

# Zielsetzung in der Aphasietherapie

## Eine empirische Untersuchung von Rehabilitationsberichten

Pia Dallmeier, Christina Thies, Holger Grötzbach, Ulla Beushausen

**ZUSAMMENFASSUNG.** Genau definierte Therapieziele stellen den Schlüssel für eine erfolgreiche Aphasietherapie dar. Zum einen sollen sie operationalisiert und damit messbar sein. Zum anderen sollen sie sich auf die Komponenten Funktion, Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren des Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beziehen. Rehabilitationsziele eignen sich zur Evaluation der Behandlungserfolge. Dafür müssen sie in Rehabilitationsberichten dokumentiert werden. Ziel der vorgestellten Arbeit war es, logopädische Berichte von PatientInnen mit einer Aphasie hinsichtlich der darin enthaltenen Ziele zu analysieren. Anhand von literaturbasierten Kriterien wurden 24 logopädische Entlassungsberichte aphasischer PatientInnen aus 13 deutschen Rehakliniken bezüglich der Therapieziele ausgewertet. Es konnte gezeigt werden, dass die Berichte den Kriterien nur in sehr eingeschränktem Maße gerecht wurden. Zum Ende des Artikels werden Möglichkeiten für die Praxis aufgezeigt, wie Ziele klientenzentriert erarbeitet und dokumentiert werden können.

Schlüsselwörter: Bericht – Ziele – Aphasie – ICF – partizipative Entscheidungsfindung – Logopädie

### Einleitung

Therapieziele sind der Schlüssel zu einer erfolgreichen Sprachtherapie – vorausgesetzt, sie werden mit der PatientIn für einen bestimmten Zeitraum vereinbart und genau definiert und sind realistisch.

Die Festlegung der logopädischen Therapieziele ist Teil der Vertragsarbeit zu Beginn der Behandlung. TherapeutIn und PatientIn einigen sich bei der Festlegung der Ziele auf die Therapieinhalte, die für den Alltag der PatientInnen relevant sind. Während des Behandlungszeitraums dienen die Ziele als Motivator und begünstigen somit Verhaltensänderungen seitens der PatientInnen (Hurn et al. 2006, Wade 2009). Somit tragen sie zur Effektivität der Therapie bei und sind dabei ein unverzichtbares Mittel zur Qualitätssicherung (Pössl et al. 2003).

Des Weiteren dienen die Therapieziele als Grundlage für eine sinnvolle Evaluation der logopädischen Behandlung. Zu evaluieren ist, ob die Therapiemaßnahmen sich als wirksam erwiesen haben, ob ein Transfer der Fortschritte in den Alltag stattgefunden hat und die Verbesserungen nachhaltig sind. Die Evaluation der Therapieergebnisse ist für alle medizinisch-therapeutischen Leistungen und somit auch für die logopädische Behandlung verpflichtend. Gemäß SGB IX Art. 1 werden

nur die Therapien bezahlt, die nachgewiesenermaßen effektiv sind (Welti & Raspe 2004). Nicht zuletzt gehört es zum professionellen Selbstverständnis der Logopädie, die Therapieergebnisse zum Ende der Behandlungsphase zu evaluieren.

In der Praxis erfolgt die Evaluation der Therapie derzeit vornehmlich anhand von standardisierten, normierten Tests beziehungsweise informellen Screenings. Das Therapieergebnis wird hier anhand des Vergleichs der Prä-

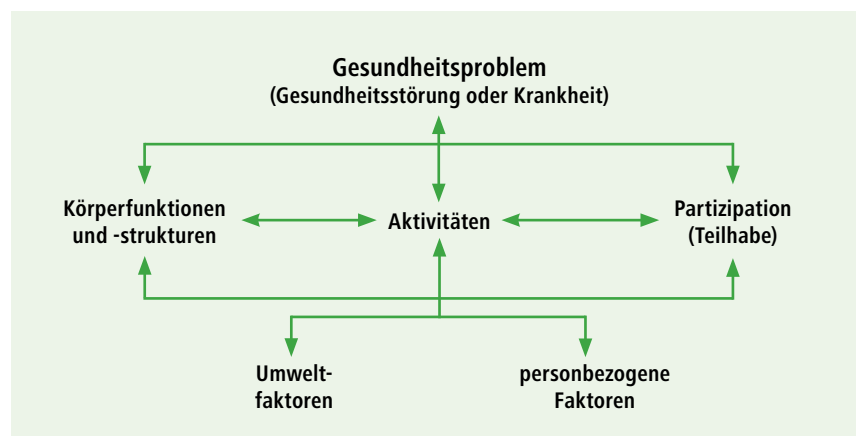
**Pia Dallmeier B.Sc.** absolvierte von 2002 bis 2005 ihre Ausbildung an der Lehranstalt für Logopädie des Universitätsklinikums der RWTH Aachen. Danach war sie als Logopädin im ambulanten Bereich tätig. 2009 schloss sie das Bachelorstudium Logopädie an der Hochschule Hildesheim, Holzminden, Göttingen (HAWK) ab. Parallel zu ihrer logopädischen Tätigkeit studiert sie derzeit an der HAWK im Masterstudiengang Logopädie mit dem Schwerpunkt disziplinäre Forschung. Der vorliegende Beitrag basiert auf ihrer Bachelorarbeit, die sie mit Christina Thies verfasste.



**Christina Thies B.Sc.** absolvierte von 2005 bis 2008 ihre Ausbildung an der Schule für Logopädie der Medizinischen Hochschule Hannover. Im Anschluss folgte das Bachelorstudium Logopädie an der Hochschule Hildesheim, Holzminden, Göttingen (HAWK), das sie 2009 mit dem Bachelor abschloss. Derzeit studiert sie dort im Masterstudiengang Logopädie mit dem Schwerpunkt disziplinäre Forschung. Parallel arbeitet sie in logopädischen Praxen. Der vorliegende Beitrag basiert auf ihrer Bachelorarbeit, die sie mit Pia Dallmeier verfasste.



■ Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell der ICF (DIMDI 2005)



und Posttestung gemessen. Die in der Aphasiotherapie gängigen Testverfahren, wie beispielsweise der Aachener-Aphasie-Test (Huber al. 1983), beschränken sich nur auf die Komponente der „Funktion“. Für die Komponente der „Aktivitäten“ stehen Instrumente wie der Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT, Blomert 1997) oder der Communicative Effectiveness Index (CETI, Lomas et al. 1989) zur Verfügung, die orientierend eingesetzt werden können.

Die Therapieziele selbst zur Evaluation heranzuziehen bietet gegenüber den vorhandenen Instrumenten den Vorteil, dass diese auf die individuelle Therapie selbst abgestimmt sind. Die Evaluation kann erfolgen, indem der Grad der Übereinstimmung zwischen dem zu Beginn festgelegten Therapieziel und dem Therapieergebnis erhoben wird. Hierzu müssen die Ziele operationalisiert, d.h. im Sinne der SMART-Regel (Wade 2009; Abb. 2) messbar sein.

Logopädische Ziele sollten sich, an dem Modell der ICF (Abb. 1) orientiert, auf die Komponenten Funktion, Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) beziehen.

Der Zielsetzungsprozess sollte top-down orientiert sein: Zunächst wird mit der PatientIn ein Partizipationsziel vereinbart; aus diesem übergeordneten Ziel werden Aktivitätsziele und kontextbezogene Ziele abgeleitet, denen schließlich die Funktionsziele zugeordnet werden (Grötzbach 2008, Fries et al. 2007).

Dieser Zielerarbeitungsprozess setzt voraus, dass die PatientIn aktiv und gleichberechtigt an der Definition der Ziele mitarbeitet (Beushausen 2009, Grötzbach 2010). Nur durch ein Top-down-Vorgehen kann die logopädische Behandlung der Forderung des Gesetzgebers gerecht werden, der Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am sozialen Leben als übergeordnetes Ziel der Rehabilitation fordert (§ 1 SGB IX).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Therapieziele für eine sinnhafte logopädische Behandlung und deren Evaluation unabdingbar sind. Umso wichtiger ist es, dass die Therapieziele in logopädischen Berichten dokumentiert werden (dbl 2004). Doch wie sieht die Realität aus?

## Ziel und Fragestellung der Arbeit

Ziel der vorgestellten Arbeit war es zu untersuchen, wie Ziele im klinischen Alltag definiert und ob sie den gesetzlichen und therapeutischen Anforderungen gerecht werden. Um sich diesen Fragestellungen zu nähern,

wurde eine empirische Untersuchung im Bereich der stationären Aphasiebehandlung durchgeführt. Dazu wurden logopädische Entlassberichte hinsichtlich der darin formulierten Ziele analysiert. Dabei ging es um folgende Fragen:

- Werden Ziele so definiert, dass sie evaluierbar sind?
- Werden alle Komponenten der ICF (Teilhabe, Aktivität, Funktion, Kontextfaktoren) in den Zielen abgebildet?
- Werden die Ziele in gemeinsamer Absprache zwischen TherapeutIn und PatientIn festgelegt?

## Methode

Insgesamt wurden 31 deutsche Rehabilitationseinrichtungen, in denen SchlaganfallpatientInnen sprachtherapeutisch betreut werden, mit der Bitte angeschrieben, anonymisierte Berichte zur Verfügung zu stellen.

■ **Abb. 2: SMART-Regel (Wade 2009)**

**Specific**  
**Measurable**  
**Achievable**  
**Relevant**  
**Timed**

Bei der Analyse wurden zunächst die Ziele ausgezählt und hinsichtlich der Operationalisierung betrachtet. Als Maß für die Operationalisierung wurde die SMART-Regel verwendet

(Abb. 2). Anschließend wurden die herausgearbeiteten Ziele den ICF-Komponenten Funktion, Aktivität, Partizipation und Kontextfaktoren zugeordnet.

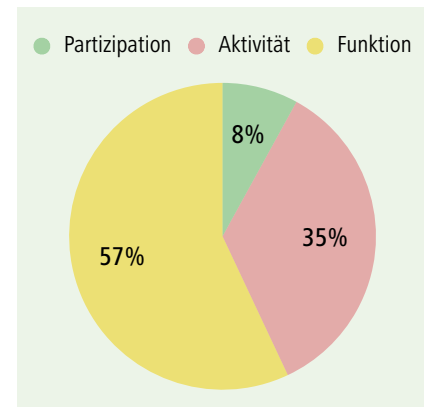
## Ergebnis

13 Kliniken sandten insgesamt 29 Berichte ein, von denen 24 eine Behandlung von PatientInnen mit einer Aphasie dokumentierten und somit in die Auswertung eingehen konnten.

In 20 der 24 Berichte waren Ziele enthalten. Insgesamt wurden 63 aphasiebezogene Ziele identifiziert; dies entspricht im Mittel gut 3 Zielen pro Bericht. Die Ziele waren im Sinne der SMART-Regel nicht operationalisiert formuliert.

57% der Ziele bezogen sich auf die ICF-Komponente Funktion, 35% auf Aktivitäten und 8% auf Partizipation (Abb. 3). Als Funktionsziele wurden beispielsweise die „Verbesserung der Sprachverständnisleistung“ und die „Verbesserung des Zugriffs auf Repräsentationen im phonologischen Outputlexikon“ genannt. Bezüglich der Komponente Aktivität waren exemplarische Ziele die „Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit“ und die

■ **Abb. 3: Verteilung der Ziele auf die ICF-Komponenten**



„Kommunikation über etwaige Schmerzen“. Als Partizipationsziel wurde die „Eingliederung in die familiäre Umgebung trotz schwerer Kommunikationsstörung“ dokumentiert. Der Kontext der PatientIn, der einen erheblichen Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis haben kann, wurde in acht Fällen erwähnt. Eine Zielsetzung diesbezüglich fand jedoch nicht statt.

Aus drei Berichten ging hervor, dass die Ziele gemeinsam mit den PatientInnen festgelegt wurden. In einem Bericht wurde explizit erwähnt, dass die Therapieinhalte und -ziele „gemeinsam mit ihm [dem Patienten] und seiner Frau festgelegt“ wurden; hier hat eine partizipative Entscheidungsfindung erfolgreich stattgefunden.

## Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass die Zieldefinition derzeit häufig ohne Beteiligung der PatientIn erfolgt und dass die aufgestellten Ziele außerdem aufgrund der fehlenden Operationalisierung nicht fassbar und damit nicht messbar sind.

Zudem ergab die Analyse der Berichte überraschenderweise, dass es Berichte gibt, die keinerlei Zielformulierungen enthalten. Dies verwundert aufgrund der Tatsache, dass in der Logopädieausbildung aus eigener Erfahrung viel Zeit und Mühe auf die Festlegung und Formulierung von Zielen verwendet wird. Es stellt sich die Frage, warum diesbezüglich kein Transfer in die berufliche Praxis erfolgt. Unter Umständen kann die ungenügende Zielformulierung als Hinweis darauf verstanden werden, dass Qualitätskriterien in der Logopädie zwar diskutiert, jedoch nur eingeschränkt umgesetzt werden. Möglicherweise fehlt es den TherapeutInnen aber auch an Zeit, Übung und Wissen, um die Zielformulierung im Sinne der PatientIn umzusetzen.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

■ **Tab. 1: Hierarchische Ordnung von Therapiezielen nach der ICF**

| Zeitliche Ebene <sup>1</sup>  | ICF-Komponente <sup>1</sup> | Ziel <sup>2</sup>   |
|---|-----------------------------|---|
| <b>Langzeitziel</b><br>(„horizon goals“) <sup>3</sup>   | Partizipation               | „mit Unterstützung zu Hause leben“  |
| <b>Mittelfristiges Ziel</b><br>(innerhalb eines Monats zu erreichen) <sup>4</sup>                               | Aktivität                   | „sich mitteilen können“   |
| <b>Kurzzeitziel</b><br>(innerhalb einer Woche zu erreichen <sup>4</sup> ,<br>in der stationären Rehabilitation) | Körperfunktion              | „Frau L. kann alternativ gestellte Fragen korrekt mit ‚ja‘ und ‚nein‘ beantworten.“ |

<sup>1)</sup> Wade 2009, 293; <sup>2)</sup> Grötzbach & Iven 2009, 33; <sup>3)</sup> McGrath 2007 zit. n. Grötzbach & Iven 2009, 28; <sup>4)</sup> Grötzbach & Iven 2009, 29

■ **Tab. 2: Zielhierarchie nach dem Goal Attainment Scaling in Anlehnung an Bucher & Boyer zit. in Grötzbach & Iven 2009, 75)**

| Zielthema: Kundenkontakt und Telefonieren am Arbeitsplatz |   |  |
|---|---|--|
| Ziellevel   | Bedeutung   | Ziel   |
| +2  | deutlich besser als erwartetes Ergebnis, evtl. „Wunschziel“         | Herr S. erledigt alle geschäftlichen Aktivitäten bezüglich der Kommunikation erfolgreich bei leicht erhöhtem Zeitaufwand.  |
| +1  | besser als erwartetes Ergebnis                                      | Herr S. nimmt während der gesamten Arbeitszeit Telefonanrufe entgegen und unter beantwortet diese für ihn zufriedenstellend unter erhöhtem Zeitaufwand.  |
| 0   | erwartetes Ergebnis   | Herr S. beantwortet bis Mitte Mai während begrenzter Telefonempfangszeiten (2 Stunden täglich) Kundenanfragen bei erhöhtem Zeitbedarf (und wenn nötig Offenlegung der sprachlichen Schwierigkeiten) für ihn zufriedenstellend. (SMART) |
| -1  | schlechter als erwartetes Ergebnis                                  | Herr S. betreibt unter vermehrtem Zeitbedarf und unter Offenlegung der sprachlichen Schwierigkeiten kommunikativen Kundenkontakt, ohne dabei Telefonanrufe entgegenzunehmen.   |
| -2  | deutlich schlechter als erwartetes Ergebnis, evtl. Verschlechterung | Herr S. führt Telefongespräche am Arbeitsplatz nur auf Eigeninitiative hin und mit der Möglichkeit, diese vorzubereiten.   |

Aus der Analyse ging hervor, dass Ziele bezüglich der ICF-Komponente „Funktion“ klar dominieren. Dies ist aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten: Zum einen stützt diese Tatsache die Annahme, dass die Aphasiotherapie bislang noch stark funktionsorientiert ist und nicht, wie vom Gesetzgeber gefordert, die Teilhabe der PatientIn in den Mittelpunkt rückt.

Gründe hierfür liegen möglicherweise in der Tradition der Aphasiotherapie; diese ist stark durch das biomedizinische Denken geprägt, was auch in den gängigen Diagnostikverfahren sichtbar wird. Oft werden sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie symptom- bzw. funktionsorientiert die eingeschränkten sprachsystematischen Fähigkeiten der PatientIn fokussiert. Es existieren zwar PatientInnen- und Angehörigenfragebögen, diese werden erfahrungsgemäß jedoch nur selten genutzt.

Ein Paradigmenwechsel, der den Fokus der Therapie weg von der Funktion und hin zur

Teilhabe rückt, ist in der Aphasiotherapie offensichtlich noch nicht erfolgt. Die für die Beurteilung der Aktivität zur Verfügung stehenden Messinstrumente sind derzeit nicht standardisiert, normiert, reliabel und valide; es ist jedoch fraglich, ob Diagnostikinstrumente für die Komponenten Aktivität und Partizipation aufgrund der interpersonellen Individualität den psychometrischen Gütekriterien gerecht werden können und müssen.

Dennoch bleibt zu erwähnen, dass sich die höhere Anzahl von Funktionszielen auch daraus ergibt, dass es mehrerer Funktions- und Aktivitätsziele bedarf, um ein übergeordnetes Partizipationsziel zu erreichen. Wichtig ist hier, dass die Funktionsziele gemäß des Top-down-Vorgehens einen direkten Bezug zum Partizipationsziel aufweisen müssen, um dem Teilhabegedanken gerecht zu werden. Hinsichtlich der durchgeführten Untersuchung ist kritisch zu betrachten, dass diese

aufgrund der geringen Anzahl an Berichten und Kliniken, die sich an dem Projekt beteiligt haben, nicht als repräsentativ angesehen werden kann. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist ebenso zu berücksichtigen, dass die Kliniken bei der Auswahl der Berichte, die sie zur Verfügung stellten, eine Vorentscheidung treffen konnten. Die Untersuchung gibt jedoch erste Hinweise darauf, dass in der Logopädie bezüglich der Zielerarbeitung und -formulierung eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit besteht. Offen bleibt, ob die Analyse von Berichten aus anderen Kontexten (z.B. aus ambulanten Praxen oder aus dem Bereich der Kindersprache) andere Ergebnisse geliefert hätte; hier bedarf es weiterer Untersuchungen.

### Empfehlungen für die Praxis

Was kann die TherapeutIn in der sprachtherapeutischen Praxis nun tun, um die Zielsetzung im Sinne der PatientIn zu gestalten? Und wie können die Ziele dokumentiert werden? Aus der vorliegenden Arbeit ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Die Teilhabeziele der PatientIn sollten immer im Bericht festgehalten werden und können in direkter beziehungsweise indirekter Rede wiedergegeben werden. Die Dokumentation der Ziele gewährleistet deren Kommunikation zwischen allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Parteien und leistet somit einen Beitrag zur Qualitätssicherung.
- Um dem Teilhabegedanken der ICF gerecht zu werden, muss die Zieldefinition gemeinsam mit der PatientIn erfolgen. Dazu eignet sich die Technik der Narration (Grötzbach & Iven 2009).
- Es sollten Ziele bezüglich jeder Komponente der ICF formuliert werden. Dabei stellt das Teilhabeziel das übergeordnete Rehabilitationsziel dar, aus dem sich die Aktivitäts-, Funktions- und Kontextziele ableiten (Tab. 1).
- Zur Hierarchisierung von Therapiezielen kann das Goal Attainment Scaling (GAS, Turner-Stokes 2009) verwendet werden (Tab. 2). Diese Technik bietet die Möglichkeit, die Zielerreichung quantitativ zu beurteilen. Somit kann am Ende einer Therapiephase die Evaluation der Therapieergebnisse anhand der individuellen PatientInnenziele vorgenommen werden.
- Die Aktivitäts- und Funktionsziele sollten mit der SMART-Regel operationalisiert werden (Wade 2009, Bovend'Eerd et al., 2009). So können die Ergebnisse der Rehabilitation anhand der Ziele dargestellt werden.

Insgesamt stellt die Zielformulierung einen komplexen Prozess dar, „wenn man die Absicht hat, konkrete Ziele zu formulieren und nicht nur allgemeine Zielrichtungen vorzugeben“ (Pössl et al. 2003, 68). Die Festlegung und Operationalisierung der Ziele ist eine Herausforderung in der therapeutischen Arbeit. Aufgrund der beschriebenen Ergebnisse kann vermutet werden, dass den TherapeutInnen Wissen, Routine und Zeit für eine den Vorgaben entsprechende Zielerarbeitung und Zielformulierung fehlt.

## Fazit

Abschließend bleibt zu überlegen, welche Rahmenbedingungen erforderlich sind, um eine teilhabeorientierte Rehabilitation und Aphasietherapie zu ermöglichen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation über die Institutionsgrenzen hinaus ist dazu von großer Bedeutung, denn Teilhabeziele können nicht allein von einer Disziplin bearbeitet und erreicht werden. Allerdings muss den TherapeutInnen für diese Arbeit und für die Planung und Umsetzung teilhabeorientierter Therapie mehr Zeit zur Verfügung stehen. Inwiefern sich dies in der Praxis umsetzen lässt, muss erprobt werden. Insgesamt lässt sich feststellen: Die Formulierung klientenzentrierter Ziele und deren Dokumentation rücken die PatientIn in den Fokus der Aphasietherapie. Das teilhabeorientierte Vorgehen wird sich in Form von messbaren Behandlungserfolgen auszuwirken und kann somit maßgeblich zur Zufriedenheit aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen beitragen.

### SUMMARY. Goal setting in aphasia therapy – an empirical analysis

Precisely defined therapy goals are the key to successful aphasia therapy. On the one hand goals should be operationalised and measurable. On the other hand they should refer to the components of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). As rehabilitation goals should correspond to the evaluation of treatment success they also need to be reported. The thesis presented here was intended to analyse the reports in aphasia therapy with particular attention to therapy goals. On the basis of requirements from literature, 24 discharge letters regarding aphasic patients received from 13 German rehabilitation hospitals were analysed in respect of therapy goals. It could be shown that requirements were fulfilled in a limited way. The article also provides some suggestions how to report relevant client-centred therapy goals.

KEYWORDS: report – goals – aphasia – ICF – shared decision making – Speech and Language Therapy

## LITERATUR

- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindungen in der Sprachtherapie. Grundlagen und 14 Fallbeispiele*. München: Elsevier
- Blomert, L. (1997). *Everyday-Language-Test (ANELT)*. Lisse, NL: Swets Test Services
- 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, 352-361
- Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V. (Hrsg.) (2004). *Dokumentationsleitlinien Logopädie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- DIMDI (Hrsg.) (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit*. <http://www.dimdi.de/static/de/klklassi/icf/index.htm> (23.06.09)
- Fries, W., Lössl, H. & Wagenhäuser, S. (2007). *Teilhabe! Neue Konzepte der Neurorehabilitation für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*. Stuttgart: Thieme
- Grötzbach, H. & Iven, C. (2009). Umsetzung der ICF in den klinischen Alltag. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie. Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (23-38). Idstein: Schulz-Kirchner
- Grötzbach, H. (2010). Therapieziele definieren: Paternalistisch oder partizipativ? *LOGOS interdisziplinär* 2 (18), 119-126
- Grötzbach, H. (2008). Bottom-up oder top-down orientierte Aphasietherapie: Welche ist besser? *Die Sprachheilarbeit* 5, 284-290.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983). *Aachener Aphasie Test (AAT). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe
- Hurn, J., Kneebone, I. & Cropley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20, 756-772

- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index. Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 54, 113-124
- Pössl, J., Schellhorn, A., Ziegler, W. & Goldenberg, G. (2003). Die Erstellung individueller Therapieziele als qualitätssichernde Maßnahme in der Rehabilitation hirngeschädigter Patienten. *Neurologie & Rehabilitation* 9, 62-70
- Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 362-370.
- Wade, D.T. (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation* 23, 291-295
- Welti, F. & Raspe, H. (2004). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Welche Möglichkeiten bietet das neue SGB IX? *Neurologie und Rehabilitation* 6, 320-322

DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))  
10.2443/skv-s-2011-53020110204

### Autorinnen

Pia Dallmeier, B.Sc.  
Dölfesweg 4  
30659 Hannover  
[pia.dallmeier@web.de](mailto:pia.dallmeier@web.de)

Christina Thies, B.Sc.  
Altenbekener Damm 24  
30173 Hannover  
[tina.thies@googlegmail.com](mailto:tina.thies@googlegmail.com)