# Evidenzbasierte Angehörigenintegration im Gesundheitswesen

**Präsentiert von:**
gesundheitswirtschaft.info
Marktstraße 60
46268 Greven
Tel.: 02571-579 820
E-Mail: redaktion@gesundheitswirtschaft.info
Internet: http://www. gesundheitswirtschaft.info

Datum: 18.03.2005 - alle Rechte vorbehalten.

**Autor:**
**Wolfgang George, Gießen**

Der Autor Dr. phil. Wolfgang George arbeitet seit 15 Jahren als Berater im Gesundheitswesen. Seine Arbeit ist preisausgezeichnet, er ist der Verfasser mehrerer Fachbücher, Initiator der Gesellschaft zur Integration von Angehörigen im Gesundheitswesen und Lehrbeauftragter für Qualitätsmanagement

# Evidenzbasierte Angehörigenintegration im Gesundheitswesen[1]

*Wolfgang George / Gießen*

## Überblick

Nachdem die aktuelle Situation der Angehörigenintegration im Gesundheitswesen zusammenfassend berichtet ist, wird eine Vorgehensweise eingeführt, deren Ziel es ist, zu einer evidenzbasierten, also reproduzierbaren Angehörigenintegration im Gesundheitswesen zu kommen. Es wird deutlich werden, dass entlang der bereits durch medizinische und andere Fachgesellschaften, Verbänden und Expertengremien auf den Weg gebrachten evidenzbasierten Leitlinien die notwendigen Integrationsziele abgeleitet (a) und durch die Anwendung eines neuartigen Assessments (b) die Kompetenzen und Ressourcen der Angehörigen substantiell beschrieben werden können (c). Durch solch eine Vorgehensweise, die Ähnlichkeiten mit dem Erstellen eines Anforderungs- und Fähigkeitsprofils zeigt, können nicht nur die relevanten Integrationsziele und Interventionen hergeleitet werden, sondern darüber hinaus findet die notwendige Abstimmung auf die Fähigkeiten und Potentiale des Angehörigen statt. Als Resultat entsteht ein individueller *evidenzbasierter Angehörigenintegrationsplan.* Um dessen Transfer in die Praxis zu sichern, wird ein Behandlungsbündnis zwischen den Betroffenen und Helfern vorgeschlagen, dessen Aufbau und Vorgehensmodus kurz beschrieben werden. Um eine evidenzbasierte Angehörigenintegration in der Versorgungswirklichkeit möglich zu machen, ist die frühzeitige Einbindung des verantwortlichen Managements zwingend notwendig. Es wird gezeigt, dass durch ein integrierendes Managementverfahren, der notwendige Brückenschlag zwischen dem normativen Rahmen *(Corporate Idendity)* -- in dem die Einbeziehung der Angehörigen und Patienten regelmäßig formuliert wird -- und der operativen Versorgung *(Corporate Policy)* gelingen kann.

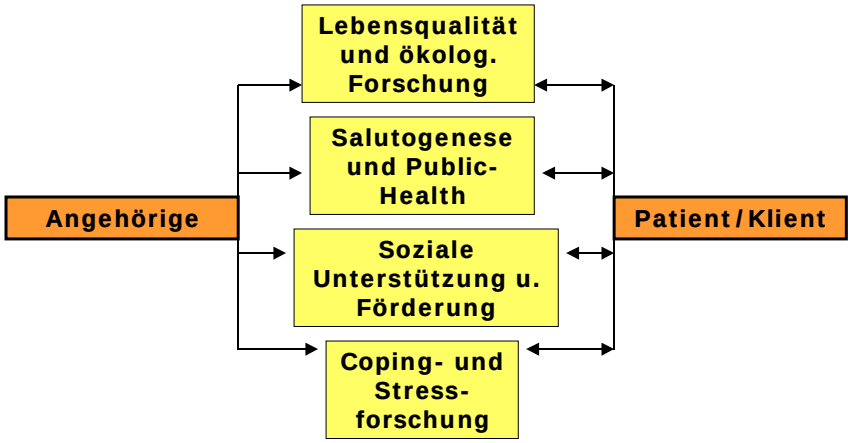
## Aktuelle Situation der Angehörigenintegration im Gesundheitswesen

Standen viele Jahre in den psychologischen und medizinischen Disziplinen und Traditionen die problematischen und schädigenden Einflüsse von Familien auf deren Mitglieder im Vordergrund der Betrachtungen, so hat sich in den beiden letzten Jahrzehnten die Aufmerksamkeit zunehmend auf deren hilfreichen konsolidierenden und heilsamen Einflüsse gerichtet (Schwarzer, 1996; Sanderson, 2002). Die dabei beschriebenen Wirkungen gehen sogar soweit, dass ein unterstützendes soziales Umfeld objektiv belastende Lebensereignisse in deren Auswirkung auf die Betroffenen qualitativ abmildern kann (Badura, 1987). Es sind die Forschungsfelder der sozialen Unterstützung/social-support (Sommer, 2003), der Coping- und der mit dieser verbundenen Stressforschung Lazarus & Folkmann, 1984), das salutogenetische Konzept (Antonovsky, 1997), als auch die Befunde um die Wirkungsfaktoren der Lebensqualität (Bullinger, 1997), welche allesamt um die hervorragende Bedeutung enger menschlicher Begleitung auf die Gesundheit wissen. Auch entspricht es der fast täglich zu beobachtenden Erfahrungswelt der Gesundheitsberufe, dass dem allein gelassenen Menschen nicht nur der notwendige soziale Beistand fehlt, sondern

[1] Vorbemerkungen: Der Begriff Angehöriger wird über dessen ursprüngliche Definition auch auf Personen des Freundeskreises, Lebensabschnittsgefährtin etc. erweitert. Auch wenn sich die folgenden Aussagen insbesondere auf größere Organisationen -- wie etwa Krankenhäuser -- beziehen und auch in diesem Umfeld maßgeblich entstanden sind, so ist der Autor aufgrund erster klinischer Erfahrungen überzeugt, dass deren Übertragung für andere Versorgungsbereiche möglich ist. Dies gilt seiner Einschätzung nach auch für den Unterschied von langfristigen zu nur befristeten Kontakten zu Patienten/Klienten/Bewohnern. Im Zentrum des Beitrages steht der Angehörige, obwohl bei zahlreichen Reflektionen ganz zweifelsohne der Patient genauso bedeutsam ist und es geradezu unsinnig erscheint, nicht zumindest von den „Betroffenen“ zu sprechen. Als zentrale Ansprache und gewähltes Setting ist im vorliegenden Text somit immer die Situation zu Dritt antizipiert: Patient, Angehöriger und Helfer.

dass die damit einhergehenden Auswirkungen seinen Gesundungsprozess auf viele Weise behindern können. Es steht außer Zweifel, dass Angehörige als Träger dieser -- hier nicht näher auszuführende Wirkmechanismen -- eine hervorragende Rolle in der Heilung, Rehabilitation und Krankheitsbewältigung besitzen (Gaus & Köhle, 1986; Schönberger & Kardorff, 2000; Kugler & Schedlowski, 1999).

**Abbildung 1**: Relevante Forschungsbereiche. *Allein aus den benannten Forschungsgebieten ergeben sich die Grundlagen der Notwendigkeit einer zielgeleitet und evidenzbegründet vorgetragenen Angehörigenintegration. Dabei sind es etwa die zugrundeliegenden psycho-physiologischen Mechanismen und deren endokrinologischer Ausdruck die im Zentrum der Forschungsaufmerksamkeit (11) stehen.*




Demgegenüber steht der Befund zahlreicher Experten, dass bei vielen Gesundheitsdienstleistern eine systematische Auseinandersetzung mit diesem Wissen offensichtlich ohne weiterreichende Folgen für die Versorgungspraxis stattgefunden haben muss (Gutachten Sachverständigenrat, 2001; Gutachten Friedrich-Ebert Stiftung 2001; Gesundheitsziele.de; Bahlo, 2000). Diese, z.T. akzentuiert vorgetragene Problematisierungen teilen dabei nicht nur die verschiedenen Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen, sondern auch der Sachverständigenrat der Bundesregierung. In dessen Gutachten aus dem Jahr 2001 mehrfach und ausdrücklich auf die bestehenden Defizite in der Partizipation, Information, Schulung und Integration der Betroffenen verwiesen wird[2]. Die resultierende Aufforderung aller Experten ist ebenso eindeutig: es besteht eine dringende Verpflichtung aller im Gesundheitswesen Handelnder zur Überwindung der beschriebenen Unzulänglichkeiten. Auch vor diesem Hintergrund wurde im Februar 2004 die Gesellschaft zur Integration von Angehörigen im Gesundheitswesen (GIAG) gegründet (siehe Kastenbeitrag)

## Begründungen für die problematische Situation

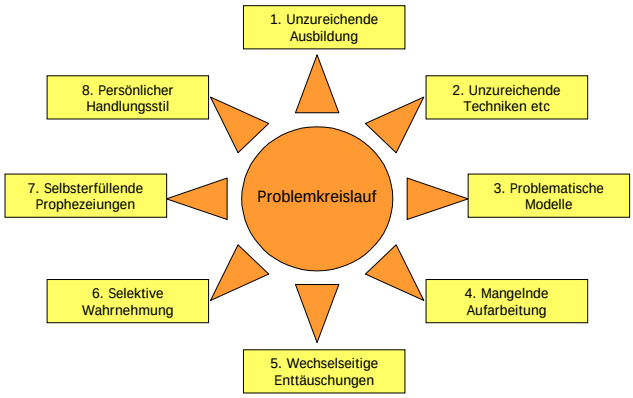
In einer zum Verständnis dieser Situation notwendigen Ursachenforschung wird rasch eine Begründungsmelange (sektorales Versorgungsgeschehen, berufsständisches Handeln, fehlende gemeinsame Zielverantwortlichkeit, Traditionen, in welchen die Störqualität der Angehörigen im Vordergrund deren Bewertung standen, hygienische Bedenken, psychopathologische Modelle, disziplinarische Regelungen, Reduktion des Geschehens auf

[2] Auch das BMG-Projekt. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, ist ein Ausdruck neue Wege zu identifizieren die geeignet sind die bestehenden Schwierigkeiten zu überwinden (www.patient-als-partner.de).

medizinische Kriterien, angebliche Kostengründe etc.) ganz unterschiedlicher Faktoren deutlich, als deren äußeres Kennzeichen ein mehr oder weniger „persönlicher Stil“ der Helfer -- manchmal auch ganzer Gruppen -- zu identifizieren ist. Ein Zustand der nicht nur aus ethischen Begründungen zu problematisieren ist (Bartels & George, 1999; Dewey, 1989). Handelt es sich um einen problematischen „persönlichen Stil“[3], so stellt sich dieser nur allzu oft als das Endpunkt folgenden Problemkreislaufes dar:

1. Auch eine Durchsicht der verwendeten Lehrbücher verdeutlicht es: die verschiedenen Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nur ausgesprochen unzureichend auf die Arbeit mit Angehörigen vor[4]. Wenn der Angehörige thematisiert wird, findet diese Auseinandersetzung häufig problematisierend statt (z.B. Umgang mit den störenden/schwierigen Angehörigen, psychologische Krankheitsmodelle etc.).
2. Infolge dessen fehlen nicht nur die notwendigen Techniken und Verfahren für eine angemessene Angehörigenintegration, sondern es entsteht durchaus eine latente (kognitive und auch gefühlsmäßige) Ablehnung der Angehörigen.
3. In den ersten besonders prägenden ersten Praxiseinsätzen fehlen den jungen Mitarbeitern und Auszubildenden vielfach die positiven Modelle, ein ausgearbeitetes Konzept, bzw. andere verbindliche Orientierungen. Eine Praxis, in der eigene Erfahrungen mit Angehörigen - schwierige allemal -- nicht oder doch nur ungeeignet aufgearbeitet werden, führt dazu dass, die vormals latente Ablehnung sich zu einer Disposition auswächst.
4. Die aus der Perspektive der Angehörigen und Patienten oftmals uninteressiert, vielleicht sogar abgewandt erscheinenden Mitarbeiter und die aus Einschätzung der Helfer fordernden Angehörigen lassen eine abwärts gerichtete Spirale wechselseitiger Enttäuschungen entstehen als deren Resultat eine mehr oder weniger „offene Abwendung“ entsteht, die dann auch verbalisiert wird.
5. Es werden im folgenden insbesondere die Beobachtungen über Angehörige gesammelt, welche die eigenen Einschätzungen bestätigen und im äußersten Fall wird (unbewusst, im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung) gegen die Angehörigen gearbeitet.

**Abbildung 2**: Der Problemkreislauf. *Bei überraschend vielen Helfern im Gesundheitswesen immer wieder zu identifizieren. Von einer unzureichenden Ausbildung ausgehend, verläuft dieser in aller Regel unreflektierte Prozess, mit möglicher Weise problematischen Konsequenzen: Abwendung vom Angehörigen, Aufbau zynischer oder überdistanzierter Haltung etc. Dies kann mit fatalen Auswirkungen auf die Behandlungssituation einhergehen.*




Über ganz ähnliche Mechanismen -- nur unter jeweils positiven Vorzeichen -- entsteht das natürlich auch zu beobachtende „wünschenswerte Verhalten“. Die Mitarbeiter, die dabei

[3] unangemessene Kühle und Distanz, Zynismus oder Distanzlosigkeit etc.
[4] Eine Durchsicht der verwendeten Lehrbücher, Ausbildungsinhalte und Curricula unterstreichen dies.

durchaus entgegen dem “mainstream“ einer Gruppe angehörigenorientiert arbeiten bzw. die Teams in denen Angebote und Leistungen für die Betroffenen zum Selbstverständnis ihrer Arbeit gehören. Jedoch: eine professionelle, verbindlich geführte Lösung ersetzt dies nicht. Gleichsam als Resultat der unzureichender Ausbildung und dem mangelnden Interesse der Organisation eine zielführende Integration der Angehörigen sicher zu stellen, ist ein weiteres Problemfeld auszumachen: das Fehlen geeigneter Monitoring- und Steuerungsinstrumente. Es existieren bis heute nur Ansatzweise definierte Verfahren in deren Zentrum der Angehörige und dessen Bedeutung im Krankheitsgeschehen steht.

## Evidenzbasierte Angehörigenintegration

### Herleitung

Die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin (ebm) haben sich in den letzten Jahren weltweit durchgesetzt und sind auch in Deutschland zum festen Bestandteil des klinischen Vorgehens von der Diagnostik bis hin zum Krankheitsmanagement (Perleth & Antes, 2002; Sackett,1996). Die auf den Weg gebrachten Programme des Disease-Managements und Case-Managements, die Chroniker-Programme, integrierten Versorgungsansätze, aber auch die inhaltlichen DRG-Herleitungen basieren nicht zuletzt auf dem im ebm-Umfeld (evidence-based-medicine) erarbeiteten -- datenbasierten -- Wissen und deren Arbeitsstandard (Hasseler, 2004). Werden die Zielansprüche und Methoden des evidenzbasierten Arbeitsansatzes für die Entwicklung eines ebenso begründeten Verfahrens der Angehörigenintegration übertragen, so ergibt sich daraus der Anspruch auf die Entwicklung und Einführung einer *evidenzbegründeten Angehörigenintegration* (George & George, 2003).

### Arbeitsdefinition

Unter *evidenzbasierter Angehörigenintegration* ist eine zielgeleitete Angehörigenintegration zu verstehen, die sich maßgeblich durch objektiv reproduzierbare Behandlungserfordernisse des Patienten (a) und Kompetenzen sowie Ressourcen des Angehörigen (b) begründet. *Evidenzbasierte Angehörigenintegration* ist immer betroffenenzentriert-biographisch (nicht funktionalisiert (Hoefert & Hentrich, 2002) und erweitert die kurzfristige Perspektive, die sich durchaus berechtigt aus der aktuellen Versorgungsanforderung ergibt, um die einer länger- bzw. langfristigen Lebensqualitätssicherung (George, 2004). Für die praktische Umsetzung besitzt neben der Ausarbeitung der Ziele die sich auch den Behandlungserfordernissen ergeben, ein Angehörigen-Assessment, ein Behandlungsbündnis und ein evidenzbasierter Angehörigenintegrationsplan von besondere Bedeutung (George, 2005). Darüber hinaus orientiert sich das Konzept der *evidenzbasierten Angehörigenintegration* an folgenden Zielgrößen:

- **Verwendung definierter Verfahren, Operationen und Angebote**: Das Verfahren verfügt über ausdrücklich benannte und in deren Einsatz beschriebene Vorgehensmethoden und damit verbundene Werkzeuge Angehörigenintegration in der Pflege.
- **Medienintegrierendes Konzept:** Um die Ziele zu erreichen, wird medienintegrierend vorgegangen. Das Telefon und das Internet spielen dabei eine bedeutende Rolle. Auswahlkriterium bildet die Eignung und Akzeptanz des Mediums.
- **Schnittstellengestaltung:** Es sind die bestehenden Schnittstellen -- sowohl innerhalb als auch zwischen den verschiedenen Dienstleistern -- die von hervorragender Bedeutung sind.
- **Unterschiedliche Versorgungsumwelten und interdisziplinäre Akteure:** Das Verfahren überschreitet die verschiedenen Settings, Bereiche und Disziplinen -- ohne deren Besonderheiten zu verleugnen -- zugunsten einer biographisch orientierten Handlungssteuerung (Case-Management).

- **PDCA-Prozeß** (Planing-Doing-Checking-Acting)**:** Das Verfahren stellt sich als ein logisch begründeter Prozess kontinuierlicher Entwicklung dar und orientiert sich am ServQual-Modell von Parasuraman: Bedarfsermittlung, Angebotsformulierung, Vereinbarung, Realisation und Feedback (Parasuraman, 1988).

**Ermittlung der Behandlungserfordernisse**

Mit den evidenzbasierten Behandlungsformen ist der Begriff evidenzbasierter Behandlungsleitlinien und klinischer Behandlungspfad (clinical pathways) eng verbunden. Die ersten ebm-Leitlinien sind bereits vor einiger Zeit auf den Weg gebracht und dienen den Akteuren als Grundlage ihrer systematischen Entwicklung von Diagnostik, Therapie und Krankheitsmanagement (Johnson, 2002). Neben Medizin und Pflege arbeiten zunehmend auch andere Gesundheitsberufe mit evidenzbasierten Leitlinie und es entstehen erste interdisziplinär vorgetragene Pfade (siehe hierzu etwa www.chochrane.de). Die inhaltlich, sprachlich und auch logisch konsistenten ebm-Algorithmen sind in hervorragendem Maße dazu geeignet, die Ziele der Angehörigenintegration zu identifizieren. Darüber hinaus ermöglichen die Behandlungspfade die frühzeitige koordinative Abstimmung, wann, welche zu erbringende „Leistung“ und Unterstützung des Angehörigen für den Patienten notwendig oder doch zumindest förderlich ist. Darüber hinaus lassen sich -- über ein Studium der Leitlinien -- diejenigen Partizipationen, Schulungen, Beratungen, unterstützende Ressourcen etc. antizipieren, welche der Angehörigen (vermutlich) benötigen wird.

**Tabelle 1:** Evidenzbasierte Angehörigenintegration

| Phase | Vorgehen der ebm | Übertragung auf Angehörigenintegration | ServQual |
|---|---|---|---|
| 1 | Formulierung einer klaren Fragestellung | Information des Angehörigen bei Infarktrisiko des Patienten | Baseline |
| 2 | Durchführen einer Literaturrecherche | Welche Studien gibt es / welche geprüften Erfahrungen liegen vor? | Bedarf |
| 3 | Literatur hinsichtlich der Fragestellung kritisch auswerten (Validität, Effektgröße und klinische Anwendbarkeit) | Wie sind die vorliegenden Daten einzuschätzen? | Angebot |
| 4 | Übertragung auf die Situation | Einführung der „best-möglichen“ Praxis der Angehörigeninformation | Vereinbarung und Realisation |
| 5 | Monitoring und Evaluation | Wie wirkt sich das Vorgehen aus? Anlage eines formativen Evaluationsdesigns | Feedback |

**Ermittlung der Kompetenzen und Ressourcen des Angehörigen**

Die im deutschen Gesundheitssystem eingesetzten Assessments, richten ihre Aufmerksamkeit -- bis auf wenige Ausnahmen bzw. einige Items[5] -- auf den Patienten. Angehörige dienen eher als zusätzliche Informationsgeber, als dass sie im Zentrum deren Beschreibung stehen. Die verwendeten Verfahren bzw. angehörigenbezogenen Items, in denen Angehörige fokussiert

[5] HPS (Häusliche Pflege Skala) von Gräßel und Leutbecher. Dieser Test wird seit 1993 eingesetzt um einen Überblick in ca. 5-10 Minuten Bearbeitungszeit über die Belastungssituationen von pflegenden Angehörigen zu erhalten. Der HPS umfasst insgesamt 28 Items aus den Bereichen: Verlust psychischer und physischer Energie / Überforderung / Verschlechterung der ökonomischen Situation / Spannungen im Verhältnis zwischen Pflegeperson und gepflegter Person und Identifikationsprobleme mit der Rolle der Pflegeperson. Das Assessment wird von einer dazu ausgebildeten Person angewendet mit anderen Stressskalen bestehen positive Korrelationen.

werden, betonen insbesondere der Belastungsgefährdungen bzw. deren Ermittlung (Bartholomeyczik & Halek 2004; HPS (siehe Fußnote)).

**Angehörigen-Assessment**

Demgegenüber ist es Ziel des vorgestellten Angehörigen-Assessments ein differenziertes Profil der Kompetenzen, Fertigkeiten und Ressourcen des Angehörigen zu ermitteln (Feinberg, 2002). Erst unter Verwendung dieser Befunde, gelingt die individuelle Abstimmung des sich aus den ebm-Behandlungserfordernissen ergebenden Vorgehens. Das Angehörigen-Assessment wurde erfahrungsgeleitet und mit Hilfe einer Literaturrecherche entworfen, einer Plausibilitätskontrolle und einem Expertenrating überarbeitet und wird seit einiger Zeit in unterschiedlichen Versorgungsbereichen klinisch (Krankenhausversorgung, ambulante Versorgung, Heimversorgung) eingeführt. Folgenden Ansprüchen soll das auf den Weg gebrachte Assessment genügen bzw. folgende Konstruktionsmerkmale zeichnen dieses aus:

- Breite Einsatzmöglichkeit und Screening für unterschiedliche Versorgungsleister, Anwendungsfelder und Personengruppen
- Möglichkeit der mehrfach Anwendung (z.B. für die Outcome-Messung im Qualitätsmanagement, Abbildung des Entwicklungsverlaufs)
- Berücksichtigung unterschiedlicher Datenquellen: Angehöriger, Patient u. Interviewer (Jede Dimension kann optional durch den Interviewers / den Patienten eingeschätzt werden)
- Möglichkeit der Anwendung bei unterschiedlichen Konstellationen
- Möglichkeit zur qualifizierten Erweiterung des Assessments über das Kernmodul hinaus
- Praxisrelevanz und Praktikabilität. Dazu wurde u.a. neben dem standardisierten Interview ein Selbsttestverfahren entwickelt.
- Anwendbarkeit auch durch nicht psychologische Gesundheitsberufler
- Offene Itemauswertung und Interpretation
- Die Items sind (soweit sinnvoll) 5-stufig Likertskaliert
- Jede Dimension hat eine offene Aufzeichnungsrubrik
- Auswertungsmöglichkeit über die Dimensionen (Score) bzw. auf Itemebene
- Für die Ergebnisdarstellung besitzt das Assessments ein übersichtliches Profil
- Bearbeitungszeit ca. 20 Minuten / Auswertungszeit ca. 20 Minuten

**Steckbrief des Angehörigen-Assessments**

Das Angehörigen-Assessment ist wie folgt aufgebaut:

- 8 Fragen zu den zentrale Koordinaten des Angehörigen und Patienten

<u>8 Dimensionen (Skalen) / insgesamt 50 Items:</u>

Dimension 1: <u>Situationsverständnis</u>

- Ziel der Dimension ist, das Ausmaß der Orientierung des Angehörigen zu ermitteln. Dies betrifft die Art der Einrichtung, die Behandlungsnotwendigkeit und das damit verbundene weitere Vorgehen.

Dimension 2: <u>Vorerfahrung</u>

- Ziel der Dimension ist, die Qualität der Erfahrung des Angehörigen mit anderen Gesundheitsdienstleistern und bzw. der eigenen Organisation zu ermitteln.

Dimension 3: <u>Vorwissen</u>

- Ziel der Dimension ist, das Vorwissen des Angehörigen zu den verschiedenen Aspekten der Krankheit und deren Versorgung zu bemessen. Auch wie der Angehörige informiert wurde.

Dimension 4: Kompetenzen

- Ziel der Dimension ist, das Ausmaß der aktuellen fachlichen Befähigung des Angehörigen zu ermitteln. Dies betrifft dessen theoretisches, als auch praktisches Handlungswissen. Fähigkeiten die in Kursen, über Anleitungen, Gerätetraining, Hilfsmitteleinweisung etc. vermittelt wurden. Die koordinativen, handwerklichen, hauswirtschaftlichen und organisatorischen Fähigkeiten werden zusätzlich in einer 20 Punkte umfassenden Check-Liste erhoben.

Dimension 5: Entscheidungspartizipation/Mitbestimmung

- Ziel der Dimension ist, das Bedürfnis und die Bereitschaft des Angehörigen zur offenen Kommunikation, aktiven Einbindung in Entscheidungen (Shared-decision-making / SDM)und Vorgehensplanungen zu bemessen. Eingeschätzt wird auch die Übereinstimmung des Vorgehens der Experten mit der Perspektive des Angehörigen.

Dimension 6: Rahmenbedingungen

- Ziel der Dimension ist, die verschiedenen Aspekte der Rahmenbedingungen des Angehörigen zu bewerten. Diese betreffen seine zeitlichen Bedingungen, personale Unterstützung, Logistik, Hausarzt, etc.

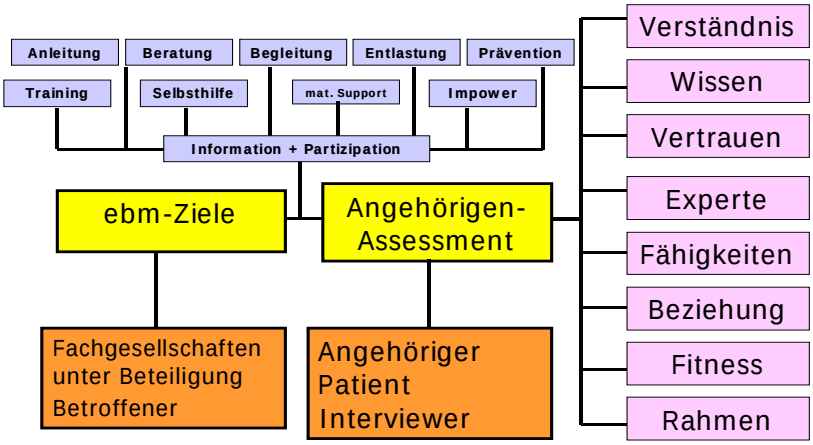
Dimension 7: Fitness / Belastung  und aktuelle Befindlichkeit

- Ziel der Dimension ist, eine Einschätzung des physischen und psychischen Befindens des Angehörigen zu gewinnen. Dazu werden die sozialen und materiellen Auswirkungen überprüft. Auch werden die Motivatoren und positiven Aspekte der Betreuungssituation erfasst. Über welche Möglichkeiten der Entlastung verfügt der Angehörige und wie setzt er diese ein? Die aktuelle Lebensqualität und Befindlichkeit wird erhoben.

Dimension 8: Beziehung zum Partner

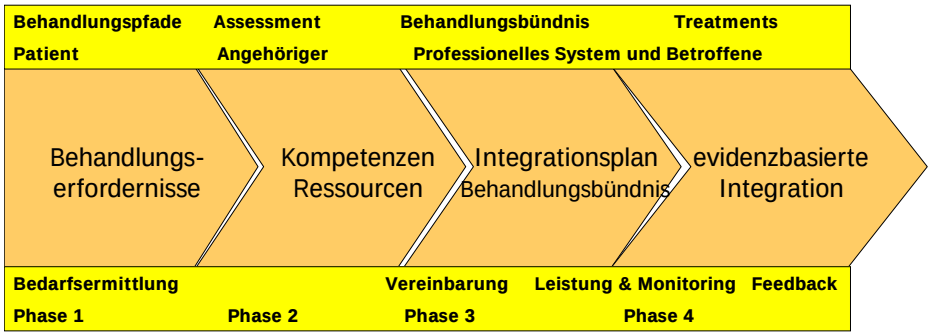
- Ziel der Dimension ist, eine Einschätzung von der Qualität der Beziehung der Betroffenen untereinander vornehmen zu können.

***Abbildung 3*** *Einbindung des Angehörigen-Assessments. Neben den Dimensionen (a) und den Informationsgebern (b) werden auch die auf den Weg gebrachten Interventionskategorien (c) erkennbar.*



**Evidenzbasierter Angehörigenintegrationsplan**
Aufgrund der Anforderungen, die sich aus den Behandlungszielen des Patienten ergeben und den Ergebnissen des Angehörigen-Assessments, ist es nun möglich einen individuell abgestimmten *evidenzbasierten Integrationsplan* zu erstellen: Die für den Angehörigen relevanten und möglichen Partizipationen (SDM), Teilhabe an Planungsgeschehen werden ebenso klar (D5), wie die von diesem benötigten Beratungen (D3), Schulungen oder Anleitungen (D4). Auch die vorhandenen materiellen oder sozialen Kompensationen (D6), Förderungen der Unabhängigkeiten (D7) können gezielt und spezifisch abgestimmt gefördert oder als existierende Ressource planerisch eingesetzt werden. Dadurch, dass die mit diesem Vorgehen verbundenen Interventionen in eine kurzfristige -- den aktuellen Versorgungsdienstleister betreffende -- und eine länger- bzw. langfristige, über die akuten Versorgungsnotwendigkeiten hinausreichende Planungsperspektive (road-map) überführt werden, gelingt es eine realistische und zugleich die verschiedenen Interessen balancierende Lösung zu erreichen. Ein Umstand der im aktuellen Versorgungsgeschehen mit seinen sektoralen und behandlerzentrierten Zuständigkeiten nicht immer gelingt.

**Abbildung 4**: Das Ablaufkonzept der evidenzbasierten Angehörigenintegration. *Nachdem der Bedarf aufgrund der Behandlungserfordernissen und eies Angehörigen-Assessment bestimmt wurden wird ein evidenzbasierter Integrationsplan erstellt. Dieser dient als Grundlage der anschließenden Aktivitäten (Schulungen, Beratungen, Trainings etc.)*




**Behandlungsbündnis**
Erfahrungen mit Assessments, standardisierten Messprozeduren und differenzierten Planungen weisen darauf hin, dass deren Anwendung eine notwendige, indes allein nicht hinreichende Maßnahme ist (Heckhausen & Kuhl 1995; Huppmann, 1996; Schuller, 2001) Um die Planungsziele auch in der Versorgungspraxis zu sichern, ist ein Behandlungsbündnis zwischen Angehörigen / Patienten und den professionellen Helfern vorgesehen: Nur durch eine weitgehend selbstverantwortete Mitwirkung der Betroffenen sind die Ziele und Aktivitäten des erstellten Integrationsplanes dauerhaft zu sichern (Philippi & Brasseit, 2003; Steimel, 2003). Folgende Aspekte sollen durch das Behandlungsbündnisses gesichert werden:

- Klarheit, Verbindlichkeit und weitest mögliche Akzeptanz zu den Zielen, Maßnahmen und der jeweils resultierenden Verantwortlichkeit für professionelle Akteure, den Angehörigen und Patienten
- Balance und Verbindung der verschiedenen Ziele, Aktivitäten und deren Gewichtung
- Sicherung der empfohlenen Aktivitäten (Beratungen, Schulungen, Unterstützungen, etc.)
- Förderung des „Betroffenen-Commitment“
- Ausbau des „Betroffenen-Impowerment“

- Stärkung der Rolle des Angehörigen als Koordinator und Mitentscheider (SDM)
- Entwicklungsfähigkeit des therapeutischen Geschehens verdeutlichen
- Qualifizierte Bewertung und Evaluation ermöglichen

**Tabelle 2:** Beispiel für die Struktur des Integrationsplanes

| Vereinbarte Ziele | Vereinbarte Aktivitäten Gespräche, Programme | Akteur | Kriterien | Gültig / erreicht bis |
|---|---|---|---|---|
| *Kurzfristig:* Erhöhung des Krankheitsverständnis | Teilnahme an Sprechstunde, Literatur, Teilnahme an Visite und Dokumentation | Bezugskraft, Sozialarbeit, Rückbindung mit Arzt | Dokumentation Überleitungsgespräch | 1 Woche |
| *Kurzfristig:* Durchführung der s.c. Injektion | Mittwochtraining / zyklischer Trainingskurs im KH | Abendgruppe | 2 Praxistest | 1 Woche |
| *Kurzfristig:* Transfer Bett / Stuhl | Tägliche Übung / Anleitung | Bezugskraft, Krankengymnast | 2 Praxistest | 1 Woche |
| *Kurzfristig:* Klärung rechtliche Situation | Beratungsgespräch + vorbereitende Broschüre | Sozialarbeiter + Selbsthilfe | Feedback Beratungsgespräch | 1 Woche |
| *Langfristig*: Verhinderung körperlicher Passivität | Bewegungsprogramm Angehöriger u. Patient | Verein / Hausarzt | Körpergewicht | 3 Monate |
| *Langfristig:* Korrekte Medikamenteneinnahme | Gemeinsame Schulung und Training des Angehörige | Apotheker | Checks, Verbrauchmessung | 3 Monate |

**Organisation der evidenzbasierten Angehörigenintegration**

Es wird deutlich, dass es prinzipiell ganz unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens sein können, die als Leistungsanbieter einer *evidenzbasierten Angehörigenintegration* in Frage kommen:

- niedergelassener (Haus-) Arzt
- niedergelassener Therapeut
- Heimbereich
- ambulante Pflegeeinrichtung
- unabhängige (Gesundheits-) Einrichtungen (Agenturen
- stationärer Versorgungsbereich / Krankenhaus
- Krankenkassen und andere Kostenträger
- Verbände (Verbraucher, Patientenschutz etc)

Die erhobenen Informationen, Absprachen und Integrationspläne sind -- in aller Regel -- über die einzelne Versorgungssektoren hinaus gültig und die aus diesen resultierenden Vorgehensschritte wie die der Leistungsangebote oder Unterstützungsfunktionen sind potentiell von unterschiedlichen Partnern, Anbietern, komplementären Versorgern etc. zu erbringen. Auch kommen verschiedene Berufsgruppen für die qualifizierte Durchführung und Organisation der *evidenzbasierten Angehörigenintegration* in Frage (George, 2001):

- Pflegekräfte (z.B. Primary-Nurse)
- Ärzte die als Bezugs- oder Hausärzte arbeiten
- Mitarbeiter mit (Sozial-) pädagogischer Ausbildung
- Mitarbeiter unterschiedlicher Ausbildung, die über eine Case-Manager / Patientenbegleiter / Gesundheitsberater Qualifikation o.ä. verfügen

**Tabelle 3:** Ablauforganisation der evidenzbasierten Angehörigenintegration

| Phase | Aktivität | Personen | Ziel | Zeit | Extern /Intern |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Erarbeitung der Angehörigenintegrationsziele und Leistungen aufgrund der evidenzbasierten Behandlungsleitlinien. | Experten | Bedarfsermittlung | Einmalige Vorbereitung und kontinuierliche Pflege | E/I |
| 2 | Durchführung des Angehörigen-Assessments | Interviewer, Angehöriger, (optional Patient) | Bedarfs- und Fähig-keitsermittlung | 60 Minuten | E/I |
| 3 | Auswertung des Assessments. Entwicklung eines Integrationsplans. | Interviewer, Experten | Ziel- und Vorgehensplan I | 60-90 Minuten | E/I |
| 4 | Abstimmung Integrationsplan mit therapeutischen Team | Interviewer, Experten | Ziel- und Vorgehensplan II | 15 Minuten | I |
| 5 | Vorstellung und Abstimmung mit Angehörigen (1) und Verabschiedung des Behandlungsbündnis und road-map / Programm (2) | Interviewer, Angehöriger (optional Patient) | Behandlungs-bündnis und road-map | 60 Minuten | E/I |
| 6 | Programmdurchführung | Experten, Angehöriger, (optional Patient) | Behandlungs-bündnis und road-map | 60 Minuten | E/I |
| 7 | (optional) Regelmäßige Abstimmungen | Interviewer, Experten, Angehöriger (optional Patient) | Abstimmung, Begleitung | 15-30 Minuten | E/I |
| 8 | (optional) Überleitung | Interviewer, Experten, Angehöriger, (optional Patient) | | 60 Minuten | I |
| | (Krisenintervention) | Interviewer, Experten, Angehöriger (optional Patient) | | n.B. | I |

**Einbindung des Managements**

Unter Kenntnis der geübten Praxis ist es möglich einen zweiten Problemkreis, den des „organisatorischen Stils“ als Ursache verschiedener Widerstände in der Umsetzung einer zielgeleiteten Angehörigenintegration zu beschreiben. So kommt der erfolgreichen Einbindung des Managements, als „institutioneller Problemlöser“ beim Aufbau der *evidenzbasierten Angehörigenintegration* eine überragende Rolle zu (Bleicher, 1989). Nicht nur, dass zahlreiche der hierfür notwendigen finanziellen, logistischen, strukturellen u.a. Vorraussetzungen ausschließlich dort fixiert werden können, viel schwerer noch wiegt der Umstand, dass es nur dem Management möglich ist ein System zu etablieren, dass alle internen Versorgungsbereiche und Zuständigkeiten einbindet. Geht das Management so vor, wie in Tabelle 4 dargestellt, wird deutlich, dass die Ziele, Strategien und damit verbundenen Aktivitäten die einzelnen Verantwortungsstufen integrierend durchdringen, so dass eine gemeinsame Ziel- und Prozessverantwortung für die Angehörigenintegration erreicht werden kann. Ebenso deutlich wird, dass bei einem solchen Vorgehen aus einstmals „soften“ Unternehmensvisionen -- wie die Betroffeneneinbeziehung in dem Leitbild und Corporate Idendity Broschüren *(Die Betroffenen stehen bei uns im Zentrum aller Bemühungen....)* -- „harte“ Ergebnis- und “Outcomegrößen“ *(Anzahl der bearbeiten Beschwerden, Anzahl geführter Beratungsgespräche, Anzahl von neuen Serviceleistungen etc)* werden.

**Tabelle 4:** Integrierte Verantwortlichkeit

| Phase | Ziele und Aufträge | Involvierte |
|---|---|---|
| 1 | Die Organisation berücksichtigt die Angehörigenintegration in der Unternehmensphilosophie, dem Leitbild (Corporate Idendity) | Träger + Mitarbeiter Normatives Management |
| 2 | Es werden die (Makro-) Strategien (Beschwerdemanagement, evidenzbasierte Angehörigenintegration, Interneteinsatz etc) festgelegt, in deren Folge die Vorraussetzungen und Ziele für Personal, Logistik, Infrastruktur, Controlling, Qualitätsmanagement etc. geschaffen werden. | Normatives + Strategisches Management |
| 3 | Die Ziele werden in messbare Größen und Handlungen überführt und finden Eingang in die verschiedenen Führungs- und Organisationsentwicklungsinstrumente (Zielvereinbarung, Mitarbeitereinarbeitung, Balanced Score Card etc) | Strategisches + operatives Management |
| 4 | Die einzelnen Funktions- und Versorgungsbereiche entwickeln nun in einem bottom-up-Ansatz das "How-to-do" (Entwickeln von Leitfäden, SOP´s, Checklisten, Gruppenaufbau, Laien- und Selbsthilfeeinbeziehung etc) | operatives Management Mitarbeiter |
| 5 | Die Unternehmenskommunikation vermittelt die Ergebnisse und die gewählten Vorgehensweisen an interne und externe Zielgruppen (niedergelassene Ärzte, Kunden, Region etc) | Strategisches Management |
| 6 | Mitarbeiter und die Betroffenen, deren Vertreter werden zur Partizipation in speziellen Fragen der Organisationsentwicklung gewonnen | Strategisches Management |
| 7 | Die so erarbeitete „Dienstleistungsqualität" wird zur Positionierung (Unique Selling Proposition) und für neue Partnerschaften eingesetzt | Normatives Management |
| 8 | Die Organisation wird durch Monitoring gültiger Messgrößen zum „kontinuierlich lernenden Unternehmen" | Strategisches Management |

Es lohnt sich für jeden Versorgungsbereich immer wieder den Weg nachzugehen, den die Angehörigen (wie auch die Patienten) vom Tag ihrer ersten Kontaktaufnahme bis zum Ende der Versorgungskette bzw. ihrer Abreise gegangen sind. Auf diese Weise kann recht unaufwendig ermittelt werden, welche konkreten Ergebnisqualitäten auf den verschiedenen „Wegetappen" erreicht werden oder noch als Zielgrößen in der Zukunft erreicht werden müssen (Johnson, 2002). So können die von den Angehörigen gesammelten Erfahrungen geprüft und gegebenenfalls in eine gezielte Entwicklung gebracht werden[6]. Das Verfahren der *evidenzbasierten Angehörigenintegration* gibt auch hierfür Anregungen.

*Kastenbeitrag:*

## Gesellschaft zur Integration von Angehörigen im Gesundheitswesen

### Ausgangssituation

In der Versorgungspraxis des Gesundheitswesens sind es vielfach die Angehörigen, die:

- eine steuernd-koordinative Scoutfunktion übernehmen (1),
- kompensierende und versorgende Hilfeleistungen gewähren (2),
- Rechte, Ziele und Verpflichtungen des Patienten wahrnehmen (3),
- eine psychisch und sozial entlastende Funktion übernehmen (4).

Sie sind es, die als Lebenshilfe, Unterstützung und bedeutsamste Garanten der Lebensqualität des Patienten auszumachen sind. Trotz dieser Situation befinden sie sich häufig an der Peripherie des

[6] bzw. können als Orientierungspunkte eigener Entwicklungsziele geprüft werden.

kommunikativen- und Handlungsgeschehens im Gesundheitswesen. Auch werden die von Krankenhäusern, Ärzten, Krankenkassen und anderen Akteuren auf den Weg gebrachten Qualitätsnormen vielfach von den Betroffenen nicht gekannt (a), sie werden nicht verständlich für diese kommuniziert (b), sind nicht frei von den Interessen der Anbieter (c) und sie werden als nur unzureichend auf die Bedürfnisse und Behandlungsziele der Kranken und Angehörigen abgestimmt wahrgenommen (d).

## Ziele der GIAG

Ziel der Gesellschaft zur Integration von Angehörigen im Gesundheitswesen (GIAG) ist es dazu beizutragen, dass die Angehörigen eine Ihrer Bedeutung entsprechende aktive und offene Integration in die Entscheidungs-, Behandlungs- und Betreuungssituation erfahren (1), hierfür das Verfahren einer *evidenzbasierten Angehörigenintegration* zu etablieren (2) und dass für die Betroffenen verständliche und gültige Qualitätskriterien auf den Weg gebracht werden (3). Hierfür sind vorerst folgende Sektionen eingerichtet: I. Krankenhausversorgung (Schwerkranke, Pädiatrie etc) II. ambulante Versorgung und III. Heimversorgung.

## Programm der GIAG

1. **Auszeichnung von Leistungsanbietern:** Es werden diejenigen Gesundheits- und Versorgungsbereiche geprüft und ausgezeichnet, die exzellente Leistungen und Angebote auf dem Gebiet der Angehörigenintegration anbieten (Auszeichnung: Angehörigenfreundlicher Versorgungsbereich)
2. **Beratung und Information von Angehörigen:** Angehörige und Patienten werden zu allen Fragen informiert bzw. beraten. Bei Bedarf werden sie auch auf ausgezeichnete Bereiche und Lösungen aufmerksam gemacht.
3. **Information und Beratung von Leistungsanbieter:** Die verschiedenen Leistungsanbieter werden über die Arbeit der GIAG und die *evidenzbasierte Angehörigenintegration* informiert, bei Interesse beraten.
4. **Fachtagung:** Die GIAG richtet jährlich eine Tagung aus.
5. **Mitgliederbetreuung:** Die Member der Gesellschaft erhalten Services und Unterstützung, insbesondere solche, die zum erreichen oben genannter Ziele führen.

## Selbstverständnis

Die GIAG konzentriert sich auf die kontinuierliche Verbesserung der Partizipation, Information, Beratung, Kommunikation, Anleitung, Schulung, Begleitung, Unterstützung und Selbstorganisation der Angehörigen. Durch die Auszeichnung exzellenter Lösungen in Praxen, Krankenhausbereichen, Heimen etc. will die GIAG den bisher vernachlässigten Beitrag einer ziel- und evidenzbasierten Angehörigenintegration forcieren. Die GIAG setzt sich gleichermaßen aus Akteuren der verschiedenen Berufsgruppen und engagierten Bürgern/innen zusammen. Die GIAG ist für deren Mitglieder kostenfrei und ist unabhängig, überkonfessionell und interkulturell.

**LITERATUR:**


- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese, DGVT-Verlag, Tübingen
- Badura, B. et al. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt, Springer, Berlin
- Bahlo, E. (2000): Das Dilemma des Patienten im deutschen Gesundheitswesen In: Heiß, G. (Hrsg.) Wie krank ist unser Gesundheitswesen, Merz, Mainz
- Bartels, A. & George, W. (1999): Der Beitrag der pragmatischen Ethik, Pflege Aktuell Heft 11 664-667
- Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (Hrsg.) (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege, Schlütersche, Hannover
- Bleicher, K. (1998) Das Konzept Integriertes Management, Campus, Frankfurt
- Bullinger, M. (1997) Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. In: Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie, 47 76-91
- Dewey, J. (1989): Die Erneuerung der Philosophie, Hamburg *(engl. zuerst 1920)*
- Feinberg, L. (2002): The State of the Art: Caregiver Assessement in practice Settings. National Center of Caregiving, San Francisco (monography)
- Frey, D. & Greif, S. (HRSG.):Sozialpsychologie, Weinheim
- Gaus, E. & Köhle, K. (1986): Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. In: Üexküll (Hrsg). Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin U&S, München
- George, W. (2005): Das Angehörigen Assessment, Harcourt-Test-Services, Frankfurt
- George, W. (Hrsg.) (2004): Evidenzbasierte Angehörigenintegration, Pabst-Publisher, Lengerich
- George, U. & George, W. (2003): Angehörigenintegration in der Pflege, Reinhardt-Verlag München
- George, W. (Hrsg.) (2001): Das Krankenhaus Communication Center, Hans-Huber, Bern
- Gutachten Sachverständigenrat (SVR) der undesregierung 2001 Bd.I-III
- Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung K.W. Lauterbach 2001
- Hasseler, M. (2004): Ethisch handeln heißt auch, evidenz-basiert handeln, Pflege-Zeitschrift 57/4 244-248
- Heckhausen, H., Kuhl, J. (1995): Motivation und Emotion. Hogrefe, Göttingen
- Hoefert, H.W. & Hentrich, S. (2002):Zum Ganzheitlichkeitsanspruch in Pflege und Rehabilitation, psychomed 14/2 106-112
- Huppman, G. (1999): Patienten führen – Compliance fördern, K&N-Verlag, Würzburg
- Johnson, S (Hrsg.) (2002): Interdisziplinäre Versorgungspfade, Hans-Huber, Bern
- Kugler, J. & Schedlowski, M (1999): Ppsychoneuroimmunologie: Wie das Gehirn mit dem Immunsystem kommuniziert. Psychomed 11/4, 196-197.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York
- Lütjen, R. & Frey, D. (1994): Gesundheit und Krankheit/Gesundheitspsychologie In:
- Parasuraman, A. et. al. (1988): In SERVQUAL: A Multiple - Item Scale For Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. In: Qualitätstechniken für die Dienstleistung, 2. Auflage, Hanser, München, S. 68 – 74
- Perleth, M., Antes, G. (2002.) Evidenzbasierte Medizin. Wissenschaft im Praxisalltag, 3. erweiterte und aktualisierte Auflage, U & V
- Philippi, B,. & Brasseit, U. (2003): Umsetzung und Evaluation der Zielerreichung KrV 11 (siehe hierzu auch www.gesundheitsziele.de siehe hierzu: www.chochrane.de / www.universität-witten-herdecke.de)
- Sackett, D.L., et al. (1996) : *Evidence-based medicine. What it is und what it isn't.* Bmj (Clinical ResearchEd.) 312: p. 1636
- Sanderson, C. (2002): Health Psychology, Wiley & Sons New York
- Schuller, S. (2001): Patienten Compliance und Patienten Motivation In: Kreyher, V. (Hrsg.). Gesundheits- und Medizinmarketing, R.v.Decker-Verlag, Heidelberg
- Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Hogrefe Göttingen
- gesundheitsbezogenen Verhaltens, VEP Landau
- Schönberger, C. & Kardorff v. E. (2000): Angehörige an Krebs erkrankter Menschen – ihr Ort in der Rehabilitationsklinik, psychomed 12/4 249-256
- Sommer, R. (2003): Die Rolle sozialer Unterstützung bei der Aufnahme und Fortführung
- Steimel, R. (2003):Individuelle Angehörigenschulung, Schlütersche, Hannover
- Zapotoczky, H. & Nutzinger, D. (1986): Psychologie am Krankenbett, Beltz Weinheim