

Blümel, Sissy

Hospizliche Sozialarbeit auf Palliativstationen in Sachsen
- Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit -

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2022

Blümel, Sissy

Hospizliche Sozialarbeit auf Palliativstationen in Sachsen
- Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit –

eingereicht als
BACHELORARBEIT
an der
HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2022

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Nadine Kuklau

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliographische Beschreibung

Bibliographische Angaben

Blümel, Sissy

Hospizliche Sozialarbeit auf Palliativstationen in Sachsen

- Möglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit –

Hospice social work on palliative ward in Saxony

- possibilities and limits of social work –

31 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2022

Abstract:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der hospizlichen Sozialarbeit auf Palliativstationen. Aufgezeigt wird die aktuelle Situation in Sachsen. Durch eine intensive Literaturrecherche werden die Möglichkeiten und Grenzen von Sozialer Arbeit im Palliativbereich beschrieben. Vorhandene Problemstellungen werden dargestellt und Lösungsmöglichkeiten angegeben.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Stationäres Konzept - Palliativstationen	3
2.1 Geschichte der Hospizarbeit	3
2.2 Grundgedanken von Hospiz und Palliativ Care	6
2.3 Leistungen einer Palliativstation	10
2.4 Palliativversorgung in Sachsen	11
3. Strukturbezogene Merkmale	13
3.1 Bedürfnisse von sterbenden Menschen	13
3.2 Bedürfnisse der Angehörigen	16
4. Soziale Arbeit in Palliativ Care	17
4.1 Aufgaben der Sozialen Arbeit	17
4.2 Grenzen und Forderungen	24
5. Fazit	28
Quellenverzeichnis	32
Selbstständigkeitserklärung.....	37

1. Einleitung

„Gesund sein will jeder, und gleichzeitig ist Gesundheit ein gesellschaftliches Gut von hohem Rang.“ (Student, 2020, S.9) Erst im 19. Jahrhundert wurde dem Thema Gesundheit in der Gesellschaft Aufmerksamkeit geschenkt. Ein Jahrhundert später, im 20. Jahrhundert, sprach man von der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Warum spricht die Autorin nun das Thema Gesundheit an, wenn es doch in der folgenden Arbeit um Sterben gehen soll? Weil 80-90% der Menschen in Institutionen des Gesundheitswesens sterben und die Soziale Arbeit unmittelbar davon betroffen ist. Soziale Arbeit formuliert ihre Verortung im Gesundheitswesen, indem sie „[...] Gesundheit als Lebensdimension relativen Wohlbefindens [...]“ beschreibt. (Student, 2020, S. 11) Sie stellt dabei das Wohlergehen von sterbenden und trauernden Menschen in den Mittelpunkt. Somit ist Soziale Arbeit eine spezifische Form der Gesundheitsarbeit. Soziale Arbeit schließt sich der Hospizbewegung an, um mit ihr die gemeinsamen Ziele zu erreichen. Die Ziele sind Sterben in den Alltag zu bringen und gleichzeitig das würdevolle Sterben zu ermöglichen. Hospizliche Sozialarbeit muss sich dazu mit den Themen Sterben und Trauer auseinandersetzen. Sowie ihr berufliches Selbstverständnis in Bezug auf Hospiz- und Palliativversorgung „neu“ formulieren.

War das Thema Sterben noch vor einigen Jahren ein verdrängtes Phänomen von der Gesellschaft, wächst zunehmend das Interesse daran. Öffentliche Debatten über Bedingungen von Sterbenden, neue Formen der Bestattung, aber auch Gedenkseiten im Netz sind nur einige wenige Aufzählungen, die zeigen, dass die Gesellschaft sich zunehmend mit den Themen auseinandersetzt. Gerade weil der demografische Wandel, hin zu mehr älteren Menschen, dies auch verlangt. Damit verbunden entstehen neue Herausforderungen für die Hospizbewegung und schlussendlich auch für Soziale Arbeit. (vgl. Student, 2020, S. 9ff) „Mit Hospizarbeit bzw. Palliativ Care ist eine neue Fürsorgekultur für Schwerstkranke, Sterbende und ihre Zugehörigen entstanden.“ (Student, 2020, S.12) Hospizarbeit hat das Ziel, Betroffene auf ihrem letzten Lebensweg fürsorglich und ohne Schmerzen zu begleiten mit Bedacht auf ihren Bedürfnissen, ihren Autonomien und Würden. (vgl. ebenda, S.12)

Die Autorin selbst erlebte, dass ihr Großvater seinen letzten Lebensweg auf einer Palliativstation in einem Krankenhaus verbringen musste. Das Pflegepersonal kümmerte sich um seine körperlichen Beschwerden fürsorglich, allerdings blieben dabei seine individuellen sozialen und psychischen Bedürfnisse unbeachtet. Sein Wunsch zu Hause zu sterben, konnte nicht erfüllt werden. Er verstarb auf dieser Station, da Ärzte, aufgrund von seinem körperlichen Zustand, von einem Transport in die Häuslichkeit abrieten. Das Pflegepersonal begleitete das Abschiednehmen der Zugehörigen von dem Großvater, allerdings fand eine Trauerbegleitung für die Angehörigen darüber hinaus nicht statt. In dieser Zeit hätte die Autorin sich eine Sterbe- aber auch Trauerbegleitung gewünscht, die ihre Sorgen und Ängste ernst nimmt, aber auch angemessen auf diese reagiert. Sowie für den Großvater eine Person, die seine Wünsche und Bedürfnisse beachtet und erfüllt. Die Autorin fragt sich, ob diese Person ein*e Sozialarbeiter*in sein kann? Und wenn ja, kann er*sie diesen Aufgaben gerecht werden unter dem Aspekt, dass eine Palliativstation die baldmögliche Entlassung von Patienten anstrebt und nicht das Sterben vor Ort?

Student spricht von einer hospizlichen Grundhaltung, die beinhaltet, Hilfe zum Leben zu geben und nicht Hilfe zum Sterben. Die Anliegen von dem*der Sterbenden werden ernst genommen und es wird eine ganzheitliche Sicht beibehalten. Angehörige, die Nähe und Geborgenheit geben, werden unterstützt. (vgl. 2020, S. 15) Auf diese Grundhaltung bezieht Student sich, indem er sagt, dass Soziale Arbeit ihren Auftrag und ihr Selbstverständnis in der Begleitung von sterbenden und trauernden Menschen sieht. (vgl. ebenda, S.20) Weiterhin stellt Student fest, dass „[a]ngesichts der Passgenauigkeit von Problemsituationen und sozialpädagogischen Auftrag [...] die schwache Beteiligung der Sozialen Arbeit im *deutschen* Hospizbereich mehr als erstaunlich [ist].“ (Student, 2020, S. 20)

Aufgrund der Erfahrungen der Autorin und ihrem Forschungsinteresse möchte sie darlegen, inwieweit Soziale Arbeit auf Palliativstationen in Sachsen eingebunden ist und welche Möglichkeiten und Grenzen sich für diese ergeben. Im Kapitel 2.1 stellt die Autorin die Geschichte der Hospizarbeit dar. Wann entstand die Hospizarbeit und wie fand Soziale Arbeit ihre Verortung darin. Vor allem aber, wie lange Soziale Arbeit bereits kämpft für einen Platz im Hospiz- und Palliativbereich. Von der Bewegung ausgehend kommt die Autorin zu den heutigen Grundgedanken von Palliativ Care und Hospiz in 2.2. Was sagt Palliativ Care aus und wer ist damit angesprochen? Um dann speziell im Kapitel 2.3 Palliativstationen vorzustellen mit dem Personal, das auf

Palliativstationen beschäftigt ist und welche Aufgaben es erfüllt. Dazu stellt die Autorin im Kapitel 2.4 die aktuelle Situation in Sachsen dar mit Hilfe der Hospizstudie 2017, ausgehend von dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.

Um den Bedarf von Soziale Arbeit im Hospizbereich aufzuzeigen, werden in dieser Arbeit im Kapitel 3.1 zunächst die Bedürfnisse von Sterbenden beschrieben. In 3.2 stellt die Autorin die Bedürfnisse der Angehörigen dar. Was braucht ein*e Sterbende*r auf seinem*ihrem letzten Weg und wie kann man den Angehörigen helfen, weiterhin eine gute Stütze für den*die Sterbende*n zu sein? Daran abgeleitet ergeben sich im Kapitel 4.1 die verschiedenen Aufgaben für Soziale Arbeit, die wiederum auch in 4.2 die Grenzen aufzeigen. Anhand der Begrenztheit von Soziale Arbeit lassen sich entsprechende Forderungen an Sozialarbeitende formulieren. Im Fazit fasst die Autorin die wichtigsten Ergebnisse, aber auch Forderungen an Wissenschaft und Praxis zusammen.

2. Stationäres Konzept - Palliativstationen

2.1 Geschichte der Hospizarbeit

Student sagt, dass der Ursprung der Hospizbewegung weit zurück in der Geschichte liegt, als Frauen mit ihren heilenden Künsten und Riten, die Menschen vor dem Tod bewahrten. Aus dieser Zeit stammen auch einige Ziele welche die Hospizarbeit heute noch verfolgt. Zum Beispiel kranke Menschen begleiten, bei ihnen zu sein und genau hinzusehen. (vgl. 2020, S. 136)

Die Hospizbewegung zeigt, „[...] wie Sterben und Trauern im Alltag integriert werden können und trägt aktiv dazu bei, dass die letzte Lebensphase für immer mehr Menschen zu einem in Würde gelebten Bestandteil des Lebens wird.“ (Mühlum, 2014, S.5)

In London wurde 1967 das St. Christopher Hospice von Cicely Saunders als erste Einrichtung dieser Art indem Sterbende, aber auch Angehörige einen Platz fanden, eröffnet. (vgl. Müller-Busch, 2021, S. 47) Durch ihren Mann der sterbenskrank war, überlegte sie sich, wie das Sterben menschenwürdiger und behüteter gestaltet werden kann und gründete diese Institution. (vgl. Student, 2020. S.138)

Müller-Busch schreibt, dass Hospitäler und Hospize die ersten Jahre nur Kranke und Verletzte behandelten und das Thema Sterben keine Rolle spielte. Erst nach und

nach wurde das Hospiz, als ein Ort für Sterbende, angesehen. 1973 entstand die erste moderne Palliativstation in Kanada, gegründet von Balfour Mount. Er verwendete in dem Zusammenhang auch zum ersten Mal den Begriff palliativ, um darauf hinzuweisen, dass es um ein umfassendes Betreuungskonzept bei Palliativ Care geht. Erst zehn Jahre später nimmt die erste deutsche Palliativstation an der Universität in Köln ihre Arbeit auf. 1986 eröffnet das erste stationäre Hospiz in Aachen. (vgl. 2021, S. 48ff)

Ende der 80er und Mitte der 90er Jahre entstanden immer mehr ambulante und ehrenamtliche Vereinigungen in Deutschland, die Sterbende auf ihrem Weg begleiteten. Diese sind vielerorts noch kirchlich angebunden. Student schreibt dazu, dass erst durch die positive Stellungnahme der Kirche 1991, die Hospizbewegung in Deutschland startete. Das Bewusstsein und die Haltung gegenüber kranken und sterbenden Menschen waren im Wandel. Student meint, dass immer deutlicher die Wünsche von sterbenskranken Menschen im Vordergrund standen. 1988 wurde dann in Deutschland die „Deutsche Hospizhilfe“ gegründet, die ihre Aufgabe darin sieht, Politik und Bevölkerung für das Thema Sterben zu sensibilisieren. Die bundesweite Dachorganisation „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz“, die sich um die Vertretungsaufgaben gegenüber Politik und Verbänden kümmert, wurde 1992 ins Leben berufen. In allen 16 Bundesländern gibt es seitdem eine Interessenvertretung für die Hospizarbeit. (vgl. 2020 S. 143ff)

An dieser Stelle macht die Autorin einen Exkurs in die Geschichte der Sozialarbeit in Krankenhäusern. Bereits in der Weimarer Republik und im Dritten Reich kämpfte Soziale Arbeit für einen Aufgabenbereich in Krankenhäusern. Krankenhäuser waren bis dahin eher geschlossene Räume. Gemeint ist damit, dass ausschließlich Ärzte*innen in dieser Institution arbeiteten. Bei dem Kampf um einen Aufgabenbereich für Soziale Arbeit spielten Finanzierungsaspekte, Qualifikationen und Ausbildungen genauso eine Rolle, wie sie es heute noch tun. Reinicke erwähnt die Bereitschaft der Frauen, wie zum Beispiel Anni Tüllmann, sich für das Anliegen der Sozialarbeiter*innen einzusetzen und Lösungsvorschläge vorzubringen. Dabei nennt er dies nachahmenswert, da er ermutigend findet, wie sich die Frauen damals für die Sozialarbeit eingesetzt haben. Den entscheidenden Durchbruch für den Sozialdienst in Krankenhäusern brachte allerdings erst Elsa Strauß 1912. Sie berichtete vom amerikanischen Sozialdienst und fand damit Anklang. Indem selben Jahr befanden sich Sozialdienste in ca. 40-50 Krankenhäusern. Damit wird sichtbar

wie lange Soziale Arbeit Professionalisierungsbemühungen ausgesetzt war und heute noch ist. (vgl. 2008, S. 25-36)

Aufgrund der Gründung des Vereins „Soziale Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité e.V.“ 1918, breitete sich Sozialarbeit in Krankenhäusern weiter aus. (vgl. Bartowski, 2012, S.18) Während des Nationalsozialismus nahm Sozialarbeit einen anderen Stellenwert an und Sozialarbeitende arbeiteten als Vertreter der Erb- und Rassenidee. (vgl. Reinicke, 2008, S. 49) Durch die Neugestaltung der Ausbildung für Sozialarbeiter*innen 1960/61 fanden sich zunehmend weniger Personal auf den Arbeitsplätzen in Krankenhäusern wieder. (vgl. ebenda, S. 100) Anfang der 1970er Jahre gab es neben den Diskussionen um die Ausbildung auch einige gesetzliche Veränderungen, die sich auf Soziale Arbeit auswirkten. Zudem wurde der klinische Bereich, durch zum Beispiel Sozialpsychiatrische Dienste erweitert. (vgl. ebenda 106ff) „Die Geschichte dieses Handlungsfeldes der Sozialarbeit zeigt, dass die Hilfen meistens die Menschen benötigen, die sich nicht aus eigener Kraft helfen konnten.“ (Reinicke, 2008, S. 139)

Ende der 1980er Jahre stellte der Christophorus Hospiz Verein, der sich 1985 in München gründete, die erste Sozialarbeiterin ein. Der Verein hatte das Ziel, Sozialarbeit und Pflege zu vereinen, um ein Betreuungsnetz für eine ambulante Hospizarbeit aufzubauen. (vgl. Raischl; Reigber 2021, S. 60f) 1994 und 1995 entstanden die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP und die Deutsche Hospiz Stiftung. (vgl. Student, 2020, S.147) Die DGP sieht sich als „[...] wissenschaftliche Fachgesellschaft für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Vernetzung [...]“. (DGP, o.J.) Dagegen versteht sich die Deutsche Hospiz Stiftung, die sich seit 2013 Deutsche Stiftung Patientenschutz nennt, als Schutzorganisation für Patienten vor „[...] Willkür und Kostendruck im Gesundheitswesen.“ (Deutsche Stiftung Patientenschutz, o.J.)

Erwähnenswert ist, dass bei den Rahmenvereinbarungen von 2001 zum SGB V §39a Abs.2, vor allem die Pflegekräfte Koordinationsstellen bekommen haben. Dagegen schaffte die Soziale Arbeit kaum eine professionelle Einbindung. (vgl. Raischl; Reigber, 2021, S. 62) Im Jahr 2010 gründeten sich die Deutsche Hospiz- und Palliativ Stiftung DHPS und die Deutsche Palliativ Stiftung DPS. (vgl. Student, 2020, S.147)

In demselben Jahr wird die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland publiziert. (vgl. Müller-Busch, 2021, S.54) Die Handlungsempfehlungen dazu zeigen einen besseren Pflege- und Betreuungsansatz (vgl. Dachs, 2016, S. 68) Ein Rechtsanspruch auf Palliativversorgung ist seit 2015 gegeben, in dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (vgl. Müller-Busch, 2021, S.54) Diese sind u.a. im SGB V und SGB XI verortet und liegen somit im Bereich von Soziale Arbeit. (vgl. Melching, 2021, S. 71f.) Die S3- Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung wurde im gleichen Jahr veröffentlicht und 2019 erweitert. (vgl. Müller-Busch, 2021, S.54)

Durch den demografischen Wandel verschiebt sich die Altersstruktur zugunsten der älteren Menschen. (vgl. ebenda, S.56) Das bedeutet, dass „[d]ie Betreuung alter und hochbetagter Menschen unter palliativen Aspekten [...] in den nächsten Jahren eine der größten Herausforderungen in der Medizin und im sozialen Miteinander [wird][...].“ (Müller-Busch, 2021, S.56) Dazu wurde der Umgang mit Sterben und Tod nochmal „neu“ gedacht und daraus ein Konzept entwickelt. Welche Gedanken und Aussagen es beinhaltet, erklärt die Autorin im nächsten Punkt.

2.2 Grundgedanken von Hospiz und Palliativ Care

„Mehr als der Gedanke an den Tod scheint den modernen Menschen die Angst vor dem Sterben zu bedrängen.“ (Student, 2020, S. 13)

„Zweifellos kann die letzte Wegstrecke bis zum Tode eine große Last, aber auch eine Erfüllung sein.“ (Student, 2020, S.13)

Diese Entscheidung, ob Last oder Erfüllung, hängt von den jeweiligen Umständen des*der Betroffenen ab. Diese sind laut Hospizbewegung positiv beeinflussbar, zum Beispiel durch soziale und psychische Begleitung.

Der Hospizgedanke, aber auch die Ansichten zu Sterben und Tod haben sich über die Jahrzehnte verändert, wie bereits im ersten Gliederungspunkt erläutert. Student sagt dazu, dass die Palliativmedizin heutzutage eine etablierte Säule im Gesundheitswesen in Deutschland ist. (vgl. 2020, S.13f) Was sagt der Hospizgedanke nun aus?

„Der *Kern des Hospizgedankens* ist es, das Sterben als natürliche Gegebenheit in das Leben einzubeziehen und in den Alltag zu integrieren. [...] Das Ziel der Hospizarbeit ist es, unheilbar kranke und sterbende Menschen darin zu unterstützen, die verbleibende Lebenszeit so beschwerdearm wie möglich und entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Fähigkeiten inhaltsvoll und sinnerfüllt gestalten zu können.“ (Müller, 2007, S.477, zit. n. Student, 2020, S.14)

Der Sterbeprozess sollte im häuslichen Umfeld stattfinden, kann aber auch wenn nötig in dafür vorgesehene Institutionen geschehen. Student sagt, dass die eigentliche Hospizarbeit aus der ambulanten Versorgung und der häuslichen Unterstützung besteht. (vgl. ebenda, S,14) „[...] – getreu dem Grundsatz ambulant vor stationär – [...].“ (Student, 2020 S. 143) Tatsächlich wird in Deutschland aber die stationäre Hospizarbeit vorteilhafter finanziert, als die ambulante Versorgung. (vgl. ebenda S.143)

Die Hospizbewegung bezieht sich auf eine hospizliche Grundhaltung. Diese zeigt sich, indem man Respekt gegenüber der Würde und Selbstbestimmung von Kranken und Sterbenden hat. Ebenfalls zur Grundhaltung gehört, dass man die Anliegen von den Betroffenen, als auch von den Angehörigen annimmt. Die ganzheitliche Sicht des Menschen steht im Vordergrund. Die Haltung brachte Cicely Saunders in dem Dokumentarfilm „Noch 16 Tage...“ im Jahr 1971 zum Ausdruck und setzte somit den Startschuss der Hospizbewegung. (vgl. ebenda, S. 14f)

Palliativ Care bedeutet den kranken Menschen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu sehen und zu beurteilen. Dazu benötigt es fachliche Interdisziplinarität aus den unterschiedlichsten Bereichen. (vgl. Müller-Busch, 2021, S.53ff) „Insofern ist der Teamgedanke, in dem Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Theologinnen und Theologen, Psychologinnen und Psychologen, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Menschen aus sozialen und künstlerischen Bereichen, Betroffene, Angehörige und Ehrenamtliche miteinander um das Wohl des Betroffenen ringen, eine der tragenden Säulen von Palliativ Care, die multiprofessionelle Identität und die Bereitschaft zur Teamarbeit beinhaltet.“ (Müller-Busch, 2021, S.53) Eine genaue allgemein konsentierete Definition von Palliativ Care gibt es noch nicht, sagt Müller-Busch. (vgl. ebenda, S.51)

Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bezieht sich in ihrer Satzung auf die Definition der WHO zu Palliativ Care. „Palliativmedizin / Palliativ Care ist [...] ein

Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Satzung, 2018, S.3)

Palliativ Care beschäftigt sich mit den professionellen Aufgaben der Sterbebegleitung, wohingegen die Hospizbewegung sich mehr als Idee und Engagement für ein würdevolles Sterben versteht. (vgl. Müller-Busch, 2021, S.51)

Mühlum schreibt dazu, dass Palliativ Care ein Ansatz ist, der die kurative Medizin ergänzt, wobei sich die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen auf die Symptom- und Schmerzlinderungen beziehen. Die Versorgung Sterbender spaltet sich zum einen in ambulante Konzepte, wie die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) Zum anderen finden sich in stationären Einrichtungen, eigene Palliativstationen zur Versorgung von schwerstkranken Patienten*innen. (vgl. 2014, S.8)

Doch wo findet Soziale Arbeit im Konzept Palliativ Care ihren Platz? Die Autorin führt die verschiedenen Ansichten der Literatur an dieser Stelle zusammen.

„Angesichts der *Singularisierung* der Gesellschaft und der *Erosion des Sozialen* sind beim Thema Sterben zunehmend auch der Sozialstaat und die Sozialarbeit gefordert. [...] Da die letzte Lebensphase jedoch immer häufiger in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens verbracht wird, also direkt im sozialstaatlichen Aktionsraum, ist die Gesellschaft herausgefordert, [...]“ (Mühlum, 2014, S.3) Sterben und Tod werden dann zur gesellschaftlichen Aufgabe, wenn Familie und Verwandtschaft es allein nicht mehr bewältigen können. Mühlum schreibt von einer Institutionalisierung des Sterbens.

Den Gedanken an den Tod zu verdrängen, indem man ihn nicht wahr haben will, oder die Verantwortung an Institutionen abzugeben, steigert die Unsicherheit und Angst vor diesem. Deshalb meint Mühlum, dass sich die Frage nach Begleitung und Unterstützung nur noch dringlicher stellt. (vgl. ebenda, S. 3f) Schwierigkeiten in der Lebensführung, der Lebensbewältigung und der sozialen Integration sind Arbeitsfelder von Soziale Arbeit und bedeuten somit einen gesellschaftlichen Auftrag für diese. (vgl. Student, 2020, S. 152)

Zu den Ängsten und Sorgen von Sterbenden, in Bezug auf die sozialen Absicherungen, formulieren Schneider-Eicke und Wagner den Auftrag von Soziale Arbeit.

„Ein maßgeblicher Auftrag, [...], ist die Förderung und Wiederherstellung von sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe [...].“ (Schneider-Eicke; Wagner, 2021, S.144)

Sozialarbeit beschränkt sich nicht nur auf Administration und Sozialrecht in der Palliativversorgung, sondern kümmert sich ebenso um die Bedürfnisse von sterbenden und trauernden Menschen. In der Beratung und Begleitung der Betroffenen kann die Soziale Arbeit von der biopsychosozialen Perspektive profitieren. Mit ihrer generalistisch-systemischen Orientierung und ihrer Kompetenzen kann die Soziale Arbeit vielfältige Aufgaben der Hospizbewegung erfüllen. (vgl. Mühlum, 2014, S. 15) Mühlum meint, dass bereits viele Aufgaben von Palliativ Care zum Feld der Sozialen Arbeit gehören, dennoch beinhaltet das Spektrum von Palliativversorgung weitere spezielle Anforderungen. Fort- und Weiterbildungen, Fallbesprechungen und Supervisionen sollten Sozialarbeiter*innen in ihrer Arbeit absolvieren. (vgl. ebenda, S.15)

Student sagt dagegen, dass Sozialarbeiter*innen bereits fast alle Kompetenzen in der Ausbildung gelernt bekommen. (vgl. 2020, S.151) „Die erforderliche Grundorientierung [...] beginnt bei der Motivation und Entscheidung für den helfenden Beruf, erstreckt sich auf das Selbstverständnis der Profession als Ganzes, gilt generalisiert für Berufswissen, -können und -haltung und wird im Hinblick auf die spezifischen Kompetenzen einer methodenbewussten Sozialarbeit im Detail bestätigt.“ (Student, 2020, S.151)

Mühlum zeigt die Wichtigkeit und Begrenztheit von Soziale Arbeit im Hospizbereich auf. Er sagt, dass die Soziale Arbeit Kompetenzen hat, allerdings keine Expertin ist, dass sie ihre Nützlichkeit der Angebote kennt und trotzdem die Entscheidung an den Klienten weitergibt, dass sie sich auf eine Beziehung einlässt und dennoch Distanz wahren soll. (vgl. 2014, S.16) Student sieht diese Kompetenzen nicht als Begrenztheit. Er sieht, die Entscheidungen an den Klienten weiterzugeben, eher als Hilfe zur Selbsthilfe an und findet, dass eine Balance von Nähe und Distanz dazu gehört. (vgl. 2020, S. 152)

„Und dennoch ist sie mit ihrer sozialberuflichen Kompetenz zur Bewältigung von Lebenskrisen und mit ihrer Expertise für prekäre soziale Verhältnisse gerade in den

multi-professionellen Hospiz- und Palliativteams unverzichtbar [...]“ (Mühlum, 2014, S.16) Nach Mühlum ist die Soziale Arbeit durchaus anschlussfähig, allerdings müsste sie dies auch für sich erkennen und publizieren. (vgl. ebenda, S.16) Auch Student sieht eine gute Eignung für berufliche Sozialarbeit (vgl. 2020, S. 149)

Wasner bezieht sich auf die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, die bei der Personalbesetzung auf Palliativstationen auf zwei weitere Berufsgruppen außer der Pflege verweisen. Welche diese genau sind, wird darin allerdings nicht erwähnt. In den Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den deutschen Wohlfahrtsverbänden zur stationären Versorgung werden Sozialarbeiter*innen explizit benannt. Sowohl in der ambulanten Versorgung, als auch bei der stationären gibt es keine Vorgaben, welche besagen, dass Soziale Arbeit in der Hospiztätigkeit zwingend notwendig ist. Erst 2012 wurden von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin fachliche und persönliche Voraussetzungen für die Soziale Arbeit veröffentlicht. (vgl. 2021, 68f)

In Deutschland bezieht sich die Palliativversorgung auf das Drei-Säulen-Modell. Die erste Säule sind stationäre Hospize. Die zweite Säule stellt das zentrale Ziel von Palliativ Care dar, die Begleitung der Sterbenden zu Hause. Vorwiegend stützt sich Deutschland allerdings auf die dritte Säule, die Palliativstationen. (vgl. Müller-Busch, 2021, S. 55)

Die Autorin bezieht sich weiterhin in ihrer Arbeit auf die dritte Säule, die stationäre Versorgung.

2.3 Leistungen einer Palliativstation

Um die Bedeutung der Sozialen Arbeit auf einer Palliativstation aufzuzeigen, benötigt es einen Überblick über die vorherrschenden Strukturen in Palliativstationen. Herbert E. Colla erklärt was man unter einer Palliativstation versteht.

„Palliativstationen sind an Fachabteilungen eines Krankenhauses (z.B. Anästhesie, Innere Medizin, Onkologie, Chirurgie) angebundene oder integrierte Stationen. [...] Die Zielsetzung einer Palliativstation liegt in einer möglichst raschen Schmerz- und Symptomlinderung und einer baldmöglichen Entlassung des Patienten [...]“ (Colla, 2018, S. 1769)

„[...] Ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten und Ärztinnen, Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen, Physiotherapeuten, Seelsorgerinnen sowie Musik- und Kunsttherapeuten [behandeln die belastenden Symptome] [...].“ (Student, 2020, S.90) Darüber hinaus beschäftigen sie sich mit der Koordination und der Verbesserung der Versorgung zu Hause. (vgl. Student, 2020, S.90)

Lacour-Krause schreibt, dass Sozialarbeiter*innen nicht nur für die Weiterversorgung verantwortlich sind, sondern auch während des Aufenthalts für die psychosoziale Betreuung der Patienten*innen und deren Angehörigen. Dafür benötigt es das Zusammenspiel der unterschiedlichen Berufsgruppen. (vgl. 2021, S.120) Steinberger meint, dass dieses Zusammenspiel dazu führt, dass der kranke Mensch sich dadurch geborgen fühlt. (vgl. 2021, S. 116)

Laut Bartkowski unterscheidet man die strukturelle Einbindung von Sozialarbeiter*innen auf Palliativstationen, in einen festen Bestandteil im multiprofessionellen Team und in externe Dienstleister. Der externe Dienstleister stellt den Sozialdienst des Krankenhauses dar. (vgl. 2012, S. 4) Ein Sozialdienst wird für die Palliativversorgung in Sachsen genutzt, wie die Autorin im nächsten Punkt aufzeigt.

2.4 Palliativversorgung in Sachsen

Anhand der Hospizstudie 2017 wird die aktuelle Versorgung auf Palliativstationen in Sachsen aufgezeigt.

Dazu sagt das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, dass Sachsen 2017 30 Palliativstationen hat, die über 243 Betten verfügen. Das Ziel der Palliativstationen ist die Rückkehr in andere Versorgungsformen, zum Beispiel die Häuslichkeit. Dennoch verstarben 2017 1329 Menschen auf Palliativstationen. Dies sind 2,4 % aller Verstorbenen in Sachsen. (vgl. 2018, S.50f.)

Im deutschlandweiten Vergleich verfügt Sachsen über ein überdurchschnittlich hohes Angebot an Palliativstationen. (vgl. ebenda, S. 110) Für eine umfassende Darstellung ließen die Autoren*innen Experteninterviews in die Studie mit einfließen. (vgl. ebenda, S. 125) Sechs von 30 Palliativstationen gaben Auskunft über die Personalausstattung. Als hauptamtliche Mitarbeiter sind unterschiedliche Professionen aufgeführt, u.a. auch Sozialarbeiter*innen.

Kooperationspartner von sieben Palliativstationen sind stationäre und ambulante Hospize, SAPV-Teams (spezialisierte ambulante Palliativversorgung), stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und verschiedene Fach- und Hausärzte*innen.

Zudem gaben sechs der befragten Palliativstationen an, dass eine Station eigene Trauerangebote aufweist, zwei Stationen eigene Angebote, als auch von anderen Diensten Angebote anbieten und drei Stationen Trauerbegleitung an andere Dienste koordinieren. Ambulante Hospizdienste und Seelsorger*innen übernehmen die Trauerbegleitung. (vgl. ebenda, S. 138ff) Dies zeigt auch der Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., indem er die Trauerbegleitung nicht als eine Aufgabe vom Palliativdienst auf Palliativstationen benennt. (vgl. 2021, S. 41)

Als Handlungserfordernis sieht das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz die palliativen Kompetenzen auf einer Station. Dazu sagt es, dass „[...] stationäre Einrichtungen und Pflegedienste, die eine Mindestanzahl an Sterbenden versorgen, das Vorhalten mindestens einer in Palliativ Care weitergebildeten Fachkraft vorsehen, die als Multiplikator die palliative Haltung und Kompetenz an Kollegen vermittelt.“ (SMS, 2018, S.148) Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin-Sektion Soziale Arbeit gibt in ihrer Rahmenempfehlung zur Einrichtung von Stellen auf Palliativstationen an, dass auf einer Palliativstation, die 12 Betten besitzt, ein*e Sozialarbeiter*in als Vollzeitkraft einzusetzen ist. Diese Fachkraft darf keiner anderen Station zugewiesen werden. (vgl. 2019, S.3)

In Sachsen sind Palliativdienste auf Palliativstationen tätig, deren Auswirkungen und Bedarfe noch nicht abgeschätzt werden können, da diese Dienste noch im Aufbau sind. 26 Palliativdienste sind in Krankenhäusern tätig, von denen acht die Aufgabe der Beratung übernehmen. Sie bestehen u.a. aus Psychologen und Psychologinnen, Physiotherapeuten*innen und Sozialarbeiter*innen. Die Aufgaben der Sozialarbeitenden bestehen darin, die Patienten*innen „[...] bei belastenden körperlichen Krankheitsbeschwerden oder psychosozialen Belastungen [zu] unterstützen und [zu] beraten [...].“ (Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., 2021, S. 41)

Unter anderem definiert der Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. folgende Aufgaben für Sozialarbeiter*innen. Sozialarbeitende können „[...] bei der Erstellung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, bei der Auseinandersetzung mit einer unheilbaren Erkrankung, bei der

Entscheidungsfindung zu Therapiezielen [...]“ (Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V., 2021, S. 41) und der Vermittlung von Institutionen nach dem Entlassen des*der Patienten*in unterstützend wirken. (vgl. ebenda, S. 39f)

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz weist hier darauf hin, dass das Organisieren einer Weiterversorgung nach dem Entlassen des*der Patienten*in, Verbesserungen benötigt. Da keine ambulante Weiterversorgung durch ein SAPV-Team veranlasst wird. (vgl. 2018, S. 156f) Was wiederum der Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. als eine konkrete Aufgabe von Sozialarbeiter*innen sieht.

Die verschiedenen Institutionen beschreiben bereits einige Aufgaben von Sozialarbeitenden auf einer Palliativstation. Um die Bedeutung und die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit im palliativen Bereich aufzuzeigen, erläutert die Autorin im nächsten Punkt die Sichtweise des*der Sterbenden.

3. Strukturbezogene Merkmale

3.1 Bedürfnisse von sterbenden Menschen

Wenn ein Mensch gesagt bekommt, dass er*sie nur noch wenige Monate, Wochen oder sogar Tage zu leben hat, reagiert er*sie meist mit Abwehr und Nicht-wahrhaben-wollen. Es dauert eine gewisse Zeit bis er*sie sein*ihr Schicksal annehmen und für sich entscheiden kann, wo er*sie die letzte verbleibende Zeit verbringen möchte. Oft wird der Ort genannt, an dem der*die Sterbende zu Hause ist. Nur wenige Personen können ihren letzten Weg in ihrem zu Hause verbringen. Oft werden sie von Ärzten*innen, aufgrund von Verschlechterungen des Zustands, an eine Klinik und somit auf Palliativstationen überwiesen. Umso wichtiger ist es den Wünschen des*der Sterbenden nachzukommen. (vgl. Student, 2020, S. 49)

„Menschen äußern auf dem Weg des Gehens, wenn sie sich geborgen und sicher fühlen, ihre Wünsche und Bedürfnisse.“ (Wehner, 2014, S. 8) Wenn die unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse ausreichend berücksichtigt werden, können die Sterbenden zufrieden und ruhig loslassen. (vgl. ebenda, S.8)

Wehner spricht in der Begleitung der Sterbenden von den Bedürfnisseebenen nach Maslow. Die Ebenen bauen aufeinander auf und verlaufen nach einer bestimmten Reihenfolge. Zuerst kommt die Ebene der „Grundbedürfnisse / körperliche Bedürfnisse.“ (Wehner, 2014, S.9) Es geht vorrangig um Schmerzfreiheit, aber auch

zum Beispiel um Ruhe und Schlaf für den*die Betroffene*n. Auf der zweiten Ebene folgt das „Sicherheits- und Schutzbedürfnis“ (Wehner, 2014, S.9), wobei es um Geborgenheit und Vertrautheit geht. Sind diese Bedürfnisse erfüllt, folgt die Ebene der „sozialen, emotionalen, physisch–seelischen Bedürfnissen“. (Wehner, 2014, S.9) Der*die Sterbende wünscht sich das Gefühl, nicht allein gelassen zu werden. Er*Sie verspürt den Wunsch nach Nähe und Liebe. „Ich- Bedürfnisse“ (Wehner, 2014, S.9) stellen die vierte Ebene dar. Die Anerkennung als Person mit seinem*ihrem Werdegang und der Rückblick auf das Leben stehen hier als Bedürfnisse im Vordergrund. Die vorletzte Ebene beschäftigt sich mit Selbstwirksamkeit. Der*die Sterbende möchte selbst bestimmen, wer vor Ort ist und wie das Sterben stattfinden soll. Sind alle Bedürfnisse erfüllt, folgt die letzte Ebene „Spirituelle Bedürfnisse“. (Wehner, 2014, S.9) Der*die Betroffene wünscht sich zum Beispiel ein Gebet.

Wehner sieht die Bedürfnisebenen nach Maslow kritisch, indem sie sagt, dass sie in der Praxis auch andere Strukturen und Wege der Ebenen erlebt hat. Ebenso werden die persönliche Geschichte, sowie die Kultur und das soziale Umfeld des*der Sterbenden außer Acht gelassen. (vgl. 2014, S. 9f) Dazu schreibt Wagner, dass Lebens-, -situationen und -entwürfe, sowohl auch biografische Elemente die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden beeinflussen und für jeden individuell gestalten. (vgl. 2021, S.82) „Auch das Krankheitsbild und der Krankheitsverlauf beeinflussen die psychische und soziale Situation maßgeblich.“ (Wagner, 2021, S.82)

Daraus resultierend spricht Wagner nicht von Bedürfnissen von Sterbenden, sondern von Verlusten, mit denen Sterbende konfrontiert werden. Sie nennt den „Verlust der eigenen Zukunft“, (Wagner, 2021, S.82) wobei die Betroffenen auf ihr Leben wehmütig zurückblicken. Ihre Aufgaben und Rollen, die sie im Arbeitsleben oder/und in der Familie haben, verändern sich mit der Krankheit. Dies nennt Wagner „Verlust sozialer Rollen“. (Wagner, 2021, S.83) Die Menschen könnten zunehmend Angst vor finanziellen Einbußen und der Inanspruchnahme von Hilfesystemen haben. Der „Verlust der sozialen Sicherung“ (Wagner, 2021, S.83). Für Betroffene, bei denen allmählich körperliche Funktionen nachlassen, wächst die Sorge um die eigene Autonomie. Ein weiterer Verlust in ihrer Selbstwirksamkeit. Wagner erwähnt weiterhin die Wünsche von Patienten*innen nach Mitgestaltung der letzten Lebenszeit, Verabschiedung von Angehörigen und Regelungen von einem Vermächtnis. (vgl. 2021, S.82fff)

Wiederum lassen sich aus den verschiedenen Bedürfnissen Rechte von Sterbenden ableiten. Kessler formulierte diese 1997 wie folgt: „Das Recht...

- als lebender Mensch behandelt zu werden und sich ein Gefühl der Hoffnung zu bewahren – wie subjektiv dies auch sein mag,
- Gedanken und Gefühle zum Thema Tod auf eigene Weise zum Ausdruck zu bringen,
- an allen die eigene Pflege betreffende Entscheidungen teilzuhaben,
- von mitfühlenden, sensiblen und kompetenten Menschen gepflegt zu werden, die sich bemühen, die Bedürfnisse des Kranken zu verstehen,
- den Prozess des Todes zu verstehen und auf alle Fragen ehrliche und vollständige Antworten zu erhalten
- zu sterben,
- Trost in geistigen Dingen zu suchen,
- körperlich schmerzfrei zu sein,
- der Kinder, am Tod teilzuhaben,
- friedlich und in Würde zu sterben,
- nicht einsam zu sterben,
- die Unantastbarkeit des Körpers posthum respektiert zu wissen.“ (Kessler, 1997, S.7)

„Auch die Betreuerteams in Kliniken [...] müssen immer wieder sensibel darauf achten, was die tatsächlichen Wünsche des Patienten sind.“ (Wagner, 2021, S.82)

Anhand der vielen psychosozialen Bedürfnissen und Belastungen wird deutlich, dass die Betreuung von Sterbenden ein hoher Aufwand für die Teams auf den Stationen ist. Weiterhin meint Wagner, dass Soziale Arbeit psychosoziale Aspekte und Perspektiven in ein Team einbringt und zu einer gelungenen Begleitung eines*einer Palliativpatienten*in beitragen kann. (vgl. ebenda, S.85)

3.2 Bedürfnisse der Angehörigen

„Zur Gruppe der Angehörigen oder Zugehörigen zählen neben der unmittelbaren Familie wie Partner, Eltern, Kinder und Geschwister auch weitere Verwandte, beispielsweise Tanten oder Cousinen und der Freundes- und Bekanntenkreis.“ (Brandstätter, 2021, S.88)

Auch die Angehörigen haben Bedürfnisse, die Wehner in ihrem Buch „Empathische Trauerarbeit“ beschreibt. Die Autorin benennt nur Aspekte aus dem Buch. Die Angehörigen haben den Wunsch nach Hilfe und Unterstützung, sie wollen wahrgenommen und wertgeschätzt werden. Sie wollen getröstet und bei verschiedenen Behördenwegen begleitet werden. (vgl. Wehner, 2014, S.48)

Nau meint dazu, dass die Angehörigen sich in einem emotionalen Ausnahmezustand befinden. Unterschiedliche Gefühle, wie Schuld, Trauer, Angst oder Wut treffen aufeinander. Das kann bei Zugehörigen schnell zur Belastung führen. Soziale Arbeit soll hier vorbeugend wirken, indem die Bedürfnisse vom Angehörigen befriedigt, Möglichkeiten zur Betreuung des*der Kranken gesucht und die Angehörigen an Selbsthilfegruppen angegliedert werden. (vgl. 2018, S. 60f.)

Dagegen spricht Brandstätter davon, dass die Betreuung eines erkrankten Angehörigen auch positiv bewertet werden kann. Zum Beispiel indem der eigene Lebenssinn des*der Angehörigen durch die Pflege des Kranken gestärkt wird. Ob der*die Angehörige die Situation als Stärkung oder Ausnahmezustand, wie Nau sagt, sieht, hängt von individuellen Risikofaktoren, Ressourcen und Unterstützungssystemen im privaten und professionellen Umfeld ab. (vgl. 2021, S. 92) Brandstätter bezieht sich auf verschiedene Umfragen und kommt zu dem Ergebnis, dass Angehörige weitestgehend zufrieden sind mit der Betreuung von sterbenden Menschen, jedoch in zwei Bereichen noch Handlungsbedarf sehen. Zum einen bei der Pflegebegleitung der*die Sterbenden, speziell der Umgang mit Symptomen, und zum anderen Informationen über die verschiedenen Unterstützungssysteme für Angehörige, sowohl finanzielle als auch soziale.

Unterstützend, bei den verschiedenen Angeboten, kann hier Soziale Arbeit wirken. Sozialarbeitende können zum Beispiel zu den Themen Finanzen, Pflegehilfsmittel und Unterstützungsangebote informieren und so einen Erstkontakt zu der Zielgruppe herstellen. Entsteht eine Bereitschaft seitens der Angehörigen, kann der/die Sozialarbeiter*in auf die Bedürfnisse der Zugehörigen eingehen und Probleme, wie

Selbstfürsorge und /oder Ängste ansprechen und Hilfeangebote stellen. (vgl. ebenda, S.92fff)

Wie Sozialarbeitende dem*der Sterbenden, als auch den Angehörigen helfen und unterstützen können, führt die Autorin im nächsten Punkt auf.

4. Soziale Arbeit in Palliativ Care

4.1 Aufgaben der Sozialen Arbeit

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin-Sektion Soziale Arbeit (DGP) veröffentlichte 2019 eine Empfehlung für eine Muster-Stellenbeschreibung von Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung. Darin formulierte die DGP die Aufgaben der Sozialarbeitenden. Das volle Spektrum der Kernaufgaben von Sozialarbeiter*innen aufzuzeigen würde hier zu weit führen, deshalb benennt die Autorin nur Aspekte.

„- Erhebung von Sozialanamnesen / Sozialdiagnosen zur Erkennung von Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten und Zugehörigen, mit Berücksichtigung besonderer Lebenslagen, z.B. Migration, Obdachlosigkeit, Suchterkrankung [...]

- Mitwirkung bei der Einleitung von Maßnahmen nach dem Betreuungsrecht
- Sicherstellung einer Kommunikation, die es Patienten/ -innen und Zugehörigen ermöglicht, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern
- Vermittlung und Moderation bei Kommunikationsstörungen sowie kultursensiblen Themen
- Gewinnung, Qualifikation, Einsatzkoordination und Begleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen
- Unterstützung bei der Verarbeitung von Verlusterfahrungen und Trauerprozessen
- Ermittlung des Hilfebedarfs der Zugehörigen nach dem Tod und Unterstützung bei der Klärung sozialrechtlicher Fragen bzw. Suche nach Entlastungsangeboten
- Mitwirkung bei der Entwicklung und Durchführung von Abschiedsritualen [...]
- Organisation von Aufnahmeverfahren im stationären Hospiz

- Übernahme von Koordinationsaufgaben zwischen allen Mitwirkenden am Hilfeprozess“ (DGP Sektion Soziale Arbeit, 2019, S.2f)

Hier wird sichtbar, welche vielfältigen Aufgaben die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin-Sektion Soziale Arbeit der Stelle eines*r Sozialarbeiters*in zugeschrieben wird, aber auch, dass es sich nur um eine Empfehlung handelt und nicht um eine eindeutige Vorgabe, die es gilt einzuhalten.

Student schreibt über die administrativen und organisatorischen Aufgaben der Sozialarbeiter*innen. Er sagt, dass „[...] für Aufbau- und Ablauforganisation, Kosten- und Überleitungsfragen, Sozialrecht, Fundraising und jegliche Art von Behördenkontakt [sei Soziale Arbeit] fast unverzichtbar.“. (Student, 2020, S.152) Er beschreibt die psychosozialen Kompetenzen, wie Gesprächsführung oder Erschließung von Ressourcen, die in der Profession von Sozialarbeiter*innen enthalten sind. Student meint, dass Soziale Arbeit die anderen Berufsgruppen, die auf einer Palliativstation tätig sind, hervorragend ergänzen kann. (vgl. ebenda S. 152f)

Die Autorin wird in den nächsten Abschnitten auf zentrale Aufgaben von Soziale Arbeit in Palliativ Care eingehen, die Wasner und Pankofer in ihrem Werk „Soziale Arbeit in Palliativ Care“ zusammengetragen haben. (vgl. Wasner; Pankofer, 2021)

Die psychosoziale Anamnese beschreibt Fischer als erste Aufgabe der Sozialen Arbeit. Dabei werden nicht nur Patientendaten, sondern auch soziale Beziehungen, Familiensituationen, Beruf, Wohnumgebung und die aktuelle Situation aufgearbeitet. Dazu nennt und beschreibt sie zwei Methoden, die die Soziale Arbeit in ihrem Kontext entwickelt hat. Zum einen das Genogramm, welches einen Überblick über das Familiensystem liefert und zum anderen die Biografiearbeit. Die Biografie stellt neben den Fakten des Lebenslaufs, auch subjektive Bedeutungen des*der Einzelnen zu den Fakten dar. Wichtige Ereignisse werden mit eigenen Gefühlen, Erinnerungen und Gedanken verbunden. Zusammen mit den Sozialarbeitenden findet eine Auseinandersetzung mit der Vergangenheit statt, um Wünsche für die weitere Zukunft zu planen und/oder zur Vorbereitung auf das Ende. Für eine gelingende Anamnese braucht es laut Fischer, den richtigen Moment. Die Vorteile einer psychosozialen Anamnese beschreibt sie folgendermaßen. Durch die systematischen Erhebungen kann Unerledigtes dem*der Sterbenden bewusst gemacht werden und somit der letzte Wille erfüllt werden. Sind Dinge unerledigt,

kann ein Abschiednehmen oft nicht stattfinden. Zudem werden Ressourcen von Sterbenden als auch der Familie sichtbar. Diese Ressourcen kann der*die Sozialarbeiter*in bei der Trauerbewältigung wieder aufgreifen. Fischer findet schlussendlich das noch weitere Konzepte für Sozialarbeitende zur psychosozialen Anamnese, explizit für den Bereich Palliativ Care, entwickelt werden sollten. (vgl. 2021, S.138-143)

„Gedanken um die Absicherung des Einkommens und Gedanken um eine ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung bis zuletzt münden meist in den Fragen, welche Angebote es überhaupt gibt, wer zu diesen vermittelt, wer die Versorgung organisiert und wie all das finanziert werden kann.“ (Schneider-Eicke; Wagner, 2021, S. 144) Schneider-Eicke und Wagner sehen Sozialarbeitende mit sozialrechtlicher Beratung und Informationsweitergabe, als die Ansprechpartner von Sterbenden mit ihren Angehörigen. Soziale Arbeit verfügt über Kenntnisse im Sozialleistungsrecht, die im SGB geregelt sind. Schneider-Eicke und Wagner schreiben dazu, dass ein*e Sozialarbeiter*in nicht jedes Gesetz ausführlich kennen muss, jedoch sollten grundlegende Kenntnisse vorhanden sein, um den Leistungsanspruch zu erkennen und Kontakte zu vermitteln. Durch die „[...] Ausdifferenzierung, Segmentierung und Fragmentierung in diverse Zuständigkeiten der Leistungsträger [...]“ (Schneider-Eicke; Wagner, 2021, S.144) ist es schwer als Laie einen Zugang zu diesen zu erhalten. Es benötigt eine Fachkraft, die diese Verbindung für den kranken und sterbenden Menschen herstellt. Auch hier verweist Schneider-Eicke und Wagner auf das spezielle Setting in dem sich die Hilfesuchenden Menschen befinden. Für einen Menschen, der kurz vor dem Tod steht, macht es demnach wenig Sinn einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen. Das bedeutet, dass der*die Sozialarbeiter*in differenziert auf die Lebenssituationen der Menschen schauen muss. Wäre der Großvater der Autorin in die Häuslichkeit entlassen wurden, hätte der*die Sozialarbeiter*in zum Beispiel eine Freistellung von der Arbeit für pflegende Angehörige nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz beantragen können.

Doch bevor Soziale Arbeit beraten und informieren kann, bedarf es des Willens und der Akzeptanz des*der Kranken, diese Hilfe anzunehmen. Dabei sollte das Motto: Hilfe zur Selbsthilfe eine große Rolle spielen. Denn Schneider-Eicke und Wagner beschreiben diese Selbstwirksamkeit, zum Beispiel einen Antrag selbstständig auszufüllen, als ein ermutigendes Gefühl auf dem letzten Weg.

„In den letzten Jahren werden viele Leistungsträger kritisiert, sie würden den Menschen Leistungen vorenthalten.“ (Schneider-Eicke; Wagner, 2021, S.152) Schneider-Eicke und Wagner fordern Sozialarbeiter*innen auf, sich politisch zu beteiligen, für die Teilhabe an Ausgestaltungen und Umsetzungen von Leistungsinhalten. Sie sehen eine standardmäßige Beteiligung von Soziale Arbeit in Palliativ Care. (vgl. 2021, S. 143-152)

Ein Aspekt der Sozialen Arbeit beinhaltet die psychosoziale Begleitung von Kranken und deren Angehörigen. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der Sterbenden, als auch denen des sozialen Umfelds. (siehe Kapitel 3) Dabei ist es wichtig, dass Sozialarbeiter*innen allparteilich sind und nie den*die Betroffene*n losgelöst von seinem*ihrem sozialen Umfeld betrachten. In der Palliativversorgung ist bei der Kommunikation mit der*dem Betroffenen zu beachten, dass der kranke Mensch, gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten zunehmend verliert und es somit zu einer Herabwürdigung seines*ihres Selbst kommen kann. Forster verweist auf die nährende, funktionierende Familienkommunikation nach Satir, die aussagt, dass bisherige Kommunikationsregeln „[...] flexibel, menschlich, angemessen und veränderbar [sein sollen]“. (Forster, 2021, S. 157) Für eine gelingende psychosoziale Begleitung beschreibt Forster drei Ebenen, auf denen ein Erstkontakt mit Betroffenen stattfinden soll. Die sachliche Ebene, wobei es um reine Fakten geht, die emotionale Ebene, auf der dem/der Anrufer*in gegenüber mit Verständnis reagiert wird. Auf der Appellebene wird die Notsituation versucht aufzulösen. Das Eingehen auf die verschiedenen Ebenen wirkt regulierend und vermittelt Sicherheit für den*die Betroffene*n. Auch hier verweist Forster wieder auf das Sich-Zeit-Nehmen, um eine Wertschätzung und Würdigung dem*der Betroffenen entgegen zu bringen. (vgl. 2021, S.153-160)

Dass die spirituelle Begleitung ein wichtiger Bestandteil von Palliativ Care ist, kann man in vielen Lehrbüchern zu Palliativ Care nachlesen, doch die Literatur ist sich uneinig, was mit dem Begriff Spiritualität gemeint ist. Dies schreibt Roser und benennt ein weiteres Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit. Er definiert den Begriff Spiritualität aus unterschiedlichsten Sichtweisen und kommt zum Entschluss, dass Spiritualität in Palliativ Care „[...] genau – und ausschließlich- das [ist], was der Patient dafür hält [...]“. (Roser, 2021, S. 165) Wie bereits erwähnt, spricht auch Wehner bei den Bedürfnisebenen von Maslow, von der letzten Ebene der spirituellen Bedürfnisse Sterbender. Und gibt damit einen Hinweis auf die Wichtigkeit der

Thematik. (vgl. 2014, S. 10) Auch Mühlum hebt die existenzielle Auseinandersetzung mit Spiritualität hervor. (vgl. 2014, S.2f) Roser meint, Sozialarbeiter*innen müssen sich mit Spiritualität beschäftigen. Zum einen mit ihrer eigenen (Reflexion) und zum anderen mit Fachwissen über die Thematik an sich. Das Thema sollte ein Teil der Ausbildung für Sozialarbeiter*innen sein, um dem*der Sterbenden entsprechende Methoden für einen spirituellen Weg offen zu legen, um ihn*sie dann auf diesem Weg zu begleiten. Die spirituelle Begleitung soll dem*der Sterbenden helfen seine*ihre schwere Krankheit besser zu bewältigen und Sozialarbeiter*innen können dadurch Ressourcen des*der Betroffenen erkennen. „[...] [E]ine Steigerung der Arbeitszufriedenheit, Burn-out-Prophylaxe und Reduktion von arbeitsbedingtem Stress [...]“ (Roser, 2021, S. 165) sind positive Aspekte für Sozialarbeiter*innen bei der Arbeit mit Spiritualität. (vgl. 2021, S.160-165)

Eine weitere wichtige Aufgabe in der Palliativsituation ist die Unterstützung des*der Sterbenden bei der Sinnfindung. Fegg schreibt, dass es nicht nur eine Aufgabe der Sozialen Arbeit sei, sondern vielmehr ein Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen. Dass die Sinnfindung wichtig für den*die Palliativpatienten*in ist, zeigt Fegg auf, indem sie von einer Untersuchung an Krebspatienten*innen schreibt. Dabei wird deutlich, dass Patienten*innen, die einen Lebenssinn haben, ihre körperlichen Symptome besser ertragen können. Eine einheitliche Definition von Lebenssinn findet Fegg nicht. Dagegen beschreibt sie Methoden zur patienten*innenzentrierten Erfassung von dem Sinn des Lebens. Diese Methoden sollten Sozialarbeiter*innen nutzen bei der Unterstützung und Begleitung der*die Sterbenden und Angehörigen. Wie zum Beispiel ein ideografisches Instrument (SMiLE), um Personen über ihren Lebenssinn zu befragen und diese dann quantitativ auszuwerten. (vgl. 2021, S. 166-170)

Die bereits erläuterten Aufgaben von Sozialer Arbeit zielen eher auf das Wohlergehen des sterbenden Menschen ab. Die Hilfestellung bei ethischen Fragestellungen spricht dagegen die Angehörigen des*der Sterbenden an. Wenn die kranken Menschen nicht mehr für sich selbst sprechen können, treten oftmals die Angehörigen an ihre Stelle und müssen eine Behandlungsentscheidung treffen. Ulla Wohlleben benennt die Sensibilisierung von Sozialarbeiter*innen für psychosoziale Belastungen, die Angehörige bei einer tragfähigen Entscheidung haben. Die folgenden Punkte beschreibt sie als Aufgabe von Sozialer Arbeit:

„- Befähigung von Stellvertretern zur Wahrnehmung ihrer rechtlichen Verantwortung

- Unterstützung bei der Eruiierung des mutmaßlichen Willens
- Mitwirkung bei Vorbereitung, Planung und Moderation des Entscheidungsprozesses unter dem Blickwinkel, die Bedürfnisse der Beteiligten einzubeziehen
- Unterstützung der Kommunikation, besonders in konflikthaften Situationen
- Psychosoziale Beratung und Begleitung der Angehörigen sowie
- bei Bedarf Organisation rechtlicher bzw. palliativmedizinischer Beratung“ (Wohlleben, 2021, S. 171)

Wohlleben verweist auf die ambivalenten Gefühle von Angehörigen. Zugehörige sind Trauernde, die stark emotional belastet sind und Hilfestellung benötigen, um einen letzten Willen für den*die Sterbende*n zu formulieren. Soziale Arbeit soll hier unterstützend wirken. Eine weitere Aufgabe leistet Soziale Arbeit, indem sie die Verantwortung als Stellvertreter*in für die schwerstkranke Person dem / der Angehörigen bewusst macht. Besonders im Hinblick auf die Schuldfrage, die bei den Angehörigen zu einer ambivalenten Haltung führen kann, ist eine Bearbeitung dieser unerlässlich. Wohlleben schreibt nicht nur von Angehörigen, sondern auch von anderen Professionen, die an der Entscheidung zur Beendigung der Behandlungen mit beteiligt und dadurch emotional belastet sind. Allerdings meint sie, dass die Soziale Arbeit anderen Professionen wenig Hilfestellung geben kann, durch die Hierarchisierung des Gesundheitswesens. Da Medizin und Pflege im Gesundheitsbereich dominieren. Ebenso verweist sie auf den stationären Bereich, indem Soziale Arbeit kaum Bedeutung beigemessen wird. (vgl. 2021, S171-175) „Soziale Arbeit als Profession muss sich hier stärker profilieren, indem Prozessqualitäten beschrieben und geeignete Beratungskonzepte und Standards entwickelt werden.“ (Wohlleben, 2021, S.175)

Ebenfalls ist die Trauerbegleitung ein Angebot der Sozialen Arbeit für die Angehörigen. „Mit [Trauer] beantworten und bearbeiten wir den Verlust von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, von Lebenskonzepten, geliebten Menschen und von Lebensraum.“ (Rechenberg-Winter; Wälde, 2021, S. 176) Dieser Prozess des Verlustes zieht einen Ich-Verlust mit sich, der herausfordernd und kräftezehrend für Betroffene sein kann. Die Unterstützung dabei rückt immer mehr in den Fokus der Palliativarbeit. Bisher wurde Trauerarbeit durch Ehrenamtliche geleistet, die zunehmend den Fachkräften übergeben wird. Soziale Arbeit positioniert sich

zunehmend zur Trauerbegleitung. Rechenberg-Winter und Wälde schreiben, dass die Berufsgruppe Soziale Arbeit mit ihrem Überblick und Schnittstellenkompetenz Einzelfallhilfe leisten, aber auch einen gesamtgesellschaftlichen Auftrag erfüllen kann. Den gesamtgesellschaftlichen Auftrag kann Soziale Arbeit erfüllen, indem sie dafür einsteht, dass das Thema Verlust und Trauer mehr in die Öffentlichkeit getragen wird. (vgl. 2021, S.178ff)

Ehrenamtliche Begleiter*innen gehören in Palliativ Care zu einer der wichtigsten Säulen. Nach der Schulung von Ehrenamtlichen bedarf es einer regelmäßigen Begleitung durch eine Fachkraft. (vgl. Gratz, 2021, S.182) Gratz schlägt Sozialarbeiter*innen als Begleitung vor und beschreibt die unterschiedlichen Begleitungsformen. Zum einen kann der*die Hospizbegleiter*in den*die Ehrenamtliche*n fachlich begleiten, gemäß nach den Vorgaben §39a SGB V Abs.2. Zum anderen kann der*die Begleiter*in Hilfe leisten um das Spannungsfeld zwischen den Zielen des*der Hauptamtlichen an sich und die Vorstellungen der Hospizleitung aufzulösen. Außerdem ist eine gute Begleitung wichtig, um die Ehrenamtlichen mit ihrer wertvollen Tätigkeit zu behalten, denn sie haben keine zusätzliche Motivation durch ein gewisses Entgelt. Um die Begleitung von Ehrenamtlichen zu stärken, braucht es einen strukturellen Rahmen, einen Begegnungsort für die Hospizbegleiter*innen, sowie für die Ehrenamtlichen. Wohingegen die Sozialarbeiter*innen als Hospizbegleiter*innen sich informieren über aktuelle Wissensstände, sollen Ehrenamtliche sich untereinander austauschen können und die Beziehung zur Einsatzleitung pflegen. Was nicht damit meint, dass auch die Hospizbegleiter*innen in einen Austausch gehen können und sollen. Zusammenfassend sagt Gratz, dass es auf den Leitungs- und Führungsstil eines*einer Sozialarbeiters*in ankommt in der Begleitung der Ehrenamtlichen. Sie schreibt, dass unabhängig vom Studium, eine extra Führungs- und Leitungskompetenz erworben werden muss. Kann ein/e Sozialarbeiter*in eine Beziehung gut gestalten, dient es der Motivation und Freude an der Arbeit vom Ehrenamtlichen. (vgl. ebenda, S. 186ff) „Die Begleitung der Hospizbegleiter gelingt, wenn Fach-, Führungs- und Organisationskompetenz zum Tragen kommen.“ (Gratz, 2021, S. 188)

Wasner schreibt über die Aufgaben von Sozialarbeiter*innen im interprofessionellen Team. Sie erläutert den Begriff der Interprofessionalität wie folgt: „Interprofessionalität wird dann gelebt, wenn die Teammitglieder unterschiedlicher

Professionen voneinander und übereinander lernen, ihr Wissen kritisch reflektieren, bereit sind, einen Teil ihrer eigenen Berufsidentität aufzugeben, ihr Wissen zu teilen und ein gemeinsames Verständnis der Probleme zu entwickeln.“ (Wasner, 2021, S. 189) Soziale Arbeit bringt dabei ihren systemischen Blick ein und beschreibt die psychosozialen Belastungen und Ressourcen von dem*der Sterbenden, als auch die der Angehörigen. Soziale Arbeit bezieht sich auf die Lebenswelt indem der*die Sterbende lebt und zeichnet darin die Beziehungen zueinander auf. Sozialarbeiter*innen sind Stellvertreter*innen für die Wünsche der Betroffenen und Vermittler*innen zwischen den einzelnen Parteien. (Interprofessionelles Team, Krankenkassen, weitere Institutionen) Zudem können Sozialarbeiter*innen ebenso die Teammitglieder im Umgang mit ihren Gefühlen in Krisensituationen unterstützen. Trotz der vielen Aufgaben, die Soziale Arbeit im interprofessionellen Team übernehmen kann, stellt Wasner fest, dass sich Soziale Arbeit immer wieder fragen muss, ob sie sich mit anderen Professionen auf Augenhöhe begeben kann. Und ob tatsächlich keine andere Profession ihre Aufgaben übernehmen kann. (vgl. 2021, S.192f)

Als letzte Aufgabe von Soziale Arbeit benennt Raischl die Gremienarbeit, die in den unterschiedlichen Interessengemeinschaften und Verbänden stattfindet. Regelmäßige Zusammenkünfte auf kommunaler Ebene, regionaler Ebene, Landes- und Bundesebene, sowie auf internationaler Ebene finden dazu statt. (vgl. 2021, S.195fff) Sozialarbeitende haben dabei die Aufgabe, die Bedürfnisse von den Sterbenden und Angehörigen im Blick zu haben, sich dafür einzusetzen, sowie die ganze Pflege und Versorgung derer, in einer Multiperspektivität auszurichten. (vgl. ebenda, S. 200)

4.2 Grenzen und Forderungen

Die soeben angesprochene Multiperspektive, die durch ein interprofessionelles Team entsteht, ist positiv für den*die Sterbende*n, kann jedoch Schwierigkeiten für den Sozialarbeitenden im Team mit sich bringen. Student verweist auf die Spannungen zwischen den einzelnen Professionen im Team und den eventuell entstehenden Rivalitäten, durch eine Überschneidung der Zuständigkeiten für die verschiedenen Aufgaben. (vgl. 2020, S. 154) Auch Roser geht bei der spirituellen Begleitung auf die Schnittfelder der verschiedenen Professionen ein und ist der Meinung, dass die Zuständigkeiten eindeutiger geklärt werden müssen. (vgl. 2021, S. 161)

Student schreibt, dass die anderen Professionen, als auch die Ehrenamtlichen Soziale Arbeit eher in ihrer strukturpolitischen Arbeit mit ihren administrativen-rechtlichen Aufgaben wahrnehmen und weniger die zu dem*der Sterbenden zugewandte Kommunikation erwarten. (vgl. 2020, S. 154) Auch Wasner und Pankofer beschreiben die Wahrnehmung der anderen Professionen von Sozialarbeiter*innen. Sie sagen, dass diese als Care Manager gesehen werden, „[...] die die Versorgung von Palliativpatienten organisieren.“. (Wasner; Pankofer, 2021, S.291) Viele andere Kompetenzen werden dagegen übersehen. (vgl. ebenda S.291) Wie bereits Wasner auf die Frage verwies, ob die Aufgaben von Sozialarbeiter*innen auch andere Professionen übernehmen können, (vgl. 2021, S.193) stellt auch Student die Aufgabe an Soziale Arbeit, ihr Profil klarer zum Ausdruck zu bringen und somit ein aussagekräftigeres Außenbild zu schaffen. (vgl. 2020, S. 154) Bereits Bartkowski mahnte in ihrem Werk 2012 „Die strukturelle Einbindung der Sozialen Arbeit in Palliative Care Teams“, das Verschwinden von Sozialarbeit in der Palliativversorgung an, durch die fehlende Profilierung. (vgl. 2012, S.18f) Schumacher verwies mit dem Erkennen des klaren Profils von Soziale Arbeit auf eine Qualität dieser hin, die es dann zu bestimmen und abzusichern gilt. Denn Qualität kann nur bestimmt und abgesichert werden, wenn spezifische Aufgabenstellungen definiert sind. (vgl. 2021, S. 278f)

„Wenn Soziale Arbeit aber so als Profession wahrgenommen werden möchte, wie sie sich aufgrund ihres wissenschaftlichen Standings und ihres Praxisverständnisses selbst sieht, braucht es eine Bestimmung des Gegenstandes, der all ihr Wirken trägt und prägt.“ (Schumacher, 2021, S. 279)

Im internationalen Vergleich weist Student auf die kaum vertretene Soziale Arbeit in den Organisationsformen der Hospizbewegung in Deutschland hin. Er sieht eine dringende Dominanz in organisatorischen und politischen Belangen, durch die fachlichen Kompetenzen der Sozialen Arbeit. Dies benötigt wiederum die angemahnte Profilbildung mit aussagekräftigem Aufgabenbereich für die Soziale Arbeit (vgl. 2020, S. 146f.)

Weiterhin verweist Student auf „[...] die Dominanz von Medizinsystem und Pflege [...]“ (Student, 2020, S.154), aber auch auf die Entstehungsgeschichte, indem Ehrenamtliche die größere Rolle spielten. Dabei nennt er den finanziellen Aspekt als einen der Gründe, weshalb Sozialarbeiter*innen in Palliativ Care in Deutschland weniger vertreten sind, als in anderen Ländern. Soziale Arbeit wäre teurer als Pflege,

denn die Finanzierung läuft nach der Logik des Gesundheitssystems. (vgl. 2020, S. 155)

Wasner und Pankofer beschreiben den Kern der Aufgaben von Sozialer Arbeit. Dieser besteht aus „[...] der Planung, Organisation, Durchführung und Bewertung von bedarfsgerecht zugeschnittenen und lebensraumorientierten Hilfeangeboten für schwerkranke Menschen und ihre Zugehörigen.“ (Wasner; Pankofer, 2021, S.291) Diese weitgefächerten Aufgaben legen eine entsprechende Fachkompetenz zu Grunde. Laut Wasner und Pankofer müssen hierzu noch Angebote und Konzepte entwickelt werden. Außerdem bedarf es „[...] wissenschaftlich fundierte Vertiefungen im und nach dem Studium der Sozialen Arbeit.“ (Wasner; Pankofer, 2021, S. 293) Soziale Arbeit benötigt dann aber auch einen festen Platz im interprofessionellen Team in der Palliativversorgung. (vgl. ebenda, 291ff) Auch Fischer verweist in der psychosozialen Anamnese auf weitere erforderliche Konzepte seitens der Sozialen Arbeit, für ein aussagekräftigeres und ein einheitliches Bild von der Lebenswelt der Sterbenden. (vgl. 2021, S.143)

Ebenso verlangen sie Studien zu Effizienz und Effektivität von Sozialer Arbeit in Palliativ Care. (vgl. Wasner; Pankofer, 2021, S. 291) Ein weiteres Feld, indem sich Soziale Arbeit weiterbilden, bzw. ihre Aufgaben und Werte voranbringen kann. Beide Autoren sprechen die verschiedenen methodischen Herausforderungen von Forschungsprojekten für Sozialarbeiter*innen an, wie zum Beispiel die exakte Fragestellung, oder die Wahl der geeigneten valider und reliabler Instrumente. Aber auch die „[...] schwierige Finanzierung von psychosozialen Forschungsprojekten sowie die feldspezifische Sorge, die Teilnahme am Forschungsprojekt könne dem Klienten schaden [...]“, (Wasner; Pankofer, 2021, S. 297) erschweren die Forschung. (vgl. ebenda, S.297) Wasner sieht auch die fehlende Bereitstellung von Ressourcen und wissenschaftlichen Handwerkzeug als triftige Gründe für ungenügende Forschung. (vgl. 2021, S. 69) Wiederum würde Forschung, wie Student verlangt, zu einem klaren Verständnis für Soziale Arbeit in Palliativ Care führen. (vgl. 2020, S. 154)

Weiterhin schreiben Wasner und Pankofer über essentielle Fragen, die sich Sozialarbeiter*innen stellen sollten. Zum Beispiel welche/r Klient*in steht vor einem, welchen Auftrag hat der*die Sozialarbeiter*in, in welcher Situation ist der*der Klient*in? Die Fragen beeinflussen die Haltung und bewegen zum Schweigen und Nichtstun oder zur Unterstützung der Betroffenen. In diesem Sinne ist die Frage der

Haltung ebenso eine zu definierende Konstante. Dies zu definieren ist als gesellschaftspolitische Aufgabe zu sehen. Wasner und Pankofer begründen die Aufgabe mit der Institutionalisierung vom Sterbeprozess. (vgl. 2021, S.293)

Student benennt die Forderungen der Hospizbewegung nach einer „[...] verlässliche[n] Finanzierung, flächendeckende[n] Versorgung und gesellschaftliche[r] Anerkennung [...]“. (Student, 2020, S. 156) Dazu müssen Sozialarbeiter*innen allerdings ihr Kompetenzprofil schärfen, ihre Darstellung verbessern, ihre Professionalität unter Beweis stellen und sich unersetzlich machen. Er fordert Soziale Arbeit auf „[...] sich verstärkt mit den Grenzsituationen des Lebens zu beschäftigen und aus den Erkenntnissen auch Folgerungen für die Hospizarbeit vor Ort, d.h. die Sterbe- und Trauerbegleitung zu ziehen.“. (Student, 2020, S. 157) Weiterhin verweist er darauf, dass Hospizliche Sozialarbeit immer eine Co-Produktion ist. Damit meint er, dass Sozialarbeiter*innen immer nur mit dem Einverständnis des*der Betroffenen handeln können und auch dieser mit seinen*ihren Bedürfnissen immer im Mittelpunkt steht. (vgl. 2020, S. 156f)

Eine weitere Grenze wird Sozialarbeitern*innen speziell auf Palliativstationen gesetzt. Fischer mit der psychosozialen Anamnese, als auch Schneider-Eicke und Wagner, die sich mit der sozialrechtlichen Beratung auseinandersetzen, sprechen über die verbleibende Zeit der Betroffenen auf einer Palliativstation. Fischer spricht von der „[...] unvorhersehbar[en] Dauer der Hilfebeziehung [...]“ (Fischer, 2021, S. 142) und somit der Schwierigkeit einen richtigen Zeitpunkt bzw. generell Zeit für ein Erstgespräch, oder Folgegespräch zu finden. (vgl. ebenda, S.142) Schneider-Eicke und Wagner beziehen sich ebenfalls auf die Dauer der Hilfebeziehung und meinen, dass Sozialarbeiter*innen genau prüfen sollten, „[...] welches Antragsverfahren von welchen Leistungsansprüchen angesichts der verbleibenden Zeit tatsächlich noch zum Wohlbefinden des Patienten beiträgt.“. (Schneider-Eicke; Wagner, 2020, S. 151) Auch Forster bezieht sich in ihrer psychosozialen Begleitung auf das Sich-Zeit-Nehmen für die Sorgen und Nöte der kranken Menschen, als auch der Angehörigen. Und sieht das als ein wichtiges Werkzeug von Sozialarbeiter*innen. (vgl. 2021 S. 156)

Aufgrund der erläuterten Grenzen sollte sich Soziale Arbeit ihrer Begrenztheit bewusst sein. Student verweist auf ihre Kompetenzen, sagt aber auch, dass Soziale Arbeit nicht als Experte auftreten kann. (vgl. 2020, S.157)

5. Fazit

Sterben und Tod, sowie die Trauer können bei Menschen zu Krisen und Belastungen führen. Für den*die Sterbende*n, wie auch für die Angehörigen. Soziale Arbeit ordnet dies einem kritischen Lebensereignis zu und sieht sich in der Verantwortung, Betroffene zu unterstützen und zu begleiten. Ebenso wie die Hospizbewegung. Wie im Kapitel 3.1 beschrieben, wünschen sich Betroffene in dieser Situation nicht nur Symptomlinderung, was die körperliche Dimension anspricht, sondern auch soziale und psychische Begleitung und Unterstützung. Gerade auf dem letzten Weg spielen die Erfüllung von Bedürfnissen und Wünschen eine große Rolle und ermöglichen ein friedvolles Sterben. Mit dieser Erkenntnis wurde der Umgang mit Sterbenden nochmal „neu“ gedacht. Das Konzept Palliativ Care, wobei Cicely Saunders eine Rolle spielte als Pionierin von Schmerztherapie und als Sozialarbeiterin, findet im Gesundheitswesen ihren Platz. Palliativ Care beschäftigt sich mit der Behandlung der Schmerzen, als auch den psychischen, sozialen und spirituellen Problemen der Betroffenen. Auch die Zugehörigen haben Bedarf an Unterstützung und Begleitung, wie in Punkt 3.2 Bedürfnisse der Angehörigen, deutlich wird. Dass Soziale Arbeit mit ihrem Professionsverständnis für Sterbende und auch Angehörige wichtig ist, sollte nun deutlich sein.

Nun stellt sich weiterhin die Frage, warum sie dann deutschlandweit in der Hospizarbeit eher weniger zu finden, genauer gesagt auf Palliativstationen weniger sichtbar ist? Zumal Student darauf hinweist, dass die meisten Menschen in Institutionen sterben. (vgl. 2020, S.25) Wie dies auch die Hospizstudie 2017 von Sachsen belegt. Die Autorin spricht von einer Institutionalisierung des Sterbeprozesses und sieht somit nur noch mehr Bedarf an der Präsenz der Sozialen Arbeit im stationären Bereich. Dies wird auch sichtbar bei der Literaturrecherche. Die Autorin ist ausschließlich auf Argumente für Sozialarbeitende im Hospiz- und Palliativ Bereich gestoßen. Was wiederum zeigt, wie sehr Soziale Arbeit in diesem Bereich gebraucht wird, aber auch, dass die Bemühungen um einen festen Platz im Gesundheitswesen, noch nicht beendet sind.

Ein Blick in die Geschichte im Punkt 2.1 zeigt, dass bereits vor der Weimarer Republik, beginnend im Jahr 1918, Sozialarbeitende versuchten, als ein fester Bestandteil von Kliniken, zu arbeiten. (vgl. Reinicke, 2008, S.25) Über 100 Jahre Professionalisierungsbemühen zeigen, dass Soziale Arbeit trotzdem noch kein aussagekräftiges Profil mit definierten Aufgaben von sich erstellt hat und somit ihre

Wichtigkeit nicht ausreichend darstellen kann. Vor allem in multiprofessionellen Teams, wie es auf Palliativstationen arbeitet, ist es bedeutsam ein klares Profil zu haben, da es sonst zu Überschneidungen mit anderen Arbeitsfeldern kommen kann. Aber worin liegen die Gründe darin, dass keine einheitliche Aufgabenbeschreibung existiert?

Die Autorin kann und will die Frage nicht komplett beantworten, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Sie führt hier nur einige Gründe auf, die im Kapitel 4.2 Grenzen und Forderungen bereits erwähnt werden. Zum einen muss Soziale Arbeit ihren Standpunkt in den Gesetzesgrundlagen erkämpfen, wie zum Beispiel im SGB V §39a Abs. 2, um Koordinationsstellen im stationären Bereich zugewiesen zu bekommen. Dies führt wiederum zu einer fehlenden bzw. unzureichenden Finanzierung einer solchen Stelle. Zum anderen verweist die Autorin auf die fehlende Beteiligung in organisatorischen und politischen Belangen. Würde Soziale Arbeit national, als auch international mehr in Gremien mitarbeiten, wäre die Sichtbarkeit um ein Vielfaches erhöht. Und vielleicht würden die Forderungen nach einem einheitlichen aussagekräftigen Profil ernster genommen.

Die Autorin hat im Kapitel 2.4 die Situation der Sozialarbeitenden auf Palliativstationen in Sachsen dargestellt. Dabei ist ihr aufgefallen, dass Soziale Arbeit in der aktuellen Hospizstudie von 2017 kaum erwähnt wird. Es wird lediglich auf den Sozialdienst bzw. Palliativdienst hingewiesen, der auf Palliativstationen arbeitet. Spezielle Aussagen und Auswertungen kann das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz nicht treffen, da die Dienste noch im Aufbau sind. Was wiederum zeigt, dass die Professionalisierungsbemühungen von Sozialarbeitenden in Sachsen erst vor ein paar Jahren Anklang gefunden haben. Dafür hat Sachsen ein überdurchschnittlich hohes Angebot an Palliativstationen im Vergleich zu anderen Bundesländern und beschäftigt 26 Palliativdienste in Krankenhäusern. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz fordert in ihrer Studie von 2017 eine Verbesserung der ambulanten (Weiter-) Versorgung der Patienten durch ein SAPV-Team zu organisieren. Dabei verweisen sie aber nicht explizit auf den Palliativdienst, der die Aufgabe, eine Weiterversorgung des*der Patienten*in nach der Entlassung zu organisieren, übernehmen kann. Sondern belassen es bei einer Formulierung, bei der offen ist, wer diese Aufgabe übernehmen soll. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz spricht ebenfalls die Vernetzung von ambulanten

und stationären Bereichen an und fordert hier ebenfalls eine Verbesserung. Sie verweisen auch auf Forschungen, sowie auf Aus-, und Weiterbildungen um aktuelle Handlungserfordernisse zu kennen und zu lehren. Wohingegen hier wahrscheinlich eher das Berufsfeld der Pflege gemeint ist, als das der Sozialen Arbeit. (vgl. SMS, 2018, S. 156f)

Aber wie bereits im Kapitel 4.2 aufgeführt, fehlt es der Sozialen Arbeit ebenfalls an Studien, Forschungen und Theorien. Die Studien und Forschungen könnten eventuell noch weitere Aufgaben offenbaren oder bestehende eingrenzen. Des Weiteren führen die erhaltenen Ergebnisse der Studien dazu, diese in aktuelle Diskurse der Hospizbewegung einzubringen, um somit weiterhin ein wertvoller Bestandteil dieser zu bleiben. Deshalb ist es wichtig, dass Sozialarbeitende sich diesem Bereich der Forschung annehmen. Das impliziert auch für Studiengänge, dass spezielle Veranstaltungen zum Forschen vorgehalten werden müssen, bzw. Forschungen besser finanziert werden. Studien, Forschungen und Theorien würden weiterhin das Überleben in Palliativ Care von dem Berufsfeld Soziale Arbeit absichern. Denn sollte dies Soziale Arbeit nicht gelingen, seine Effizienz und Effektivität darzustellen, kann es aufgrund von knappen Ressourcen im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren dazu kommen, dass Sozialarbeit ihren erkämpften Standpunkt wieder verliert. (vgl. Wasner; Pankofer, 2021, S.300) Was offenkundig nach den Erläuterungen der Autorin eine Farce wäre. Denn in 4.1 zeigt die Autorin die vielfältigen Aufgaben auf, die Soziale Arbeit vollständig übernehmen könnte.

Die Autorin fragte sich am Anfang ihrer Arbeit, ob diese Person ein*e Sozialarbeiter*in sein kann? Und wenn ja, kann er*sie diesen Aufgaben gerecht werden unter dem Aspekt, dass eine Palliativstation die baldmögliche Entlassung von Patienten anstrebt und nicht das Sterben vor Ort?

Speziell auf Palliativstationen könnten einige dieser Angebote vom Kapitel 4.1 zum Tragen kommen. Pfleger*innen haben oft nicht die Zeit, teilweise auch nicht das Fachwissen, zum Beispiel Anträge auszufüllen, die medizinische Weiterversorgung zu klären und psychosoziale Begleitung, als auch Trauerbegleitung zu ermöglichen. Wenn man die Definition einer Palliativstation von Herbert E. Colla noch einmal betrachtet unter dem Aspekt, dass das Ziel einer Palliativstation die baldmögliche Entlassung ist, fragt sich die Autorin, inwieweit Sozialarbeiter*innen aufgrund der kurzen Zeit die aufgezählten Aufgaben von Soziale Arbeit gerecht werden können?

(vgl. Colla, 2018, S. 1769) Die kurze Zeit könnte man als Grenze von Soziale Arbeit speziell auf Palliativstationen sehen, da verschiedene Aufgaben, wie psychosoziale Begleitung oder Trauerbegleitung, nur mit einem Beziehungsaufbau funktionieren, der wiederum Zeit braucht. Hilfreich wäre den Aufgabenbereich einzugrenzen oder anhand der Patientendaten, für den*die Patienten*in die Aufgaben zu definieren.

Deutlich wird an dieser Darstellung, dass es weniger darum geht, ob Soziale Arbeit ein Berufsfeld von Palliativ Care ist bzw. dort gebraucht wird. Denn das wird ausführlich in der Literatur dargestellt. Sondern vielmehr um eine theoretische Beschreibung des Aufgabenfeldes. Speziell in Sachsen ist diese noch nicht sichtbar. Dies wird eindeutig in der Hospizstudie 2017, in der noch keine Ergebnisse präsentiert werden können, inwieweit Palliativdienste auf Palliativstationen sich auf die Betroffenen auswirken. Hier besteht Handlungsbedarf von Sozialarbeitenden, nicht nur in Sachsen, sondern deutschlandweit, aussagekräftige Studien und Forschungsergebnisse vorzulegen. Um dann wiederum ein einheitliches Profil von hospizlicher Sozialarbeit zu erstellen.

Quellenverzeichnis

Bartkoski, Julia (2012): Die strukturelle Einbindung der Sozialen Arbeit in Palliative Care Teams. Hamburg, Diplomica Verlag

Brandstätter, Monika (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 88, 92ff

Colla, Herbert E. (2018) In: Handbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage. München, Ernst Reinhardt Verlag, S.1769

Dachs, Claudia (2016): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland „Deutscher Pflegerat unterstützt Handlungsempfehlungen und mahnt, die Rahmenbedingungen hierfür sicherzustellen“. o.S.
(<https://deutscher-pflegerat.de/2016/10/17/charta-zur-betreuung-schwerstkranker-und-sterbender-menschen-in-deutschland/>, verfügbar am 12.12.2022)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (o.J.): Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. o.S.
(<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/ueber-uns.html>, verfügbar am 12.12.2022)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2018): Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.. S.3
(https://www.dgpalliativmedizin.de/images/190416_Satzung.pdf, verfügbar am 12.12.2022)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – Sektion Soziale Arbeit (2019): Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen auf Palliativstationen. S. 3
(https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Anhaltzahlen_f%C3%BCr_Soziale_Arbeit_in_der_Palliativversorgung.pdf, verfügbar am 12.12.2022)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – Sektion Soziale Arbeit (2019):
Stellenbeschreibung für Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung. S2f
(https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Stellenbeschreibung_Soziale_Arbeit_.pdf,
verfügbar am 12.12.2022)

Deutsche Stiftung Patientenschutz (o.J.): Stiftung „Wir helfen Ihnen – gemeinnützig,
unabhängig, überparteilich“. o.S. (<https://www.stiftung-patientenschutz.de/stiftung>,
verfügbar am 12.12.2022)

Fegg, Martin (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium
und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W.
Kohlhammer, S. 166-170

Fischer, Birgit (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium
und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W.
Kohlhammer, S. 138-143

Forster, Heike (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium
und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W.
Kohlhammer, S. 153-160

Gratz, Margit (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium
und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W.
Kohlhammer, S. 186ff

Kessler, David (1997): Die Rechte des Sterbenden. Weinheim, Beltz Verlag

Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (2018): Palliativ Care. Praxis,
Weiterbildung, Studium. Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und
Angehörigen. 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Springer Verlag, S.60f

Lacour-Krause, Sabine (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für
Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W.
Kohlhammer, S. 120

Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. (2021):
Palliativdienste im Krankenhaus. S.39-41
(https://hospiz-palliativ-sachsen.de/2018/wp-content/uploads/Hospizfuehrer-2021_PalliKH.pdf, verfügbar am 12.12.2022)

Melching, Heiner (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 71f

Mühlum, Albert (2014): Hospiz- Palliative Care – Soziale Arbeit: Das Lebensende als finale Herausforderung. In: EthikJournal, Jg. 2, 2. Ausgabe, S. 3, 5, 8, 15, 16

Müller, M. (2007): Hospiz(-bewegung). Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt, S.477

Müller-Busch, Christof H. (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 47-51, 54, 55f

Nau, Hans (2018) In: Palliativ Care. Praxis, Weiterbildung, Studium. Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Springer Verlag, S.60f

Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Treptow Rainer; Ziegler, Holger (2018): Handbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage, München, Ernst Reinhardt Verlag

Raischl, Josef (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S .195ff, 198, 200

Raischl, Josef; Reigber, Hermann (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 60ff,

Rechenberg-Winter, Petra; Wälde, Jürgen (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 178, 179ff

Reinicke, Peter (2008): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Berlin, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Roser, Traugott (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 160-165

Schneider-Eicke; Astrid; Wagner, Ulrike (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 143-152

Schumacher, Thomas (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 278f

Steinberger, Karla (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 116

Student, Johann-Christoph; Mühlum, Albert; Student, Ute (2020): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliativ Care. 4., aktualisierte Auflage. München, Ernst Reinhardt Verlag

Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) (2018): Hospizstudie 2017 „Standorte und demografische Rahmenbedingungen zur Hospiz- und Palliativversorgung in Freistaat Sachsen“.

Wasner, Maria (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 68f, 189, 192f

Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 291ff, 297, 300

Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (2021): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer

Wehner, Lore (2014): Empathische Trauerarbeit. Vielfalt der professionellen Trauerarbeit in der Praxis. Wien, Springer-Verlag

Wohlleben, Ulla (2021) In: Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 171-175

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Grimma, den 16.12.2022

Sissy Blümel