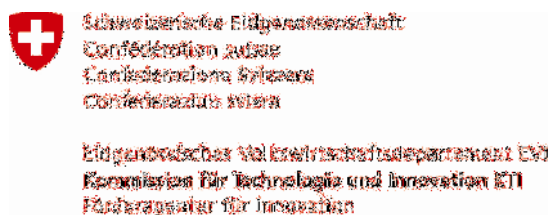


Empfehlungen zur Formulierung von ergotherapeutischen Zielen

Charles Mayor
Kim Roos
Andrea Petrig
Emmanuelle Rossini
Sylvie Meyer

Finanziert durch:



Stiftung für Ergotherapie Zürich



Praxispartner



Impressum:

Bitte dieses Dokument folgendermassen zitieren:

Mayor, C., Roos, K., Petrig, A., Rossini, E., & Meyer, S. (2014) *Empfehlungen zur Formulierung von ergotherapeutischen Zielen*. Bern : evs-ErgotherapeutInnen Verband Schweiz. Heruntergeladen vom ErgotherapeutInnen Verband <http://www.ergotherapie.ch>

Inhaltverzeichnis

Einleitung	4
Das Festlegen von Zielen im ergotherapeutischen Prozess	5
Charakteristiken und Inhalt der Ziele	7
Die Rolle der Modelle, Bezugsrahmen und Assessments.....	9
Das Formulieren von Zielen.....	10
Die SMART-Kriterien.....	11
Die Evaluierung der Zielerreichung mittels GAS.....	14
Schlussfolgerung.....	15
Literatur.....	16

Einleitung

Der Erfolg einer ergotherapeutischen Behandlung hängt von den erarbeiteten Zielen ab und davon, ob das Erreichen dieser Ziele entsprechend evaluiert werden kann (Bovend'Eerd, Botell & Wade, 2009). Entscheidend dabei ist die Fähigkeit der ErgotherapeutInnen, zusammen mit den KlientInnen¹ klare, realistische, mitteilbare und betätigungsorientierte Ziele festzulegen, welche für die Alltagsbewältigung sinnvoll sind (Bowmann & Mogensen, 2010; Pollock, Missiuna & Rodger, 2010; Sumsion & Law, 2006). Die Zielformulierung ist nicht nur wichtig für die Kommunikation zwischen den KlientInnen und den verschiedenen AkteurInnen im Gesundheitswesen, sondern sie trägt auch zum Gelingen der Behandlung bei, denn Zielvereinbarungen erhöhen die Motivation (Sames, 2010; Wade, 2009).

In den Gesundheitsberufen gilt es, bei der Zielformulierung eine Reihe von Kriterien einzuhalten. Dabei sollte insbesondere das SMART-Modell² (Bowman & Morgensen, 2010) berücksichtigt oder aber die fünf W-Fragen“ wer, was, wie, wo, wann (Amini, 2007) beantwortet werden. In zahlreichen ergotherapeutischen Modellen wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, mit den KlientInnen und deren Umfeld klare, relevante und messbare Ziele zu vereinbaren. Nicht selten fehlen jedoch Angaben zur genauen Vorgehensweise. Verschiedenen englischen AutorInnen gelingt es, diesbezüglich interessante Verfahren aufzuzeigen (Bowman & Morgensen, 2010; Park, 2009, 2011; Sames, 2010). Auf Deutsch geben Habermann & Kolster (2002), Kolster (2001) und Scheiber (1996) dazu Anweisungen, jedoch spezifisch für einen Fachbereich. Auf Französisch und in Italienisch ist nichts Ähnliches bekannt.

Die in der Schweiz durchgeführte Studie über die Formulierung von Behandlungszielen selbstständigerwerbender ErgotherapeutInnen zeigte verschiedene Probleme auf (Margot-Cattin, Meyer, Demurger, Galli, Kuster, Moiola & Page 2012): Die Ziele sind oftmals ungenau formuliert, sie beinhalten keine Überprüfungs-kriterien und den Betätigungen sowie dem Lebenskontext der KlientInnen wird wenig Rechnung getragen. Zudem berichten die an der Studie beteiligten ErgotherapeutInnen über Schwierigkeiten, sich Ziele auszudenken oder diese mit den KlientInnen auszuhandeln.

Die vorliegende Broschüre beinhaltet einige Empfehlungen für ErgotherapeutInnen und soll ihnen als Unterstützung beim Erarbeiten, Aushandeln und Formulieren von Behandlungszielen dienen. Sie ist entstanden im Rahmen des Forschungsprojekts „Goal-

¹ «(a) Einzelpersonen (einschliesslich der Bezugspersonen aus dem Umfeld, die auch Unterstützung leisten oder die indirekt mitbetreut werden, wie Betreuer, Lehrer, Eltern, Arbeitgeber, Ehepartner), (b) Gruppen oder (c) Bevölkerungsgruppen (z. B. Organisationen, Gemeinschaften)» (AOTA, 2002, zit. nach Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2010, S. 630).

² Die Abkürzung SMART steht für spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch, terminiert.

phrasing in Swiss Occupational Therapy“, das 2010 bis 2013 von den Ergotherapie-Forschungsgruppen an den Fachhochschulen in Lausanne, Manno und Winterthur unter der Leitung von Prof. Dr. Julie Page durchgeführt wurde (Margot-Cattin et al., 2012; Roos, Page, Demburger, Rossini Drecq, Galli, Kuster, Margot-Cattin & Meyer 2010). Der ErgotherapeutInnen-Verband der Schweiz (EVS) sowie das Schweizerische Rote Kreuz waren Praxispartner. Finanziert wurde das Projekt von der Kommission für Technologie und Innovation KTI sowie von der Stiftung Ergotherapie Zürich. Als weiteres Produkt aus dieser Forschungsarbeit ist ein Weiterbildungsangebot für die Formulierung von ergotherapeutischen Behandlungszielen entstanden, das durch den EVS angeboten wird. Das Besondere an dieser Broschüre und der Weiterbildung ist, dass sie evidenzbasiert sind und spezifisch an die Bedürfnisse der einzelnen Landesteile angepasst wurden – nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich.

Das Festlegen von Zielen im ergotherapeutischen Prozess

Unter «Ziel» verstehen wir «etwas, worauf jemandes Handeln, Tun o. Ä. ganz bewusst gerichtet ist, was jemand als Sinn und Zweck, angestrebtes Ergebnis seines Handelns, Tuns zu erreichen sucht» (Duden, 2013). Es gilt also, sich ein Ziel vorzunehmen, sich aber auch anzustrengen, damit dieses erreicht werden kann. In der französischsprachigen Fachliteratur über Ergotherapie entsprechen verschiedene Begriffe dieser Definition: «objectifs», «buts», «résultats attendus» (erwartete Ergebnisse) oder sogar «finalité» (Finalität) (Meyer, 2007). Im vorliegenden Leitfadens wird der Begriff «Ziel» verwendet. Er entspricht dem englischen Ausdruck «goal», dem am häufigsten verwendeten Terminus in der englischsprachigen Ergotherapie-Fachliteratur, hingegen werden in der deutschsprachigen verschiedene Zielkategorien vorgeschlagen. Ziele können nach Grad der Konkretheit beschrieben werden: «Rehabilitationsziele», «Richt-, Grob-, Feinziele» (Habermann & Kolster 2002, S. 157; Scheiber, 1995, S. 123-125) bzw. «Fern- und Nahziele» (Kolster, 2001, S. 24). Zudem ist es möglich, sie nach der Vorrangigkeit und Bedingungebene zu hierarchisieren in «Handlungs- und Basisziele» (Habermann & Kolster, 2002, S. 154). In diesen Empfehlungen werden die Begriffe «Nah- und Fernziele» sowie «Behandlungsziele» verwendet. Die Ziele lassen sich in den ergotherapeutischen Prozess integrieren, der anhand eines einfachen Modells in vier Stufen aufgeteilt werden kann (Abbildung 1):

- Befunderhebung der Klientin/des Klienten: Beurteilung der Betätigungsprobleme, Erstellen eines Betätigungsprofils, gründliche Abklärung der Performanz³ und der Fertigkeiten⁴ sowie Evaluierung der Umweltbedingungen.
- Planung der Behandlung: Definition der Ziele und Bestimmung der Ansätze und Methoden, die zur Zielerreichung notwendig sind.
- Durchführung der Behandlung: Einsatz der Methoden, die Fortschritte bis zur Zielerreichung ermöglichen.
- Evaluierung der Behandlung: Überprüfen der Behandlungsergebnisse und der Zielerreichung.



Abbildung 1: Die Stufen des ergotherapeutischen Prozesses

Im Laufe der meisten ergotherapeutischen Behandlungen werden mehrere Ziele zu verschiedenen Zeitpunkten formuliert (Creek & Bullock, 2008; Pollock et al., 2010; Radomski, 2008). Mit dem Behandlungsziel wird das erwünschte Ergebnis am Ende der Behandlung formuliert. Dieses Ziel soll schrittweise über mehrere kurzfristige Ziele (Nahziele) erreicht werden. Diese Nahziele beziehen sich auf die Performanz bei bestimmten Aktivitäten, die vor Behandlungsende erreicht werden sollen. Park (2009) berücksichtigt auch langfristige Ziele (Fernziele), die über das geplante Behandlungsende hinausgehen. Dabei handelt es sich um Bestrebungen oder um Wünsche innerhalb der Betätigungsfelder der jeweiligen KlientInnen. Diese Ziele können in näherer Zukunft zwar nicht erreicht werden,

³ «Auswahl, Organisation und Durchführung von Betätigungen/Handlungen/Beschäftigungen bzw. von Aktivitäten und Aufgaben in Interaktion mit dem Umfeld» (Weise, Thalman, Müller, Mosimann, Matter, Gantschnig et al., 2011, S. 8).

⁴ «Durch Übung entwickelte Fähigkeit, die erfolgreiche Betätigungs-/Handlungs-/Beschäftigungsperformanz ermöglicht» (Weise et al., 2011, S. 6).

verleihen den Anstrengungen, die für die Erreichung der anderen Ziele erforderlich sind, aber einen Sinn.

Grundsätzlich werden die Ziele im Anschluss an die Befunderhebung der KlientInnen erarbeitet (Meyer, 2007). Da es sich beim ergotherapeutischen Prozess um eine spiralförmige Entwicklung handelt, können sich Ziele auch während einer Durchführungsstufe herausbilden, das heisst im Vergleich zum ersten Durchlauf oder aufgrund eines Änderungsvorschlags vonseiten der Klientin oder des Klienten (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Park, 2009). So lässt sich auf einer Zeitachse aufzeigen, wann die Ziele im Laufe der Zeit entstanden sind, wann sie erreicht wurden und wie lange es brauchte, um sie zu erreichen (Abbildung 2).

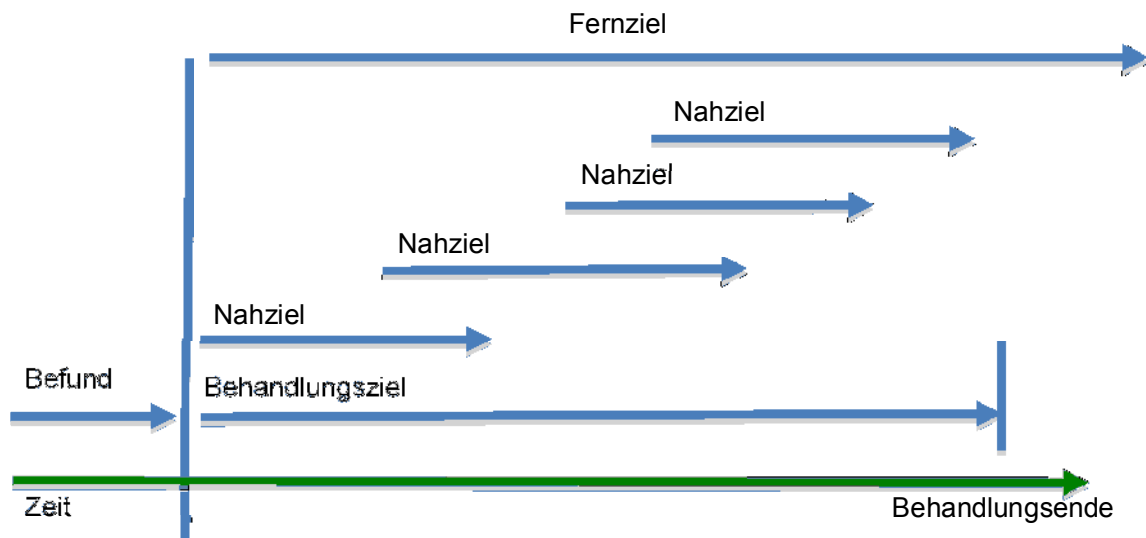


Abbildung 2: Ziele im Laufe der Behandlung

Charakteristiken und Inhalt der Ziele

Das Formulieren von Behandlungszielen ist nicht spezifisch der Ergotherapie vorbehalten. Damit die Ziele berufsspezifisch werden, muss deren Inhalt in Verbindung mit den Konzepten und Werten der Ergotherapie stehen. Deshalb **beziehen sich die Ziele auf Betätigungen**⁵, welche die Partizipation am täglichen Leben in der Gesellschaft erleichtern (occupation centered). Damit diese Ziele erreicht werden können, braucht es engagierte Mitarbeit der KlientInnen auf körperlicher, mentaler, verbaler und emotionaler Ebene. Die Ziele stehen in engem Zusammenhang mit der Tätigkeit der KlientInnen in einem definierten Kontext (z. B. sich im Rollstuhl auf der Strasse bewegen), aber auch mit dem, was sie sagen, denken und fühlen (z. B. die Angst vor der Wiederaufnahme der Arbeit abbauen). Die

⁵ «Komplex von Aktivitäten, der persönliche und sozio-kulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation an der Gesellschaft ermöglicht. Handlungen/Betätigungen/Beschäftigungen können den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und/oder Freizeit zugeteilt werden» (Weise et al., 2011, S. 4).

angestrebte Performanz in der Zielformulierung ist also nicht immer eine Handlung. Ziele können sich auch auf Körperfunktionen gemäss der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) oder auf Fertigkeiten beziehen (WHO, 2001). Diese stehen allerdings klar in Beziehung zur Betätigungsperformanz (z. B. die Ausdauer beim Spaziergang mit dem Hund erhöhen), denn sie ermöglichen ebendiese (Radomski, 2008).

Die Zielsetzung setzt eine **Zusammenarbeit zwischen ErgotherapeutIn und KlientIn** voraus. Dies ist unabdingbar, damit die Ziele für die KlientInnen motivierend sind (Baum, Bass-Haugen & Christiansen, 2005; Creek & Bullock, 2008; Park, 2009, 2011; Pollock et al., 2010; Sumsion & Law, 2006). Das bedeutet jedoch nicht, dass die KlientInnen die Ziele, welche sie aufgrund ihrer Probleme mithilfe der Ergotherapie erreichen sollen, auf Anhieb als solche erkennen können. Gemäss Park (2011) sollen die Anliegen der KlientInnen während der Erfassung identifiziert (als Teil des Betätigungsprofils) und anschliessend die genauen Schwierigkeiten und Fähigkeiten⁶ ermittelt werden (als Teil einer vertieften Abklärung). Die ErgotherapeutInnen besprechen in der Planungsstufe mögliche Ziele und Behandlungsmethoden mit den KlientInnen und wählen gemeinsam aus, welche Ziele erreicht werden sollen. Die Evaluierung der vereinbarten Ziele erfolgt ebenfalls klientenzentriert, das heisst in Zusammenarbeit mit der Klientin oder dem Klienten (Park, 2009, 2011; Sumsion & Law, 2006).

Um das Erreichen eines Ziels richtig einzuschätzen, braucht es **einen Erfolgsindikator**. Die Erfolgsmessung kann durch die ErgotherapeutInnen über die Beobachtung der Performanz oder durch die KlientInnen anhand der Selbstevaluation stattfinden. Park (2009) betont, dass in allen Fällen das untersucht werden muss, was tatsächlich erreicht wurde (Performanz) und nicht das, wozu die KlientInnen fähig sind (Leistungsfähigkeit⁷): Denn eine Fähigkeit zu besitzen, bedeutet nicht, dass sie auch entsprechend eingesetzt wird. Damit Erfolge eindeutig evaluiert werden können, ist es ratsam, verschiedene spezifische Ziele festzulegen und nicht auf allgemeine Formulierungen zurückzugreifen oder unterschiedliche Betätigungen sowie mehrere Indikatoren im gleichen Ziel zu verpacken. So sollten beispielsweise unspezifische Ziele wie «die IADL ausführen» vermieden werden. Vielmehr sind sie in mehrere präzise Zielsetzungen aufzuteilen und mit passenden Indikatoren zu versehen.

Es gibt mehrere mögliche Erfolgsindikatoren, um die Zielerreichung zu messen (Bovend'Eerd et al., 2009; Bowman & Morgensen, 2010; Moyers & Dale, 2007; Park, 2009):

- Quantität der Performanz: ganz, teilweise, Anzahl Wiederholungen usw.

⁶ «Persönliche Voraussetzung, welche die Betätigungsperformanz unterstützt» (Weise et al., 2011, S. 6).

⁷ Leistungsfähigkeit: «Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt» (WHO, 2001, S. 17).

- Qualität der Performanz oder des Performanzergebnisses: Anzahl Fehlversuche, Zittern, Präzision oder Fluss der Geste, Fleiss, Zögern, Kraftaufwand, Schnelligkeit, Sicherheit, Grad der Bemühung, Hastigkeit usw.
- Wahrnehmung oder Empfinden der Klientin oder des Klienten: Schmerz, Beschwerlichkeit, Freude, Befriedigung, Unbehagen, Selbstsicherheit, Lustlosigkeit, Wohlbefinden, Angst usw.
- Zeitliche Angaben: Dauer, Frequenz (immer, manchmal, nie) usw.
- Assistenz: Art der Zuhilfenahme (physisch, verbal, in Form von Beaufsichtigung), Eigeninitiative, Kooperation, Anzahl Hilfeleistungen, benötigte technische Hilfsmittel, erforderliche Umwelthanpassungen usw.

Bei Behandlungen mit geringer Progression braucht es Indikatoren, die sich nicht nur auf eine wirksame Durchführung der Performanz begrenzen, sondern auch die Performanz selbst differenziert beschreiben. Indikatoren, die sich auf die Wahrnehmung der KlientInnen oder ihrer Familien beziehen, eignen sich für Situationen, in denen die Handlung durch die Intervention nicht verändert wird (z. B. Paul akzeptiert, dass seine Frau ihn bei Transfers unterstützt).

Die Rolle der Modelle, Bezugsrahmen⁸ und Assessments

In den ergotherapeutischen Modellen und Bezugsrahmen werden Elemente in Zusammenhang mit der Person, ihrer Betätigung und ihrer Umwelt definiert, zu denen Ziele formuliert werden können. Beispielsweise sind im konzeptuellen Rahmen der *American Occupational Therapy Association (AOTA)* und dem *Occupational Therapy Praxis Framework (OTPF)* folgende Betätigungsbereiche festgelegt, für die Ziele erarbeitet werden können: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Ruhe und Schlaf, Bildung, Arbeit, Freizeit, Spiel sowie soziale Partizipation (AOTA, 2008). Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) enthält eine detaillierte Aufgliederung der mentalen Funktionen, der Sinnesfunktionen und der Funktionen in Bezug auf den Bewegungsapparat und die Bewegung, anhand derer sich Ziele formulieren lassen (WHO, 2001). Modelle und Bezugsrahmen können die Auswahl von ergotherapiespezifischen Zielen erleichtern: Diese Instrumente deuten allgemeine Ziele an, welche die ErgotherapeutInnen dem Gesundheitszustand, der Lebenssituation und dem jeweiligen Lebenskontext ihrer KlientInnen anpassen können.

⁸ «Die allgemeine Orientierung der Therapeuten, eine Ansammlung von Vorstellungen oder Theorien, die eine schlüssige konzeptionelle Basis für die Praxis ergeben» (Creek, 2003, zit. nach Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2010, S. 236).

Zudem wurden verschiedene Assessments entwickelt, die beim Festlegen von Zielen auch unterstützend eingesetzt werden können. Beispielweise das *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* (Law, Baptiste, Carswell, Mccoll, Polatajko & Pollock, 2011), das *Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)* (Missiuna, Pollock, Law, 2004) oder einige Assessments, die zum Modell der menschlichen Betätigung (MOHO) gehören, wie das *Child Occupational Self Assessment (COSA)* oder das *Occupational Performance History Interview II (OPHI II)* (Kielhofner, 2008). Diese Assessments erlauben es in der Regel, die Ziele in einem Gespräch mit den KlientInnen zu erarbeiten.

Modelle, Bezugsrahmen und Assessments können für die Erarbeitung der Ziele unterstützend eingesetzt werden, wenn diese betätigungs- und funktionsorientiert sind. Im letzteren Fall soll die angestrebte Betätigung präzisiert werden (z. B. «Zoe erhöht ihre Haltungskontrolle, damit sie, ohne sich mit den Armen abzustützen, aufrecht sitzen und sich somit selber in angemessener Zeit anziehen kann»). Es geht darum, klare Ziele zu formulieren, die anschliessend verbal vermittelt und in der Dokumentation der KlientInnen festgehalten werden können (Sames, 2010).

Das Formulieren von Zielen

Die Zielinhalte sollen betätigungsbezogen und klientenzentriert⁹ sein, im entsprechenden Kontext der KlientInnen stehen und Erfolgsindikatoren aufweisen. Alle diese Elemente sollen in der mündlichen und schriftlichen Zielformulierung enthalten sein.

Ein korrekt formuliertes Ziel besteht aus einem Satz mit:

- einem Subjekt (**Wer**), das in den meisten Fällen die Klientin, den Klienten selber oder gegebenenfalls Drittpersonen bezeichnet, wie z. B. die Eltern oder die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber. In keinem Fall ist aber damit die Therapeutin oder der Therapeut gemeint (Meyer, 2007; Park 2009, 2011; Pollock et al., 2010).
- einem Handlungsverb¹⁰ (**Was**), Sames (2010) schlägt eine ganze Reihe davon vor. Er beschreibt die angestrebte Betätigungsperformanz und stellt damit sicher, dass die Performanz beobachtbar und somit evaluierbar ist. Die Formulierung «fähig sein» ist nicht vertretbar, denn es interessieren die effektiven Ausführungen und nicht die Fähigkeiten.
- Akkusativobjekten (**Was**): Damit wird präzisiert, worauf sich das Ziel bezieht, z. B. «Lasten heben», «Arme hochheben», «den Partner beim Aufstehen unterstützen».

⁹ «Klientenzentrierte Prinzipien definieren Therapie als Prozess, der Klienten respektiert, sie informiert und sie befähigt, als aktive Partner Ziele und Strategien der Therapie zu bestimmen» (Kielhofner, 2002, zit. nach Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2010, S. 225).

¹⁰ «Handlungsverben oder Tätigkeitsverben (engl.: action verb) drücken aus, dass jemand etwas tut, ausführt» (Ballmer & Brennenstuhl, 1986, S. 105).

- Umstandsbestimmungen (**Wie**): Dadurch wird die Formulierung abgerundet, so dass alle beteiligten Personen wissen, wie die definierte Performanz realisiert werden soll und wann und wo Resultate erwartet werden. Die Umstandsbestimmungen beziehen sich auf unterschiedliche Bedingungen in der Umwelt, z. B. «auf einer unebenen Oberfläche», «Kleider mit Knöpfen», «mit einem spezifischen Hilfsmittel». Sie bezeichnen den Grad der erforderlichen Hilfestellung, z. B. «mit der körperlichen Hilfe einer Person», «unter Aufsicht der Mutter».
- einer Angabe zum Ort (**Wo**): Diese legt fest, wo die Handlung stattfinden soll, z. B. «Badezimmer des Spitals», «Aufzug im eigenen Wohngebäude».
- einer zeitlichen Angabe (**Wann**): Sie klärt zum einen die Frequenz der Aktivität, zum anderen die Frist, innerhalb der das Ziel erreicht werden soll, z. B. «nach vier Sitzungen zieht Zoe ihren Pullover immer korrekt an».

In einer klientenzentrierten Praxis sollen die Ziele in einer für die KlientInnen und deren Umfeld verständlichen Sprache formuliert werden (Bowmann & Morgensen, 2010; Pollock et al., 2010; Radomski, 2008). Die Aussagen sollen differenziert und eindeutig sein, damit die Personen, die Zugang zum Dossier der KlientInnen haben oder mit denen die ErgotherapeutInnen eine Zusammenarbeit pflegen, sich ein klares Bild der Situation verschaffen können (Gateley & Borcharding, 2012). Park (2009) schlägt vor, bevorzugt positive Formulierungen zu verwenden. Er stellt die Behauptung auf, dass es motivierender ist, eine neue Performanz anzustreben, als ein Verhalten zu unterdrücken (z. B. besser «ernährt sich viermal pro Woche ausgewogen» als «vermeidet viermal pro Woche Fast Food»). Es bleibt schliesslich noch Folgendes zu erwähnen: Wenn der Erfolg mittels Selbstevaluierung durch die KlientInnen gemessen wird, soll der Indikator in seiner Formulierung dies wiedergeben. Der Erfolg wird durch die Subjektivität der KlientInnen objektiviert (z. B. «Jules ist mit der Kinnbedienung seines Elektrorollstuhls zufrieden»).

Die SMART-Kriterien

Für die schriftliche Formulierung von Zielen können verschiedene Methoden angewandt werden. Am häufigsten kommt jedoch die SMART-Methode (Gateley & Borcharding, 2012; Sames, 2010) zum Einsatz. SMART ist ein Akronym aus dem Englischen. Es wurde anhand der von Locke, Shaw, Saari und Latham (1981) beschriebenen Regeln gebildet, um die Eigenschaften eines «guten» Ziels zu definieren:

- **Spezifisch** (*specific*)

- **Messbar** (*measurable*)
- **Akzeptiert** von den KlientInnen (*agreed*)
- **Realistisch** (*realistic*)
- **Terminiert** (*timed*)

Ein Ziel ist dann spezifisch, wenn es konkret, klar und präzise formuliert ist. Messbar ist es erst, wenn ein Indikator genannt wird, mit dem sich die Zielerreichung überprüfen lässt. Das heisst aber nicht zwangsläufig, dass es einer Spezifizierung eines Messinstruments oder einer Massangabe bedarf (z. B. Ellenbogenflexion um 30° verbessern) bzw. die beobachtende Person die Performanz sieht (z. B. in die Badewanne steigen). Vielmehr kann der/die KlientIn die Qualität der Performanz selber beurteilen. Die Messung bezieht sich in diesem Fall darauf, wie der/die KlientIn die eigene Performanz wahrnimmt (z. B. der/die KlientIn nimmt mit Vergnügen jede Woche ein Bad). Unter einem «akzeptierten» Ziel ist in der Ergotherapie in der Regel ein ausgehandeltes Ziel zwischen ErgotherapeutInnen und KlientInnen zu verstehen. Ein Ziel ist dann realistisch, wenn es innerhalb der gesetzten Frist unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der Klientin oder des Klienten und der äusseren Umstände erreicht werden kann. Terminiert bedeutet, dass das Ziel innerhalb einer genannten Frist zu erreichen ist.

Die Zielformulierung für eine Behandlungseinheit richtet sich nach denselben Regeln, die für die Formulierung von längerfristigen Behandlungszielen gelten. Insbesondere sollen die Aktivitäten der Behandlungseinheit spezifiziert werden. Der/die ErgotherapeutIn achtet darauf, dass diese Ziele mit kurz- oder langfristigen Behandlungszielen kongruent sind.

Beispiele für SMART-Ziele

Matthieu hat nach einer Sehnerv-Entzündung das Augenlicht verloren. Er möchte (A) am selben Ort wie früher einkaufen können. Der Ergotherapeut schätzt es als realistisch (R) ein, dass Matthieu die öffentlichen Verkehrsmittel benutzt, jedoch nicht ohne vorhergehendes Einüben.

Behandlungsziel : *In einem Monat (T) nimmt Matthieu alleine den Bus vor seinem Haus und fährt bis zum Supermarkt am Stadtrand (S). Der Ergotherapeut wird dies beim letzten Training feststellen (M).*

Ziel für eine Therapieeinheit: *Während der Behandlung vom 6. Januar (T) löst Matthieu in Anwesenheit, aber ohne Unterstützung des Ergotherapeuten (M) ein Busticket und bewegt sich bei der Ankunft (S) schnell genug (M) zu einer der Türen, ungehindert (M) durch andere Fahrgäste.*

Mathilde ist eine magersüchtige Jugendliche, die im Schulchor mitsingen möchte. Die Ergotherapeutin bespricht (A) mit Mathilde die Machbarkeit sowie die Verpflichtungen (R) und vereinbart mit ihr ein Nahziel Ziel:

Mathilde wird sich innerhalb der folgenden zwei Wochen (T) für den Chorgesangskurs, der jeden Freitagabend (S) an ihrer Schule stattfindet, einschreiben. Sie wird der Ergotherapeutin die Anmeldung zeigen (M).

Marc ist Obstbauer und hatte Ende Juni einen Unfall mit einer Spaltmaschine. Dabei hat er die Langfinger ab Mittelgelenk und die erste Daumenphalanx der dominanten rechten Hand verloren. Die Grundphalanx aller Finger und des Daumens sind gebrochen. Mitte September beginnt die Ernte und dafür ist Marc auf sein Moped für die Kontrolle seiner Bäume und auf den Traktor angewiesen. Der Ergotherapeut ist, aus Erfahrung, zuversichtlich, dass Marc seine Fahrzeuge zur vorgegebenen Zeit fahren werden kann (R). Dafür muss intensiv an der Sensibilität, an der Beweglichkeit des kleinen Fingers, des Daumens und der noch vorhandenen Fingergrundgelenke sowie an der Kraft der Finger und Daumen gearbeitet werden. In seiner Freizeit liebt Marc Boccia zu spielen. Folgende Ziele wurden mit dem Klienten formuliert (A):

Behandlungsziel: Bis Mitte September (T) fährt Marc etwa zwei Stunden am Tag Traktor und Moped (S) und fühlt sich dabei wohl und sicher (M).

Ziel für eine Therapieeinheit: Während der Sitzung (T) gelang es Marc, eine vor ihm auf einem Tisch liegende Boccia Kugel von 710 g zwölfmal zu greifen und sie drei Meter weit zu werfen (S) (M) (R).

Jeremy ist 7 Jahre alt und hat eine Störung der Feinmotorik. Während einer Besprechung mit Jeremy, seinen Eltern und der Ergotherapeutin äussert Jeremy den Wunsch, eine expressive Tätigkeit auszuüben; er will Schlagzeug spielen. Alle beschliessen (A), dass dies ein langfristiges Ziel ist, das einige Vorarbeit an der motorischen Koordination voraussetzt (R).

Ein formuliertes Nahziel ist: Bis zur nächsten Sitzung in drei Wochen (T) haben Jeremy und seine Eltern einen Schlagzeuglehrer kontaktiert und mit ihm die Möglichkeit überprüft, Jeremy drei Lektionen lang in Gegenwart der Ergotherapeutin zu unterrichten (S). Die Eltern teilen der Ergotherapeutin die Telefonnummer des Schlagzeuglehrers zwecks Kontaktierung mit (M).

SMART ist keine ergotherapiespezifische Methode, um Ziele zu formulieren. Wird sie jedoch in der Ergotherapie angewandt, gewinnt sie durch das Formulieren von betätigungsorientierten Zielen dennoch ergotherapiespezifischen Charakter. Innerhalb jeder Behandlung werden mehrere SMART-Ziele gesetzt. Die Behandlung gilt für

ErgotherapeutInnen dann als erfolgreich, wenn alle Ziele erreicht worden sind. Anhand der Goal Attainment Scale (GAS) (Kiresuk, Smith & Cardillo 1994) kann dieser Erfolg nachgewiesen werden.

Die Evaluierung der Zielerreichung mittels GAS

Das Goal Attainment Scaling ist ein in der Fachliteratur verbreitetes Instrument, das – unabhängig von der Art des Ziels – Angaben über den Grad der Zielerreichung ermöglicht. Dies bedingt natürlich, dass die Ziele im Vorfeld formuliert worden sind und einen Erfolgsindikator aufweisen.

Das GAS entspricht einer Tabelle mit fünf Stufen von -2 bis +2. Auf jeder Stufe besteht die Möglichkeit, Veränderungen in der Performanz, die in einer gründlichen Abklärung definiert worden ist (Ausgangszustand), festzuhalten oder sie auf den Wert -1 (blaue Linie in der Abbildung 3) zu setzen. Für jeden Ausgangszustand können auf den verschiedenen Stufen Ziele mit den Werten 0, +1 und +2 formuliert und in die Tabelle übertragen werden. Der Wert -2 bedeutet, dass eine am Anfang der Behandlung vorhandene Performanz sich verschlechtert. Die Werte 0, +1 und +2 zeigen einen Fortschritt. Bovend'Eerd et al. (2009) weisen darauf hin, dass sich die Stufen besser spezifizieren lassen, indem Hilfestellungen für die Zielerreichung hinzugefügt, verändert oder entfernt werden oder qualitative Kriterien (Zeit, Ausdauer, Gewandtheit, Selbstvertrauen usw.) zur Beurteilung der erwarteten Performanz herangezogen werden.

+ 2					
+ 1					
0					
- 1 Ausgangszustand					
- 2					
Erreichter Wert					

Abbildung 3: Das GAS

Das GAS kann an jede Klientel angepasst werden und ist mit allen Modellen und Bezugsrahmen kompatibel. Die Skala eignet sich für Behandlungen von ganz unterschiedlicher Dauer und für Behandlungssituationen, in denen es darum geht, etwas vorzubeugen, zu erhalten oder wiederzuerlangen. Die Richtigkeit, Spezifität und Sensitivität des GAS hängt von der Fähigkeit der Therapeutin oder des Therapeuten ab, ausgehandelte

Ziele zu setzen, diese auf die KlientInnen und den entsprechenden Kontext auszurichten und so prägnant wie nötig zu formulieren. Mit Hilfe der SMART-Regel lässt sich diese Aufgabe leichter erfüllen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung hat sich der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) für das GAS als Assessment entschieden, um die Behandlungsergebnisse selbstständigerwerbender ErgotherapeutInnen erfassen zu können. Die vom EVS vorgeschlagene GAS-Version kann auf der Website <http://www.ergotherapie.ch> heruntergeladen werden.

Schlussfolgerung

Diese Empfehlungen sollen den ErgotherapeutInnen als Unterstützung beim Erarbeiten und Formulieren von Behandlungszielen dienen, denn was zuvor klar erfasst worden ist, lässt sich einfacher formulieren.

Die Herausforderungen für die ErgotherapeutInnen bestehen heute darin, sowohl die KlientInnen als auch deren Betätigungen systematisch ins Zentrum der Behandlung zu stellen. Mit SMART-Zielen lässt sich diese Herausforderung einfacher bewältigen. Die KlientInnen werden so in ein Projekt eingebunden, das auf sie abgestimmt ist und das sie durchaus dazu motivieren kann, unter Berücksichtigung ihrer eigenen Interessen bestimmte Betätigungen auszuüben – freiwillig, auf Empfehlung oder aus Notwendigkeit. Indem beim Erarbeiten der Zielerreichungsindikatoren auf die KlientInnen persönlich eingegangen wird, kann auch ihren Bedürfnissen Rechnung getragen werden. Dieses Vorgehen eignet sich gut für eine Klientel, deren Betätigungsengagement und Partizipation eingeschränkt sind und die immer wieder Unterstützung erfordert.

Klar und präzise formulierte Behandlungsziele erleichtern die Kommunikation mit den Angehörigen und den VertreterInnen des Gesundheitswesens. Sie zeigen auf, was für die ErgotherapeutInnen wichtig ist und was sie mit ihren Behandlungen anstreben. Diese Aufklärung ist notwendig, weil sowohl den KlientInnen als auch den KostenträgerInnen gegenüber Rechenschaft abzulegen ist. Die Ergotherapie kann sich je länger desto weniger mit vage formulierten Zielen begnügen und sich des biomedizinischen Vokabulars bedienen. Dies führt zwangsläufig zu Verwechslungen mit anderen Berufen, und dadurch werden die Auswirkungen der Dysfunktionen auf das tägliche Leben allzu oft vernachlässigt. Klar formulierte Ziele, die klientenzentriert sowie betätigungsbasiert sind und in direktem Zusammenhang zum Alltag der Klienten stehen, sind das Kerngeschäft der Ergotherapie.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association (AOTA) (2008). Occupational Therapy Framework: Domain and Concern (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62 (6), 625-683.
- Amini, D. (2007). *Functional Goal Writing for Occupation-based Practice Measure* [power point slides]. Greensboro, NC.
- Ballmer, T. & Brennenstuhl, W. (1986). *Deutsche Verben. Eine sprachanalytische Untersuchung des Deutschen Verbwortschatzes*. Tübingen: Narr (=Ergebnisse und Methoden moderner Sprachwissenschaft, Bd. 19).
- Baum, C. M., Bass-Haugen, J. & Christiansen, C. H. (2005). Person-Environment-Occupation-Performance: A Model for Planning Interventions for Individuals and Organizations, S. 372-385. In C. H. Christiansen, C. M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (3rd ed.). Thorofare: Slack Incorporated.
- Bovend'Eerd, T. J. H., Botell, R. E. & Wade, D. T. (2009). Writing SMART Rehabilitation Goals and Achieving Goal Attainment Scaling: A Practical Guide. *Clinical Rehabilitation*, 23 (4), 352-361.
- Bowmann, J. & Mogensen, L. (2010). Writing Occupation-focused Goals. In M. Curtin, M. Molineux & J. Supyk-Mellson (Eds.), *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Enabling Occupation* (6th ed., pp. 95-109). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Chisholm, D., & Boyt Schell, B. (2014). Overview of Occupational Therapy Process and Outcomes. In B. Schell, G. Gillen, M. Scaffa & E. Cohn (Eds.), *Willard and Spacksman's Occupational Therapy* (12th ed., pp. 266-280). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Creek, J. & Bullock, A. (2008). Planning and Implementation. In J. Creek & L. Lougher (Eds.), *Occupational Therapy and Mental Health* (4th ed., pp. 109-131). Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie: Deutsch-Englisch, Englisch-Deutsch. Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe – Definitionen und Erläuterungen*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag (=Neue Reihe Ergotherapie, Bd. 8).
- Duden (2013). Ziel (n. d.). In Duden online. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Ziel> am 22.10.2013
- Gateley, C. & Borcharding, S. (2012). *Documentation Manual for Occupational Therapy: Writing Soap Notes* (3rd ed.). Thorofare, NY: Slack.
- Habermann, C. & Kolster, F. (2002). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Kiresuk, T., Smith, A. & Cardillo, J. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kolster, F. (2001). *Therapieziele in der Neurologie. Unterricht – Konzeption – Anwendung*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag (=Neue Reihe Ergotherapie, Bd. 6).
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Mccoll, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2011). *La mesure canadienne du rendement occupationnel (Canadian Occupational Performance Measure) [COPM]* (4^e éd.). Ottawa: Association canadienne des ergothérapeutes.

- Locke, E. A., Shaw, K. N., Saari, L. M. & Latham, G. P. (1981). Goal Setting and Task Performance: 1969-1980. *Psychological Bulletin*, 90, 125-152.
- Margot-Cattin, I., Meyer, S., Demurger, M., Galli, C., Kuster, E., Moiola, S. & Page, J. (2012). La rédaction des objectifs en ergothérapie: les résultats de l'analyse. In M. H. Izard (Ed.). *Expériences en ergothérapie* (25^{ème} série, pp. 100-111). Montpellier: Sauramps Medical.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne: Haute école de travail social et de la santé.
- Missiuna, C., Pollock, N. & Law, M. (2004). *The Perceived Efficacy and Goal Setting (PEGS)*. System Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Moyers, P. J. & Dale, L. M. (2007). *The Guide to Occupational Therapy Practice* (2nd ed.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- Park, S. (2009). Goal Setting in Occupational Therapy: A Client Centered Perspective. In E. Duncan (Ed.), *Skills for Practice in Occupational Therapy* (pp. 105-122). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Park, S. (2011). Setting and Evaluating Person-centered Goals: An Outcome of Occupational Analysis. In L. Mackenzie & G. O'Toole (Eds.), *Occupation Analysis in Practice* (pp. 312-328). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Pollock, N., Missiuna, Ch. & Rodger, S. (2010). Occupational Goals Setting with Children and Families. In S. Rodger. *Occupation-centered Practice with Children* (pp. 114-134). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Radomski, M. V. (2008). Planning, Guiding, and Documenting. In C. Trombly & M. V. Radomski (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (6th ed., pp. 40-63). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roos, K., Page, J., Demburger, M., Rossini Drecq, E., Galli, C., Kuster, E., Margot-Cattin, I. & Meyer, S. (2010). Das Formulieren von Zielen durch Schweizer ErgotherapeutInnen: ein Forschungsprojekt in vielen Sprachen. *Ergotherapie: Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz* (EVS), 10, 35-37.
- Scheiber, I. (1996). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Troisdorf: Bildungsverlag
- Sames, K. (2010). *Documenting Occupational Therapy Practice* (2nd ed.). Upper Saddle River: Pearson Health Science.
- Sumsion, T. & Law, M. (2006). A Review of Evidence on the Conceptual Elements Informing Client-centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (3), 153-162.
- Wade, D. T. (2009). Goal Setting in Rehabilitation: An Overview of what, why and how. [Editorial Introductory]. *Clinical Rehabilitation*, 23 (4), 291-295.
- Weise, A., Thalmann, M., Müller, E., Mosimann, Ch., Matter, B., Gantschnig, B. (2011). *Resultate der Arbeitsgruppe Terminologie (Dezember 2011)*. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Projekte/AGTerminologie_Tabelle_def.Fachsprache.pdf am 22.10.2013
- WHO (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.