Hilfsperson platziert werden.
-2	Verlust von Fähigkeit	Herr Schmidt nutzt die Badewanne nur, wenn er durch eine professionelle Hilfsperson unterstützt wird. Die Hilfsperson muss sowohl beim Einsteigen als auch beim Aufstehen und Aussteigen behilflich sein.

zwar relativ zeitaufwendig, kann jedoch unter entsprechenden Rahmenbedingungen äußerst sinnvoll sein. Jung et al. (2020) konnten zeigen, dass sich die Fähigkeit zur Nutzung von GAS bei Betroffenen eines Schlaganfalls durch wiederholten Einsatz verbessert. Zusätzlich bewerten auch die Therapeuten das GAS als hilfreiches Instrument, um die Therapiequalität zu verbessern. Beispiele zur praktischen Anwendung finden sich auch in den Fallbeispielen (Kap. 3). Und so geht man vor:

1. Auswahl der Ziele: Gemeinsam mit der Patientin/Klientin wird ein Ziel (SMART) formuliert, wobei es sinnvoll ist, dass der Therapeut Vorschläge zur Richtung und Ausprägung der Zielerreichung macht (Schädler 2012). Durch die Beteiligung der Patientin/Klientin kann sie den Prozess aktiv mitgestalten.
2. Gewichtung der Ziele: Bei mehreren Zielen können die Ziele vergleichend gewichtet werden (Ordinalskala). Wenn eine Gewichtung der Zielerreichung gewünscht wird, empfehlen die Autoren um Lynne Turner-Stokes (Wade 2009) das Produkt der Gewichtung von Bedeutung und Schwierigkeit in jeweils 3 Stufen. Wird z. B. ein bestimmtes Ziel mit 3 Punkten (Skala Schwierigkeit) und 2 Punkten (Skala Erreichbarkeit) bewertet, ergibt sich ein Produkt von 6. So können unterschiedliche Ziele gewichtet werden.
3. Festlegung der Dauer bis zur Zielerreichung bzw. bis zur erneuten Überprüfung.
4. Definieren der 5 Stufen (► Tab. 2.4): Beim GAS werden Ziele auf 5 unterschiedlichen Niveaus (Grad der Zielerreichung) beschrieben. Zum Zeitpunkt der Zielformulierung wird auch ein Überprüfungszeitpunkt geplant.
5. Das GAS kann grundsätzlich für die Formulierung von Zielen auf allen Ebenen der ICF genutzt werden. Im Allgemeinen wird jedoch empfohlen, die GAS für Ziele auf den Ebenen Aktivität und Teilhabe (Partizipation) zu nutzen (Schädler et al. 2020).

Positive Aspekte des GAS sind:

- Es erlaubt eine Verknüpfung der Zielvereinbarung mit einem standardisierten Assessment.
- Das GAS gibt vor, das erwünschte Ziel auch auf wahrscheinlich unrealistisch hohem Fähigkeitsniveau zu formulieren (Stufen + 1 und + 2). Somit ist sichergestellt, dass automatisch auch ambitionierte Ziele beschrieben werden.

- Die individuell festgelegte Abstufung erlaubt das Definieren von klinisch bedeutungsvollen Unterschieden.
- Das Ziel ist auf das Individuum ausgerichtet. Individuell gefasste Ziele fördern den Zielsetzungsprozess (Plant et al. 2016).
- Es kann zu einer vertieften Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen der Patientin/Klientin führen.
- Das GAS erfüllt die erforderlichen Qualitätskriterien an ein Assessment in hohem Maße (Schädler et al. 2020).

Auf der Nachteilsseite stehen:

- Eine zuverlässige Kommunikationsfähigkeit der Patientin/Klientin ist, wenn auch nicht zwingend nötig, so doch sinnvoll. Einige Vorteile des GAS sind andernfalls hinfällig (Auseinandersetzung mit dem Ziel und der Zielerreichung durch die Patientin/Klientin, Verknüpfung von Zielvereinbarung und Assessment).
- zeitaufwendig (Konsensfindung mit Patientin/Klientin, schriftliche Formulierung), nach Schädler et al. (2020) mindestens 20 min
- wenig enthusiastische (Selbst-)Einschätzung in Bezug auf das mögliche Ausmaß der Zielerreichung
- Da bei der Anwendung des GAS häufig pro Stufe mehr als eine Dimension beschrieben wird (s. obiges Beispiel), ist es denkbar, dass sich bei der Überprüfung des Ausmaßes der Zielerreichung die verschiedenen Dimensionen in unterschiedliche Richtungen verändert haben. Eine Zuordnung zu einer GAS-Stufe kann dann nicht eindeutig gemacht werden. Im obigen Beispiel könnte es sein, dass bei der Überprüfung Herr Schmidt die Badewanne zwar wöchentlich und so häufig wie früher benutzt (Stufe + 2), aber manchmal noch Unterstützung durch seine Ehefrau benötigt (Stufe + 1).
- Die numerische Skala erlaubt keine Zwischenschritte.

### Erfassung des GAS ohne numerische Werte

Eine Alternative zur numerischen Skala bietet eine Skalierung durch eine verbal formulierte Ordinalskala. Die verbale Quantifizierung wird insbesondere für das GAS-light empfohlen (► Abb. 2.10; Turner-Stokes 2009).

<b>zu Beginn</b>	Ist mit Blick auf das Ziel, die Funktion ...	erhalten?	<input type="radio"/>	Auswertung		
		nicht erhalten (völlig unzureichend)?	<input type="radio"/>			-1
<b>bei Abschluss</b>	Wurde das Ziel erreicht?	ja	viel besser	<input type="radio"/>	+2	+2
			etwas besserr	<input type="radio"/>	+1	+1
			<b>erwartungsgemäß</b>	<input type="radio"/>	0	0
		nein	teilweise erreicht	<input type="radio"/>	(-1)	-1
			unverändert	<input type="radio"/>	-1	-2
			schlechter	<input type="radio"/>	-2	

Abb. 2.10 GAS ohne numerische Werte.

### GAS-light

Wer das GAS im Therapiesetting schon durchgeführt hat, weiß um die Vorteile, aber auch um die Nachteile dieses Assessments.

Gewisse Nachteile des GAS werden durch das GAS-light umgangen. Zu den entscheidenden Unterschieden gehören:

1. Die Anzahl der Ziele wird reduziert. Das GAS-light wird nur für ausgewählte Ziele verwendet.
2. Das SMART-Ziel wird ausschließlich in der erwarteten Zielerreichungsausprägung (Stufe 0) formuliert. Die Bewertung des Ausmaßes der Zielerreichung zum definierten Zeitpunkt erfolgt aufgrund einer retrospektiven Analyse.
3. Um den Zeitaufwand zu reduzieren, kann auf vorformulierte Ziele zurückgegriffen werden.

Vorteile des GAS-light gegenüber dem GAS sind:

- geringerer Zeitaufwand
- verständlicher für Patientinnen/Klientinnen und dadurch sehr wahrscheinlich etwas einfacher bei leichten kognitiven Einschränkungen und Sprachverständnisschwierigkeiten anzuwenden
- Die Selbsteinschätzung in Bezug auf das mögliche Ausmaß der Zielerreichung ist weniger bedeutsam.

Nachteilig wirkt sich bei GAS-light gegenüber GAS dieser Punkt aus:

- geringere Tiefe der Auseinandersetzung mit dem Ausmaß der Zielerreichung; damit eventuell reduzierter Ansporn, da nicht automatisch (vermeintlich) überambitionierte Ziele formuliert werden

### 2.3.14 Zusammengefasst

Die Ziele der Patientinnen/Klientinnen stellen die Ausgangspunkte im Prozess des Clinical Reasonings dar und werden im Konsens zu einer verbindlichen und möglichst motivierenden Zielvereinbarung ausformuliert. Eine strukturierte Zielvereinbarung, z. B. nach SMARTer, ermöglicht es, ein konkretes, messbares, für die Patientinnen/Klientinnen bedeutsames und möglichst intrinsisch motiviertes Ziel anzupeilen. Sowohl in der Planung als auch während der einzelnen Behandlungssequenzen sind Strategien und Fähigkeiten seitens der Therapeuten gefragt, welche die Patientinnen/Klientinnen bei einer engagierten Arbeit und Mitarbeit unterstützen. Es ist eine Kunst, Ziele zu formulieren, die Kopf, Hand und Herz gleichermaßen ansprechen, also die rationalen Absichten, die eigenen Fähigkeiten und die emotionalen Motive.