

Zielvereinbarungsgespräche zur aktiven Lebensstilmodifikation während und nach der Rehabilitation

Status quo in der stationären kardiologischen Rehabilitation
aus Sicht der Behandelnden und Behandelten

Hintergrund

Eine der Hauptaufgaben der kardiologischen Rehabilitation ist die Initiierung eines gesundheitsfördernden Verhaltens mit dem Ziel einer nachhaltigen Reduzierung der Risikofaktoren, wie beispielsweise Rauchen oder Bewegungsmangel (Bjarnason-Wehrens et al., 2007). Hierzu werden Zielvereinbarungsgespräche zwischen RehabilitandInnen und BehandlerInnen im Rahmen des Rehabilitationsprozesses geführt (Müller & Kollmann, 2018; Wade, 2009), bei denen die individuelle Zielorientierung jedoch bisher noch nicht verankert zu sein scheint (Dudeck et al., 2011; Meyer et al., 2009).

International existieren mehrere Ansätze zur Beteiligung von RehabilitandInnen, beispielsweise die Aushändigung einer Kopie der besprochenen Rehabilitationsziele an die/den Patientin/en, die gemeinsame Auswahl von Zielen aus einer vorgegebenen Liste oder auch die Ziel festlegung und -bearbeitung mit Hilfe eines vorab ausgegebenen persönlichen Aufgabenbüchleins. Dabei fällt auf, dass meist eine ExpertInnenzentrierung statt einer KlientInnenzentrierung vorherrscht (Levack et al., 2016; Rose et al., 2017; Smit et al., 2019; Yun & Choi, 2019).

In Deutschland werden Entwicklungspotenziale im Bereich der Zielvereinbarungsdialoge, insbesondere im Bereich der Umsetzung der Partizipation, schon seit längerer Zeit diskutiert (Meyer et al., 2009), so etwa in der deskriptiv-explorativen Studie von Dudeck et al. (2011). Dabei wurden BehandlerInnen sowie RehabilitandInnen in drei Indikationen befragt. Es konnten beispielsweise Verbesserungspotenziale in der flächendeckenden Umsetzung, im Bereich der Partizipation und in der Einbindung der weiteren BehandlerInnengruppen identifiziert werden. Aufgrund der geringen Stichprobe und weiterer Limitationen konnten keine Vergleiche zwischen Indikationen gezogen werden, obwohl indikationsspezifische Betrachtungen als vorteilhaft eingeschätzt werden (Buchholz & Kohlmann, 2013). Eine zugehörige Beurteilung sowie eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die medizinische Rehabilitation in Österreich wurden bislang nicht erforscht. Aktuell liegen keine empirischen Untersuchungen zu den Modellen der Partizipativen Entscheidungsfindung (Körner, 2009) sowie der Selbstbestimmung (Senin & Meyer, 2019) für die kardiologische Rehabilitation vor.

Zielsetzung

Untersuchungsziel ist die deskriptiv-explorative Erfassung der gegenwärtigen Praxis zu Zielvereinbarungsgesprächen zur aktiven Lebensstilmodifikation während und nach der stationären kardiologischen Rehabilitation in Österreich aus Sicht der Behandelten und Behandelnden. Besondere Berücksichtigung findet dabei der Stellenwert der aktiven Beteiligung von RehabilitandInnen vor dem Hintergrund einer darauf aufbauenden mehrdimensionalen Bewertung und in weiterer Folge angestrebten Weiterentwicklung von Zielvereinbarungsgesprächen in der stationären kardiologischen Rehabilitation.

Methodik

Zielgruppen sind BehandlerInnen in der stationären kardiologischen Rehabilitation sowie im Sinne einer Datentriangulation RehabilitandInnen, die kurz vor dem Abschluss ihres

Rehaheilverfahrens stehen. Eine Subzielgruppe als ExpertInnen sind ärztliche LeiterInnen der stationären kardiologischen Rehakliniken.

Zur Erfassung der Sichtweisen, Erfahrungen und Eindrücke zur gängigen Praxis werden teilstandardisierte Interviews mit den ärztlichen LeiterInnen und RehabilitandInnen eingesetzt. Im Sinne einer Methodentriangulation werden die Interviews durch eine teilstrukturierte Online-Befragung mit BehandlerInnen ergänzt. Die Interviewleitfäden und der Fragebogen sind auf Basis der in der Literatur vorliegenden Instrumente von Jäckel et al. (2013) und vor dem Hintergrund der spezifischen Fragestellung gestaltet.

Die Interviewergebnisse wurden mit Hilfe von MAXQDA 18 nach Mayring (2016) strukturierend und induktiv qualitativ inhaltlich sowie typologisch analysiert. Die Befragungsergebnisse werden einer deskriptiv-statistischen und explorativen Datenanalyse in SPSS 25 unterzogen.

Ergebnisse

Insgesamt erklärten sich sechs ärztliche LeiterInnen der möglichen zwölf Rehabilitationskliniken in Österreich zur Teilnahme bereit. Zusätzlich wurden zwei StellvertreterInnen, die aktuell an der Gestaltung der Zielvereinbarungsgespräche in ihrer Klinik beteiligt sind, sowie eine Stationsleitung der Pflege und eine Therapieleitung aufgrund eines stark multidisziplinären Zugangs ergänzend befragt. Unter den 20 interviewten RehabilitandInnen waren 16 Männer und vier Frauen. Dies entspricht der typischen Geschlechterverteilung in dieser Indikation. An der Befragung nahmen 82 BehandlerInnen teil, wobei die angestrebte heterogene Zusammensetzung hinsichtlich der Berufsgruppen, Altersgruppen und Leitungsfunktion erreicht wurde. Eine Zuordnung der Befragungsergebnisse zu einzelnen Rehabilitationskliniken war aufgrund vertraglicher Einschränkungen durch die Träger nicht möglich.

Sicht der Behandelnden

Seitens der ExpertInnen wurden mehrere Ansätze zur Planung der Zeit nach dem Rehabilitationaufenthalt beschrieben. Hierzu zählen beispielsweise allgemeine Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen, die die RehabilitandInnen für zu Hause mitbekommen, aber auch spezifische Trainingspläne und individuell abgestimmte Empfehlungen aus Beratungseinheiten. Von vier Interviewteilnehmenden wurde das Entlassungsmanagement bzw. eine Teilhabeberatung durch eine speziell ausgebildete Person aus dem Pflegedienst angesprochen. Einer der Experten meinte dazu: *„Man muss dem Patienten nicht nur allgemeine Empfehlungen geben, sondern optimal sind konkrete Empfehlungen und Terminvereinbarungen, falls erforderlich.“*

47,6% der BehandlerInnen gaben an, mit den RehabilitandInnen Ziele für die Zeit nach der Rehabilitation zu besprechen. 35,4% antworteten mit „teilweise“ und 2,4% mit „nein“. 43,9% besprechen mit den RehabilitandInnen, mit welchen Maßnahmen sie ihre Ziele in der Zeit nach der Rehabilitation verfolgen bzw. erreichen können, 37,8 % thematisieren dies „teilweise“ und 2,4% gaben an, kein entsprechendes Gespräch zu führen. Die Frage, ob die RehabilitandInnen konkret wissen, was sie nach der Rehabilitation selbst tun können, um ihre Ziele in der Zeit nach der Reha weiter zu verfolgen bzw. zu erreichen, beantworteten 23,3% der BehandlerInnen mit „ja“, 59,8% mit „teilweise“ und 1,2% mit „nein“.

Sicht der Behandelten

Die geschilderten Erfahrungen der RehabilitandInnen mit Empfehlungen für die Zeit nach dem Rehaaufenthalt durch BehandlerInnen decken sich im Wesentlichen mit der Sichtweise der BehandlerInnen. Mehr als die Hälfte der Interviewten führte an, dass mit ihnen über Maßnahmen für zu Hause gesprochen wurde. Genannt wurden spezifische Trainingspläne und individuell abgestimmte Empfehlungen aus Beratungseinheiten. Die Entlassungs- oder Teilhabeberatung wurde nicht, allgemeine Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen kaum thematisiert.

Mit allen zwanzig RehabilitandInnen konnten in den Interviews Rehabilitationsziele sowie Vorhaben, um ihre Ziele in der Zeit nach der Reha weiter zu verfolgen bzw. zu erreichen, formuliert werden. Diese wurden zum Abschluss des Interviews gemeinsam mit ihnen schriftlich festgehalten. Hierzu zählten beispielsweise konkrete Maßnahmen im Bereich Bewegung, z.B. „2-3 Mal pro Woche aufs Fahrrad, täglich schwimmen“, sowie auch Vorhaben im Bereich der Ernährung, z.B. „bewusst weniger Fleisch und Zucker essen“. Dafür wurden auch unterschiedliche Ressourcen seitens der RehabilitandInnen genannt, einerseits persönliche Faktoren („starker Wille, wie schon beim Rauchstopp und bei der bisherigen Gewichtsreduktion“; „das Versprechen sich selbst gegenüber“), andererseits Umweltfaktoren auf Ebene der Angehörigen („Unterstützung durch Frau und gute Freunde“) sowie auch der Reha-Einrichtung („empfohlene Übungen, persönl[icher] Trainingszeitplan“).

Diskussion

Bei Betrachtung auf einer Meta-Ebene unterscheidet sich die vorgestellte Vorgehensweise in den Rehabilitationskliniken hinsichtlich Zielfestlegungen für die Zeit nach dem Rehabilitationsaufenthalt durchwegs von jener für kurzfristige Zielvereinbarungen für den Aufenthalt. Rehabilitationsziele für die Zeit nach der Rehabilitation werden noch nicht durchgängig thematisiert. Kostenträger könnten ebenso wie hinsichtlich der Erreichung der Ziele im Rahmen des Aufenthalts eine verpflichtende Dokumentation dieser im Entlassungsbericht, z.B. im medizinischen Leistungsprofil Müller & Kollmann (2018), vertraglich vorgeben.

Von den Beschreibungen der Vorgehensweisen zur Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation nach Körner (2009) kann im Bereich der Zielfestlegungen sowohl das partizipative als auch das patriarchische Modell identifiziert werden. Das Informationsmodell, bei der die/der BehandlerIn nur beratend auftritt, ist in den vorliegenden Ergebnissen nicht vorhanden. Zusätzlich kristallisierte sich beim patriarchischen Modell das pseudo-partizipative Modell als Untertyp heraus.

Dieser Typ fragt zwar nach der Meinung von RehabilitandInnen, stellt jedoch die ärztliche Sichtweise mit Zielen auf der Struktur- und Funktionsebene im bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (2001) klar in den Vordergrund gegenüber den individuellen Partizipationszielen. Dieser Aspekt wurde auch im Modell der Selbstbestimmung in der medizinischen Rehabilitation (Senin & Meyer, 2019), welches stärker die Sicht der Behandelten widerspiegelt, als fehlende Selbstbestimmung beschrieben.

Diesen von der Einrichtung vorgegebenen Reha-Zielen stehen Zielsetzungen, die von manchen RehabilitandInnen unabhängig von den BehandlerInnen für den Aufenthalt und die Zeit danach selbst formuliert wurden, im Sinne der weitgehenden Selbstbestimmung entgegen. In diesen

Fällen wurden RehabilitandInnen mit einem für sie unpassenden Kommunikationsstil im Rahmen des Zielvereinbarungsgesprächs konfrontiert. Der richtigen Einschätzung des Selbstbestimmungsgrades der Behandelten durch die gesprächsführenden Behandelnden ist demnach eine besondere Bedeutung beizumessen, um die RehabilitandInnen zu unterstützen, sich persönliche Ziele für ein gesundes Verhalten zu setzen und auch zu verfolgen. Für die Praxis lassen sich daraus beispielsweise technologische Lösungen, wie etwa in Form eines am Ende der Rehabilitation zur Verfügung gestellten Zugangs zu einer Online-Plattform zur Reflexion der Erreichung der kurzfristigen und Verfolgung der mittel- bis langfristigen Ziele nach dem Rehabilitationsaufenthalt, als mögliche Maßnahme zur aktiven Lebensstilmodifikation ableiten.

Fazit

Das Thema Zielvereinbarungsgespräche zwischen RehabilitandInnen und ihren BehandlerInnen zur Initiierung eines gesundheitsfördernden Verhaltens ist in der Praxis der stationären kardiologischen Rehaeinrichtungen in Österreich, die an diesem Forschungsprojekt teilgenommen haben, angekommen. Im Bereich der Orientierung an den Behandelnden sind in den beschriebenen Erfahrungen jedoch noch Unterschiede vorhanden, die hinsichtlich des typologischen Kommunikationsstils im Zielvereinbarungsprozess zu diskutieren sind. Weiterführend ist eine quantitative Folgeuntersuchung zum Vergleich unterschiedlicher Kommunikationsziele mit RehabilitandInnen geplant, um die Vereinbarung von Zielen in der stationären kardiologischen Rehabilitation patientInnenzentriert gestalten zu können.

Referenzen

- Bjarnason-Wehrens, B., Held, K., Hoberg, E., Karoff, M., & Rauch, B. (2007). *Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha)* (Bd. 2). <https://doi.org/10.1007/s11789-007-0001-0>
- Buchholz, I., & Kohlmann, T. (2013). Akzeptanz, Nutzen und Praktikabilität eines Fragebogens zur Definition von Reha-Zielen vor Antritt der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 53(02), 102–109. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349141>
- Dudeck, A., Glattacker, M., Gustke, M., Dibbelt, S., Greitemann, B., & Jäckel, W. H. (2011). Reha-Zielvereinbarungen – gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 50(05), 316–330. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268002>
- Jäckel, W. H., Glattacker, M., Greitemann, B., & Dibbelt, S. (2013). *Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Anhang zum Abschlussbericht*. http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/anhang_parzivar_abschlussbericht.pdf
- Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48(03), 160–165. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220748>
- Levack, W. M., Weatherall, M., Hay-Smith, J. C., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2016). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation:

- Summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(3), 400–416.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (12. Aufl.). Beltz.
- Meyer, T., Pohontsch, N., & Raspe, H. (2009). *Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt* (Bd. 48). <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220925>
- Müller, R., & Kollmann, I. (2018). *Medizinisches Leistungsprofil stationäre Rehabilitation Fachbereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Vertragseinrichtungen eines Sozialversicherungsträgers [unveröffentlichtes Leistungsprofil].*]. Hauptstelle chefärztlicher Bereich, Pensionsversicherungsanstalt, Wien.
- Rose, A., Rosewilliam, S., & Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030>
- Senin, T., & Meyer, T. (2019). Selbstbestimmung in der medizinischen Rehabilitation – Erstellung eines konzeptuellen Modells zur weiteren theoretischen Diskussion. *Die Rehabilitation*, 58(01), 15–23. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121808>
- Smit, E. B., Bouwstra, H., Hertogh, C. M. P. M., Wattel, E. M., & van der Wouden, J. C. (2019). Goal-setting in geriatric rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 33(3), 395–407. <https://doi.org/10.1177/0269215509103551>
- Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: An overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 291–295. <https://doi.org/10.1177/0269215509103551>
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=287E35440322ECD841DF5D61539D79AA?sequence=1>
- Yun, D., & Choi, J. (2019). Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012>