

Irmscher, Bianca

**Begleitung am Lebensende
„Palliative Care“, ein Kompetenzbereich Sozialer Arbeit?!**

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2022

Irmscher, Bianca

**Begleitung am Lebensende
„Palliative Care“, ein Kompetenzbereich Sozialer Arbeit?!**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2022

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. phil. Nadine Kuklau

Hinweise zum Sprachgebrauch

Auf den Gebrauch von personenbezogenen Bezeichnungen, welche sich zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen beziehen, wird verzichtet, um Lesbarkeit und Übersichtlichkeit zu bewahren. Diese Vorgehensweise stellt keinesfalls eine Geschlechtsdiskriminierung dar. Mit allen im Textverlauf verwendeten Personenbezeichnungen sind stets alle Geschlechter gemeint (vgl. TU Dresden, 2018).

Hinweise zur direkten Zitierweise

Alle in der Bachelorarbeit verwendeten direkten Zitate werden wortwörtlich aus der jeweiligen Fachliteratur übernommen. Es werden keinerlei Veränderungen, hinsichtlich Rechtschreibung oder Grammatik, vorgenommen.

Bibliographische Beschreibung

Irmscher, Bianca:

Begleitung am Lebensende

„Palliative Care“, ein Kompetenzbereich Sozialer Arbeit?! 39 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2022

Referat

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Thematik „Palliative Care“ im Berufsbereich professioneller Sozialer Arbeit. Untersucht wird die spezifische Rolle der Profession, welche durch die Darstellung des professionellen Selbstverständnisses, fachlicher Kompetenzen sowie vielfältiger Kernaufgaben in Bezug auf die Unterstützung und Begleitung von Menschen am Lebensende, konkretisiert wird.

Die Grundlage der Arbeit bildet eine intensive Literaturrecherche, durch welche die Einbindungen Sozialer Arbeit im Berufsbereich „Palliative Care“ beschrieben und daraus resultierende Chancen sowie Hindernisse für die Berufspraxis thematisiert werden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	III
1. Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Zielstellung der Arbeit.....	2
1.3 Gliederung und Vorgehensweise.....	3
2. „Palliative Care“.....	4
2.1 Begriffsbestimmung und Konzept.....	4
2.2 Haltungen und Grundprinzipien.....	6
2.3 Entwicklung der Palliativ- und Hospizbewegung in Deutschland.....	9
2.4 Organisationsformen und gesetzliche Grundlagen.....	11
3. Soziale Arbeit in der „Palliative Care“.....	17
3.1 Selbstverständnis und beruflicher Auftrag Sozialer Arbeit.....	17
3.2 Handlungsmethoden und Kernaufgaben Sozialer Arbeit.....	22
3.2.1 Psychosoziale Begleitung.....	25
3.2.2 Sozialrechtliche Beratung.....	27
3.2.3 Ethisch-rechtliche Entscheidungsprozesse.....	30
3.3 Soziale Arbeit im multiprofessionellen Team.....	32
3.4 Hindernisse und Chancen Sozialer Arbeit in der Berufspraxis.....	35
4. Schlussfolgerung.....	38
Anlagen.....	IV
Literaturverzeichnis.....	VII
Quellenverzeichnis.....	VIII

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
BAG-SAPV	Bundesarbeitsgemeinschaft für spezialisierte ambulante Palliativversorgung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
IFSW	International Federation of Social Workers
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

“You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die”

(Dame Cicely Saunders, o.A. zit. n. St. Christopher's, 2021)

1. Einleitung

Für bessere Übersichtlichkeit untergliedert die Autorin die Einleitung der Bachelorarbeit in drei Teilabschnitte. Dabei wird im ersten Abschnitt auf die Problemstellung hinsichtlich der Thematik der Arbeit Bezug genommen. Im zweiten Abschnitt, der Zielstellung, stellt die Autorin den Inhalt der Forschungsfrage dar und erläutert die persönliche Motivation zur Bearbeitung des Themas. Daran anschließend erfolgt, durch den dritten Abschnitt, ein erster allgemeiner Überblick zu den inhaltlichen Themen in der Arbeit.

1.1 Problemstellung

Die Thematik Sterben und Tod ist angesichts des biologischen Kreislaufs des Lebens „das einzig gesicherte Faktum menschlichen [Daseins].“ (Krüger, 2017, S.17). Wobei die Tatsache, dass das eigene Leben endlich ist, für den menschlichen Verstand als oftmals unvorstellbar wahrgenommen wird.

Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts konnte von einer Tabuisierung dieser Themen gesprochen werden, welche besonders im öffentlichen Raum verdrängt wurden (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.11). Diese Verdrängungs- und Ausgrenzungsmechanismen befinden sich gegenwärtig im Umbruch und es ist ein öffentlicher Zuwachs an Interesse bezüglich der Themen Krankheit, Sterben und Tod zu verzeichnen (Student; Mühlum u.a. 2020, S.12). Damit zusammenhängend wird vor allem der Palliativ- und Hospizbewegung eine besondere Rolle zugewiesen. Sie setzt sich bereits seit Jahren für ein menschliches Bewusstsein ein, welches das Sterben und den Tod als natürlichen Teil des Lebens begreift und diesen in den Alltag integriert (vgl. Mühlum; Homfeld, 2020, S.9ff.). Dabei nimmt sie das Sterben müssen als eine „individuell zu bewältigende [und] existentielle Grenzsituation“ (Student; Mühlum u.a. 2020, S.12) war, in der die Betroffenen und deren Zugehörigen besonders fürsorglicher Unterstützung und Begleitung bedürfen (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.12). Mit Hilfe der „Palliative Care“ hat sich eine Kultur entwickelt, welche schwerkranke und sterbende Menschen, unter Achtung ihrer Menschenwürde und Autonomie, individuell und fürsorglich auf dem letzten Lebensweg begleitet (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.12). Geleitet durch den Grundsatz von Cicely Saunders „es geht nicht darum dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ (Saunders, o.A. zit. n. Springer Pflege, 2017).

Die Ansätze der „Palliative Care“ finden sich gleichwohl im Auftrag sowie den Handlungsweisen der gegenwärtigen professionellen Sozialen Arbeit wieder. Dabei stellt „Palliative Care“ für die Profession keineswegs ein unbekanntes Tätigkeitsfeld dar.

Bereits seit jeher ist sie mit den Themen Elend, Sterben und Tod konfrontiert, in denen sie für Trost, Linderung und Beistand sorgte (vgl. Krüger, 2017, S.8). Gemessen daran

ist Soziale Arbeit unmissverständlich ein elementarer Bestandteil von „Palliative Care“ und in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen und deren Zugehörigen von essenzieller Bedeutung (vgl. Pankofer, 2021, S.35).

Jedoch ist die Etablierung der professionellen Hilfe Sozialer Arbeit und deren unverzichtbarer Beitrag in der Begleitung der Betroffenen und deren Angehörigen, in der gegenwärtigen Praxis des Arbeitsfeldes, flächendeckend nicht einheitlich und allumfassend berücksichtigt (vgl. Pankofer, 2021, S.8). Der Mediziner und Professor für Palliativmedizin, Prof. Borasio formuliert, dass die Soziale Arbeit womöglich die „am meisten unterschätzte Profession in der Palliativversorgung“ (Borasio, 2021, S.15ff.) ist (vgl. Borasio, 2021, S.15ff.).

1.2 Zielstellung der Arbeit

Ausschlaggebend für das Entstehen dieser Arbeit ist das grundlegende persönliche Interesse an der Thematik „Palliative Care“ sowie die jahrelangen praktischen Erfahrungen als Fachgesundheits- und Krankenpflegerin für Hospiz- und Palliativpflege in diesem Bereich. Während der praktischen Tätigkeit bot sich der Autorin, durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, der Einblick in das Tätigkeits- und Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit in diesem Kontext.

Mit Beginn des Studiums Soziale Arbeit, an der Hochschule Mittweida, erhielt die Autorin die Option, sich intensiv und fachlich fundiert mit der Profession der Sozialen Arbeit auseinanderzusetzen. Dies führte im Verlauf dazu, dass die vielfältigen Facetten und Kompetenzen des Berufsbildes zunehmend deutlicher wurden. Ein Berufsbild mit eigenständigen Grundhaltungen, Handlungsweisen sowie theoretisch fundierten Konzepten, welche sich die Profession während der Arbeit mit Menschen, die sich vielfach in prekären, problematischen oder existentiell bedrohten Lebenslagen befinden, zu Nutze macht. In diesem Zusammenhang ist auffallend, dass die Thematik Sterben und Tod im gesamten Studium, im Vergleich zu anderen Themenbereichen, eine eher nachrangige Rolle einnimmt. Allerdings lässt sich das erworbene Wissen ebenso effektiv wie in anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, in der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen anwenden.

Dass die Profession einen festen Platz im Berufsbereich „Palliative Care“ einnimmt und insbesondere für die psychosoziale Dimension der Betroffenen und Familien von wesentlicher Bedeutung ist, wird in der Fachliteratur uneindeutig beschrieben (vgl. Borasio, 2021, S.15ff.). In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Sozialarbeitende in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen sowie deren Zugehörigen oftmals nur unzureichend vertreten sind, beziehungsweise deren Kompetenzen in diesem Berufsbereich

bisher nur fragmentarisch wahrgenommen werden (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.102).

Mit dem Zugewinn an Fachwissen über die Kompetenzen, dem Selbstverständnis und den vielfältigen Handlungsmethoden Sozialer Arbeit setzt sich die Autorin in ihrer Bachelorarbeit, neben einem allgemeinen Teil zur „Palliative Care“, konkret damit auseinander wie Sozialarbeitende Menschen am Lebensende unterstützen, entlasten und würdevoll auf dem Weg in den Tod begleiten können. Konkretes Ziel dabei ist, der Frage nachzugehen, inwieweit die Profession der Sozialen Arbeit einen Beitrag im Bereich „Palliative Care“ leistet und welche Chancen und Hindernisse sich daraus für das professionelle Handeln in der Praxis ergeben.

1.3 Gliederung und Vorgehensweise

Insgesamt wird die Bachelorarbeit in vier Kapitel gegliedert.

Im ersten Abschnitt wird an das Thema dieser wissenschaftlichen Arbeit herangeführt, die Problemstellung wird beschrieben und das Ziel dargestellt.

Der zweite Abschnitt gewährt, zur Orientierung, einen allgemeinen Überblick in die Thematik „Palliative Care“. Es werden das Konzept der „Palliative Care“ und die im Zusammenhang stehenden relevanten Begrifflichkeiten erläutert sowie die grundlegenden Haltungen und Grundüberzeugungen, welche die Arbeit in diesem Berufsbereich leiten, zusammengefasst.

Um die Hintergründe der „Palliative Care“ in Deutschland besser erfassen zu können, werden die historischen Meilensteine bis zur Akzeptanz und Implementierung dessen dargestellt. Im weiteren Verlauf bezieht die Autorin die relevanten Organisationsformen, in denen „Palliative Care“ zur Anwendung kommt, und die gegenwärtigen Gesetzesgrundlagen in die Arbeit ein. Dabei wird ein erster allgemeiner Einblick bezüglich der Beteiligung Sozialer Arbeit in der Berufspraxis der „Palliative Care“ gewährt.

Im dritten Abschnitt wird der Fokus spezifisch auf die Profession der Sozialen Arbeit im Berufsbereich der „Palliative Care“ gelegt. Thematisch nimmt die Autorin in diesem Teil der Arbeit Bezug auf das allgemeine professionelle Selbstverständnis, die Haltung und den Auftrag Sozialer Arbeit, um diese anschließend für den Arbeitsbereich der „Palliative Care“ zu spezifizieren. Handlungsmethoden und Kernaufgaben, welche in dem Arbeitsbereich für die Profession von wesentlicher Bedeutung sind, stellen relevante inhaltliche Themenkomplexe in diesem Abschnitt dar. Ebenso werden die Zusammenarbeit und die Funktionen der Sozialen Arbeit im multiprofessionellen Team erläutert. Neben der theoretischen Platzierung der Profession in diesem Berufsbereich zeigt die Autorin, die daraus resultierenden Hindernisse und Chancen, in der gegenwärtigen Berufspraxis Sozia-

ler Arbeit im Bereich der „Palliative Care“ auf.

Der vierte Abschnitt bildet mit der Schlussfolgerung den inhaltlichen Abschluss dieser Arbeit.

2. „Palliative Care“

Im folgenden Abschnitt führt die Autorin in die Thematik der „Palliative Care“ ein. Es werden das Konzept und die dazugehörigen Begrifflichkeiten näher betrachtet und erläutert sowie die Grundprinzipien und Haltungen, welche die Arbeit in der „Palliative Care“ maßgeblich bestimmen, aufgeführt. Es wird auf die wesentlichsten Inhalte der Entwicklung moderner Palliativ- und Hospizarbeit in Deutschland Bezug genommen und gesetzliche Grundlagen sowie Organisationsformen, in denen „Palliative Care“ umgesetzt wird, aufgezeigt.

2.1 Begriffsbestimmung und Konzept

In der Literatur finden sich vielfältige Definitionsversuche, welche „Palliative Care“ und dessen Umfang zu beschreiben versuchen. Grundsätzlich findet die Begrifflichkeit seinen Ursprung zum einen in dem lateinischen Wort „pallium“, was übersetzt „mantelartiger Umhang“ bedeutet (vgl. palliative ch, o.A.). Zum anderen wird es aus dem englischen Wort „care“, die Pflege, abgeleitet, welche allumfassend zu verstehen ist. Neben der Sorge um einen Menschen, beinhaltet sie gleichwohl das Wesen und die Wichtigkeit jeder einzelnen Person (vgl. palliative ch, o.A.).

In der deutschen Sprache findet sich lange Zeit keine allgemein anerkannte und gleichwertige Übersetzung. Vielmals wurde der Begriff unmittelbar mit dem der Palliativmedizin gleichgestellt, wodurch die Gefahr der Medikalisierung von der gesamten Palliativversorgung bestand (vgl. DGP, o.A./a, S.2). Mit anderen Worten würde dadurch der Fokus in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen ausschließlich auf der Medizin liegen. Um diesen Vorgang zu unterbinden, wird seit 2009 die Begrifflichkeit Palliativversorgung, Synonym für „Palliative Care“ gebraucht (vgl. DGP, o.A./a, S.2). Als Erklärung für diesen Wandel erläutert die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), dass im Rahmen der Palliativ- und Hospizversorgung vielfältige Begrifflichkeiten Anwendung finden, welche sich auf unterschiedliche und sich oft überschneidende Berufsfelder beziehen. Darunter zählen zum Beispiel Palliativmedizin, Palliativpflege oder hospizliche Begleitung. Um eine zu einseitige Betrachtungsweise zu vermeiden stellt „Palliative Care“ ein Überbegriff für alle Tätigkeiten und Handlungen in der Begleitung von Menschen am Lebensende jeglichen Alters dar, einschließlich aller Aktivitäten in der Palliativ- und Hospizbewegung (vgl. DGP, o.A./a, S.1ff.).

Detailliert beschreibt die DGP „Palliative Care“ als ein Konzept, welches sich nicht ausschließlich auf die körperlichen Leiden der Betroffenen konzentriert und diese zu lindern versucht. Es versteht den Menschen und seine Angehörigen in seiner Multidimensionalität. Demnach finden die physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension bei der Begleitung Berücksichtigung (vgl. DGP, o.A./b).

Für diese multidimensionale Betrachtungsweise benötigt es unterschiedliche Fachkompetenzen, wodurch „Palliative Care“ immer im Zusammenhang mit einem multiprofessionellen Team zu verstehen ist (vgl. DGP, o.A./b). In der Regel gehören hierzu Ärzte, das Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen, Theologen, Seelsorger, Physio- und Ergotherapeuten sowie ehrenamtliche Mitarbeiter (vgl. Pankofer, 2021, S.39).

Im Jahr 2002 schildert die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO), ähnlich zu dem der DGP, „Palliative Care“ als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten [...] mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung [...]. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden [...] Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO, 2002). Die Begleitung, Beratung und Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen stützt sich dabei auf dessen Bedürfnisse, Wünsche und deren autonomen Willen (vgl. Pankofer, 2021, S.39).

Anlehnend an die Definitionsversuche der WHO und der DGP erarbeitete der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) 2007 sieben Leitsätze, welche das Konzept von „Palliative Care“ detailliert darstellen (vgl. Anlage 1). Hieraus lassen sich unter anderem Inhalte ableiten, welche die Bedürfnisse und Wünsche Sterbender und deren Angehörigen in den Mittelpunkt des Prozesses stellen. Ebenso wird deutlich, dass „Palliative Care“ das Leben von der Geburt bis zum Tod als Ganzes betrachtet (vgl. DHPV, 2007). Wie Bitschnau sagt, „Wer sich dem Leben stellt, wird auch mit dem Sterben konfrontiert, und wer sich dem Sterben stellt, wird bald bemerken, dass Sterbende auch Lebende sind“ (Bitschnau, 2021, S.13). Der DHPV stellt die lebensbejahende Grundhaltung von „Palliative Care“ deutlich heraus, welche das Sterben akzeptiert und als einen Teil vom Leben anerkennt (vgl. DHPV, 2007).

Ergänzend dazu beschreiben Heller und Knipping einen weiteren wesentlichen Aspekt in der Palliativversorgung. Die Autoren sind der Meinung, dass es für die Begleitung von Menschen am Lebensende Fachexpertise und -kompetenz sowie professionelle Reflexions- und Handlungsfähigkeit benötigt. Welche allerdings nicht ausreichend erscheinen, „wenn sie nicht von einer menschlichen Haltung der Solidarität und einer Kultur mitleidenschaftlichen Helfens getragen werden“ (Heller und Knipping, 2017, S.50).

Bei allen Bemühungen „Palliative Care“ umfangreich zu erfassen und dessen Facetten aufzuführen, werden auch kritische Stimmen artikuliert. Randall und Downie beschrei-

ben, aus philosophischer Sicht, dass Definitionen von „Palliative Care“ lediglich den Zweck erfüllen, das professionelle Handeln von Fachkräften zu lenken und zu beeinflussen (vgl. Randall; Downie, 2014, S.26). Aus ihnen geht nicht hervor „was dem Leben und dem Tod eines Menschen Sinn verleiht und [...] was ein gutes Leben ausmacht“ (Randall; Downie, 2014, S.26). Nach ihrer Auffassung bestimmen erst die Antworten auf Fragen, nach dem Sinn des Lebens oder Sterbens, das Handeln eines Menschen und bringen Erklärungen darüber, was Menschen für richtig und falsch halten. Diese Antworten bestimmen, nach Ihren Ansichten, den tatsächlichen Inhalt von „Palliative Care“ und somit den Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen (vgl. Randall; Downie, 2014, S.26).

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass „Palliative Care“ in seinem Verständnis weder identisch noch eindeutig beschrieben werden kann (vgl. Steffen-Bürgi, 2017, S.40). Dies macht sich durch eine Vielzahl an Definitionen und Beschreibungsversuchen des Konzeptes in der Fachliteratur deutlich bemerkbar. „Palliative Care“ besitzt vielfältige Facetten, welche unter anderem durch Wertevorstellungen, professionellen Interesse einzelner Fachdisziplinen und Organisationssystemen geprägt werden. Die Entwicklung des Konzeptes unterliegt einem ständigen Wandel und muss fortlaufend an die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse angepasst werden (vgl. Steffen-Bürgi, 2017, S.40).

Welche Grundprinzipien und Haltungen sowie daraus resultierende Handlungsweisen die Arbeit in der „Palliative Care“ prägen, wird durch die Autorin im folgenden Abschnitt dargestellt.

2.2 Haltungen und Grundprinzipien

Mittlerweile ist „Palliative Care“ ein weltweit anerkanntes Konzept, welches sich der Begleitung und Unterstützung von Menschen jeglichen Alters, die sich am Lebensende befinden, verschreibt. Dabei handelt es sich nicht um ein statisches Konstrukt, sondern um ein wandelbares und fortlaufend an die neuesten Erkenntnisse angepasstes Konzept, welches mit seinen Grundprinzipien einen Paradigmenwechsel in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft und -struktur, schwer erkrankter Menschen, vollzieht (vgl. 2.1). Es versteht sich als unterstützende Maßnahme, welche den Betroffenen mit dem nötigen fachlichen „Know-how“, ausschließlich beratend zur Seite steht. In diesem Sinne bestimmen nicht die professionell Helfenden, sondern ausschließlich der Sterbende die letzten Entscheidungen, die sein Leben betreffen (vgl. Kränzle, 2018/b, S.12ff). Allein dieser und dessen Angehörige stehen im Mittelpunkt jeglicher Versorgungs- und Unterstützungsformen. Realistisch umsetzbar wird dieser Gedanke jedoch erst, wenn die reale

Lebenswelt schwerkranker und sterbender Menschen zum Zentrum professionellen Handelns gemacht wird (vgl. Heller; Knipping, 2017, S.51).

Das Konzept „Palliative Care“ ist durch besondere Haltungs- und Grundüberzeugungen geprägt, welche die Arbeit mit Sterbenden maßgeblich leiten. Kränzle meint damit vor allem, die intrinsische Haltung mit der professionelle Begleiter Sterbende wahrnehmen und ihnen begegnen (vgl. Kränzle, 2018/b, S.12ff).

Hingegen sprechen Heller und Knipping konkret von Haltung in der „Palliative Care“, indem sie beschreiben, dass sich professionell Tätige wahrhaftig mit den Betroffenen auseinandersetzen und sich in Interaktion mit ihnen begeben. Als wesentlich erachten sie dabei, statische und abstrakte Definitions- und Beschreibungsversuche von dem Konzept zurückzustellen, da die darin aufgeführten Richtlinien und Handlungsanweisungen sich erst konkretisieren können, wenn diese bei den Betroffenen hinterfragt werden (vgl. Heller; Knipping, S.51).

Die Fragen danach, was der Betroffene wahrlich benötigt, welche Dimensionen in seinem Erleben massiv bedroht erscheinen und welche Symptome ihn fundamental beeinträchtigen, kann die Wissenschaft nicht pauschal mit einer Definition beantworten (vgl. Heller; Knipping, S.51). Hierzu benötigt es die stetige Interaktion mit den Betroffenen und die Kommunikation im multiprofessionellen Team (vgl. 2.1), wobei zentraler Konsens die Bedürfnisse des Sterbenden und die seiner Angehörigen darstellen. Wesentlich ist, dass diese Vorgehensweise nicht nur zwischen Betroffenen und professionell Helfenden praktiziert wird, sondern ebenso bei der Verständigung innerhalb des professionellen Teams maßgeblich von Bedeutung ist (vgl. Heller; Knipping, S.51). Denn wie Heller und Knipping beschreiben „beginnt der eigentliche Prozess einer guten Versorgung und Begleitung am Lebensende“ (Heller; Knipping, 2017, S.51) erst dann, wenn die tatsächlichen Bedürfnisse, Ängste und Wünsche Sterbender und deren Angehörigen im Fokus allen Handelns stehen und nicht der Gemütszustand der professionell beteiligten Akteure (vgl. Heller; Knipping, 2017, S.51).

Welche Bedürfnisse und Wünsche Sterbende empfinden, führt die Fachliteratur anhand vielfältiger Befragungen mit Betroffenen auf. Die Bedürfnisse beziehen sich sowohl auf die physische und psychische als auch auf die soziale und spirituelle Ebene eines Menschen (vgl. Bausewein; Fegg u.a. 2021, S.6-19). Davon abgeleitet werden Wünsche wie beispielsweise, nicht allein und ohne Schmerzen zu sterben, Raum und Zeit zur Klärung letzter Angelegenheiten zu erhalten sowie zusammen mit anderen Menschen über den Sinn des Lebens und Sterbens zu kommunizieren (vgl. Seeger, 2018/a, S.18). Worauf spezifisch der Betroffene den Fokus legt, gilt es beständig neu zu hinterfragen und zu besprechen, damit dieser sich in seiner Lebenswelt verstanden und ernst genommen

fühlen kann. Schlussendlich ist das die Basis für den Aufbau von Vertrauen, welches dem Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, tief liegende Emotionen auszudrücken und mitteilen zu können. Sterbende haben ein Recht auf den Raum und die Zeit, sich mit ihrer Erkrankung, den zugehörigen Symptomen und ihrem nahenden Lebensende auseinandersetzen zu dürfen, bevor vermeintlich belastende Symptome ungefragt beseitigt werden (vgl. Knipping, Heller, 2017, S.52ff.).

Der Weg des Sterbens stellt einen langwierigen Prozess dar, welcher seine eigene Zeit in Anspruch nimmt. Dieser Weg wird durch die bekannteste Sterbeforscherinnen der gegenwärtigen Zeit Elisabeth Kübler-Ross, einer Schweizer Psychiaterin (*1926; †2004), nach jahrelanger Forschung und einer Vielzahl an Gesprächen mit Betroffenen, definiert (vgl. Kränzle, 2018/d, S.26ff.). Durch Ihre Erkenntnisse wird der Sterbeprozess in fünf Phasen unterteilt, welche in der Reihenfolge und Ausformung individuell erlebbar sind.

Exkurs:

Erste Phase, „Nicht-wahrhaben-wollen“: Dem Menschen erscheint allein der Gedanke an den Tod als unerträglich und er leugnet ihn. Zweite Phase, „Aggression“: Der Betroffene reagiert, vor allem auf seine Umwelt, wütend und aggressiv. Er fühlt sich nicht verstanden und in seinem Sterben allein gelassen. Dritte Phase, „Verhandeln“: Der Mensch beginnt, sich mit seinem nahenden Lebensende zu befassen und versucht mit Personen zu verhandeln, von denen er glaubt, sie könnten seinen Tod verhindern. Vierte Phase, „Depression“: Der Betroffene ist durch die stetige Zunahme von Symptomen und Einschränkungen aufgrund seiner Erkrankung hoffnungslos, depressiv und zeigt apathisches Verhalten. Sechste Phase, „Akzeptanz“: Der Mensch nimmt den Tod als Teil seines Lebenszyklus an (vgl. Anlage 2).

Das Wissen über die Phasen ist elementar für das professionelle Handeln im Umgang mit Sterbenden, die sich dadurch ernst genommen fühlen und konkrete Hilfe erfahren dürfen (vgl. Kränzle, 2018/d, S.26ff.). In diesem Zusammenhang beschreiben die Autoren Heller und Knipping feste Regeln, starre Verhaltensweisen sowie Verallgemeinerungen als hinderlich, denn „kein Mensch stirbt nach Standard“ (Heller; Knipping, 2017, S.55). Im Gegenteil, sie führen vielmehr dazu, dass der Vertrauens- und Beziehungsaufbau, welcher Grundvoraussetzung für eine ganzheitliche und individuelle Begleitung am Lebensende ist, gehemmt wird (vgl. Heller; Knipping, 2017, S.55).

Das theoretische Fachwissen sowie die Kenntnisse über bestehende Versorgungsstrukturen und Hilfsangebote sind wesentliche Grundvoraussetzungen, um Sterbende profes-

sionell begleiten zu können. Sie reichen allerdings nach Heller und Knipping nicht aus, um eine tragende Beziehung zu schwerkranken und sterbenden Menschen aufzubauen, die es zwingend braucht, um diese in ihrer Ganzheitlichkeit und Individualität verstehen zu können. Das ausschließlich theoretisch basierte Wissen um die Thematik, kann den professionell Helfenden nicht davor schützen in den Situationen, in denen er Sterbenden begegnet und in ihrer Schwäche des nahenden Todes begreift, ahnungs- und hilflos gegenüberzustehen (vgl. Heller; Knipping, 2017, S.52ff.). Hierfür benötigt es ebenso die Kompetenz, sich als professioneller Begleiter mit seiner eigenen Lebenswelt, mit dem eigenen Sterben und der Endlichkeit zu befassen sowie „Abschied und Trauer zum Thema werden [zu] lassen“ (Knipping; Heller, 2017, S.52ff.).

Um die Hintergründe der „Palliative Care“ in Deutschland besser nachvollziehen zu können, schildert die Autorin im Folgenden Punkt die wesentlichen Meilensteine in der Entwicklung der Hospiz- und Palliativbewegung im Land.

2.3 Entwicklung der Palliativ- und Hospizbewegung in Deutschland

Die Begrifflichkeiten Palliativ- und Hospizbewegung sind nicht deutlich voneinander abgrenzbar und seit dem 19. Jahrhundert untrennbar miteinander verbunden. Nur allein deren Herkunft lässt sich voneinander unterscheiden. Während die Hospizarbeit in der bürgerschaftlichen Hospizbewegung wurzelt, resultiert die Schmerztherapie aus der Palliativbewegung und -medizin (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.32).

Im Zusammenhang mit der Palliativ- und Hospizbewegung in Deutschland werden in der Fachliteratur unter anderem zwei bedeutsame Namen genannt, welche nachhaltig für dessen Prägung verantwortlich sind. Es handelt sich dabei zum einen, um die Begründerin und Pionierin der Palliativ- und Hospizbewegung Dame Cicely Saunders (*1918; †2005), die am 24. Juli 1967 das St. Christopher Hospice in London eröffnete (vgl. Pleschberger, 2017, S.35). Saunders arbeitete als Krankenschwester und Sozialarbeiterin und griff während ihrer Arbeit den Hospizgedanken „Begleiten und Beistehen“ auf und entwickelte ihn, nicht zuletzt aus persönlichen Erfahrungen heraus, weiter (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.139). Ihre innere Motivation führte sie dazu, dass sie 1951 Medizin studierte, um auf die medizinischen Herausforderungen schwerkranker und sterbender Menschen fachlich besser reagieren zu können (vgl. Müller-Busch, 2021, S.49). Vor allem widmete sie sich der Fragestellung, wie in der modernen Medizin, welche durch den drastischen Einsatz medizintechnischen Fortschritts und der Möglichkeit Leben zu verlängern gekennzeichnet war, eine allumfassende „medizinische, pflegerische, soziale und spirituelle Betreuung“ (Müller-Busch, 2021, S.49) von Menschen am Lebensende gelingen kann (vgl. Müller-Busch, 2021, S.49). Bereits damals war sie der Überzeugung,

dass „Palliative Care“ niemals das Monopol einer Berufsgruppe darstellen kann (vgl. Pleschberger, 2017, S.36).

Eine weitere wesentliche Größe in der Palliativ- und Hospizbewegung stellt zum anderen, die Schweizer Psychiaterin Dr. Elisabeth Kübler-Ross (*1926; †2004) dar (vgl. Kränzle, 2018/a, S.4). Sie prägte die Bewegung zu jener Zeit auf eine andere Art und Weise, indem sie das Tabu brach und mit sterbenden und trauernden Menschen in den Dialog ging. Ihre Erkenntnisse über deren Bedürfnisse und Wünsche schrieb sie nieder und veröffentlichte sie. Durch Ihr Vorgehen schaffte sie einen Rahmen, indem sie Seminare in ganz Europa anbot, welche sich an Menschen richteten, die unter anderem Unterstützung in ihrer Trauer und in ihrem Sterben benötigten. Ihre Art zu denken und zu handeln, wurde schnell öffentlich berühmt (vgl. Kränzle, 2018/a, S.4ff.).

Nach der Gründung des St. Christopher Hospice in London breitete sich der Hospizgedanke, von England ausgehend, zügig in weitere Länder aus und es entstanden erste Lehrstühle für Palliativmedizin (vgl. Kränzle, 2018/a, S.4).

Am 10. Juli 1971 wurde im deutschen Fernsehen auf dem öffentlich-rechtlichen Sender ZDF ein Film ausgestrahlt mit der Überschrift „Noch 16 Tage. Eine Sterbeklinik in London.“ Sechs Millionen Menschen verfolgten diesen Film trotz später Sendezeit. Bilder und Szenarien aus dem St. Christopher Hospice wurden gezeigt und der Hospizgedanke somit nach Deutschland getragen, was jedoch nicht auf sofortige Akzeptanz stieß (vgl. Kränzle, 2018/a, S.4). Trotz dessen, dass einige deutsche Ärzte nach einem persönlichen Besuch im St. Christopher Hospice versuchten, diese Idee in Deutschland zu etablieren, wurde deren Vorhaben klar abgelehnt (vgl. Student; Mühlum, 2021, S.142). Vor allem bei den beiden großen deutschen Kirchen, aber auch in den öffentlichen Diskursen stießen Einrichtungen, speziell für sterbende Menschen, auf Ablehnung. Zu tief saß das „Euthanasieverbrechen aus dem Nationalsozialismus“ (Kränzle, 2018/a, S.4) und die Angst davor, dass sogenannte Sterbehäuser ein solches Vorgehen erneut begünstigen könnten (vgl. Kränzle, 2018/a, S.5). Diese kritischen Stimmen führten in Deutschland dazu, dass die Entwicklung der Palliativversorgung, im Vergleich zu anderen Ländern, nur schleppend begann (vgl. Student; Mühlum, 2021, S.142). Erst allmählich entwickelte sich ein Umdenken sowie der Erkenntnisgewinn darüber, dass sterbenden Menschen einer umfassenden Begleitung und Betreuung bedürfen (vgl. Kränzle, 2018/a, S.5). Daran anschließend wurde die erste deutsche Palliativstation für schwerkranke und sterbende Menschen 1983 in der Universitätsklinik Köln eröffnet. Das erste Hospiz eröffnete 1986 in Aachen.

Mittlerweile sind Hospize und Palliativstationen weltweit verbreitete Einrichtungen, die mit Ihrem Konzept der „Palliative Care“ nicht mehr aus der Versorgungslandschaft für

schwerkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörigen wegzudenken sind. Es wird deutlich, dass „Palliative Care“ keine neuartige Disziplin oder Modeerscheinung ist, sondern eine der ältesten Fachrichtungen, die bereits in den früheren Jahrhunderten auf das Lindern von Leid und Schmerz zurückgreift (vgl. Kränzle, 2018/a, S.6).

Mit der zunehmenden Institutionalisierung der Palliativ- und Hospizversorgung zeigen sich dennoch auch Nachteile. Zunehmende Standardisierungs- und Vereinheitlichungsprozesse machen keine Ausnahmen vor der Palliativ- und Hospizarbeit (vgl. Pleschberger, 2017, S.37ff.). Kritische Stimmen sprechen vom institutionalisierten, medizinisch gelenkten und überwachten Sterben (vgl. Randall; Downie, 2014, S.19ff.). An dieser Stelle bleibt abzuwarten, ob die Standardisierungsprozesse zur Optimierung der Qualität im Sozial- und Gesundheitswesen die Ursprungsgedanken der Palliativ- und Hospizbewegung von Cicely Saunders erhalten oder durch den Medikalisierungssog in Vergessenheit geraten (vgl. Pleschberger, 2017, S.37ff.). Das bedeutet, alle Beschwerden und Problematiken von Betroffenen, egal ob physischer, psychischer, sozialer, spiritueller oder religiöser Art, werden mehr und mehr allein dem Aufgabengebiet der Medizin zugewiesen und möglichst auch von ihr behandelt (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.37).

Da „Palliative Care“ ein Überbegriff aller Aktivitäten in der Begleitung Sterbender darstellt und als Konzept für eine Arbeitsweise mit diesen Menschen verstanden wird, beschreibt die Autorin im Folgenden die wichtigsten Organisationsformen, in denen das Konzept zur Anwendung kommt. Ferner werden die dazu bestehenden gesetzlichen Grundlagen in den deutschen Sozialgesetzbüchern aufgeführt.

2.4 Organisationsformen und gesetzliche Grundlagen

Sterben findet in der gegenwärtigen Zeit nicht mehr ausschließlich im familiären und privaten Kontext statt (vgl. Schütte-Bäumner, 2021, S.109). Der Sterbeprozess und der Tod eines Menschen werden eher professionalisiert und institutionalisiert. Das bedeutet, gestorben wird heutzutage vermehrt in Institutionen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen, Hospizen und anderen Einrichtungen, in denen professionell tätige Fachkräfte das Sterben organisieren (vgl. Schütte-Bäumner, 2021, S.109).

Für die professionelle Begleitung am Lebensende werden grundsätzlich zwei Paradigmen voneinander unterschieden. Die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen kann zum einen durch eine ambulante Palliativversorgung im privaten und häuslichen Umfeld ermöglicht werden. Sind die belastenden Symptome allerdings zu stark oder kann das soziale Umfeld eine Begleitung in der Häuslichkeit nicht gewährleisten,

stehen zum anderen ebenso stationäre Einrichtungen in der Palliativversorgung zur Verfügung (vgl. Schütte Bäumner, 2021, S.110ff.).

Nicht selten äußern Menschen, die sich am Ende Ihres Lebens befinden, den Wunsch, ihre restlich verbleibende Lebenszeit im gewohnten und vertrauten Umfeld erleben zu dürfen (vgl. Schütte Bäumner, 2021, S.110). Um dem Willen des Sterbenden und dessen Zugehörigen entsprechen zu können, zeigen sich in der Palliativ- und Hospizlandschaft vielfältige ambulante Organisationsstrukturen.

Ein Großteil der Menschen mit palliativmedizinischem und -pflegerischem Bedarf, ohne schwerwiegende und komplexe Symptomatiken jeglicher Dimensionen, können durch das Angebot der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), in ihrer gewohnten Umgebung, hinreichend unterstützt werden (vgl. Hach; Müller u.a. o.A., S.7). Ziel dessen ist es, Lebensqualität und Autonomie sterbender Menschen, vorzugsweise in deren häuslichen Umfeld, zu erhalten beziehungsweise zu verbessern (vgl. DGP; DHPV, 2009). Dafür führen meist engagierte Haus- und Fachärzte sowie ambulante Pflegedienste diese Leistungserbringung aus, welche nicht ausschließlich in der Palliativversorgung tätig sind und kein spezifisches Wissen in der „Palliative Care“ vorweisen müssen (vgl. DGP/DHPV, 2009). Nachteil an dieser Organisationsstruktur ist die fehlende multiprofessionelle Zusammenarbeit, welche in nichtspezialisierten Versorgungsstrukturen häufig eine eher nachrangige Rolle spielt. Nach Meinungen der DGP und der Bundesarbeitsgemeinschaft für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) sollte zumindest ein Austausch mit spezialisierten Fachkräften gewährleistet sein (vgl. DGP/DHPV, 2009).

Spezielle gesetzliche Grundlage lassen sich für die AAPV nicht finden. Deren Leistungen und Angebote fallen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), welche im Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V), geregelt sind. Im §27 Absatz 1 Satz 3 und 4 dieses Gesetzbuches wird darauf hingewiesen, dass die palliative Versorgung eines Versicherten ebenfalls zur Krankenbehandlung zählt und Leistungen in diesem Rahmen zu erbringen sind (vgl. §27 Abs.1 Satz3 SGBV).

Sind die zeitlichen oder therapeutischen Ressourcen der AAPV erschöpft und die Begleitung der Betroffenen im häuslichen Umfeld somit nicht mehr ausreichend sichergestellt, werden die Versorgungsstrukturen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hinzugezogen (vgl. DGP/DHPV, 2009). Bei der SAPV handelt es sich um eine Leistung, welche durch speziell ausgebildete Fachkräfte im multiprofessionellen Team erbracht wird. Sie sind ausschließlich in der „Palliative Care“ tätig und bringen Erfahrungen und Kenntnisse in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen mit. Schätzungen zufolge werden circa 10% der Betroffenen aufgrund ausgeprägter Symptomlast und aufwendigen Versorgungsbedarfen durch einen solchen Dienst in der

Häuslichkeit begleitet (vgl. DGP/DHPV, 2009). Die SAPV versteht sich als ein ergänzendes Unterstützungsangebot zu bereits bestehenden Versorgungsstrukturen und kümmert sich in enger Kooperation mit den Primärbetreuern vorwiegend um medizinische und psychosoziale Belangen der Betroffenen (vgl. Schütte-Bräumner, 2021, S.113 ff.). Die psychosoziale Begleitung stellt, durch die überwiegend medizinische und pflegerische Kompetenz in den Teams, eine eher nachrangige Rolle dar. Trotz der Pflicht, diese Dimension bei der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen zu berücksichtigen, wird bisher keine spezifische sozialarbeiterische Fachkompetenz in einem solchen Dienst gefordert. Die Leistungserbringer der SAPV werden zwar fortlaufend durch fachpolitische Stellungnahmen, wie beispielsweise durch die Bundesarbeitsgemeinschaft-SAPV (BAG-SAPV), dazu angeregt psychosoziale Fachexpertise zu integrieren, allerdings bleibt die Umsetzung bisweilen den jeweiligen Leistungserbringern überlassen (vgl. Schütte-Bräumner, 2021, S.113 ff.).

Sozialrechtlich ist die Versorgung durch eine SAPV seit dem 01.04.2007 im SGBV, in den §37b und §132d, geregelt. Weitere Rahmenbedingungen für diese Versorgungsleistung legt der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der dafür entsprechenden Richtlinie fest (vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, 2021). Diese Richtlinie bezieht sich im Wesentlichen auf die Leistungserbringung sowie den Personenkreis, welcher Anspruchsberechtigt ist. Grundsätzlich gilt, dass jeder Versicherte, welcher eine unheilbare und fortgeschrittene Erkrankung aufweist, wodurch die Lebenserwartung begrenzt und eine aufwändige Versorgung von Nöten ist, einen gesetzlichen Anspruch auf die Leistungen der SAPV hat (vgl. Schmid, 2018, S.141).

Ergänzend zu den bereits aufgeführten ambulanten Diensten in der Versorgungslandschaft für schwerkranke und sterbende Menschen kommen die Hospizdienste hinzu. Die Dienste bestehen in der Regel aus einer Vielzahl geschulter ehrenamtlicher Helfer und mindestens einem hauptamtlich zuständigen Koordinator. Mit ihrem Angebot ergänzen sie die Tätigkeit der professionellen Begleitung und leisten mit ihrem Engagement einen unverzichtbaren Beitrag in der „Palliative Care“. Sie bringen Zeit für beispielsweise kleine Gefälligkeiten und alltägliche Dinge sowie Gespräche mit den Betroffenen und dessen Familien auf (vgl. Seeger, 2018/b, S.129ff.). Mithilfe enger Kooperationen zwischen ehrenamtlich Tätigen und professionellen Begleitern können Bedarfe und Veränderungen frühzeitig erkannt und gemeinsam in Absprache mit allen Beteiligten interveniert werden (vgl. Seeger, 2018/b, S.129ff.). Seit 2001 sind die Leistungen ambulanter Hospizdienste durch den Gesetzgeber im §39a Abs.2 SGBV verankert und werden somit durch die Krankenkassen finanziell gefördert (vgl. Raischl, 2021, S.103).

Sind die Versorgung und Begleitung in der Häuslichkeit aus verschiedenen Gründen

nicht möglich, weisen die Organisationsstrukturen für schwerkranke und sterbende Menschen ebenfalls stationäre Einrichtungen zur Versorgung und Unterstützung auf.

Einige Akutkrankenhäuser weisen, gemessen an dem Palliativversorgungsbedarf ihrer Patienten, eigenständige stationäre Einheiten zur Versorgung, Begleitung und Betreuung schwerkranker und sterbender Patienten auf (vgl. Steinberger, 2021, S.115). In der Fachsprache werden diese Einheiten Palliativstationen genannt. Sie betreuen Patienten mit einer fortschreitenden, nichtheilbaren Erkrankung, die unweigerlich zum Tode führt. Die Betroffenen leiden unter einer ausgeprägten Symptomlast und einer damit verbunden verminderten Lebensqualität, welche nur durch Maßnahmen auf einer Palliativstation verbessert werden können (vgl. Steinberger, 2021, S.115). Das zentrale Ziel einer Behandlung auf einer solchen Station bildet die Symptomkontrolle und die daraus resultierende verbesserte Lebensqualität der Patienten. Um dieses Ziel erreichen und sichern zu können, erfolgt die Arbeit auf einer Palliativstation jederzeit im multiprofessionellen Team (vgl. Steinberger, 2021, S.115). Die Berufsgruppen fungieren während der Begleitung eines Patienten und dessen Familie gleichwertig, außerhalb klarer machterzeugender Hierarchien. Die Profession der Sozialen Arbeit besitzt in diesem Kontext die Hauptverantwortung hinsichtlich der weiteren Versorgung nach dem stationären Aufenthalt, welcher in der Regel zwei bis drei Wochen umfasst (vgl. Steinberger, 2021, S.115). In dieser Zeit hat der Soziale Dienst die Aufgabe, die Entlassung gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen zu planen, zu sichern und die Bereitstellung von benötigten Hilfsmitteln und Dienstleistungen zu organisieren. Neben den Qualitäten eines guten Beraters fungiert der Sozialarbeiter ebenfalls als Vermittler zwischen dem Patienten, dessen Familie und dem Behandlungsteam. Auch die Klärung sozialrechtlicher Fragestellungen sind ein weiteres Aufgabenfeld dieser Profession, wobei die Themen in den Beratungsgesprächen stark variieren und sich nicht konkret auf einen Bereich begrenzen lassen (vgl. Steinberger, 2021, S.117ff.). Um den Fokus auf die Bedürfnisse der Betroffenen zu wahren, bedarf es viel Feingefühl der Sozialarbeiter. Dadurch geleitet, ist Soziale Arbeit in der Lage, individuell passende und sinnvolle Verbindungen zu ihren Angeboten herzustellen (vgl. Steinberger, 2021, S.117ff.).

Wie die Autoren Student und Mühlum formulieren, „sterben ist in jedem Fall ein höchst persönlicher Prozess und – was lange Zeit in Vergessenheit zu geraten schien – ein sozialer Prozess, der Raum, Zeit und sensible Begegnungen braucht“ (Student; Mühlum u.a. 2004, S.14, zit. n. Steinberger, 2021, S.118). In der Praxis zeigt sich jedoch oft ein anderes Bild. Die Autorin Lacour-Krause beschreibt, dass keinerlei Verpflichtungen bestehen, Soziale Arbeit verbindlich und stabil auf einer solche Station zu platzieren (vgl. Lacour-Krause, 2021, S.120). Vielmehr wird sie von den dort präsenten Professionen angefordert, wenn diese der Meinung sind, es besteht sozialarbeiterischer Handlungsbe-

darf. Oftmals beschränkt sich deren Tätigkeit dann auf die Unterstützung bei der Hilfsmittelversorgung sowie Hilfen bei sozialrechtlichen Fragestellungen (vgl. Lacour-Krause, 2021, S.120).

Gesetzlich geregelt ist die Versorgung auf einer Palliativstation im §27 Abs.1 SGBV. Dort heißt es, „zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten“ (§27 Abs.1 Satz3 SGBV). Für die Patienten besteht kein leistungsrechtlicher Anspruch für die Behandlung auf einer Palliativstation, da die Versorgung nicht für alle Menschen, welche die Anspruchsvoraussetzung erfüllen, sichergestellt werden kann (vgl. DGP; DHPV, 2015, S.2ff.).

Neben den Palliativstationen nehmen palliative Konsiliardienste in Akutkrankenhäusern an wachsender Bedeutung zu (vgl. Jordan, 2020, S.305). Nicht zuletzt aus dem Grund, weil die Kapazitäten der einzelnen Palliativstationen bei weitem nicht ausreichen, um den Bedarf an Palliativversorgung zu decken, beziehungsweise nicht jedes Krankenhaus über eine solche Einheit verfügt (vgl. Lacour-Krause, 2021, S.121). Ein solcher Konsiliardienst besteht ebenfalls aus einem multiprofessionellen Team und ist stationsübergreifend im gesamten Krankenhaus tätig. Er übernimmt die Mitbehandlung von schwerkranken und sterbenden Patienten auf den Normalstationen mit dem Schwerpunkt belastende Symptomatiken zu lindern und Lebensqualität zu fördern (vgl. Lacour-Krause, 2021, S.121). Eine weitere Aufgabe des Dienstes besteht darin, Fachwissen an die Primärbetreuer auf den jeweiligen Stationen weiterzugeben, um eine gute „Palliative Care“ auf allen Stationen des Krankenhauses zu ermöglichen. Das hat den Vorteil, dass die Patienten in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können und nur in Einzelfällen, bei komplexen Symptomatiken sowie schwerwiegende psychosozialen Problemstellungen, eine Übernahme auf eine Palliativstation von Nöten ist (vgl. Lacour-Krause, 2021, S.121). Die Vertreter der Sozialen Arbeit übernehmen in einem solchen Dienst vielfältige Aufgabenbereiche. Das liegt im Wesentlichen daran, dass die Zusammensetzung der Teamstruktur aus mindestens einem Arzt, einer qualifizierten Pflegekraft und einem Sozialarbeiter bestehen muss. Bemerkbar macht sich das in der Praxis daran, dass Sozialarbeitende nicht mehr ausschließlich für das Entlassungsmanagement und die Beratung hinsichtlich sozialrechtlicher Fragestellungen zuständig sind. Ihr Aufgabenschwerpunkt liegt in der psychosozialen Beratung und Begleitung der Betroffenen und dessen Familien (vgl. Lacour-Krause, 2021, S.120). Das bedeutet, dass die Profession beispielsweise den Fokus ihres Handelns auf die Wiedergewinnung von Ressourcen und Kräften im familiären System der Betroffenen legt (vgl. Lausanne, 2021, S.15). Eine gesetzliche Grundlage gibt es für diesen Dienst nicht, wonach kein gesetzlicher Anspruch für die Betroffenen besteht. Dennoch wird die erbrachte Leistung durch die Krankenkassen mit Hilfe fallpauschalisierter Entgelte vergütet (vgl. DGP, 2016).

Eine weitere, stationäre, Organisationsstruktur für schwerkranke und sterbende Menschen ist das Hospiz. Es handelt sich um eine eigenständige und unabhängige stationäre Einheit, die Menschen mit einer unheilbaren weit fortgeschrittenen Erkrankung, welche in naher Zukunft zum Tode führt, begleiten (vgl. Fröhlich, 2021, S.124ff.). Vor allem sind das Menschen, die durch ihre ausgeprägten Symptomatiken einem massiven Leidensdruck unterliegen und auf permanente Versorgung und Begleitung angewiesen sind oder das soziale Umfeld die Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht gewährleisten kann (vgl. Kränzle, 2018/c, S.135). In der Praxis findet die Unterscheidung zwischen stationärem Hospiz, Tageshospiz und Kinderhospiz statt. Die Autorin beschränkt sich in ihren nachfolgenden Ausführungen auf das stationäre Hospiz. Die Aufnahme in ein solches stellt sich, in der Regel, für alle Beteiligten als ein sehr einschneidendes und schmerzliches Erlebnis dar. Mit diesem Schritt ist durchweg deutlich, dass die letzte Station im Leben eines Menschen unwiderruflich gekommen ist. Gewissensbisse, Trauer, Abschied, Verlust sind tragende Elemente, trotz aller rationalen Entscheidungsprozesse, die den Aufenthalt in einem Hospiz befürworten oder rechtfertigen (vgl. Kränzle, 2018/c, S.135). An dieser Stelle ist ein wesentliches Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit in diesem Bereich verortet. In ihrem Auftrag liegt es, diese Belastungen wahrzunehmen und den Betroffenen sowie deren Angehörigen bei der Bewältigung dieser existentiellen Verlustängste unterstützend beizustehen. (vgl. Fröhlich, 2021, S.125ff.).

Tatsächlich zeigt die Praxis in den stationären Hospizen, dass der Fokus bei der Begleitung und Behandlung auf der pflegerischen und ärztlichen Expertise liegt. Wie bereits bei der Organisationsstruktur der Palliativstationen beschrieben, ist die Profession der Sozialen Arbeit auch in diesem Bereich oftmals nicht, beziehungsweise nur unzureichend, vertreten (vgl. Fröhlich, 2021, S.129). Die Autorin Elfriede Fröhlich meint dazu, dass die psychosozialen Dimensionen eines Menschen, welche wesentliche Bestandteile in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen darstellen, im Arbeitsalltag durch den hauptsächlich medizinisch-pflegerischen Fokus unzureichend berücksichtigt werden (vgl. Fröhlich, 2021, S.129).

Für die Behandlung und Aufnahme in ein stationäres Hospiz liegt eine gesetzliche Grundlage im SGBV vor. Aus dieser geht deutlich hervor, dass ausschließlich die Menschen die „keiner Krankenhausbehandlung mehr bedürfen“ (§39a Abs.1 Satz1 SGBV), und deren „ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder der Familie“ (§39a Abs.1 Satz1 SGBV) nicht gewährleistet werden kann, Anspruch auf eine Versorgung im Hospiz haben (vgl. §39a Abs.1 Satz1 SGBV). Daran wird deutlich, dass die Hospize zur Wahrung der Vertragssicherheit mit den Krankenkassen, Menschen am Lebensende, hinsichtlich der zu erfüllenden Kriterien unterscheiden und separieren müssen (vgl. Student, 2017, S.85ff.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich „Palliative Care“ nach der Pionierphase in den 80er und 90er Jahren als Konzept in Deutschland weitestgehend etabliert hat. Einen großen Aufschwung bekam die Palliativ- und Hospizbewegung durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) im Jahr 2015 (vgl. Wasner, 2021, S.66). Womit die „Palliative Care“ ausdrücklich Bestandteil der Regelversorgung in der GKV wurde (vgl. BMG, 2017). Das Gesetz beinhaltet einen weitgreifenden Katalog von Maßnahmen, welche den Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung in ganz Deutschland fördern sollen, was bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht flächendeckend umgesetzt ist (vgl. Schütte-Bäumner, 2021, S.111). Vorwiegend in der ambulanten Palliativversorgung zeigt das lückenhafte Netzwerk, dass trotz gesetzlichen Anspruchs auf eine SAPV, nicht jedem Menschen der Wunsch, die letzte Lebenszeit in seinem ihm wohl bekannten und vertrauten Umfeld zu verbringen, gewährleistet werden kann (vgl. Schmid, 2018, S.142).

Um den Fokus intensiver auf die Profession der Sozialen Arbeit in der Begleitung und Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen zu legen, widmet sich die Autorin im nachfolgenden Abschnitt ausschließlich der Sozialen Arbeit im Berufsbereich der „Palliative Care“.

3. Soziale Arbeit in der „Palliative Care“

Wenngleich der Palliativ- und Hospizgedanke das Sterben mehr und mehr zurück in den Alltag der Menschen integrieren sowie Angehörige dazu ermutigen und befähigen möchte, ihre nahestehenden Menschen auf dem letzten Lebensabschnitt zu begleiten, benötigt es dazu fachliche Unterstützung (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.97). Welchen Beitrag vor allem die Profession der Sozialen Arbeit dazu leistet oder leisten kann und welches Selbstverständnis und beruflicher Auftrag sie im Bereich „Palliative Care“ trägt, wird in den folgenden Abschnitten erläutert. Ebenso werden spezifische Kernaufgaben und Handlungsmethoden der Profession vorgestellt sowie die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team aufgeführt. Abschließend gibt die Autorin einen Einblick in die Chancen professioneller Sozialer Arbeit im Berufsbereich und zeigt die Hindernisse, bei der praktischen Umsetzung ihrer Fähigkeiten, auf.

3.1 Selbstverständnis und beruflicher Auftrag Sozialer Arbeit

Zum besseren Verständnis wird, vor der spezifischen Darstellung und Erläuterung des Selbstverständnisses und des beruflichen Auftrags Sozialer Arbeit im Berufsbereich „Palliative Care“, ein cursorischer Einblick auf das zentrale und allgemeine Grundverständnis der Profession gegeben.

Grundsätzlich kommt Soziale Arbeit stets zum Einsatz, wenn es sich um die Bewältigung vielschichtiger und diffuser Problemlagen von Menschen handelt (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.17). Vielschichtig aus dem Grund, weil beeinträchtigende Faktoren, die vereinzelt auftreten, in aller Regel durch spezifische Fachprofessionen wie Mediziner, Rechtsanwälte, Pfarrer oder anderer bearbeitet werden. Treffen diese Faktoren allerdings in großer Anzahl aufeinander und führen zu umfangreichen Problemsituationen, die das Individuum nicht aus eigener Kraft bewältigen kann, wird Soziale Arbeit benötigt. Daran wird deutlich, dass die Profession gesellschaftlich vielfältig verortet ist wie beispielsweise in Arbeit, Freizeit und Bildung sowie unterschiedliche gesellschaftliche Funktionsbereiche wie unter anderem, das Bildungssystem, Sicherungssystem und Sanktionierungssystem bedient (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.17). In diesen übernimmt sie in den Handlungsfeldern der Alten- und Sozialhilfe, Straffälligenhilfe, Gesundheitshilfe und anderen Bereichen spezifische Teilfunktionen. Sie fungiert oftmals als Schnittstelle beziehungsweise als Vermittler unter Beachtung der unterschiedlichen „Auftraggeber“, wodurch das sogenannte Triplemandat, unter welchem Soziale Arbeit tätig ist, offensichtlich wird (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.17). Der Soziologe und Anthropologe Ronald Lutz versteht darunter, dass die Profession zum einen, den sozialpolitischen Vorgaben Folge leisten und zum anderen die Bedürfnisse der ihr anvertrauten Adressaten vertreten muss (vgl. Lutz, 2020). Als dritten Baustein führt er die Verpflichtung der Profession ihrer eigenen Fachlichkeit gegenüber auf. Bedeutsam erscheint dies aus jenem Grund, dass Soziale Arbeit zwar interdisziplinär fungiert, allerdings dennoch eine eigenständige Fachdisziplin darstellt, die sich stabil in der Praxis verorten muss. Ihr Handeln unterliegt den eigenen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie ethischen Prinzipien, in denen sie sich der sozialen Gerechtigkeit sowie den Menschenrechten verpflichtet und in ihrem professionellen Handeln zum Ausdruck bringt (vgl. Lutz, 2020). Mit anderen Worten, Soziale Arbeit muss die Fähigkeit besitzen, unterschiedliche Interessenlagen bei ihren Tätigkeiten zu berücksichtigen beziehungsweise zwischen ihnen zu vermitteln. Das bedeutet, Handlungsfähigkeiten und alternative Bewältigungsstrategien fördern, Sozialpolitik beraten und deren Vorgaben berücksichtigen sowie die eigene Fachlichkeit zu vertreten (vgl. Lutz, 2020). Mit diesen Anforderungen ergeben sich, laut Student und Mühlum, unweigerlich Konflikte innerhalb der Profession wie beispielsweise Hilfe versus Kontrolle oder gesellschaftliche versus individuelle Orientierung (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.17).

Ergänzend zu dem bereits Aufgeführten, wird das Selbstverständnis und der Auftrag Sozialarbeitender auf internationaler Ebene durch den internationalen Verband der Sozialarbeiter (International Federation of Social Workers, IFSW) definiert, welcher Soziale Arbeit als vollwertige Profession begreift. „Soziale Arbeit ist ein praxisorientierter Beruf

und eine wissenschaftliche Disziplin, die gesellschaftlichen Wandel und Entwicklung, sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung und Befreiung von Menschen fördert. Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der kollektiven Verantwortung und der Achtung der Vielfalt stehen im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit. Gestützt auf Theorien der Sozialen Arbeit, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, bindet Soziale Arbeit Menschen und Strukturen ein, um Herausforderungen des Lebens anzugehen und das Wohlbefinden zu steigern.“ (IFSW, 2021).

Schlussendlich führen die oben aufgeführten Aspekte zu dem Fazit, dass die Profession der Sozialen Arbeit vielfältig und komplex in ihren Ausführungen ist. Sie unterstützt Menschen beim Bewältigen ihrer Probleme, ungeachtet dessen, ob diese durch individuelle Beeinträchtigungen, strukturelle Benachteiligungen oder situationsbedingte Anforderungen verursacht worden sind. Sie zielt grundsätzlich darauf ab, die Beziehung zwischen Individuum und Umwelt zu verbessern und die Adressaten dazu zu befähigen, ihr eigenes Potential zu entfalten, um ein für sie wertvolles Leben, unabhängig von der jeweiligen Lebensphase, zu erlangen. Diese Perspektiven kommen dem Gedanken der „Palliative Care“ sehr nahe (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.18ff.).

In diesem Zusammenhang vertritt die Sektion Soziale Arbeit¹ der DGP die Ansicht, dass die Profession ein wesentlicher Bestandteil in der „Palliative Care“ ist und zwingend in allen Organisationsstrukturen (vgl. 2.4) fest integriert sein muss (vgl. DGP, o.A./b). Denn sie besitzt durch ihre Beratungs- und Schnittstellenkompetenz, in den vielfältigen Bereichen wie, Pädagogik, Soziologie, Psychologie, Rechtswissenschaften und anderer, die Fähigkeit, in der Begleitung sterbender Menschen und deren Angehörigen, individuelle an die jeweilige Situation angepasste Schwerpunkte zur Unterstützung zu setzen (vgl. DGP, o.A./b). Wobei sie sich grundsätzlich an der Lebenswelt unter Berücksichtigung der jeweiligen Belastungen sowie Ressourcen der Betroffenen orientiert und darauf abzielt, die Autonomie und Würde dessen sowie deren Angehörigen zu wahren und zu fördern (vgl. DGP - Sektion Soziale Arbeit, 2019). Sie erschließt dabei handlungsorientierte Ansätze, welche alle Akteure und Dienste, die am Prozess beteiligt sind, miteinander verbinden sowie die Selbstbestimmung und die Würde der Betroffenen berücksichtigen (vgl. Pankofer, 2021, S.42ff.).

Hinsichtlich des Auftrages Sozialer Arbeit in der „Palliative Care“ legt die Sektion die

¹ Die Sektion Soziale Arbeit der DGP ist ein Zusammenschluss verschiedener in der Sozialen Arbeit tätiger Berufsgruppen, wie beispielsweise Dipl. Sozialarbeiter oder Dipl. Sozialpädagogen, mit dem Ziel die Profession im Palliativ- und Hospizbereich zu qualifizieren beziehungsweise fest zu etablieren (vgl. DGP, o.A./c).

Schwerpunkte unter anderem auf die Unterstützung der Betroffenen und deren Angehörigen bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung, dem Sterben, der Trauer und dem Tod (vgl. DGP, o.A./b). Ebenso gehört die Minimierung von gesellschaftlicher Ausgrenzung und die Förderung sozialer Gerechtigkeit sowie die Vermeidung von Isolation und Stigmatisierung der Betroffenen hinzu. All diese Aufträge nimmt sie, unter der besonderen Wahrung der Würde schwerkranker und sterbender Menschen, wahr und unterstützt sie bei der Vertretung ihrer Rechte (vgl. DGP, o.A./b). Für die praktische Umsetzung dieser Aufträge benötigt Soziale Arbeit, nach Hefel, ein erhebliches Maß an Methoden-, Fach-, Handlungs- und Sozialkompetenzen (vgl. Hefel, 2019, S.135). Um diese ausbilden zu können, ist Pankofer der Ansicht, dass eine hohe fachliche Qualifizierung von Nöten ist, wobei das abgeschlossene Studium der Sozialen Arbeit die Basis bildet. In diesem erhalten Sozialarbeitende unter anderem theoretische und wissenschaftlich fundierte Grundlagen, welche für die Profession in der „Palliative Care“, ebenso wie in anderen Handlungsfeldern, von wesentlicher Bedeutung sind (vgl. Pankofer, 2021, S.42). Denn die Basis des professionellen Handelns in der Praxis fundiert auf dem Hintergrundwissen spezifischer Konzepte und Theorien Sozialer Arbeit (vgl. Mennemann, 2019, S.237).

Um zu verdeutlichen, an welchen theoretisch fundierten Ansätzen sich das Handeln der Profession in der „Palliative Care“ beispielsweise bedienen kann, erläutert die Autorin in diesem Zusammenhang kursorisch den Sinn von zwei wesentlichen theoretischen Konzepten in diesem Bereich.

Zum einen lässt sich der Ansatz der Lebensweltorientierung nach Thiersch ausfindig machen, wodurch sich Soziale Arbeit grundlegend mit den Lebens- und Überlebensschwierigkeiten von Menschen in ihrem Alltag befasst (vgl. Hefel, 2019, S.75). Nach den Aussagen von Thiersch besteht dieser nicht ausschließlich aus Routinen und Gewohnheiten, die nicht mehr hinterfragt werden müssen, sondern ebenso aus unvorhersehbaren Dingen, die nicht planbar sind. Was vor allem auf die Thematik des Sterbens, der Trauer und den Tod zutreffend ist, da sich Menschen mit der Endlichkeit und Brüchigkeit ihres Lebens konfrontiert sehen. An dieser Stelle setzt Soziale Arbeit an, indem sie begreift, dass der Alltag der Menschen etwas Individuelles und nichts Hypothetisches ist, was auf alle gleichermaßen zutreffend ist. „Alltag meint einen Modus des Handelns, eine spezifische Art, Wirklichkeit zu erfahren, sich in ihr zu orientieren [und] sie zu gestalten“ (Thiersch, 2012, S.46 zit. n. Hefel, 2019, S.75).

Soziale Arbeit setzt sich dabei im Bereich der „Palliative Care“ zum Ziel, die Realität des jeweils gelebten Lebens zu erfahren, mit seinen daraus resultierenden Bewältigungsstrategien angesichts der Herausforderungen des nahenden Todes, um individuelle und geeignete Unterstützungsmöglichkeiten zu ergründen (vgl. Hefel, 2019, S.75).

Zum anderen lässt sich ein weiterer theoretischer Ansatz in der Bedürfnistheorie nach Obrecht finden, denn es steht außer Frage, dass menschliche Bedürfnisse für die Tätigkeit der Sozialen Arbeit von elementarer Bedeutung sind (vgl. Hefel, 2019, S.83). Vor allem in der Konfrontation mit dem Sterben und dem nahenden Tode stehen Bedürfnisse nach Sicherheit und Orientierung sowie Sinn und Hoffnung im Mittelpunkt. Soziale Arbeit in der „Palliative Care“ orientiert sich bewusst an diesen biopsychosozialen Bedürfnissen, um die Betroffenen in ihrer besonderen Lebenssituation wahrnehmen und professionell begleiten zu können (vgl. Hefel, 2019, S.83ff.).

Neben der Ausbildung beruflicher und fachlicher Qualifikationen, welche im theoretischen Rahmen durch das Studium vermittelt werden, fügt Hefel hinzu, dass es darüber hinaus ebenso an Kompetenzen bedarf, die über das Grundstudium hinausgehen (vgl. Hefel 2019, S.135). Pankofer präzisiert diese dahingehend, dass Sozialarbeitende in dem Berufsbereich die intrinsische Motivation und Bereitschaft zeigen müssen, sich selbst mit dem eigenen Sterben und dem Tod sowie der damit verbundenen Trauer auseinanderzusetzen (vgl. Pankofer 2021, S.42ff.).

Um die Dringlichkeit der Profession in diesem Bereich zu unterstreichen, formulieren ebenso berufsverwandte Professionen deren Fähigkeiten. So sagt beispielsweise der italienische Mediziner und Professor für Palliativmedizin Prof. Borasio, dass die Fähigkeiten Sozialer Arbeit unter anderem durch ihre systemische Perspektive, durch einzelne Aspekte des Empowerments² sowie deren ressourcenorientierten Ansätze, als unverzichtbar in der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen anzusehen sind (vgl. Raischl, Reigber, 2021, S.60).

Es stehen nach all dem Aufgeführten ausreichend gute Gründe zur Verfügung, Soziale Arbeit in diesem Tätigkeitsfeld einzusetzen, um schwerkranke und sterbende Menschen zu unterstützen und zu begleiten, sodass sie die letzte Phase ihres eigenen Lebens würdevoll und unter subjektivem Wohlbefinden leben können (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.21).

Gemessen daran, ist es nach den Autoren Student und Mühlum geradezu erstaunlich sowie bizarr, dass die Beteiligung der Sozialen Arbeit in der deutschen Palliativ- und Hospizarbeit so geringfügige Ausprägungen aufweist. Die Autoren üben dahingehend Kritik, dass dieses Praxisphänomen nicht zuletzt im Zusammenhang mit der bisher unzureichenden Thematisierung dieses Bereiches in Theorie und Praxis des Studiums von

² Empowerment ist eine Methode, welche die Adressaten dazu befähigen soll, möglichst einen eigenen Beitrag zur Lösung ihrer Probleme beizutragen und dafür ebenso die zur Verfügung stehenden sozialen Netzwerke einzubeziehen und zu aktivieren (vgl. Böhnisch 2018, S. 295).

Sozialarbeitenden zu verorten ist (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.20). Seelische Belastungen, existentielle Sinnkrisen und Prozesse der Marginalisierung sind zentrale Kernpunkte sozialarbeiterischen Handelns und finden sich, wie bereits dargestellt, gleichwohl in der Auseinandersetzung mit der Thematik Sterben, Trauer und Tod wieder (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.21). Wiederum legt Menneman den ursächlichen Schwerpunkt für die Minderheit der Profession in der Praxis darauf, dass die Professionsgrenzen zur Gestaltung und Organisation des Sozialen nicht klar abgegrenzt sind und im Bereich „Palliative Care“ vermeintlich oftmals von Berufsvertretern wie Mediznern, Pflegenden, Psychologen, Seelsorgern oder ehrenamtlich Tätigen übernommen werden. (vgl. Mennemann, 2019, S.233). Abschließend beschreibt Wasner dazu, dass die Qualitätskriterien für die Tätigkeit der Sozialen Arbeit in diesem Bereich fehlen. In den Empfehlungen der DGP werden zu den Professionen Medizin und Pflege mindestens zwei weitere Therapiebereiche gezählt, die eine spezifische Qualifikation in „Palliative Care“ benötigen. Allerdings erscheint die Auswahl der nichtmedizinischen Gruppen, welche schlussendlich diese Stellen in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen ausfüllen, beliebig (vgl. Wasner, 2021, S.68).

Zusammenfassend scheint, von dem eben Aufgeführten ausgehend, der Auftrag und das Selbstverständnis Sozialer Arbeit geradezu auf die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen und deren individuelle Lebenslage abgestimmt zu sein (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.20 ff.). Obwohl sie durch ihre fachlichen sowie persönlichen Kompetenzen einen unverzichtbaren Beitrag in der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen und deren Zugehörigen leistet, ist ihre berufliche Etablierung in diesem Bereich, vor allem im deutschsprachigen Raum bisher unzureichend (vgl. Wasner, 2021, S.68). Was allerdings nicht bedeutet, dass auf das Potential der Profession in der „Palliative Care“ zukünftig verzichtet werden kann (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.97).

Welche spezifischen Kernaufgaben Soziale Arbeit in dem Berufsbereich übernimmt, beziehungsweise übernehmen kann und welche Handlungsmethoden ihr dabei nützlich erscheinen, führt die Autorin im nachfolgenden Abschnitt auf.

3.2 Handlungsmethoden und Kernaufgaben Sozialer Arbeit

Professionelle Soziale Arbeit besitzt für den Berufsbereich „Palliative Care“ eine Fülle an Handlungskompetenzen und -methoden, welche sie auf Grundlage ihres zentralen Grundverständnisses (vgl.3.1) bei ihren Aufgaben in der Begleitung sterbender und schwerkranker Menschen integrieren kann (vgl. Hefel, 2019, S.136). Sie ist, durch ihren ganzheitlichen und biopsychosozialen Blick, im Stande, komplexe Situationen zu erken-

nen und unter Berücksichtigung der Gesamtheit einer Person in ihrer individuellen Lebenswelt und -situation, entsprechend zu reagieren (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.100). Mit Hilfe ihrer, bereits in der Ausbildung erworbenen professionellen Kompetenzen, ist sie in der Lage, spezifische und geeignete Methoden, wie beispielsweise Einzelfallhilfe, Krisenintervention oder Gruppenarbeit auszuwählen, anzuwenden und im Nachgang zu reflektieren (vgl. Pankofer, 2021, S.43). Kommunikative Kompetenzen und das Wissen über Gesprächsführung befähigen sie darüber hinaus, unter anderem in ihrer Diskursfähigkeit sowie im respektvollen Umgang mit Teammitgliedern, Betroffenen und externen Diensten. Unterstützend kommt ihr dabei ihre prozessorientierte Arbeitsweise zugute, mit der sie ihr Handeln flexibel an die jeweilige Situation anpassen kann. Basis all jener Schlüsselkompetenzen, die schlussendlich die Aufgaben Sozialer Arbeit im Berufsbereich „Palliative Care“ nachhaltig bestimmen, ist die ethische Grundhaltung, welche sich einerseits aus den berufsethischen Prinzipien der IFSW (vgl.3.1) und andererseits aus den Grundhaltungen der „Palliative Care“ (vgl.2.2) zusammensetzen (vgl. Pankofer, 2021, S.43). Zusammen wird gefordert, „den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu betrachten und schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Zugehörigen mit Würde zu begegnen.“ (Pankofer, 2021, S.43).

Anhand dieses Hintergrundes lassen sich charakteristische Handlungsfelder der Profession im Zusammenhang mit Sterben, Trauer und Tod erschließen, welche den elementaren Beitrag Sozialer Arbeit in der Begleitung von betroffenen Menschen transparent verdeutlichen (vgl. DGP - Sektion Soziale Arbeit, 2019).

Die Autoren Student und Mühlum erfassen unter anderem Aufgaben wie die Befähigung der Betroffenen sowie deren Zugehörigen, Bewältigungsstrategien für das Sterben zu erschließen. Für dessen Realisierung unterstützt Soziale Arbeit die Beteiligten bei der Kommunikation, unter Berücksichtigung der oftmals divergierenden Bedürfnisse und Ansichten. Denn ausschließlich der offene und ehrliche Umgang mit Gefühlen ermöglicht es den Sterbeprozess gut miteinander zu Ende gehen zu können (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.100). In diesem Sinne legt die Profession großen Wert auf die Selbstbestimmung der Betroffenen bis zum Schluss, indem sie die Bedürfnisse und Wünsche derer ernst nimmt und ihnen das Gefühl vermittelt, trotz nahender Endlichkeit, der Situation nicht komplett hilflos ausgeliefert zu sein (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.100). Hierbei ist ihr der ressourcenorientierte Ansatz behilflich, mit dem es den Betroffenen ermöglicht wird, ihren eigenen Handlungs- und Entscheidungsraum auszuweiten und den Zugang zu weiteren bedarfsgerechten Hilfsangeboten zu erhalten (DGP, o.A./b). Darüber hinaus berät sie die Beteiligten in sozialrechtlichen Angelegenheiten, worunter die Erschließung finanzieller, materieller, pflegerischer und anderer entlastender Hilfen zu verstehen ist (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.100). Entlastende Hilfen, besonders

weil Angehörige nicht selten unter dem drohenden Verlust massiv belastet sind und in dieser sensiblen Zeit professionelle Unterstützung benötigen, um mit dem Verlust in ihrem, für sie weitergehenden, Alltag zurecht zu kommen. Ergänzend zu diesen direkten Unterstützungsangeboten für Betroffene und deren Zugehörigen leisten Sozialarbeitende ebenso ihren Beitrag in der Öffentlichkeit, indem sie die Interessen Sterbender und deren Angehörigen indessen vertreten. Mit Hilfe von Bildungsarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit trägt und repräsentiert sie deren Anliegen sowie den Palliativ- und Hospizgedanken nach außen und sorgt dafür, dass das Sterben und der Tod wieder vermehrt in das Bewusstsein der Gesellschaft gerückt werden (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.100ff.).

Anschließend an diese Ausführungen weist die Sektion Soziale Arbeit der DGP der Profession in der „Palliative Care“ spezifische Kernaufgaben zu (vgl. DGP, o.A./b). Dazu zählen beispielsweise die „Beratung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Zugehörigen“ (DGP, o.A./b). Es handelt sich um eine Interaktion zwischen Berater und Ratsuchendem, in der der Ratsuchende in seinem Tun unterstützt wird und verschiedenen Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt bekommt (vgl. DGP, o.A./b). Je nach Schwerpunktsetzung lassen sich dabei unterschiedliche Kontexte zusammenfassen und auf inhaltliche Themen, wie beispielsweise den Umgang mit der Erkrankung, dem nahenden Lebensende und der damit verbundenen Trauer beziehen. Aber auch sozialrechtliche Fragestellungen, wie der Umgang mit Arbeitsplatzverlust oder Schulden beziehungsweise Informationen zum Erbrecht und Testament zählen hinzu (vgl. DGP, o.A./b). Beratungsinhalte hinsichtlich Pflege, Hilfsmittel und Versorgung sowie die Beratung zur „Lebens-, Sterbens- und Trauerbegleitung“ (DGP, o.A./b), wozu beispielsweise die Verwirklichung letzter Wünsche von Betroffenen zählt, vervollständigen das Handlungsfeld der Beratung (vgl. DGP, o.A./b).

Ferner führt die Sektion Kernaufgaben Sozialarbeitender in der „psychosozialen Begleitung von schwerkranken Menschen und deren Zugehörigen“ (DGP, o.A./b) sowie die Unterstützung bei „ethisch-rechtlichen Entscheidungsprozessen“ (DGP, o.A./b) auf. Darüber hinaus gehören die „interne und externe Netzwerkarbeit und Koordination“ (DGP, o.A./b) und der „[professionelle] Austausch und [die] Unterstützung des fachlichen Bezugssystems“ (DGP, o.A./b) hinzu. Abschließend werden die „Koordination und Leitung ehrenamtlicher Mitarbeiter“ (DGP, o.a./b) und die „Wissensvermittlung, Dokumentation, Evaluation, Forschung und Lehre“ (DGP, o.A./b), als Aufgabenbereich der Profession aufgeführt (vgl. DGP, o.A./b). Alles Handeln fundiert dabei grundsätzlich auf der Ansicht, dass die Betroffenen „die Experten ihrer eigenen Lebenswelt“ (Hefel, 2019, S.136) sind und dies bei jeglichem Tun zwingend Berücksichtigung finden muss (vgl. Hefel, 2019, S.136).

Neben der aufgeführten Vielfalt von Kernaufgaben, welche Sozialarbeitende im Bereich der „Palliative Care“ übernehmen, zeigt sich in der gegenwärtigen Praxis laut Student und Mühlum ein kontroverses Bild. Denn in aller Regel werden diese Aufgaben von berufsfremden Professionen ohne entsprechende fachliche Qualifikation ausgeführt (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.102). Wiederum resultiert dieses Phänomen, nach Ansicht der Autoren, nicht zuletzt daraus, dass die Rolle der Sozialarbeitenden in diesem Bereich nicht eindeutig verankert ist. Demzufolge zeigt sich in der Praxis nicht selten ein Bild von Professionen wie Pflegekräften und Ärzten, die durch den zeitlichen Druck und einen Zusatz an Aufgaben enorm belastet erscheinen. Durch die feste Etablierung der beruflichen Rolle Sozialer Arbeit in der „Palliative Care“, wären andere Berufsgruppen wieder in der Lage, ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf den eigenen Beitrag in der Arbeit mit den Betroffenen und deren Familien in den Fokus zu nehmen (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.102). Was schlussendlich zu Entlastung aller und zu einem Gewinn an zeitlichen Ressourcen für die eigentlichen Aufgaben in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen führen würde. An dieser Stelle eröffnet sich „die Notwendigkeit einer fachlichen Koordination“ (Student, Mühlum u.a. 2020, S.102), wobei vor allem Soziale Arbeit ihre Fähigkeit zur Vernetzung aufzeigen kann, indem sie die Zusammenarbeit aller am Prozess beteiligten Professionen, mit dem Fokus auf die Betroffenen und deren Zugehörigen, verbessert (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.102).

Zum besseren Verständnis der eben aufgeführten Kernaufgaben Sozialer Arbeit in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen und deren Bedeutsamkeit für die Beteiligten, stellt die Autorin in den nachfolgenden Abschnitten detailliert die psychosoziale Begleitung, die sozialrechtliche Beratung und die Unterstützung bei ethisch-rechtlichen Entscheidungsprozessen, in den Fokus.

3.2.1 Psychosoziale Begleitung

Schwere Erkrankungen, durch die sich Menschen jeglichen Alters mit der Endlichkeit ihres eigenen Lebens konfrontiert sehen, führen in aller Regel zu schwerwiegenden psychosozialen Belastungen (vgl. Bucher, 2015, S.315). Allein die Vorstellung individuelle Wünsche und Ziele durch die Gewissheit des baldigen Todes nicht mehr erleben zu können, wird unabhängig vom Alter als sehr schmerzlich wahrgenommen und mit Hilfe unterschiedlicher Emotionen bedauert. Die Gewissheit über den tatsächlichen Verlust des eigenen Lebens und der Zukunft wird den Betroffenen, nach dem Meinungsbild von Bucher, besonders durch physische Abbauprozesse deutlich. Aber vielmehr noch durch das persönliche Erleben, dass bisherige soziale Rollen nicht mehr umgesetzt und ausgefüllt werden können. (vgl. Bucher, 2015, S.315). Bisher selbstverständliche Aufgaben

und Rollen im Arbeits- oder Familienleben können nach und nach nicht mehr aufrechterhalten werden und die Betroffenen erfahren, dass sie zunehmend auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Was als besonders schmerzlich empfunden wird, da die Autonomie in unserer gegenwärtigen Gesellschaft eines der obersten Lebensprinzipien darstellt (vgl. Bucher, 2015, S.317).

Das eigene Erleben mit der Endlichkeit des Lebens stellt demzufolge eine Grenzsituation für die Betroffenen sowie deren Zugehörigen dar, die mit massiven Verlusten sowie unterschiedlichen Gefühlslagen einhergehen (vgl. Nau, 2019, S.60). In aller Regel benötigen die meisten Menschen zur Bewältigung dieser Verluste Unterstützung. Auch, weil in diesem Zusammenhang viele Fragen entstehen, die als Belastung empfunden werden und nach Gehör suchen (vgl. Nau, 2019, S.60). An dieser Stelle setzt die psychosoziale Begleitung an, die den Betroffenen und sein soziales Umfeld in das Zentrum allen Handelns stellt und als Kernaufgabe Sozialer Arbeit in der „Palliative Care“ gilt (vgl. Forster, 2021, S.153). Die Profession berücksichtigt neben den Bedürfnissen der Betroffenen gleichermaßen die des sozialen Umfeldes und dient als Bindeglied zwischen den Beteiligten. Wegweisend hierfür ist die Allparteilichkeit der Sozialen Arbeit, durch die sie die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Interessengruppen wahrnimmt. Wobei sie sich nicht selten zwischen Widersprüchen und Konflikten bewegt, in denen sie trotz dessen den Betroffenen als Hauptakteur nicht aus den Augen verliert. Die Autorin Forster erklärt, dass es diese Kompetenz zwingend benötigt, da nach deren Ansicht eine psychosoziale Begleitung ohne das Einbeziehen des sozialen Umfeldes, vorausgesetzt es ist vorhanden, nicht allumfassend gelingen kann. Es geht also um das Gestalten von Beziehungen zwischen den Beteiligten mit Hilfe von Kommunikation, verlässlichen Absprachen, Transparenz, Echtheit und Informationsvermittlung, um gegenseitiges Verständnis herbeizuführen (vgl. Forster, 2021, S.153ff.). Mit Hilfe dessen kann ein Ausgleich zwischen den Bedürfnissen, Wünschen und Ängsten der Betroffenen und denen seines sozialen Umfeldes entstehen (vgl. Forster, 2021, S.153ff.).

Die Sektion Soziale Arbeit der DGP fasst unter der psychosozialen Begleitung das „Aufzeigen und Erkennen von Wechselwirkungen zwischen, physischen, psychischen, seelischen, kulturellen, spirituellen und sozialen Bedürfnissen [sowie die] Sensibilisierung schwerkranker Menschen und ihrer Zugehörigen zur Förderung ihrer Kommunikation“ (DGP, o.A./b) zusammen (vgl. DGP, o.A./b). Zur Realisierung dieser Aspekte bedarf es als Grundvoraussetzung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Betroffenen, den Zugehörigen und den Sozialarbeitenden, welche durch die Wertevorstellungen wie beispielsweise Respekt, Vertrauen, Wertschätzung, Echtheit, Transparenz, Empathie und Offenheit getragen wird (vgl. Forster, 2021, S.156). „Ehrliches Interesse an den Be-

troffenen [und den Zugehörigen] als Mensch[en] führt erfahrungsgemäß dazu, dass man ihnen mit [höchstem] Respekt begegnet“. (Randall; Downie, 2014, S.170ff.).

Psychosoziale Begleitung ist demnach ein Prozess, welcher vor allem Offenheit und Transparenz von allen Beteiligten fordert, um den Weg der Trauer und des Sterbens gut gemeinsam gehen zu können (vgl. Nau, 2015, S.60). In den meisten Fällen müssen sich Sozialarbeitende beide Aspekte mit viel Feingefühl für alle Beteiligten erarbeiten. Denn laut Forster sind die Einstellungen, Wünsche, Hoffnungen und Bedenken der Betroffenen zu Beginn der Begleitung oftmals nicht deckungsgleich zu denen der Zugehörigen (vgl. Forster, 2021, S.160). In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass es keine Ungewöhnlichkeit darstellt, zwischen den Beteiligten Verschwiegenheit, anstatt Offenheit wahrzunehmen. Was oftmals keine Böswilligkeit abbildet, sondern mehr aus der tiefen Überzeugung heraus, den jeweils Anderen nicht verletzen zu wollen, resultiert (vgl. Forster, 2021, S.160). An diesem Punkt hat die Soziale Arbeit, welche sich im Spannungsfeld der Parteien bewegt die Aufgabe, sich die Erlaubnis, wahrhaftig miteinander kommunizieren zu dürfen, von allen Akteuren einzuholen. Um das erreichen zu können, muss das grundlegende Verständnis, dass Unehrlichkeit, wenn auch zum vermeintlichen Schutz, Ängste und Misstrauen fördert anstatt vermindert, erworben werden. Wiederkehrende Gespräche im geschützten Rahmen und Zeit, in denen alle beteiligten Personen mit ihren Anliegen Verständnis erfahren, sind dabei die Schlüsselmomente, welche letztlich zur „Versöhnung und [zu ehrlichem] Trost“ (Forster, 2021, S.160) führen können (vgl. Forster, 2021, S.160).

Der Diplom Sozialarbeiter und Leiter der Sozialen Arbeit am Klinikum Stuttgart, Hans Nau, beschreibt psychosoziale Begleitung abschließend als einen offenen Prozess, welcher Hindernisse überwindet und Verbindungen zwischen den Bedürfnissen aller Beteiligten herstellt. Durch die Möglichkeit, Emotionen und Gedanken im geschützten Rahmen offen kommunizieren zu dürfen, entsteht Entlastung bei allen Beteiligten und der tatsächliche Weg hin zum Abschiednehmen kann geebnet werden (vgl. Nau, 2015, S.60). Er ist der Meinung, dass psychosoziale Begleitung im Berufsbereich der „Palliative Care“ eine Aufgabe aller Professionen darstellt. Aus der sich allerdings spezifische Situationen ergeben, welche die Kompetenzen Sozialer Arbeit benötigen. Demnach liegt die Kernaufgabe beim stetigen Austausch im multiprofessionellen Team (vgl. Nau, 2015, S.60).

3.2.2 Sozialrechtliche Beratung

Eine schwerwiegende Erkrankung kann in vielerlei Fällen einen krankheitsbedingten Anstieg der Kosten verursachen und zu finanziellen Verlusten führen (vgl. Bucher, 2015, S.316). Was im Jahr 2017 durch den fünften Armutsbericht der Bundesregierung bestä-

tigt wird. „Das größte Einzelrisiko für einen Abstieg in Armutsgefährdung ist ein „(eher) schlechter“ Gesundheitszustand, vermutlich wegen der damit einhergehenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit“. (BMAS, 2017, S.348). Hinzu kommt das ebenso Angehörige für die Sicherstellung der Versorgung ihrer nahestehenden Menschen oftmals die bisherige Arbeitstätigkeit einschränken, beziehungsweise in Gänze aufgeben müssen (vgl. Bucher, 2015, S.316).

Die bisherigen Systeme, welche den Lohnverlust im Krankheitsfall und bei Pflege ausgleichen sollen, leisten nur unzureichend Unterstützung und sind für Laien, die sich zudem in einer existentiellen Grenzsituation befinden, nicht transparent genug aufgeführt. Dies führt wiederum zu ungeklärten sozialrechtlichen Angelegenheiten, wie beispielsweise die Absicherung des Einkommens und der Hinterbliebenen sowie die Sicherung der weiteren Versorgung (vgl. Bucher, 2015, S.316). Diese Thematiken lösen bei den Betroffenen häufig tiefe Bedenken und Sorgen aus, die sie davon abhalten, sich mit ihrem nahenden Lebensende auseinanderzusetzen und sich auf den Trauerprozess einzulassen. Demzufolge führt die Bearbeitung dieser bürokratischen Aufgaben dazu, dass die Beteiligten Entlastung und Sicherheit erfahren, wodurch sie sich wiederum auf schwerwiegendere Themen wie Ängste vor dem Sterben und dem Tod einlassen können (vgl. Bucher, 2015, S.316).

Sozialrechtliche Beratung beinhaltet, nach Aussagen von Bucher, mehr als das Durchsetzen von Leistungsansprüchen. Vielmehr stellt sie, wie alle anderen Aufgabenbereiche in der „Palliative Care“, einen wesentlichen Bestandteil dar, der dazu beiträgt, den Weg in das Sterben und die Trauer für alle Beteiligten zu eröffnen und zu entlasten (vgl. Bucher, 2015, S.316).

Die Beantragung von Leistungen wie Grundsicherung oder das Geltend machen von Versicherungsansprüchen, welche die Existenz der Betroffenen und Zugehörigen absichern sollen, wird von der Sektion Soziale Arbeit der DGP, zu den Kernaufgaben Sozialarbeitender im Berufsbereich „Palliative Care“ aufgeführt (vgl. DGP, o.A./b). Da insbesondere die Berufsgruppe allein durch ihren Auftrag, „Menschen in besonderen sozialen Problemlagen bei der Partizipation in der Gesellschaft zu unterstützen, ihre Ressourcen zu stärken und ihre Selbstbestimmung zu fördern und soziale Härten zu vermeiden“ (DGP, o.A./b), umfassende Kenntnisse im Sozialrecht aufzeigen muss (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.152).

Schwerkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörige weisen oftmals vielfältige sozialrechtliche Ansprüche auf, welche allerdings durch die verschiedenen und zum Teil unübersichtlichen Leistungsbereiche für Laien des Sozialrechtes kaum zu durchleuchten sind (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.145). An dieser Stelle wird

die Fachkompetenz der Sozialen Arbeit benötigt, die zum einen den Kommunikationsfluss zwischen den Beteiligten fördert, indem sie die Fachsprache übersetzt und zum anderen die Leistungsansprüche der Beteiligten sichtbar und zugänglich werden lässt (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.145). Für die Umsetzung dessen bedarf die Profession im Berufsfeld der „Palliative Care“, neben dem grundlegenden sozialrechtlichen Wissen, ebenso „Kenntnisse über spezifische Leistungsansprüche“ (Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.144) schwerkranker und sterbender Menschen (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.144). Welche anhand eines Beispiels von einem Menschen, der durch den beruflichen Umgang mit Asbest an Lungenkrebs erkrankt ist, deutlich werden. Denn ist diese Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt, stehen ihm unter anderem Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (SGBVII) zu, die häufig über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGBXI) hinausgehen (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.145). Sozialarbeitende können nicht alle Details im jeweils relevanten Sozialleistungsbereich überblicken. Vielmehr geht es darum, mögliche Ansprüche zu erkennen und durch Netzwerkarbeit an die entsprechenden Spezialisten, wie Behörden oder Beratungsstellen zu vermitteln (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.150).

Die Autorinnen Wagner und Schneider-Eicke geben bei allen sozialrechtlichen Ansprüchen und Leistungen, welche zur Entlastung aller Beteiligten beitragen können, zu bedenken, dass dessen Beratung sich zwingend an den Bedürfnissen und dem Willen der beteiligten Akteure orientieren muss (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.151). Da die professionelle Sichtweise auf sinnvolle oder notwendige Unterstützungsmaßnahmen nicht zwingend mit den Wünschen der Betroffenen und dessen Angehörigen übereinstimmen muss. Diese benötigen Zeit sich mit der neuen Situation, (hilfe-)bedürftig und krank zu sein, auseinanderzusetzen und um mit der Beantragung von Leistungen jeglicher Art einverstanden zu sein (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.151).

Prinzipiell zielt die Soziale Arbeit in der „Palliative Care“ hinsichtlich der Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten, ebenso wie in anderen Berufsbereichen, auf die Selbstbefähigung der Betroffenen und der Angehörigen ab. Denn das selbständige Bewältigen von Aufgaben kann ebenso in der letzten Lebensphase zu einem positiven Selbstwert und dem Gefühl der Selbstwirksamkeit, trotz zunehmender Einschränkungen angesichts des nahenden Todes, beitragen (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.151). Jedoch liegt die Hilfe zur Selbsthilfe in diesem Arbeitsbereich nicht im Fokus des sozialarbeiterischen Handelns, da die Mehrzahl der Menschen im Angesicht ihrer nahenden Endlichkeit und den schwindenden Kräften mit den administrativen Aufgaben überlastet sind. In diesen Fällen übernimmt die Soziale Arbeit, advokatorisch, die anfallenden Aufgaben (vgl. Wagner; Schneider-Eicke, 2021, S.151).

Neben dem Geltend machen sozialrechtlicher Ansprüche gehören, laut Aussagen der Sektion Soziale Arbeit der DGP, ebenfalls Informationen zum Testament, Erbrecht, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sowie die Sorgerechtsklärung für hinterbliebene Kinder zum Bereich der sozialrechtlichen Beratung hinzu (vgl. DGP, o.A./b).

3.2.3 Ethisch-rechtliche Entscheidungsprozesse

„Palliative Care“, welche dem Auftrag folgt, die Würde des Menschen bis zu seinem Tode zu wahren, und die der Entscheidung des Sterbenden oberste Priorität zuschreibt, gerät nicht selten in Entscheidungsnot (vgl. Student; Mühlum, 2020, S.126). Besonders dann, wenn verschiedene Auffassungen und Vorstellungen der am Prozess beteiligten Akteure miteinander kollidieren. Denn oftmals sind die Entscheidungen, welche die Betroffenen für ihre letzte Lebenszeit erfasst haben, nicht identisch mit den Ansichten der Vertretenden (vgl. 3.2.1). Die für den Fall, dass der Betroffene zum Zeitpunkt der Entscheidung nicht mehr selbst in der Lage ist, diese zu bestimmen, deren Willen stellvertretend nach außen tragen und auf dessen Umsetzung hinwirken (vgl. Wohlleben, 2021, S.171). Dabei darf nicht in Vergessenheit geraten, dass die Vertreter der Betroffenen oftmals ebenso trauernde Menschen sind (vgl. Wohlleben, 2021, S.171). „Sie sind gesetzlich verpflichtet, einzig und allein das Wohl und den Willen des Betroffenen zu vertreten, unterliegen jedoch [...] ihrer jeweils sehr persönlichen Belastung, ihren Grenzen und können oft nicht frei von eigenen Interessen handeln“ (Raischel, 2012, S. 270 zit. n. Wohlleben, 2021, S.172). Selbst wenn der Sterbende eine klare Willensäußerung in Form einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht schriftlich festgehalten hat, die rechtlich keine Zweifel aufkommen lässt, führt die tatsächliche Entscheidung in der jeweiligen Situation zu einer extremen Belastung der Vertretenden (vgl. Wohlleben, 2021, S.171).

Nach der Autorin Ulla Wohlleben stellen ethisch-rechtliche Entscheidungen, vor allem am Lebensende, eine hohe Belastung und komplexe Anforderungen an die oft trauernden Vertreter dar. Vor allem dann, wenn rechtliche Grundlagen nicht hinreichend bekannt sind und Konflikte beziehungsweise kontroverse Ansichten zwischen den Verantwortlichen bestehen (vgl. Wohlleben, 2021, S.171). Vor allem Letzteres führt häufig dazu, dass sich Entscheidungsprozesse sehr komplex und langwierig gestalten. Was nach Ansicht von Wohlleben, die Begleitung und Unterstützung, durch die Fähigkeiten und Kompetenzen professioneller Sozialer Arbeit, benötigt (vgl. Wohlleben, 2021, S.171). Da die Profession durch ihre Beratungs- und Prozesskompetenzen (vgl. 3.2), durch die sie die Bedürfnisse und Ansichten aller Beteiligten wahrnimmt, maßgeblich bei der Entscheidungsfindung mitwirken kann. Mit Hilfe spezifischer Fragestellungen ist sie in der Lage, divergente Ansichten zusammen zu bringen und zu einer stabilen Entsch-

derung zu führen, ohne den Sterbenden aus dem Fokus zu verlieren (vgl. Wohlleben, 2021, S.171). Diesen stellt sie zweifellos in den Mittelpunkt jeglicher Kommunikation und Interaktion, insbesondere, wenn dieser selbst nicht in der Lage ist seine Stimme zu vertreten. Gelingen kann dies, nach Ansicht der Autorin Heike Forster, durch signifikante Fragestellungen, die den Betroffenen trotz Abwesenheit in den Entscheidungsprozess einbeziehen (vgl. Forster, 2021, S.158). Fragestellungen wie, „Was glauben Sie, würde Herr oder Frau X von der Entscheidung halten?“ oder „Was denken Sie, bewegt Ihren Mann oder Ihre Frau, sich für diese Sache einzusetzen?“, unterstützen den Prozess und führen zu mehr Verständnis unter den Beteiligten. Schlussendlich geht es darum, dass Bestmögliche im Sinne des Betroffenen zu eruieren, woran ebenfalls die Vertreter interessiert sind, nur bisweilen unterschiedliche Perspektiven auf „das Beste“ haben (vgl. Forster, 2021, S.158).

Ähnlich zu dem formuliert die Sektion Soziale Arbeit der DGP unter den ethisch-rechtlichen Beratungsprozessen spezifische Kernelemente für die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit, welche inhaltlich unterschiedliche Ausrichtungen aufweisen können. So kann die Beratung beispielsweise im Kontext zu Fragestellungen der Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten beziehungsweise Betreuungsbefugnissen stattfinden (vgl. DGP, o.A./b). Ebenso kann sie sich konkret auf eine unterstützende Begleitung zur Ermittlung des persönlichen Willens des Betroffenen beziehen und den Verantwortlichen bei den Ausführungen ihrer gesetzlichen Vertretungsbefugnisse behilflich sein. Resultierend daraus entstehen bei den Verantwortlichen nicht selten psychosoziale Belastungen und Schuldgefühle, wobei sie die getroffene Entscheidung infrage stellen. Soziale Arbeit begleitet diesen Prozess, indem sie die Verantwortlichen mit Hilfe psychosozialer Begleitung unterstützt (vgl. DGP, o.A./b).

Die Autorin Wohlleben ist der Ansicht, dass Soziale Arbeit diese Aufgabenbereiche nicht allein verantworten und bewältigen kann, sondern vielmehr auf die Zusammenarbeit mit anderen Spezialisten, wie Palliativmediziner, Pflegekräften, Psychologen und anderer Professionen, setzt. Nach ihrer Auffassung wird diese Zusammenarbeit benötigt, um den tatsächlichen Willen des Sterbenden zu ermitteln und in den Mittelpunkt allen Handelns zu rücken (vgl. Wohlleben, 2021, S.171ff.). Allerdings findet Wohlleben neben dem theoretischen Bezugsrahmen Sozialer Arbeit in diesem Aufgabenfeld kritische Worte für deren bisherige Umsetzung in der Praxis. Sie stellt heraus, dass die Ressourcen, welche die Profession durch ihre psychosozialen Beratungs- sowie Prozesskompetenzen (vgl. 3.1) mit sich bringt und durch die sie, unter anderem, das Verständnis konfliktbehafteter Parteien fördern kann, im Rahmen ethisch-rechtlicher Entscheidungsprozesse bisher unzureichend einbezogen werden. Was nach ihrer Meinung nicht zuletzt daran liegt, dass sich die Profession selbst zu wenig einbringt. Es bedarf der Entwicklung „geeignete-

ter Beratungskonzepte und Standards“ (Wohlleben, 2021, S.175) und der aktiven Mitgestaltung von ethischen Fallbesprechungen sowie die offensive Teilnahme an Ethikkomitees (vgl. Wohlleben, 2021, S.175).

Das gesamte sozialarbeiterische Handeln in der „Palliative Care“ ist stets im Zusammenhang mit einem multiprofessionellen Team zu verstehen. Wie Soziale Arbeit in einem solchen Team fungiert und welchen Zweck ihre Leistungen hierbei erfüllen, erläutert die Autorin im nachfolgenden Punkt.

3.3 Soziale Arbeit im multiprofessionellen Team

Die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Professionen, wird in der Fachsprache multiprofessionelle Arbeitsweise genannt, welche in der „Palliative Care“ für die ganzheitliche Begleitung und Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen sowie für dessen Angehörige als Grundvoraussetzung gilt (vgl. DGP, o.A./b). Mit diesem Ansatz besteht, durch das Zusammenwirken von verschiedenen Professionen wie beispielsweise, Mediziner, Pflegenden, Sozialarbeitenden und Seelsorgern (vgl. 2.1) die Chance, unterschiedliche Perspektiven auf den Sterbenden und sein soziales Umfeld zu erhalten und miteinander zu verbinden. Wodurch das oberste Ziel, „Leiden [...] zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern“ (DGP, o.A./b), im Sinne der Betroffenen, erreicht wird (vgl. DGP, o.A./b). Ergänzend dazu schreibt die Autorin Seeger, dass es der grundlegenden Wertschätzung, Offenheit und Akzeptanz aller Beteiligten bedarf, um in einem solch heterogenen Team mitwirken zu können (vgl. Seeger, 2018/b, S.167). Denn es gilt zu bedenken, dass diese Heterogenität nicht immer frei von Konflikten und Rivalitäten ist, was eine Herausforderung für alle Beteiligten darstellt (vgl. Hefel, 2019, S.141). Wiederum kann ausschließlich durch die Zusammenarbeit und Vielfältigkeit der Blickwinkel sowie kontroversen Meinungen den Betroffenen ein würdevoller letzter Lebensabschnitt eröffnet werden (vgl. Seeger, 2018/b, S.167).

Die Profession der Sozialen Arbeit unterscheidet sich besonders zu den anderen Berufsgruppen des „Palliative Care“ Teams, indem sie beispielsweise durch ihre Gesprächsführungs- und Schnittstellenkompetenzen (vgl. 3.1) die Fähigkeiten besitzt, neben der Begleitung sterbender Menschen und deren Angehörigen, ebenso Funktionen innerhalb des Teams zu übernehmen. Welche zur Verbesserung der Kommunikation und Interaktion sowie zu mehr Verständnis und Akzeptanz innerhalb dessen führen können (vgl. Hefel, 2019, S.141). Bereits Saunders akzentuierte die Wichtigkeit des gemeinsamen Austausches und die Reflektion der Handlungsabläufe im Team der „Palliative Care“ mit den Worten, „wenn man weiterhin wirklich ganz da-sein will, sind [...] Bespre-

chungen [und der Austausch] im Team unbedingt notwendig“ (Saunders 1993, S.120 zit. n. Hefel, 2019, S.141). An dieser Stelle wird die Komplexität Sozialer Arbeit im Kontext des Teams der „Palliative Care“ deutlich, da neben den Betroffenen und den Zugehörigen ebenfalls das Team, Adressat der Profession sein kann. Was dazu führt, dass das gesamte Spektrum der beruflichen Kompetenzen Sozialarbeitender, gefordert und benötigt wird (vgl. Schumacher, 2021, S.281). Mit der dazu benötigten Durchsetzungskraft, Ausdauer und Geduld kann diese Position, nach Meinung von Nau, zur enormen Herausforderung für die Vertreter Sozialer Arbeit werden (vgl. Nau, 2021, S.101).

Welche Leistungen Sozialarbeitende innerhalb des Teams erbringen können, erläutert die Autorin im Folgenden beispielhaft, anhand einiger wesentlicher Aufgaben.

Innerhalb des Teams arbeiten Sozialarbeitende aktiv bei der Gestaltung und Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans für die Betroffenen mit (vgl. Nau, 2021, S.98). Nicht selten ergibt sich zu Beginn, auf Grundlage der medizinisch-pflegerischen Bewertung einer Situation, eine klare Aufgabenstellung für die Vertreter der Sozialen Arbeit. Diese können sich allerdings, unter Berücksichtigung der psychosozialen Dimension von Betroffenen und Angehörigen, verändern (vgl. Nau, 2021, S.98). Richtungsweisend sind dabei die Ressourcen und Bedürfnisse der Beteiligten, welche auf Grundlage absoluter Ehrlichkeit und Transparenz von Sozialarbeitenden berücksichtigt werden (vgl. Hefel, 2019, S.138). Darunter ist zu verstehen, dass neben der positiven Bestärkung eigene Wünsche umzusetzen, ebenso die realistischen Risiken, welche die Erkrankung mit sich bringen, nicht verschleiert werden. Auf Grundlage dessen kann eine Entscheidung getroffen und bisherige Behandlungs- und Versorgungspläne an die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen angepasst und umstrukturiert werden (vgl. Nau, 2021, S.98).

Durch die vermittelnden Fähigkeiten und die mehrperspektivische Arbeitsweise von Sozialarbeitenden können ebenso Behinderungen in Betreuungssituationen aufgelöst und für alle Beteiligten nachvollziehbar gestaltet werden (vgl. Nau, 2021, S.98). Mit einem Perspektivwechsel und einer unvoreingenommenen Haltung, gegenüber aller am Prozess Beteiligten, gelingt es der Profession für mehr Verständnis untereinander zu sorgen und die weitere Zusammenarbeit zu entlasten. Denn nicht selten liegen beispielsweise hinter augenscheinlich nicht nachvollziehbaren Handlungsweisen von Angehörigen, Ängste, Bedenken oder Unsicherheiten im Umgang mit dem Sterbenden. Die wiederum der Akzeptanz sowie professioneller Unterstützung bedürfen und transparent ins Team getragen werden müssen, um den Zielgedanken der „Palliative Care“ weiter fokussieren zu können (vgl. Nau, 2021, S.99). Darüber hinaus können nach Hefel ebenso die sozialarbeiterischen Kompetenzen in der Netzwerkarbeit entlastend für das gesamte Team

wirken. Mit Hilfe dessen ist die Profession imstande, über bestehende Hilfenetzwerke und andere Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und durch die Beantragung der jeweiligen Leistungen die weitere Versorgung der Betroffenen sicherzustellen (vgl. Hefel, 2019, S.138).

Neben dem bereits Aufgeführten, schreibt der Diplom Sozialpädagoge Nau, den Vertretern der Sozialen Arbeit im Team der „Palliative Care“, eine moderierende Funktion zu. Darunter ist zu verstehen, dass die Profession konfliktbehaftete Gespräche zwischen den Betroffenen, den Angehörigen und den Behandlern, unter der Berücksichtigung aller Ansichten, leitet (vgl. Nau, 2021, S.100). Wodurch das Verständnis zwischen den Akteuren gefördert und unterschiedliche Perspektiven zusammengebracht werden, um eine gemeinsame Lösung im Interesse der Betroffenen, zu erarbeiten.

Nicht zuletzt finden, aufgrund des eben Aufgeführten, im Bereich „Palliative Care“ verpflichtend multiprofessionelle Teamsitzungen statt, wodurch bestehende Belastungen und Spannungen im Betreuungsverhältnis transparent dargestellt werden können (vgl. Nau, 2021, S.99). In der Praxis empfinden die Teammitglieder diese Besprechungen oftmals, hinsichtlich ihrer zeitlichen Ressourcen, als überflüssig, weil sie diese für scheinbar Wichtigeres vergeuden. Mit viel Geduld und Beharrlichkeit kommt der Sozialen Arbeit die Funktion zu, diese Sitzungen, trotz aller Skepsis, fest in den Alltag zu integrieren. Um schlussendlich belastende Situationen zu erkennen und im Sinne der weiteren Begleitung von Betroffenen und Angehörigen ausgleichen zu können (vgl. Nau, 2021, S.99). Gleichzeitig haben diese Sitzungen einen weiteren positiven Effekt für das gesamte Team. Dadurch, dass belastende Situationen besprochen werden, können diese ebenso im Sinne der Selbstfürsorge und Teampflege bearbeitbar gemacht werden (vgl. Farnung, 2018, S.175).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Soziale Arbeit im Team der „Palliative Care“ vielschichtige Aufgabenbereiche wahrnehmen kann und zwingend Bestandteil dessen sein muss (vgl. Nau, 2018, S.59). Durch ihre Schnittstellenkompetenz (vgl. 3.1) besitzt sie einen Weitblick in die unterschiedlichen Bereiche, welcher sie neben der Begleitung Sterbender und dessen Zugehörigen, ebenfalls Leistungen für das Team übernehmen lässt (vgl. Nau, 2021, S.97). Für Letzteres muss die Profession jedoch, nach Aussagen des Autors Nau, fest zum Kernteam der „Palliative Care“ zugehörig und in diesem akzeptiert sein (vgl. Nau, 2021, S.101). Worin einige Autoren, wie beispielsweise Wagner, die Problematik in der Praxis sehen. Denn die Profession ist gegenwärtig in den jeweiligen Organisationsstrukturen (vgl. 2.4) weiterhin unzureichend vertreten und gilt in diesen, nach wie vor, als entbehrlich (vgl. Wagner, 2021, S.87). Was nach deren Aussage nicht zuletzt daran liegt, dass sie „ihre Wirkung, [in der „Palliative Care“], nicht

ausreichend darstellen“ (Wagner, 2021, S.87) und vertreten kann. Bisher agiert Soziale Arbeit vielmehr von extern auf die Anforderungen der medizinisch-pflegerischen Professionen, anstatt im Zentrum des multiprofessionellen Teams der „Palliative Care“ (vgl. Wagner, 2021, S.87).

Neben dem theoretischen Rahmen, in dem sich Soziale Arbeit im Berufsbereich „Palliative Care“ einbringen kann, wurden im Verlauf der Arbeit ebenso die literarischen Diskurse in der gegenwärtigen Berufspraxis dieser thematisiert. Der nachfolgende Abschnitt dient der detaillierten Auseinandersetzung mit den Hindernissen für Sozialarbeitende in der Praxis, wobei ebenso die Chancen für die zukünftige Weiterentwicklung und Etablierung der Profession, in diesem Bereich, erläutert werden.

3.4 Hindernisse und Chancen Sozialer Arbeit in der Berufspraxis

Soziale Arbeit hat, vor allem im deutschsprachigen Raum, nach wie vor damit zu kämpfen als Profession wahrgenommen und als unabdingbarer Bestandteil in der Berufspraxis von der „Palliative Care“ anerkannt zu werden (vgl. Pankofer, 2021, S.35). Trotz ihrer vielfältigen Kompetenzen (vgl. 3.1; 3.2), womit sie qualifiziert ist, um in diesem Arbeitsfeld tätig zu werden, erscheint die bisher geringe Menge an Sozialarbeitenden in diesem Bereich befremdlich (vgl. Hefel 2019, S.139). Ursachen dafür resultieren aus unterschiedlichen Gründen und Perspektiven, welche in der Fachliteratur umfangreich diskutiert werden. Hierbei findet eine Unterscheidung zwischen Hindernissen, welche durch die eigene Profession der Sozialen Arbeit, durch die jeweiligen Organisationsstrukturen oder von außen verursacht werden, statt (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154).

Die Autoren Student und Mühlum konkretisieren professionsinterne Hindernisse dahingehend, dass sich bereits in der Hochschulausbildung zu wenig der Thematik von Verlust, Sterben, Tod und Trauer zugewandt wird (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154). Sie vermuten die Gründe dafür zum einen in persönlichen Ängsten und Bedenken sich dieser sozialen Wirklichkeit zu widmen, was wiederum zum Mechanismus der Verdrängung führt. Zum anderen scheinen sie aus Gründen der gesellschaftlichen Distanz gegenüber diesem Thema zu resultieren. Wodurch den, in der Palliativversorgung tätigen Berufsgruppen ein eher geringerer Status in der Öffentlichkeit verliehen wird (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154).

Bis heute hat Soziale Arbeit ihre Tätigkeit in dem Berufsbereich, mit dem sie historisch bereits lange Zeit verwoben ist (vgl. 2.3), nicht einzigartig und unabdingbar werden lassen (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154). Was, nach Ansicht von Wohlleben, auf fehlende fachlich fundierte Standards und Konzepte zurückzuführen ist (vgl. Wohlleben, 2021, S.175). Dahingegen argumentiert Bitschnau, dass es in der Berufspraxis an Trans-

parenz des sozialarbeiterischen Handelns fehlt. Nicht zuletzt durch ihren generalisierten Blick und ihr weitgreifendes Handlungsspektrum, wirkt sie auf andere Berufsgruppen, hinsichtlich ihrer Möglichkeiten Menschen am Lebensende zu begleiten, oftmals undurchsichtig (vgl. Bitschnau, 2017, S.116). Wodurch die Profession, nach Meinung von Hefel, von nahestehenden Berufsgruppen, nicht selten, als Konkurrenz angesehen wird. Was wiederum dazu führt, dass sie aus dem Arbeitsbereich ausgegrenzt und andere Professionen vermeintlich ihre Aufgaben in der Begleitung Sterbender und deren Angehörigen übernehmen (vgl. Hefel, 2019, S.139). An dieser Stelle werden die Hindernisse von Seiten der Organisationen, in denen Soziale Arbeit in der „Palliative Care“ tätig ist, deutlich (vgl. 2.4). Nach Aussagen von Student und Mühlum ist das Gesundheitssystem Deutschlands vorwiegend durch die medizinisch-pflegerischen Professionen dominiert, was für weitere Berufsgruppen abschreckend wirken kann (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154). Denn diese zwei Expertengruppen, die schon lange Zeit im Gesundheitswesen etabliert sind, beanspruchen das Arbeitsfeld der „Palliative Care“, welchem sich Soziale Arbeit, trotz ihres historischen Hintergrundes, gegenwärtig erst annähert. Es kommt immer wieder zu Vorbehalten Seitens der etablierten Fachexperten gegenüber Sozialarbeitenden, die sich primär auf die Zuweisung der Arbeitstätigkeit dieser beziehen. Sie werden in der Regel weniger dem direkten Kontakt mit den Betroffenen und dessen Angehörigen, sondern vielmehr den administrativen und politisch aktiven Arbeiten zugeordnet (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154). Was in der Praxis dazu führt, dass Vertreter der Sozialen Arbeit hauptsächlich sozialrechtliche und organisatorische Aufgaben in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen zu bewältigen haben. Was, ohne Zweifel, einen Kompetenzbereich Sozialer Arbeit darstellt, allerdings, wie bereits im Verlauf der Arbeit mehrfach erläutert, nicht der einzige ist (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154). Gleichwohl verweisen die Autoren Student und Mühlum an dieser Stelle erneut auf die Eigenverantwortung Sozialer Arbeit. Die sich der Frage widmen muss, inwieweit sie selbst „zu diesem Fremdbild beiträgt“ (Student, Mühlum u.a. 2020, S.154) und was sie dazu leisten kann, um ihre grundlegende Orientierung an der individuellen Person in ihrem sozialen Gefüge, zu verdeutlichen (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.154).

Darüber hinaus führen Faktoren, welche von außen auf die Soziale Arbeit in der „Palliative Care“ wirken, zu Hemmnissen in der Berufspraxis (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.155). Mitunter wird ihr dadurch der Zugang zum Arbeitsbereich von „Palliative Care“ mit dem Vorwurf, Soziale Arbeit ist zu teuer und systemfremd, erschwert. Woran ersichtlich wird, dass dieser Berufsbereich dem Medizinsektor zugeordnet ist und somit dem Verstand des deutschen Gesundheitssystems unterliegt. Indem unmissverständlich die Pflege und die Medizin die Führung übernehmen (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020,

S.155). Die Erkenntnis, dass Sozialarbeitende, Seelsorger und Psychologen in den USA zur Basis von „Palliative Care“ Teams gehören, wohingegen hierzulande das Kernteam aus Pflegekräften und Ärzten besteht, ist nach Aussagen von Student und Mühlum bedenklich und bedarf dringend der Veränderung. Vor allem dann, wenn dem Grundgedanken der „Palliative Care“ (vgl. 2.2) in der Praxis zukünftig und tatsächlich entsprochen werden soll (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.155). In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass es den Autoren nicht darum geht, die einzelnen Professionen gegeneinander aufzuheizen. Im Gegenteil, sie sind der Ansicht, dass es dem Zusammenwirken aller Beteiligten bedarf, um den Anspruch von „Palliative Care“ gerecht zu werden. Was gleichzeitig mit sich bringt, dass sich die „Kompetenz und Eigenständigkeit der psychosozialen Profession“ (Student; Mühlum u.a. 2020, S.155) im Praxisalltag positionieren muss und nicht weiter von anderen Berufsgruppen, augenscheinlich, übernommen wird und somit an Wichtigkeit verliert (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.155).

Die aufgeführten Hindernisse, welche Soziale Arbeit in der Berufspraxis von „Palliative Care“ zu bewältigen hat, sollen keine beschränkende Wirkung haben. Vielmehr stellen sie eine Chance für die Profession dar, sich zukünftig in diesem Arbeitsbereich etablieren zu können. Denn Chancen, um in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein, ergeben sich nicht zuletzt aus ihrem Selbstverständnis und ihrem beruflichen Auftrag heraus (vgl. Nau, 2018, S.58). Welcher, wie die Autoren Student und Mühlum argumentieren, geradezu deckungsgleich mit dem Grundverständnis von „Palliative Care“ ist (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.20).

Durch ihre ganzheitliche Sichtweise und ihr Repertoire an Möglichkeiten, schwerkranke und sterbende Menschen zu begleiten (vgl. 3.1; 3.2), ist sie eine exzellente Ergänzung zu den bereits bestehenden Berufsgruppen in diesem Bereich. Darüber muss sich vor allem die Profession selbst bewusst werden und die Chancen nutzen, sich aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen (vgl. Student; Mühlum u.a. 2021, S.153). Indem sie ihr Handeln nicht mehr ausschließlich auf externe Anweisungen stützt, ergibt sich die Möglichkeit, eigens, ihr „Kompetenzprofil zu schärfen, ihre Selbstdarstellung zu verbessern, Professionalität zu beweisen und sich durch Leistung [im Berufsbereich der „Palliative Care“] unersetzlich zu machen“ (Student, Mühlum u.a. 2021, S.156).

Darüber hinaus hat Soziale Arbeit die Chance, sich nachhaltig in dem Arbeitsbereich zu etablieren, indem sie „als Organ der Sozialpolitik“ (Student, Mühlum u.a. 2021, S.156ff.), dafür Sorge trägt, dass die Bedeutsamkeit der Thematik Sterben, Tod und Trauer auf politischer Ebene verstärkt fokussiert wird. Wodurch eine angemessene Palliativversorgung, welche im Team mindestens aus Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern bestehen muss, sozialrechtlich verankert werden kann (vgl. Student; Mühlum u.a. 2021,

S.157). Ebenso sind die bisherigen Berufsverbände Sozialer Arbeit in diesem Bereich, im Vergleich zu den medizinisch-pflegerischen Organisationen, gegenwärtig noch in zu geringer Anzahl vertreten. Diese gilt es zu verstärken, um die berufliche Identität Sozialarbeitender im Bereich „Palliative Care“ nachhaltig zu stärken. Was gleichermaßen unterstützend dazu beiträgt, dass sozialarbeiterische Handeln in der Berufspraxis selbstbewusster zu vertreten (vgl. Student; Mühlum u.a. 2021, S.156).

Abschließend kann festgehalten werden, dass es unumstritten ist, dass Soziale Arbeit ein wesentlicher Bestandteil in der Berufspraxis von „Palliative Care“ ist. Vor allem dann, wenn dem Grundgedanken der „Palliative Care“, im Sinne von Cicely Saunders, entsprochen werden soll (vgl. Bitschnau, 2017, S.112). Allerdings lassen sich die Hindernisse, die es für die tatsächliche Etablierung der Profession in diesem Bereich zu bewältigen gilt, nicht ignorieren. Wobei ihr dafür ein ebenso großes Repertoire an Chancen zur Verfügung stehen, wodurch sie sich in diesem Bereich unersetzlich machen kann (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.154). Abgesehen davon, darf bei der Thematik Sterben, Tod und Trauer der gesamtgesellschaftliche Auftrag nicht in Vergessenheit geraten. Ist davon auszugehen, dass das Sterben und der Tod immer weiter in professionell geleitete Organisationen verlagert wird, ist es vor allem Aufgabe der Gesellschaft, sich der Frage zu stellen wer und vor allem mit welcher Grundhaltung Menschen am Lebensende versorgt werden sollen (vgl. Student, Mühlum u.a. 2020, S.154). „Denn Faktum ist, dass wir alle sterblich sind“ (Hefel, 2019, S.12), wonach es Aufgabe jedes Einzelnen ist, sich dieser Wirklichkeit zu stellen und ihr nicht weiter auszuweichen (vgl. Hefel, 2019, S.12).

4. Schlussfolgerung

Menschen, die sich mit der eigenen Endlichkeit ihres Lebens durch eine unheilbare Erkrankung konfrontiert sehen, entwickeln vielfältige Bedürfnisse und unterliegen zahlreichen Belastungen, welche in ihrer Komplexität, in vielerlei Hinsicht, Anerkennung, Beachtung und Begleitung erfordern. Besonders die Profession der Sozialen Arbeit kann, auf Grundlage ihres Selbstverständnisses, ihrer ganzheitlichen Betrachtungsweise und ihren vielfältigen Handlungskompetenzen, in Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Team der „Palliative Care“, einen bedeutsamen Beitrag in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen sowie dessen Angehörigen leisten (vgl. Wagner, 2021, S.87). Unter Achtung der Würde und der Stärkung der Autonomie stellt sie die Bedürfnisse, Ängste und Hoffnungen der Betroffenen und dessen Zugehörigen in den Mittelpunkt allen Handelns, wodurch sie mit den Grundüberzeugungen und Arbeitsweisen der „Palliative Care“ durchgehend übereinstimmt (vgl. Student; Mühlum u.a. 2020, S.157). Damit ist sie gleichwohl ein elementarer Bestandteil dieses Arbeitsbereiches,

welcher unerlässlich zum Kernteam zugehörig ist. Was wiederum durch die zahlreichen Definitionen von „Palliative Care“ deutlich wird.

Egal ob durch Cicely Saunders oder durch die WHO, der psychosozialen Dimension eines Menschen wird in der Begleitung am Lebensende, eine gleichbleibend wesentliche Rolle zugeschrieben. Sie beeinflusst grundlegend das Wohlbefinden, die Lebensqualität und nicht zuletzt das Krankheitsgeschehen, wodurch die Berücksichtigung des Sozialen, in der Begleitung Sterbender unerlässlich ist (vgl. Borasio, 2021, S.16). Demzufolge ist ein multiprofessionelles Palliativteam ohne Vertreter der Sozialen Arbeit nicht vollständig, „denn ein ganzheitlicher Ansatz ohne [die Berücksichtigung der] (psycho-) soziale[n] [Dimension] würde seinem eigenen Anspruch nicht gerecht.“ (Bitschnau, 2006, S.99 zit. n. Nau, 2018, S.62).

Im Gegenzug zu den theoretischen Perspektiven, welche sehr deutlich die Unerlässlichkeit Sozialer Arbeit im Bereich „Palliative Care“ herausarbeiten, besteht in der Berufspraxis ein bisweilen konträres Bild. Charakteristisch ist dies, nach wie vor, durch die Entbehrlichkeit sozialarbeiterischer Leistungen geprägt (vgl. Wagner, 2021, S.87). Was verdeutlicht, dass es weiterhin dem ausdauernden und beharrlichen Engagement von Sozialarbeitenden bedarf, die den unverzichtbaren und einzigartigen Beitrag ihrer eigenen Profession, in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen sowie deren Zugehörigen, ausreichend verdeutlichen (vgl. Bitschnau, 2021, S.12).

Für eine nachhaltige Etablierung und Integration der Profession in diesem Arbeitsfeld, benötigt es fachliche Diskurse auf allen politischen Ebenen, wodurch Konzepte und Methoden, mit denen die Profession in diesem Bereich fungiert eine stabile Basis erhalten (vgl. Wagner, 2021, S.87). Voraussetzung dafür ist die Theoriebildung, Forschung und Lehre in diesem Bereich, damit Soziale Arbeit ein eigenständiges berufliches Profil und fachlich fundierte Standards entwickeln kann (vgl. Wagner, 2021, S.87). Weshalb die Grundthematik Sterben, Tod und Trauer zwingend im Lehrplan des Studiums der Sozialen Arbeit verankert werden muss (vgl. DGP, o.A./b).

Vor allem aber die Profession selbst muss sich ihrer Wirkung und Verantwortung in diesem Bereich bewusst werden. Indem sie erkennt, dass sie durch ihre vielfältigen Methoden, ihr breites Wissen und generalisierten Arbeitsansätzen einen Dienst in der Begleitung und Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen leistet, welchen andere Professionen in diesem Berufsbereich nicht übernehmen beziehungsweise ersetzen können (vgl. Student, Mühlum, 2020, S.157ff.). Durch das Bewusstsein ihrer eigenen Stärken wirkt sie auf eine ganzheitlich ausgerichtete Kultur des Sterbens hin, welche „die Menschen besser leben und besser sterben lässt.“ (Student; Mühlum, 2020, S.158).

Anlagen

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: sieben Leitsätze des DHPV, in der Hospiz- und Palliativarbeit	V
Anlage 2: fünf Phasenmodell nach Kübler-Ross	VI

Anlage 1

Sieben Leitsätze des DHPV, in der Hospiz- und Palliativarbeit

1. Im Mittelpunkt der Hospiz- und Palliativarbeit stehen der schwerstkranke und sterbende Mensch jeden Alters und die ihm Nahestehenden. Sie benötigen gleichermaßen Aufmerksamkeit, Fürsorge und Wahrhaftigkeit. Die Hospiz- und Palliativarbeit richtet sich nach den Bedürfnissen und Rechten der schwerstkranken und sterbenden Menschen, ihrer Angehörigen und Freunde. Einbezogen sind insbesondere auch die Belange der Kinder.
2. Die Hospizbewegung betrachtet das menschliche Leben von seinem Beginn bis zu seinem Tode als ein Ganzes. Sterben ist Leben - Leben vor dem Tod. Im Zentrum stehen die Würde des Menschen am Lebensende und der Erhalt größtmöglicher Autonomie. Voraussetzung hierfür sind die weitgehende Linderung von Schmerzen und Symptomen schwerster lebensbeendender Erkrankungen durch palliativärztliche und palliativpflegerische Versorgung sowie eine psychosoziale und spirituelle Begleitung der Betroffenen und Angehörigen. Diese lebensbejahende Grundidee schließt Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung aus.
3. Sterben zu Hause oder in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, ist die vorrangige Zielperspektive der Hospiz- und Palliativarbeit. Der Ausbau ambulanter Strukturen, die Knüpfung regionaler Netzwerke und eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Ehrenamtlicher sind hierfür Voraussetzung. Wenn eine palliative Versorgung zu Hause nicht oder nur begrenzt möglich ist, stehen voll- und teilstationäre Einrichtungen in Form von Hospizen und Palliativstationen - ggf. auch im Wechsel mit ambulanter Versorgung – zur Verfügung.
4. Die Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung in ihren vielfältigen Gestaltungsformen sind damit wesentliche Bausteine im bestehenden Gesundheits- und Sozialsystem, die in enger Kooperation mit den anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems eine kontinuierliche Versorgung

5. sterbender Menschen gewährleisten. Sie bedürfen insoweit der entsprechenden Absicherung im sozialen Leistungsrecht.
6. Zur Hospiz- und Palliativarbeit gehört als ein Kernelement der Dienst Ehrenamtlicher. Sie sollen gut vorbereitet, befähigt und in regelmäßigen Treffen begleitet werden. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Teilnahme der Betroffenen und der ihnen Nahestehenden am Leben des Gemeinwesens und tragen dazu bei, die Hospizidee in der Gesellschaft weiter zu verankern.
7. Schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen, die der Versorgung und Begleitung bedürfen, brauchen professionelle Unterstützung durch ein multidisziplinäres Team, dem Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ehrenamtliche u. a. angehören sollten. Für diese Tätigkeit benötigen sie spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der medizinischen, pflegerischen, sozialen und spirituellen Begleitung und Versorgung. Dies setzt eine sorgfältige Aus-, Fort-, und Weiterbildung entsprechend den jeweiligen Qualifizierungsstandards, fortgesetzte Supervision und Freiräume für eine persönliche Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer voraus.
8. Zur Sterbebegleitung gehört im notwendigen Umfang auch die Trauerbegleitung.

(DHPV, 05.10.2007)

Anlage 2

Fünf Phasenmodell nach Kübler-Ross

1. Phase: Nicht-wahrhaben-wollen
Dem Menschen ist der Gedanke an den Tod zuwider. Er weigert sich, sich damit zu beschäftigen und leugnet ihn.
2. Phase: Aggression
Der Mensch wird schließlich aggressiv und wütend. Er hat den Eindruck, dass es niemanden in der Welt kümmert, dass er bald sterben wird. Vor allem Ärzte und Krankenschwestern werden oft mit den Emotionen des Patienten konfrontiert.
3. Phase: Verhandeln
In dieser Phase beginnt der Mensch, sich mit seinem Tod zu beschäftigen. Er verhandelt mit denen, von denen er glaubt, dass sie ihn noch heilen oder zumindest seinen Tod aufschieben können: Gott und den Ärzten.
4. Phase: Depression
Da der Mensch in der Folgezeit die Symptome seiner Krankheit immer stärker zu spüren bekommt, wird er hoffnungslos und schließlich depressiv oder auch apathisch. Seine Compliance schwindet und oftmals lehnt er eine weitere Behandlung ab.
5. Phase: Akzeptanz
Schließlich akzeptiert der Mensch seinen Tod als Teil des Lebenszyklus.

(Högemann; Antwerpes, 2018)

Literaturverzeichnis

Albrecht, Elisabeth; Bausewein, Claudia; Joist, Thomas; Roller, Susanne; Voltz, Raymond (2021): Häusliche Betreuung. Palliativmedizinische Betreuung zu Hause. In: Bausewein, Claudia; Roller, Susanne; Voltz, Raymond (Hg.): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung, 7., Auflage. München: Elsevier GmbH, S.514-518.

Bausewein, Claudia; Fegg, Martin; Frick, Eckhard; Petersen, Yvonne; Roller, Susanne (2021): Besondere Bedürfnisse. In: Bausewein, Claudia; Roller, Susanne; Voltz, Raymond (Hg.): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung, 7., Auflage. München: Elsevier GmbH, S.6-19.

Bitschnau, Karl W. (2006): Palliative Care und Sozialarbeit. In: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Mit einem Gleitwort von Reimer Gronemeyer. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S.96-100.

Bitschnau, Karl W. (2017): Palliative Care und Sozialarbeit. In: Steffen-Bürgi, Barbara; Schärer-Santschi, Erika; Staudacher, Diana; Monteverde, Settimio (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe AG, S.112-116.

Bitschnau, Karl W. (2021): Gleitwort zur 2. Auflage. Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care – vielfältig, unscheinbar, wirkmächtig. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.11-13.

Borasio, Gian Domenico (2021): Gleitwort zur 1. Auflage (2014). In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.15-16.

Bucher, Barbara (2015): Soziale Arbeit – Psychosoziale Aspekte. In: Neuenschwander, Hans; Cina, Christoph (Hg.): Handbuch Palliativmedizin, 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. S.313-323.

Böhnisch, Lothar (2018): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. 8., erweiterte Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Farnung, Angelika (2018): Selbstpflege. Supervision von Pflegenden im Hospiz. Innehalten, damit das Aushalten endet. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.175-178.

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Forster, Heike (2021): Psychosoziale Begleitung. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.153-160.

Forster, Michaela (2015): Selbst- und Teampflege. In: In: Neuenschwander, Hans; Cina, Christoph (Hg.): Handbuch Palliativmedizin, 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. S.363-369.

Fröhlich, Elfriede (2021): Praxis der Sozialen Arbeit abhängig von Versorgungsstrukturen. Stationärer Bereich. Stationäre Hospize als letzte Heimat -Beiträge der Sozialen Arbeit. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.124-129.

Hefel, Johanna (2019): Verlust, Sterben und Tod über die Lebensspanne. Kernthemen Sozialer Arbeit am Beispiel österreichischer Fachhochschulen. Opladen, Berlin & Toronto: Budrich UniPress.

Heller, Andreas; Knipping, Cornelia (2017): Palliative Care – Haltungen und Orientierungen. In: Steffen-Bürgi, Barbara; Schärer-Santschi, Erika; Staudacher, Diana; Monteverde, Settimio (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe AG, S.50-56.

Jordan, Isabella (2020): Hospiz/Palliativmedizin. In: Wittwer, Héctor; Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas (Hg.): Handbuch Sterben und Tod. Geschichte-Theorie-Ethik, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.302-307.

Kränzle, Susanne (2018/a): Geschichte, Selbstverständnis und Zukunftsstrategien von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.4-6.

Kränzle, Susanne (2018/b): Haltung in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.12-15.

Kränzle, Susanne (2018/c): Organisationsformen von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S. 135-138.

Kränzle, Susanne (2018/d): Wenn nichts mehr zu machen ist – Der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S. 26-28.

Krüger, Tim (2017): Sterben und Tod. Kernthemen Sozialer Arbeit. Würzburg: Ergon-Verlag GmbH.

Lacour-Krause, Sabine (2021): Praxis der Sozialen Arbeit abhängig von Versorgungsstrukturen. Stationärer Bereich. Palliativdienst im Krankenhaus. In: Wasner, Maria; Panhofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.120-124.

Mennemann, Hugo Sebastian (2019): Soziale Arbeit in Palliative Care. In: Kreuzer, Susanne; Oetting-Roß, Claudia; Schwermann, Meike (Hg.): Palliative Care aus soziale- und pflegewissenschaftlicher Perspektive. Weinheim Basel: Beltz Juventa, S. 233-253.

Mühlum, Albert; Homfeldt, Hans-Günther (2020): Vorwort. Zum 4. Band: Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. In: Homfeldt, Hans-Günther; Mühlum, Trier; Mühlum, Albert; Bensheim (Hg.): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, 4., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, S.9-10.

Müller-Busch, Christof H. (2021): Die Anfänge – Cicely Saunders. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.47-51.

Nau, Hans (2018): Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.57-62.

Nau, Hans (2021): Teammitglieder. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.96-102.

Noll, Peter (2009): Diktate über Sterben und Tod. München: Piper.

Pankofer, Sabine (2021): Soziale Arbeit – ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.35-44.

Pleschberger, Sabine (2017): Die Historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Steffen-Bürgi, Barbara; Schärer-Santschi, Erika; Staudacher, Diana; Monteverde, Settimio (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe AG, S.34-38.

Raischel, Josef (2012): Stellvertreterentscheidungen. In: Fuchs, Christoph; Gabriel, Heiner; Raischel, Josef; Steil, Hans; Wohlleben, Ulla (Hg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. S.270-275.

Raischl, Josef (2021): Praxis der Sozialen Arbeit abhängig von Versorgungsstrukturen. Ambulanter Bereich. Soziale Arbeit im ambulanten Hospizdienst. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.103-108.

Raischl, Josef; Reigber, Hermann (2021): Entwicklungen am Beispiel des Christophorus Hospiz Vereins e.V. in München (CHV). In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.60-65.

Randall, Fiona; Downie, Robin S. (2014): Philosophie der Palliative Care. Philosophie - Kritik - Rekonstruktion. Bern: Hans Huber Verlag.

Saunders, Cicely (1993): Wenn Patienten sagen, das sie sterben wollen. In: Saunders, Cicely; Freisfeld, Hannelore (Hg.): Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können. 3., durchgesehene Auflage. Freiburg in Breisgau: Herder, S.117-124.

Schmid, Ulrike (2018): Organisationsformen von Palliative Care. Modelle ambulanter palliativer Versorgungsangebote in Deutschland. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.139-142.

Schumacher, Thomas (2021): Qualität und Qualitätssicherung der Sozialen Arbeit in Palliative Care. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.277-287.

Schütte-Bäumner, Christian (2021): Praxis der Sozialen Arbeit abhängig von Versorgungsstrukturen. Ambulanter Bereich. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.109-114.

Seeger, Christa (2018/a): Grundsätze von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.18-20.

Seeger, Christa (2018/b): Organisationsformen von Palliative Care. In: Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger Christa (Hg.): Palliative Care. Praxis, Weiterbildung, Studium, 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutschland: Springer-Verlag GmbH, S.129-135.

SGBV: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch -Gesetzliche Krankenversicherung-: vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477).

Steffen-Bürgi, Barbara (2017): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care. In: Steffen-Bürgi, Barbara; Schärer-Santschi, Erika; Staudacher, Diana; Monteverde, Settimio (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe AG, S.40-48.

Steinberger, Klara (2021): Praxis der Sozialen Arbeit abhängig von Versorgungsstrukturen. Stationärer Bereich. Palliativstation. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.115-119.

Student, Johann-Christoph (2017): Palliative Care im stationären Hospiz. In: Steffen-Bürgi, Barbara; Schärer-Santschi, Erika; Staudacher, Diana; Monteverde, Settimio (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe AG, S.82-91.

Student, Johann-Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute (2004): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.

Student, Johann-Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute (2020): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, 4., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.

Thiersch, Hans (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 8., Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Wagner, Ulrike (2021): Zielgruppen. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.81-87.

Wagner, Ulrike; Schneider-Eicke, Astrid (2021): Sozialrechtliche Beratung und Information. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.143-152.

Wasner, Maria (2021): Aktuelle Situation in Deutschland. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.66-70.

Wohlleben, Ulla (2021): Hilfestellung bei ethischen Fragestellungen. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S.171-175.

Quellenverzeichnis

BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Zu finden auf: <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-langfassung.html> verfügbar am 22.10.2021 um 11:00 Uhr.

BMG: Bundesministerium für Gesundheit (2017): Hospiz- und Palliativgesetz. Zu finden auf: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz.html> verfügbar am: 29.09.2021 um 14:48 Uhr.

DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2016): Betr.: OPS 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst. Zu finden auf https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Informationen_zum_krankenhausindividuellen_Zusatzentgelt_-_OPS_8-98h.pdf verfügbar am: 29.09.2021 um 14:34 Uhr.

DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (o.A./a): Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Zu finden auf https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf verfügbar am: 21.09.2021 um 09:20 Uhr.

DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (o.A./b): Profil - Soziale Arbeit in Palliative Care. Zu finden auf: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf> verfügbar am: 21.09.2021 um 9:00 Uhr.

DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (o.A./c): Sektion Soziale Arbeit. Zu finden auf: <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-soziale-arbeit.html> verfügbar am 18.10.2021 um 11.36 Uhr.

DGP; DHPV: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2009): Definition AAPV. Zu finden auf: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html> verfügbar am: 28.09.2021 um 9:10 Uhr.

DGP; DHPV: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (2015): Palliativversorgung im Krankenhaus Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes (DHPV) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Zu finden auf: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Stellungnahme_DGP_DHPV_HPG_02092015.pdf verfügbar am: 28.09.2021 um 14:21 Uhr.

DGP - Sektion Soziale Arbeit: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – Sektion Soziale Arbeit (2019): Stellenbeschreibungen für Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung. Zu finden auf: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Stellenbeschreibung_Soziale_Arbeit_.pdf verfügbar am: 14.10.2021 um 12:12 Uhr.

DHPV: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2007): Leitsätze. Beschluss der Mitgliederversammlung. Zu finden auf: <https://www.dhpv.de/files/public/ueberuns/Leits%3%A4tze.pdf> verfügbar am: 10.11.2021 um 09:42 Uhr.

DHPV: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o.A.): Palliative Care. Die Dimensionen der Palliativ- und Hospizarbeit. Zu finden auf: https://www.dhpv.de/themen_palliativecare.html verfügbar am: 21.09.2021 um 12:00 Uhr.

Hach, Michaela; Goudinoudis, Katja; Müller, Andreas; Beck, Dietmar; Föller, Almut; Sattelberger, Gregor; Krull, Elisabeth; Nehls, Michael; Wirtz, Belinda; Ronge, Christof; Falckenberg, Maja; Wenzel, Claudia; Martini, Katrin; Hornke, Ingmar; Arnweiler, Barbara; Stanek, Ales; Klein, Corina; Grabenhorst, Ulrich; Bitschnau-Lueg, Astrid-Rike; Hofmeister, Ulrike; Tögel, Sabine; Gosenheimer, Robert; Habig, Heinrich; Gronwald, Benjamin; Richter, Uwe; Seibt, Markus; Wölbling, Elisabeth; Hermann, Sindy; Schell, Thomas; Meissner, Winfried; Döring, Christian; Rolke (o.A.): Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung. Umsetzungsempfehlung der Charta zur ambulanten Palliativversorgung DGP & BAG-SAPV. Zu finden auf: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Erl%3%A4uterungen_zu_Regelungen_der_ambulanten_Palliativversorgung_DGP_BAG_SAPV.pdf verfügbar am: 28.09.2021 um 8:15 Uhr.

Högemann, Astrid; Antwerpes, Frank (2018): Sterbephasen nach Kübler-Ross. Zu finden auf: https://flexikon.doccheck.com/de/Sterbephasen_nach_K%C3%BCbler-Ross verfügbar am: 23.09.2021 um 08:04 Uhr.

IFSW: International Federation of Social Workers (2021): Globale Definition des Berufs der Sozialen Arbeit. Zu finden auf: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> verfügbar am: 11.10.2021 um 16:32 Uhr.

Lutz, Ronald (2020): Triplemandat. Zu finden auf: <https://www.socialnet.de/lexikon/Tripelmandat> verfügbar am: 11.10.2021 um 16:22 Uhr.

Palliative.ch: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (o.A.): Was bedeutet Palliative Care. Zu finden auf: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/> verfügbar am: 21.09.2021 um 10:15 Uhr.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (01.04.2021): Spezialisierte ambulante Palliativversorgungsrichtlinie / SAPV-RL. Zu finden auf: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2468/SAPV-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf verfügbar am: 29.09.2021 um 13:37 Uhr.

Springer Pflege (10.2017): Palliativpflege. Den Tagen mehr Leben geben. Zu finden auf: <https://www.springerpflege.de/palliativpflege/palliative-pflege/palliative-care-den-taggen-mehr-leben-geben/15077464> verfügbar am: 10.11.2021 um 09:57 Uhr.

St. Christopher`s (2021): Erinnerung an Cicely nach 10 Jahren. Zu finden auf: <https://www.stchristophers.org.uk/tenyears> verfügbar am: 15.11.2021 um 07:59 Uhr.

TU Dresden: Technische Universität Dresden (2018): Praktikumsrichtlinie für Bachelor- und Master-Studiengang Wirtschaftspädagogik an der Technischen Universität Dresden. Vormerkung zum Sprachgebrauch. Zu finden auf: <https://tu-dresden.de/bu/wirtschaft/bwl/wipaed/studium/schulpraktika/praktikumsrichtlinie> verfügbar am: 18.11.2021 um 12:59 Uhr.

WHO: World Health Organization (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002. Zu finden auf: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf#:~:text=WHO%20Definition%20of%20Palliative%20Care%202002.%20WHO%20Definition,means%20of%20early%20identification%20and%20impeccable%20assessment%20 verfügbar am: 21.09.2021 um 10:00 Uhr.

Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, Bianca Irscher, geboren am 25.11.1987 (Matrikelnummer: 51594) ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit zum Thema, Begleitung am Lebensende – „Palliative Care“, ein Kompetenzbereich Sozialer Arbeit?!, selbstständig, ohne Hilfe Dritter und ohne Verwendung anderer als von mir angegebener Quellen und Hilfsmittel erarbeitet habe. Die Übernahme wörtlicher Zitate aus der Literatur sowie die Verwendung von Gedanken anderer Autoren habe ich in der Arbeit kenntlich gemacht.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Chemnitz, den 05.01.2022

Ort, Datum



Bianca Irscher