



# Kompetente Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen

Forschungsmandat G08 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020», Programmteil 1: Wissensgrundlagen

## **Auftraggeber:**

Bundesamt für Gesundheit BAG

Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik

## **Autorschaft:**

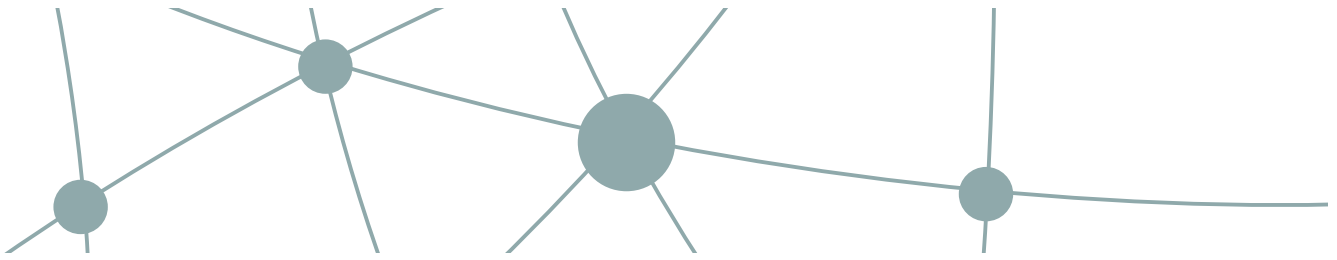
Sarah Brügger, Beat Sottas, Stefan Kissmann, Sara Keel, Emilie Dell'Eva,  
formative works, Bourguillon

## Kurzfassung

Bern, August 2020

## **Kontakt**

Sarah Brügger M.A.  
formative works  
1722 Bourguillon  
bruegger@formative-works.ch



## 1. Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG

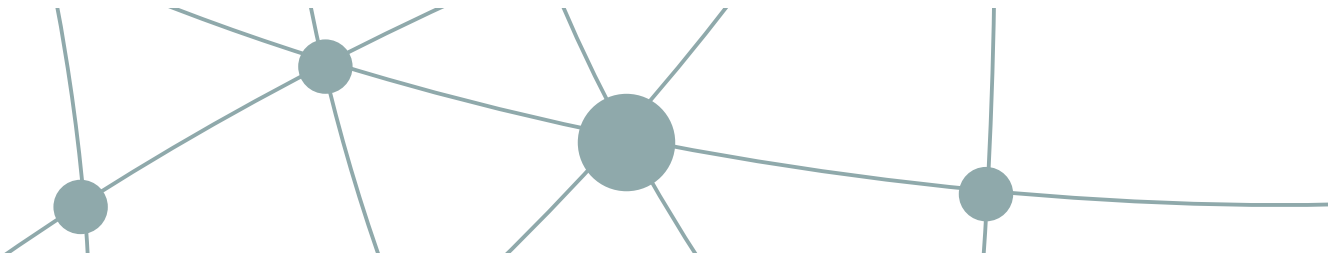
Als eine Massnahme der Fachkräfteinitiative-plus von Bund und Kantonen hat der Bundesrat 2016 das Förderprogramm zur Weiterentwicklung der Unterstützungs- und Entlastungsangebote für betreuende Angehörige lanciert. Eines der Ziele ist es, die Vereinbarkeit von Betreuungs- und Pflegeaufgaben mit der Erwerbstätigkeit zu fördern. Grundlage des Förderprogramms bildet der «Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung für betreuende und pflegende Angehörige» vom Dezember 2014. Parallel dazu wurde im Rahmen der Fachkräfteinitiative-plus auch das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» lanciert, welches die interprofessionelle Zusammenarbeit und damit die Effizienz im Gesundheitswesen stärken will. Weil sich im vorliegenden Mandat die Interessenbereiche beider Förderprogramme überschneiden, wurde das Mandat von beiden Förderprogrammen gemeinsam ausgeschrieben.

Das BAG hat das Mandat extern in Auftrag gegeben, um eine wissenschaftliche Antwort auf die zentralen Fragen zur kompetenten Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG oder andere Akteure können somit von der Meinung, respektive vom Standpunkt des BAG abweichen.

### **Fokus des vorliegenden Auftrags**

Das vorliegende Forschungsmandat setzt beim Umstand an, dass das Können und Handeln der Fachpersonen für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und eine bedarfsgerechte Beratung und Unterstützung der Angehörigen entscheidend ist. Letztere bringen oft langjährige Expertise für die konkrete Situation mit.

Mit Blick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität untersucht die vorliegende Studie erstens Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Leistungen von Fachpersonen im Umgang mit Angehörigen, zweitens Schnittstellen zwischen verschiedenen Fachpersonen sowie zwischen Fachpersonen und Angehörigen, drittens notwendige Kompetenzprofile bei den Fachpersonen, viertens Arbeitsinstrumente und fünftens Abgeltungsfragen.



## 2. Ausgangslage

### **Betreuende Angehörige – unabdingbar, aber unterschätzt**

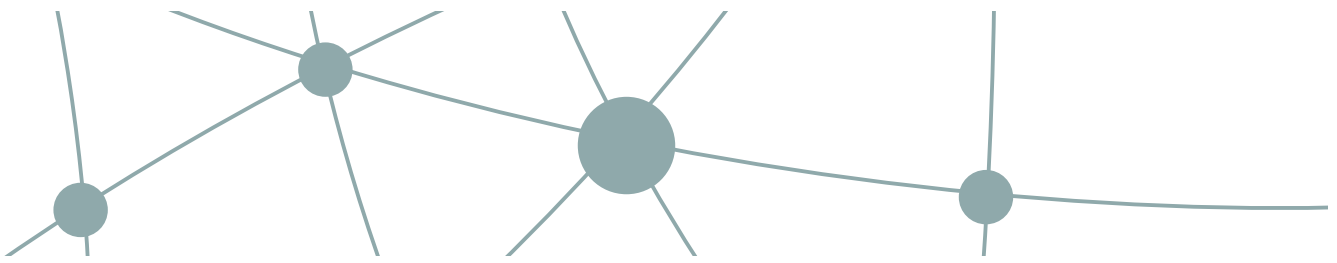
Betreuende und pflegende Angehörige sind für eine qualitativ hochstehende Versorgung unverzichtbar. Sie übernehmen dank Detailkenntnissen der spezifischen Situation und der Rahmenbedingungen viele wichtige Aufgaben zum Erhalt der Lebensqualität; dies oft über lange Zeit und mit hoher Zuverlässigkeit. Die betreuenden Angehörigen stehen dabei in vielfältigem Austausch mit Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. Diese sind für Angehörige somit wichtige Ansprechpersonen. Gleichzeitig ist insbesondere in der häuslichen Versorgung eine gute Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Angehörigen notwendig. Nur dank dem Beitrag der Angehörigen ist es überhaupt möglich, betreuungsbedürftige Personen in ihrem gewohnten Umfeld zu behalten und zu versorgen – sie sind einer der Erfolgsfaktoren für das Prinzip «ambulant vor stationär».

Für eine gute Zusammenarbeit und eine bedarfsgerechte Beratung und Unterstützung der betreuenden Angehörigen ist das Können und Handeln der Fachpersonen sehr entscheidend. Zurzeit ist jedoch unklar, welche Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten die verschiedenen Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen bei der Unterstützung der Angehörigen wahrnehmen, und wie sich die verschiedenen Berufe untereinander organisieren. Unklare Organisation und Kommunikationsdefizite schmälern die Potenziale, und es gibt eine Differenz zwischen den Normen und Zielen, dem postulierten Einbezug von Angehörigen und der gelebten Praxis.

### **Kompetenzen – mehr als Fachwissen und Empathie**

Es gibt weit über 100 Kompetenzdefinitionen, d. h. Erklärungsversuche der (erlernbaren) Fähigkeiten und Fertigkeiten, um – unter Berücksichtigung der individuellen und sozialen Dispositionen und Motivationen – bestimmte Probleme in sich verändernden Situationen zu lösen. Häufig zu finden ist eine Matrix, in der sich auf einer Achse Fachkompetenz, Soziale Kompetenz und Selbstkompetenz und auf der andere Achse Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen finden.

Ausgehend von bestehenden Modellen und unseren Daten unterscheidet diese Studie drei Kompetenzkategorien: Erstens Fach- und Methodenkompetenz, zweitens Sozial-kommunikative Kompetenz, drittens Personale Kompetenz.



### 3. Methode

Um den vielschichtigen Fragen und der Differenz zwischen professionellem Diskurs und Versorgungspraxis gerecht zu werden, wurden mehrere qualitative und quantitative Methoden kombiniert.

#### 1) Literatur- und Internetrecherche, Konzept- und Inhaltsanalyse

In einem ersten Schritt erfolgte eine breite Recherche in Französisch, Englisch und Deutsch nach Publikationen zum Thema «Kompetenzen von Fachpersonen im Umgang mit Angehörigen». Basierend auf früheren Arbeiten sowie im Austausch mit den ersten Erkenntnissen aus der Sekundäranalyse und der ethnografischen Beobachtung erarbeitete das Studienteam eine konzeptionelle Grundlage und ergänzte die Literaturanalyse fortlaufend.

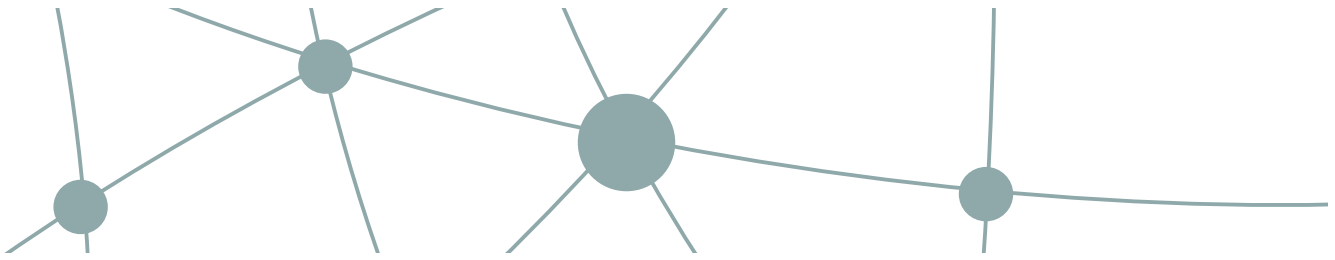
#### 2) Sekundäranalyse von Interviews mit Angehörigen und Fachpersonen

Aus früheren Arbeiten von formative works zu pflegenden und betreuenden Angehörigen, zu Interprofessionalität und zu weiteren Fragen der Versorgungsforschung liessen sich 161 qualitative Interviews aus einem Korpus von 247 Transkriptionen von Gesprächen mit Angehörigen sowie mit Fachpersonen auswerten:

**Tabelle 1: Sekundäranalysen aus dem Korpus eigener Materialien**

Transkriptionen aus früheren Projekten		Auswahl relevanter Interviews für die Sekundäranalyse	
Fachpersonen	172	105	51 deutsch/ 54 französisch
Angehörige	75	56	35 deutsch/ 21 französisch
<b>Total</b>	<b>247</b>	<b>161</b>	<b>86 deutsch/ 75 französisch</b>

Die Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) wurde genutzt, um Antworten auf strukturelle und formale Fragen wie nach Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, Instrumenten und Leistungen zu finden. Die Grounded Theory (Glaser/Strauss 1998) war bei Fragen nach den notwendigen Kompetenzen zielführender.



### **3) Zusätzliche qualitative Interviews mit betreuenden Angehörigen und Fachpersonen**

Weil nicht zu allen Fragen und Themen der Ausschreibung in den Transkriptionen aus früheren Projekten Antworten zu finden waren, führte das Studienteam 14 zusätzliche leitfadengestützte Interviews (6 in französischer Sprache, 8 in deutscher Sprache) und ein Fokusgruppen-Gespräch durch. Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und transkribiert sowie inhaltsanalytisch nach Mayring und der Grounded Theory ausgewertet.

### **4) Online-Erhebung bei Fachpersonen**

Der Online-Fragebogen richtete sich an alle relevanten Berufsgruppen, um Sachfragen zu klären, Thesen aus der Sekundäranalyse und den ethnographischen Beobachtungen zu überprüfen und die identifizierten Problemstellungen mit einer quantitativen Abschätzung zu unterlegen.

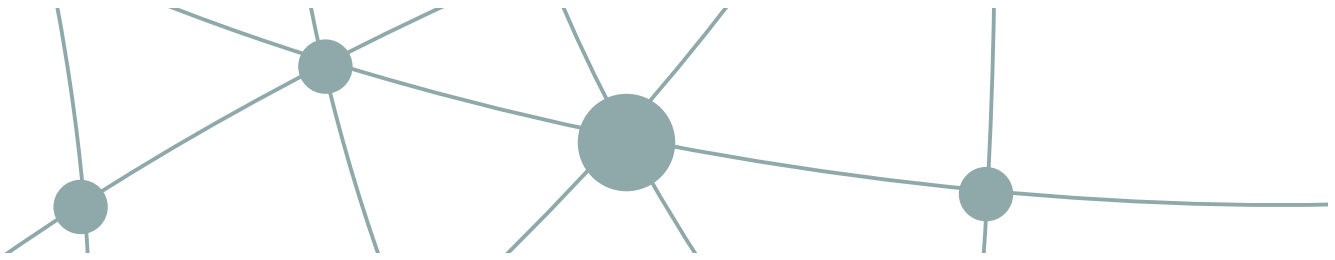
Mittels Schneeballsystem wurde der Link an zahlreiche Institutionen wie Kliniken, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Spitex-Organisationen, Beratungsstellen und Angehörigenvereinigungen verteilt mit der Bitte, die Erhebung selbst auszufüllen und/oder an einschlägige Personen und Organisationen weiterzuleiten. Insgesamt nahmen 338 Personen an der Online-Erhebung teil. Nicht berücksichtigt wurden stark unvollständige und irrelevante Antworten, ebenso 29 vollständige Datensätze, die zu spät eingingen.

### **5) Ethnografische Beobachtungen an zwei Standorten**

Beim Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit Zürcher Unterland (KZU) und bei der in Genf tätigen Organisation Arsanté wurden während mehrerer Tage Beobachtungen nach der Methode der Shadowing Ethnography durchgeführt und detaillierte ethnographische Notizen erstellt, um an konkreten Beispielen den Umgang mit Angehörigen und die dafür notwendigen Kompetenzen zu untersuchen. Der Schwerpunkt lag dabei auf verschiedenen Kontaktsituationen zwischen Angehörigen und Fachpersonen wie auch von Fachpersonen untereinander. An beiden Standorten führte das Studienteam zudem mit verschiedenen Personen Gespräche durch.

### **6) Ausbildungsinhalte in den Gesundheits- und Sozialberufen**

Anhand von Rahmenlehrplänen und anderen öffentlich zugänglichen Ausbildungsbeschrieben untersuchte das Forschungsteam bei den Grundausbildungen in Medizin, Pflege, Ergotherapie, Hebammenkunde, Physiotherapie, FaGe, Soziale Arbeit, Seelsorge, Medizinische Praxisassistent/in, Pharma-Assistent/in, Pflegehelfer/in SRK, in welcher Art die künftigen Fachpersonen auf eine angehörigensensible Berufsausübung vorbereitet werden. Die Analyse der Ausbildungsinhalte zeigte, dass die Angehörigen entweder als Empfangende von Leistungen gelten (Subjekte) oder für eine bestimmte Funktion in die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten eingebunden werden («Interventionsgehilfen»).



## 4. Ergebnisse

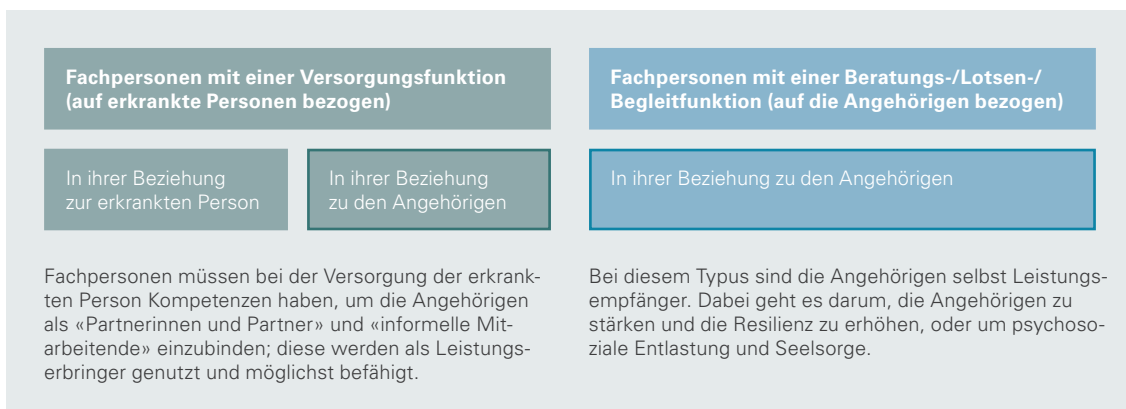
### Unterscheiden zwischen der Versorgungsfunktion und der Beratungs-/Lotsen-/Begleitfunktion

Das Forschungsmandat fokussiert auf diejenigen Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, die eng mit Angehörigen zusammenarbeiten. In der Analyse ist als Typologie deutlich geworden, dass zwei unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Funktionen von Fachpersonen konzeptionell zu trennen sind:

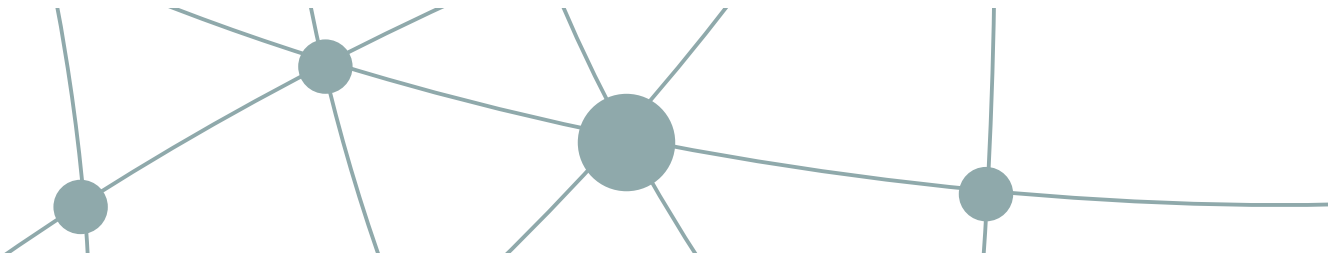
- (1) Fachpersonen oder Stellen, die in erster Linie einen auf die Patientin oder den Patienten gerichteten Versorgungsauftrag haben (Versorgungsfunktion), und
- (2) Fachpersonen oder Stellen, bei denen Koordinationsfragen oder die Beratung und Begleitung der Angehörigen explizit zum Auftrag gehören (Beratungs-/Lotsen-/Begleitfunktion).

Einige Fachpersonen lassen sich klar dem einen oder dem anderen Bereich zuordnen, andere haben beide Aufgaben als Auftrag oder üben beide Rollen aus. In der Praxis ist dies nicht immer abgrenzbar.

**Abbildung 1: Zwei unterschiedliche Rollen und Funktionen der Fachpersonen**



Im Allgemeinen haben Angehörige eher Kontakt mit Fachpersonen/Stellen, die eine Versorgungsfunktion haben, denn die Priorität liegt auf der Versorgung der erkrankten Person. Eine klare Trennung zwischen «Leistungen für Angehörige» und «Leistungen für die erkrankte Person» in den meisten Fällen jedoch nicht möglich.



**Angehörigenarbeit ist eigentlich wichtig, aber ...**

Fachpersonen erachten Angehörigenarbeit grundsätzlich als wichtig. Allerdings ist klar erkennbar, dass die prinzipielle Zustimmung nicht zwingend dazu führt, dass eine angehörigengerechte Versorgung in der Praxis umgesetzt wird. Angehörige monieren mangelnde Information und Anhörung.

Angehörige sind nur sehr selten Teil eines interprofessionellen Versorgungsteams. Fachpersonen finden, dass der Einbezug dieser Laien zu einer Überforderung führen kann. Drei Prinzipien wirken limitierend:

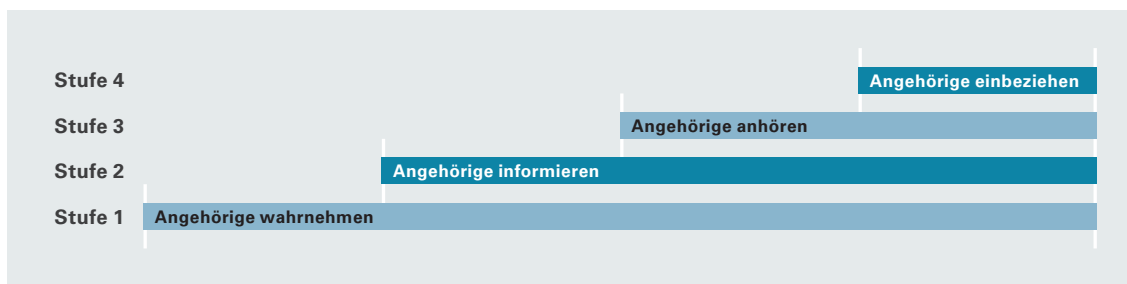
- «Ich kann nicht» – weil die Zeit für das Gespräch fehlt; weil der Auftrag nur Versorgung, Behandlung oder Therapie umfasst; weil die dafür notwendige Zeit nicht abgerechnet werden kann.
- «Ich darf nicht» – wegen dem Datenschutz, dem Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patientinnen oder Patienten und dem Berufsgeheimnis; entsprechend werden Angehörige nicht adäquat informiert.
- «Ich soll nicht» – weil die Übertragung von Aufgaben auf Angehörige Risiken betreffend Patientensicherheit und Versorgungsqualität schafft.

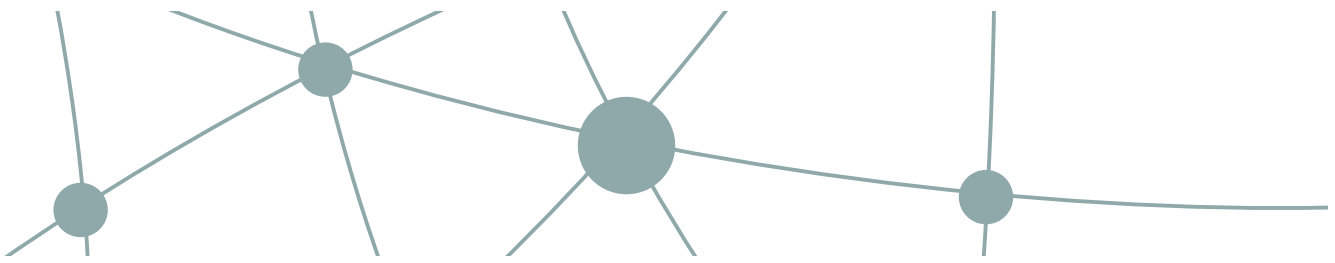
Problematisch ist, dass, wer vor Ort die Patientin oder den Patienten und die Angehörigen sieht, oft nicht die richtige Ansprechperson ist: Die Pflegehelferin oder der Pflegehelfer, die FaGe oder die MPA, die häufig den direktesten Kontakt zu den Angehörigen pflegen, können keine fachlich und inhaltlich adäquate Beratung bieten. Überhaupt berichten Angehörige, dass sie häufig keine Antworten auf Fragen erhalten, weil niemand für sie zuständig ist.

**Erwartungen an Fachpersonen mit einer Versorgungsfunktion im Umgang mit Angehörigen**

«Versorger» und «Versorgerinnen», die primär Leistungen für die erkrankte Person erbringen, treffen in ihrem Berufsalltag auf Angehörige, die Aufgaben in der Betreuung und Pflege übernehmen. Angehörige sind in diesem Fall «Partnerinnen und Partner» oder «informelle Mitarbeitende». Die Erwartungen, die sie an Fachpersonen haben, können anhand eines Stufenmodells (Abbildung 2) dargestellt werden. Tabelle 2 beschreibt die Sicht und das Erleben der Angehörigen.

**Abbildung 2: Stufenmodell des Umgangs von Fachpersonen mit Angehörigen**

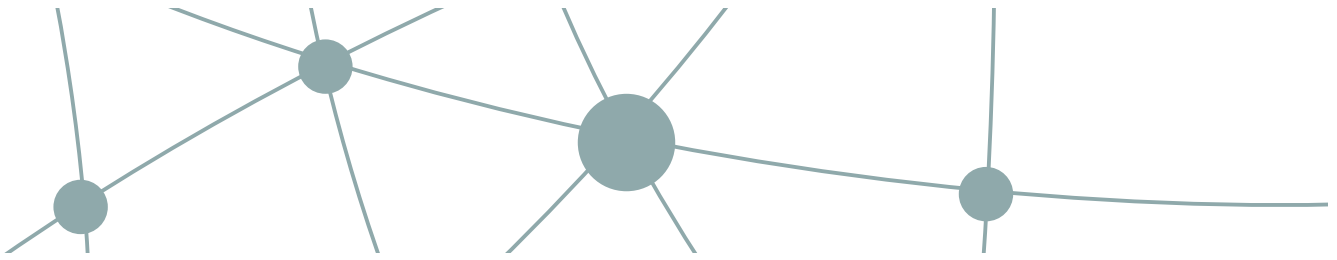




**Tabelle 2: Beschrieb der Erwartungen und erlebte Praxis («Experience of Care») aus Sicht der Angehörigen**

Erwartungen	Erlebte Praxis
<b>Stufe 1 – Wahrnehmen</b>	
Angehörige wünschen sich Fachpersonen mit einem Bewusstsein für ihre Rolle und Situation als Betroffene. Sie wollen <b>als Subjekt mit eigenen Bedürfnissen wahrgenommen werden</b> und nicht nur als Anhängsel des Patienten oder der Patientin gesehen werden.	Viele Angehörige beklagen sich, dass sie <b>kaum wahrgenommen werden</b> . Fachpersonen kümmern sich um die erkrankte Person und seien sich nicht bewusst, was die Erkrankung eines Familienmitgliedes für die gesamte Familie bedeutet. Angehörige werden <b>in eine Opferrolle gedrängt</b> , was ihre Leistungen und ihre Kompetenzen beim Bewältigen des Alltags und der Sicherung der Lebensqualität der erkrankten Person abwertet.
<b>Stufe 2 – Informieren</b>	
Angehörige wünschen sich, <b>informiert zu werden</b> über den Gesundheitszustand der erkrankten Person, über die Prognose, angeordnete Massnahmen und Entscheidungen. Angehörige wünschen sich <b>Fachpersonen, die sich Zeit nehmen für ein Gespräch</b> und einen <b>Dialog auf Augenhöhe</b> , bei welchem offen und klar kommuniziert wird.	Angehörige berichten, dass sie um Informationen kämpfen müssen und dass Angehörigenarbeit nicht sehr hoch gewichtet wird. Sie erhalten häufig <b>nur einen Teil der Informationen</b> . Begründet wird der Nicht-Einbezug mit dem <b>Berufsgeheimnis</b> . Häufig ist <b>niemand</b> für die Information der Angehörigen <b>zuständig</b> bzw. seitens der Fachpersonen wird diese Notwendigkeit nicht gesehen. Konstatiert wird auch, dass Rund-Tisch-Gespräche stattfinden, dass Angehörige aber nicht eingeladen werden.
<b>Stufe 3 – Anhören</b>	
Angehörige erwarten ein <b>aktives Zuhören</b> und das <b>Respektieren ihrer Meinungen, Erfahrungen und Entscheidungen</b> . Sie bringen spezifische Kompetenzen, <b>Erfahrungswissen und Kenntnisse der konkreten Situation</b> ein. <b>Sie wünschen sich deshalb, dass auch ihre Sichtweisen und Meinungen angehört, anerkannt und wertfrei akzeptiert werden</b> – auch wenn diese nicht zwingend deckungsgleich sind mit denjenigen der erkrankten Person.	Während einige Angehörige berichten, dass sie von den Fachpersonen partnerschaftlich eingebunden werden, sagen andere, dass man sie nicht anhört, weil sie Laien und nicht Profis sind. Fachpersonen würden häufig mit ihrer Definition von richtig und falsch ins Haus kommen und dabei <b>die Leistungen und Kompetenzen und v. a. auch das Selbstbestimmungsrecht und die Entscheidungshoheit der Angehörigen (und Patientinnen und Patienten) nur beschränkt anerkennen</b> . Viele Angehörige sprechen von <b>paternalistischen Haltungen und Aussagen</b> der Fachpersonen.
<b>Stufe 4 – Einbeziehen</b>	
Nicht alle Angehörigen wollen eine aktive Rolle spielen und in alle Entwicklungen und Entscheidungen involviert werden. Doch wenn Angehörige einen Teil der Versorgung übernehmen, ist es ihnen wichtig, dass sie <b>als vollwertige Mitglieder eines interprofessionellen Teams anerkannt</b> und als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner mit ihrer Kompetenz und ihrem Erfahrungswissen mit den Fachpersonen zusammenarbeiten und Entscheide treffen können.	Betreuende Angehörige dürfen/müssen häufig wichtige Aufgaben übernehmen, werden aber <b>nicht</b> als kompetente und gleichberechtigte Partnerinnen und Partner angesehen. Es ist die Rede von einer <b>Instrumentalisierung als Hilfskräfte im Versorgungssystem, die Aufgaben übernehmen müssen, um Fachpersonen oder das System zu entlasten, ohne aber umfassend informiert zu werden, ohne selber mitentscheiden zu können oder auch nur gefragt zu werden</b> . Bei Rund-Tisch-Gesprächen erleben sie, dass Fachpersonen Entscheide abgesprochen haben.

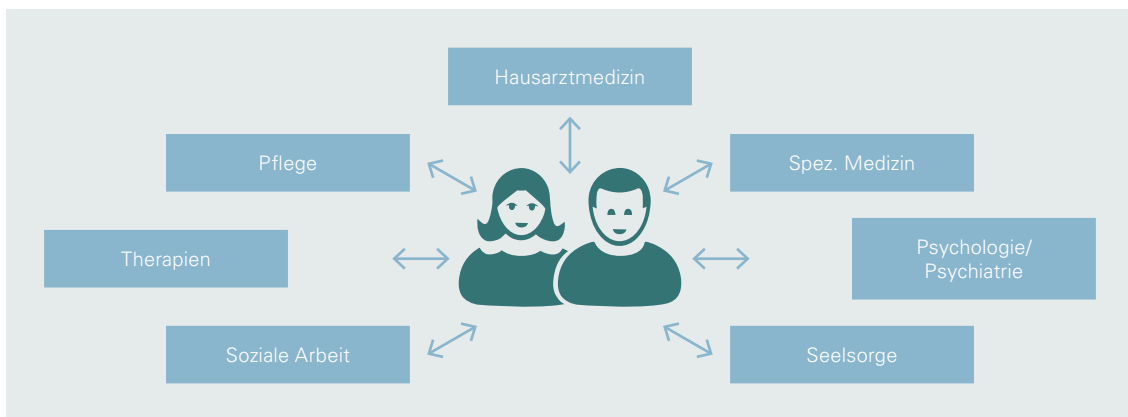




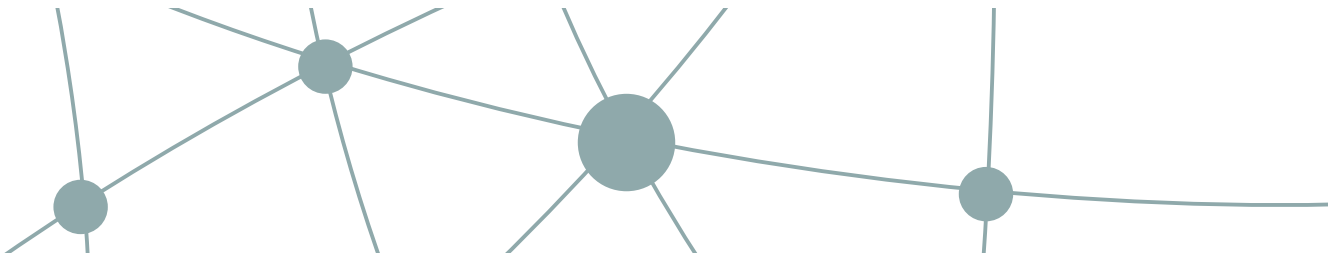
### Vier Formen des Einbezugs der Angehörigen

Die Analyse der Berichte der Angehörigen hat zur Identifikation von vier unterschiedlichen Konstellationen geführt, die sich in einer Typologie wie folgt darstellen lassen:

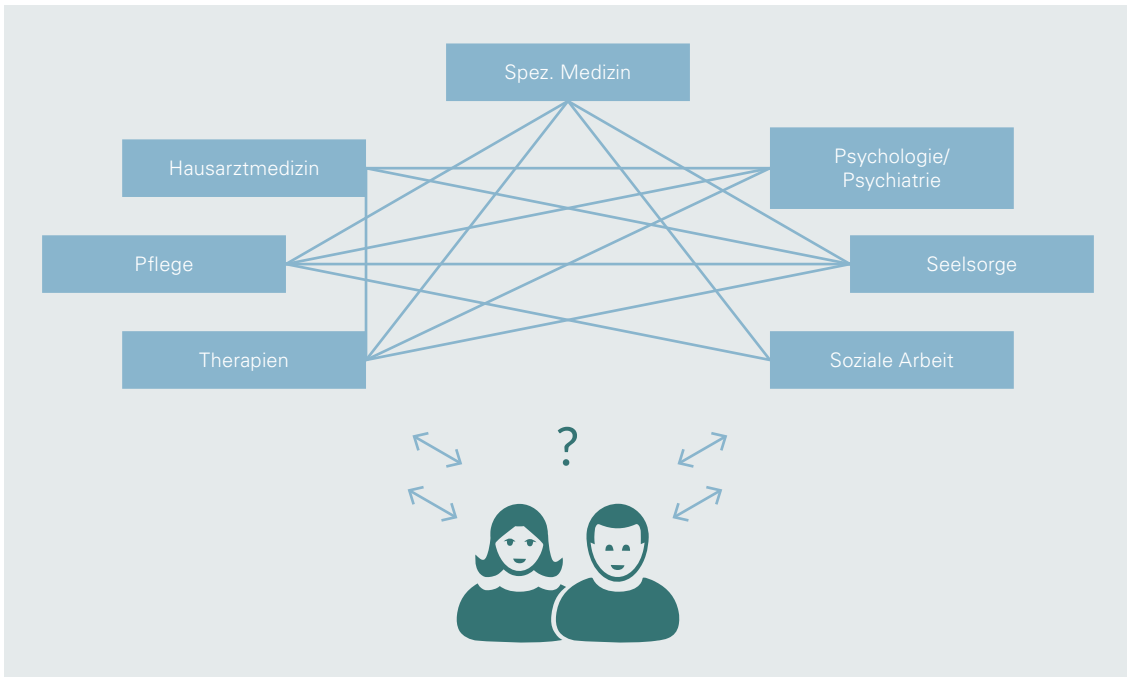
#### Modell A: Angehörige als Drehscheibe



Modell A ist häufig – quasi der Normalfall. Hier sind es die Angehörigen, die als Bindeglied zwischen den verschiedenen involvierten Akteurinnen und Akteuren fungieren. Informationen laufen meist über sie. Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachpersonen sind limitiert und beschränken sich auf bestimmte Anweisungen oder Akteurinnen und Akteure (z. B. Spitex und Hausärztin/Hausarzt oder Hausärztin/Hausarzt und Spezialistin/Spezialist) und bestimmte Informationen (schriftlicher Bericht an Hausärztin/Hausarzt, Verschreibung für die Spitex etc.).

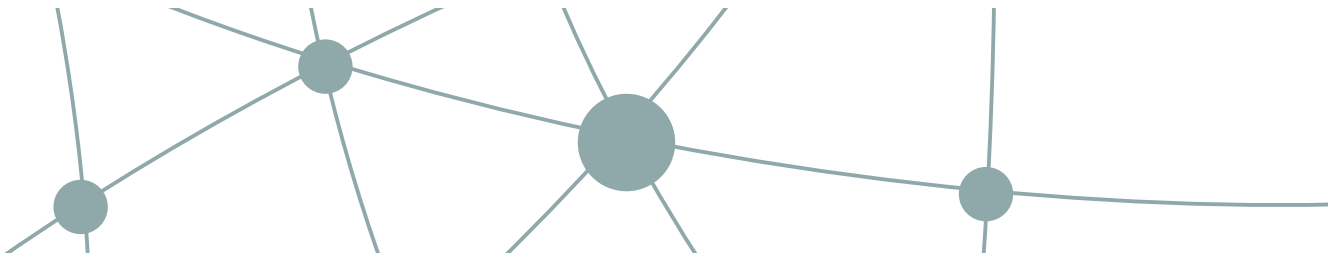


### Modell B: Interprofessionell, aber ohne Angehörige

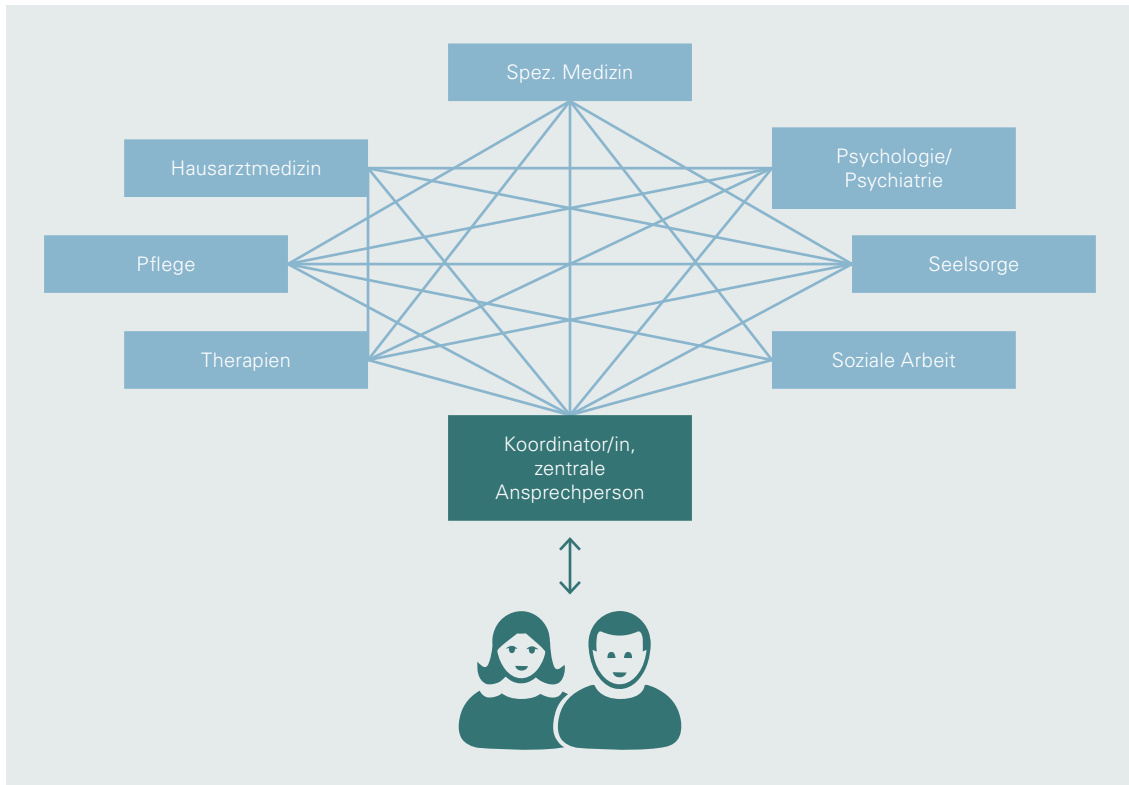


In Modell B arbeiten die verschiedenen Fachpersonen eng und koordiniert zusammen und tauschen sich regelmässig aus. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen funktioniert, die betreuenden und pflegenden Angehörigen sind aber nicht Teil davon. Sie sind vom Austausch ausgeschlossen und wissen dadurch auch nicht, wer was macht, wer mit wem was bespricht und entscheidet, oder an wen sie sich mit welchem Anliegen wenden müssen.

Diese Konstellation ist in den Berichten der Angehörigen oft zu finden. Einige ärgern sich darüber, ausgeschlossen zu sein, andere akzeptieren dieses paternalistische Vorgehen und vertrauen darauf, dass die Fachpersonen untereinander schon richtig entscheiden.

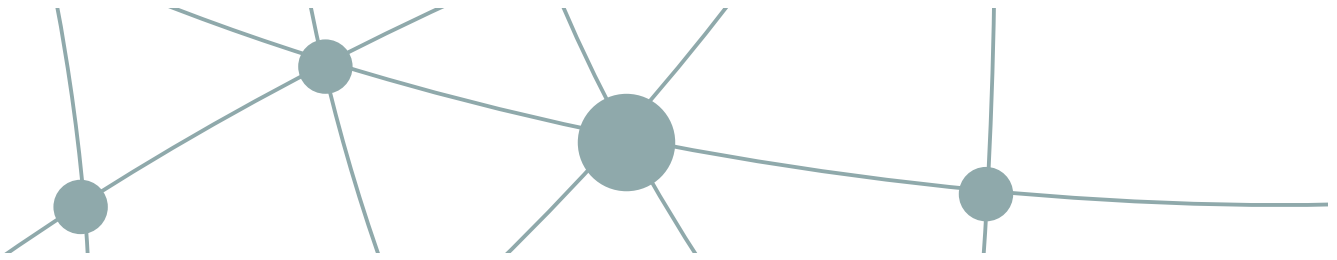


### Modell C: Zentrale Ansprechperson für Angehörige

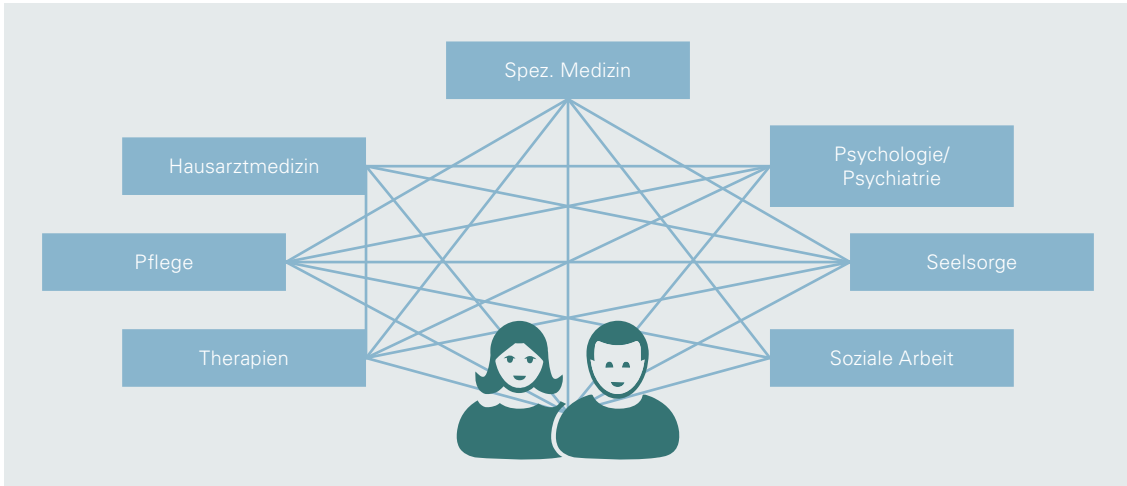


Auch in Modell C wird interprofessionell zusammengearbeitet. Zusätzlich ist hier klar definiert, wie die Schnittstelle zu den Angehörigen gestaltet wird, und wer die Funktion als Koordinator/in und als zentrale Ansprechperson für die Angehörigen übernimmt. Dies kann eine Hausärztin, ein Pflegekoordinator oder eine andere Fachperson sein. Informationen zwischen den Angehörigen und Fachpersonen laufen mehrheitlich über diese zentrale Ansprechperson, die gleichzeitig dafür sorgt, dass die Koordination unter den verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen funktioniert.

Dieses Modell wird von den Angehörigen sehr geschätzt, ist in der Praxis aber erst selten zu finden. Trotz Gewinnen hinsichtlich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) wird diese Koordination in der Regel von den Kassen nicht bezahlt, weil sie keine therapeutischen Massnahmen umfasst.

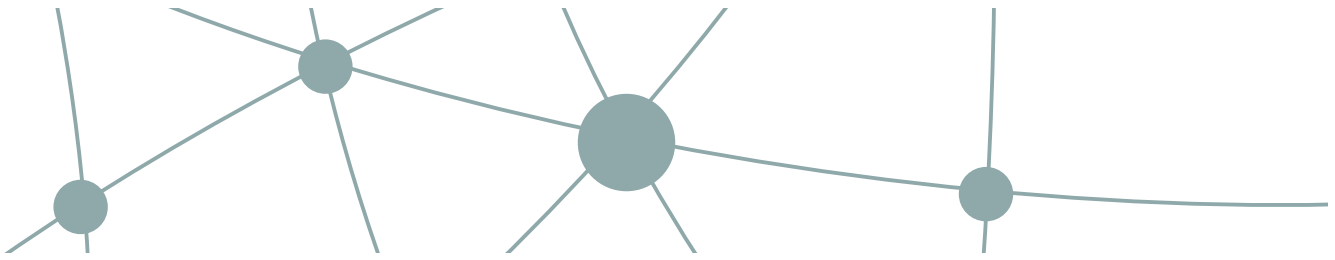


### Modell D: Interprofessionalität mit Angehörigen



Modell D ist in der Praxis kaum zu finden. Dabei sind die betreuenden und pflegenden Angehörigen integraler Teil des interprofessionellen Teams und als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner bei allen Besprechungen und Entscheidungen dabei. Es ist v. a. dort anzutreffen, wo Angehörige sehr engagiert für ihren Platz im Team kämpfen und sich aktiv einbringen.

Während in Modell A weder die interprofessionelle Zusammenarbeit noch der Einbezug der Angehörigen gegeben ist, funktioniert Interprofessionalität in den Modellen B, C und D gut. Aber nur in den Modellen C und D haben gleichzeitig auch die Angehörigen ihren klar definierten Platz mit Teilhabe- und Mitsprachemöglichkeiten im interprofessionellen Team.



### **Kompetenzen: Empathie und Wertschätzung sind entscheidend**

Kompetenzen im Umgang mit Angehörigen sind nicht eine Sache von einzelnen, speziell designierten und ausgebildeten Fachpersonen, sondern von allen im Versorgungssystem tätigen Personen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen dabei eine klare Rangliste bezüglich der erforderlichen Kompetenzen aus Sicht der Angehörigen wie auch der Fachpersonen:

(1) **Aktives Zuhören**, (2) **Kommunikationskompetenz** und (3) **Einfühlungsvermögen**.

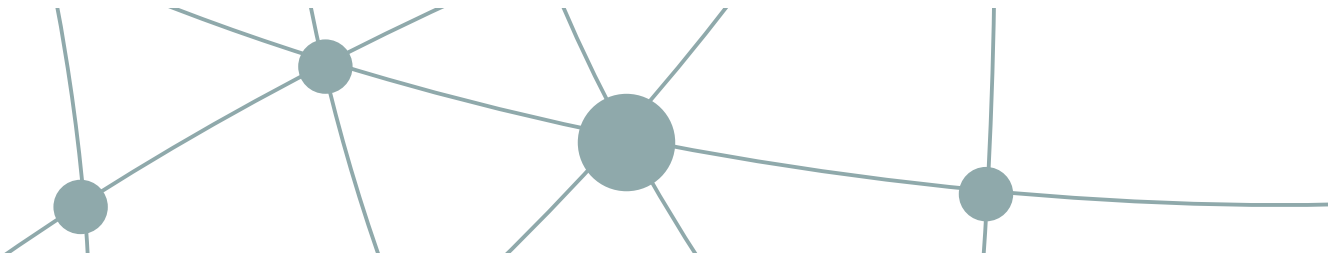
Erwartet und gefordert sind eine Haltung und Praxis, die sich deutlich vom «aufgeklärten» oder wohlmeinenden Paternalismus abheben. Dabei geht es vor allem um die Haltung der Fachpersonen: Sie sollen empathisch und wertschätzend sein. Fachkompetenzen sind zwar eine wichtige Grundlage, für das Erleben der Versorgung aber nachrangig.

Was die Grundausbildungen betrifft, so sind klare Defizite erkennbar. In allen Grundausbildungen kommt Angehörigenarbeit praktisch nicht vor – obschon sie für das Gelingen des Prinzips «stationär vor ambulant» einer der Erfolgsfaktoren ist. Angehörigen-spezifische Kompetenzen werden in speziellen Weiter- und Fortbildungen vermittelt, mit denen aber immer nur diejenigen erreicht werden, die sowieso schon sensibilisiert sind für die Anliegen und Bedarfe der Angehörigen.

### **Kompetenzen von Fachpersonen mit einer Beratungsfunktion: eine gefestigte Persönlichkeit, systemerfahren und vernetzt**

Personen mit einer expliziten Beratungs-/Lotsen-/Begleitfunktion spielen im Erleben der betreuten Angehörigen eher eine untergeordnete Rolle, da sie sich häufig an der Peripherie des Versorgungssystems befinden. Man muss ihnen meist zugewiesen werden oder sie aktiv aufsuchen. Der Zugang zu ihnen ist deshalb erschwert.

Fachpersonen in beratenden Funktionen brauchen weitergehende Kompetenzen als Fachpersonen mit einer Versorgungsfunktion. Zentral sind personale Kompetenzen: eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen zu können, dem Gegenüber mit Freundlichkeit und Respekt zu begegnen und mit ihrer Expertise unvoreingenommen und bedingungslos an die Ratsuchenden heranzutreten, um Potenziale zur Stärkung zu finden. Ausschlaggebend sind Kreativität und Flexibilität, ein grosses Fachwissen aus verschiedenen Bereichen sowie eine gute Vernetzung im Versorgungssystem. Übereinstimmend sagen Fachpersonen, dass theoretisches Wissen kaum ausreicht, sondern dass viel Lebens- und Berufserfahrung notwendig ist, um den Angehörigen einen Mehrwert bieten zu können.



## 5. Fazit und Empfehlungen

Das Bewusstsein für die Situation pflegender und betreuender Angehöriger ist in den letzten Jahren gewachsen. Die Zuständigkeit für die Anliegen der Angehörigen ist aber nur in den seltensten Fällen geregelt. Nur wenige Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialsystem haben explizit einen Auftrag, sich um Angehörige zu kümmern. Viele geben deshalb an, keine oder nur wenig Zeit dafür einsetzen zu können. Um die Zusammenarbeit zwischen pflegenden und betreuenden Angehörigen und Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen zu verbessern, macht das Forschungsteam 11 Handlungsempfehlungen:

### A) Angehörigenarbeit als Teil der Versorgung mitdenken

#### 1. Leistungsaufträge sollen eine Klausel zur Angehörigenarbeit enthalten

Damit werden Trägerorganisationen und Anbietende verpflichtet, Einbezug und Unterstützung von Angehörigen als Ziel festzulegen, ein Angehörigenkonzept auszuarbeiten und die Umsetzung periodisch zu überprüfen.

#### 2. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klären – intern wie auch institutionsübergreifend

Abreden zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren erleichtern die interprofessionelle und institutionenübergreifende Zusammenarbeit; sie legen fest, wer wofür zuständig und verantwortlich ist.

#### 3. Angehörigenarbeit muss im Auftrag der Fachpersonen einen wichtigeren Platz erhalten

Alle Mitarbeitenden mit Patienten- bzw. Klientenkontakt (auch tief Qualifizierte), die mit Anliegen von Angehörigen konfrontiert sind, brauchen einen klaren Auftrag und Zeit für ein offenes Ohr oder kurze Gespräche.

#### 4. Beratung und Koordination bei allen Fachpersonen stärken

Weil Beratung auch in (noch nicht) krisenhaften Situationen niederschwellig und breit verfügbar sein muss, brauchen alle Fachpersonen solche Kompetenzen – auch Personen mit EFZ, Attest oder Anlehre.

### B) Finanzierung sicherstellen

#### 5. Abrechnungsmöglichkeiten für Leistungen für Angehörige im Tarifsystems klären oder schaffen

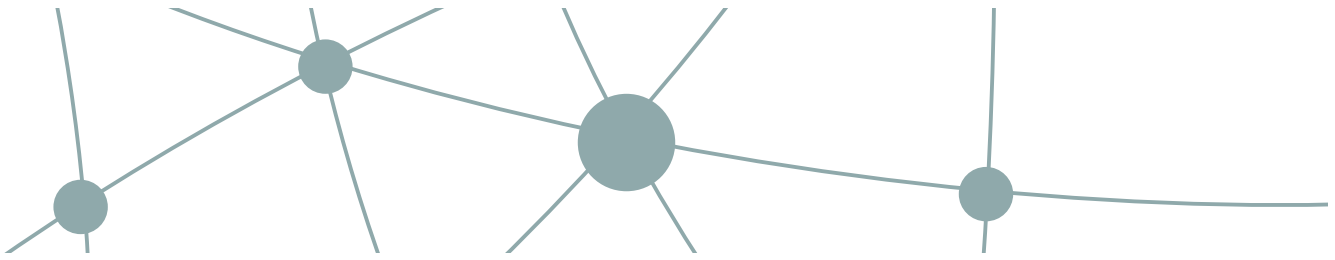
In den Tarifen der Berufsgruppen, die mit Angehörigen zu tun haben – nicht nur bei Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten oder Sozialarbeitenden –, braucht es Positionen für Angehörigenarbeit (nach Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW)).

#### 6. Beratung und Koordinationsangebote müssen finanziert werden

Beratungen u. a. durch aufsuchende Koordinatorinnen und Koordinatoren sind wichtige Elemente. Aktuell ist unklar, ob Kantone/Gemeinden oder Krankenkassen für Leistungen zuständig sind, die nicht unter KLV Art. 7 fallen.

#### 7. Anschubfinanzierung von Pilotprojekten durch Bund und Kantone

Innovative Versorgungsmodelle mit neuen Wegen bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen haben in der Startphase einen erhöhten Ressourcenbedarf. Unterstützung in dieser Zeit zahlt sich später aus.



## **8. Wissenschaftliche Evaluationen und Versorgungsforschung unterstützen, um WZW zu belegen**

Mit erprobten wissenschaftlichen Verfahren und Standards lassen sich Chancen und Risiken erkennen. Sie liefern robuste Grundlagen für evidenzbasierte Entscheide und verhindern Fehlallokationen.

### **C) Schulung und Sensibilisierung**

#### **9. Angehörigenarbeit in den Lehrplänen verankern**

Weil praktisch alle Fachpersonen in ihrem Berufsalltag direkt oder indirekt mit Angehörigen zu tun haben, ist die Angehörigenthematik in alle Grundausbildungen im Gesundheits- und Sozialbereich zu integrieren.

#### **10. Die Metakompetenzen Kommunikation und Zusammenarbeit stärken**

Für den wertschätzenden und unterstützenden Umgang mit Angehörigen sind Kommunikation, Einfühlungsvermögen und Selbstreflexion zentral. Darum muss mehr als Fach- und Methodenkompetenz vermittelt werden.

#### **11. Förderung der Weiter- und Fortbildung für Beratung und Koordination**

Mit der steigenden Komplexität der Krankheitsverläufe und der Versorgung steigt der Bedarf an Beratung, Begleitung und Koordination sowie an wirksamer Unterstützung bei der Navigation im System.

## **6. Weiteres Vorgehen**

Das BAG wird auf der Grundlage aller im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» durchgeführten Studien bis zum Programmende einen Synthesebericht erstellen.

### **Originaltitel:**

Brügger Sarah, Sottas Beat, Kissmann Stefan, Keel Sara, Dell'Eva Emilie (2020): Kompetente Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen. Schlussbericht des Forschungsmandats G08 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern.

### **Link zur Originalstudie:**

[www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige-programmteil1](http://www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige-programmteil1)