

Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept

Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich

*Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte
in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW*

3., überarbeitete Auflage

Ansprechstellen im
Land NRW zur
Pflege Sterbender,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung



in Kooperation mit



**Hospiz- und
Palliativverband
NRW e.V.**

*Nordrhein-westfälisches
Qualitätskonzept*

*Maßstäbe für die Soziale Arbeit
im Hospiz- und Palliativbereich*

*Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte
in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW*

3., überarbeitete Auflage

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	4
Vorwort	5
1. Einleitung	8
2. Kurzdarstellung der Aufgabe von Sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich	11
3. Arbeitsfelder	13
3.1 Ambulante Hospizdienste	13
3.2 Stationäre Hospize	14
3.3 Palliativstationen	16
3.4 Palliative-Care-Teams (SAPV)	18
3.5 Kinderhospiz- und Kinderpalliativarbeit	20
3.6 Netzwerke	23
4. Beziehungsqualität als Basis hospizlicher und palliativer Praxis ..	25
4.1 Qualitätsverständnis	25
4.2 Fallbeispiel Beziehungsqualität	28
4.3 Übergreifende Qualitätsmerkmale	32
5. Qualitätsmerkmale zentraler Aufgaben	34
5.1 Beratung	34
5.2 Gewinnung, Befähigung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen	36
5.3 Unterstützung des fachlichen Bezugssystems	38
5.4 Trauerbegleitung	39
5.5 Kooperationen und Gremienarbeit	41
5.6 Öffentlichkeitsarbeit, offene Bildungsarbeit und Kulturarbeit ...	42
5.7 Hospiz- und Palliativpraxis als Lernort für Studierende der Sozialen Arbeit	44

6. Profil – Soziale Arbeit in (Hospizarbeit und) Palliative Care . .	46
7. Schlusswort und Ausblick	56
8. Begriffsklärung	58
Literaturliste	65
Autorenliste	67

Grußwort

„Der Mensch und seine Bedürfnisse“ ist der oberste Grundsatz der Hospizbewegung, der in der Gesellschaft und bei allen verantwortlich Handelnden auf einen breiten Konsens trifft. Dieser Konsens zeigt sich in der seit über 25 Jahren gewachsenen Infrastruktur in der Hospiz- und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen. Deren Ziel ist es, den betroffenen Schwerstkranken und Sterbenden ein würdevolles, selbstbestimmtes und möglichst schmerzfreies Leben bis zum Tod zu ermöglichen.

Eine mitmenschliche und individuelle Versorgung ist aber nur möglich, wenn eine multidisziplinäre, kooperative und sektorübergreifende Zusammenarbeit aller an der Versorgung der Betroffenen beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erfolgt. Im Rahmen dieser ganzheitlichen Palliative Care-Versorgung nimmt der Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW eine wichtige beratende und koordinierende Funktion wahr. Er ist ein Garant für die Bildung gut funktionierender und qualitätsbewusster Netzwerkstrukturen. Mit seinem Qualitätskonzept „Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich“ gibt er eine wertvolle Hilfestellung für die sozialarbeiterisch tätigen Fachkräfte. Dieses Konzept zeigt, welche Strukturen, personellen Qualifikationen, Prozesse und Methoden notwendig sind, um die Versorgung und Betreuung im Sinne der Betroffenen zu verbessern.

Mit dieser Veröffentlichung leistet der Arbeitskreis daher einen wesentlichen und engagierten Beitrag zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards in der Hospiz- und Palliativarbeit.

Für dieses Engagement möchte ich mich bei allen Beteiligten herzlich bedanken.



Barbara Steffens

Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Vorwort zur 3. Auflage

Das Voranschreiten Sozialer Arbeit nicht nur als Profession, sondern auch als eigenständige Disziplin, lässt sich nicht mehr aufhalten. Die Fragen nach einer Semiprofession Sozialer Arbeit, die abhängig von anderen Professionen übrig gebliebene, alltagsnahe Restaufgaben übernimmt, oder einer Teildisziplin der Erziehungswissenschaften, können getrost in den Archivschrank der Geschichte gestellt werden, ohne die sich daraus entwickelten Anfragen und Antworten zu vergessen.

„Social work ist a practice-based profession and a academic discipline ...“ so haben es die Internationale Assoziation der (Hoch-)Schulen Sozialer Arbeit (IASSW) und die Internationale Föderation der Berufsverbände Sozialer Arbeit (IFSW), in der auch der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) Mitglied ist, 2014 festgeschrieben.

Eine einheitliche Identität oder gedankliche Ordnung Sozialer Arbeit ergibt sich zunächst weder über ein Handlungsfeld – Soziale Arbeit ist tätig von der Frühförderung bis zur Sterbebegleitung – noch über eine disziplinäre Metatheorie. Denn zu vielfältig und unvereinbar sind sowohl die benötigten wissenschaftlichen Inhalte aus den Bezugswissenschaften Soziologie, Psychologie, Medizin, Recht, Erziehungswissenschaften, um nur einige wichtige zu nennen, als auch die klassischen, „einheimischen“ Fachbegriffe wie beispielsweise systemisch, subjekt- und lebensweltorientiert, öko-sozial, reflexiv, dienstleistend. Und auch eine bestimmte Gruppe von Menschen, die „am Rand der Gesellschaft stünde“, lässt sich als Spezifik Sozialer Arbeit nicht mehr ausmachen. Schon lange hat Soziale Arbeit den ausschließlichen „Geruch“ ihrer Adressat*innen „von Armut und Delinquenz“, der ihr – vor allem den Menschen gegenüber despektierlich – zugesprochen wurde, um mit der gesellschaftlichen Randstellung der Menschen auch Soziale Arbeit als Profession an den Rand zu stellen und ihr einen Disziplincharakter abzusprechen, abgelegt: sie ist längst in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Ihr „Geruch“ ist spiegelbildlich zu dem der Gesellschaft: jede und jeder wird im Laufe ihres/seines Lebens Adressat*in Sozialer Arbeit sein. Der Kontakt beginnt im Kindergarten, geht weiter in der Schule und endet möglicherweise im

Sterben. Und auch im Erwachsenenalter begegnen uns Fachkräfte Sozialer Arbeit in unterschiedlichen Beratungsstellen, in Organisationen und politischen Gremien sowie im Quartier oder im Gemeinwesen, in dem wir wohnen.

In einer individualisierten Gesellschaft, in der auch die Professionen und Organisationen nebeneinander her arbeiten, ist die Frage der Gestaltung des sozialen Miteinanders zwischen Menschen, Professionen und Organisationen hoch virulent. Wir benötigen Fachkräfte, die das Dazwischen, das zwischen den Menschen gemeinsam zu Bildende, die Menschwerdung des „Ichs“ am „Du“ (Martin Buber) in den Rahmenbedingungen und durch Selbstbeteiligung gestalten können. Dabei erwächst jedem Einzelnen Verantwortung im Anerkennen der Andersheit des Anderen, den ein betrachtendes und erkennendes „Ich“ nie ganz begreifen, geschweige denn erfassen kann (Emmanuel Levinas). Wir benötigen Fachkräfte, die Räume der Begegnung in psycho-sozialer Hinsicht mit und ohne Selbstbeteiligung gestalten können. In dieser Metapher der psycho-sozialen Begegnungsraumgestaltung, die zum Fachbegriff mit Hilfe von Theorien in den einzelnen Handlungsfeldern ausformuliert werden muss und die ein Zentrum in der Gestaltung der Beziehung hat, liegt der Identitätskern Sozialer Arbeit. Auf diesen können sich Fachkräfte Sozialer Arbeit beziehen. Er bietet eine Abgrenzung zu anderen Professionen und Disziplinen und erfordert zur Qualifizierung der professionellen Arbeit auf.

Die unterschiedlichen Organisationsformen in den vielfältigen Arbeitsfeldern im Hospiz- und Palliativbereich sind für Fachkräfte Sozialer Arbeit ein bewusst zu gestaltender Raum sozialer Begegnungsmöglichkeiten für sterbende Menschen mit sich selbst, mit ihren Zugehörigen sowie mit den ehrenamtlich und den professionell Tätigen. Dieser Raum will beispielsweise im stationären Hospizbereich mit Blick auf die sterbenden Menschen nach Innen und auch nach Außen, in das Gemeinwesen hinein, in sozialer Hinsicht geformt sein. Zu diesem Raum gehören materielle Faktoren und auch die psycho-soziale, mitmenschliche, vertrauensvolle Beziehung. Im ambulanten Hospizbereich zählen eine Ermöglichung möglichst gelingender, alltagsnaher Begegnung von sterbenden Menschen mit Ehrenamtlichen und die Gestaltung interprofessioneller

Zusammenarbeit zur Aufgabe Soziale Arbeit. Im interdisziplinären Kontext, in der Zusammenarbeit mit Pflege und Medizin, erläutern Fachkräfte Sozialer Arbeit so immer mehr ihren eigenen, identitätsstiftenden „Kern“ und die Qualitätsmerkmale Ihrer Aufgaben.

Hierzu leistet die vorliegende Broschüre in der überarbeiteten Fassung einen eigenständigen, beachtenswerten und wichtigen Beitrag. Es ist wünschenswert und erforderlich, dass vergleichbare Werke in anderen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit aus der Praxis heraus entstehen. Den Autor*innen sei für Ihre Arbeit herzlich gedankt und den Leser*innen die Lektüre sehr anempfohlen. Allen Vertreter*innen Sozialer Arbeit ist eine breite Diskussion und stetige Weiterentwicklung der Professions- und Disziplinhalte zu wünschen. Die vorliegende Broschüre bietet hierzu eine anregende und ideenreiche Grundlage. Sie wird den interprofessionellen und -disziplinären Austausch beflügeln: Soziale Arbeit macht sich in ihrer Eigenständigkeit immer profilierter zu einem nicht wegzudenkenden Faktor professioneller Zusammenarbeit im Hospiz- und Palliativbereich.

Erkenntnisreiche Freude beim Lesen und eigenen Weiterdenken wünscht
den Leser*innen

Prof. Dr. Hugo Mennemann
Fachbereich Sozialwesen, Fachhochschule Münster

im November 2016

1. Einleitung

Martina Ellmann, Karin Leutbecher

Die Hospiz- und Palliativarbeit hat in Deutschland innerhalb der zurückliegenden 30 Jahre eine bemerkenswerte Bedeutsamkeit und Ausbreitung erlangt. Diese ursprünglich angloamerikanische Bewegung hat sich heute in nahezu jeder deutschen Großstadt und in vielen ländlichen Regionen in Form von ambulanten Versorgungsmöglichkeiten, Palliativstationen, ambulanten und stationären Hospizen sowie Einzelinitiativen etabliert. Spezialisierungen für besondere Gruppen wie z. B. Kinder, Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund oder auch die immer größer werdende Gruppe der Demenzerkrankten nehmen zu. Aufgrund dieser Veränderungen entstehen neue Aufgabenfelder z. B. in Alten- und Behindertenheimen oder Krankenhäusern. Eine sehr viel differenziertere Netzwerkarbeit wird unumgänglich.

Ausgehend von einer Bürgerbewegung, die sich viele Jahre vorrangig getragen von Ehrenamtlichkeit entwickelte, setzt sich jetzt zunehmend eine hauptamtliche und immer spezialisiertere Struktur der Hospiz- und Palliativarbeit im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland durch.

Hier hat sich ein großes Aufgaben- aber auch Spannungsfeld für sozialarbeiterisches Handeln herausgebildet. Soziale Arbeit ist mittlerweile neben vielen anderen Berufsgruppen und dem Ehrenamt ein unabdingbarer Bestandteil der professionellen Begleitung von Schwerstkranken, Sterbenden, ihren Angehörigen und Trauernden.

Die Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen sind ganzheitlicher und komplexer Natur. Aufgrund der fachübergreifenden Spezialisierung sind Sozialarbeiter*innen in der Lage die Schnittstellenfunktion zwischen den Betroffenen und den am Hilfe- und Versorgungsprozess beteiligten Personen und Systemen kompetent auszufüllen, um ein effizientes Arbeiten und eine gute Kommunikation zu ermöglichen. Besondere Stärken weist die soziale Arbeit in ihrer Beziehungsarbeit und ihrer Netzwerkkompetenz aus.

Experten in den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP, Deutscher Hospiz- und Palliativverband DHPV, etc.) sind sich einig, dass soziale Arbeit in der hospizlich palliativen Versorgung fester Bestandteil sein sollte. Die Realität zeigt jedoch, dass bundesweit zwar auf den meisten Palliativstationen Sozialarbeit zur Verfügung steht (allerdings in sehr unterschiedlichen Stellenanteilen), aber nur in 60 % der stationären Hospizen und in 34 % der Ambulanten Hospizdienste. Weitere Versorgungssettings wie SAPV Teams oder Palliativdienste in Krankenhäusern wurden noch gar nicht erfasst (Wasner 2016).

Diese Veröffentlichung wurde von in der Hospiz- und Palliativarbeit tätigen Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen (Diplom, Bachelor, Master) verfasst. Sie bietet einen Überblick über die spezifischen Handlungsfelder und Qualitätsanforderungen dieser Berufsgruppe. Die dritte Auflage wurde notwendig, da sich das Arbeitsgebiet dynamisch weiter entwickelt, der Autorenkreis sich verändert und erweitert hat und erfreulicherweise die zweite Auflage vergriffen war.

Alle Autoren sind im „Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW“ organisiert, der folgende Ziele hat:

- Erstellung und kontinuierliche Überarbeitung des Berufsbildes Sozialer Arbeit in der Hospiz- und Palliativarbeit,
- verstärkte Etablierung der Sozialen Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich,
- Förderung eines kollegialen Austausches auf fachlicher Ebene,
- Vernetzung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen,
- Arbeit und Weiterentwicklung an Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Der Arbeitskreis, gegründet 1994, versteht sich als Fachforum für die Vielfaltigkeit der psychosozialen und sozialrechtlichen Arbeitsschwerpunkte in der Beratung und Begleitung sterbender Menschen, ihrer (pflegenden) Zugehörigen sowie der nachgehenden Betreuung trauernder Menschen. Der Arbeitskreis wird unter dem Dach des Hospiz- und Palliativverbandes NRW geführt und durch die Akademie für Palliativmedizin in Bonn und ALPHA-Westfalen unterstützt.

In dieser Broschüre wird erörtert, welche Strukturen, personellen Qualifikationen, Prozesse und Methoden aus der Sicht der oben genannten Praktiker*innen notwendig sind, um im Spannungs- und Handlungsfeld der Hospiz- und Palliativarbeit die Qualität der Arbeit sichern und steigern zu können.

Nach einer kurzen einführenden Darstellung Sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich werden zunächst die Arbeitsfelder benannt und aus Sicht der Praktiker*innen konkretisierend beschrieben.

Im Zentrum steht die Beschreibung der Qualität Sozialer Arbeit. Neben der bekannten Trias von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird in der Neuauflage dieser Broschüre als grundlegende Dimension die Beziehungsqualität hinzugefügt. Diese wird in einem Artikel zum Qualitätsverständnis in der Hospizarbeit eingeführt.

Anhand des Profils – Soziale Arbeit in Palliative Care (verfasst durch die Sektion Soziale Arbeit der DGP) wird abschließend verdeutlicht, welche Aufgaben die Sozialarbeit innerhalb ihrer Arbeitsfelder übernimmt und welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit Sozialarbeiter*innen diesen komplexen Aufgaben gerecht werden können.

Die Begriffsklärung im Anhang erläutert Fachbegriffe und Abkürzungen, die in der Broschüre verwendet wurden.

Die einzelnen Texte wurden durch verschiedene Autor*innen und Autorengruppen erstellt, so dass die Texte nicht vollständig im Hinblick auf Strukturen oder auf gendergerechte Sprache aufeinander abgestimmt sind. Vorrangig verwenden wir die Variante, die möglichst beide Geschlechter mit einbezieht (Bsp. Mitarbeiter*innen). Die Texte sind in gemeinsamer Diskussion entstanden und spiegeln einen Prozess wider. Persönliche Sichtweisen und Einschätzungen der Autoren wurden beibehalten, sind jedoch teilweise durch ein Team redaktionell überarbeitet worden.

2. Kurzdarstellung der Aufgabe von Sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich

Beate Dirkschnieder

Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich fördert die Begleitung von Menschen am Lebensende und ihrer Zugehörigen. Sie setzt sich durch Beratung, Begleitung und Betreuung für die Unterstützung und Stärkung des Einzelnen in der Wahrnehmung seiner Belange und Bedürfnisse ein. Sie trägt somit dazu bei, dass der Einzelne sein Leben in Würde und selbstbestimmt zu Ende führen kann.

Toleranz, Gerechtigkeit, Fürsorge, Empathie und Wahrhaftigkeit sind weitere zentrale Säulen von Sozialer Arbeit. Diesen zutiefst ethischen Werten begegnen Kollegen*innen in der Hospiz- und Palliativarbeit fast täglich.

Wenn ein Mensch schwer erkrankt oder stirbt, stürzt das ihn, aber auch seine Familie oder die Zugehörigen zumeist in eine Krisensituation, in der die verpassten Gelegenheiten der Vergangenheit, die Anforderungen der Gegenwart und Ängste vor der Zukunft in den Brennpunkt rücken.

Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich versteht sich als Unterstützung in der Bewältigung der vielfältigen und komplexen Anforderungen in dieser besonderen Lebenssituation. In der täglichen Arbeit stärken psychosoziale Fachkräfte die Betroffenen mit dem Ziel, ihre eigenen Ressourcen zu erkennen, ihre Interessen eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten bzw. zu gestalten, ohne deren Autonomie einzuschränken (Empowerment).

Beeinflusst durch den medizinischen Fortschritt gestaltet sich unser Leben zunehmend komplexer und dies führt zu einem veränderten Umgang mit schwierigen Fragen am Lebensende. Fragen, die auftauchen, kreisen um Themen wie Lebenserhaltung, Lebensverlängerung, Sterbenlassen, Umgang mit Verantwortung und Schuld, Umgang mit Sterbewün-

schen und mit palliativer Sedierung, Spannung zwischen Autonomie und Abhängigkeit.

Der hohe Respekt vor dem Lebensentwurf eines anderen Menschen und die Akzeptanz der Unterschiedlichkeit führt dazu, dass es kaum Standardisierung der Arbeitsabläufe im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden gibt. Ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit ist notwendig. In einer globalisierten Welt spielt die Wertepluralität eine wichtige Rolle. Sozialarbeiter*innen fällt hier die Aufgabe der „Übersetzer*in“ oder „Vermittler*in“ zu.

Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich ist sich der Bedeutung der Zugehörigen im Prozess des Abschiednehmens bewusst. Deshalb ist der Fokus auf die „Person-in-ihrer-Welt“ oder besser gesagt „mit-ihrer-Welt“ gerichtet.

Psychosoziale Fachkräfte verfügen über gute Kenntnisse der unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten, haben einen guten Überblick über die Angebote im regionalen Netzwerk und können so bei Bedarf vermittelnd tätig sein. Dabei geht die Beratungstätigkeit von Sozialarbeitern, z. B. in Form von Trauerbegleitung, oft über den Tod des Betroffenen hinaus. Auch in diesem Arbeitsbereich sind fundierte Beratungskennnisse, Methodenkompetenz und Flexibilität erforderlich.

Neben der konkreten Begleitung Einzelner ist die Berufsgruppe „Soziale Arbeit“ für alle Tätigkeiten zuständig, die die Verknüpfung zum Gemeinwesen deutlich macht.

Hospizarbeit trägt durch Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung von Tod, Sterben und Trauer bei. Die Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter durch einen engen Dialog mit der Gesellschaft ist eine weitere wichtige Aufgabe. Soziale Arbeit trägt damit maßgeblich zu einer gelingenden Kommunikation zwischen Hospizorganisationen und Gemeinwesen bei.

3. Arbeitsfelder

3.1 Ambulante Hospizdienste

Johannes Horstmann, Ursula Elisa Witteler

Ambulante Hospizdienste erbringen lt. § 39a SGB V ehrenamtliche Sterbebegleitung im Haushalt der erkrankten Person bzw. in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe sowie im Krankenhaus.

Ambulante Hospizdienste unterstützen sterbende Menschen dabei, ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu führen. Sie bieten Entlastung und Unterstützung für An- und Zugehörige. Die Wünsche und Bedürfnisse des sterbenden Menschen stehen dabei im Zentrum der ambulanten Hospizarbeit.

Das tragende Element ambulanter Sterbebegleitung ist das Engagement dafür vorbereiteter ehrenamtlicher Hospizbegleiter*innen. In der psychosozialen Begleitung übernehmen diese vielfältige Aufgaben und leisten solidarische und mitmenschliche Hilfe.

Die Organisationsformen der einzelnen Hospizdienste sind örtlich sehr unterschiedlich. Es gibt Dienste ohne Trägeranbindung; in den meisten Fällen sind diese nach §39a SGB V geförderten Dienste an Vereine, Wohlfahrtsverbände und/oder stationäre Hospize bzw. andere soziale Einrichtungen angegliedert.

Ganz im Selbstverständnis der Sozialen Arbeit sind die vielfältigen Aufgaben der Koordination eines ambulanten Hospizdienstes möglichst durch ein multidisziplinäres Team zu bewältigen. Die Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit umfassen je nach persönlicher Qualifikation und Weiterbildung folgende Aufgabenbereiche:

- Koordination der Aktivitäten des ambulanten Hospizdienstes,
- Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen,
- Durchführung der Erstkontakte,

- Kontaktherstellung zwischen den sterbenden Menschen und den ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen,
- Einsatzplanung der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen,
- Begleitung der Hospizbegleiter*innen (Praxisbegleitung zur Unterstützung ehrenamtlich tätiger Personen),
- Gewährleistung von Supervision für die Hospizbegleiter*innen,
- Gewährleistung/Durchführung der Schulung/Qualifizierung der Hospizbegleiter*innen,
- Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit des ambulanten Hospizdienstes, auch unter Einbindung der Hospizbegleiter*innen,
- palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen,
- Vermittlung weiterführender Hilfen,
- Dokumentation und Qualitätssicherung in der Patientenbegleitung,
- Zusammenarbeit in den übrigen vernetzten Strukturen (insbesondere mit der palliativ-medizinischen Ärztin/Arzt bzw. palliativ-pflegerischen Pflegedienst),
- Öffentlichkeits-, Gremien- und Netzwerkarbeit,
- konzeptionelle und wissenschaftliche Arbeit,
- Organisation, Vermittlung und/oder Durchführung von Trauerbegleitung.

3.2. Stationäre Hospize

Ursula Ellermann, Gabi Moritz, Birgit Wältring

Stationäre Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Sie verfügen mindestens über acht und in der Regel höchstens über 16 Betten (DHPV 2016). Sie bieten für unheilbar schwerkranke und sterbende Menschen sowie deren soziales Umfeld einen Ort, an dem sich das Leben in Würde vollenden kann. Die Bewohner (je nach Konzept auch Gäste oder Patienten genannt) und deren Zugehörige werden durch ein multiprofessionelles Team aus hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen begleitet und betreut.

In einem ausführlichen Beratungsgespräch mit dem Patienten und seinen Zugehörigen wird geklärt, ob der Betroffene einen Hospizaufenthalt wünscht. Entscheidet der Patient sich für das stationäre Hospiz, bespricht der Soziale Dienst mit ihm seine Wünsche und Bedürfnisse für die Zeit des Hospizaufenthaltes.

Ziel der Versorgung im stationären Hospiz ist es, neben der palliativ-pflegerischen und medizinischen Versorgung auf Wunsch auch die psychosoziale und seelsorgerische Begleitung anzubieten und sicherzustellen. In diesem Rahmen bietet der Soziale Dienst individuell angemessene Unterstützung bis hin zur Krisenintervention. Arbeitsschwerpunkt dieser psychosozialen Begleitung ist das Angebot einer zuverlässigen, möglichst vorurteilsfreien und vertrauensvollen Beziehung auf Zeit. Die Beziehung basiert auf einer empathischen Haltung und zeichnet sich durch eine Ausgewogenheit von Nähe und Distanz aus.

Der Gast und seine Zugehörigen erhalten auf Wunsch Unterstützung:

- bei der Wahrnehmung und Umsetzung von Bedürfnissen,
- bei Biographie- und Lebensbilanzarbeit,
- in seelischen Krisen und Verarbeitungsprozessen,
- zur gelingenden Kommunikation,
- zur Förderung der eigenen Ressourcen,
- beim Geltendmachen von gesetzlichen Ansprüchen nach §39a SGB V sowie auf Grundlage der weiteren Sozialgesetzbücher,
- bei der Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht,
- bei Fragen zu Sorgerecht, Erbrecht etc.,
- bei Auszug aus dem Hospiz.

Ist der Bewohner verstorben, werden die Hinterbliebenen über weitere Angebote im Hospiz informiert und können bei Bedarf Einzelgespräche sowie Trauergesprächskreise in Anspruch nehmen.

Im multiprofessionellen Team sind Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen oftmals zuständig für die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (Pflege, Hauswirtschaft und ehrenamtliche Kolleg*innen). Aufgrund des

generalistisch angelegten Studiums der Sozialen Arbeit regen sie in besonderer Weise eine multiprofessionelle Zusammenarbeit an.

Ehrenamtliche Kolleg*innen werden als Träger des bürgerschaftsbewegten Hospizgedankens wertgeschätzt. Die Mitarbeiter*innen des Sozialen Dienstes sind in einigen Hospizen verantwortlich für die Gewinnung, Vorbereitung und Begleitung der Ehrenamtlichen. In anderen Einrichtungen ist dieser Aufgabenbereich durch die Mitarbeiter des Ambulanten Hospiz- und Palliativdienstes bis hin zu ausschließlich für diesen Bereich verantwortliche Ehrenamtsmanager*innen sichergestellt.

3.3. Palliativstationen

Ursula Ellermann, Hanna Szibalski

Palliativpatient*innen sind aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung und der damit einhergehenden Begleitsymptomatik einer möglichst individuell festzulegenden Behandlung und Therapie unterworfen. Ein komplexes Symptomgeschehen und/oder eine soziale Krisensituation können eine Aufnahme auf einer Palliativstation begründen.

Die Finanzierung des Aufenthaltes basiert auf §39 SGB V, d. h. es handelt sich um eine reguläre Finanzierung nach dem DRG-System oder aber bei Anerkennung als besondere Einrichtung über separat verhandelte Pflegesätze. Eine Einweisung erfolgt i. d. R. über den Haus- oder Facharzt.

Die Besonderheiten einer Palliativstation wurden von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in folgender Definition zusammengefasst:

„Die Palliativstation ist eine Abteilung in oder an einem Krankenhaus. Sie ist spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatienten. Charakteristisch für die Palliativstation ist das multiprofessionelle Team aus hierfür qualifizierten Ärzten, Pflegern, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Psychologen und weiteren Therapeuten, ergänzt durch ehrenamtliche Hospizhelfer. Auf der Palliativstation können medi-

zinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Probleme wechselnde Priorität haben. Deshalb sind Kommunikation und Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Die Palliativstation arbeitet vernetzt mit medizinischen Zentren, Krankenhausabteilungen, Hausärzten, ambulanten Pflege- und Hospizdiensten, stationären Hospizen und anderen geeigneten Einrichtungen. Ziel ist es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder entlassen werden können.“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Stand: 31.10.2003)

Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung und die Vernetzung mit weiter betreuenden Einrichtungen sind Kernaufgaben der Sozialarbeit auf einer Palliativstation. Nicht nur die Patient*innen selber, sondern besonders auch deren gewöhnlich stark geforderte Zugehörigen benötigen intensive Beratung, um entscheiden zu können, wie sie die begrenzte Lebenszeit verbringen und gestalten möchten. Der oft rasche Wechsel von Krankheitssymptomen in der Endphase der Erkrankung führt häufig zu Verunsicherungen bei den Betroffenen und erfordert bei der Entlassungsplanung eine flexible Ausrichtung.

Das Aufgabenspektrum der Sozialarbeit auf einer Palliativstation umfasst unter anderem:

- psychosoziale Einzelfallberatung,
- sozialrechtliche Beratung auf Grundlage der Sozialgesetzbücher,
- Unterstützung beim Geltend machen von Ansprüchen,
- Hilfestellung bei Anträgen (Antrag auf Schwerbehindertenausweis, Pflegestufe, etc.),
- Organisation von Hilfsmitteln,
- Unterstützung bei Kontaktaufnahme, Anmeldung und Überleitung in weiter betreuende Einrichtungen (insbesondere Pflegedienste, Hospize etc.),
- Beratung bei Fragen zur gesetzlichen Betreuung, Vorsorgevollmachten und zu Patientenverfügungen,
- Vermittlung bei Fragen zum Sorgerecht, Erbrecht etc.

Eine ausführliche Benennung der Kernaufgaben und Handlungsmethoden ist im Kapitel 6 Profil – Soziale Arbeit in (Hospizarbeit und) Palliative Care zu finden.

Sozialarbeiterische Tätigkeit erfordert eine feste Einbindung in das Stationsteam mit Teilnahme an Übergaben und interdisziplinären Visiten. Nur so kann bei der relativ kurzen Verweildauer der Patienten auf einer Palliativstation der individuelle Unterstützungsbedarf der schwerkranken Patienten und ihrer Zugehörigen ausreichend ermittelt und sichergestellt werden. Nicht zuletzt ist es wesentlich von der sorgfältig geplanten Entlassung und Vernetzung und von der Stärkung der Angehörigen abhängig, wie lange das gewählte Versorgungssystem standhalten kann. Bei einer üblichen Stationsgröße von 6-10 Betten ist laut der Expertise der Sektion Soziale Arbeit der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) eine fest zugeordnete Stelle notwendig.

3.4. Palliative-Care-Teams (SAPV)

Martina Ellmann, Conny Wolff

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben nach § 37b SGB V Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Der GKV-Spitzenverband legt nach § 132d SGB V in Empfehlungen die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sowie Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung fest.

In Nordrhein-Westfalen beinhaltet diese Vereinbarung, dass in der SAPV eine Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit gewährleistet werden soll. Die organisatorische Ausgestaltung

der SAPV unterscheidet sich dabei im Rheinland deutlich von der in Westfalen (s. Kapitel 8 Begriffsklärung Eintrag Palliative Versorgungssysteme).

Die Vergütung in §132 d SGB V bezieht sich lediglich auf die ärztlichen und palliativpflegerischen Leistungen. Die soziale Arbeit fällt somit nicht in den Abrechnungskatalog über die Krankenkassen, sondern wird oftmals z. B. aus Spenden finanziert.

In der Spezialisierten ambulanten Versorgung durch ein multiprofessionelles Team erwartet den Sozialarbeiter ein breitgefächertes Aufgabefeld, um den Patienten und sein gesamtes Umfeld bei Bedarf zu unterstützen. Als erstes wäre die häusliche Situation zu betrachten, damit zum Wohl des Patienten und der Zugehörigen eine bestmögliche Versorgung im Rahmen seiner „Lebenswelt“ möglich ist. Oft stehen wirtschaftliche Schwierigkeiten im Raum, die es zu erfassen und bei Bedarf zu bearbeiten gilt. Hier werden speziell Kenntnisse über Harz IV, Grundsicherung, Rente, Familienunterstützung aller Art sowie Familienzusammenführungen mit Blick auf den immer größer werdenden Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund und die damit verbundene Problematik benötigt. Eine Vernetzung ist hier wichtig und sehr hilfreich.

In Krisensituationen sind Sozialarbeiter*innen auf unterschiedlichste Weise gefragt. Sei es bei der Moderation eines Familiengesprächs am „Runden Tisch“, bei der Unterstützung einzelner Patient*innen oder Zugehörigen mit Blick auf die Verarbeitung der fortschreitenden Erkrankung und des bevorstehenden Todes oder der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen in diesem Prozess. Ein systemisches Arbeiten kann für die Betroffenen von großer Hilfe sein.

Oftmals wünscht die Familie oder die Trauernden noch über den Tod hinaus eine Begleitung. Somit fällt auch das Thema Bestattung und Trauerbewältigung in seinen vielen Facetten an. Unterstützung wird zudem gewährt, wenn es um Meldungen bei den verschiedenen Ämtern geht und die Vielfalt der Umstellungen wie z. B. beim Mietvertrag, der Krankenkasse, Stromlieferer usw.

Es ist nicht nur Fachwissen gefragt, sondern die im Vorfeld entwickelte und geleistete Beziehungsarbeit kommt in besonderer Weise zum Tragen. Hier ist ein gutes Netzwerk wichtig, um die betroffenen Personen bei Bedarf an die geeigneten Stellen weiter zu vermitteln.

3.5. Kinderhospiz- und Kinderpalliativarbeit

Melanie van Dijk, Ursula Elisa Witteler

Die Arbeit mit sterbenskranken Erwachsenen und lebensverkürzend erkrankten Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich in vielen Punkten.

Die Begleitung durch die Hospiz- und Palliativarbeit für Erwachsene beginnt in der Regel wenige Wochen oder Monate vor Eintritt des Todes, während die Begleitung in der Kinder- und Jugendhospiz- und Palliativarbeit bereits mit der Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung beginnen kann. Oft handelt es sich um Erkrankungen, bei denen keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann, eine Lebensverkürzung, aufgrund der multiplen Beeinträchtigungen, aber vorhersehbar ist. Aus diesen Krankheitsbildern resultieren bedeutend längere Begleitungszeiträume im Vergleich zu der Hospiz- und Palliativarbeit für Erwachsene. Begleitungen dauern oft mehrere Jahre, in denen es immer wieder zu medizinischen und psychischen Krisen kommt, die die Familien mit dem möglichen Tod ihres Kindes konfrontieren. Diese Situationen führen die Familien immer wieder an ihre Belastungsgrenzen. Nicht selten sind existenzielle, finanzielle, psychische und familiäre Probleme eine Folge der Erkrankungssituation.

In der Kinder- und Jugendhospiz- und Palliativarbeit wird stets mit der Familie als Ganzes gearbeitet. Angebote werden mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen, den Eltern, Geschwistern und Großeltern erarbeitet.

Analog zur Versorgung bei Erwachsenen gibt es auch im Kinder- und Jugendbereich ambulante und stationäre Angebote.

Ambulante Kinderhospiz- und Kinderpalliativarbeit

Die Trägerschaft der ambulanten Dienste ist sehr unterschiedlich. Einige Dienste arbeiten unter eigener Trägerschaft andere sind Wohlfahrtsverbänden angeschlossen. Einige Dienste sind an ambulante Erwachsenen-Hospizdienste angeschlossen; dort bilden sie einen eigenen strukturellen Bereich. Die Fortbildungen der Koordinatoren unterscheiden sich jedoch, ebenso wie die der ehrenamtlichen Mitarbeiter; auch sie werden speziell auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Familien vorbereitet und darin begleitet.

Aufgrund der seltenen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind die Fallzahlen im Vergleich zum Hospiz- und Palliativbereich für Erwachsene geringer, dadurch ergeben sich gerade in der ambulanten Versorgung größere Versorgungsräume der Dienste und Teams.

In den betroffenen Familien sind häufig eine Vielzahl an weiteren Hilfen installiert (z.B. Frühförderung, Jugendämter, Kinderkliniken, ambulante Palliativteams, ambulante Kinderhospizdienste, Sozialpädiatrische Zentren, therapeutische Maßnahmen). Dies verlangt eine gute Vernetzung der Versorger untereinander.

Viele Begleitungssituationen im Kinder- und Jugendbereich sind auf Unterstützung im Leben und das Leben-Wollen ausgerichtet, trotzdem stehen sie im Kontext der lebensbedrohlichen und vermutlich lebensverkürzenden Erkrankung. In diesem Spannungsfeld eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im häuslichen Umfeld möglich zu machen bzw. sie zu erhalten ist Aufgabe der ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit.

Die Familien beteiligen sich aktiv an der Gestaltung der Dienste, in denen auch Fortbildungen für und mit Angehörigen angeboten werden. Der Erfahrungsaustausch der Familien hat einen hohen Stellenwert in der täglichen Arbeit. In der regelmäßigen Begleitung der betroffenen Kinder und Jugendlichen erleben diese neben dem Vertrauen in eine feste Bezugsperson Spiel und Spaß ebenso wie Halt und gemeinsame Trauer in schweren Zeiten.

Stationäre Kinder- und Jugendhospize

Stationäre Kinder- und Jugendhospize unterscheiden sich von den Hospizen für Erwachsene dadurch, dass die Kinder und Jugendlichen nicht nur in der letzten Lebensphase aufgenommen werden, sondern ab Diagnosestellung.

Die Kinder- und Jugendhospize bieten die Möglichkeit, unheilbar kranke und schwerstbehinderte Kinder im Rahmen der Hospizpflege für einen begrenzten Zeitraum aufzunehmen. Eltern und Geschwister können mit aufgenommen werden, damit die Familie gemeinsam Zeit verbringen kann und die Eltern in dieser Zeit von der Pflege entlastet werden, um ihren Bedürfnissen nachzugehen und neue Kraft zu schöpfen.

Ein wesentlicher Bestandteil ist die Arbeit mit den Angehörigen durch Sozialarbeiter mit entsprechender Weiterbildung und Seelsorger. Die Eltern haben in Gesprächsangeboten die Möglichkeit, über ihre Ängste zu sprechen und sich mit anderen betroffenen Eltern auszutauschen. Die Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod des Kindes ist ein wichtiger Aspekt der langjährigen Begleitung. Auch wird sozialrechtliche Beratung, Hilfe bei Anträgen und z. B. bei der Organisation von Beerdigungen angeboten.

Für die Geschwister, die sich neben einem schwerstkranken Kind entwickeln und behaupten müssen, werden altersentsprechende Angebote gemacht, in denen die Kinder Wut und Trauer bearbeiten, aber ebenso einfach Spaß und Freude erleben können.

In der letzten Lebensphase sorgen die Mitarbeiter dafür, dass das Kind in einer familiären Atmosphäre im Kreise der Angehörigen versterben kann, dabei haben die Wünsche und Bedürfnisse der Familien höchste Priorität. Neben der psychosozialen Begleitung wird das Kind palliativmedizinisch versorgt. Auch ein Abschiedsraum, zur Aufbahrung des verstorbenen Kindes, ist fester Bestandteil eines Kinderhospizes.

Nach dem Tod eines Kindes wird die Familie in Form von Trauerangeboten weiter durch das Hospiz begleitet.

Kinderpalliativstationen oder -zentren

In Kinderpalliativstationen oder -zentren werden erkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Familien durch ein multiprofessionelles Team aus Kinderkrankenpflegern, Pädiatern, Pädagogen, Sozialarbeitern und anderen Therapeuten begleitet. Während des Aufenthaltes soll durch Auffangen einer Krisensituation oder Optimierung der medikamentösen Therapie ein Fortsetzen der ambulanten Versorgung in der Familie erreicht werden. Die nachstationäre Versorgung wird mit Hilfe des Teams vorbereitet. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind ein fester Bestandteil des Teams.

Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativdienste

Neben den zuvor beschriebenen stationären Palliativangeboten gibt es einige ambulante Kinderpalliativteams in Nordrhein-Westfalen. In den Verträgen wird die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Leistungen geregelt. Die soziale Arbeit wird nicht ausreichend berücksichtigt, so dass die Arbeit von Sozialdiensten zurzeit meist durch Spendengelder finanziert werden muss. Daher ist die Sozialarbeit in den Kinderpalliativteams sehr unterschiedlich vertreten.

3.6. Netzwerke

Antje Rohlfing

Viele unheilbar erkrankte Menschen wollen zuhause sterben. Die Voraussetzungen dafür können durch zielgerichtetes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten, qualifizierten Pflegediensten, Hospizdiensten und anderen Versorgern verbessert werden.

In vielen Regionen Nordrhein-Westfalens haben sich dazu Hospizdienste, Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (Palliative-Care-Teams im Rheinland, Palliativmedizinische Konsiliardienste in Westfalen-Lippe), ambulante Palliativpflegedienste und andere Akteure in Netzwerken zusammengeschlossen.

Ziel dieser Netzwerke ist zum einen der Aufbau sektorenübergreifender, interdisziplinärer und flächendeckender Versorgungsstrukturen in der jeweiligen Region (Systemebene). Zum anderen eine integrierte, passgenaue Versorgung Sterbender und ihrer Angehörigen (Einzelfallebene). Konzeptionell kann Soziale Arbeit sowohl in der Koordination von Netzwerken, als auch in der Fallkoordination verankert sein.

Die Versorgungsverträge der Palliativmedizinischen Konsiliardienste in Westfalen-Lippe sehen allerdings die Besetzung der Koordination für Patienten ausschließlich durch Pflegekräfte mit Palliative Care Weiterbildung vor, was die (vertragsbedingte) somatische Versorgung von Betroffenen hervorhebt.

Aufgabe der Patientenkoordination ist das Abstimmen der Einzelleistungen auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen. Sie soll eine ganzheitliche und individuelle Versorgung einrichten und den, manchmal schnell wechselnden, Bedürfnissen der Betroffenen anpassen und kontrollieren. Gut gelingt dies in der Regel nur, wenn eine qualitativ gesicherte Anbindung an die Systemebene eines leistungsfähigen Netzwerkes besteht.

Die Entwicklung und Pflege eines verbindlichen und tragfähigen Netzwerkes braucht ausreichend Fachlichkeit und Ressourcen. Sinnvoll ist, eine Person (Netzwerkmanagement) mit diesen komplexen und oft problematischen Sachlagen zu beauftragen, welche auch die erforderlichen Umdenkungs- und Lernprozesse organisiert und Kommunikations- und Kooperationsstrukturen schafft. Der Abbau hinderlicher Bedingungen wie z. B. Konkurrenzdenken oder fehlende Kooperationseinsicht und die Förderung gemeinsamer Anliegen, wie z. B. Öffentlichkeitsarbeit oder gesicherte Finanzierung, wirken fördernd und stabilisierend.

Aus Sicht Sozialer Arbeit setzt dies einen Bewusstseinswandel bei allen beteiligten Akteuren voraus. Vernetzung als fachlich ineinander verschränkte Hilfeleistung muss gezielt initiiert und eingeübt werden. Ein willkürliches Nebeneinander von Einzelleistungen wird so überwunden. Soziale Arbeit ist lebenswelt- und gemeinwesenorientiert. Daher kann sie

notwendige Prozesse auf System- und Einzelfallebene in Beziehung setzen und strategisch gezielt handeln. Soziale Arbeit verfügt über Basiskompetenzen, wie z. B. Methoden der Kommunikation, Arbeit mit Gruppen, Definieren von Zielen, Planen und Umsetzen von Projekten, welche zur Entwicklung und zur Verstetigung von Netzwerken benötigt werden.

4. Beziehungsqualität als Basis hospizlicher und palliativer Praxis

4.1. Qualitätsverständnis

Martin Suschek

Qualität und die kontinuierliche Auseinandersetzung mit ihr sind aus juristischen, professionellen und ethischen Gründen konstitutive Elemente in der Hospiz- und Palliativarbeit. Somit sind sie es auch für die psychosoziale Praxis in diesen Bereichen. Diese beschriebene, praktizierte und reflektierte Qualität verschafft der Hospiz- und Palliatividee ihren lebendigen Ausdruck (vgl. Graf/Höver 2006, 9f).

Durch ideengeschichtliche Reflexion, langjährige praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Auseinandersetzungen (vgl. Suschek, 2013) kann aufgezeigt werden, dass traditionelle Qualitätsmanagement-Verfahren (DIN-EN-ISO-Normen, EFQM) für die Hospiz- und Palliativarbeit eher ungeeignet sind. Sie können diese sogar in ihrem Innersten gefährden, da sie moderne Eindeutigkeiten, Standardisierung und Planbarkeit schaffen wollen und kaum in der Lage sind, postmoderne Komplexität, Individualitäten und Widersprüchlichkeiten aufzunehmen und zu gestalten.

Für Wissert besteht das Problem darin, dass das Total Quality Management (TQM) Qualität hauptsächlich in einer wettbewerbsorientierten Rangordnung, als steigerungsorientiertes Maß oder als Erreichen eines Standards darstellen kann. Andere Eigenschaften, Beschreibungen von

Passungen und die Frage nach der Angemessenheit des Angebots werden nicht abgebildet und einbezogen (vgl. Wissert 2009, 89). Eine solche Komplexitätsreduktion, die nur quantifizierbare Daten für ein Qualitätsmanagement (QM) zulässt und qualitative und erfahrungsbezogene Beschreibungen nicht abzubilden vermag, kann eine falsche Sicherheit in der Qualitätswahrnehmung und -beurteilung vermitteln. So kann sie ein ernsthaftes Risiko für den weiteren Bestand der jeweiligen Unternehmung darstellen (vgl. Rüegg-Stürm 2003, 15f).

Hinzu kommt, dass die Philosophie des TQM nicht allein daran interessiert ist, Prozesse und Strukturen gleichermaßen effizient, effektiv und angemessen zu gestalten, sondern dass Deming, der geistige Vater des TQM, Qualität sogar in ihrem Wesen ökonomisch verstanden hat (vgl. Schäper 2006, 267f).

Traditionelle QM-Verfahren mit ihren ökonomischen Verengungen, Standardisierungs-, Optimierungs-, Wettbewerbs-, Steuerungs- und Planungsmythen können nicht die Qualitäten abbilden, die die Hospiz- und Palliativarbeit in ihrer individuellen und haltungsorientierten Ausrichtung ausmachen. Sie vermögen es nicht, eine ethisch relevante und personenorientierte Qualität zu fördern, zu gestalten und zu sichern, da die Bedeutung der persönlichen Haltungen aller in der Organisation Tätigen nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Graf/Höver 2006, 13). So sind auch die Differenzierung des Qualitätsbegriffs in Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität und die vorrangig ökonomische Haltung ergänzungs- und veränderungsbedürftig.

Norbert Elias schreibt für eine Formulierung des Qualitätsbegriffs in der Hospiz- und Palliativbegleitung folgenden bemerkenswerten Satz: „Was Menschen tun können, um Menschen ein leichtes und friedliches Sterben zu ermöglichen, bleibt noch herauszufinden. Die Freundschaft der Überlebenden, das Gefühl der Sterbenden, dass sie ihnen nicht peinlich sind, gehört sicher dazu.“ (Elias 1982, 100)

Elias weist auf eine grundlegende Ergänzung und notwendige Basis der Qualitätstrias von Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität für die Hospiz- und Palliativarbeit hin. Er beschreibt eine Beziehungsqualität, die von

Respekt, Gleichwertigkeit, Gegenseitigkeit, Hilfe und Würde geprägt ist. Eine solche Beziehungsqualität kann nicht vorrangig gezählt, sondern muss erlebt und erzählt werden. Sie kann nur kommunikativ entwickelt und durch Reflexion und Fortbildungen unterstützt werden. Sie ist geprägt durch den Respekt vor der Andersartigkeit des Anderen, von einer positiven Haltung zu Individualität und Vielfältigkeit, durch das Aushalten von Komplexität und Widersprüchen, durch die Wertschätzung von Selbstbestimmung, durch eine Lösungsorientierung und Fairness bei Konflikten sowie durch die Akzeptanz der eigenen professionellen Ergänzungsbedürftigkeit.

Ein für die Hospiz- und Palliativarbeit passendes QM, welches die ambivalenten Gefühle der Beteiligten, deren individuelle Möglichkeitsräume und die zirkulären Prozesse berücksichtigen will, muss die **Beziehungsqualität als haltungsorientierte Basis** (vgl. Ackermann 2015, Beziehungsqualität, 22) beschreiben lernen. Dies gilt nicht allein für die direkten Beziehungsprozesse zu den sterbenden und trauernden Menschen, sondern auch für die anderen Beziehungsformen auf intrapersonaler, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene.

Graf und Höver sprechen in diesem Sinne von einer primären Qualität, die bestimmend für die sekundären Qualitäten in Prozessen, Strukturen und Ergebnissen ist. Die hospizlich-palliative Beziehungsqualität ist von vornherein auf den Aufbau einer Kultur des Lebens und des Sterbens sowie deren Integration in die Rahmenbedingungen, Abläufe und Auswirkungen der gesellschaftlichen Lebenswelt allgemein und von Institutionen im Besonderen ausgerichtet. Sie ist das Versprechen einer ethisch verantworteten und auf Freiwilligkeit basierenden Begleitung von sterbenden und trauernden Menschen sowie deren Unterstützungssysteme. Diese Kultur und Kunst gilt es durch einen passenden Qualitätsbegriff für den Hospiz- und Palliativbereich zu entwickeln, zu unterstützen und zu leben. Es gilt gleichzeitig, die Grenze zu akzeptieren, dass das Leben nicht planbar, sondern allenfalls gestaltbar ist (vgl. Graf/Höver 2006, 31).

Die Beziehungsqualität beinhaltet die Einigung der Bezugspersonen bzw. -gruppen darüber, was sie für- und miteinander sein wollen und sein

können. Sie beinhaltet, wie die beiden Partner*innen zueinander stehen, welche Haltungen sie vertreten und leben wollen. Die Beziehungsqualität drückt sich auch im reflektierten Selbst- und Leitbild aus.

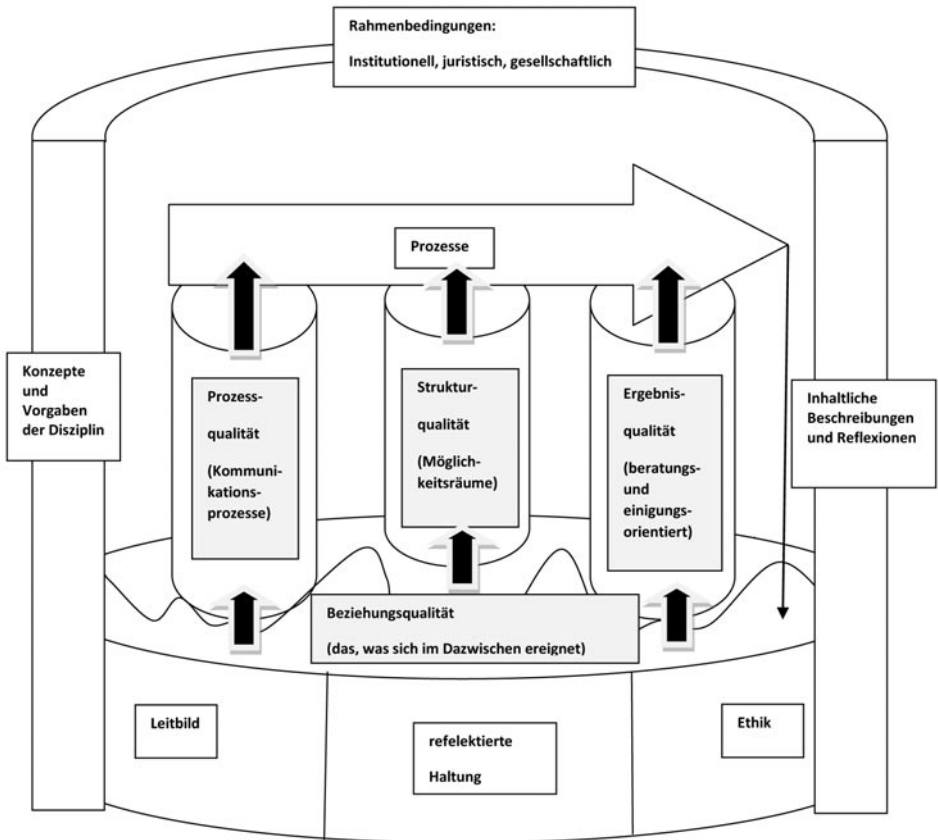
Von dieser Grundlage aus lassen sich fachlich verantwortbare Prozesse, Konzepte und Ziele beteiligungsorientiert beschreiben, Strukturen kooperativ, effektiv und effizient gestalten sowie Ergebnisse angemessen wahrnehmen, reflektieren und darstellen. Die auf diesem Weg gewonnenen Erkenntnisse und erweiterten Kompetenzen werden sich so wechselseitig auf die Haltung und Ethik zurückbeziehen können. In diesem Sinne werden Prozesse als Kommunikationsprozesse wahrgenommen, beschrieben und gestaltet. Strukturen werden so entworfen, dass Möglichkeitsräume entstehen. Ergebnisse werden als Resultate eines von allen Beteiligten verabschiedeten Beratungs- und Einigungsprozesses wahrgenommen, überprüft und bewertet. Ergebnisse fließen wieder in die Haltungen und Beschreibungen von Beziehungsqualität ein.

An einem hospizlich-palliativen Qualitätsverfahren sind gerade auch die psychosozialen Berufsgruppen notwendigerweise beteiligt. Diese Professionen stehen aufgrund ihres beruflichen und disziplinären Selbstverständnisses für die Unverfügbarkeit und Unverzweckbarkeit menschlicher Begegnung. Sie können so den anderen Professionen in der Hospiz- und Palliativarbeit (z. B. Palliativmedizin und -pflege) unersetzliche Partner sein, den Hospiz- und Palliativgedanken in der eigenen Berufsphilosophie zu bewahren.

Folgendes Modell kann für die Entwicklung eines hospiz- und palliativfähigen QM hilfreich sein:

Qualität wird hier als ein dynamischer Begriff und Prozess beschrieben. Je stärker und komplexer die Beziehungsqualität zu sich selbst, zu anderen und zum Gemeinwesen gestaltet werden kann, umso angemessener können die sekundären Qualitäten im Sinne der Hospiz- und Palliativarbeit positiv und situativ angemessen für die Beteiligten entwickelt werden, die dann Einfluss auf die Prozessbeschreibungen haben. Die reflektierten Prozessenerfahrungen fließen wieder in die Gestaltung der Beziehungsqualität und den sie umgebenden Rahmen aus Leitbild, reflektierter Haltung und

Ethik ein. Konzepte, Rahmenbedingungen und inhaltliche Beschreibungen bieten und bilden eine flexible und gleichzeitig Stabilität vermittelnde sowie sichtbare Außenstruktur des Qualitätsprozesses.



4.2. Fallbeispiel Beziehungsqualität

Karin Leutbecher, Hanna Szibalski, Ursula Elisa Wittler

An dem folgenden Fallbeispiel soll deutlich gemacht werden, wie es möglich ist, Beziehungsqualität zu dokumentieren. Es geht nicht vorrangig darum, die genutzten Methoden innerhalb des Gespräches abzubilden.

Viel mehr kommt es in der Beschreibung auf die scheinbar alltäglichen Gesten der Beziehungsgestaltung an, welche reflektiert eingesetzt werden. In der Beschreibung geht es um vertrauensbildende Maßnahmen, darum, emotionale Sicherheit zu geben, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit herzustellen, Partizipation zu gewährleisten und neue Perspektiven zu schaffen.

In der multiprofessionellen Teambesprechung der Palliativstation hat die Sozialarbeiterin folgende Informationen über Familie Muster bekommen:

- Herr Muster seit 3 Tagen auf der Palliativstation, metastasierte Tumorerkrankung (Erstdiagnose vor 2 Jahren),
- 66 Jahre alt,
- Ehefrau, 63 Jahre alt, Hausfrau und Mutter,
- Sohn wohnhaft vor Ort, berufstätig, verheiratet,
- Tochter wohnhaft in München, berufstätig, nicht verheiratet,
- bisher keine Hilfen zu Hause.

Herr Muster hatte in einem kurzen Kennenlerngespräch gesagt, wie sehr er sich um seine Frau sorgt und dass er sich freuen würde, wenn die Sozialarbeiterin auch mit ihr sprechen könnte.

Im Folgenden beschreibt diese ihren ersten Kontakt mit den Angehörigen unter den Gesichtspunkten der Beziehungsqualität:

„Ich treffe Frau Muster mit ihrem Sohn zufällig auf dem Flur der Palliativstation. Frau Muster spricht mich an, da sie einige Fragen hat. Ich stelle mich und meine Tätigkeit kurz vor. Frau Muster wirkt auf mich verunsichert und traurig, der Sohn scheint eher distanziert zu reagieren. Ich entscheide mich direkt ein Beratungsgespräch (etwa 30 Minuten) anzubieten, mit der Möglichkeit, bei Bedarf einen Folgetermin zu vereinbaren. Um in Ruhe und einem geschützten Rahmen sprechen zu können, biete ich den Besprechungsraum der Palliativstation an, der für solche Gelegenheiten ausgestattet ist.“

Frau Muster schildert, dass sie ihren Mann bisher alleine zu Hause versorgt hat. Der Sohn und die Schwiegertochter übernehmen zeitweise die Einkäufe. Eine Pflegestufe hat Herr Muster noch nicht.

Der Allgemeinzustand des Patienten hatte sich in den letzten zwei Wochen rapide verschlechtert, sodass der Hausarzt ihn ins Krankenhaus eingewiesen hat. Frau Muster zweifelt, ob sie die Versorgung ihres Mannes noch zu Hause leisten kann. Der Sohn sagt, dass er aufgrund der Berufstätigkeit nicht viel mehr tun kann als bisher. Er sitzt bei seinen Schilderungen sehr aufrecht, seine Blicke gehen immer wieder zu seiner Mutter. Diese schildert des Weiteren, dass die Tochter sehr oft anruft, aber wegen der Entfernung nicht viel praktische Hilfe leisten kann.

Während sie mir das erzählt, verändert sich ihre Körperhaltung, sie fällt zunehmend in sich zusammen, sie stockt mehrmals, atmet hektisch, reibt sich immer wieder ihre Hände. Auf ihre Erzählpausen reagiere ich ruhig und schweigend. Dies scheint Frau Muster sichtlich gut zu tun. Die Ruhe überträgt sich auf sie und sie spricht mit mehr Festigkeit in der Stimme.

Ich frage sie, was sich ihr Ehemann wohl wünschen würde, Frau Muster bricht in Tränen aus. Ich biete ihr ein Taschentuch an. Nachdem sie sich beruhigt hat schildert Frau Muster, dass sie das Fortschreiten der Erkrankung und die damit verbundenen Konsequenzen noch nicht thematisiert haben, da es ihrem Mann bisher den Umständen entsprechend gut ging. Im Moment traut sie sich nicht, dies anzusprechen, da sie vermutet, dass er auf jeden Fall nach Hause möchte. Ich signalisiere ihr, dass ich ihre Perspektive und ihre Sorge sehr gut verstehen kann. Auf meine Frage hin, wie sie in der Familie bisher mit Krisensituationen oder Problemen umgegangen sind, sagt sie spontan, dass sie diese eigentlich immer zusammen gelöst haben. Am Ende des Gesprächs überlegt Frau Muster, wie sie diese Fragen und Gedanken mit ihrem Mann teilen kann und bittet mich, das nächste Beratungsgespräch auf jeden Fall gemeinsam mit ihrem Mann, ihrem Sohn und ihr zu führen."

4.3. Übergreifende Qualitätsmerkmale

Hanna Szibalski

In der unten stehenden Tabelle sind Qualitätskriterien beschrieben, die grundlegend und übergreifend für alle zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich (Kapitel 5) sind. Hierbei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Die Merkmale ordnen sich den verschiedenen Qualitäten Struktur, Prozess, Ergebnis und Beziehung zu, wobei letztere gewissermaßen als Grundstein für die weiteren Qualitäten dient.

Für einzelne Aufgabenbereiche sind zusätzliche spezifische Qualitätskriterien ergänzend wichtig, diese sind in Kapitel 5 unter dem dazugehörigen Text aufgelistet.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Räumlich, technische Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Büro (Telefon, Anrufbeantworter, Fax, Internetzugang, PC, Drucker, moderne Software) - Geeignetes Dokumentationssystem - Geschützter Raum für Beratungsgespräche und für Gruppenarbeit - Dienstwagen für Hausbesuche - Fachliteratur <p>Fachliche Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sozialarbeiter*in, Sozialpädagog*in (Diplom, Bachelor, Master) - Bereitschaft zur Fortbildung und Qualifizierung in Palliative Care und anderen Fort- und Weiterbildungen - Bereitschaft zur Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosoziale Erfassung der sozialen, spirituellen, kulturellen, materiellen, physischen und psychischen Ressourcen und Probleme - Ermittlung von Bedarfen und Auftragsklärung - Sozialanwaltliches Handeln - Sozialrechtliche Beratung - Aufzeigen und Vermittlung von und in weitere Angebote - Strukturierte und transparente Weitergabe und Rückkoppelung von Informationen (personen-/ situationsbezogen) - Dokumentation über Verlauf und getroffene Entscheidungen - Fortlaufende Evaluation zur Anpassung der weiteren Methodik - Mitarbeit im multiprofessionellen Team - Netzwerkarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Instrumente zur Erhebung der Ergebnisqualität richten sich nach den jeweiligen Standards der Einrichtungen - Auswertung und Bewertung der gesammelten Daten mit resultierendem Fazit und darauf basierender Entscheidung über den weiteren Verlauf und abschließender Dokumentation <p>Indikatoren für eine Ergebnisqualität können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfüllung von vorher individuell festgelegten Qualitätskriterien - Dokumentierte Rückmeldungen von Betroffenen und ihren Zugehörigen - Evaluierte Klientenzufriedenheit - Dokumentation von Beratungs- und Begleitungsprozessen

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Institutionelle Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezifisches Stellenprofil - Leitbild - Konzept - Möglichkeit zu Supervision und Fortbildung - Bekanntheit in der Öffentlichkeit - Informationsmaterial - Zeitbudget und Finanzbudget - Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern im Gesundheits- und Sozialwesen - Integration im Gemeinwesen, in Gremien und im Trägerverband 	<ul style="list-style-type: none"> - Neuentwicklung von Angeboten - Krisenmanagement und Krisenintervention - Case Management - Empowerment - Personenzentrierte Gesprächsführung - Einsatz kreativer Methoden - Selbstevaluation - Systemischer Ansatz - Einzelgespräche - Gruppenarbeit - Gemeinwesenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentierte Rückmeldung über die Zufriedenheit von Kooperationspartnern - Außenwirkung der Einrichtung
Beziehungsqualität		
<ul style="list-style-type: none"> - Unbedingte Wertschätzung, Empathie und Authentizität - Herstellen von Kontinuität und Verlässlichkeit, Verbindlichkeit <ul style="list-style-type: none"> - Partizipation ermöglichen und einfordern - Beziehungsgestaltung unter Berücksichtigung psychischer Prozesse, Belastungsfaktoren, Schutzfaktoren <ul style="list-style-type: none"> - Emotionale Sicherheit schaffen - Gefühle und Bewertungen als Erkenntnisquelle nutzen, um die Bedürfnisse der Beteiligten zu ermitteln <ul style="list-style-type: none"> - Die Handelnden zur Übernahme der Eigenverantwortung ermutigen <ul style="list-style-type: none"> - Die eigene Rolle klären - Reflektierte Gestaltung von Nähe und Distanz - Ausrichtung an der Selbstbestimmung und den Ressourcen der Betroffenen <ul style="list-style-type: none"> - Resilienz und Fähigkeit zur Selbstsorge - Bereitschaft, sein Handeln kritisch zu reflektieren und die Fähigkeit zur Entwicklung einer professionellen Feedbackkultur 		

5. Qualitätsmerkmale zentraler Aufgaben

5.1. Beratung

Karin Leutbecher, Hanna Szibalski, Ursula Elisa Witteler

Die Gestaltung des Beratungsprozesses ist, unabhängig vom spezifischen Tätigkeitsfeld, eine Kernaufgabe sozialer Arbeit.

„Beratung *in der Sozialen Arbeit* grenzt sich [...] von z. B. therapeutischen auf der einen und spezialisierten Beratungsformen auf der anderen Seite ab, da sie

- lebensweltbezogen in und mit den Strukturen der Klientel arbeitet,
- ressourcen- und netzwerkorientiert und damit vernetzend wirkt, also alle Unterstützungssysteme mit einbezieht,
- mehr als eine „Problem => Lösung“ - Beratung ist. (Maus, Nodes, Röh 2010)

In der Hospiz- und Palliativarbeit sind die Zielgruppen dieser sozialarbeiterischen Beratung in erster Linie schwerkranke, sterbende und trauernde Menschen sowie ihre Zugehörigen. Hinzu kommen ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, hauptamtliche Kolleg*innen und multiprofessionelle Teams aus regionalen und überregionalen Zusammenhängen.

Die Lebenssituation von Betroffenen und ihren Zugehörigen ist möglicherweise geprägt durch starke Verunsicherung, Ambivalenz, Rollenunsicherheit, (Zukunfts-) Angst und Trauer sowie durch vorhandene Lebenserfahrungen und Lösungsstrategien.

Eine essentielle Aufgabe der psychosozialen Beratung ist es, an den eigenen Ressourcen des familiären Bezugssystems anzuknüpfen und dazu beizutragen, dass die individuellen Resilienzen und Lösungsmodelle herausgearbeitet werden. Beratung findet heute in einem Kontext aus unterschiedlichsten Informationen, Wissen und Halbwissen statt, das den Ratsuchenden aus verschiedensten Quellen (Internet, Presse, Erfahrungsaus-

tausch, etc.) zur Verfügung steht. All diese zuvor beschriebenen Faktoren prägen u. a. die Wirklichkeit der betroffenen kranken Menschen. Davon ausgehend nimmt der Berater mit Achtung, Respekt und Wertschätzung die Perspektiven der Zugehörigen, wie auch der weiteren beteiligten Berufsgruppen auf.

Im Beratungsprozess sind die möglicherweise divergierenden Interessen aller Beteiligten mit der Lebenswelt des kranken Menschen und den daraus resultierenden Wünschen, Hoffnungen und Zielvorstellungen auf der Grundlage des Prinzips der Allparteilichkeit, bzw. größtmöglicher Neutralität zu verknüpfen. Dies bedeutet, dass der Sozialarbeiter die komplexe Aufgabe verantwortlich übernimmt, Entscheidungen in einem Prozess voran zu treiben und sie, wenn dies gewünscht ist (Stichwort Schweigepflicht/Datenschutz), für alle Beteiligten sichtbar zu machen. Ebenso wird er in Absprache mit ihnen den Beratungsprozess für weitere Berufsgruppen bzw. Spezialisten öffnen.

Das Beratungsprofil der Sozialen Arbeit zeichnet sich durch verschiedene Ansätze aus, wie z. B. systemisch, personenzentriert, lebensweltorientiert, themenzentriert, prozessorientiert, lösungsorientiert, ergebnisorientiert und ist von einer differenzierten Methodenvielfalt geprägt.

Die Formen und Methoden der Beratung können sich je nach Weiterbildung der jeweiligen Sozialarbeiter*innen unterscheiden.

Beratung kann in unterschiedlichen Settings (persönlich, telefonisch, online, etc.) stattfinden. Der Beratungsprozess beginnt mit dem ersten Kontakt.

Da es sich bei der Beratung um eine elementare sozialarbeiterische Tätigkeit handelt, sind alle hierfür wichtigen Qualitätskriterien in der unter Kapitel 4.3 stehenden Tabelle aufgelistet.

5.2. Gewinnung, Befähigung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen

Jürgen Goldmann, Johannes Horstmann, Gabi Moritz

Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen spielen in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern der sozialen Arbeit in der Hospiz- und Palliativarbeit eine recht unterschiedliche, jedoch meist grundlegende Rolle:

- In der ambulanten Hospizarbeit sind sie Träger des Hospizgedankens und Ausführende der Begleitung: Mitmenschen, die Mitmenschen in der Zeit des Sterbens und in der Trauer zur Seite stehen. Aus dieser Perspektive können sie anwaltlich für die Patient*innen handeln.
- In der stationären Hospizarbeit befinden sich Ehrenamtliche oft in der Rolle als Mitarbeiter*innen und Teil des stationären Teams, oder sie verstehen sich ausschließlich als Teil des sozialen Umfeldes der Patientinnen. Dies ist abhängig von der jeweiligen (Mitarbeiter-) Struktur des Trägers.
- Motivation, Rollenverständnis, die Balance von Nähe und Distanz, die Beziehungsgestaltung zu Patient*innen, Angehörigen und den professionellen Akteuren sind wesentliche Aspekte, die in den Blick genommen werden müssen. Damit ehrenamtliche Mitarbeiter*innen in einer reflektierenden Haltung tätig sein können, erfordert es eine qualifizierte Vorbereitung und Begleitung in der Übernahme dieser Rolle.
- Gewinnung, Auswahl, Vorbereitung und Begleitung gehören zu den Kernaufgaben Sozialer Arbeit im Hospizbereich. Kenntnisse in Öffentlichkeitsarbeit, Erwachsenenbildung, in der Steuerung gruppendynamischer Prozesse, innerpsychischer Prozesse, Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Koordination und Leitung sind hierfür erforderlich.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Personale und fachliche Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusatzqualifikation Palliativ Care für psychosoziale Berufsgruppen, Leitungskompetenz, mehrjährige Berufserfahrung (§39a, Sozialgesetzbuch V) 	<p>Gewinnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressekontakte, Ausschreibungen und andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit - Informationsveranstaltungen - Strukturierte Vorgespräche zur Information und Auswahl von ehrenamtlichen Mitarbeitern <p>Befähigung</p> <ul style="list-style-type: none"> - zielgruppenorientierte Befähigungskurse auf Grundlage entsprechender Curricula - Hospitationen / Praktika - Strukturiertes Abschlussgespräch (Teilnahmebescheinigung, schriftliche Vereinbarung, Klärung des Einsatzfeldes) <p>Begleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressourcenorientierte Einsatzplanung - Praxisbegleitung im Einzelgespräch oder im Team (Auftragsklärung, Krisenmanagement und -intervention) - Regelmäßige Mitarbeitergespräche - Koordination externer Supervisionen - Planung und Durchführung von Fortbildungen - Gemeinschaftsfördernde Angebote (Weihnachtsfeier, Sommerfest, Stammtisch) - Gemeinsame Rituale (Gedenkfeiern) 	<p>Gewinnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation: - Anzahl von Anfragen - Anzahl der Teilnehmer von Befähigungskursen <p>Befähigung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturiertes Feedback während und nach dem Kurs - Evaluationsbögen - Anzahl der aus dem Kurs hervorgegangenen ehrenamtlichen Mitarbeiter <p>Begleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feedbackgespräche mit ehrenamtlichen Mitarbeitern - Dokumentation der Einsätze
Beziehungsqualität		
<ul style="list-style-type: none"> - Herstellen einer verlässlichen und unterstützenden Beziehung zu den ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen - Rollenklarheit und Reflexionsfähigkeit, bezogen auf die Beziehungen zu den ehrenamtlichen Kolleg*innen/ Mitarbeiter*innen - Einfühlungsvermögen für die Ressourcen und Grenzen der Ehrenamtlichen <ul style="list-style-type: none"> - Transparenz des eigenen Handelns - Einfühlungsvermögen in die Beziehungen der Ehrenamtlichen zu Patienten und Angehörigen 		

5.3. Unterstützung des fachlichen Bezugssystems

Gabi Moritz

In der Hospizarbeit bestehen für die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen erhebliche psychische Belastungsfaktoren. Arbeit in diesem Bereich ist notwendigerweise Beziehungsarbeit. Die Patienten befinden sich vor oder bereits im Sterbeprozess und die Auseinandersetzung mit dem Tod findet in irgendeiner impliziten oder expliziten Weise statt. Wollen professionell und ehrenamtlich Tätige die Menschen auf diesem Weg begleiten, so müssen auch sie diese Auseinandersetzung zulassen, um in der Beziehung resonanzfähig zu sein. Die bewusst aufgebauten Beziehungen enden regelmäßig durch das Versterben des Gastes oder Patienten. Je nach eigener Konstitution wird dies unterschiedliche Auswirkungen auf die Mitarbeitenden haben.

Es ist also unbedingt nötig, auch nach den Schutzfaktoren zu schauen. Dazu gehören zunächst Entlastung und Austausch innerhalb des eigenen professionellen Systems z. B. in Form von Teamgesprächen während der Übergaben oder innerhalb der Teamsitzungen. Diese Intervisionen können durch die Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes moderiert und geleitet werden. Auch teamübergreifend moderieren sie multiprofessionelle Fallgespräche und berücksichtigen alle Professionen in ihren jeweiligen Belastungssituationen.

Da aber Soziale Arbeit auch Teil des Geschehens und des jeweiligen Systems ist, wird diese Form der Intervision an Grenzen stoßen. Zur Aufgabe der Sozialen Arbeit gehört es auch, dies zu erkennen, sich zurückzunehmen und dafür zu sorgen, dass dem System geeignete Supervision von außen zur Verfügung gestellt wird.

In intraprofessionellen Gremien und Arbeitsgruppen beteiligt sich die Soziale Arbeit daran, eine gemeinsame Sichtweise der Profession zu definieren und sie in der Öffentlichkeit darzustellen. Diese erarbeitete Position vertritt sie auch in multiprofessionellen Gremien auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene. Sie beteiligt sich an der Weiterentwicklung relevanter

gesetzlicher Grundlagen. Ziel ist es, eine hohe Fachlichkeit zu entwickeln und diese dem gesamten Bezugssystem zur Verfügung zu stellen.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Fachliche Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moderations- und Leitungskompetenz - Wissen über psychische Prozesse bei Einzelnen und in Gruppen - Wissen über Belastungsfaktoren, Schutzfaktoren (Resilienz) und Coping-Strategien - strategisches und politisches Geschick - hohe Frustrationstoleranz - rechtliches Wissen <p>Institutionelle Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integration in multiprofessionelle Teams 	<ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige Teilnahme an Teamsitzungen, multiprofessionellen Fallgesprächen - Leitung und Moderation dieser Sitzungen - Anleitung von Intervention - Aufzeigen von Grenzen des Settings - Kontakt zu qualifizierten Supervisor*innen - Kontraktgestaltung - Schaffen der Rahmenbedingungen für Supervision - regelmäßige Teilnahme an Gremien auf kommunaler-, Bundes- und Landesebene - Vertreten der gemeinsam entwickelten professionellen Perspektive 	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Mitwirkungen (in der Rolle des Moderators) und Regelmäßigkeit der Treffen - Rückmeldungen der Teilnehmer*innen - beteiligte Professionen sind sensibilisiert bezogen auf die psychosozialen Aspekte des Prozesses - alle Professionen fühlen sich gesehen - Ressourcen sind gestärkt und Coping-Strategien entwickelt - es liegen gemeinsame Positionen vor - Praktikabilität der Umsetzung von Vorlagen und Rechtsnormen
Beziehungsqualität		
Keine spezifischen Merkmale		

5.4. Trauerbegleitung

Ursula Fülbier, Jürgen Goldmann

Die Hospiz- und Palliativarbeit hat darauf aufmerksam gemacht, dass vielfach nicht nur sterbende, sondern auch trauernde Menschen Unterstützung bedürfen und wünschen.

Hospizliche und palliative Arbeit verpflichtet sich dem Einzelnen und legt zugleich Wert darauf, so in die Gesellschaft hineinzuwirken, dass lebensbedrohliche Erkrankung, Sterben, Tod und Trauer auch als zur Lebenszeit zugehörig erlebt und verstanden werden.

Nach einem Verlust reicht die Unterstützung durch das soziale Umfeld nicht immer aus. Ein Trauerprozess ist vielfach geprägt von einer besonderen Verletzlichkeit, ständig wechselnden Emotionen und Orientierungslosigkeit. Die Neuorganisation des alltäglichen Lebens überfordert viele Trauernde.

Trauerbegleitung unterstützt somit den emotionalen Verlustprozess als auch ein „sich wieder zurechtfinden“ im Alltag. Diese komplexe Dynamik macht es notwendig, den Trauernden kompetent zu begegnen, sowohl in Einzel- als auch in Gruppenangeboten.

Trauernde Menschen werden ernst genommen in ihrem Bedürfnis, die Bindung (continuing bonds) zu dem Verstorbenen auch über den Tod hinaus wahrnehmen und äußern zu dürfen.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Fachliche Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualifikation zur Trauerbegleitung von Einzelnen - „Große Basisqualifikation zur Trauerbegleitung vorwiegend in beruflichen Kontexten“ - Kompetenzen zur Leitung von Gruppen - Systematische und kontinuierliche Selbstreflexion (z. B. Supervision und kollegiale Beratung) <p>Institutionelle Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integration im Gemeinwesen, in Gremien und im Trägerverband - Delegationspartner, zum Beispiel im Bereich Psychotherapie, Seelsorge 	<p>Setting</p> <p>Zielgruppenorientierte Angebote (für Kinder, für trauernde Eltern, nach Suizid etc.) in Form von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelgesprächen - Geschlossenen Trauergruppen - Offenen Trauertreffs und -cafés - Gemeinschaftsangeboten (z. B. Kochen, Wandern) - Gedenkfeiern <p>Methoden und Konzepte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kenntnisse über Entspannungsmethoden - Kenntnisse über Trauma-Symptomatik - Kontaktaufnahme nach mehreren Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation des Trauerberatungs- und Trauerbegleitprozesses - Evaluierte Klienten-Zufriedenheit - Rückmeldung über die Zufriedenheit von Kooperationspartnern
Beziehungsqualität		
<ul style="list-style-type: none"> - Klare Darstellung des Trauerbegleitung-Angebotes (z.B. Begleiterrolle, Erreichbarkeit, Häufigkeit und Dauer der Trauerbegleitung, Begleitung ist keine Therapie, Trauer auslösen statt auflösen, Trauer ist ein normaler und kein pathologischer Prozess) - Offenheit/Verständnis für die individuellen Lebens- und komplexen Gefühlswelten Trauernder 		

5.5. Kooperationen und Gremienarbeit

Martin Suschek, Conny Wolf

Ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize, Palliativstationen und -dienste existieren nicht in einem abgeschlossenen Raum. Sie sind eingebunden in ein regionales Arrangement von Diensten und Institutionen für Menschen mit einem palliativen Hilfebedarf. Sie arbeiten konkret an den örtlichen Bezügen und gestalten Kontakte, Kommunikationsformen und Versorgungslandschaften mit. Wollen Hospiz- und Palliativdienste wirksam und überlebensfähig sein, müssen sie sich vernetzen und mit anderen Einrichtungen und Personen kooperieren. Eine häufige Arbeitsform ist dabei die Gremienarbeit.

Die Soziale Arbeit bietet durch ihre konstruktiv-kommunikative Haltung zur Netzwerkarbeit sowie zur Gremienarbeit die Möglichkeiten, qualifiziert und systematisch diese Felder zu unterstützen und ihre Einrichtungen sowie die eigene Profession auf unterschiedlichen Ebenen zu vertreten. Initiierung, Koordination, Moderation und Mitarbeit in multidisziplinären Teams, in Arbeitsgruppen, in Fachgruppen und Palliativnetzwerken können Aufgaben und Orte des Engagements der Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen darstellen.

Einrichtungsinterne Gremien wie Vorstände, multidisziplinäre Teams und Beiräte sind von externen Gruppierungen wie Qualitätszirkel, regionalen und überregionalen Fachgruppen, Pflege- und Gesundheitskonferenzen sowie Mitgliederversammlungen in Verbänden zu unterscheiden. Auch die Kooperationen mit Ausbildungsstätten und Hochschulen gehören dazu.

Die Methodenpalette reicht von Projektmanagement, Moderation, Netzwerk- und Bedarfsanalyse bis zur Organisationsentwicklung. Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen nehmen in den Gruppen unterschiedliche Rollen wahr, von der Mitarbeit über die Moderation und Beratung bis zur Leitung. Die sich immer stärker etablierenden Palliativnetzwerke sind neue Institutionsformen, in denen Sozialarbeiter*innen/Sozialpäda-

gog*innen ihren Ort finden und ihre fachlichen Kompetenzen, Haltungen und Sichtweisen einbringen können.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Personale und fachliche Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hohe Frustrationstoleranz und politisches Geschick - Moderations-, Leitungs- und Netzwerkkompetenz - Strategisches Geschick und Verhandlungsgeschick - Kooperationsfähigkeit 	<p>Eigene Position...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Über welche Möglichkeiten der Kommunikation verfüge ich? - Welche sind abgesprochen, angebracht und der Haltung angemessen? - Entscheidungsbefugnisse und -reichweite <p>Strukturelle und inhaltliche Umsetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuität der Teilnahme an Treffen (Verbindlichkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Mitwirkungen und Häufigkeit der Treffen - Rückmeldungen anderer Netzwerk- und Gremienteilnehmer - Anfragen bei der Besetzung von Arbeitsgruppen
Beziehungsqualität		
- Keine spezifischen Merkmale		

5.6. Öffentlichkeitsarbeit, offene Bildungsarbeit und Kulturarbeit

Martin Suschek, Conny Wolf

Die Hospizarbeit in Deutschland ist seit ihren Anfängen auf Öffentlichkeit ausgerichtet. Themen wie „Leben in der letzten Lebensphase“, „Tod“ und „Trauer“ sowie die spezifische Situation schwerstkranker, sterbender oder trauernder Menschen gelangten durch das Engagement von Hospizmitarbeiter*innen in das Zentrum des öffentlichen Interesses. Hospiz- und Palliativeinrichtungen sind selber immer wieder auf die Wahrnehmung und Hilfestellungen durch die Bevölkerung angewiesen.

Häufig fällt der Sozialen Arbeit im hospizlich-palliativen Professionskonzert aufgrund ihrer multidisziplinären Ausbildung, des sozial-ethischen und politischen Berufsprofils sowie ihrer ganzheitlichen Ausrichtung die

Konzeptionierung und Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit zu. Ihre Arbeitsansätze (Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Netzwerkarbeit, Sozialmanagement ...) und ihr umfangreiches Methodenrepertoire (Aktivierung, Konzeptentwicklung, Gesprächsführung, Moderation ...) bieten einen verlässlichen Fundus und eine grundsätzliche Befähigung zum Aufbau und zur Begleitung der PR-Arbeit sozialer Einrichtungen und Initiativen. Spezielle Fort- und Weiterbildungen für den PR-Bereich bleiben dennoch erforderlich.

Eine gute Öffentlichkeitsarbeit setzt ein ansprechendes und professionelles Auftreten sowie technische und personelle Ressourcen voraus. Die Erstellung und Pflege der Homepage kann genauso zur Produktpalette gehören wie die Erstellung von Infomaterial, (Fach-) Artikeln, Hospiz- und Mitgliederzeitungen, der Kontaktaufbau zu Kooperationspartnern, die Ausrichtung von Veranstaltungen, Podiumsdiskussionen, Festen im Ort oder im Stadtteil sowie regionalen und überregionalen Aktionstagen.

Mit der Öffentlichkeitsarbeit aufs Engste verbunden ist die offene Bildungsarbeit. Beide Formen richten sich an Nutzer und interessierte gesellschaftliche Gruppen. Auch die offene Bildungsarbeit bietet sich als Aufgabenfeld Sozialer Arbeit an.

Formen offener Bildungsarbeit ermöglichen Gruppen und Einzelpersonen, Orte der Hospiz- und Palliativarbeit als Orte des Lebens und des „Lebenlernens“ bewusst zu erfahren. Sie können sich vor Ort über Arbeits- und Lebensweisen sowie Erfahrungen mit sterbenden und trauernden Menschen informieren und so Tabus, Mythen und Ängste abbauen. Informierte können so zu Multiplikatoren der Hospizidee werden. Beispiele für diese Arbeitsform sind Hospizführungen, das Bildungsprojekt „Hospiz macht Schule“, Podiumsdiskussion, Infoabende und Vorträge.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Personale und fachliche Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen und Kenntnisse in der Öffentlichkeitsarbeit - Erfahrungen und Kenntnisse in der Erwachsenenbildung - Moderations- und Leitungsfähigkeit - Sicherheit in Rhetorik, Sprache und Schrift 	<ul style="list-style-type: none"> - Das eigene Selbstverständnis in den gesellschaftlichen Diskurs einbringen und hinterfragen lassen - Kontakte zu Presse- und Medienvertretern - Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit - Kontakte zu Künstlern aus der Region und überregional - Angebotsvielfalt - Einbeziehung der anderen Mitarbeitergruppen und Akzeptanz - Eingehen auf Wünsche und Aktualitäten 	<ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit der Veröffentlichungen - Rückmeldungen zu Veranstaltungen - Häufigkeit der Veranstaltungen - Anzahl der Teilnehmer*innen extern/intern - Häufigkeit der Initiativbewerbungen für ehrenamtliche Mitarbeit - Anzahl der Spender, die über diese Form aufmerksam geworden sind
Beziehungsqualität		
<ul style="list-style-type: none"> - Hospizarbeit (ambulant und stationär) als Selbsthilfe- und Bürgerbewegung - Hospiz- und Palliativarbeit als ressourcenorientierte und Selbstbestimmtheit unterstützende subsidiären Angebotsformen - Hospiz- und Palliativarbeit als qualifizierte Dienstleistung (nicht Expertentum) - Hospizarbeit als Anstiftung zur Selbstsorge und zur Gestaltung von Lebenskunst - Hospiz- und Palliativkultur als reziprokes und an der Lebensqualität orientiertes Geschehen 		

5.7. Hospiz- und Palliativpraxis als Lernort für Studierende der Sozialen Arbeit

Martin Suschek

Hospiz- und Palliativarbeit sind nicht nur Möglichkeiten, etwas über das Leben zu lernen, sondern ebenfalls Orte, Ereignisse und Gegebenheiten des professionellen und beruflichen Lernens. Lernmöglichkeiten für Studierende und Praktizierende psychosozialer Berufe bestehen durch Exkursionen, Seminare, Vorlesungen, Praktika sowie innerhalb unterschiedlicher Formate der Fort-und Weiterbildung.

Entsprechend den unterschiedlichen Handlungsfeldern können innerhalb der Hospiz- und Palliativarbeit Beratungskompetenzen, Kompetenzen des interdisziplinären und transversalen Arbeitens, der psychosozialen Begleitung von Menschen in prekären Lebenssituationen, der Kriseninterventi-

on, der Öffentlichkeitsarbeit, der Kulturarbeit, der Netzwerkarbeit, der Bildungsarbeit, der Ehrenamtskoordination und des Case Management erworben, ausgebildet und gefördert werden. Die psychosoziale Praxis in der Hospiz- und Palliativarbeit erfordert weiterhin Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit Unsicherheiten, Komplexitäten, Widersprüchen und Unberechenbarkeiten sowie die Reflexion von Nähe und Distanz. Dabei zielt vor allem die fachliche Anleitung von Praxissemesterpraktikanten auf die Stärkung der Ambiguitätstoleranz. Hospiz- und Palliativpraxis sind auf Personen und ihre Bezugssysteme, Gruppen, Institutionen und auf das Gemeinwesen bezogen.

Für eine gute Begleitungs- und Bildungsarbeit bedarf es neben den institutionellen Gegebenheiten, der fachlichen Qualifikation und der eigenen Handlungssicherheit tragfähige Kooperationen und Kontakte zu den Hochschulen sowie eine erworbene und nachgewiesene Kompetenz zur Praxisanleitung, Lehre und Rhetorik. Grundlegend bedarf es neben der Liebe zum eigenen Beruf einer Motivation, andere an der eigenen Fachkompetenz teilhaben zu lassen.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> - Zeit und Möglichkeit zum Kontakt zu Hochschulen - Zeit und Raum für Praxisanleitung und Studierende - Praxisanleiterqualifikation - Fachlichkeit auf aktueller Höhe der eigenen Profession und Disziplin 	<ul style="list-style-type: none"> - Abgesprochene und phasenorientierte Praktikumsgestaltung - Geregelte und verlässliche Kommunikation zwischen Lehrenden, Studierenden und Anleitenden - Ansteigende Verantwortlichkeit und Selbständigkeit der Studierenden im Praxissemester 	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Anfragen von Studierenden hinsichtlich Praktikumsentsätzen und Exkursionsmöglichkeiten - Anfragen und Angebote von Lehraufträgen und Seminar-gestaltungen - Rückmeldungen von Studierenden, Lehrenden und den Kolleg*innen aus der eigenen Einrichtung hinsichtlich der Lernfortschritte der Praktikant*innen
Beziehungsqualität		
<ul style="list-style-type: none"> - Haltung, dass psychosoziale Arbeit eine notwendige Perspektive innerhalb der Hospiz- und Palliativpraxis ist <ul style="list-style-type: none"> - Motivation, mit den Studierenden und Lehrenden gemeinsam zu lernen und die eigenen Kompetenzen zu reflektieren - Freude am Kontakt zu Studierenden und zur Wissenschaftsorganisation Sozialer Arbeit <ul style="list-style-type: none"> - Freude an Anleitung und Lehre 		

6. *Profil – Soziale Arbeit in (Hospizarbeit und) Palliative Care*

Vorbemerkung

Gabi Moritz

Wir danken der Sektion Soziale Arbeit der DGP, die das „Profil – Soziale Arbeit in Palliative Care“ (DGP 2012) im Rahmen Ihrer Tätigkeit für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelt, formuliert und für unsere Broschüre zur Verfügung gestellt hat. Es ist aus unserer Sicht hilfreich und prägnant formuliert. Als Arbeitskreis des Hospiz- und Palliativverbandes liegt es uns allerdings am Herzen, den Begriff Palliative Care um den der Hospizarbeit zu ergänzen. Warum uns das so wichtig ist? Palliative Care ist ein Anglizismus, der die Betonung zunächst auf die pflegerisch-medizinischen sowie die institutionellen Aspekte des Sterbens legt, um ihn anschließend zu erweitern. Die Hospizbewegung legt die Betonung auf die Normalität und Alltäglichkeit des Sterbens, will es als Bürgerbewegung wieder mehr und mehr aus der institutionellen Ecke der Gesellschaft hervorlocken. Der Hospizarbeit ist die soziale Einbettung das Eigentliche, die wichtigste Voraussetzung für ein würdiges Sterben. Und doch findet auch die Hospizarbeit in Institutionen und nach den Standards des Palliative Care statt. Diese Ambivalenz gilt es auszuhalten und zu leben, in diesem Fall durch dieses Vorwort und die gedankliche Ergänzung des Begriffs „Hospizarbeit“ überall dort, wo im Text „Palliative Care“ zu finden ist.

Profil – Soziale Arbeit in Palliative Care

Sektion Soziale Arbeit – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Einführung

Das Konzept von Palliative Care begreift den sterbenden Menschen und seine Zugehörigen in seiner physischen, psychischen, sozialen

und spirituellen Dimension und bietet dementsprechend ein multiprofessionelles Betreuungskonzept an. Soziale Arbeit ist integraler Bestandteil von Palliative Care und findet in ambulanten Hospizdiensten, SAPV-Teams, in stationären Hospizen, in Krankenhäusern, auf Palliativstationen, in Konsiliardiensten sowie in Einrichtungen der stationären Altenhilfe statt. Sie hat ihre Aufgaben in der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen jeden Alters und ihres sozialen Umfeldes und wird je nach Tätigkeitsfeld andere inhaltliche Schwerpunkte setzen.

Für Schneider (2006) ist Sterben vor allem auch ein sozialer Prozess. „... die Begriffe Krankheit, Sterben, Tod bezeichnen keineswegs primär physiologische Abläufe und Zustände, sondern sie stehen für soziale Phänomene und Prozesse. D. h.: Sterben gilt dem soziologischen Blick als ein sozialer Prozess, der von allen beteiligten Akteuren zu gestalten ist und in dem eine grundlegende Um- und Neudefinition der gemeinsam geteilten Wirklichkeit erfolgt.“

Mit diesem Profil beschreibt die DGP Eckpunkte, an denen sich das Handeln der Sozialen Arbeit in Palliative Care orientieren kann.

1. Inter- und Multiprofessionalität als Grundprinzip

Die Grundprinzipien der Ganzheitlichkeit und Multiprofessionalität sind unverzichtbare Eckpfeiler in der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden sowie von Zugehörigen. Mit dem Ziel, Leiden umfassend zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern, verpflichtet sich Palliative Care zu einem mehrperspektivischen Behandlungsansatz in einem multiprofessionellen Team. Die Zusammenführung unterschiedlicher Blickwinkel der beteiligten Professionen (Mediziner, Pflegende, Seelsorger, Sozialarbeiter, Therapeuten usw.) dient dazu, das gemeinsam formulierte Ziel zu erreichen. Das Verbindende ist die Haltung der Begleiterinnen und Begleiter, die sie in der Begegnung und Auseinandersetzung mit den Betroffenen einnehmen.

Zum Gesamtkonzept gehören:

„Exzellente Schmerz- und Symptomkontrolle, Integration der psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen sowohl während der Erkrankung des Patienten als auch bei seinem Sterben und in der Zeit danach.“ (Husebø / Klaschik 2006)

2. Auftrag

Soziale Arbeit hat den gesellschaftlichen Auftrag, Menschen in besonderen sozialen Problemlagen bei der Partizipation in der Gesellschaft zu unterstützen, ihre Ressourcen zu stärken, ihre Selbstbestimmung zu fördern und soziale Härten zu vermeiden.

Im palliativen Arbeitsfeld ergeben sich dabei folgende Schwerpunkte:

- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod sowie die Integration dieser Prozesse in die Behandlungsplanung*
- Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe und sozialer Gerechtigkeit*
- Minimierung der Gefahr von Isolierung, Ausgrenzung und Stigmatisierung*
- Achtung vor dem besonderen Wert und der Würde aller Menschen und Unterstützung bei der Wahrnehmung der Rechte, die sich daraus ergeben*
- Entwicklung und Förderung von Solidarität, mitmenschlichem Beistand und Entlastung durch ehrenamtliche Begleitung*

3. Kernaufgaben und Handlungsmethoden

Soziale Arbeit trägt dazu bei, dass schwerkranke und sterbende Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten und unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen mit dem persönlichen Umfeld ihr Leben selbstbestimmt und würdevoll gestalten können. Soziale Arbeit folgt in ihrem Handeln den wesentlichen Grundsätzen ihrer Profession: In sozialen Notlagen werden die betroffenen Menschen auf Basis von

Ressourcenerschließung in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit unterstützt, der Zugang zu sowie die Nutzung von weiteren professionellen Hilfesystemen wird ermöglicht. Die Betroffenen werden dabei immer als Experten ihrer Lebenswelt gesehen. Die Einbettung im persönlichen Netzwerk wird durch Förderung der Kommunikation, Bearbeitung des Spannungsfeldes divergierender Bedürfnisse und Wünsche sowie durch Entlastung gestärkt. Hierbei werden neben den klassischen Methoden auch spezifische Methoden und Konzepte angewandt, wie z. B. Netzwerkarbeit, sozialarbeiterisches Case- und Care- Management.

a) Beratung von schwerkranken Menschen und ihren Zugehörigen

Beratung bedeutet stützende Interaktion zwischen Ratsuchenden und Berater. Der Beratungsprozess strukturiert sich in die Schritte (Sozial-)Anamnese, Diagnose, Maßnahme und Evaluation. Als Entscheidungshilfe werden dem Ratsuchenden verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt und seine Handlungsfähigkeit wird unterstützt. Die Beratung basiert auf rechtlichen Grundsätzen und beinhaltet auch sozialanwaltschaftliches Handeln. Sie findet als Einzel-, Paar- oder Familien- bzw. Zugehörigengespräch unter Berücksichtigung individueller sowie kultur- und religionsspezifischer Aspekte statt.

- Beratung im Umgang mit Krankheit und begrenzter Lebenserwartung*
- Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod*
- Unterstützung beim Verstehen von Befunden, Behandlungsvorschlägen und deren Konsequenzen, Schließen von Informationslücken*
- Aufzeigen von Möglichkeiten zur weiteren Pflege- und Wohnsituation, von Versorgungsperspektiven und Entlastungsmöglichkeiten (z. B. ehrenamtlichen Hilfen etc.)*
- Vermittlung von Selbsthilfegruppen und weiteren Dienstleistern*
- Beratung in sozialen, ökonomischen und sozialrechtlichen Fragen*
- Unterstützung in besonders belastenden Situationen (Suizida-*

lität, Trennung/Scheidung, Sucht und Gewalt, etc.), ggf. Krisenintervention

- *Unterstützung in sozialen Notlagen (Arbeitsplatz- oder Wohnungsverlust, Schulden/ Insolvenz etc.)*
- *Unterstützung bei bzw. von Kindern als Betroffenen oder Zugehörigen (Sicherung der Betreuung etc.)*
- *sozialrechtliche Beratung zur existenziellen Absicherung (Versicherungsansprüche, Grundsicherung/Sozialleistungen etc.), ggf. Beantragung*
- *Information zu Erbschaft und Testament, Sorgerechtsregelung für Kinder, Hinterbliebenenrente etc.*
- *Beratung im Rahmen von Pflege und Versorgung*
- *Organisation weiterer ambulanter/teilstationärer/stationärer Pflege (Pflegedienst, Hospiz etc.) und zusätzlicher fachlicher Hilfen (SAPV, Beratungsstellen etc.)*
- *Organisation von ergänzenden Hilfen (Notrufsystem, Essen auf Rädern etc.), hauswirtschaftlichen Hilfen und Pflegehilfsmitteln, sowie deren Kostensicherung*
- *Organisation der Betreuung von Kindern oder anderer betreuungsbedürftiger Zugehöriger*
- *Beratung zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung*
- *Unterstützung in der Umsetzung letzter Wünsche (z. B. Gestaltung der letzten Lebensphase, der Suche nach Zugehörigen, dem Sterbeort oder der Bestattung)*
- *Unterstützung und Angebote für Trauernde*

b) Psychosoziale Begleitung von schwerkranken Menschen und ihren Zugehörigen

- *Aufzeigen und Erkennen von Wechselwirkungen zwischen physischen, psychischen, seelischen, kulturellen, spirituellen und sozialen Bedürfnissen*
- *Sensibilisierung schwerkranker Menschen und ihrer Zugehörigen zur Förderung ihrer Kommunikation*

c) Ethisch-rechtliche Entscheidungsprozesse

- *Beratung zu Vorausverfügungen und Vertretungsbefugnissen*
- *Unterstützung und Beratung zur Eruierung des (mutmaßlichen) Patientenwillens*
- *Unterstützung und Beratung zur Wahrnehmung der gesetzlichen Vertretung*
- *Vorbereitung und Mitwirkung bei Round-Table-Gesprächen zur Entscheidungsfindung*
- *Unterstützung und Beratung bei der Umsetzung von Behandlungsentscheidungen und den daraus resultierenden psychosozialen Belastungen*

d) Interne und externe Netzwerkarbeit und Koordination

- *Information der Öffentlichkeit zu Themen von Palliative Care in regionalen und überregionalen Zusammenhängen durch das Mitwirken bei Veranstaltungen, Fortbildungen und Medienarbeit (Internet, Zeitschriften, Fernsehen...)*
- *Vernetzung mit anderen professionellen und ehrenamtlichen Versorgern in der Palliativarbeit*
- *Koordination und Steuerung der unterschiedlichen Hilfen in der Palliativversorgung eines Betroffenen (und seiner Zugehörigen), Förderung der Kommunikation untereinander und Stärkung der Zusammenarbeit*
- *Fundraising*

e) Professioneller Austausch und Unterstützung des fachlichen Bezugssystems

- *Teamgespräche innerhalb des eigenen Teams, Moderation und Gesprächsführung*
- *Kollegiale Beratung und Sensibilisierung anderer beteiligter Professionen zu psychosozialen Fragestellungen*
- *Fallbesprechungen mit allen an der Versorgung beteiligten Helfern*
- *Unterstützung der Überleitung bei Wechsel des Versorgungs-*

kontextes Arbeit in intraprofessionellen Gremien und Arbeitsgruppen

- *eine gemeinsame Sichtweise der Profession definieren und festigen und sie in der Öffentlichkeit darstellen*
- *gesetzliche Defizite in der Versorgung von Betroffenen entdecken und auf politischer Ebene darstellen*
- *Austausch von Erfahrungen und Informationen*
- *Arbeit in multiprofessionellen Gremien und Arbeitsgruppen, mit dem Ziel, die Soziale Arbeit in der Palliativversorgung in fachliche Diskussionen auf Bundes, Landes- und kommunaler Ebene sowie bei der Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen einzubringen und zu vertreten*

f) Koordination und Leitung ehrenamtlicher Mitarbeiter

- *Gewinnung und Auswahl*
- *Vorbereitung und Praxisbegleitung*
- *Einsatzkoordination, fachliche und organisatorische Verantwortung*
- *Vernetzung von Haupt- und Ehrenamt*

g) Wissensvermittlung, Dokumentation, Evaluation, Forschung und Lehre

- *Information zu Grundlagen und Konzepten von Palliative Care für Betroffene, Zugehörige und interessierte Bürger*
- *Beteiligung an Aus-, Fort- bzw. Weiterbildung von Ehrenamtlichen und weiteren Professionen, die im palliativen Feld tätig sind*
- *Entwicklung von Qualitätskriterien für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in Palliative Care auf Grundlage von Dokumentation, Evaluation und Forschung*

4. Qualifizierung / Fachliche Voraussetzung / Kompetenz

- *Formale Voraussetzung für die Soziale Arbeit im Bereich Palliative Care ist das Studium der Sozialen Arbeit mit den Abschlüssen Diplom, Bachelor oder Master*
- *Persönliche Voraussetzungen sind die Bereitschaft und Fähigkeit, sich mit Krankheit, Tod und Sterben auseinanderzusetzen, in einem multiprofessionellen Team zu arbeiten und das eigene Handeln zu reflektieren*
- *Als besondere Voraussetzung bringen SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen aufgrund ihrer Ausbildung die notwendige Schnittstellenkompetenz zur Zusammenschau der Bereiche Pädagogik, Psychologie, Medizin, Soziologie, Politik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften mit*
- *Die spezifische Beratungskompetenz ermöglicht eine handlungs- und zielorientierte Vorgehensweise, die alle am Prozess beteiligten Personen oder Dienste vernetzt – unter besonderer Berücksichtigung der Autonomie, Selbstbestimmung und Würde der Betroffenen*
- *Qualifizierung Palliative Care für psychosoziale Berufe*

Soziale Arbeit verfügt über folgende Schlüsselkompetenzen:

- *Beratungskompetenz: Beratung in der Sozialen Arbeit hat eine systemische Sichtweise, ist biographie- und lebensweltbezogen, ressourcen- und netzwerkorientiert; sie bezieht sich auf spezielle Zielgruppen, Aufgaben, Ziele, typische Fragestellungen; sie bedient sich spezieller Methoden und Techniken und stützt sich auf spezielles Wissen und Können der Berater*
- *Methodenkompetenz: spezifische Methoden und Techniken (z. B. Krisenintervention, Schnittstellen- und Netzwerkarbeit, etc.) werden für den Einzelfall planmäßig ausgewählt und reflektiert angewendet*
- *Strategische Kompetenz: systematisch, strukturiert und ziel führend werden z. B. Ressourcen gebündelt oder unterschiedliche Interessen beachtet*
- *Sozialpädagogische Kompetenz: Bildung, Lehren und Lernen*

kommen in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern/ Erwachsenen zum Tragen (z. B. Weiterbildungsangebote, Angebote für Geschwister) sowie in der Kompetenzvermittlung (z. B. bei der Befähigung von Ehrenamtlichen)

- *Sozialrechtliche Kompetenz: Kenntnis der gesetzlichen Regelungen des SGB, angrenzender relevanter Rechtsbereiche und die Einhaltung des Datenschutzes sind Grundlage von Beratung und anwaltschaftlichem Handeln*
- *Sozialadministrative Kompetenz: Kenntnisse über verwaltungstypische Grundlagen ermöglichen es, Arbeitsabläufe systematisch und transparent zu gestalten*
- *Personale, kommunikative und mediative Kompetenz: Diskurs- und Diskussionsfähigkeit, Respekt und Achtung gehören ebenso zu den Schlüsselkompetenzen Sozialer Arbeit*
- *Berufsethische Kompetenz: Sozialethik beachtet die ethischen Verhältnisse und Pflichten, die sich aus dem Gemeinschaftsleben ergeben (leitende Handlungsregeln, Werthaltungen und -kanon, Verhaltensnormen)*
- *Kompetenzen zur Praxisforschung und Evaluation: (Empirische) Sozialforschung und Evaluation befassen sich mit der alltäglichen Praxis der Sozialen Arbeit mit deren Rahmenbedingungen, Methoden und Zielen*

5. Ethische Grundhaltung

Soziale Arbeit findet auf Grundlage der berufsethischen Prinzipien der International Federation of Social Workers (1994) statt.

Die ethische Grundhaltung von Palliative Care wird anerkannt und gefördert:

- *den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu betrachten und*
- *schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Zugehörigen mit Würde zu begegnen*

6. Ausblick:

- *Palliative Care als wachsendes Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit sollte Aufnahme und Integration in den Lehrplan des Studiums finden*
- *Sozialwissenschaftliche Forschungsprojekte sollten gefördert werden*
- *Soziale Arbeit ist integrativer Bestandteil von Palliative Care und muss im Rahmen der Regelfinanzierung dauerhaft implementiert werden*

7. Schlusswort und Ausblick

Karin Leutbecher, Susanne Kiepke-Ziemes, Hanna Szibalski

In dieser 3. überarbeiteten Auflage der Broschüre haben wir erstmalig die Qualitätsdimension „Beziehungsqualität“ einbezogen. In der Arbeit mit diesem Thema wurde deutlich, dass diese Qualität zum Selbstverständnis der Sozialen Arbeit gehört, bisher aber nicht im Sinne des Qualitätsmanagements abgebildet wurde. Herkömmliche Qualitätskonzepte sind in dieser Hinsicht unzureichend. In dieser Broschüre haben wir erste Aspekte und Abbildungsmöglichkeiten mit aufgenommen. Eine bewusste, reflektierte Vertiefung und Implementierung der Beziehungsqualität ins Qualitätsmanagement ist dringend erforderlich und notwendig.

Das im Dezember 2015 verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) eröffnet neue Möglichkeiten und Aufgaben, die im klassischen Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit verortet sind.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (§132g SGB 5) überschneidet sich stark mit den klassischen sozialarbeiterischen Aufgaben wie Aufnahmeplanung, psychosoziale Begleitung, sowie Durchführung von multiprofessionellen Fallbesprechungen und Maßnahmen der Nachsorge. Daher ist es sinnvoll, dass jede Einrichtung über einen Sozialarbeiter mit Palliative Care Qualifizierung verfügt.

Ein weiteres Arbeitsfeld wird sich vermutlich in den neu einzurichtenden Palliativdiensten in Krankenhäusern entwickeln. Die Abrechnungsgrundlage (OPS 8.98h) beinhaltet die Auflage, dass neben Medizin und Pflege eine dritte Berufsgruppe grundsätzlich beteiligt sein muss (DGP 2016).

Der Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW hat sich im Vorfeld zu dem Referentenentwurf des HPGs in Form einer Stellungnahme (www.hospiz-nrw.de 2015) geäußert. Zu unserem großen Bedauern wird die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit in der verabschiedeten Fassung an keiner Stelle explizit erwähnt. Damit ist

eine ausgewiesene Finanzierung von sozialer Arbeit in den meisten Bereichen nach wie vor nicht gegeben.

Wir gehen davon aus, dass der Bedarf an sozialer Arbeit sowohl in den klassischen Arbeitsfeldern der Hospiz- und Palliativversorgung als auch in den neu entstehenden Settings in Zukunft weiter steigen wird. Die finanziellen und sozialen Nöte nehmen zu, immer mehr Menschen leben isoliert, die Problemlagen werden komplexer.

Menschen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge, Menschen mit Behinderungen und Suchterkrankungen in palliativer Situation sind eine besondere Herausforderung für die palliative Soziale Arbeit. Nicht nur der Bedarf und Ruf dieser Menschen, sondern auch der betreuenden Einrichtungen bzw. Mitarbeiter*innen nach Unterstützung durch Soziale Arbeit steigt.

Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung in Palliative Care haben sich die unterschiedlichen beteiligten Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychologie) entschieden, eigene professionsbezogene spezialisierte Curricula zu entwickeln, um den Anforderungen in diesem dynamisch wachsenden Arbeitsfeld gerecht zu werden.

Soziale Arbeit versteht sich als Teil eines multiprofessionellen Netzwerkes, welches in diesen monoprofessionellen Ansätzen u. E. nicht genügend berücksichtigt wurde. Daher scheiterten die ersten Versuche einer aktualisierten, gemeinsamen multiprofessionellen Palliative Care Weiterbildung. Derzeit arbeiten erfahrene Sozialarbeiter*innen im Rahmen der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) an einem neuen Curriculum für die Soziale Arbeit, welches in einer modularen Form mit Ein- und Ausstiegsmöglichkeiten umsetzbar wird. Hier werden die in der EAPC (European Association for Palliative Care) entwickelten Kernkompetenzen einfließen.

Als Resümee dieser Broschüre ist hoffentlich sehr deutlich geworden, dass eine qualitativ hochwertige palliative Versorgung eine Beteiligung von Sozialer Arbeit in jedem multiprofessionellen Palliativteam unabdingbar macht.

8. Begriffsklärung

**Beate Dirkschneider, Ursula Ellermann, Martina Ellmann,
Martin Suschek, Hanna Szibalski, Ursula Elisa Witteler**

AAPV

Siehe „Palliative Versorgungssysteme“

Beratung

Beratung wird verstanden als ein Prozess zur Stärkung und Unterstützung der Ratsuchenden. In der Haltung des Beraters spiegelt sich das Verständnis wider, dass die Ratsuchenden Experten ihrer eigenen Situation sind. Die Aufgabe des Beraters besteht darin, mit den Ratsuchenden ihr Anliegen und ihren Auftrag zu klären, mögliche Ressourcen von ihnen zu erkennen und nutzbar zu machen, damit sie ihre Handlungsfähigkeit stabilisieren und neue Handlungsstrategien entwickeln und überprüfen können.

Case Management

Die Behandlung und Begleitung von Patient*innen mit einer unheilbar fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung ist mit einer Vielzahl von speziellen (palliativen) Angeboten und damit einhergehenden Leistungsträgern verbunden. In der Auseinandersetzung mit einer lebensbedrohenden Krankheit ist es dem Patienten und seinen Angehörigen selbst oftmals nicht möglich, stützende und notwendige Hilfen zeitnah zu erhalten. Die Versorgungssituation ist komplex und erfordert umfassende kompetente Information und Beratung bis hin zur Vermittlung und Koordination passgenauer Maßnahmen.

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (Definition der DGCC, 2012).

Das Case Management hat seine Wurzeln in der Sozialen Arbeit. Auch wenn die Weiterbildung zum Case Manager für verschiedenen Berufsgruppen angeboten wird, sollte die Sozialarbeit sich maßgeblich an der Weiterentwicklung beteiligen, damit der Ansatz insbesondere in der häufig komplexen palliativen Versorgung genutzt werden kann.

Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen

Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen sind freiwillig und unentgeltlich tätig und übernehmen eine eigene Rolle im Helfersystem. Sie gehen mit Respekt und Offenheit auf die Menschen zu und unterstützen den Alltag in der letzten Lebensphase.

Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen bringen ihre individuellen, beruflichen und biografischen Lebenserfahrungen ein. Zudem erhalten sie durch Befähigungskurse eine Vorbereitung für ihren Einsatz.

Sie werden durch hauptamtliche Mitarbeiter*innen in ihre Tätigkeit eingeführt und begleitet. Fortbildung und Supervision zur regelmäßigen Selbstreflexion bilden dabei die wesentliche Grundlage.

Hospizbewegung

Die moderne Hospizbewegung ist eine Bürgerbewegung oder auch stille Revolution. Ausgelöst durch die Engländerin Cicely Saunders, die als Pionierin gilt, haben sich auch in Deutschland engagierte Bürger*innen gefunden, die den Umgang mit sterbenden Menschen ändern wollten; das Sterben von Menschen wurde aus den verborgenen Winkeln geholt. Die letzte Lebensphase wird nicht als eine wertlose Zeit betrachtet, sondern als eine Zeit, in der der Sterbende bis zu seinem letzten Atemzug möglichst gut leben soll. Wo immer jemand nicht im häuslichen Umfeld versorgt werden kann, bieten stationäre Hospize die Möglichkeit eines „Ersatzzuhauses“. Jeder Mensch ist einzigartig, auch im Sterben. Ihn diesen letzten Abschnitt seines Lebensweges in Würde gehen zu lassen ist das Wesen des Hospizgedankens. Der Tradition der modernen Hospizbewegung folgend, ist der Begriff „Hospiz“ nicht an ein Gebäude gebunden, er steht für die Haltung, dass das Leben kostbar ist – bis zum letzten Augenblick. Abschied, Übergang und Tod gehören untrennbar zum Leben.

Palliative Care

Der Begriff ‚palliativ‘ leitet sich vom lateinischen Wort ‚pallium‘ also „der Mantel“ bzw. ‚palliare‘, „mit einem Mantel umhüllen/verbergen“ ab.

Der Begriff ‚care‘ kommt aus dem englischen und kann als „(Für-)Sorge“ übersetzt werden. Eine Wortverwandschaft besteht auch zu dem lateinischen ‚carus‘, welches übersetzt „lieb, wertvoll, teuer“ bedeutet.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Palliative Care Begriff im Jahr 2002 wie folgt definiert:

„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene.

Palliativversorgung:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.“

Palliative Care Teams (PCT)

Siehe „Palliative Versorgungssysteme“

Palliative Versorgungssysteme

Allgemeine ambulante Palliativ Versorgung (AAPV)

„Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen. AAPV beinhaltet die Palliativversorgung, die von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation erbracht werden kann. Der Großteil der Palliativpatienten, die medizinische und pflegerische Versorgung benötigen, kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Die Leistungserbringer in der AAPV sind in der Regel nur zu einem kleinen Teil ihrer Zeit mit der Versorgung von Palliativpatienten beschäftigt. Die Versorgung richtet sich an palliativmedizinischen Therapiezielen und -inhalten aus. Geschulte ehrenamtliche Hospizmitarbeiter werden je nach Bedarf aktiv eingebunden. Reichen die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, sind die Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung einzubeziehen.“ (Definition DGP/DHPV 15.1.2009)

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Erwachsene (SAPV)

„Damit viele Menschen mit schwer behandelbaren Symptomen und komplexen Krankheitsbildern ihre verbleibende Lebenszeit möglichst zuhause verbringen können, gibt es Teams von speziell ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppen, die ins Haus, in die Wohnung oder ins Pflegeheim kommen, um dort Hilfe und Unterstützung anzubieten. In den beiden NRW-Landesteilen Rheinland und Westfalen-Lippe gibt es zwei unterschiedliche Modelle dieser spezialisierten ambulanten Versorgung: die Palliative Care Teams (PCT) im Rheinland sowie die Palliativmedizinischen Konsiliardienste (PKD) in Westfalen-Lippe. Gesetzlich geregelt werden die Leistungen von SAPV in § 37b und § 132d (SGB V)

Palliative Care Teams (PCT) übernehmen im Rheinland die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. In ihnen arbeiten unterschiedliche Experten in einer Gruppe zusammen, um schwerstkranke und sterbende Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zu versorgen. Das Palliative-Care-Team besteht aus mindestens drei Ärzten mit der Zusatzausbildung Palliativmedizin und mindestens vier qualifizierten Pflegefachkräften, die fachübergreifend in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten, wie z. B. mit Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Psychologen, Psycho-Onkologen und Seelsorgern. Dies geschieht in Kooperation mit den Hausärzten.

Palliativmedizinische Konsiliardienste (PKD) übernehmen in Westfalen-Lippe die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. In ihnen arbeiten mindestens vier Ärzte mit der Zusatzausbildung Palliativmedizin und eine qualifizierte Pflegefachkraft zusammen. Auch die PKD kooperieren mit anderen Professionen." (ALPHA NRW, 2016)

Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an 7 Tagen in der Woche und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer*innen sind unverzichtbar. Das Team führt regelmäßige multiprofessionelle Teamsitzungen und Fallbesprechungen durch und arbeitet eng mit den Strukturen der Primärversorgung zusammen.

Palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD)

Siehe „Palliative Versorgungssysteme“

Psychosozial

Schwere Erkrankungen und der nahende Tod betreffen immer den ganzen Menschen und sein soziales Umfeld. Neben physischen Auswirkungen und Erfordernissen entstehen psychische, seelische, kulturelle, spirituelle und soziale (zwischenmenschliche, berufliche, finanzielle und weitere) Bedürfnisse und Veränderungen. Sie stehen in einem Kontext zueinander und können nicht isoliert betrachtet werden. Das System dieser Veränderungen wird von den Betroffenen und den Zugehörigen in ihre eigenen Möglichkeiten, Strukturen und Erfahrungen eingeordnet und möglicherweise neu sortiert und strukturiert. Sie auf diesem Weg zu unterstützen bedeutet sie psychosozial zu begleiten.

Soziale Arbeit/ Sozialarbeit/ Sozialpädagogik

Professionelle Soziale Arbeit wird sowohl von Diplom-Sozialarbeiter*innen als auch von Diplom-Sozialpädagog*innen, sowie Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen mit den Abschlüssen Bachelor und Master erbracht.

Die „International Federation of Social Workers“ (2014) definiert Sozialarbeit wie folgt:

„Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlagen der Sozialen Arbeit. Gestützt auf Theorien zur Sozialen Arbeit, auf Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, werden bei der Sozialen Arbeit Menschen und Strukturen eingebunden, um existenzielle Herausforderungen zu bewältigen und das Wohlergehen zu verbessern.“

Die obige Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene noch erweitert werden.“

Verbindend für die Sozialprofessionellen ist ihre grundlegende Perspektive auf Beziehungsprozesse, Beziehungsräume, Beziehungsstrukturen und Beziehungskulturen – sowie deren Qualitäten – von, mit und für Menschen, Szenen und Gruppierungen in krisenhaften und prekären Lebenssituationen sowie soziale Inklusions- und Exklusionsthemen. Für den Hospiz- und Palliativbereich scheint im professionstheoretischen Ansatz einer Sozialen Arbeit als Lebenskunstprofession (Meyer 2002) eine noch nicht genügend beachtete Möglichkeit zu liegen. Dieser Ansatz orientiert sich grundlegend am Selbstorgeansatz nach Foucault ebenso wie an der Ethik der Lebenskunst nach W. Schmid.

Soziale Arbeit als transversale Disziplin erforscht, konzeptualisiert, evaluiert und lehrt diese unterschiedlichen Beziehungskontexte. Als generalistische und häufig spezialisiert ergänzte Profession mit gesellschaftlichem und individuellem Auftrag bietet sie Anregung, Befähigung, Begleitung, Mitgestaltung, Unterstützung, Initiierung, Koordinierung, Leitung und

Reflexion dieser o. g. sozialen Beziehungsformate. Soziale Arbeit ist so ein eigenständiger, relevanter und nicht zu ersetzender Bestandteil des multiperspektivischen Begleitungsensembles im Hospiz- und Palliativbereich.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Erwachsene (SAPV)

Siehe „Palliative Versorgungssysteme“

Zugehörige, Angehörige

Diese Begriffe sollen alle Gruppen von Menschen fassen, die sich den Ursprüngen der Wörter folgend zu jemandem zu- oder angehörig fühlen und von diesem als zu- oder angehörig empfunden werden. Um den vielen verschiedenen Lebenszusammenhängen unserer Klienten gerecht zu werden, sollen diese Begriffe die Gruppe der Nächsten, also der Familie, Freunde und Bekannten gleichermaßen benennen. Beide Begriffe werden im Text verwandt.

Literatur

Ackermann, S. u. a. (2015) Beziehungsqualität professionell gestalten. Kevelaer

ALPHA NRW (2016) www.alpha-nrw.de/?s=SAPV

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW, Hospiz- und PalliativVerband NRW (2015) www.hospiz-nrw.de/files/AG%20Soziale%20Arbeit%20HPV%20NRW%20Stellung-nahme%20Referentenentwurf%202015-03-31.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2009) Definition AAPV der DGAP und DHPV, www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Definition Palliativstation, www.dgpalliativmedizin.de/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf, Stand 31.10.2003

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2016) www.dgpalliativmedizin.de/images/Palliativdienste_2016-07-28.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Sektion Soziale Arbeit (2012) Profil Soziale Arbeit in Palliative Care www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf

Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC)w (2012) Definition Case Management www.dgcc.de/case-management/ Stand 17.11.2016

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (2016) www.dhpv.de/themen_hospize.de

Elias, N. (1982) Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt a.M.

Graf, G./ Höver, G. (2006) Hospiz als Versprechen. Zur ethischen Grundlegung der Hospizidee. Wuppertal

International Federation of Social Workers (2014) Definition Sozialarbeit, www.dbsh.de/beruf/definition-der-sozialen-arbeit.html, Stand 10/2016

Maus, Nodes, Röh (2010) Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit, Wochenschauverlag

Rüegg-Stürm, J. (2003) Das neue St. Galler Management-Modell. Grundkategorien einer integrierten Managementlehre. Der HSG-Ansatz. 2., durchgesehene Aufl. Paderborn

Schäper, S. (2006) Ökonomisierung in der Behindertenhilfe. Praktisch-theologische Rekonstruktionen und Erkundungen zu den Ambivalenzen eines diakonischen Praxisfeldes. Berlin

Suschek, M. (2013) Gästeorientierung in der stationären Hospizarbeit – Konzeptfragment innerhalb eines postmodernen Qualitätsmanagementansatzes. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Witten/Herdecke

Wasner, M. (2016) „Präsenz von Sozialer Arbeit“ unveröffentlichte Vortragsfolien DGP Kongress Leipzig 2016

WHO (2002) Definition Palliative Care, www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf, Stand 16.11.2016

Wissert, M. (2009) Professionelle Qualität in der ehrenamtlichen Sterbegleitung. In: Laube, M. (Hrsg.): Aus Erfahrung gut? Qualitätssicherung in der Hospizarbeit. 11. Loccumer Hospiztagung. Rehburg-Loccum

Autorenliste

Dirkschnieder, Beate

Stationäres Hospiz Haus Zuversicht
Bethelweg 25
33617 Bielefeld
Tel.: (0521) 144 61 80
Fax: (0521) 144 47 54
E-Mail: beate.dirkschnieder@bethel.de

Ellermann, Ursula

Malteser Hospiz St. Raphael
Remberger Str. 36
47259 Duisburg-Huckingen
Tel.: (0203) 755 20 40
Fax: (0203) 755 20 99
E-Mail: ursula.ellermann@malteser.org

Ellmann, Martina

Home Care Aachen
Auf der Hüls 120
52068 Aachen
Tel.: (02408) 9265 18 0
E-Mail: ellmann@homecare-aachen.de

Goldmann, Jürgen

Bonn Lighthouse e.V.
Bornheimer Str. 90
53111 Bonn
Tel.: (0228) 63 13 04
Fax: (0228) 63 13 95
E-Mail: goldmann@bonn-lighthouse.de

Horstmann, Johannes

Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.
Hospiz- und PalliativZentrum
Im Nonnengarten 10
59227 Ahlen
Tel.: (02382) 88 90 90
Fax: (02382) 88 90 920
E-Mail: info@hospizbewegung-waf.de

Kiepke-Ziemes, Susanne

Caritasverband Kempen-Viersen
Heierstr. 17
41747 Viersen
Tel.: (02162) 938 93 592
Fax: (02162) 938 93 511
E-Mail: s.ziemes@caritas-viersen.de

Leutbecher, Karin

Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst
Herne
Bahnhofstr. 137
44623 Herne
Tel.: (02323) 988 29 11
Fax: (02323) 988 29 10
E-Mail: k.leutbecher@ahpd-herne.de

Moritz, Gabi

Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.
Hospiz- und PalliativZentrum
Im Nonnengarten 10
59227 Ahlen
Tel.: (0 23 82) 88 90 90
Fax: (0 23 82) 88 90 920
E-Mail: hospiz@hospizbewegung-waf.de

Rohlfing, Antje

Hospizarbeit der PariSozial
Bahnhofstr. 29
32312 Lübbecke
Tel.: (05741) 8096 20 2
Fax: (05741) 8096 21 8
E-Mail: antje.rohlfing@parisozial-mlh.de

Susчек, Martin

Hospiz Anna Katharina
Am Schloßgarten 7
48249 Dülmen
Tel.: (02594) 78 212 12
Fax: (02594) 78 212 14
E-Mail: susчек@hospiz-anna-katharina.de

Szibalski, Hanna

Palliativstation Evangelisches
Krankenhaus Herne
Wiescherstr. 24
44623 Herne
Tel.: (02323) 498 23 04
Fax: (02323) 498 23 59
E-Mail: h.szibalski@evk-herne.de

van Dijk, Melanie

Kinderhospiz Regenbogenland
Torbruchstr. 25
40625 Düsseldorf
Tel.: (0221) 61 01 95 19
E-Mail: dijk@kinderhospiz-regenbogen-
land.de

Wältring, Birgit

Hospiz „haus hannah“
Karlstr. 5-11
48282 Emsdetten
Tel.: (02572) 95 10 70
Fax: (02572) 95 10 710
E-Mail: haus.hannah@stiftung-st-
josef.de

Witteler, Ursula Elisa

Sternenweg Ambulanter Hospizdienst für
Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Caritas-Verband Arnberg-Sundern e.V.
Schulstr. 10
59755 Arnberg
Tel.: (02932) 805 55 90
E-Mail: u.e.witteler@caritas-arnberg.de

Wolff, Conny

Ambulanter Palliativ- und Hospizdienst
DRK Kreisverband Mönchengladbach e. V.
Hohenzollernstr. 214
41063 Mönchengladbach
Tel.: (02161) 2 30 23
Fax: (02161) 20 54 01
E-Mail: C.Wolff@drk-mg.de

Autoren-Kolleg*Innen, die an der aktuel-
len Auflage nicht (mehr) mitgearbeitet
haben:

Benteler, Anne

Bruysten, Maartje

Busch, Ute

Germeroth, Brigitte

Gybas, Monika

Fülbier, Ursula

Kemper, Elisabeth

Müllender, Irene

Rubarth, Martina

Schlütz, Bärbel

Schneider, Jens

Impressum

Herausgeber:

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte
in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW
im HPV NRW

und

Ansprechstelle im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung
im Landesteil Westfalen-Lippe
Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster
Tel.: 02 51 – 23 08 48, Fax: 02 51 – 23 65 76
E-Mail: alpha@muenster.de
Internet: www.alpha-nrw.de

Redaktionelle Bearbeitung:

Hubert Edin
Jürgen Goldmann
Johannes Horstmann
Karin Leutbecher
Hanna Szibalski

Diese Veröffentlichung kann bezogen werden bei ALPHA-Westfalen sowie bei den beteiligten Mitgliedern des Arbeitskreises für psychosoziale Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW und im Hospiz- und PalliativVerband NRW.

3., überarbeitete Ausgabe 2016

Layout: art applied, Hennes Wegmann Münster

Druck: Buschmann, Münster

Auflage: 3.000

Die Bedürfnisse und Probleme Schwerstkranker und Sterbender sind komplex und ganzheitlich. Die Ansprüche und Forderungen, die in diesem Rahmen an die Begleitenden gestellt werden, zeichnen sich durch zunehmende Differenzierungen aus.

Im Zentrum Sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich steht die Beziehungsarbeit zwischen den betroffenen Personen, ihrem persönlichen Umfeld und den Ansprechpartnern in ihren Unterstützungssystemen. Dementsprechend nimmt die Beziehungsqualität in dieser Auflage erstmals breiteren Raum ein.

Das überarbeitete Qualitätskonzept stellt die Tätigkeitsorte der Hospiz- und Palliativarbeit in kurzen Texten dar sowie die vielseitigen Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit in diesen Themenbereichen. Relevante und in der täglichen Praxis bewährte Instrumente und Kriterien zur Qualitätssicherung der Arbeit werden vorgestellt.

Die Arbeitsfelder erstrecken sich über den stationären Bereich in den Krankenhäusern und hospizlichen Einrichtungen, bis hin zur ambulanten Betreuung der Palliativ Care Netzwerke und der Hospizdienste.

Schwerpunkte werden in folgenden Themen gesetzt:

- Qualitätsverständnis für die hospizliche und palliative Praxis
- Beratung
- Gewinnung, Befähigung, Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen
- Unterstützung des fachlichen Bezugssystems
- Trauerbegleitung
- Kooperationen und Gremienarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit, offene Bildungsarbeit und Kulturarbeit
- Hospiz- und Palliativpraxis als Lernort für Studierende der Sozialen Arbeit

Die Autoren dieses Qualitätskonzeptes sind Sozialarbeiter oder –pädagogen und Mitglieder des „Arbeitskreises psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativ-einrichtungen in NRW“. In jahrelanger Praxis haben sie die Herausforderungen des Alltags in unterschiedlichsten Themenfeldern kennengelernt und tragen durch Netzwerkkompetenz und praktische Umsetzung der Qualitätsziele in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen zur Sicherung und Weiterentwicklung des jeweiligen Systems bei.

