

Schneider, Anna-Lena

Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen  
und ihren Familien in der spezialisierten ambulanten  
Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche

MASTERARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2023

Schneider, Anna-Lena

Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen  
und ihren Familien in der spezialisierten ambulanten  
Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche

eingereicht als

MASTERARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2023

Erstprüfer: Fr. Prof. Dr. phil. Patricia Kröber

Zweitprüfer: Fr. prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliografische Beschreibung:

Schneider, Anna-Lena:

Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche. 76 Seiten

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Masterarbeit, 2023

Referat:

Die vorliegende Masterarbeit setzt sich mit der psychosozialen Versorgung – insbesondere der sozialarbeiterischen Versorgung – von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche auseinander. Aufgrund der seit Neuestem gesetzlich festgeschriebenen Implementierung psychosozialer Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche, hat die vorliegende Arbeit das Ziel die Bedeutung Sozialer Arbeit in diesem Arbeitsbereich darzulegen sowie auf Fachstandards zu untersuchen.

Mittels einer Gruppendiskussion werden bundesweit im Feld agierende Expert:innen dazu befragt, was es braucht, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt. Grundlage bildet dafür ein Handlungskonzept aus Wissen – Haltung – Können.

Das Ergebnis dieser Arbeit ist ein Überblick über fachliche Standards in der Erbringung Sozialer Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche, der auf theoretischem Wissen und dem Erfahrungswissen der Expertinnen und Experten basiert.

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	
Abbildungsverzeichnis.....	
1 Einleitung .....	9
2 Theoretischer Rahmen.....	12
2.1 Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen .....	12
2.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ).....	16
2.3 Soziale Arbeit in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen ..	18
2.4 Soziale Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen .....	21
3 Qualitäts- und Fachstandards .....	24
3.1 Qualitäts- und Fachstandards in der Sozialen Arbeit .....	24
3.2 Qualitäts- und Fachstandards in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche .....	28
3.3 Qualitäts- und Fachstandards Sozialer Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche.....	30
4 Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit – ein Konzept.....	33
4.1 Haltung .....	35
4.2 Wissen .....	39
4.3 Können .....	41
5 Die Gruppendiskussion – eine Methode der qualitativen Sozialforschung .....	46
5.1 Grundsätze der qualitativen Sozialforschung .....	46
5.2 Die Forschungsmethodik der Gruppendiskussion .....	47
5.3 Konzeption und Umsetzung der Gruppendiskussion .....	50
6 Qualitative Datenauswertung .....	53
6.1 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	53
6.2 Methodisches Vorgehen.....	54
7 Ergebnispräsentation .....	58

7.1	Haltung .....	58
7.2	Wissen .....	62
7.3	Können .....	67
8	Ergebnisdiskussion .....	72
9	Fazit .....	81
10	Anhang.....	85
10.1	Transkriptionsregeln.....	85
10.2	Transkription Gruppendiskussion .....	87
10.3	Whiteboard Gruppendiskussion .....	134
10.4	Kodierleitfaden .....	135
10.5	Handlungskompetenzen Soziale Arbeit in der SAPV-KJ.....	137
	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	
	Literaturverzeichnis .....	
	Quellenverzeichnis .....	
	Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit .....	

## Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BAG-SAPV	Bundesarbeitsgemeinschaft spezialisierte ambulante Palliativversorgung
BRV-SAPV-KJ	Bundesrahmenvertrag spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
DIN, EN, ISO	Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm, International Organization for Standardization
DVSG	Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
EAPC	European Association for Palliative Care
EFQM	European Foundation for Quality Management
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IASSW	International Association of Schools of Social Work
IFSW	International Federation of Social Workers
IMPACT	International Meeting for Palliative Care in Children, Trento
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-KJ	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche
SGB	Sozialgesetzbuch
VK	Vollzeitkraft

WHO

Weltgesundheitsorganisation

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Versorgungsebenen der Palliativversorgung (Janisch 2022, S. 10) ... 15

Abbildung 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2015, S. 62) 54



# 1 Einleitung

Zur Unterstützung und Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit lebensbedrohlichen bzw. lebensverkürzenden Erkrankungen und deren Familien, bestehen verschiedene Strukturen der ambulanten als auch stationären Gesundheitsversorgung (vgl. Zernikow et al. 2021, S. 6). Unverändert werden diese Kinder und Jugendlichen zu einem Großteil von herkömmlichen Strukturen des Gesundheitssystems versorgt. Ergänzend dazu bildeten sich seit den 2000er Jahren spezialisierte Strukturen der Hospizarbeit und Palliativversorgung heraus, die sich im Laufe der Zeit fortentwickelten sowie zunehmend ausdifferenzierten und mit der Übernahme in die finanzierte Regelversorgung hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Qualitätsanforderungen standardisiert wurden. Eine dieser Versorgungsstrukturen ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen (SAPV-KJ), auf die sich diese Masterarbeit konzentriert.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) richtet sich grundsätzlich an Menschen, welche an einer nicht heilbaren, progredient verlaufenden und weit fortgeschrittenen lebenslimitierenden Erkrankung leiden und die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen (§37b Abs. 1 Satz 1 SGB V). Ziel der SAPV-KJ ist die Lebensqualität sowie die Selbstbestimmung von palliativ erkrankten Kindern und Jugendlichen „zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe sowie in einem stationären (Kinder- und Jugend) Hospiz zu ermöglichen“ (GKV-Spitzenverband 2022, S. 5).

Um die Betroffenen adäquat begleiten und versorgen zu können, arbeitet die SAPV-KJ multiprofessionell sowie interdisziplinär und orientiert sich dabei neben der gesetzlichen Rahmung an den Definitionen und Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) sowie der European Association for Palliative Care (EAPC). Entsprechend setzen sich die meisten Teams aus medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Fachkräften zusammen.

Bis Ende 2022 war die SAPV-KJ eine rein ärztlich-pflegerische finanzierte Leistung. Seit dem 01.01.2023 gilt der neue Bundesrahmenvertrag nach §132 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder

und Jugendliche. In diesem wurde erstmals auch eine 0,5 Vollzeitkraft-Stelle für den psychosozialen Bereich als festen Bestandteil der Mindestpersonalausstattung des Kernteams festgeschrieben. Inhaltliche Ausführungen zum psychosozialen Bereich beziehen sich lediglich auf Qualifikationsanforderungen und Zusatzqualifikationen. Angaben über Arbeitsinhalte, Art und Umfang der Arbeit sowie geltende Fachstandards sind nicht zu verzeichnen. Mit Integrierung des psychosozialen Bereichs in das Kernteam der SAPV-KJ gilt es nun nicht mehr nur der Frage nachzugehen, ob die psychosoziale Versorgung in diesem Arbeitsbereich notwendig ist, sondern zu klären, wie sie konkret wirken und umgesetzt werden kann und sollte.

Auf Basis der vorher ausführlich beschriebenen Aspekte setzt sich die vorliegende Arbeit mittels einer empirischen Untersuchung mit der Frage auseinander „Welche fachlichen Standards sollte Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ aus Expert:innenperspektive zugrunde liegen?“. Um diese Frage fachlich dezidiert zu beantworten, stützt sich die Arbeit auf theoretische Befunde und auf die Expertise im Feld agierender Expert:innen. Für eine umfassende Beantwortung der Forschungsfrage stehen der Forschungsarbeit neben öffentlicher sozialwissenschaftlicher Literatur auch unveröffentlichte Materialien zur Verfügung. Im Rahmen einer virtuellen Gruppendiskussion mit bundesweit ausgewählten Expert:innen der Sozialen Arbeit in der SAPV-KJ, wird die Frage multiperspektivisch diskutiert, was es braucht, damit psychosoziale bzw. Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt. Die Diskussionsbasis stellen die Handlungskompetenzen Haltung, Wissen und Können (Fähigkeiten) dar, welche in der Profession der Sozialen Arbeit sowohl in der Lehre als auch der konkreten Tätigkeitsausübung grundlegend sind. Das Ziel dieser Arbeit ist es, anhand der Expert:innenaussagen und der sozialwissenschaftlichen Literatur einen Überblick über wesentliche Aspekte eines Fachstandards für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ zu geben. Fokus liegt hierbei auf den Dimensionen Haltung, Wissen und Können.

Um die Thematik allumfassend zu beleuchten, untergliedert sich die vorliegende Arbeit in drei Teile. Der erste Teil dieser Arbeit definiert für die Arbeit relevante theoretische Grundbegriffe. Dafür gibt der erste Abschnitt (Kapitel 2.1) einen Einblick in die pädiatrischen Palliativversorgung und ihre Strukturen, Aufgaben und Zielgruppen im deutschen Gesundheitssystem. Anschließend wird vertiefend das Arbeitsfeld der SAPV-KJ in ihrem Leistungsspektrum und Arbeitsweise definiert (Kapitel 2.2). Welche Bedeutung, Aufgaben und gesetzlich/politisch Einbettung Soziale Arbeit in der pädiatrischen Palliativversorgung im Allgemeinen sowie im speziellen Arbeitsfeld der SAPV-KJ besitzt, wird in den Kapiteln 2.3 und 2.4

beschrieben. Für eine fundierte Entwicklung eines ersten Fach- bzw. Qualitätsstandards für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ widmet sich das Kapitel 3 dieser Arbeit zunächst den Begriffen Qualitäts- und Fachstandards. 3.1 erläutert Qualitäts- und Fachstandards in ihrer Definition, Bedeutung und Umsetzung in der Sozialen Arbeit. Anschließend gibt das Unterkapitel 3.2 einen Einblick in die geltenden Qualitäts- und Fachstandards in der SAPV-KJ. Im Abschnitt 3.3 werden die Aspekte Soziale Arbeit und SAPV-KJ zusammengeführt und unter dem Blickwinkel geltender Qualitäts- und Fachstandards betrachtet. Abgeschlossen wird der erste Teil dieser Arbeit mit der Vorstellung des Konzeptes von Hiltrud von Spiegel zum professionellen Handeln in der Sozialen Arbeit (Kapitel 4). Das Kapitel untergliedert sich dafür in die drei relevanten Handlungskompetenzen des Konzeptes: Haltung (4.1), Wissen (4.2) und Können (4.3). Im gesamten ersten Teil dieser Arbeit wird fortwährend Bezug zur aktuellen Forschungslage genommen und die zu untersuchende Lücke an unterschiedlichen Stellen verdeutlicht.

Der zweite Teil der Arbeit widmet sich der Forschungsmethodik. Im Kapitel 5 wird auf die angewandte Datenerhebungsmethode der Gruppendiskussion eingegangen. Nach einer prägnanten Einführung in die Grundsätze der qualitativen Sozialforschung (5.1), wird die Methodik in ihren theoretischen Aspekten (5.2) sowie Konzeption und Umsetzung beschrieben (5.3). Zur Auswertung der erhobenen Daten wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt (Kapitel 6). Anhand der im Unterkapitel 6.1 vorgestellten Systematik der qualitativen Inhalts Analyse nach Mayring, wird das methodische Vorgehen zur Analyse der in der Gruppendiskussion gewonnenen Daten beschrieben (6.2).

Im dritten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Gruppendiskussion (Kapitel 7) auf Basis des im Kapitel 5 vorgestellten Konzept professionellen Handelns von Hiltrud von Spiegel vorgestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse in einen Gesamtkontext gebracht und unter Einbezug sozialwissenschaftlicher Literatur kritisch diskutiert sowie darauf basierend ein Fachstandard für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ entwickelt (Kapitel 8).

Den Abschluss dieser Arbeit gibt das Fazit (Kapitel 9), welches die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammenträgt und resümiert, den Forschungsprozess kritisch reflektiert, Aspekte der Limitation in der Forschungsarbeit darstellt und einen Ausblick für den zukünftigen Umgang mit den Forschungsergebnissen gibt.

## **2 Theoretischer Rahmen**

Das folgende Kapitel ermöglicht einen Überblick in die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit lebensbedrohlich und lebensverkürzenden Erkrankungen, auch als pädiatrische Palliativversorgung oder Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen bezeichnet. Parallel zu diesen Termini findet man in der Literatur Begriffe wie Palliative Care, Hospiz- und Palliativversorgung, Palliativmedizin etc., die weitestgehend das Gleiche meinen. Da sich der Begriff „Palliativversorgung“ im Gesundheitssystem, der Gesetzgebung als auch der wissenschaftlichen Literatur durchgesetzt hat, wird er im Weiteren verwendet, wenn es um die multiprofessionelle und multidimensionale Versorgung von lebensbedrohlich und lebenslimitiert erkrankten Kindern und Jugendlichen geht. Im ersten Abschnitt werden die Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen und die dazugehörigen Strukturen im deutschen Gesundheitssystem vorgestellt (Kapitel 2.1). Im Kontext der vorliegenden Arbeit wird im Anschluss die SAPV-KJ (Kapitel 2.2) sowie die Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit in diesem Arbeitsfeld vertiefend verdeutlicht (Kapitel 2.3 und 2.4).

### **2.1 Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen**

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist „Palliativmedizin/Palliative Care 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“ (WHO 2002). Angelehnt an die WHO-Definition erläutert die EAPC im Rahmen des International Meeting for Palliative Care in Children, Trento (IMPACT) die palliative Versorgung für den pädiatrischen Bereich: „Unter Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen versteht man die aktive und umfassende Versorgung. Diese berücksichtigt Körper, Seele und Geist des Kindes gleichermaßen und gewährleistet die Unterstützung der gesamten betroffenen Familie. [...] Es ist Aufgabe der professionellen Helfer, das Ausmaß der physischen, psychischen wie sozialen Belastungen des Kindes zu erkennen und zu minimieren“ (Kinderhospizdienst-Saar 2007; vgl. European Journal of Palliative Care 2007). Betroffene Familien sind auf zahlreichen Ebenen belastet. Die pädiatrische Palliativversorgung zielt darauf ab, sie auf ihrem Weg ganzheitlich zu begleiten und zu unterstützen, Symptome zu lindern und die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern.

Komplementär zur multidimensionalen Sichtweise von Palliativversorgung berücksichtigen Palliativversorgende das Total-Pain-Konzept von Cicely Saunders, wonach Schmerz und Leid komplex sind und eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen erfordern. Die Sichtweise von Saunders verdeutlicht, dass Schmerzen nicht nur auf körperlicher Ebene entstehen und wirken, sondern gleichermaßen auf seelischer, sozialer und spiritueller Ebene verursacht werden und sich wechselseitig beeinflussen (vgl. Saunders 2000). Die Betreuung und Versorgung betroffener Kinder, Jugendlicher und ihren Familien muss daher multiprofessionell erfolgen. Für eine wirksame Umsetzung der pädiatrischen Palliativversorgung ist Palliativmedizin, Palliativpflege sowie psychosoziale Versorgung notwendig. In allen drei Bereichen erfolgt dabei die Orientierung an bestehenden und unter Einbezug ergänzender (öffentlicher) Ressourcen.

Anders als in der erwachsenen Palliativversorgung, die in der Regel die Versorgung am Lebensende (End-of-life-care) darstellt, beginnt die pädiatrische Palliativversorgung ab Diagnosestellung, begleitet den gesamten Krankheitsverlauf und endet mit dem Tod. Die Versorgung kann sowohl in der eigenen Häuslichkeit als auch in Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen erfolgen (vgl. Kinderhospizdienst-Saar 2007; vgl. European Journal of Palliative Care 2007). Strukturen wie ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste oder andere Einrichtungen bieten in Form von Trauerbegleitung für das Familiensystem (Eltern, Geschwister, Großeltern, Freunde etc.) eine Begleitung über den Tod hinaus an.

Palliativversorgung richtet sich an lebensbedrohlich als auch lebenslimitiert erkrankte Kinder und Jugendliche. Lebensbedrohliche Erkrankungen werden definiert als Krankheiten, für die es zunächst kurative Therapieansätze gibt, jedoch dennoch das Risiko eines verfrühten Todes besteht (z.B. onkologische Erkrankungen). Bei lebenslimitierenden Erkrankungen hingegen gibt es keine (realistische) Chancen auf Heilung, so dass die betroffenen Kinder voraussichtlich vor dem Erreichen des späten Erwachsenenalters versterben werden (vgl. Zernikow et al. 2021, S. 4). Die Organisation Together for Short Lives hat die lebensbedrohlichen und lebenslimitierenden Erkrankungen nach zu erwartendem Krankheitsverlauf in fünf Versorgungsgruppen (Kriterien für die Palliativversorgung) eingeteilt und bietet somit einen Überblick zu den Kindern und Jugendlichen mit einem Bedarf an Palliativversorgung und die erforderliche Versorgungsform:

- „1 Life-threatening conditions for which curative treatment may be feasible but can fail. Access to palliative care services may be necessary when treatment fails or during an acute crisis, irrespective of the duration of threat to life. On

reaching long-term remission or following successful curative treatment there is no longer a need for palliative care services. [...]

- 2 Conditions where premature death is inevitable. There may be long periods of intensive treatment aimed at prolonging life and allowing participation in normal activities. [...]
- 3 Progressive conditions without curative treatment options. Treatment is exclusively palliative and may commonly extend over many years. [...]
- 4 Irreversible but non-progressive conditions causing severe disability, leading to susceptibility to health. Children can have complex health care needs, a high risk of an unpredictable life-threatening event or episode, health complications and an increased likelihood of premature death. [...]
- 5 Unborn children with major health problems who may not live through birth, infants who may survive for only a few hours/days, infants with birth anomalies that may threaten vital functions, and infants for whom intensive care has been appropriately applied but developed an incurable disease. [...]" (Benini et al. 2022, e533).

Anhand dieser aufgezeigten Erkrankungsbilder mit palliativen Versorgungsbedarf wird klar, dass sich die Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen auch hinsichtlich der Epidemiologie wesentlich von der Palliativversorgung von Erwachsenen unterscheidet. Die Bandbreite der Erkrankungen ist sehr groß und umfasst Fehlbildungen, Stoffwechselerkrankungen, Krebs, neurologische Störungen, Herz- und Lungenerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Folgen von Frühgeburtlichkeit, Sauerstoffmangel oder Verletzungen (vgl. Groh et al. 2014; Zernikow 2021, S. 11-13). Demnach haben Kinder und Jugendliche, die eines der vorgenannten Kriterien erfüllen grundsätzlich Anspruch auf Palliativversorgung. Es gilt, die erkrankten Kinder und Jugendlichen und ihre Familien ganzheitlich zu betrachten und ihre Bedürfnisse (Therapieziel/-wunsch der Familie, Versorgungsinhalte etc.) zu erfassen. Unter Beachtung der dargestellten Aspekte (Diagnose, zu erwartender Krankheitsverlauf und erfasste Bedürfnisse der Familien) ist es Aufgabe der pädiatrischen Palliativversorgung, die betroffenen Kinder/Jugendlichen und ihre Familien in entsprechende Versorgungsstrukturen der Palliativversorgung zu integrieren (vgl. Benini et al. 2022, S. e532). Diese lassen sich in drei Ebenen unterteilen: Basispalliativversorgung, allgemeine pädiatrische Palliativversorgung und spezialisierte pädiatrische Palliativversorgung (siehe Abbildung 1).

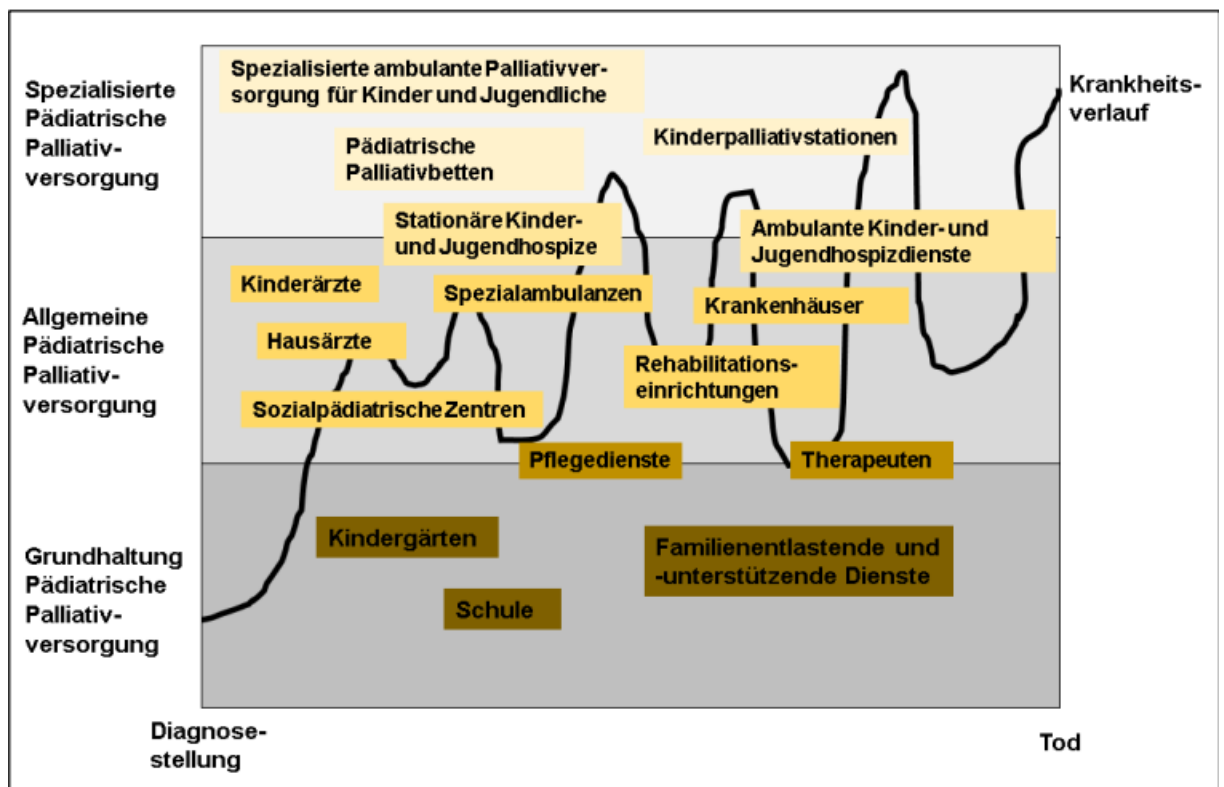


Abbildung 1: Versorgungsebenen der Palliativversorgung (Janisch 2022, S. 10)

In der Basisversorgung werden lebensbedrohlich und lebenslimitiert erkrankte Kinder und Jugendliche durch Einrichtungen wie Kindergärten und Schulen betreut, die über ein Grundwissen sowie Grundfertigkeiten in der Versorgung der betroffenen Kinder/Jugendlichen verfügen.

Auf der allgemeinen Versorgungsebene werden die erkrankten Kinder und Jugendlichen im ambulanten Bereich meist kontinuierlich und umfassend medizinisch durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen, Fachärzt:innen in Fach- oder Spezialambulanzen, in Sozialpädiatrischen Zentren versorgt, bedarfsorientiert ergänzt durch Sozialarbeitende, Psycholog:innen, ambulante Kinderkrankenpflegedienste und Therapeut:innen. Parallel dazu wird die allgemeine Palliativversorgung auch im stationären Bereich in den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin mit ihren verschiedenen Fachabteilungen (z.B. Neuropädiatrie, Onkologie, Pulmologie etc.) und in Rehabilitationskliniken erbracht. Zudem kann die ambulante und stationäre Kinder- und Jugendhospizarbeit genutzt werden. Die allgemeine Versorgungsebene kommt bei niedriger Symptomlast und geringer Versorgungskomplexität zum Einsatz. Leiden Kinder und Jugendliche an einer hohen Symptomlast und weisen ein komplexes Versorgungsgeschehen auf, bei denen die genannten allgemeinen ambulanten Versorgungsstrukturen nicht

ausreichen, wird die spezialisierte pädiatrische Palliativversorgung einbezogen. Dazu zählen im stationären Kinderpalliativstationen und in der ambulanten Versorgung die SAPV-KJ (vgl. Zernikow et al. 2021, S. 15-24, 27-30; vgl. Janisch 2022, S. 10f.).

Betroffene können je nach aktuellem Zustand, Krankheitsverlauf und Bedarfen zwischen diesen drei Versorgungsebenen wechseln. Ebenso ist eine parallele Versorgung in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bzw. Ebenen oftmals erforderlich und möglich. Die Versorgung der betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihren Familien erfolgt dabei stets unabhängig von Herkunft, Religion und sozialem Status (vgl. Zernikow et al. 2021, S. 6).

## **2.2 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ)**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche ergänzt bzw. übernimmt die ambulante Versorgung, wenn aufgrund der Symptomlast und/oder Komplexität der Situation die Versorgung auf der allgemeinen Versorgungsebene nicht (mehr) ausreicht. Wie eingangs bereits beschrieben richtet sich die SAPV grundsätzlich an „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen“ (§37b Abs. 1 Satz 1 SGB V). Anders als im Erwachsenenbereich ist die SAPV-KJ Versorgung nicht an die letzte Lebenszeit des Kindes/Jugendlichen gebunden, sondern erfolgt bereits ab Diagnosestellung und somit häufig über einen längeren Zeitraum (Tage, Wochen, Monate). Sie kann mehrfach erbracht werden – zum Beispiel beim Fortschreiten der Erkrankung, bei einer Symptomverschlimmerung oder bei (drohender) unzureichender Versorgung auf der allgemeinen Versorgungsebene (sogenannte intermittierende Versorgung) (vgl. GKV-Spitzenverband 2022, S. 6). Die Mitarbeitenden der SAPV-KJ erfüllen besondere Anforderungen, wie spezifische palliativmedizinische Qualifikation und Erfahrungen in diesem Arbeitsbereich. Seit dem Jahr 2007 wird die SAPV sowohl für den Erwachsenen- als auch für den Kinderbereich als verordnungspflichtige Leistung der gesetzlichen (und privaten) Krankenversicherung finanziert. § 37b SGB V und § 132d SGB V sowie die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses definieren unter anderem Leistungsumfang, Anspruchsvoraussetzungen, Aufgaben und Ziele, jeweils angepasst an den Kinder- bzw. Erwachsenenbereich (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2022)

Ziel der SAPV-KJ ist die Lebensqualität sowie die Selbstbestimmung von palliativ erkrankten Kindern und Jugendlichen „zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und



ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe sowie in einem stationären (Kinder- und Jugend) Hospiz zu ermöglichen“ (GKV-Spitzenverband 2022, S. 5).

SAPV-KJ-Teams setzen sich aus palliativmedizinisch qualifizierten Ärzt:innen, Pflegefachkräften sowie psychosozialen Mitarbeitenden (wie zum Beispiel Sozialarbeitenden, Sozialpädagog:innen, Psycholog:innen und Seelsorgenden) zusammen. Die SAPV-KJ beinhaltet Leistungen der Beratung, Versorgungskoordination und additiv unterstützende Teil- bzw. Vollversorgung, angepasst an die Bedarfe der Patient:innen und ihren Familien sowie eine ärztlich/pflegerische 24-Stunden-Rufbereitschaft (vgl. GKV-Spitzenverband 2022). Aufgabe des medizinischen Bereiches ist es, Schmerzen und andere leidvolle Symptome (z.B. neurologischer, respiratorischer oder gastrointestinaler Art) zu lindern; insbesondere medikamentös. Die pflegerische Versorgung verfolgt ebenso die physische Linderung von Leid und Schmerz und zielt in besonderer Weise auf den Aufbau und die Stärkung von Ressourcen (z.B. durch Anleitung in Pflegemaßnahmen, Beratung zu und Organisation von Pflegehilfsmitteln). Mitarbeitende aus dem psychosozialen Bereich begleiten die Patient:innen und ihre Familien durch stützende und entlastende Gespräche und beraten sie in sozialrechtlichen Anliegen. Eine umfassende und multiprofessionelle Betreuung in medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen/seelsorgerischen Belangen ist durch den Einbezug der verschiedenen Professionen möglich. Entsprechend wird die Leistung der SAPV-KJ als Komplexleistung definiert (vgl. Zernikow et al. 2021, S. 20). Die Rolle der Sozialen Arbeit in der SAPV-KJ wird im Abschnitt 2.4 aufgegriffen.

## **2.3 Soziale Arbeit in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen**

Laut der International Federation of Social Workers (IFSW) fördert Soziale Arbeit: „als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden“ (DBSH 2016).

Ausgehend von dieser Betrachtungsweise stellt die (pädiatrische) Palliativversorgung ein Arbeitsfeld Sozialer Arbeit dar – schließlich gehen mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen/-limitierenden Erkrankung, der fortschreitenden gesundheitlichen Verschlechterung und Sterben/Tod eine Vielzahl belastender Herausforderungen einher. Betroffene und ihre Angehörigen sind mit Ängsten, Sorgen und Herausforderungen existenzieller, emotionaler, sozialer sowie finanzieller Art konfrontiert (vgl. Student 2020, S. 21). Soziale Arbeit hat den Anspruch, die schwerstkranken Menschen und ihre Angehörigen in ihrer Belastungssituation zu unterstützen und zu entlasten, Ressourcen zu stärken, Selbstbestimmung zu fördern und Problemlagen bzw. Risiken zu minimieren. Zudem gilt es, soziale Teilhabe bis zum Lebensende zu ermöglichen und Isolierung sowie Ausgrenzung zu vermeiden (vgl. DGP, Sektion Soziale Arbeit 2012, S. 2-4).

Die Sektion Soziale Arbeit der DGP hat in einer Profilbeschreibung die Aufgabenbereiche Sozialer Arbeit in der Palliativversorgung zusammengetragen. Sozialarbeiter:innen/Sozialpädagog:innen haben demnach folgende Kernaufgaben: (1) Beratung, (2) psychosoziale Begleitung, (3) Begleitung ethisch-rechtlicher Entscheidungsprozesse, (4) interner und externer Netzwerkarbeit und Koordination, (5) professionellem Austausch und Unterstützung des fachlichen Bezugssystems, (6) Koordination und Leitung ehrenamtlicher Mitarbeiter, (7) Wissensvermittlung, Dokumentation, Evaluation, Forschung und Lehre. Über die inhaltliche Beschreibung der Kernaufgaben hinaus, werden Qualifikationsanforderungen, Schlüsselkompetenzen und Aspekte zur ethischen Grundhaltung aufgegriffen. Die vorliegende Profilbeschreibung der Sektion Soziale Arbeit der DGP bezieht sich zwar

nicht explizit auf die Zielgruppe der Palliativversorgung für Erwachsene jedoch sind Kinder und Jugendliche weder als Betroffene noch die Besonderheiten der pädiatrischen Palliativversorgung benannt, sodass der/die Lesende darauf schließen kann, dass die Soziale Arbeit in der Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche dabei nicht berücksichtigt wurde (vgl. DGP, Sektion Soziale Arbeit 2012, S. 2-4).

Auch die Arbeiten von Student sowie Wasner und Pankofer (Hrsg.), die die Soziale Arbeit in der Palliativversorgung umfassend beleuchten, beziehen sich hauptsächlich auf die Versorgung von Erwachsenen. Die pädiatrische psychosoziale Palliativversorgung hingegen wird meist nur komprimiert dargestellt (vgl. Student 2020, S. 93-96; Reichelt 2021, S. 226-236). Vor diesem Hintergrund besteht der Bedarf, ein fachlich fundiertes Profil der Sozialen Arbeit für diesen Bereich zu entwickeln.

Anders als in der Palliativversorgung für Erwachsene, sind Kinder und Jugendliche und ihre Familien mit besonderen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert, die eine häufig längere sozialarbeiterische Betreuung mit einem sehr breiten und vielfältigem Anforderungsprofil erfordern. Die meist langjährige und häufig sehr aufwändigere Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendliche bringt eine enorme emotionale, soziale, spirituelle, aber auch finanzielle und organisatorische Belastung des ganzen Familiensystems mit sich. Die Versorgung der erkrankten Kinder ist häufig sehr zeitintensiv, aufwändig und spezifisch und kann ohne intensive Einarbeitung von anderen, wie z.B. Verwandten oder Freunden kaum übernommen werden, sodass mindestens ein Elternteil rund um die Uhr verfügbar sein muss. Die Familien sind fortlaufend gefordert, die Gestaltung und Bewältigung des alltäglichen Lebens stetig an die sich verändernde Lebenssituation (z.B. bei zunehmender Immobilität durch Krankheitsprogress, geplante und ungeplante Krankenhausaufenthalte) sowie Zukunftspläne anzupassen. Paarbeziehungen leiden unter der zeitintensiven Versorgung ihres Kindes, der permanenten Anspannung und drohenden bzw. empfundenen Überforderung. Geschwister benötigen neben dem erkrankten Kind Aufmerksamkeit und Zuwendung. Gemeinsame Unternehmungen sind in der Regel mit viel Planung und Aufwand verbunden, wodurch sie häufig seltener werden. Die Familien ziehen sich zurück, Freundeskreise werden bei mangelndem Verständnis gegenüber den Nöten der Familie kleiner. Vielen Eltern ist es durch die zeitintensive Versorgung nicht möglich, ihre Arbeit in gewohntem Umfang fortzuführen, sodass Fragen, Sorgen und Ängste zu existenzsichernden Fragen hinzukommen. Weitere psychosoziale Belastungsfaktoren können in Arbeitslosigkeit,

Arbeitsunfähigkeit, Migration, Alleinerziehung etc. liegen (vgl. Gertz et al. 2021, S. 308ff.).

Um diesen anhaltenden multidimensionalen Belastungen standzuhalten bzw. sie zu bewältigen, benötigen betroffene Familie Unterstützung. An dieser Stelle setzt die psychosoziale Arbeit der pädiatrischen Palliativversorgung an. Sie nimmt den Menschen in seinen bio-psycho-sozialen Aspekten sowie deren Wechselbeziehungen zueinander in den Blick und arbeitet lebensweltorientiert (vgl. Pauls 2013, S. 18; Thiersch 2017). Zielgruppe der psychosozialen Versorgung ist demnach nicht nur das erkrankte Kind bzw. der betroffene Jugendliche, sondern ebenso sein soziales Umfeld, das gleichermaßen Unterstützung benötigt. Dabei befinden sich die Eltern in einer Doppelrolle: Sie sind aktiver Versorger und Unterstützer, benötigen aber auch Unterstützung durch professionelle Versorger:innen (vgl. Janisch/Nolte-Buchholtz 2013, S. 291). Zur Zielgruppe psychosozialer Versorgung zählen insbesondere Eltern und Geschwister, aber bei Bedarf ebenso Großeltern, Freunde, Klassenkamerad:innen, Lehrer:innen, Pflegende etc. sowie weitere Bezugspersonen. Es ist essenziell, die psychosoziale Versorgung der einzelnen stets individuell in den Blick zu nehmen und an deren Bedarfen und Bedürfnissen auszurichten (vgl. Gertz et al. 2021, S. 308-311.; Schittkowski 2021, S. 312-317; Münstermann 2021, S. 318).

Ausgehend von den Belastungen, verfügbaren Ressourcen, Bedarfen und Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppen sind die Aufgaben der psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Palliativversorgung multidimensional. Das Fachreferat Psychosoziale Mitarbeitende der Arbeitsgruppe (AG) Kinder und Jugendliche der DGP, in dem sich Sozialarbeiter:innen und -pädagog:innen, Psycholog:innen sowie Seelsorger:innen bundesweit zusammengefunden haben, hat in einem Ganztagsworkshop im Jahr 2020 die Aufgabenfelder psychosozialer Arbeit in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen beschrieben. Dabei differenzieren sie zwischen Aufgaben in der Familie und Aufgaben im Team (vgl. Beissenhirtz/Janisch 2020).

Hinsichtlich der Familien wurden folgende Themen- bzw. Aufgabenfelder benannt: Psychosoziale Fachkräfte erfassen in einer Ressourcen- und Belastungsanalyse die aktuelle Situation und das Erleben der Familien. Sie unterstützen Familien im Umgang mit der Situation, indem sie den Eltern mit entlastenden/stützenden Gesprächen (z.B. zu Krankheitsbewältigung und -verarbeitung, Auseinandersetzung mit spirituell-existenziellen Fragestellungen, Ressourcenaktivierung und -stärkung,

Psychoedukation, Aufklärungsgespräche mit Geschwistern) zur Seite stehen und das Familiensystem stärken und stabilisieren, das erkrankte Kind/Jugendlichen in seiner begrenzten Lebenszeit begleiten (z.B. Fragen und Ängste besprechen, Erinnerungen schaffen, Herzenswünsche umsetzen, Jenseitsvorstellungen thematisieren) und für Geschwister zur Verfügung stehen. Soziale Arbeit berät die Familien zu gesetzlichen Regelungen und unterstützt bei der Organisation und Beantragung von Leistungen (wie Pflege- und Krankenversicherung, Schwerbehinderung, finanzielle Leistungsansprüche etc.). Auch geht es darum die Betroffenen durch die Vermittlung konkreter Angebote, wie z.B. der stationären oder ambulanten Kinder- und Jugendhospizarbeit, zu entlasten. Auch zu anderen Angeboten bzw. Leistungsträgern werden Familien im Rahmen der Netzwerkarbeit vernetzt und an- bzw. eingebunden. Nach dem Tod des Kindes stehen psychosoziale Fachkräfte den Familien in ihrer Trauer beratend und begleitend zur Seite (vgl. Beissenhirtz/Janisch 2020).

#### **2.4 Soziale Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen**

Trotz des holistischen Ansatzes der Palliativversorgung wurden bis Ende 2022 in der SAPV-KJ lediglich ärztliche und pflegerische Leistungen von den Krankenkassen vergütet. Psychosoziale Aufgaben sollten laut §37b SGB V durch Kooperationen mit der ambulanten Hospizarbeit umgesetzt werden, wobei dieser Verweis außer Acht lies, dass Koordinator:innen der Hospizarbeit nicht immer Sozialarbeitende sind und deren Hauptaufgabe in der Gewinnung und Koordination von Ehrenamtlichen und nicht in der Beratung und Begleitung von Patient:innen liegen. Psychosoziale Mitarbeitende mussten daher in der Regel über Drittmittel finanziert werden und waren oftmals nur mit begrenzten Stellenanteilen tätig. Viele psychosoziale Fachkräfte waren bzw. sind Sozialarbeiter:innen/-pädagoginnen; sie sind damit bereits seit längerer Zeit de facto integraler Bestandteil der pädiatrischen Palliativversorgung (vgl. Schneider 2022, S. 2f.).

Eine Überblicksdarstellung über die psychosoziale Versorgung in der SAPV-KJ erfolgte 2022 erstmals durch Anna-Lena Schneider (vgl. Schneider 2022, S. 1-8). In einer Befragung wurden von insgesamt bundesweit 40 verzeichneten SAPV-KJ-Teams, 34 Teams zur psychosozialen Versorgung in ihrem SAPV-KJ-Team befragt. 76 psychosoziale Mitarbeitende in der SAPV-KJ konnten bundesweit verzeichnet werden, davon nahmen 57 an der Befragung teil. Die untersuchten Themenfelder schlüsselten sich in (1) Strukturen, (2) Versorgungsabläufe, (3) Aufgaben, (4) Vernetzung sowie (5) Herausforderungen und (6) Grenzen auf. Dabei konnte unter anderem festgestellt werden, das in Betrachtung der Grundgesamtheit an

psychosozialen Mitarbeitenden in der SAPV-KJ (n=76), vor allem Sozialarbeiter:innen in SAPV-KJ-Teams für die psychosoziale Versorgung involviert sind (43%). Weitere Berufsgruppen sind Psycholog:innen (20%), Seelsorgende (12%) und 17% Sonstige, bei 8% konnten keine Daten erhoben werden. Die meisten SAPV-KJ-Teams haben mehrere psychosoziale Mitarbeitende. In den acht Teams, in denen nur eine psychosoziale Fachkraft im Team war bzw. ist, waren 2/3 davon Sozialarbeitende. Zusätzlich zum Grundstudium hatten 60% der Befragten einen Abschluss im Pädiatrischen Palliative Care Kurs bzw. absolvierten diesen zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Weitere Zusatzqualifikationen bildeten sich in Trauerbegleitung, systemischer Ausbildung, Case Management und/oder Kunst- und Musiktherapie ab. Aufgrund der bislang überwiegenden Drittmittelfinanzierung, arbeiteten bzw. arbeiten der überwiegende Anteil der psychosozialen Mitarbeiter:innen (75%) neben ihrer Tätigkeit in der SAPV-KJ-Versorgung ergänzend in anderen Bereichen des sozialen Sektors (z.B. Kliniksozialdienst, Kinder- und Jugendhospizarbeit etc.). In den Angaben zu Versorgungsprozessen wurde deutlich, dass Sozialarbeitende von der Aufnahme bis zum Abschluss der Versorgung involviert sind. Hingegen werden andere Berufsgruppen wie Psycholog:innen und Seelsorgende nur bei konkreten Anfragen eingebunden. Ebenso wurden die Aufgaben der psychosozialen Mitarbeitenden erfragt; diese sind an vielen Stellen kongruent mit den aufgeführten Aufgabenbereichen im Unterkapitel 2.3. (sozialrechtliche Beratung, psychosoziale Begleitung, Unterstützung und Begleitung von Patient:innen und ihren Familien, Netzwerkarbeit, Nachsorgeangebote etc.). Um Kinder, Jugendliche und ihre Familien ganzheitlich unterstützen zu können, ist interne (im Team) und externe (mit anderen Versorger:innen) Vernetzung essenziell. Einheitliche Dokumentationssysteme, Teambesprechungen, regelmäßige Fallkonferenzen, Fallberatung, Netzwerktreffen und Supervisionen tragen dazu bei (vgl. Schneider, S. 2-7).

Mit Inkrafttreten des BRV-SAPV-KJ nach §132d Abs. 1 Satz 1 SGB V im Januar 2023 wird nun – vorbehaltlich des Abschlusses eines neuen Vertrags zwischen SAPV-KJ-Team und den Krankenkassen – neben der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auch der psychosoziale Bereich finanziert. Dabei ist ein Stellenanteil von mindestens 0,5 VK psychosoziale Fachkraft je Team vorgesehen. Der Bundesrahmenvertrag konkretisiert die fachliche Qualifikation dieser Fachkräfte folgendermaßen: sie müssen (1) einen Hochschulabschluss im Bereich Sozialpädagogik, Rehapädagogik, Heilpädagogik, Soziale Arbeit oder Psychologie vorweisen, (2) die Zusatzqualifikation Pädiatrische Palliative Care erworben haben und (3) Erfahrungen als psychosoziale

Fachkraft in der psychosozialen Betreuung von pädiatrischen Palliativpatient:innen vorweisen können (vgl. GKV-Spitzenverband 2022, S. 19).

Über die genannten Qualifikationen (Studium, Zusatzweiterbildung, berufliche Erfahrung) hinaus gibt der BRV-SAPV-KJ keine weiteren Anhaltspunkte zur psychosozialen Arbeit vor, so dass die Ausgestaltung der Inhalte, des Umfangs, der Methoden etc. durch die psychosozialen Fachkräfte selbst erfolgen kann bzw. muss. Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Arbeit eine erste fundierte Auseinandersetzung zu Fach- und Qualitätsstandards der Sozialen Arbeit in der pädiatrischen Palliativversorgung leisten.

### **3 Qualitäts- und Fachstandards**

Die Frage nach der Notwendigkeit und Bedeutung von Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit wurde seit den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts diskutiert. Gründe hierfür waren Änderungen in den politischen Rahmenbedingungen und deren Umsetzung in gesetzlichen Regelungen sowie die beginnende Ökonomisierung der Sozialen Arbeit, aber auch der Legitimationsdruck gegenüber den Leistungsträgern und angrenzenden Professionen (vgl. Mülhausen 2004, S. 14-18).

Das vorliegende Kapitel dient der Darstellung von Qualitäts- und Fachstandards. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die Qualitäts- und Fachstandards Sozialer Arbeit in ihrer Bedeutung und Anwendung beschrieben (Kapitel 3.1). Anschließend gibt das Unterkapitel 3.2 einen Einblick in die geltenden Qualitäts- und Fachstandards in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche. Im Abschnitt 3.3 werden die Aspekte Soziale Arbeit und SAPV-KJ gemeinsam unter dem Blickwinkel geltender Qualitäts- und Fachstandards betrachtet.

#### **3.1 Qualitäts- und Fachstandards in der Sozialen Arbeit**

Ausgehend von etablierten Qualitätsmanagementsystemen der Wirtschaft wurden in sozialen Organisationen verschiedenste allgemeine und berufs- bzw. arbeitsfeldspezifische Qualitätsmanagementsysteme etabliert (vgl. Mülhausen 2004, S. 27). Bekannte Konzepte der Wirtschaft sind die Normenreihe DIN EN ISO 9000ff, das Konzept der European Foundation for Quality Management (EFQM), das Benchmarking sowie die interne Evaluation (vgl. Merchel 2013, S. 71-126); einige davon finden Anwendung in den Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2016)

Der Begriff Qualität stammt aus dem lateinischen und bedeutet so viel wie Beschaffenheit. Da Qualität sich jedoch nicht nur auf materielle Güter beschränkt, sondern ebenso bei Dienstleistungen erfahrbar ist, wurde der Begriff in der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9000 definiert als „die Erfüllung von Erfordernissen und Erwartungen“ (Rugor/Studzinski 2012, S. 13). Demnach ist Qualität zunächst sehr subjektiv und formbar, es müssen lediglich verbindliche Vorgaben zu den Erfordernissen und Erwartungen an das zu bewertende Produkt bzw. die Dienstleistung festgeschrieben und deren Erfüllung anschließend überprüft werden. „Das Ausmaß, in dem Erfordernisse und Erwartungen erfüllt werden, wird



durch Bestimmungswörter wie zum Beispiel ‚gut‘, ‚hoch‘ oder ‚schlecht‘, ‚gering‘ angegeben“ (Rugor/Studzinski 2012, S. 13). Folglich – und dies ist ein Kritikpunkt an Qualitätsmanagementsystemen – kann auch ein Produkt oder eine Dienstleistung, die eine geringe Qualität im Sinn einer guten Beschaffenheit haben, eine hohe Qualität aufweisen – wenn eben die vorher definierten Erfordernisse erfüllt werden.

Um den Qualitätsbegriff in seiner Komplexität fass- und handhabbar zu machen, wird häufig das dienstleistungsbezogene Qualitätsmodell von Donabedian verwendet (vgl. Donabedian 2005). Dabei wird Qualität in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgefächert. Strukturqualität bezieht sich auf den Leistungsauftrag, die organisationsbezogenen Rahmenbedingungen, die Ausstattung in Form räumlicher, technischer, personeller und finanzieller Ressourcen sowie das Organigramm. In der Prozessqualität geht es um das konkrete Handeln in einer Einrichtung bzw. sozialen Dienstleistung, sie beschreibt Abläufe (wie z.B. konkrete Leistungserbringung, Dokumentation, Koordination) (vgl. Merchel 2013, S. 46; Mülhausen 2004, S. 31) und „beinhaltet alle Aktivitäten zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern und impliziert die Art und Weise wie die Leistungen erbracht werden“ (Mülhausen 2004, S. 31). Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die zu erreichenden und erreichten Ziele sowie auf die Gesamtergebnisse der Dienstleistung (Soll-Ist-Vergleich) (vgl. Merchel 2013, S. 46; Rugor/Studzinski 2012, S. 15). Die drei Dimensionen stehen in einem kausalen Zusammenhang, was bedeutet, dass das Ergebnis wesentlich von den Prozessen und Strukturen abhängig ist. Eine Verbesserung in der einen Dimension wirkt sich sogleich auch auf die anderen positiv aus (Mülhausen 2004, S. 32). Die Qualität von Dienstleistungen ist besonders sensibel, da die Leistung im Moment der Erbringung bereits verbraucht wird. Nacharbeitung, Verbesserung oder gar Ersatz ist nicht bzw. nur sehr begrenzt möglich. Eine vorab dezidierte Festlegung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisstruktur unterstützt die Qualitätssicherung essenziell.

Da sich die Soziale Arbeit mit ihren Angeboten und Dienstleistungen im sogenannten sozialrechtlichen Leistungsdreieck bewegt, variiert Qualität je nach Interessenkontext der verschiedenen Beteiligten (z.B. Träger, Mitarbeitende, Adressat:innen, Politik und Gesetzen, etc.) (vgl. Kolhoff 2017, S. 5f.). Die Akteur:innen des Leistungsdreiecks in Form von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten haben unterschiedliche Interessen, Absichten und Aufträge und folglich auch verschiedene Ansichten und Bewertungskriterien zur Qualität der zu finanzierenden bzw. erbringenden bzw. nachgefragten sozialen Dienstleistung. Aus der Verschiedenheit der Akteur:innen sowie der vielseitigen Aufgaben und Handlungsweisen in den

einzelnen Arbeitsbereichen Sozialer Arbeit resultiert, dass es keine objektive und allgemeingültige Definition von Qualität von Sozialer Arbeit gibt, sondern diese durch individuelle Bewertungskriterien bestimmt wird (vgl. Mülhausen 2004, S. 21ff.).

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) hat zur Orientierung und Beschreibung professioneller Sozialer Arbeit Qualitätskriterien sowie Indikatoren (Messgrößen zur Überprüfung eines Sachverhaltes) zur Bewertung erstellt und in Kontext-, Kompetenz- und Klient:innenebene untergliedert. Die Kontextebene bezieht sich auf die Ebene der institutions- und gesellschaftsbezogenen professionellen Sozialen Arbeit. Es werden strukturelle Rahmenbedingungen beschrieben, von denen die Qualität Sozialer Arbeit abhängt und die von den Trägern sowie durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen bestimmt werden (z.B. Arbeitsplatz, Supervision, geeignete Arbeitsmittel). Die Kompetenzebene bezieht sich auf erforderliche Kompetenzen sowie deren kontinuierliche Sicherstellung und Erweiterung. Dies umfasst unter anderem ein auf das Aufgabengebiet bezogener qualifizierter Abschluss und auch eine fortwährende Fort- und Weiterbildung, um die Qualität der Arbeit dauerhaft zu sichern. Neben den genannten Faktoren ist die Qualität sozialarbeiterischen Handelns abhängig von der Art und Weise, wie eine Leistung erbracht wird (Klient:innenebene). Grundlagen qualitativer hochwertiger Sozialer Arbeit sind die Arbeit auf der Basis theoretischer und wissenschaftlich begründeter Handlungs- und Arbeitskonzepte, die transparente Gestaltung und die Dokumentation des Arbeitsprozesses, die jeweils arbeitsbereichsspezifisch umgesetzt werden müssen (vgl. DBSH 2009, S. 29-40; Burzan 2014, S. 765f.).

In einigen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit z. B. Kinder- und Jugendhilfe, Altenhilfe, klinische Sozialarbeit werden spezifische Qualitäts- und Fachstandards durch gesetzliche Bestimmungen vorgegeben. Berufsverbände, Fachgesellschaften und Fachliteratur ergänzen und konkretisieren in der Regel gesetzliche Vorgaben (vgl. Ansen et al. 2004; Schaub 2008; Pauls/Gahleitner 2013). Beispielhaft sei dies an der klinischen Sozialarbeit verdeutlicht: Im SGB V – dem Buch der gesetzlichen Krankenversicherung – werden Angaben zum Versorgungs- und Entlassmanagement im Rahmen einer Krankenhausbehandlung beschrieben (vgl. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) 2023, S. 1). Die vertiefenden Regelungen sind in den Krankenhausgesetzen der Länder spezifiziert und in der Ausgestaltung sehr unterschiedlich. Die bundeslandspezifische Verankerung der Sozialen Arbeit hat die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) in einer Übersicht differenziert aufgeschlüsselt (vgl. ebd., S. 4-9). Die konkrete Entwicklung und Etablierung von Fach-, Kompetenz- und

Qualitätsstandards für den Bereich der klinischen Sozialarbeit erfolgte durch die Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) in Form beschreibender Fachkompetenzen, Ausbildungsstandards sowie eines Handlungsprofils (vgl. Klug 2015, S. 12; Mühlum 2008, S. 4ff.; Pauls/Gahleitner 2008, S. 6-12). Die DVSG entwickelte darüber hinaus einen Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für die klinische Sozialarbeit (vgl. DVSG 2011).

Die Detailtiefe von Qualitäts- und Fachstandards ist je nach Arbeitsbereich und dessen Professionalisierungs- und Organisationsgrad sowie den Anforderungen und Bewertungskriterien der Leistungsträger (Einzelorganisationen, Ämter, Verbände, Kommunen, Länder, etc.) sehr unterschiedlich und reicht von allgemeinen Formulierungen von Aufgaben, Zielen und Gütekriterien bis zu einem hohen Detaillierungsgrad (vgl. Nöthen 2021; Hansen 2010, S. 22f.). Der „Grad von Konkretion“ (Merchel 2013, S. 63) wird dabei konträr diskutiert (vgl. Arnold/Pätzold 2004, S. 102-112; Kronberger Kreis 1998, S. 19ff.).

Im medizinischen Bereich haben sich zur Qualitätssicherung Leitlinien etabliert, die sich nicht nur an Ärzte, sondern häufig an alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams richten. Die sogenannten AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V.) weisen eine S-Klassifikation auf, die unterschiedliche Niveaus (Evidenzlevel) widerspiegeln (vgl. Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. 2023). Für den Bereich der Palliativversorgung ist momentan lediglich eine S3-Leitlinie für erwachsene Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung publiziert (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie 2020). Eine S3-Leitlinie für die Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche mit einer Krebserkrankung und eine S2k-Leitlinie zur Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie werden aktuell entwickelt (vgl. AWMF online 2020; AWMF online 2022).

Qualitätsmanagement ist jedoch ohnehin ein dynamischer Prozess und kein gleichbleibender und einmalig zu erreichender Zustand (vgl. Mülhausen 2004, S. 26). Es bedarf einer regelmäßigen Reflexion und Evaluation des eigenen professionellen Handelns sowie eine stetige Anpassung an Veränderungen. Nur so ist es möglich, den sich wandelnden Bedarfen der einzelnen Akteur:innen im sozialrechtlichen Leistungsdreieck gerecht zu werden (vgl. Merchel 2013, S. 42f.)

Die Wirksamkeit und Funktionalität eines Qualitätsmanagementsystems einer Organisation kann durch ein externes Audit nachgewiesen und offiziell zertifiziert werden (vgl. Mülhausen 2004, S. 30). Zertifizierungsverfahren im Gesundheitswesen

dienen dem Nachweis, dass die Versorgung der Patient:innen nach spezifizierten und normierten Vorgaben erfolgt.

### **3.2 Qualitäts- und Fachstandards in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche**

Qualitäts- bzw. Fachstandards für die SAPV-KJ sind in den §§ 37b und 132d SGB V sowie dem Bundesrahmenvertrag SAPV-KJ festgeschrieben. Der BRV-SAPV-KJ macht Angaben zu strukturellen und personellen Anforderungen, legt Struktur- und Prozessqualität sowie qualitätssichernde Maßnahmen fest (vgl. GKV-Spitzenverband 2022). So wird im Bundesrahmenvertrag eine multiprofessionelle Teamzusammensetzung mit einer Mindestpersonalausstattung des SAPV-Kernteams von 1,5 VK qualifizierten Ärzt:innen, 3,0 VK qualifiziertem Pflegefachpersonal sowie 0,5 VK qualifizierten psychosozialen Fachkräften gefordert. Des Weiteren werden Angaben zu Qualifikationsanforderungen sowie zu Zusatzausbildungen gemacht. Angaben zu strukturellen und sächlichen Rahmenbedingungen umfassen Aspekte wie Mobilitätsausstattung, Büroräume, Kommunikationstechnik etc. Zudem werden Grundanforderungen an Arbeitsinhalte und -prozesse beschrieben. Diese umfassen unter anderem Beratungsleistungen, die Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes, Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit, eine 24-Stunden-Rufbereitschaft, Anleitung betroffener Familien und/oder Versorger:innen in beispielsweise medizinisch/pflegerischen Maßnahmen und vieles mehr (vgl. GKV-Spitzenverband 2022, S. 7-25).

Die Qualitätsdimensionen von Donabedian finden sich im BRV-SAPV-KJ vor allem in der operationalisierten Darstellung der Prozess- und Strukturqualität (Mindestpersonalausstattung, Anforderungen an räumliche und sächliche Ausstattung, Beschreibung von Leistungsumfang und Arbeitsinhalten etc.) wieder (vgl. GKV-Spitzenverband 2022, S. 7, 14, 21-25). Die Ergebnisqualität lässt sich zwar aus den Zielen der SAPV-KJ ableiten, jedoch fehlen hierfür spezielle Qualitätskriterien (vgl. GKV-Spitzenverband 2022, S. 5f.). Um diese Lücke zu schließen, hat sich das Forschungsprojekt MOPP (Meaningful Outcomes in Pediatric Palliative care) des Kinderpalliativzentrums Datteln das Ziel gesetzt, ein multidimensionales Instrument zur Messung der Ergebnisqualität in der pädiatrischen Palliativversorgung von Patient:innen mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen zu entwickeln. Dabei sollte die Ergebnisqualität wesentlich aus Sicht der Patient:innen und ihrer Familien bewertet werden. Es ergab sich ein Fragebogen mit einer sechs-Faktoren-Struktur welcher unter anderem Symptome, soziale Teilhabe des Kindes, Normalität, soziale Unterstützung, Bewältigung der Krankheit und Kompetenzen der Betreuungsperson

beinhaltet (vgl. Pelke et al. 2021; Pelke et al. 2021). Auf Basis der Studienerkenntnisse von Pelke et al. wurde im Rahmen eines vom Innovationsfonds geförderten Projektes ein Fragebogen zur Erfassung der elterlichen Sicht auf die Versorgungsqualität ihres komplex-chronisch neurologisch erkrankten Kind entwickelt. Im Rahmen von 16 Items, werden Aspekte der Versorgung erfasst. Die Items erfragen unter anderem Gesichtspunkte des respektvollen Umgangs, bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung, der fachlich fundierten Beratung zu Leistungsansprüchen sowie die Unterstützung bei der Beantragung (vgl. Schmidt et al. 2023).

Bezogen auf professionsspezifische Arbeitsinhalte und Handlungsweise sowie Methoden und Konzepte ist der BRV-SAPV-KJ wenig aussagekräftig. Die Ausführungen erfolgen eher auf einer Metaebene und enthalten keine Konkretion zu diesen Themen. Der „neue“ psychosoziale Bereich wird zwar als unabdingbarer Bestandteil für die ganzheitliche Versorgung benannt, jedoch in seiner Begrifflichkeit und Arbeitsinhalten nicht weiter definiert (vgl. Kapitel 2.3). Auch die ergänzenden Ausführungen in der Handreichung des Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) und der Bundesarbeitsgemeinschaft spezialisierte ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) fokussieren auf für die Praxis relevante strukturelle, personelle und vertragstechnische Aspekte und beinhalten keine professionsspezifischen Profilbeschreibungen, Handlungsweisen oder Arbeitsinhalte (vgl. BAG-SAPV/DHPV 2023).

Somit ist es notwendig, zu praxis- und professionsbezogenen Konzepten, fach- bzw. professionsspezifischem Wissen sowie Methoden und Handlungsempfehlungen für die in der SAPV-KJ tätigen Berufsgruppen auf Fachliteratur zurückzugreifen. Das Standardwerk für den Bereich der pädiatrischen Palliativversorgung ist „Pädiatrische Palliativversorgung – Grundlagen“, für das Boris Zernikow die Herausgeberschaft verantwortet (vgl. Zernikow et al. 2021). Im zweibändigen Standardwerk aus den Jahren 2021 und 2022 werden die Grundlagen der pädiatrischen Palliativversorgung, handlungsleitende Konzepte sowie Fachwissen von anerkannten Expert:innen fundiert und praxisorientiert erläutert. Ausführungen und Spezifizierungen zu Arbeitsinhalten und Umfang der SAPV-KJ beziehen sich dort vor allem auf die medizinisch/pflegerische Versorgung.

### **3.3 Qualitäts- und Fachstandards Sozialer Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche**

Aufgrund des generalistisch angelegten Studiums der Sozialen Arbeit weisen Sozialarbeitende eine ausgeprägte Querschnitt- bzw. Schnittstellenkompetenz auf. Für den psychosozialen Bereich der Palliativversorgung benötigen Sozialarbeitende nicht nur Fachwissen im Bereich der Sozialarbeit und des Sozialrechts, sondern ebenso Grundwissen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Politik und Pflege (vgl. DGP, Sektion Soziale Arbeit 2012, S. 4). Um den besonderen Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen professionell begegnen zu können, braucht es aufgrund der generalistischen Grundausbildung, in den Themen wie Krankheit, Sterben, Tod und Trauer (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen) spezielle Fort- und Weiterbildungen. Dazu zählen fakultative Aus- und Weiterbildungen in (systemischer) Beratung, Trauerbegleitung, Case Management oder ähnliches. Für eine Tätigkeit in der SAPV-KJ ist eine Weiterbildung in Pädiatrischer Palliative Care für alle Mitarbeitenden verpflichtend. Diese Weiterbildung umfasst mindestens 150 Zeitstunden und umfasst die Themenbereiche: (1) Pädiatrische Palliativversorgung und Kinderhospizarbeit, (2) Das Kind als sich entwickelndes Individuum und seine Familie in der pädiatrischen Palliativversorgung, (3) Physische Aspekte: Interdisziplinäre und multiprofessionelle palliative Behandlung und Pflege, (4) Psychosoziale Aspekte und spirituelle Aspekte, (5) ethische und rechtliche Aspekte, (6) Teamarbeit und Selbstpflege, (7) Gesundheits- und berufspolitische Aspekte und organisatorische Aspekte. Der erfolgreiche Weiterbildungsabschluss setzt die Erfüllung der Mindestteilnahmestunden sowie die Anfertigung einer Abschlussarbeit voraus und wird mit einem Zertifikat offiziell bestätigt (vgl. GKV-Spitzenverband 2022, S. 17-19).

Der Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen hat ein Qualitätskonzept und Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich veröffentlicht (vgl. Arbeitskreis psychosoziale Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016). Demnach können herkömmliche Qualitätsmanagementsysteme aufgrund ihrer Strukturiertheit und Standardisierung nicht auf den Hospiz- und Palliativbereich übertragen werden. Vielmehr bedarf es einer Erweiterung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, um die Dimension der Beziehungsqualität (vgl. ebd., S. 25-29). „Die Beziehungsqualität beinhaltet die Einigung der Bezugspersonen bzw. –gruppen darüber, was sie für- und miteinander sein wollen und sein können. Sie beinhaltet, wie die beiden Partner\*innen zueinander stehen, welche Haltungen sie vertreten und leben wollen. Die Beziehungsqualität

drückt sich auch im reflektierten Selbst- und Leitbild aus“ (Arbeitskreis psychosoziale Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016, S. 27f.). In der Profilbeschreibung Sozialer Arbeit in Hospiz- und Palliativarbeit werden die Bedeutung von Multi- und Interdisziplinarität in der Versorgung sowie Kernaufgaben und Methoden, Qualifikationsanforderungen, fachliche Voraussetzungen und Kompetenzen der Sozialen Arbeit sowie einer der Arbeit zugrundeliegender ethischen Grundhaltung verdeutlicht (vgl. ebd., S. 46-55).

Österreich hat seit mehreren Jahren Soziale Arbeit als fester Teil der (pädiatrischen) Palliativversorgung verankert und Leitlinien, Profilbeschreibungen sowie Konzepte zur Integrierung sowie Erbringung Sozialer Arbeit in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht (vgl. Hospiz Österreich 2023; Österreichische PalliativGesellschaft 2018). Durch diese konkretisierten Berufsprofile Sozialer Arbeit in der Palliativversorgung, kann eine ‚Qualitätserwartung‘ an Soziale Arbeit in diesem Feld begründet werden (Schumacher 2021, S. 286), wodurch Arbeitsinhalte und Grenzen nach innen (innerhalb der Profession) und außen (andere Professionen) klar definiert wären. Für die Integrierung psychosozialer bzw. sozialarbeiterischer Standards können die Entwicklungen anderer Länder, wie Österreich, Orientierung bieten.

Die psychosozialen Fachkräfte der AG Kinder und Jugendliche der DGP tauschen sich seit mehreren Jahren in einem Fachreferat zu Arbeitsinhalten, Aufgaben, Konzepten und Methoden des psychosozialen Bereichs in der pädiatrischen Palliativversorgung, die auch die SAPV-KJ inkludiert, aus. So entstanden in den vergangenen Jahren Arbeitspapiere zu Arbeitsfeldern (Kapitel 2.3), aber ebenso zu Arbeitsinstrumenten (z.B. Manuale zum Assessment und zur existenzsichernden Beratung). Die Dokumente sind über den internen Bereich der DGP zugänglich.

Konkrete Qualitäts- und Fachstandards für den psychosozialen Bereich in der SAPV-KJ sind bislang nicht vorhanden. Bundesweit einzigartig arbeitet das Brückenprojekt am Sächsischen Kinderpalliativzentrum des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden als SAPV-KJ-Team zertifiziert nach der DIN EN ISO 9001:2008 (vgl. Zernikow et al. 2021, S. 30f.). Dies umfasst auch den psychosozialen Bereich. Dort werden Struktur- und Prozessqualität differenziert und umfassend beschrieben; das Handbuch ist jedoch nicht frei zugänglich.

Aktuell gibt es keine Fachliteratur, die Arbeitsinhalte, Methoden und Konzepte zur psychosozialen Versorgung in der SAV-KJ gebündelt zusammenfasst. Fachwissen,

Methoden und Konzepte müssen aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen und eigenständig an die psychosoziale Leistungserbringung angepasst werden.



## **4 Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit – ein Konzept**

Angesichts der vielfältigen Arbeitsfelder sowie der individuellen Lebenslagen der hilfesuchenden Menschen, müssen Fachkräfte der Sozialen Arbeit über ein breites Spektrum an Wissen über Theorien und Methoden sowie Fertigkeiten und Kompetenzen verfügen. Dabei bilden eine fachlich fundierte und umfangreiche Ausbildung im Rahmen des Studiums und zusätzliche vertiefende Qualifikationen die Basis professionellen Handelns und tragen maßgeblich zu einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung bei (vgl. Deutscher Bundesverband für Soziale Arbeit e.V. 2023). Um die Bedeutung der Sozialen Arbeit in der SAPV-KJ verdeutlichen und deren Handlungsfeld näher zu definieren, werden im vorliegenden Kapitel Aspekte „guter“, das heißt qualitativ hochwertiger Sozialer Arbeit und Erwartungen an das Arbeitsfeld bzw. die Profession diskutiert.

Schon lange wird die Professionalität der Sozialen Arbeit bzw. die professionelle Identität der Sozialarbeitenden debattiert. Bis heute gibt es keine einheitliche Definition Sozialer Arbeit. Stattdessen bestehen eine Vielzahl von Erklärungsansätzen zur Verfügung. Einige Vertreter:innen lehnen eine übergreifende Definition ab und sehen in der Vielfalt der Handlungsfelder ein unüberwindbares Hemmnis. Andere Vertreter:innen nehmen eine breitere Perspektive ein und betrachten professionelle Identität und berufliches Selbstverständnis unabhängig vom Arbeitsfeld als Verflechtung unterschiedlicher Kompetenzen (vgl. Nodes 2001, S. 11; Geißler/Hege 2007, S. 195-201; Ruttert 2021, S. 12-25).

Laut dem IFSW bzw. DBSH als Dachorganisation bzw. Fachverbänden basiert professionelles sozialarbeiterisches Handeln auf dem Wissen aus sozialwissenschaftlichen theoretischen Grundlagen, Forschungsergebnissen und Praxisevaluationen sowie auf empirischen Erkenntnissen anderer Humanwissenschaften wie Psychologie, Krankenpflege, Psychiatrie, Erziehung und Soziologie definiert (vgl. DBSH 2016, S. 2). Darauf aufbauend gilt es, sozialarbeiterisches Handeln (Methoden, Handlungsstrategien und Konzepte) situationsspezifisch (an Bedarfe und Bedürfnisse sowie an die Zielvereinbarung mit Adressat:in angepasst) sowie an die bestehende Beziehung zwischen Adressat:in und Professionellen anzupassen (vgl. Ruttert 2021, S. 155f.; Wendt 2021, S. 34).

Damit dies gelingt, ist es Ziel des Studiums Sozialer Arbeit, eine reflektierte und kritische Persönlichkeit zu entwickeln, die Menschen bei ihren Problemlagen unterstützen kann sowie soziale Sachverhalte zu bewerten, angemessene fachliche

Methoden und wissenschaftliche Verfahren anzuwenden, Schlussfolgerungen abzuleiten und Entscheidungen in Zusammenarbeit mit den Menschen zu treffen, die ihre Unterstützung benötigen (vgl. Wendt 2021, S. 34). Damit situationsspezifisches sozialarbeiterisches Handeln gelingt, werden spezifische Kompetenzen benötigt.

Was sozialberufliche Kompetenz letztendlich bedeutet und wie sie und welche im Studium vermittelt werden, lassen sich aufgrund der verschiedenen Studienmodularisierungen zu sozialarbeiterischen Kompetenzen nicht klar benennen. Neben umfassender Darstellung von Handlungskompetenzen in der Fachliteratur hat auch der DBSH hierzu ein Werk veröffentlicht, in welchem die wesentlichen Schlüsselkompetenzen beschrieben werden. Die Aufschlüsselungen dieser dient zur Qualitätssicherung und stellt den ‚Schlüssel‘ für kompetentes und professionelles sozialarbeiterische Handeln dar (vgl. Maus et al. 2013, S. 5, 13). Die Schlüsselkompetenzen beschreiben die wesentlichen Kompetenzen, die jede:r Sozialarbeitende nach Studienabschluss beherrschen muss. Sie setzen sich aus: strategischer Kompetenz, Methodenkompetenz, sozialpädagogischer Kompetenz, sozialrechtlicher Kompetenz, Sozialadministrativer Kompetenz personale und kommunikativer Kompetenz, berufsethischer Kompetenz, sozialprofessioneller Beratungskompetenz, Praxisforschungs- und Evaluationskompetenz zusammen (vgl. Maus et al. 2013, S. 7, 43-118). Die Aufschlüsselung erfolgt auf unterschiedlichen Abstraktionsstufen und orientiert sich an der Praxis (vgl. Heiner 2016, S. 55). Wie Wendt und Ruttert ebenso beschreiben, betont auch der DBSH in seinem Werk, dass es nicht darum geht, „die Summe der einzelnen Kompetenzen (zu beherrschen), sondern [...] die Fähigkeit dar(stellt), diese Kompetenzen im Hilfeprozess für den Klienten miteinander zur sozialprofessionellen Hilfe zu verknüpfen“ (Maus et al. 2013, S. 11).

In Betrachtung der verschiedenen Studienmodularisierungen zur sozialarbeiterischen Kompetenzvermittlung sowie der ausdifferenzierten Darstellungen der Schlüsselkompetenzen von Vertreter:innen des DBSH wird deutlich, dass sich professionelles Handeln unter der Perspektive von Handlungskompetenzen aus Hard- und Softskills, also Sach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz zusammensetzt (vgl. ebd.; Wendt 2021, S. 34f.). Dabei meint Sachkompetenz das arbeitsfeldspezifisches Fach- und Organisationswissen, Methodenkompetenz die Fähigkeit situationsspezifisch Methoden anzuwenden, Sozialkompetenz das Wissen über Kommunikation und Techniken dazu und Selbstkompetenz der „kompetente Umgang mit sich selbst“ (Wendt 2021, S. 35) im Sinne des eigenen kompetenten Umgangs mit Herausforderungen und Belastungen (vgl. Wendt 2021, S. 34f.).

Zusammenfassend lassen sich all diese vorher vorgestellten Kompetenzen und Kompetenzmodelle in drei Dimensionen abbilden, welche den Kern von Professionalität und professionellem Handeln beschreiben: Haltung, Wissen und Können (vgl. Wendt 2021, S. 34f.). Was unter dem Modell der Handlungskompetenzen aus diesen drei Dimensionen von Hiltrud von Spiegel zu verstehen ist, wird in den folgenden Unterkapiteln dargestellt. Dabei soll vorab verdeutlicht sein, dass die drei Dimensionen nicht trennscharf voneinander unterschieden und einzeln betrachtet werden können. Sie stehen in einem Zusammenhang, bedingen einander und beeinflussen sich gegenseitig. So ist es möglich, dass bestimmte Aspekte zur Haltung, sich auch in den Bereichen Wissen und/oder Können wiederfinden sowie sich weitere Kompetenzen daraus ergeben; gleiches gilt für alle andere Konstellationen zwischen den drei Dimensionen. Dabei stellt professionelles sozialarbeiterisches Handeln (aus Wissen, Haltung und Können) keinen einmalig zu erreichenden, idealen Soll-Zustand dar, sondern versteht sich als ein dynamischer Entwicklungs- und Reflexionsprozess (vgl. von Spiegel 2013, S. 82).

#### **4.1 Haltung**

„Unter Haltung ist allgemein eine innere, ethisch begründete Einstellung einer Person zu verstehen, die die Grundlage ihres Handelns darstellt und dieses (neben Wissen und Können) prägt“ (Wendt 2021, S. 271). Um eine persönliche und berufliche Haltungsidealität zu entwickeln, müssen sich Professionelle mit persönlichen (biografischen), beruflichen sowie gesellschaftlichen Normen und Werten auseinandersetzen. Erst dadurch ist es Sozialarbeitenden möglich, biografische Prozesse und Sinnkonstruktionen von Adressat:innen (reflexiv) zu verstehen und zu analysieren (vgl. von Spiegel 2013, S. 83).

Die Beschäftigung mit der eigenen Biografie sowie persönlichen Werten und Normen ist in diesem Prozess sehr bedeutsam. Dies umfasst zunächst die Auseinandersetzung mit der Motivation zur Berufswahl. Dabei gilt es, sich bewusst zu werden, welche persönlichen Anteile in der beruflichen Arbeit besonders reflektiert und gegebenenfalls neutralisiert werden müssen (vgl. von Spiegel 2013, S. 89f.). Auch für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der Palliativversorgung müssen sich dort die Tätigen damit auseinandersetzen, aus welchen persönlichen Gründen man dort arbeitet und was dies für das eigene Tun bedeutet. Darüber hinaus ist die Reflexion individueller Wertestandards wichtig. Sozialarbeitende müssen sich in ihrer Arbeit bewusst sein, dass sie selbst „nicht das Maß aller Dinge sind“ (von Spiegel 2013, S. 89), sondern eine gewisse Ambiguitätstoleranz gegenüber den Normen und Wertestandards anderer Menschen notwendig ist (vgl. ebd.). Dies umfasst in der

Palliativversorgung z.B. das Bewusstsein, dass Vorstellungen von der letzten Lebensphase und vom Sterben und Tod sehr stark von individuellen Hoffnungen, Vorstellungen, Wünschen und Ängsten geprägt ist und diese Individualität und möglichen Differenzen zu eigenen Vorstellungen von den Professionellen toleriert und akzeptiert werden müssen. Gleiches gilt für Emotionen wie Angst, Wut, Traurigkeit oder Aggression. Sozialarbeitende müssen, besonders im Arbeitsfeld der (pädiatrischen) Palliativversorgung, in der Lage sein, ihre eigenen Emotionen wahrzunehmen, zu reflektieren, zu akzeptieren und eine professionelle Distanz zu entwickeln, um professionell agieren und adäquat unterstützen zu können. Weitere Komponenten für eine fundierte berufliche Haltung sind eine moralische, (selbst-)reflexive Kompetenz (vgl. von Spiegel 2013, S. 90; Wendt 2021, S. 271).

Neben der Reflexion persönlicher Werte und Normen müssen sich (angehende) Fachkräfte mit den beruflichen Wertestandards der Sozialen Arbeit auseinandersetzen, an denen sie sich in ihrer Tätigkeit orientieren sollen. Dies umfasst die Akzeptanz individueller Wirklichkeits- und Sinnkonstruktionen von Adressat:innen sowie die Achtung und Wahrung ihrer Autonomie und Würde, eine ressourcenorientierte Ausrichtung von Hilfeprozessen und die Möglichkeit zur Partizipation für die Adressat:innen (vgl. von Spiegel 2013, S. 90f.). Für eine vertrauensvolle Beziehung und gelingende Begleitung, auch in der (pädiatrischen) Palliativversorgung, gilt es den sozialarbeiterischen Unterstützungsprozess lebensweltorientiert anzupassen. Das Verstehen der individuellen Sinn- und Wirklichkeitskonstruktionen und die Akzeptanz der Begrenztheit sind dafür wesentliche Grundbedingungen. Unabdingbar ist den Unterstützungsprozess stets an den Bedürfnissen und Bedarfen der Adressat:innen auszurichten, selbst wenn diese den eigenen Vorstellungen entgegenstehen. Ebenso muss ein Bewusstsein über die Abhängigkeit des eigenen Unterstützungsprozesses gegenüber anderen Systemen und Netzwerken (z.B. Familie, soziales Umfeld, Institutionen) bestehen (vgl. Wendt 2021, S. 272f.). Weiter ist zudem eine Auseinandersetzung mit den arbeitsspezifischen Werten und Normen wichtig. Professionelle sollten die in ihrer Einrichtung geltenden Handlungsmaximen, Rahmenbedingungen und Konzepte zu professionellem Handeln kennen und sich in ihrer Arbeit daran orientieren. So gelten für bestimmte Arbeitsbereiche über die allgemeinen professionellen Haltungen spezifische Wertestandards, welche konzeptionell festgelegt sind und zur besseren Zielerreichung dienen (vgl. von Spiegel 2013, S. 91).

Für die Profession der Sozialen Arbeit hat sich der DBSH für „bindende ethische Prinzipien in der Gesellschaft ausgesprochen“ (Deutscher Bundesverband für Soziale

Arbeit e.V. 2023). Dies beinhaltet die Achtung der Autonomie der Menschen, Gerechtigkeit, Nichtschaden, Wohlwollen, Effektivität und Solidarität (vgl. ebd.). Die Schlüsselkompetenzen Sozialer Arbeit umfassen eine Vielzahl ethischer Aspekte (vgl. Maus et al. 2013, S. 7, 43-118). Der DBSH hat eine Berufsethik für die Soziale Arbeit entwickelt, die sich folgenden Aspekten widmet: (1) allgemeine Grundsätze beruflichen Handelns, (2) Handeln im eigenen beruflichen Arbeitsfeld, (3) Handeln gegenüber Menschen, (3) Haltung gegenüber Berufskolleg:innen und gegenüber Angehörigen anderer Professionen und (6) Handeln in der Öffentlichkeit Stellung (vgl. Forum sozial 2014, 33f.). In Auseinandersetzung mit den ethischen Grundprinzipien des DBSH lassen sich Übereinstimmungen mit den bisherigen Ausführungen anhand des Modells von von Spiegel verzeichnen. So gelten ein wertschätzender und anerkennender Umgang sowohl mit Kolleg:innen als auch mit Adressat:innen, eine stetige selbstkritische Auseinandersetzung mit dem beruflichen Handeln und der berufsethischen Haltung sowie eine selbstständige reflexive Auseinandersetzung mit den aktuell geltenden gesellschaftlichen und beruflichen Norm- und Wertstandards als wesentlich. Auf internationaler Ebene gelten die ethischen Grundprinzipien der IFSW und der International Association of Schools of Social Work (IASSW), die deckungsgleich mit denen des DBSH sind (Forum sozial 2014, S.30f.; vgl. IFSW 1994).

Auch für den Hospiz- und Palliativbereich bestehen Konzepte zu ethischen Grundhaltungen, die sich allerdings auf die Palliativversorgung von Erwachsenen beschränken. So drückt bereits der Begriff ‚Palliativ‘ eine „sorgende und behütende Grundhaltung aus, die dem leidenden Menschen gerade dann zukommt, wenn keine Heilung mehr möglich ist“ (Student 2020, S. 31). Cicely Saunders, die als Krankenschwester, Ärztin und Sozialarbeiterin in einer Person Pionierin der Hospizarbeit und Palliativversorgung war fasste zwei wesentliche Aspekte ethischer Grundhaltung in der Versorgung von palliativ erkrankten Menschen zusammen: Eine „liebvolle Pflege und größtmöglicher Selbstbestimmung des Patienten, – ohne den Tod beschleunigen oder künstlich hinauszögern zu wollen“ (Mühlum 2014, S. 5). Es geht darum, Sterben als Teil des Lebens zu akzeptieren. Autonomie, anerkennende Wertschätzung, Bedürfnisorientierung, Lebensweltorientierung, Erhalt der Würde des Menschen sowie sozial eingebettetes Sterben stellen wesentliche Handlungsgrundlagen zur palliativen/hospizlichen Versorgung dar (vgl. Mühlum 2014, S. 5).

Die Sektion Soziale Arbeit der DGP hat in ihrer Profilbeschreibung Sozialer Arbeit für die Palliativversorgung neben Aufgaben, Schlüsselkompetenzen und

Qualifikationsanforderungen auch Aspekte zur ethischen Grundhaltung aufgegriffen. Demzufolge hat Soziale Arbeit sich grundsätzlich an den berufsethischen Prinzipien der IFSW von 1994 zu orientieren und soll darüber hinaus die oben genannten Grundhaltungen von Palliative Care anerkennen und fördern (vgl. DGP, Sektion Soziale Arbeit 2012, S. 5). Der Deutsche Kinderhospizverein als maßgeblicher Fachverband der Kinder- und Jugendhospizarbeit definierte Haltung als etwas Ganzheitliches, das Seele, Geist und Körper umfasst und Voraussetzung ist für wahrhaftige Begegnungen. Die Haltung umfasst dabei drei wesentliche Aspekte: die persönliche Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, die Anerkennung der Realität einer lebensverkürzenden Erkrankung sowie der Autonomie der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Für eine offene und ehrliche Begegnung mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien müssen Professionelle und Ehrenamtliche sich mit der eigenen Sterblichkeit sowie den eigenen Erfahrungen mit Sterben, Tod und Trauer auseinandersetzen und eine persönliche Haltung zu Sterben und Tod entwickeln. Zudem gilt es die Realität einer lebensverkürzenden Erkrankung von Kindern/Jugendlichen und deren Versterben anzuerkennen. Die Autonomiewahrung meint, die Zielgruppen in den Fokus des Denkens und Handelns zu stellen und achtsam gegenüber deren Bedürfnissen und Wünschen zu sein. Es geht darum, den Kindern und Jugendlichen sowie deren Familie mit Respekt und Toleranz für deren Lebensweisen und damit würdevoll zu begegnen. Auch hier werden Sterben und Tod als natürliche Bestandteile des Lebens angesehen, die nicht tabuisiert werden dürfen (vgl. Wirtz 2022, S. 65-67).

Die Ausführungen zum Thema Haltung verknüpfen das theoretische Modell von von Spiegel mit der Handlungspraxis der Palliativversorgung für Erwachsene und der Sozialen Arbeit in diesem Bereich. Für das Arbeitsfeld der pädiatrischen Palliativversorgung lassen sich Aspekte aus der Kinder- und Jugendhospizarbeit übertragen. Bislang gibt es keine explizit veröffentlichten Konzepte zur ethischen Grundhaltung für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ. Mittels der durchgeführten empirischen Untersuchung wurde untersucht, welche professionellen Haltungen Sozialarbeitenden in der SAPV-KJ besitzen müssen/sollten, damit Soziale Arbeit gelingt. Die Ergebnisse sind dem Kapitel 7 zu entnehmen.

## 4.2 Wissen

Sozialpädagogisches Handeln fußt auf wissensgestütztem Handeln und befähigt Fachkräfte „zu einem zielorientierten und effektiven Handeln in einem Fachgebiet“ (Wendt 2021, S. 267). Ohne fundiertes wissenschaftliches Wissen, ist kein professionelles Agieren möglich. Wissenschaftliches Wissen zeichnet sich im Unterschied zu Alltagswissen durch kritisch geprüfte sowie theoriegebundene Erkenntnisse aus und unterliegt bestimmten Qualitäts- bzw. Gütekriterien (z.B. systematisierter Erkenntnisgewinn, theoriegestützt, Fachsprache) (vgl. von Spiegel 2013, S. 46). Hiltrud von Spiegel untergliedert die grundlegenden Kenntnisse und Wissensbestände in vier Komplexe. Sie stellen die wichtigsten Grundpfeiler für das professionelle Handeln sozialarbeiterischer Fachkräfte dar und tragen maßgeblich zu einer fundierten, reflektierten, zielorientierten und effektiven Arbeitsweise bei. Sie strukturieren sich in: Beschreibungs-, Erklärungs-, Wert- und Veränderungswissen (vgl. von Spiegel 2013, S. 83-88).

Beschreibungswissen umfasst die Annahme und das Verständnis, dass die Lebenswelten jedes Subjektes als individuelle Wirklichkeitskonstruktionen zu verstehen sind, die für andere nur begrenzt wahrnehmbar und verständlich sind. Sozialarbeiterische Fachkräfte benötigen zur Überwindung dieser subjektiven Wirklichkeitskonstruktion diagnostisches und methodisches Wissen, das es ermöglicht, Situationen und Probleme multidimensional zu erfassen, zu verstehen, zu beschreiben und zu analysieren. Eine fundierte Analyse ist die Voraussetzung für das bedarfs- und bedürfnisorientierte Interventionen bzw. einen gelingenden Unterstützungsprozess. Darüber hinaus braucht es Empathie und professionelles Beobachtungsvermögen (als Dimension des Könnens) sowie Kenntnisse über methodische Zugangsweisen (z.B. ethnografische Methoden), um diese Wirklichkeitskonstruktionen aufzuschlüsseln und zu verstehen. Daneben ist ein Wissen über die Wirkweisen von Kontexten notwendig, da Wahrnehmung immer situations- und kontextabhängig ist (vgl. von Spiegel 2013, S. 85).

Erklärungswissen bezieht sich auf wissenschaftliche sowie Alltagstheorien, die Fachkräfte einsetzen, um Probleme wahrzunehmen, ordnen, zu erklären und zu begründen. Die Theorien ermöglichen es, Situationen und Probleme vielseitiger zu verstehen und zu bewerten. Für professionelles Agieren braucht es über allgemeines Grundlagenwissen der Sozialen Arbeit und seine Bezugsdisziplinen hinaus arbeitsfeldspezifisches Wissen (vgl. von Spiegel 2013, S. 86). Zudem wird Wissen zur sozialpolitischen Einordnung des jeweiligen Arbeitsfeldes und Kenntnisse zu den Wechselwirkungen von Gesellschaft und Individuum (Verknüpfung von Lebenslagen

und Lebenswelten) benötigt (vgl. von Spiegel 2013, S. 86). Sozialarbeitende der pädiatrischen Palliativversorgung benötigen folglich Kenntnisse (Wissen) zu den vorhandenen Strukturen, Wirkweisen, Aufgaben sowie gesetzlichen und finanziellen Rahmungen in diesem Arbeitsfeld. Im Grundlagenbuch zur pädiatrischen Palliativversorgung werden neben allgemeinen Grundlagen und Rahmenbedingungen der pädiatrischen Palliativversorgung die sozialrechtlichen Leistungsansprüche in diesem Buch sehr differenziert dargestellt (vgl. Janisch 2021, S. 35-66). Angesichts der hohen Querschnittskompetenz der Profession der Sozialen Arbeit ist es unabdingbar, die Aufgaben der verfügbaren Fachbereiche abzustecken, um adäquate Arbeit zu leisten (vgl. von Spiegel 2013, S. 86).

Wertwissen meint ein differenziertes Wissen zu Werten und Normen als Basis einer professionellen Haltung. Es ermöglicht „[...] Praxis (sozialarbeiterischer Fachkräfte) an übergreifenden Sinn- und Wertzusammenhängen auszurichten und die möglichen Handlungsalternativen an Kriterien wie ‚gut‘ und ‚schlecht‘, ‚angemessen‘ und ‚unangemessen‘ [...] zu orientieren“ (von Spiegel 2013, S. 61). Wertwissen umfasst die berufsethischen Prinzipien Sozialer Arbeit im Allgemeinen sowie im arbeitsfeldspezifischen Kontext (vgl. Kapitel 4.1).

Veränderungswissen umfasst das Wissen um methodische Konzepte und Vorgehensweisen in Unterstützungsprozessen (vgl. von Spiegel 2013, S. 87). Über das Grundstudium erworbene allgemeine Wissen über Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit hinaus, sind Kenntnisse über arbeitsfeldspezifische Konzepte sowie ergänzende bzw. vertiefende Ausbildungen in weiteren Methoden sinnvoll oder gar notwendig, um „sich auf diese Weise einen Grundkanon methodischer Vorgehensweise“ (von Spiegel 2013, S. 87) anzueignen. Fachkräfte müssen ihr methodisches Wissen stetig erweitern sowie je nach Situation variieren. Die methodischen Kenntnisse werden ergänzend durch Wissen zu fallangemessenen materiellen Hilfen genutzt, da Unterstützungsprozesse nicht nur auf Verhaltensänderungen der Adressat:innen fokussieren, sondern ebenso gesellschaftliche (materielle) Lebenslage umfassen sollen (vgl. ebd.). „Fachkräfte benötigen [...] sehr viel Wissen über den Sozialraum und die dort möglichen materiellen und institutionellen Hilfestellungen und deren gesetzliche Grundlagen“ (von Spiegel 2013, S. 88). Die breiten Konzept- und Methodenkenntnisse sowie das Wissen zu strukturellen und materiellen Unterstützungen sind auch in der pädiatrischen Palliativversorgung unabdingbar, um den vielfältigen Herausforderungen und Belastungen der Familien mit lebensverkürzt erkrankten Kindern/Jugendlichen adäquat zu begegnen (vgl. Kapitel 2.3). Daneben brauchen



Sozialarbeitende Wissen über die (im Sozialraum) bestehenden Unterstützungsstrukturen sowie Kenntnisse zur Inanspruchnahme von Angeboten und Netzwerkarbeit. Da häufig mehrere Strukturen der pädiatrischen Hospizarbeit und Palliativversorgung beteiligt sind, bedarf es einer guten Zusammenarbeit zwischen den Versorgenden, die durch Kenntnisse zu Arbeitstechniken der Teamarbeit möglich werden. Kenntnisse zu sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden sind für die Evaluation qualitätsgesicherte Soziale Arbeit sowie Kenntnisse zu betriebswirtschaftlichen Methoden für die Beurteilung und Bearbeitung betriebswirtschaftlicher Aspekte nötig (vgl. von Spiegel 2013, S. 88).

Die Dimension des Wissens setzt sich folglich aus unterschiedlichen Teilkomplexen und Einzelkompetenzen zusammen, die es stetig unter dem Einbezug aktuell geltender (sozial)wissenschaftlicher Theorien und Forschungserkenntnisse zu aktualisieren und zu erweitern gilt. Die für die pädiatrische Palliativversorgung arbeitsfeldspezifischen Kenntnisse werden in der Weiterbildung Pädiatrische Palliative Care vermittelt, weitere Fortbildungen dienen der Wissenserweiterung, -vertiefung und -aktualisierung (vgl. Kapitel 3.3). Für den Arbeitsbereich der SAPV-KJ setzt der neue Bundesrahmenvertrag für Kinder und Jugendliche sogar die erfolgreiche Teilnahme an einer Pädiatrischen-Palliative-Care-Weiterbildung voraus, um im Handlungsfeld tätig sein zu dürfen (vgl. GKV-Spitzenverband 2022, S. 15-19).

### **4.3 Können**

„Können meint den anlassgerechten Einsatz von Wissen und Kenntnissen im Prozess der Gestaltung des Arbeitsbündnisses [...] und einer tragfähigen Beziehung zu den Subjekten“ (Wendt 2021, S. 266) und setzt sich aus unterschiedlichen erlernbaren professionellen Fähigkeiten zusammen: (1) Fähigkeit zum kommunikativen dialogischen Handeln, (2) Fähigkeiten zum Einsatz der ‚Person als Werkzeug‘, (3) Beherrschung der Grundoperationen des methodischen Handelns, (4) Fähigkeit zur effektiven und effizienten Gestaltung der Arbeitsprozesse, (5) Fähigkeit zur organisationsinternen Zusammenarbeit sowie (6) Fähigkeit zur interinstitutionellen und kommunalpolitischen Arbeit (vgl. von Spiegel 2013, S. 92-100). Dabei liegt die „Individualität jeder beruflichen Handlung [...] in der Einzigartigkeit der ‚Mischung‘ von professionellen Fähigkeiten“ (von Spiegel 2013, S. 91).

Basis jedes sozialarbeiterisch-methodischen Handelns sind kommunikative Fähigkeiten, die es ermöglichen, mit verschiedenen Menschen und unterschiedlichen Systemen in Kontakt zu treten. Für einen vertrauensvollen und wirksamen Unterstützungsprozess ist die Fähigkeit, tragfähige Arbeitsbeziehungen aufzubauen

essenziell (vgl. von Spiegel 2013, S. 92-100). Diese sind Voraussetzung und Medium, um mit den Adressat:innen wirksam in Kontakt zu treten. Zudem ist es wichtig, dass Fachkräfte verschiedene Methoden der Gesprächsführung beherrschen; insbesondere in jenen Kontexten, in denen die Kontaktaufnahme nicht freiwillig erfolgt oder eine belastende Lebenssituation thematisiert werden muss. Angesichts der Individualität von Unterstützungsprozessen in Adressat:innen und System müssen Professionelle in der Lage sein, klienten:innenzentriert, lebenswelt- und lösungsorientiert zu agieren. Dies beinhaltet auch fallbezogene und interinstitutionelle Versorgungsnetzwerke zusammenzustellen, in denen verschiedene Berufsgruppen multidimensional zusammenwirken und aus unterschiedlichen Perspektiven und Ansätzen die Adressat:innen in ihrer aktuellen Lebenssituation unterstützen. Ein gelingendes Funktionsnetzwerk erfordert einen regelmäßigen Austausch, um Fortschritte, weitere Bedarfe und neue Erkenntnisse sowie weitere Vorgehensweisen zu besprechen. Um die Botschaften und Deutungen der Adressat:innen wahrnehmen und verstehen zu können, benötigen Fachkräfte ein dialogisches Verständnis, Empathievermögen sowie die Fähigkeit von Perspektivwechseln. Aus den geäußerten bzw. wahrgenommenen Bedürfnissen und Bedarfen gilt es gemeinsam mit den Adressat:innen eine Auftrags- und Zielformulierung herbeizuführen. Dieser Prozess schafft Transparenz und bindet sowohl Fachkräfte als auch die Hilfesuchenden aktiv in den Unterstützungsprozess ein. Sozialarbeitende benötigen zudem eine Vermittlungskompetenz, da sie häufig zwischen Mitgliedern von Systemen (z.B. Eltern, Ehe- bzw. Lebenspartnern, Generationen, Adressat:innen und anderen Fachkräften) vermitteln müssen (vgl. ebd.). Um dabei wirksamer Mediator zu sein, müssen Fachkräfte die „Sprachen und Regeln eines Funktionssystems in das jeweils andere übersetzen können“ (von Spiegel 2013, S. 93).

Um die eigene Person als Werkzeug einsetzen zu können, muss der/die Agierende sich selbst reflektieren und begründen, aus welchen Gründen sie wie gehandelt haben. Angesichts der vielseitigen Funktionen und Aufgaben müssen Fachkräfte ihre Rolle und ihr methodisches Vorgehen im jeweiligen Kontext immer wieder beobachten und reflektieren. Die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung umfasst die Wahrnehmung der Wirkweise des eigenen Auftretens sowie der damit verbundenen Stärken und Schwächen (vgl. von Spiegel 2013, S. 93). Zusätzlich zur eigenständigen Reflexion ist Supervision hierbei ein sinnvolles Instrument. Beides dient dazu Handlungsweisen adäquat anzupassen und auszurichten sowie eine professionelle Distanz bzw. Nähe zu entwickeln und als Werkzeug einzusetzen (vgl. von Spiegel 2013, S. 93.). Aspekte wie Empathiefähigkeit als auch die Fähigkeit zur Anerkennung

der Wirklichkeits- und Sinnkonstruktionen von Adressat:innen und der Akzeptanz anderer Werthaltungen, Lebensvorstellungen und Lebensweisen Teilaspekt professioneller Haltung, können ebenso als Fähigkeiten angesehen werden. Eigene Emotionen und Reaktionen sind zwar Teil des Unterstützungsprozesses, müssen jedoch im Sinne einer professionellen Distanz von Fachkräften wahrgenommen, reflektiert und neutralisiert werden. Professionelle sollten „es emotional aushalten können, dass Situationen und Deutungen ungeklärt oder widersprüchlich bleiben“ (von Spiegel 2013, S. 93).

Weiter sollten Fachkräfte Grundoperationen des methodischen Handelns beherrschen. Um die methodischen Vorgehensweisen zu planen und zu reflektieren, sollten Fachkräfte über ein Analyse- und Reflexionswerkzeug verfügen, das ihnen dabei hilft, wesentliche Informationen zu erschließen. Laut von Spiegel, werden für diesen Umgang unter anderem die Fähigkeit zum methodischen Handeln benötigt, zu dem unter anderem die Analyse der Rahmenbedingungen, Situationsanalyse, Zielentwicklung und Zielvereinbarung sowie die Planung und Evaluation zählen. Da die Profession Sozialer Arbeit dem stetigen Wandel von Gesellschaft unterlegen ist, müssen Fachkräfte selbstständig in der Lage sein spezielle Wissensbestände zu recherchieren sowie sich diese Theorien situations- und fallspezifisch zu erschließen. Dafür brauchen Fachkräfte die Kompetenz, Wissensbestände zusammenführen zu können und diese mit den eigenen Erfahrungen als auch bestehenden Wissensständen in Verbindung zu setzen und zu relationieren. Kommen Fachkräfte an die Grenzen ihrer arbeitsfeldspezifischen Möglichkeiten, müssen sie dazu fähig sein, dieses zum einen wahrzunehmen und zum anderen mithilfe von Ressourcenquellen und Aktionssystemen zu ergänzen (vgl. von Spiegel 2013, S. 94, 139-162, 254).

Der im letzten Kapitel definierte Begriff Qualität und die Sicherung dessen, wird häufig auch im Verhältnis mit Effektivität und Effizienz gesehen (vgl. Merchel 2013, S. 66-69). Auch im Konzept von von Spiegel wird als Kompetenzbereich der Dimension Können, die Fähigkeit zur effektiven und effizienten Gestaltung von Arbeitsprozessen beschrieben. Hinter den Begriffen von Effektivität und Effizienz stecken häufig Fragen über die Angemessenheit von Zielen und methodischen Vorgehensweisen sozialarbeiterischen Handelns sowie die Frage, ob das jeweilige Handeln wirtschaftlich ist (vgl. von Spiegel 2013, S. 94f.). Von Spiegel versteht in diesem Zusammenhang effektive Arbeit als das Verstehen und Verinnerlichen von Rahmenbedingungen, Erwartungen der Beteiligten (sozialrechtliches Leistungsdreieck) und Strukturen der eigenen Einrichtung. Dabei ermöglicht die

Konzeption „eine Abstimmung und eine gewisse Steuerung der individuellen beruflichen Handlungen“ (von Spiegel 2013, S. 95). Fachkräfte müssen diese bestehenden Strukturen und Konzepte stetig auf ihre Zwecke (Effizienz) reflektieren, prüfen und gegebenenfalls anpassen (vgl. ebd.). Gleichsam bedeutet Effizienz die Fähigkeit „zur Beschaffung entscheidungsbezogener Daten“ (von Spiegel 2013, S. 95) – also der Fähigkeit zur Dokumentation. Relevante Informationen können darüber erfasst und komprimiert dargestellt sowie die Erfüllung der Ziele und Konzepte der Einrichtung überprüft werden. Des Weiteren dient dazu, den Verlauf des Unterstützungsprozesses sowie das eigene professionelle Agieren zu reflektieren sowie als Gesamtbild zu analysieren. Von Spiegel beschreibt dies als die Fähigkeit zur Selbstevaluation (vgl. von Spiegel 2013, S. 213).

Da Soziale Arbeit häufig interdisziplinär und arbeitsteilig arbeitet, hat eine gute organisationsinterne Zusammenarbeit einen hohen Stellenwert. Damit dies Fachkräften in ihrer alltäglichen Praxis gelingt, beschreibt von Spiegel drei Einzelkompetenzen: Fähigkeit zum Rollenhandeln, Teamarbeit und kollegiale Fallberatungen (vgl. von Spiegel 2013, S. 95f.). Aufgrund der Querschnittfunktion von sozialarbeiterischen Fachkräften, haben Sozialarbeitende meist mehrere Rollen in einem Team (z.B. Sozialarbeiter:in für Adressat:in, Sozialarbeiter:in für Teammitglieder, Vermittlungsfunktion, etc.). In welcher Rolle und Phase ein:e Sozialarbeiter:in innerhalb eines Unterstützungsprozesses agiert, muss für die Mitglieder des Systems (Organisation) stets transparent und nachvollziehbar sein. Dafür müssen Sozialarbeitende „im Hinblick auf die Aufgaben- und Rollenerwartungen in der Organisation [...] die formale Struktur der Positionen und Kommunikationsabläufe kennen, ihr institutionelles Rollenprofil individuell ausgestalten [...] und ihre Rolle zeitweilig oder dauerhaft wechseln können“ (von Spiegel 2013, S. 95). Unter der Kompetenz zur Teamarbeit versteht sich die intrinsische Bereitschaft von Sozialarbeitenden sich mit ihren Kolleg:innen auszutauschen, den Unterstützungsprozess gemeinsam zu koordinieren, multiperspektivisch zu reflektieren und diskutieren, Kompromisse auszuhandeln, als auch die Bereitschaft gemeinsam Konflikte zu bearbeiten (vgl. von Spiegel 2013, S. 96).

Aufgrund der Dienstleistungserbringung im sozialrechtlichen Leistungsdreieck sowie der häufig bestehenden Vernetzungsarbeit zu anderen Strukturen des sozialen Dienstleistungssektors, müssen Fachkräfte ebenso in der Lage sein, fallbezogen mit anderen Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Die Leistungserbringung der eigenen Einrichtung sowie die Abgrenzung zu Leistungen anderer Einrichtungen sollte von

Fachkräften systematisch dargestellt werden können, damit Qualität und Kosten für Dritter transparent ersichtlich sind. Auch auf kommunaler Ebene (kommunale Berichterstattung in Form der Sozialplanung), müssen Fachkräfte entsprechende Daten sammeln, systematisieren und analysieren sowie Bericht erstatten können. Da Qualität ein dynamischer Prozess ist, müssen Fachkräfte sich aktiv bei der Verhandlung und Mitgestaltung von Leistung, Qualität und Entgelt einbringen. Dafür werden bestimmte fachliche und betriebswirtschaftliche Kenntnisse gefordert. Als letztes definiert von Spiegel die Fähigkeit zur Intervention in andere Systeme. So sollten Fachkräfte sich aktiv in fachliche und politische Debatten einbringen sowie ihre Profession mit ihren Interessen, Anliegen und Zielen vertreten, für diese einstehen und/oder sie bei Bedarf zu verteidigen, wenn es zu Nichtgleichbehandlungen kommt. Fachkräfte brauchen dafür die Fähigkeit Bedürfnisse und Notlagen von Adressat:innen auf die ‚Sprache‘ von Verwaltung und Politik zu übersetzen und somit eine Vermittler:innenrolle zwischen den Systemen einzunehmen. Dafür benötigt es kreative Gesprächsführungskompetenzen, um dem Anliegen Aufmerksamkeit zuteilen zu lassen (vgl. von Spiegel 2013, S. 96f).

Welche Kompetenzen Sozialarbeiter:innen in der Palliativversorgung benötigen, lassen sich sowohl der Profilbeschreibung der Sektion Soziale Arbeit der DGP als auch aus dem nordrhein-westfälischen Qualitätskonzeptes entnehmen. Diese benennen folgende Kompetenzen: Beratungskompetenz, Methodenkompetenz, strategische Kompetenz, sozialpädagogische Kompetenz, sozialrechtliche Kompetenz, sozialadministrative Kompetenz, personale, kommunikative und mediative Kompetenz, berufsethische Kompetenz sowie in Kompetenzen zur Praxisforschung und Evaluation unterteilt (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016, S. 53f.; DGP, Sektion Soziale Arbeit 2021, S. 4f.).

## **5 Die Gruppendiskussion – eine Methode der qualitativen Sozialforschung**

Zur Diskussion um die Übertrag- und Anwendbarkeit sowie die inhaltliche Füllung des vorgestellten Konzepts der Trias Haltung – Wissen – Können für den Bereich der Sozialen Arbeit in der SAPV-KJ, wurde für die vorliegende Arbeit die Forschungsmethodik der Gruppendiskussion angewandt. Die nachfolgenden Ausführungen widmen sich dieser Datenerhebungsmethode und verdeutlichen theoretische Aspekte als auch die praktische Umsetzung. Dabei soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass in der Literatur unterschiedliche Begrifflichkeiten wie Gruppendiskussion, Gruppeninterview, focus group und Gruppengespräch zu finden sind, die alle dasselbe meinen. Die vorliegende Arbeit nutzt den Begriff Gruppendiskussion.

### **5.1 Grundsätze der qualitativen Sozialforschung**

Qualitative Forschung hat das Ziel die Komplexität von Sachverhalten aufzudecken und zu untersuchen, um Zusammenhänge zu rekonstruieren und Sinnstrukturen verstehen zu können (vgl. Kühn/Koschel 2018, S.39). Aus diesem Grund wird die qualitative Sozialforschung auch als hypothesengenerierendes Verfahren bezeichnet. Es gibt eine Vielzahl an qualitativen Forschungsmethoden, die allesamt den Prinzipien der qualitativen Sozialforschung: Offenheit, Kommunikation, Prozesshaftigkeit, Reflexivität Explikation und Flexibilität unterliegen (vgl. Lamnek 2010, S.19f.).

Offenheit meint Unvoreingenommenheit und Offenheit des Forschenden gegenüber den Teilnehmenden und ihren Äußerungen. Die Wahrnehmung und Erwartungen werden dabei so offen wie möglich gehalten, um möglichst (viele) neue und unerwartete Informationen zu erhalten. So kann qualitative Forschung Fragen, Widerstände, Unsicherheiten und Gegensätze zu einem Thema differenziert herausarbeiten und ermöglicht einen Einblick in die Konstruktion sozialer Wirklichkeiten anderer Menschen (vgl. Lamnek 2010, S. 19f.; Kühn/Koschel 2018, S. 40). Das Prinzip Kommunikation verdeutlicht, dass Forschung Kommunikation zwischen Forschenden und Forschungsteilnehmenden ist. Indem die Sprache des Forschenden an die Wirklichkeit bzw. Lebenswelt des zu Erforschenden angepasst wird und die Zielgruppe den Inhalt der Forschung versteht und somit adäquat reagieren kann, ist es möglich, Phänomene und Wirklichkeitskonstruktionen zu erklären (vgl. Lamnek 2010, S. 20f.). Das dritte Prinzip der qualitativen Sozialforschung beschreibt die Prozesshaftigkeit einer Forschung. So sieht

qualitative Sozialforschung die „Verhaltensweisen und Aussagen der Untersuchten, als prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität. Sie sind keine statische Repräsentation eines unveränderlichen Wirkungszusammenhangs“ (Lamnek 2010, S. 22). So sind auch alle Ergebnisse prozesshaft zu bewerten. Unter Reflexivität ist zu verstehen, dass jedes menschliche Handeln kontextgebunden ist und dies in der Datenerhebung sowie in der Analyse beachtet werden muss. Das Prinzip der Explikation fordert dazu auf, den Forschungsprozess, das heißt die Regeln der Datenerhebung und -auswertung, offenzulegen und damit nachvollziehbar zu machen. So sollen die Regeln zur Datenerhebung und Auswertung aufgedeckt werden. Das Gebot der Flexibilität zeigt die Notwendigkeit auf, während des gesamten Verlaufs des Forschungsprozesses flexibel zu sein und diesen an veränderte Bedingungen anzupassen (vgl. Lamnek 2010, S. 22ff.).

## **5.2 Die Forschungsmethodik der Gruppendiskussion**

Die Gruppendiskussion stellt eine Methode der qualitativen Sozialforschung dar. Dabei nehmen mehrere Personen an einem von einer externen Person moderierten Gespräch zu einem bestimmten Thema teil (vgl. Lamnek 2010, S. 372). Die Gruppendiskussion kann durch ihre Variabilität flexibel an den Untersuchungsgegenstand, „das Thema, die Erkenntnisabsichten und die spezifische Population angepasst werden“ (Lamnek 2010, S. 377). Sie eignet sich vor allem dazu, komplexe Themengebiete, Meinungen sowie Einstellungen zu explorieren (vgl. Kühn/Koschel 2018, S. 55). Es geht nicht darum „Aussagen über Größenordnungen zu treffen, etwa dahingehend, welche Sichtweise, die Mehrheits- und welche die Minderheitsmeinung darstellt. Vielmehr geht es um die Ermittlung einer Spannweite von Sichtweisen sowie die Identifizierung von Zusammenhängen und typischen Mustern durch die Auseinandersetzung mit spezifischen gruppenspezifischen Formen der Interaktion“ (Kühn/Koschel 2018, S. 76). Ziele einer Gruppendiskussion können darüber hinaus die Entwicklung von Hypothesen oder die Erarbeitung von Ideen zu einem Themengebiet sein. So können Einzelmeinungen in einem Gruppenkontext ausgetauscht werden, um darauf aufbauend einen Gruppenkonsens zu entwickeln.

Bei Gruppendiskussionen können sowohl ermittelnde als auch vermittelnde Interviewformen eingesetzt werden. Bei ermittelnden Interviews besteht das Forschungsinteresse in der Erfassung von Angaben der Teilnehmenden zu einem bestimmten Sachverhalt; der Informationsfluss besteht vom Befragten zum/zur Interviewer:in (vgl. Lamnek 2010, S. 375f.). Im Gegensatz dazu haben vermittelnde

Interviews das Ziel, „Veränderungen auf Seiten des Befragten“ (Lamnek 2010, S1. 376) zu bewirken. Generell gilt jedoch: „Die Angaben, die die Gruppenteilnehmer im Verlaufe einer Sitzung machen, bzw. die Gruppenprozesse, die zur Äußerung einer bestimmten Meinung oder Einstellung führen, stehen im Mittelpunkt des Interesses der Forscher“ (Lamnek 2010, S. 376).

Die Auswahl und Zusammensetzung geeigneter Interviewpartner:innen bestimmen den Verlauf und die Qualität der Diskussion – eine ergiebige Diskussion kommt in einer Gruppe zustande, wenn diese über „hinreichend ähnliche Erfahrungen und existenzielle Hintergründe verfügen“, zu denen sie sich austauschen können (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S. 95). Dabei werden zwei Formen von Gruppenzusammensetzung unterschieden: ‚Ad-hoc-Gruppen‘ (homogen und künstlich) und ‚Realgruppen‘ (heterogen und natürlich bestehend) (vgl. Kühn/Koschel 2018, S. 67; Lamnek 2010, S. 395). „Von einer Realgruppe oder auch ‚natürliche Gruppe‘ wird dann gesprochen, wenn die Teilnehmer einer Gruppendiskussion auch jenseits der Gesprächsrunde eine feste Gruppe bilden. [...] Unter einer Ad-hoc-Gruppe wird dagegen eine auf der Basis von Kriterien eigens für die Diskussion rekrutierte Gruppe verstanden, die in dieser Zusammensetzung vorher noch nicht zusammengekommen ist und auch nach der Diskussion nicht mehr als Gruppe besteht“ (Kühn/Koschel 2018, S. 67). Bei der homogenen Zusammensetzung werden die Teilnehmenden nach vorab festgelegten Merkmalen ausgewählt, so dass Willkür bei der Auswahl ausgeschlossen wird. Nur bei Erfüllung vorab festgelegter Kriterien wird eine Person in die Grundgesamtheit aufgenommen. Im Gegensatz dazu erfolgt die Auswahl für eine heterogene Gruppe nach dem Prinzip der Stichprobenziehung und unterliegt keinen bestimmten Kriterien, ist also zufällig. Lamnek befürwortet im Kontext der Gruppendiskussion heterogene Gruppen, da diese eine vielseitigere Diskussion ermöglichen (vgl. Lamnek 2010, S. 295f., 397; vgl. Kromrey 2009, S. 265f.).

Zur angemessenen Zahl der Teilnehmenden bei einer Gruppendiskussion bestehen verschiedene Auffassungen. Es gilt entsprechend dem Forschungsgegenstand darauf zu achten, dass die Gruppe weder zu klein noch zu groß ist. Zu kleine Gruppen bergen das Risiko eines einseitigen Meinungsbildes, bei zu großen Gruppen besteht die Gefahr zu geringer Redeanteile der Teilnehmenden und einer erschwerten Konsensbildung (vgl. Lamnek 2010, S. 396, vgl. Kühn/Koschel 2018, S. 76f.). Bei der Gruppengröße ist zudem zu berücksichtigen, dass sich alle Teilnehmenden sicher fühlen sollen, um sich öffnen und einbringen zu können (vgl. Lamnek 2010, S. 396 nach Pollock 1955, S. 38). Angesichts dieser Aspekte zählen zwischen fünf und zwölf



Personen als optimale Gruppenstärke (vgl. Lamnek 2010, S. 396). Damit ist es auch möglich, unterschiedliche Diskussionstypen auszugleichen. Als Extremformen von Diskussionstypen gelten die sog. ‚Schweiger‘, die sich wenig beteiligen, und die ‚Vielredner‘, die unentwegt sprechen und in ihrem Redefluss kaum zu unterbrechen sind (vgl. Lamnek 2010, S. 403). Weitere Redetypen sind Meinungsführer:innen, Expert:innen, Schlechtredner:innen, Provokateur:innen sowie Clowns. Die Moderator:innen sollten alle Redetypen im Blick behalten und auf die Gruppendynamik zwischen den verschiedenen Diskussionstypen achten. Ziel ist nicht, dass alle Teilnehmenden den gleichen Redeanteil haben (vgl. Kühn/Koschel 2018, S. 148-152).

Neben der sorgfältigen Auswahl von Interviewpartner:innen ist ebenso die Kompetenz des/der Diskussionsleiters:in wegbereitend, da diese:r einen wesentlichen Einfluss auf den Diskussionsverlauf hat. Die Hauptaufgabe des/der Moderator:in besteht darin, die Diskussion in den unterschiedlichen Phasen zu leiten und zu steuern. Dafür benötigt er/sie eine gute Sachkompetenz zur Thematik, d. h. ein Grundwissen für eine gute Einleitung ins Thema und für inhaltliche Rückfragen. Zudem obliegt ihm, eine dem Diskussionsthema angepasste direktive oder nondirektive Gesprächsführung zu wählen. Bei der direktiven Gesprächsführung nimmt der/die Moderator:in eine aktive Rolle im Diskussionsgeschehen ein, indem er/sie den Grundreiz für die Diskussion festlegt, sich am Gespräch beteiligt und (Rück-)Fragen stellt. Demgegenüber ist der/die Moderator:in in der nondirektiven Gesprächsführung zurückhaltend. Er/sie gibt zu Beginn lediglich den Gesprächsrahmen bekannt, die inhaltliche Gestaltung sowie der Verlauf obliegen jedoch den Teilnehmenden (vgl. Lamnek 2010, S. 402f.). In der Praxis lässt sich eine klare Trennung zwischen diesen beiden Gesprächsführungsstilen bzw. Moderator:innenrollen kaum vornehmen, da der Gesprächsführungsstil stetig an die Situation des Diskussionsgeschehens sowie die Teilnehmenden angepasst werden muss. Das situative Entscheiden und Agieren stellt also eine wichtige Kernkompetenz des/der Moderator:in dar. Essenziell ist, dass die Prinzipien der qualitativen Forschung, insbesondere die unparteiische Grundhaltung, eingehalten werden. Idealerweise entsteht eine angeregte Interaktion zwischen den Teilnehmenden, in der ein roter Faden entsteht und eigene Schwerpunkte gesetzt bzw. entwickelt werden (vgl. Kühn/Koschel 2018, S. 140). Damit dies gelingt, kann der/die Moderator:in unterschiedliche (Frage-)Techniken anwenden. Offene Fragen ermöglichen, dass die Teilnehmenden selbstständig Schwerpunkte in ihren Erzählungen setzen können (vgl. ebd., S. 118). Zudem kann das Gespräch durch Spiegeln bzw. Wiederholen des Gesagten, das Erfragen des beabsichtigten Sinns

hinter dem Gesagten, Paraphrasierungen, Rekapitulationen, Provozierungen, erzählgenerierende, aufrechterhaltende (vertiefende) oder auch kontrastierende Fragen sowie aufmunternde, zustimmende Bemerkungen gefördert werden. Suggestivfragen sind zu vermeiden (vgl. Lamnek 2010, S. 400-407; Kühn/Koschel 2018, S. 121-124).

Der/die Moderator:in muss ebenso die gruppendynamischen Prozesse in den Blick nehmen. Er/sie soll darauf achten, zu welchen Impulsen bzw. Themen Teilnehmende viel sagen möchten und was Schweigen induziert, Stimmungslagen (harmonisch vs. kontrovers) wahrnehmen und hinterfragen und insbesondere hinsichtlich möglicher Schweiger und Vielredner agieren. Ziel ist, eine für alle Teilnehmende angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, ohne durch Interventionen die vorher beschriebene Selbstläufigkeit zu stören (vgl. Kühn/Koschel 2018, S. 149ff.).

Ein vorab erstellter Diskussionsleitfaden kann helfen, die Diskussion zu strukturieren und zu lenken. In der Diskussion werden vier Phasen unterschieden: Einführungsphase, Warm-Up-Phase, Hauptteil und Abschlussphase. In der Einführungsphase werden die Rahmenbedingungen und Grundregeln der Gruppendiskussion verdeutlicht, Raum für Rückfragen und das zu diskutierende Thema skizziert. Im Anschluss folgt die Warm-Up-Phase mit einer Vorstellungsrunde, in der zur Förderung eines Zusammengehörigkeitsgefühls gemeinsame Bezugspunkte herausgearbeitet werden, und die mit einem Grundreiz(e) abgeschlossen wird. Im Hauptteil findet eine Auseinandersetzung zum Diskussionsthema statt, unterteilt in Themenblöcke. Dabei können unterschiedliche Tools (Whiteboards, Flipcharts, Abstimmungsfragen etc.) zum Einsatz kommen. Scheinen alle Themen erschöpfend besprochen worden zu sein und sind keine relevanten Fragen offengeblieben, erfolgt eine inhaltliche Zusammenfassung und ein Dank an die Teilnehmenden (vgl. Lamnek 2010, S. 399-402, 408f.; Kühn/Koschel 2018, S. 286)

### **5.3 Konzeption und Umsetzung der Gruppendiskussion**

Um die „Spannweiten von Sichtweisen“ (Kühn/Koschel 2018, S. 76) in der SAPV-KJ tätiger Sozialarbeiter:innen zu erfassen und darauf aufbauend Inhalte bzw. Empfehlungen für einen Fachstandard für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ zu erarbeiten, wurde die Gruppendiskussion als Forschungsmethode gewählt. Die Qualität einer Gruppendiskussion hängt wesentlich von ihrer Planung und Vorbereitung ab, die nachfolgend skizziert werden (vgl. Kühn/Koschel 2018, S. 55).

Da das Forschungsinteresse bzw. die Forschungsfrage die in der Gruppendiskussion verwendete Interviewform bestimmen, galt es sich im ersten Schritt damit auseinanderzusetzen. Für die vorliegende Arbeit wurde die Methode eines ermittelnden Interviews präferiert, da die Gruppendiskussion das Ziel hatte, Gedanken und Ideen der Teilnehmenden aufzunehmen und durch den direkten Austausch der Teilnehmenden miteinander zu verknüpfen. Im Mittelpunkt standen dabei die Sachinhalte, der entstehende gruppendynamische Prozess innerhalb der Diskussionsrunde sollte nicht im Fokus stehen.

Im nächsten Schritt galt es die Teilnehmenden auszuwählen. Für die vorliegende Forschung wurden die Teilnehmenden nach vorab festgelegten Kriterien ausgewählt, die wie folgt definiert wurden:

- Studienabschluss im sozialen Bereich (Soziale Arbeit, Sozialpädagogik etc.)
- Beschäftigung im psychosozialen Bereich der SAPV-KJ
- Politisches Interesse und Engagement an Forschung und Entwicklung

Die formalen Kriterien zum Studienabschluss orientieren sich an den BRV-SAPV-KJ festgelegten Voraussetzungen für die psychosozialen Fachkräfte (vgl. Kapitel 2.4). Das zweite Kriterium bestand in der Beschäftigung in der SAPV-KJ, da erst die dabei gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse eine inhaltsreiche und differenzierte Gesprächsbeteiligung zum Diskussionsthema ermöglichen. Das dritte Kriterium des politischen Interesses und Engagement an Forschung und Entwicklung wurde gewählt, da die Motivation zur Mitwirkung und Gestaltung des sozialarbeiterischen Bereiches eine erfolgreiche Diskussion versprach. Zudem wurde bei der Auswahl der Interviewpartner:innen die Dauer ihrer Tätigkeit in der SAPV-KJ berücksichtigt, um eine Heterogenität aus mehrjähriger und kurzer bzw. geringer Erfahrung zu erreichen. Der dahinter liegende Gedanke war, neben mehrjährig erfahrenen Expert:innenmeinungen auch innovative Ideen durch „neue“ sozialarbeiterische Fachkräfte zu erhalten. Des Weiteren wurde aus jedem Team lediglich eine Fachkraft ausgewählt, um die Meinungs- und Arbeitsvielfalt zu potenzieren und Frontenbildungen zu vermeiden (vgl. Lamnek 2010, S. 398). Eine gewisse Homogenität bestand durch die bundesweite Vernetzung der sozialarbeiterischen Mitarbeitenden der pädiatrischen Palliativversorgung innerhalb der DGP. Zudem arbeitete die Forschende/Moderatorin der Gruppendiskussion mit einer Interviewpartner:innen in einem SAPV-KJ-Team zusammen. Gleichwohl ließen sich diese Aspekte vernachlässigen, da zwischen den einzelnen Teilnehmenden keine

intensive und andauernde Beziehung bestand und alle Interviewpartner:innen in unterschiedlichen SAPV-KJ-Teams beschäftigt waren.

Über die Festlegung der Auswahlkriterien hinaus bedurfte es der Festlegung der Teilnehmer:innenanzahl. Anhand der oben dargestellten Aspekte wurde eine Gruppenstärke von sieben Expert:innen zusätzlich der Diskussionsleiter:in festgelegt. Diese Gruppengröße sollte das Potential eines ergiebigen Gespräches ausschöpfen, bot die Möglichkeit, unterschiedliche Diskusstypen auszugleichen und schien zudem als bewältigbare Auswertungsgröße.

Ebenso galt es den Diskussionsort festzulegen. Bundesweit agierende Expert:innen zu einem gemeinsamen Präsenztermin zusammenzubringen, ist aufgrund weiter Distanzen sowie dem damit verbundenem hohen Arbeits- bzw. Zeitaufkommen kaum zu realisieren. Aus diesem Grund fand die Gruppendiskussion virtuell statt. Somit konnten die Teilnehmenden von ihrem Standort aus im digitalen face-to-face-Gespräch teilnehmen. Weite Fahrtstrecken und hoher Zeitaufwand konnten minimiert und die Teilnahmemotivation erhöht werden (vgl. Kühn/Koschel 2018, S, 284).

Anschließend erfolgte die Auswahl bundesweiter Expert:innen sowie die Kontaktaufnahme per Mail mit Information zu Anliegen und Ziel der Forschungsarbeit sowie Einladung zur Teilnahme. Nach positiven Rückmeldungen der Angefragten wurde mittels einer Online-Umfrage ein Diskussionstermin vereinbart. Die Teilnehmenden wurden zu Datenschutz, Anonymität und Schweigepflicht informiert, unterzeichneten eine Einwilligungserklärung und erhielten zusammen mit den Zugangsdaten zur virtuellen Konferenz die Agenda für das geplante Treffen, um Offenheit und Vertrauen zu stärken und Unsicherheiten zu minimieren.

Die Diskussion erfolgt gemäß dem im Kapitel 5.2 beschriebenen Ablaufmodells. Um einen möglichst natürlichen Gesprächsverlauf zu erzeugen, fand keine klar strukturierte Diskussion durch den/die Moderator:in statt, sondern wurde von den Teilnehmenden selbst strukturiert. Aussagen zu den einzelnen Kategorien wurden somit nicht systematisch und in einer bestimmten Reihenfolge erzeugt, sondern ergaben sich über den gesamten Diskussionsverlauf. Zur visuellen Darstellung und Diskussionsanregung wurde ein Whiteboard erstellt (vgl. Anhang, S. 134). Anschließend wurden das Video- und Tonmaterial transkribiert und ausgewertet (vgl. Kapitel 6).

## 6 Qualitative Datenauswertung

Qualitative Datenerhebungsmethoden wie Interviews, Diskussionen und Befragungen erzeugen eine große Datenmenge an Texten und anderen Kommunikationsmaterialien, die anhand verschiedener Ansätze ausgewertet werden können (vgl. Mayring 2015, S. 9f.). Eine aufgrund ihrer vielfältigen Vorteile häufig genutzte Auswertungsmethode ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (vgl. Mayring/Frenzl 2019, S. 633). Diese Methode wurde zur Bearbeitung des Forschungsinteresses – die Erstellung eines Fachstandards anhand einer strukturierten Darstellung von Handlungskompetenzen (Haltung, Wissen, Können) für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ – genutzt. Das folgende Kapitel gibt einen theoretischen Einblick in diese Analyseverfahren und verdeutlicht den durchgeführten Auswertungsprozess der in der Gruppendiskussion gewonnenen Daten.

### 6.1 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Mayrings Analyseverfahren zeichnet sich durch eine strikte Systematik und Regelgeleitetheit im Analyseverfahren aus (vgl. Mayring 2002, S. 54-114). Gegenüber anderen Auswertungsmethoden ist das zentrale Merkmal qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring die Kategoriegeleitetheit (vgl. Mayring/Frenzl 2019, S. 634). „Kategorien stellen Analyseaspekte als Kurzformulierungen dar, sind in der Formulierung mehr oder weniger eng am Ausgangsmaterial orientiert (,) [...] können hierarchisch geordnet sein (Ober- und Unterkategorien)“ (Mayring/Frenzl 2019, S. 634) und sind somit elementares Instrument dieser Methode. Kategorien bestimmen somit den Rahmen bzw. Fokus des auszuwertenden Datenmaterials und ermöglichen es, wesentliche Informationen herauszufiltern und systematisiert darzustellen. Im Vergleich zu anderen Analyseverfahren ist ein wesentlicher Vorzug inhaltsanalytischer Ansätze die „kommunikationswissenschaftliche Verankerung“ (Mayring 2015, S. 50), da die erfassten Daten (z.B. das Gesagte eines/einer Expert:in) immer im Kommunikationszusammenhang und Kontext gesehen werden müssen. Es geht also über die Textanalyse hinaus, um weiterführende Schlussfolgerungen (vgl. Mayring/Frenzl 2019, S. 636).

Die Abbildung 1: Versorgungsebenen der Palliativversorgung (Janisch 2022, S. 10) gibt einen Überblick über das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell.

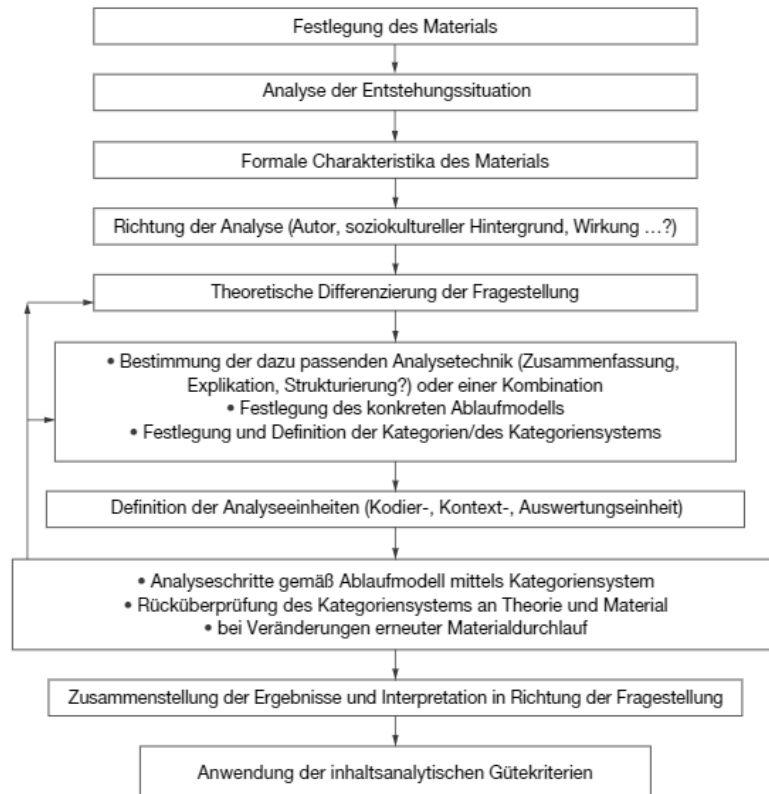


Abbildung 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2015, S. 62)

## 6.2 Methodisches Vorgehen

Die Erläuterungen zum methodischen Vorgehen bei der Auswertung der in der Gruppendiskussion gesammelten Daten orientiert sich an den von Mayring definierten Arbeitsschritten: Bestimmung des Ausgangsmaterials, Analyse der Entstehungssituation, Bestimmung der formalen Charakteristika des Materials und der Analyserichtung, theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung, Definition der Analysetechnik und Analyseeinheiten, Analyse und Zusammenstellung der Ergebnisse (vgl. Mayring 2015, S. 50-110).

### Bestimmung des Ausgangsmaterials

„Um zu entscheiden, was überhaupt aus dem Material heraus interpretierbar ist, muss am Anfang eine genaue Analyse dieses Ausgangsmaterials stattfinden“ (Mayring 2015, S. 54). Es muss also zunächst genau festgelegt werden, welches Material bzw. Daten analysiert werden soll (vgl. Mayring 2015, S. 54f.). Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit ist dies die digital durchgeführte und anschließend schriftlich transkribierte Gruppendiskussion dar. Die Transkription umfasst 45 Seiten, ergänzt durch das im Rahmen der Diskussion entstandene Whiteboard, das bei der Auswertung einbezogen wird (vgl. Anhang. S. 87-133; S. 134).

### **Analyse der Entstehungssituation**

Hier soll „genau beschrieben werden, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde“ (Mayring 2015, S. 55). Für die vorliegende Forschung wurde eine virtuelle Gruppendiskussion mit sieben Expert:innen des psychosozialen Bereichs der SAPV-KJ durchgeführt, die Auswahlkriterien und konzeptionellen Vorbereitungen sind in Kapitel 5.3 differenziert erläutert. Alle Teilnehmenden haben einen Studienabschluss im sozialen Bereich (sechs Teilnehmende mit Bachelor- bzw. Master- oder Diplomabschluss in Sozialer Arbeit, ein:e Teilnehmende:r mit Studienabschluss in Sozial- und Gesundheitsmanagement) und sind zwischen zwei und dreizehn Jahren in der SAPV-KJ tätig.

### **Bestimmung der formalen Charakteristika des Materials**

Anschließend muss beschrieben werden, in welcher Form das Material vorliegt (vgl. Mayring 2015, S. 55). Die Ton- und Videoaufnahmen der virtuellen Gruppendiskussion wurden über den genutzten Videokonferenzdienst aufgenommen. Anschließend wurde diese Aufzeichnung unter Anwendung der einfachen und erweiterten inhaltlich-semantischen Transkriptionsregeln von Dr. Thorsten Dresing und Thorsten Pehl transkribiert (vgl. Dresing/Pehl 2018, S. 21-23). Das Transkript ist dem Anhang zu entnehmen (vgl. Anhang, S. 85-86).

### **Bestimmung der Analyserichtung**

Bestehendes Material kann in unterschiedliche Richtungen analysiert werden, so kann etwas über „den im Text behandelnden Gegenstand beschrieben, [...] über den Textverfasser oder (über) die Wirkungen des Textes bei der Zielgruppe (herausgefunden werden)“ (Mayring 2015, S. 58). In welche Richtung die Aussagen analysiert werden, muss vorab festgelegt werden. (vgl. ebd.). Die Analyse der vorliegenden Forschung zielte darauf ab, Aspekte zu Haltung, Wissen und Können für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ herauszuarbeiten, um einen fachlichen Standard aus Expert:innensicht zu erstellen. Gegenstand der Analyse ist demnach der im Text behandelnde Gegenstand – die Aussagen der Expert:innen. Anhand der inhaltlichen Aussagen sollten Strukturierungen, Hierarchien und Notwendigkeiten ausgearbeitet werden.

### **Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung**

In diesem Kontext gilt es die Forschungsfrage auf ihre Theoriegeleitetheit hin zu überprüfen (vgl. Mayring 2015, S. 59f.). Theorie meint in diesem Kontext „die gewonnenen Erfahrungen anderer über diesen Gegenstand [...]“. Theoriegeleitet

heißt nun, an diese Erfahrungen anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen“ (Mayring 2015, S. 59f.). Wie in Kapitel 2 ausführlich erläutert, gibt es keine hinreichende Definierung des Handlungsfeldes der Sozialen Arbeit in der SAPV-KJ. Das Konzept professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit von Hiltrud von Spiegel (Kapitel 4) wurde zur Differenzierung der Fragestellung hinzugezogen und bildet somit auch die Basis der Datenerhebung. In der Gruppendiskussion wurden den Expert:innen folgende (Haupt-)Frage gestellt „Was braucht es, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt?“, unterfüttert durch drei Unterfragen: (1) „Welche Haltung ist nötig, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt?“, (2) „Was müssen Sozialarbeitende wissen, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt?“ und (3) „Welche Fähigkeiten und Kompetenzen (Können) brauchen Sozialarbeitende in der SAPV-KJ?“.

### **Ablaufmodell der Analyse**

Die Festlegung der Analysetechnik(en) sowie des Ablaufmodells ist das Kernstück der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, da die Analyse erst durch Zerlegung und Vorabfestlegung der einzelnen Analysebestandteile für andere „nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar, [...] übertragbar auf andere Gegenstände, für andere benutzbar“ (Mayring 2015, S. 61) wird. Für die Genauigkeit der Inhaltsanalyse werden vorab Analyseeinheiten festgelegt. „Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring 2015, S. 61). Für die vorliegende Arbeit wurde festgelegt, dass die Kodiereinheit einen Sinnzusammenhang hergeben bzw. mindestens einen Satz umfassen muss. Die Kontexteinheit definiert den größten Textbestandteil, der einer Kategorie zugeteilt werden darf (vgl. ebd.). In der vorliegenden Analyse umfasst die Kontexteinheit vollständige Sätze mehrerer Teilnehmender zu einem Sinnzusammenhang bzw. einer Fragestellung. Die Auswertungseinheit bestimmt, „welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring 2015, S. 61); hier ist die Auswertungseinheit das Transkript der durchgeführten Gruppendiskussion.

Als Analysetechnik stehen Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung zur Auswahl. Je nach Forschungsfrage und auszuwertendem Material gilt es die geeignete Analysetechnik auszuwählen, auch sind Mischformen möglich. Zur Auswertung der Gruppendiskussion wurde die Analysetechnik der Strukturierung verwendet und für ein besseres Verständnis durch Elemente der Explikation ergänzt (weite Kontextanalyse) (vgl. Mayring 2015, S. 67f.). „Ziel der (strukturierenden)



Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring 2015, S. 67). Im Mittelpunkt steht ein Kategoriensystem, dem entsprechend passende Textstellen zugeordnet werden, wodurch das Material systematisiert und strukturiert wird (vgl. Mayring 2015, S. 97). Bei der Auswertung wurden grundlegende Verfahrenstechniken der strukturierten Inhaltsanalyse angewandt. So wurden in einem deduktiven Kategorienbildungsverfahren anhand der Forschungsfrage die „grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen“ (Mayring 2015, S. 97) abgeleitet und theoretisch begründet (vgl. Kapitel 4). Für die Analyse ergaben sich die drei Kategorien Haltung, Wissen und Können, die in einem Kodierleitfaden vorab definiert wurden (vgl. Anhang, S. 135f.). Aus den vorab festgelegten Kategorien können sich weitere Differenzierungen ergeben, die in sogenannten Unterkategorien aufgefächert und in den Kodierleitfaden eingebunden werden (vgl. ebd.). Darauf wurde in der vorliegenden Arbeit verzichtet und stattdessen Schlüsselbegriffe ausgearbeitet, die in Form einer Übersicht zu Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ zusammengefasst wurden (vgl. Anhang, S. 137f.).

Nach Festlegung der einzelnen Aspekte zur Analyse der erhobenen Daten wurde das Kategoriensystem in einem ersten Durchlauf erprobt sowie die eindeutige Zuteilung des Textmaterials überprüft. Das extrahierte Material wurde abschließend in seinen Kategorien zusammengefasst (vgl. Mayring 2015, S. 103). Die Ergebnisse der Analyse werden im Kapitel 7 präsentiert und im Anschluss diskutiert.

## 7 Ergebnispräsentation

Die mit Expert:innen aus der Sozialen Arbeit in der SAPV-KJ durchgeführte Gruppendiskussion zeigte eine Vielzahl von Aspekten für eine gelingende professionelle sozialarbeiterische Versorgung in der SAPV-KJ auf. Die anschließende Darstellung basiert auf dem Konzept von Hiltrud von Spiegel und gliedert sich in die Triade Haltung (Kapitel 4.1), Wissen (Kapitel 4.2) und Können (Kapitel 4.3).

### 7.1 Haltung

Familien mit einem lebenslimitiert erkrankten Kind stehen vor einer Vielzahl von Herausforderungen, die sie bewältigen müssen. Während sie manche Themen, Aufgaben und Probleme aus eigener Kraft bzw. mit Unterstützung aus einem nicht-professionellen Umfeld lösen können, benötigen sie an anderer Stelle professionelle Unterstützung. Diese umfasst nicht nur Fachlichkeit in Wissen und Können, sondern ebenso eine Haltung als Grundlage professionellen Arbeitens. In der Gruppendiskussion wurde verschiedene Aspekte und Perspektiven identifiziert, die die professionelle Haltung von Sozialarbeitenden in der SAPV-KJ auszeichnen.

Dabei war den Teilnehmenden die Haltung essenziell und wurde im ersten Statement der Gruppendiskussion in drei Kernhaltungselementen der systemischen Sozialarbeit eingeteilt, die die Teilnehmenden als äußerst wichtig für den psychosozialen Bereich der SAPV-KJ ansahen: Allparteilichkeit, Ressourcenorientierung und Wertneutralität (vgl. Anhang, S. 92, B4, Z. 190-198). Im Kontext der psychosozialen Versorgung in der SAPV-KJ beschrieben die Expert:innen, dass es wichtig ist, die besonderen Lebenssituationen der betroffenen Familien systemisch zu betrachten, um eine ganzheitliche, lebenswelt- sowie bedarfsorientierte Versorgung zu ermöglichen. Dabei meint Ganzheitlichkeit in diesem Kontext eine umfassende, multiperspektivische und multiprofessionelle Betrachtung der Bedarfe und Bedürfnisse der betroffenen Kinder/Jugendliche und ihrer Familien (vgl. Anhang, S. 97, B1, B6, Z. 402-412; S. 105, B7, 689f.). Dafür ist ein offener bzw. wertfreier, ressourcenorientierter und unparteiischer Blick auf das System und all seine Mitglieder sowie ein daran angepasstes Handeln von großer Bedeutung (vgl. Anhang, S. 92f., B4, Z. 218-241). Dabei hebt die/der Expert:in hervor, dass:

„Eltern und die Familien [...] so wenig bewertungsfreien Raum (haben), weil so viele Systeme auch mit drin sind. Und umso wichtiger finde ich, dass in unserer Versorgung, diese Haltung, aufrechtzuerhalten. Genau und [...] die Ressourcenorientierung, die ich sehr, sehr wichtig finde und gleich am Anfang mit den Familien gleich abstecke, was gibt es gerade für Ressourcen im Familiensystem, welche können wieder reaktiviert werden und welche sind schon aktiviert oder vielleicht nur in Vergessenheit geraten.“ (Anhang, S. 92, B4, Z. 227-233).

Dazu ergänzt B1, dass die Wahrung und der Respekt vor der Autonomie der Familie einer der wichtigsten Haltungen professionellen Handelns in der SAPV-KJ sind. Es wird als wichtig hervorgehoben, die Familien mit ihren „Gefühlswelten“ und Lebensweisen emphatisch und wertschätzend anzuerkennen und ihnen mit Respekt zu begegnen (vgl. Anhang, S. 93, B1, Z. 248ff.). Ein Bewusstsein über die Individualität jedes Menschen ist für das professionelle Handeln essenziell. Fachkräfte müssen ihre individuellen Wertestandards reflektieren und eine Ambiguitätstoleranz entwickeln. Das bedeutet, sich selbst nicht als Maßstab für Normen- und Wertestandards zu sehen, sondern Abweichungen von den eigenen Standards und Maßstäben zu tolerieren (vgl. Anhang, S. 95, B5, Z. 313-316). Zudem müssen Fachkräfte ihr Handeln auf das Ausmaß von Kontrolle und Eingriff stetig reflektieren sowie dazu ein professionelles Nähe- und Distanzverhalten entwickeln (vgl. Anhang, S. 94f., B5, Z. 293-316; S.109, B5, Z. 815f.).

Eltern sind oft die Stimme für ihre Kinder, sei es aufgrund ihrer Entwicklung, ihrer kognitiven/physischen Einschränkungen als Folge ihrer Erkrankung oder durch das Fortschreiten der Krankheit. Fachkräfte sollten dies im Blick behalten und neben einer ganzheitlichen Betrachtung auch das individuelle betroffene Kind berücksichtigen. Die Expert:innen betonen, dass es neben einer ganzheitlichen Betrachtung des Familiensystems auch wichtig ist, die individuellen Bedürfnisse und Anforderungen aller Mitglieder des Systems zu berücksichtigen. Oft ergeben sich unterschiedliche Bedürfnisse und Anforderungen im Familiensystem, die im Sinne des Patienten abgewogen werden müssen (Mandatschaft für den Patienten) (vgl. Anhang, S. 109, B5, B3, Z. 828-849). Exemplarisch verdeutlichen dies die Expert:innen am Beispiel des Wunsches nach einer Schulbefreiung für ihr erkranktes Kind, welches jedoch aus Expert:innensicht vom Schulbesuch profitieren könnte (z.B. soziale Teilhabe, Autonomie, etc.) (vgl. Anhang, S. 109, B5, Z. 817- 822; S. 110, B1, 877-882). Mit den Familien gilt es Fragen, Sorgen und Ängste sowohl als auch Gründe für die Entscheidung zu besprechen, um sie gegebenenfalls beseitigen zu können sowie das Ziel von Lebensqualität zu erhalten.

Ein weiterer zentraler Aspekt professioneller Haltung ist der Respekt und die Wahrung sowie Förderung der Autonomie und Rechte betroffener Kinder, Jugendlicher, jungen Erwachsenen und ihren Familien (vgl. Anhang, S. 93, B1, Z. 247f.; S. 111, B1, B5, Z. 896-918). Dabei geht es vor allem um die Ausbildung einer professionellen Haltung, die die betroffenen Familien, trotz ihrer belastenden Lebenssituationen, als unabhängige Subjekte wahrnimmt, welche in der Lage sind, ihr Leben selbstverantwortlich zu gestalten. Eine wertschätzende und anerkennende Haltung

gegenüber ihrer Selbstständigkeit, Selbstaktivität, Gefühlswelt und den daraus resultierenden Handlungen ist dabei wichtig. Besonders betont wurde dies von B5:

„Und ich finde ganz, ganz oft, ist es gerade in der langwierigen Versorgung von chronisch kranken Kindern auch wichtig die Eltern zu stärken in ihren Fähigkeiten und ihnen nicht alles abzunehmen“ (Anhang, S. 95, B5, Z. 303ff.).

Weiter ist es nicht nur Aufgabe, die Autonomie der Betroffenen zu wahren, sondern auch bei der Entwicklung von Autonomie zu unterstützen (z.B. Autonomie durch Ermöglichen des Schulbesuches).

Im Zusammenhang mit Autonomie sowie Selbstreflexion als Haltung, wurde durch die Expert:innen als ein weiterer zentraler Aspekt professioneller Arbeit eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Arbeitshaltung benannt. Allen Expert:innen der Gruppendiskussion ist es von zentraler Bedeutung das professionelle Handeln an den Anliegen und Wünschen sowie Lebensweisen der Betroffenen zu orientieren. Dazu gehört unter anderem auch eine kultursensible sozialarbeiterische Versorgung, welche sich an den kulturellen und religiösen Normen- und Wertvorstellungen sowie sensibel mit kultur- bzw. religionsbezogenen Lebenserfahrungen (z.B. Fluchterfahrung) umgehen. Dafür ist es wesentlich mit den Betroffenen in einen konkreten Austausch zu gehen, in dem diese multidimensional besprochen sowie ein daraus resultierender Auftrag bzw. Zielvereinbarung geschlossen wird.

Da in der Versorgung von lebenslimitiert erkrankten Kindern/Jugendlichen und ihren Familien häufig viele Systeme involviert sind, müssen sich sozialarbeiterische Fachkräfte der SAPV-KJ ebenso ihrer Rolle im medizinischen System bewusst sein (vgl. Anhang, S. 99, B3, Z. 465ff.). Die Expert:innen beschreiben eine Trauma-informed-Care Haltung als grundlegend, um Retraumatisierungen entgegenzuwirken und die psychosoziale Versorgung entsprechend in Kommunikation, Art und Umfang der psychosozialen Betreuung und der Vernetzung anzupassen (vgl. ebd.). Gleichsam braucht es eine anerkennende Wertschätzung sowie gegenseitige Akzeptanz zwischen den Kolleg:innen, damit ein multiprofessionelles Versorgen möglich ist (vgl. Anhang, S. 128, B1, Z. 1526-1540).

Die Expert:innen betonen, dass ein wesentliches Medium für die gelingende Sozialen Arbeit Zeit ist. Im Sinne der Handlungskompetenz Haltung ist dafür eine professionelle Selbstreflexion essenziell. Hierzu heben B4 und B3 hervor:

„Was ich total wichtig finde, was ich bei euch herausgehört habe, so eine Reflexionsfähigkeit zu haben. Also immer wieder als psychosoziale Fachkraft auch so eine Metaebene einnehmen zu können. MICH (Betonung) immer wieder zu reflektieren. Was ist denn gerade vielleicht da meine eigenen Anteile oder Themen, weshalb ich vielleicht in so eine Dynamik komme. Biete

ich gerade zu viel Hilfe an, was gar nicht den Bedarf der Familie entspricht. Genau. Also immer da wieder da selber reflektieren zu können, finde ich eine ganz wichtige Eigenschaft in unserem Bereich“ (Anhang, S. 96, B4, Z. 342-349).

„Es ist ja vorhin schonmal angesprochen worden, diese hohe Reflexionsfähigkeit. Zu unterscheiden, was braucht die Familie wirklich, was sehe ich da drin oder was das Team, Mediziner-Pfleger-Seite an Bedarfen oder Bedürfnissen und was erlebt die Familie und wo finden wir da so ein Common Ground“ (Anhang, S. 100, B3, Z. 501-505).

Die Expert:innen betonen, dass eine professionelle Haltung auch eine grundlegende Einstellung beinhaltet, die den Tod und das Sterben als eine natürliche Komponente des Lebens ansieht, einschließlich dem Tod von Kindern und Jugendlichen. Gleichsam führen sie an, dass es wichtig ist, sich mit der eigenen Biographie sowie den Berufswahlmotiven auseinanderzusetzen. Neben der Reflexion der eigenen Wertestandards, welche bereits weiter oben aufgeführt wurden, beschreibt B2:

„Also ich finde zu Haltung gehört auch wie ich selber mit Trauer umgehe oder mit Tod. Was ist für eigene Vorstellungen habe. Das muss ich auch immer reflektieren. [...] Ja, also Umgang mit Krankheit und Tod und begrenzter Lebenserfahrung, ja. (...) -erwartung“ (Anhang, S. 107f., B2, Z. 773-780).

Durch Selbstreflexion sowie Supervisionen im multiprofessionellen Team, gelingt es Fachkräften der SAPV-KJ unterschiedliche Perspektiven einzunehmen und somit die Verhaltensweisen und Motive betroffener Familien zu verstehen. Eine authentische und wahrhaftige bzw. ehrliche und somit auf Augenhöhe geschehende Versorgung ist somit möglich.

Auch bedeutet professionelle Haltung aus Expert:innensicht eine selbstwusste Haltung bzw. Einstellung gegenüber dem eigenen professionellen Wissen, Kompetenzen und Handeln zu besitzen. Dazu gehört es ein Bewusstsein für die Bedeutung der eigenen Arbeit zu besitzen, sowie diese ebenso nach außen zu tragen und in die fachliche Arbeit einzubringen. Die Gründe dafür legt B6 folgendermaßen offen:

„Und ich glaube auch bei der Haltung so ein Selbstbewusstsein, im positiven Sinne, für die Kompetenzen der Sozialen Arbeit oder psychosozialen Arbeit und da auch wieder Fähigkeiten, dass man sozusagen diese eigenen Aspekte, diese Perspektiven in unserer Profession eigen sind, zum Beispiel auch in Fallbesprechungen oder Teamsitzungen mit einbringt. Und das braucht man in unserem Bereich, glaube ich, nochmal besonders, weil wir ja häufig entweder Einzelkämpfer sind oder doch wenige, im Vergleich zum Gesamtteam. Da braucht man schon auch nochmal eine andere Stärke, als wenn man sich nur in Sozialarbeiter-Kreisen bewegen würde, wo man ohnehin so ein eigenes oder übergreifendes Verständnis hat“ (Anhang, S. 108, B6, Z. 784-793)

Neben der Reflexion des eigenen Handelns psychosozialer Fachkräfte, sehen die Expert:innen es als ebenso wichtig an qualitätsorientiert zu arbeiten. Dazu gehört es unter anderem sich stetig zu sich ändernden Leistungsansprüchen,

Gesetzesänderungen, Forschungserkenntnissen usw. zu informieren. Dies setzt eine Haltung voraus, die sich in einer eigenen Motivation sowie Wissbegierde auszeichnet. Ergänzend fügen die Teilnehmenden diesem Aspekt auch die Arbeit in Gremien zur Weiterentwicklung des psychosozialen Bereichs sowie die Forschung in diesem Bereich an. Auch hierfür braucht es eine Haltung, die sich in Neugierde, kritischem Denken, Geduld und Zusammenarbeit auszeichnet, was sich in der bereits jahrelangen stattfindenden Arbeit im beispielsweise Fachreferat psychosoziale Mitarbeitende in der AG Kinder und Jugendliche der DGP beziffern lässt (vgl. Anhang, S. 116f., B2, B4, B5, B7, Z. 1090-1144).

## **7.2 Wissen**

Neben einer professionellen Haltung braucht es, laut den befragten Expert:innen, gleichermaßen ein ausgeprägtes Fachwissen, für eine gelingende sozialarbeiterische Versorgung in der SAPV-KJ (vgl. Anhang, S. 98, B1, Z. 417f.).

Wie die Expert:innen beschreiben, ist Soziale Arbeit ein generalistisch angelegtes Studium, wodurch Fachkräfte dieser Profession über ausgeprägte Schnittstellen- bzw. Verknüpfungskompetenzen verfügen (vgl. Anhang, S. 122, B6, Z. 1326-1330). Um professionell in der SAPV-KJ handeln zu können, bedarf es neben dem Grundlagenwissen der Sozialen Arbeit ein handlungsfeldspezifisches Fachwissen sowie konkretes Wissen über Methoden und Strategien für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ (vgl. Anhang, S. 105f., B1, Z. 701-720). Einige dieser Wissensaspekte sind zwar auch Teil des Sozialarbeitsstudiums (wie z. B. Beratung, Empowerment, Entwicklungspsychologie), werden jedoch nur auf einer Metaebene behandelt (vgl. Anhang, S. 103, B1, Z. 595-599).

Als grundlegender Aspekt professioneller Arbeit in der psychosozialen Versorgung der SAPV-KJ beschrieben die Expert:innen das Wissen über ihre Aufgaben, Ziele, Zielgruppen und somit ihrem Auftrag in der SAPV-KJ. Anliegen und Themen, welche an die sozialarbeiterischen Fachkräfte durch betroffene Familien oder Versorger:innen herangetragen werden, müssen stets dahingehend beurteilt werden, ob sie Auftrag/Aufgabe der SAPV-KJ sind oder nicht. Liegen sie nicht im Aufgabenbereich der SAPV-KJ, gilt es zu überprüfen, in welchem Maße Fachkräfte Familien zur selbstständigen Problembearbeitung empoweren und/oder welche anderen Versorger:innen Familien in ihren Anliegen unterstützen können (vgl. Anhang, S. 94, B1,B2, 263-281; S. 114, B7, Z. 1013-1022). Im Diskussionsverlauf wird das Thema der Abgrenzung und dessen Wert sowie Herausforderungen immer wieder aufgegriffen. B5 beschreibt dazu:

„Und da finde ich es immer ganz, ganz schnell / also da neigen wir als Versorger auch ganz, ganz schnell, und das ist für mich auch die Abgrenzung zum Team. Es ist halt häufig: Mach doch nochmal dies und mach doch nochmal das. Und da muss die Großmutter aus Amerika kommen und der Uropa aus sonst wo. Und also, alles, was man nicht selbst beantworten kann, geht irgendwie zum Psychosozialen“ (Anhang, S. 95, B5, Z. 297-302).

Psychosoziale Fachkräfte der SAPV-KJ müssen daher zum einen für sich selbst klar abstecken können, welchen Auftrag sie in der psychosozialen Versorgung in der SAPV-KJ haben und diese zum anderen nach außen transparent machen (vgl. Anhang, S. 108, B6, Z. 784-793).

Weiter müssen Fachkräfte über ein ausgeprägtes Wissen über weitere Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit und ihre Aufgaben, Strukturen und ihre gesetzlichen Grundlagen verfügen sowie Kenntnisse über den Sozialraum, in denen die betroffenen Familien leben, um diese bedarfsorientiert und niedrigschwellig an Angebote anbinden zu können. Ebenso braucht es ein methodisches Wissen, wie Vernetzung und Netzwerken zwischen Versorger:innen gelingt (vgl. Anhang, S. 107, B1, Z. 742-751). Das SAPV-KJ-Team, in welchem B3 tätig ist, hat dazu beispielsweise eine Netzwerkkarte entwickelt. Auf dieser erhalten Eltern eine Übersicht über Netzwerke und Strukturen in ihrer Umgebung, an welche eine Anbindung möglich ist, wenn das SAPV-KJ-Team aufgrund einer stabilen Versorgungssituation die Versorgung pausiert (vgl. Anhang, S. 124, B3, Z. 1378-1382).

Wie bereits in den anderen Abschnitten dieser Forschungsarbeit beschrieben, erfolgt die SAPV-KJ multiprofessionell. Damit eine ganzheitliche Versorgung lebenslimitierter erkrankter Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien gelingt, brauchen Fachkräfte Kenntnisse darüber, was Multiprofessionalität bedeutet und welche Aufgaben die einzelnen Professionen sowie Interdisziplinen im SAPV-KJ-Team besitzen, damit Zuständigkeiten klar zugeordnet werden können. B1 greift Multiprofessionalität im SAPV-KJ-Team im Zusammenhang mit Abgrenzung auf und ergänzt, dass multiprofessionelles sowie interdisziplinäres Zusammenarbeiten ein Prozess ist, welcher Zeit benötigt und erlernt werden muss. Exemplarisch führt sie dies an ihrem Team auf, welches neben der SAPV-KJ unter anderem weitere Angebote der pädiatrischen palliativen Versorgung im übergeordneten Träger anbietet.

„Wo wir auch ein Stück lernen mussten, auf der einen Seite sehr multiprofessionell zu arbeiten und ineinander verzahnt zu arbeiten. Auf der anderen Seite aber auch zu sehen wo ist deine Aufgabe, wo ist meine Aufgabe. Muss man immer wieder daran erinnern, aber / und ich glaube, dann geht es auch gut. Aber ich glaube, dass finde ich, ist im multiprofessionellen natürlich eine besondere Herausforderung miteinander gut zu arbeiten, über den Tellerrand hinweg zu gucken und gleichzeitig aber auch den anderen seine Arbeit machen zu lassen“ (Anhang, S. 114, B1, Z. 1003-1010).

Ebenso braucht es ein medizinisch-pflegerisches-Grundverständnis, um beispielsweise die sozialrechtliche Beratung, stützende Gespräche sowie Entlastungsangebote an die Krankheit und deren Verlauf anzupassen (vgl. Anhang, S. 101, B6, Z. 524-528). B6 begründet dies wie folgt:

„Weil das macht ja schon einen Unterschied, ist der Krankheitsverlauf jetzt sehr kurz oder ist das eine Erkrankung mit einer Lebenserwartung von mehreren Jahren, weil wir dann natürlich auch unsere Begleitung oder Beratung auch darauf abstimmen müssen (Anhang, S. 101, B6, Z. 525-528).

Gleichsam benötigt es laut den Expert:innen ein medizinisch-pflegerisches-Wissen, um die meist komplexen medizinischen und pflegerischen Informationen für Familien oder auch involvierte Versorger (Pflegedienste, Kindergärten, Schulen, etc.) greifbar und verständlich zu gestalten. Dabei sollte die Sprache bzw. der Gesprächsführungsstil vom Kontext abhängig gemacht werden müssen. Fachkräfte müssen daher Kenntnisse über Sprache und ihre Wirkungen sowie Kommunikationsstrategien besitzen, um zielgruppenangepasst Informationen zu vermitteln. Gleichsam kann so erfasst werden, ob Informationen verstanden wurden oder es eine Re-Involvierung entsprechender Professionen (z.B. Ärzt:in) benötigt, um Themen erneut zu besprechen (vgl. Anhang, S. 108, B3, Z. 795-811).

Auch im weiteren Diskussionsverlauf wurde der Aspekt der Sprache an verschiedenen Stellen wiederholt hervorgebracht. Generell gilt es in der psychosozialen Begleitung die Sprache an die Zielgruppe anzupassen sowie Familiendynamiken und Rollen der einzelnen Familienmitglieder im Familiensystem zu beachten. So müssen Gespräche über Sterben, Tod und Trauer an den Entwicklungsstand des Gegenübers angepasst werden, da sie je nach Alter unterschiedliche Vorstellungen und Wahrnehmungen (Todeskonzepte) zu diesem Thema haben (vgl. Anhang, S. 98, B4, Z. 424-430). Fachkräfte müssen demnach trauerspezifisches Fachwissen besitzen (vgl. Anhang, S. 106, B1, Z. 707-710). Dazu zählt laut den Expert:innen:

„Also zu Todeskonzepten bei Kindern und Jugendlichen. Und zu Trauer / also so ein gewissen Überblick über Trauermodelle zu haben und was mit einem Familiensystem passiert, wenn ein Kind, Jugendlicher, junger Erwachsener dort schwer erkrankt und was das mit dem Familienmobile macht und mit den einzelnen Mitgliedern und auch mit der Familiendynamik finde ich auch wichtig da ein gewissen Überblick oder ein Grundwissen auch zu haben“ (Anhang, S. 98, B4, Z. 424-430).

Auch gilt es die Bedeutung und den Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer unter dem Blickwinkel verschiedener Kulturen und Religionen zu betrachten. Fachkräfte brauchen dafür laut den Expert:innen, ein Grundwissen bzw. ein Verständnis über Kultur und Religion sowie Spiritualität, um zielgruppen- und



lebensweltorientiert auf die Betroffenen eingehen zu können (vgl. Anhang, S. 105, B4, Z. 694-699).

Ebenso gilt es das Medium der Sprache professionsspezifisch zu beachten und bei der Versorgung zu berücksichtigen, denn wie eine:r der Teilnehmenden beschrieb, haben die einzelnen Professionen unterschiedliche Perspektiven auf die Versorgung sowie andere Wirkungen auf die betroffenen Familien:

„Also dieses interdisziplinäre Arbeiten, das muss man, glaube ich richtig gut lernen und es muss von allen eine Bereitschaft geben und eine gegenseitige Akzeptanz des Arbeitsbereiches der Anderen und eine Wertschätzung. Und was wir zum Beispiel immer machen, ist, dass der erste Hausbesuch, der besteht IMMER aus Sozialarbeit und Pflege, weil man dann an die Themen kommt. Und der ZWEITE besteht erst aus Pflege und Medizin, weil die Frau Doktor, wenn die mit dabei ist, dann sind irgendwie die medizinischen Themen im Vordergrund. Also ich finde, dass hilft total, um auch sozialarbeiterische Themen auch dann so gut zu haben und die Familie auch kennenzulernen. (...) Aber das war viel Arbeit, um das so im Miteinander dann auch hinzukriegen, weil wir sprechen ja andere Sprachen. Also das ist ja zum Teil total lustig. Und haben so ganz andere Kulturen auch“ (Anhang, S. 128, B1, Z. 1530-1540).

In der Versorgung lebenslimitiert erkrankten Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien begegnen Familien sowie Versorger:innen ethischen Fragestellungen. Zur Beratung und Entscheidungsfindung kann hierfür ein Ethikkomitee hinzugezogen werden, an welchen ebenso psychosoziale Fachkräfte der SAPV-KJ teilnehmen (können). Welche Kenntnisse psychosoziale Fachkräfte dazu brauchen, fasst B6 wie folgt zusammen:

„Naja ich denke beispielsweise auf der Wissensseite, welche ethischen Entscheidungsmodelle gibt es denn beispielweise. Also was muss ich mitberücksichtigen, wie laufen solche Entscheidungsprozesse ab, was gibt es denn vielleicht auch für Institutionen, wie zum Beispiel ein Ethikkomitee, die ich dann einberufen könnte“ (Anhang, S. 119, B6, Z. 1204-1208).

Als ein weiterer Aspekt der Handlungskompetenz Wissen, wurde ein systemisches Denken und Wissen benannt, welches auf einer systemischen Haltung basiert. Wie bereits im Kapitel 7.1 beschrieben, liegt der Fokus der systemischen Sozialarbeit auf sozialen Systemen und ihre Wechselwirkungen und Zusammenhänge (vgl. Hosemann/Geiling 2021, S. 22ff.). In der sozialarbeiterischen Versorgung gilt es daher alle Mitglieder des Systems in den Blick zu nehmen (z.B. Eltern/-teile, Geschwister, Großeltern, etc.) und bei Bedarf für Unterstützung zur Verfügung zu stehen. Um das Prinzip der ganzheitlichen Versorgung der SAPV-KJ zu erfüllen, brauchen Sozialarbeiter:innen Kenntnisse, welche Bedeutung Familiensysteme haben, wie ihre Funktionen und Rollen untereinander aufgeteilt sind und welche Auswirkungen Krankheit, Sterben und Trauer auf die einzelnen Familienmitglieder

sowie auf das System Familie als Ganzes haben (vgl. Anhang, S. 99, B4, Z. 448-453). Dabei gilt es auch das Thema Kinderschutz zu beachten, weshalb die Expert:innen auch in diesem Bereich Kenntnisse als wichtig erachten (vgl. Anhang, S. 101, B5, S. 544f.). „Systemische Praxis arbeitet mit Kommunikation und deren Regeln und Mustern“ (Hosemann/Geiling 2021, S. 28). Dabei ist die Arbeit ressourcen- und lösungsorientiert und unterstützt bei der Entdeckung bzw. Förderung von Stärken, Kompetenzen und Ressourcen und orientiert sich sowohl an der betreffenden Person als auch an dessen sozialen Umfeld (vgl. Hosemann/Geiling 2021, S. 29f.). Ebenso benennen die Expert:innen, dass neben einem systemischen Denken und Wissen auch Kenntnisse über systemisches Fragen notwendig ist, um Familien gut in ihrem System zu begleiten sowie als Professioneller unterschiedliche Beobachtungsperspektiven auf das System einnehmen zu können (vgl. Anhang, S. 97f., B6, Z. 407-412). B6 führt exemplarisch auf, wozu der systemtheoretische Ansatz in der psychosozialen Versorgung in der SAPV-KJ konkret eingesetzt werden kann:

„Oder zu gucken, was wäre denn das Ziel oder auch in Punkto Krankheitsbewältigung, was habe ich denn Ressourcen, was kann ich für Ressourcen aktivieren, was hat mir in früheren Situationen geholfen“ (Anhang, S. 98, B6, Z. 409-412)

Gleichsam braucht es Kenntnisse über Hilfsmittel und Werkzeuge (Tools), die zur Erfassung von Bedarfen genutzt werden (z.B. Genogramme, LARES Geschwisterbogen) (vgl. Anhang, S. 100, B6, Z. 487-490).

Im Diskussionsverlauf betonen die Expert:innen, dass das generalistische Wissen und die Schnittstellenkompetenzen die Stärke von Sozialarbeitende ist. So braucht es vor allem ein fundiertes Grundlagenwissen über die verschiedenen Bereiche des sozialen Sektors, statt eines spezifischen Fachwissens sowie spezifische Zusatzqualifikationen zu konkreten Themen (vgl. Anhang, S. 98, B4, Z. 434-441). Vielmehr geht es in der SAPV-KJ um eine Basisversorgung. Werden weiterführende Bedarfe festgestellt ist es Aufgabe, die Familien an passende Angebote anzubinden (vgl. Anhang, S. 113, B5, Z. 986-994; S. 122f., B6, Z. 1326-1337). Es wurden zahlreiche Aspekte des handlungsfeldspezifischen Grundwissens beschrieben, welche für eine professionelle sozialarbeiterische Versorgung unabdingbar sind. Dazu zählt laut den Expert:innenaussagen vor allem ein

„befundetes sozialrechtliches Wissen, weil das ist das, was den Familien wirklich das Leben leichter macht, wenn Leistungsansprüche ausgeschöpft werden können“ (Anhang, S. 98, B6, Z. 413ff.).

Damit derartige Leistungsansprüche ausgeschöpft werden können, brauchen Sozialarbeiter:innen ein profundes Fachwissen zu gesetzlichen Regelungen (SGB I

– XII) und sozialrechtlichen Leistungsansprüchen der Sozialversicherungsträger sowie zu weiteren Leistungen die lebenslimitiert erkrankten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zustehen. Ergänzend benötigen sie Kenntnisse über Sozialverwaltungsverfahren (Voraussetzungen, Fristen, Widersprüche, Untätigkeitsklagen, etc). Neben Kindern und Jugendlichen werden in der SAPV-KJ ebenso junge Erwachsene versorgt (vgl. Anhang, S. 114f., B7, Z. 1036-1046). Aus diesem Grund müssen Sozialarbeitende ebenso über ein sozialrechtliches Wissen im Bereich der Transition verfügen (z.B. zu Patient:innenverfügung, Vorausverfügung zum Vorgehen in Notfallsituationen für Kinder, Jugendliche und einwilligungsunfähige Erwachsene) (vgl. Anhang ebd.). Ebenso brauchen Fachkräfte Kenntnisse über Migration und entsprechende sozialrechtliche Regelungen (vgl. Anhang, S. 126, B5, Z. 1468-1471). Die Expert:innen heben hervor, dass das sozialrechtliche Wissen eine großer Bereich ist, welcher im Rahmen der Gruppendiskussion jedoch nur grob umrissen wurde (vgl. Anhang, S. 117f., B5, Z. 1144-1151).

Zusammenfassend stellen die Expert:innen heraus, dass es dieses Wissen stets aktuell zu halten gilt. Fachkräfte müssen sich dafür regelmäßig zu Änderungen in gesetzlichen Regelungen und sozialrechtlichen Leistungen informieren sowie das medizinisch-pflegerische-Wissen stets an aktuelle Forschungserkenntnisse anpassen. Dabei ist es wichtig, dass Fachkräfte einschätzen können, über welche Medien sie sich Wissen aneignen können. Darüber hinaus müssen Fachkräfte ihr professionelles Handeln eigenständig sowie im Rahmen von Supervisionen reflektieren und evaluieren. Fachkräfte brauchen dafür Kenntnisse über Evaluationsmöglichkeiten, um die Wirksamkeit der eigenen Arbeit messen zu können (vgl. Anhang, S. 115ff., B2, B4, B5, B6, B7, Z. 1063-1117).

### **7.3 Können**

Die dritte Kategorie setzt sich mit den Fähigkeiten und Kompetenzen (Können) Sozialarbeitender auseinander, welche laut den Expert:innenaussagen für eine professionelle Soziale Arbeit in der SAPV-KJ wesentlich sind. Grundlegende sozialarbeiterische Kompetenzen (z.B. Sozialkompetenz, Strukturiertheit, Reflexionsfähigkeit) wurden als Basis der Diskussion angesehen und um spezifische Kompetenzen für die sozialarbeiterischer Versorgung in der SAPV-KJ erweitert bzw. konkretisiert (vgl. Anhang, S. 112f., B3, B5, Z. 955-963).

Als ein Aspekt für gelingende sozialarbeiterische Versorgung in der SAPV-KJ wird eine gelingende Beziehungsarbeit sowie der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den betroffenen Kindern/Jugendlichen und ihren Familien durch die Expert:innen

beschrieben. Fachkräfte müssen sich aktiv Zeit für die Familien nehmen, ehrliches Interesse zeigen, sowie den Unterstützungsprozess individuell an die Bedarfe und Bedürfnisse der Familien(mitglieder) anpassen (vgl. Anhang, S. 110, B1, Z. 872-882). Gleichsam führen die Expert:innen als ausschlaggebende Faktoren auf, dass die Gestaltung des Versorgungsprozesses und der zeitliche Umfang individuell anzupassen sind (vgl. Anhang, S. 93, B1, Z. 247-256). Zentral dafür sind Empathie-, Selbstbeobachtungs- und Reflexionsfähigkeit sowie ein Bewusstsein und Sensibilität für die hochbelastete Lebenssituation der betroffenen Familien (vgl. Anhang, S. 102, B4, Z. 570-576). Ebenso brauchen Fachkräfte die Fähigkeit zwischen Bedarf und Bedürfnis unterscheiden zu können (vgl. Anhang, S. 100, B3, Z. 499f.). Die Strukturen und Vorgehensweisen zum Kennenlernen beschreibt B5 anhand ihres SAPV-KJ-Teams exemplarisch wie folgt:

„Und was wir zum Beispiel immer machen, ist, dass der erste Hausbesuch, der besteht IMMER aus Sozialarbeit und Pflege, weil man dann an die Themen kommt. Und der ZWEITE besteht erst aus Pflege und Medizin, weil die Frau Doktor, wenn die mit dabei ist, dann sind irgendwie die medizinischen Themen im Vordergrund. Also ich finde, dass hilft total, um auch sozialarbeiterische Themen auch dann so gut zu haben und die Familie auch kennenzulernen“ (Anhang, S. 128, B1, Z. 1532-1538).

Auch weitere Teilnehmenden der Gruppendiskussion betonen, dass das persönliche Kennen(lernen) von psychosozialen Mitarbeitenden und Familien wichtig ist, da im Rahmen der psychosozialen Versorgung der SAPV-KJ viele intime Themen miteinander besprochen werden (vgl. Anhang, S. 126, B5, Z. 1473ff.).

Gleichsam, wie auch schon im Unterkapitel 7.2 beschrieben, bedarf es der Fähigkeit der Auftragsbestimmung und damit auch der Abgrenzung von Aufgaben, welche nicht in der Zuständigkeit der SAPV-KJ liegen. Fachkräfte müssen dafür mit den betroffenen Familien in einen Arbeitsprozess gehen, in dem die Aufgaben klar definiert und Grenzen transparent kommuniziert werden (vgl. Anhang, S.93, B1, Z. 247-256; S. 94, B2, Z. 263-271). B7 fasst dieses Thema wie folgt zusammen:

„Ich würde es tatsächlich noch ein bisschen breiter fassen wollen dieses Thema Abgrenzung. Das man sich auch immer mal wieder versucht bei bestimmten Themen tatsächlich, bei den Anliegen der Familien abzugrenzen, tatsächlich. Wenn nämlich Themen aufkommen, die die Kinderhospizarbeit anbelangen, die die Pflegedienste anbelangen, die die Hilfsmittelversorgungen anbelangen, die die Wohnungssuche anbelangen, oder, oder. Das man tatsächlich auch immer mal wieder klärt: Ich kann da unterstützen und vielleicht auch vermitteln, aber ich kann nicht diejenige sein, die das Problem löst. Das können wir nicht. Diesen Auftrag haben wir einfach nicht“ (Anhang, S. 114, B7, 1013-1021).

Auch auf Teamebene müssen die Mitglieder des multiprofessionellen und interdisziplinären Teams aushandeln, welche Aufgaben in ihrer Zuständigkeit liegen und welche nicht (vgl. Anhang, S. 95, B5, Z. 297-302; S. 118, B3, Z. 1153-1162).

Wie B1 beschreibt, brauchen Sozialarbeitenden der SAPV-KJ ebenso Case Management Kompetenzen, um ein bedarfsorientiertes Netzwerk gemeinsam mit den Familien erstellen bzw. bestehende Ressourcen stärken zu können (vgl. Anhang, S. 94, B1, 274f., S. 99, B1, 471-475). Fachkräfte brauchen dafür Kenntnisse über die verschiedenen Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit und ihren Aufgaben sowie über die im Sozialraum vorhandene Strukturen (vgl. Kapitel 7.2). Mit diesem Wissen sind Fachkräfte fähig, Familien bedarfsorientiert und fachlich umfassend über Angebote zu informieren. Um Familien an entsprechende Angebote anbinden zu können, brauchen Fachkräfte Kenntnisse über Netzwerkarbeit und ihre Methoden (vgl. Anhang, S. 95, B1, 324f., S. 107, B1, 742-751).

Weiter brauchen Fachkräfte ein fundiertes Wissen über Strategien und Methoden der Sozialen Arbeit, um die betroffenen Familien in ihren Anliegen zu unterstützen. Dazu zählen die Expert:innen unter anderem systemisches Denken und Fragen oder auch Tools zur Erfassung von Geschwister-/Elternbelastungen sowie Kommunikations- und Gesprächsführungsstrategien (vgl. Anhang, S. 100, B4, B6, Z. 482-497).

Ebenso brauchen psychosoziale Fachkräfte ausgebildete kommunikative Kompetenzen (Gesprächsführungskompetenzen), um die Botschaften (Bedürfnisse und Wünsche) der Patienten und ihrer Familien zu verstehen und entsprechend darauf reagieren zu können. Gleichsam brauchen Fachkräfte Beratungskompetenzen, um Informationen klar und verständlich kommunizieren zu können. (vgl. Anhang, S. 100, B1, Z. 509f.; S. 101, B6, Z. 520). Exemplarisch verdeutlicht dies B3 wie folgt:

„Ich finde da kommt noch was dazu, wie die Fähigkeit Sprache oder Inhalte zu übersetzen, von einer sehr kognitiv-medizinischen Ebene zu einer emotional-erlebten bei den Familien. Und auch im Gespräch immer wieder mit Schulen oder Kindergärten, also der Transport von dem, was auf dieser medizinischen Ebene passiert, hin zur: Wie Familie die erleben und was es für sie effektiv auch bedeutet“ (Anhang, S. 108, B3, Z. 795-799).

Zur Konfliktlösung zwischen Versorger:innen und Familien fungieren psychosoziale Fachkräfte auch als Vermittler:innen. Dafür brauchen Fachkräfte Moderations- und Diskussionskompetenzen, die eine multiperspektivische Betrachtung und Aufschlüsselung der Ansichten und anschließend Problemlösung ermöglichen (vgl. Anhang, S. 96f., B1, B4, B6, Z. 353-381). In dieser Funktion haben Sozialarbeitende die Aufgabe,

„die eigenen Werte zu vertreten, aber auch beispielsweise die Sichtweisen oder Perspektiven der Familie auch nochmal zu verdeutlichen, wenn es notwendig ist“ (Anhang, S. 119, B6, Z. 1215ff.).

Auch bei Kriseninterventionen unterstützen Sozialarbeitende der SAPV-KJ. Die Expert:innen der Gruppendiskussion beschreiben als notwendige Kompetenzen unter anderem Mediationsfähigkeiten, aktives Zuhören sowie entsprechende Kommunikationsstrategien (vgl. Anhang, S. 100, B4, Z. 482-485). Gleichsam brauchen Sozialarbeitende der SAPV-KJ eine gewisse Ambiguitätstoleranz gegenüber den eigenen Lebensweisen und Lebensführungen betroffener Familien haben (vgl. Anhang, S. 109, B5, Z. 818-822).

Zum professionellen Handeln braucht es laut den Teilnehmenden ebenso eine moralische Kompetenz bzw. Wertekompetenz. B6 definiert wie folgt:

„Also das man auch verschiedene Werte sehen kann und in gewisser Weise auch bewerten kann, diskutieren kann und vielleicht am Ende auch gewichten kann. Das man halt sagt, dass Wohl des Kindes steht über allem. Manchmal auch über den Bedürfnissen der Eltern“ (Anhang, S. 110, B6, Z. 853-857).

Die unterschiedlichen Aufgaben, Handlungsanforderungen und Rollen in der Sozialarbeit erfordern eine vorausschauende Planung, wie B4 betont. Um dies zu ermöglichen, benötigen Fachkräfte strategische Kompetenzen. B4 betont die Vielschichtigkeit dieser Aufgabe:

„Also wie oft überlege ich in meiner Profession, welcher Schritt jetzt als Erstes am sinnvollsten ist, damit sich so die unterschiedlichen Interessen gut beachtet fühlen und dann auch gemeinsam mit dem Team zu überlegen, welchen Schritt gehen wir jetzt als erstes, welchen den zweites, den drittes und so weiter. Also, ich habe das Gefühl es dreht sich ständig um Strategiefindung in Gesprächsabläufen, ja oder wer als erster von den Versorgern kontaktiert werden soll und so weiter“ (Anhang, S. 115, B4, Z. 1057-1063).

Weiter beschreiben die Expert:innen, dass Professionelle eine hohe Reflexionsfähigkeit besitzen müssen, um professionell zu handeln. Dazu gehören ein stetiges Beobachten, Reflektieren und Evaluierung des eigenen professionellen Handelns. Fachkräfte brauchen dafür unter anderem ein Wissen über die Wirkung ihres Auftretens und ihrer Rolle besitzen (vgl. Anhang, S. 99, B3, Z. 464-467). Im Sinne der Selbstreflexion und dem professionellen Handeln beschreibt B3:

„Es ist ja vorhin schonmal angesprochen worden, diese hohe Reflexionsfähigkeit. Zu unterscheiden, was braucht die Familie wirklich, was sehe ich da drin oder was das Team, Mediziner-Pfleger-Seite an Bedarfen oder Bedürfnissen und was erlebt die Familie und wo finden wir da so ein Common Ground“ (Anhang, S. 100, B3, Z. 501-505).

Neben Beobachtung und Reflexion des Handelns, gilt es dieses ebenso aktuell zu halten. Fachkräfte müssen dafür über Strategien zum Wissenserwerb (Methodenwissen, Strategien, Fachwissen) verfügen.

Ebenso müssen Fachkräfte aufgrund des ganzheitlichen und multiprofessionellen Versorgungsansatzes teamfähig sein. Dazu gehört ein respektvoller Umgang miteinander und eine wertschätzende Anerkennung gegenüber der Arbeit der Teamkolleg:innen ( vgl. Anhang, S. 113f., B1, Z. 999-1010). Gleichsam betonen die Expert:innen neben dem eigenen Wissenserwerb, dieses Fachwissen auch an Dritte weiterzugeben, um das Arbeitsfeld der psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Palliativversorgung weiterzutragen, um das Interesse für dieses Arbeitsfeld zu wecken sowie darüber aufzuklären. B3 betont, dass Fachkräfte des sozialarbeiterischen Bereichs dementsprechend ebenso Kompetenzen zur Vermittlung des Fachwissens (vgl. Anhang, S. 102, B3, Z. 562-568).

## 8 Ergebnisdiskussion

Der Fokus der vorliegenden Arbeit lag darauf, Aspekte eines fachlichen Standards für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ zu untersuchen. Nachfolgend werden die im Kapitel 7 dargestellten Ergebnisse zu den eingangs gestellten Untersuchungsfragen: (1) „Welche Haltung ist nötig, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt?“, (2) „Was müssen Sozialarbeitende wissen, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt?“ und (3) „Welche Fähigkeiten und Kompetenzen (Können) brauchen Sozialarbeitende in der SAPV-KJ dafür?“ sowie die gruppendynamischen Prozesse der Gruppendiskussion analysiert und im Kontext der vorgestellten theoretischen Aspekte und Konzepte sowie ergänzender Literatur diskutiert und darauf basierend ein Fachstandard entwickelt.

Die Grundprinzipien der Multi- und Interprofessionalität sowie Ganzheitlichkeit (Saunders 2000) sind unabdingbare Eckpfeiler professionellen Handelns in der Begleitung und Versorgung lebenslimitiert erkrankter Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016, S. 47).

### **(1) „Welche Haltung ist nötig, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt?“**

„Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Palliativmedizin beschäftigt sich mit einer heterogenen Patientengruppe und ist sehr individuell – abhängig von Diagnose, Alter und Familien- und Unterstützungssystem“ (Reichelt 2021, S. 236). Um die Familien in ihren Fragen, Ängsten, Sorgen und Wünschen verstehen und entsprechend unterstützen zu können, brauchen Fachkräfte neben einem tiefen Fachwissen und Kompetenzen eine professionelle Haltung. Bei der analysierten Gruppendiskussion hatte die professionelle Haltung einen sehr hohen Stellenwert, da Aspekte zur Haltung häufig als „sehr wichtig“, „sehr, sehr wichtig“, „besonders wichtig“ herausgestellt, ausführlich beschrieben und durch Beispiele konkretisiert wurden. Die Diskussion war in diesem Zusammenhang angeregt, Gedanken und Ideen wurden diskutiert, zugestimmt sowie ergänzt; Gesprächspausen fielen gering aus. Die Zusammenführung der sozialwissenschaftlichen Literatur und der Ergebnisse der Gruppendiskussion zeigt folgende Aspekte einer professionellen Haltung für den sozialarbeiterischen Bereich der SAPV-KJ:

Als Basis gelten die aufgeführten Prinzipien der ethischen Grundhaltung Sozialer Arbeit des DBSH und IFSW: die Achtung der Autonomie der Menschen, Gerechtigkeit, Nichtschaden, Wohlwollen, Effektivität und Solidarität (vgl. Deutscher Bundesverband für Soziale Arbeit e.V. 2023; vgl. Kapitel 4.1).



Es gilt, den lebenslimitiert erkrankten Kindern und Jugendlichen wie auch ihren Familien mit Würde und Respekt gegenüberzutreten (vgl. Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW 2016, S. 54). Für eine vertrauensvolle Beziehung müssen Fachkräfte den Familien authentisch bzw. selbstkongruent gegenüberstehen. Wie Zwicker-Pelzer beschreibt, ist Kongruenz dabei weitaus mehr als Empathievermögen: „Menschen im beraterischen Prozess begleiten zu können, ist ebenfalls weit mehr als neugierig fragen zu können. Verstehen und konfrontieren können (Irritation schaffen) ohne das Gegenüber abzuwerten oder gering zu schätzen, das erscheint als Kunst, als Können beraterischer Kompetenz. Was auch immer in der Beratung ‚anliegt‘, die kongruente Haltung macht die Tiefendimension der beraterischen Prozessteuerung aus“ (Zwicker-Pelzer 2010, S. 113). Ein ehrlicher, transparenter Kontakt ist wichtig, um ein fundamentales Vertrauensverhältnis aufzubauen. Fühlen sich Familien in ihren Gedanken, Sorgen, Ängsten und Wünschen erst genommen, kann psychosoziale Arbeit nachhaltig wirken. Ängste, Belastungen und Sorgen können minimiert, Fragen ausführlich und für Familien verständlich erklärt und geklärt sowie Wünsche erfüllt und Ressourcen aufgebaut bzw. gestärkt werden. Dabei gilt insbesondere in der (pädiatrischen) Palliativversorgung das Prinzip Rohrs: „Auch, wenn alles Gesagte echt sein sollte, muss nicht alles Echte auch gesagt werden“ (Rohr 2017, S. 126).

Der personenzentrierte Ansatz von Carl Rogers hebt hervor, sein Gegenüber – in der pädiatrischen Palliativversorgung folglich lebenslimitiert erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre Familien – empathisch, wertschätzend und authentisch wahrzunehmen und anzuerkennen (vgl. Rohr 2017, S. 125-130). Fachkräfte sollten versuchen, sich in die Lebenswelten der einzelnen Personen des betroffenen Systems (Patient:in, Eltern, Geschwister, etc.) hineinzusetzen, um eine Vorstellung über die Wirklichkeits- und Sinnkonstruktionen, Gefühle und Handlungen zu erhalten. Eine empathische Grundhaltung ermöglicht es, die betroffenen Menschen in ihren individuellen Lebensweisen, Wahrnehmungen, Gefühlen, Entscheidungen und Handlungen, Normen und Werten wertzuschätzen. Dies umfasst das Wissen und die Akzeptanz, dass diese wertfrei sowie unparteiisch behandelt werden müssen (vgl. von Spiegel 2013, S. 89f.). Grundlage sozialarbeiterischen Handelns sind die Werte und Ziele der einzelnen Familienmitglieder, unter Berücksichtigung religiöser und kultureller Hintergründe, psychosozialer Ressourcen und Belastungen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem erkrankten Kind bzw. Jugendlichen. In der Gruppendiskussion wurden die genannten Aspekte unter den

Schlagworten Allparteilichkeit, Ressourcenorientierung und Wertneutralität subsumiert.

Ressourcenorientierung stellt einen wesentlichen Pfeiler für sozialarbeiterisches Handeln in der SAPV-KJ dar. Es gilt fortwährend zu beobachten, zu erfragen und zu evaluieren, welche Ressourcen im Familiensystem bereits vorhanden sind, reaktiviert oder neu herausgebildet werden müssen. Fachkräfte sollten Möglichkeiten zur Erhaltung, Reaktivierung, Förderung und Weiterentwicklung anbieten und die Familien befähigen selbstständig zu agieren und somit Selbstwirksamkeit zu erfahren (vgl. Reichelt 2021, S. 230).

Die Berücksichtigung all dieser Aspekte bedeutet ebenso eine ständige Balance zwischen Nähe und Distanz, Fachlichkeit und Menschlichkeit und setzt eine kontinuierliche Selbstbeobachtung und -reflexion voraus, die auf der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, den Berufswahlmotiven, eigenen Erfahrungen mit Krankheit, begrenzter Lebenserwartung, (körperlicher) Beeinträchtigung, Sterben, Tod und Trauer auf persönlicher Ebene basiert. Über die persönliche Auseinandersetzung hinaus bedarf es auch einer Reflexion dieser Aspekte im multiprofessionellen SAPV-KJ-Team. Den Diskussionsteilnehmenden war wichtig, den Tod als natürlichen Bestandteil des Lebens – auch für Kinder und Jugendliche – anzusehen.

## **(2) „Was müssen Sozialarbeitende wissen, damit Soziale Arbeit in der SAPV-KJ gelingt?“**

Um Familien mit einem lebenslimitiert erkrankten Kind/Jugendlichen unterstützend und entlastend zur Seite zu stehen, brauchen Fachkräfte der Sozialen Arbeit ein breites und fundiertes Fachwissen. In der Gruppendiskussion wurden eine Vielzahl an Aspekten fachlichen Wissens identifiziert, welches auf einem im Studium der Sozialen Arbeit erworbenen generalistischen Grundwissen (Beratungswissen, Empowerment, Sozialraum- und Netzwerkarbeit, etc.) basiert und durch handlungsfeldspezifisches Wissen im Bereich der pädiatrischen Palliativversorgung bzw. SAPV-KJ ergänzt wird. Es ist essenziell dieses Wissen zu erwerben und stets zu aktualisieren, um eine qualitativ hochwertige sozialarbeiterische Versorgung zu ermöglichen.

Elementarer Bestandteil für professionelles Handeln in der SAPV-KJ ist aus Sicht der befragten Expert:innen ein Wissen um den Auftrag der sozialarbeiterischen Versorgung in der SAPV-KJ. Dies umfasst Wissen zu Aufgaben, Zielen und Zielgruppen. Die an die Fachkräfte durch Betroffene, Teamkolleg:innen und andere

Versorger:innen herangetragenem Anliegen an die Soziale Arbeit müssen stets nach dem Auftrag der SAPV-KJ und der Zuständigkeit beurteilt werden. Die Aufgaben- und Auftragsklärung war den Expert:innen der Gruppendiskussion besonders bedeutsam. Dies könnte darin begründet liegen, dass Abgrenzung und Auftragsklärung aufgrund des hohen Patient:innenaufkommens sowie geringer Stellenanteile sozialarbeiterischer Fachkräfte in der SAPV-KJ notwendig sind, um eine adäquate Patient:innenversorgung zu gewährleisten (vgl. Schneider 2022, S. 7f.).

Für eine bedarfs-, bedürfnis- und ressourcenorientierte Versorgung müssen Fachkräfte im Sinne des Vertrauens- und Beziehungsaufbaus die „individuellen Begrenzungen der [...] subjektiven Wirklichkeitskonstruktionen“ (von Spiegel 2013, S. 84) überwinden. Dafür brauchen Fachkräfte diagnostisches Wissen, um sich einen Zugang zur Wirklichkeit der betroffenen Familien zu erarbeiten. Für die pädiatrische Palliativversorgung bedeutet dies ein Kennenlernen und Verstehen der aktuellen Lebenssituation sowie der Ressourcen, Belastungen, Fragen, Ängste, Sorgen, Anliegen und Wünsche der einzelnen Familienmitglieder, um eine angepasste Unterstützung planen zu können. Dafür eignen sich Bedarfserfassungs-/Assessmenttools. Für die pädiatrische Palliativversorgung wurde im Rahmen des Fachreferates Psychosoziale Mitarbeitende der AG Kinder und Jugendliche der DGP ein modulares Assessmentmanual entwickelt, das folgende Aspekte umfasst: Familien- und Sozialanamnese (personenbezogene Daten, Wohnsituation, soziales Umfeld, Kindergarten/Schule etc.), ärztlich-therapeutische Versorgung und Hilfsmittel (Ärztliche Anbindungen, Therapien, Hilfsmittel), das Helfersystem (pflegerische Versorgung, Tagesbetreuung, involvierte Behörden und Unterstützungssysteme, weitere psychosoziale Versorger:innen), sozialrechtliche Aspekte (Krankenversicherung, Pflegeversicherung etc.), „Ich-Assessment“ aus Sicht des Kindes (Krankheitsgeschichte, Kommunikation, Hobbies etc.), Ressourcen und Belastungen, Bedürfnisse und Wünsche (vgl. Beissenhartz et al. 2023). Das Assessmentmanual ist über den internen Mitgliederbereich für Mitglieder:innen der DGP zugänglich. Die hohe Bedeutung der Orientierung sozialarbeiterischen Handelns an Bedarfen, Bedürfnissen und Ressourcen wurde durch die mehrfache Benennung der Wichtigkeit sowie Verdichtung durch Beispiele verdeutlicht.

Zur Erfassung von Bedarfen und Bedürfnissen benötigen Sozialarbeitende Kenntnisse zu Methoden und Arbeitswerkzeugen, die sie im Versorgungsprozess unterstützend hinzuziehen können. In der Gruppendiskussion wurden dazu der LARES-Geschwisterbogen und die Genogrammarbeit benannt (vgl. Stiftung FamilienBande 2022).

Im Sinne des von Hiltrud von Spiegel beschriebenen Erklärungswissens (Kapitel 4.2), wurden innerhalb der Gruppendiskussion zahlreiche Themenfelder benannt, zu denen sozialarbeiterische Fachkräfte ein sogenanntes Basis- sowie handlungsfeldspezifisches Fachwissen benötigen. Dies umfasst ein Grundwissen zu Krankheitsbildern, ein medizinisch-pflegerisches Grundwissen sowie spezifisches Fachwissen zu den damit verbundenen multidimensionalen psychosozialen Auswirkungen, zu Prozessen der Krankheitsbewältigung und -verarbeitung, familiendynamischen Konzepten, ein systemisches Wissen, entwicklungspsychologische Kenntnisse und Kommunikation. Gleichsam bedarf es handlungsfeldspezifisches Wissen zu Theorien, Strategien und Methoden der Sozialen Arbeit, welches es auf das Arbeitsfeld der SAPV-KJ zu übertragen gilt (z.B. zu Ressourcenarbeit, Coping, Resilienz, Empowerment). Trauerarbeit beginnt nicht erst mit dem Tod, sondern bereits im Krankheitsverlauf und benötigt entsprechende Begleitungsangebote (vgl. Zernikow et al. 2021, S. 7). Der Aufgabenbeschreibung von Beissenhartz und Janisch sowie den Erkenntnissen der Gruppendiskussion nach zählt Trauerarbeit zum Aufgabenbereich der psychosozialen Versorgung in der SAPV-KJ (vgl. Beissenhartz/Janisch 2020). Wie Menschen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer verstehen und äußern ist personen- und entwicklungsabhängig. Um alle Familienmitglieder bedürfnis- und bedarfsorientiert in der Krankheitsverarbeitung und ihrer Trauer zu unterstützen, brauchen Fachkräfte der Sozialen Arbeit ein Verständnis von Krankheit, Sterben, Tod und Trauer unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten (sog. Todeskonzepte) (vgl. Zernikow/Bunk 2021, S, 68-77). Zudem brauchen sie Wissen über Kultur und Religion in Bezug auf den Umgang mit Krankheit, Sterben, Tod und Trauer.

Sozialarbeiter:innen in der SAPV-KJ benötigen ein fundiertes sozialrechtliches Wissen. Im Grundlagenbuch zur pädiatrischen Palliativversorgung von Zernikow et al. gibt Janisch einen dezidierten Einblick in die Sozialgesetzgebung und sozialrechtliche Leistungsansprüche zur Unterstützung von Familien mit lebensverkürzt erkrankten Kindern/Jugendlichen (vgl. Janisch 2021, S.37- 66). Sozialarbeitende der SAPV-KJ brauchen Wissen zu entsprechende Leistungen der Sozialversicherung (z.B. Hilfsmittel, Fahrtkosten, außerklinische Intensivpflege, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Begleitperson im Krankenhaus, Pflegegrad und Pflegegeld) sowie zu weiteren Leistungen für Familien mit einem von Behinderung betroffenen, lebenslimitiert erkrankten, pflegedürftigen Kind/Jugendlichen (Hilfe zur Pflege, Leistungen der Eingliederungshilfe, existenzsichernde Leistungen, Krankenversorgung bei Ayslbewerber:innen etc.). Mit

dem Erwachsenwerden ergeben sich weitere Änderungen, mit denen sich Familien auseinandersetzen müssen. Fachkräfte brauchen Wissen über gesetzliche Änderungen (z.B. Änderungen in der medizinischen Versorgungsstrukturen, Ausbildung und Beschäftigung, gesetzliche Betreuung, Patient:innenverfügung, Wohnen und Existenzsicherung etc.), um Familien dahingehend beraten, unterstützen und bei Bedarf entlasten zu können (vgl. Janisch 2021, S. 53-58).

Aufgabe der SAPV-KJ ist, für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ein stabiles Versorgungsnetz zu etablieren. Sozialarbeitende brauchen folglich Kenntnisse zu Aufbau und Funktion von Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen, Netzwerkarbeit und Sozialraum(-strukturen), in denen die SAPV-KJ arbeitet. Dazu gehören beispielsweise ambulante sowie stationäre Kinder- und Jugendhospizarbeit, Psycholog:innen und Vereine, die sich an lebenslimitiert erkrankte Kinder und Jugendliche richten.

### **(3) „Welche Fähigkeiten und Kompetenzen (Können) brauchen Sozialarbeitende in der SAPV-KJ?“**

Die vorgestellten Ergebnisse der Gruppendiskussion verdeutlichen, dass Soziale Arbeit in der SAPV-KJ systemisch, lebenswelt-, ressourcen-, bedarfs- und netzwerkorientiert arbeitet und sich auf eine bestimmte Zielgruppe und einen definierten Auftrag fokussiert, welche es klar abzustecken und von anderen Arbeitsbereichen abzugrenzen gilt. Professionelles Handeln fußt auf einer reflektierten Haltung und einem fachlich fundierten handlungsfeldspezifischen Wissen auf aktuellem Stand. Fachkräfte benötigen daher die Fähigkeit sich Fachwissen anzueignen und die Kompetenz, die unterschiedlichen theoretischen Wissensbestände zusammenzuführen und an das jeweilige praktische Handeln spezifisch anzupassen.

In der SAPV-KJ tätige Sozialarbeitende brauchen Beratungskompetenzen. Ein strukturierter Beratungsprozess umfasst eine klare Auftrags- und Zielklärung, erkennt Grenzen an und orientiert sich in seiner Geschwindigkeit an dem/der Adressat:in. Dabei gilt es den betroffenen Familien respektvoll, wertschätzend, und mit Achtung der Autonomie zu begegnen (vgl. Zwicker-Pelzer 2010, S. 46-51). Im Beratungsprozess in der SAPV-KJ gilt es im Erstkontakt und anschließend zirkulär die Bedarfe und Bedürfnisse des lebenslimitiert erkrankten Kindes/Jugendlichen und dessen Familie zu erfassen und Auftrag und Ziel idealerweise gemeinsam zu definieren. So kann Soziale Arbeit in der SAPV-KJ beispielsweise bei der Beantragung von Leistungen zur finanziellen Absicherung, bei der Organisation von

Entlastung durch das Involvieren eines ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes oder durch psychosoziale Gespräche in der Krankheitsverarbeitung unterstützen. Art und Umfang der sozialarbeiterischen Beratung und Begleitung orientieren sich an den Bedarfen und Bedürfnissen sowie Ressourcen der Betroffenen und werden fortwährend reflektiert und evaluiert. Im Rahmen der Auftragsklärung gilt es Grenzen aufzuzeigen und gegebenenfalls zu begründen. In der Gruppendiskussion hatte dieser Aspekt große Relevanz, da häufig Anliegen an die Sozialarbeitenden herangetragen werden, die nicht in deren Verantwortungsbereich liegen, deren Kompetenzen überschreiten und/oder aufgrund der Stellenlimitierung nicht umfassend abgedeckt werden können. Professionelles Handeln in der SAPV-KJ bedeutet demnach auch, die eigenen fachlichen Kompetenzen und Ressourcen einzuschätzen, sich abzugrenzen und Familien bei Bedarf an andere Angebotsstrukturen der Sozialen Arbeit anzubinden.

Kommunikative Kompetenzen sind ein weiterer elementarer Baustein für professionelles Handeln in der SAPV-KJ. Sie ermöglichen es, vertrauensvolle und tragfähige (Arbeits-)Beziehungen aufzubauen, in denen Familien ihre Sorgen, Ängste und Wünsche offen mitteilen. Für das Gelingen müssen Sozialarbeitende sich aktiv Zeit für die Familien nehmen, empathisch und authentisch sein. Um die geäußerten Bedarfe und Bedürfnisse von Familien und Versorger:innen verstehen, deuten und entsprechend darauf reagieren zu können, müssen Fachkräfte vor allem aktiv zuhören. Dafür gilt es dem Gegenüber und sein/ihr Gesagtes volle Aufmerksamkeit zu schenken, keine voreiligen Vermutungen über das Gesagte anzustellen und nicht darüber zu urteilen, sondern bei Unklarheiten nachzufragen und das Gegenüber wissen lassen, dass man ihn/sie als Sprecher und den Inhalt verstanden hat (vgl. Zwicker-Pelzer 2010, S. 105f.). Darüber hinaus brauchen Fachkräfte Kenntnisse zu Kommunikationsmodellen (z.B. Vier-Ohren-Modell von Friedemann Schulz von Thun), Gesprächsführungstechniken (lösungsorientierte Gesprächsführung, motivierende Gesprächsführung, systemische Fragen etc.), Bedeutung und Wirkung sowohl verbaler als auch nonverbaler Kommunikation und Interaktion, Frage- und Gesprächstechniken (zirkuläre Fragen, hypothetische Fragen, Schätzen/Fantasieren, Perspektivwechsel) (vgl. Abplanalp et al. 2020, S. 20f.; Zwicker-Pelzer 2010, S. 109ff.; von Spiegel 2013, S. 91f.). Durch ihre kommunikative Kompetenz und Fähigkeit von Perspektivwechseln sind Sozialarbeitende in der Lage bei Bedarf zwischen Familien und Versorger:innen als Vermittler:innen oder auch Interessenvertreter:innen zu agieren. Ebenso brauchen sozialarbeiterische Fachkräfte Moderations- und Diskussionskompetenzen, die eine multiperspektivische Betrachtung und

Aufschlüsselung der Sichtweisen ermöglichen und die Sprache eines Systems in die Sprache eines anderen übersetzen (vgl. von Spiegel 2013, S.93).

Zur Umsetzung des Wissens zu handlungsfeldspezifischen Theorien, Strategien und Methoden der Sozialen Arbeit brauchen Sozialarbeitende der SAPV-KJ eine ausgeprägte Methodenkompetenz. Die Expert:innen der Gruppendiskussion benannten hierbei Gesprächsführung, systemisches Arbeiten, Moderations- und Mediationskompetenzen, Krisenintervention wie auch Netzwerkarbeit. Anhand der Expert:innenaussagen wurde deutlich, dass die Erstellung und Aufrechterhaltung eines fallbezogenen, bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgungsnetzwerks, welches die Familien aus unterschiedlichen Perspektiven und Ansätzen in ihrer Lebenssituation unterstützt, ein zentrales Aufgabenfeld der sozialarbeiterischen Versorgung in der SAPV-KJ ist. Zur Erstellung derartiger stabiler Netzwerke benötigen Sozialarbeitende der SAPV-KJ Case Management Kompetenzen sowie Fähigkeiten zur Netzwerkarbeit. Das beinhaltet in Bezug auf das Arbeitsfeld der SAPV-KJ Kenntnisse über die verschiedenen Arbeitsbereiche der Sozialarbeit in der pädiatrischen Palliativversorgung sowie Sozialraumkenntnisse über Angebote für lebenslimitiert erkrankte Kinder, Jugendliche und ihre Familien (stationäre sowie ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit, Beratungsstellen etc.). Ebenso benötigen sie Kompetenzen zur Vernetzungsarbeit (z.B. Differenzierung und Abgrenzung von Aufgaben unterschiedlicher Netzwerke, multiperspektivische Interessenvertretung). Zur Aufrechterhaltung bedarf es regelmäßigem Austausch, um Fortschritte, weitere Bedarfe, neue Erkenntnisse und Vorgehensweisen zu besprechen (vgl. von Spiegel S. 91f.). Neben fallbezogener Netzwerkarbeit gilt es diese auch auf systemischer Ebene zu betreiben, in dem Sozialarbeiter:innen in gemeinsamen Netzwerktreffen Angebotsstrukturen evaluieren, erweitern und somit an die Bedarfe der betroffenen Familien anpassen. Sozialarbeitende brauchen dafür die Fähigkeit, sich in fachliche und politische Debatten einzubringen, die Interessen des eigenen Arbeitsbereichs (SAPV-KJ) zu vertreten und dadurch weiterzuentwickeln.

Die meist sehr aufwendige Versorgung schwerstkranker Kinder und Jugendliche sowie die daraus resultierende Belastung des gesamten Familiensystems führen häufig zu Konflikten zwischen Eltern, Geschwistern, verschiedenen Generationen oder zwischen Familien und Institutionen. Zur Konfliktlösung fungieren Sozialarbeitende der SAPV-KJ häufig als Vermittler:innen. Dafür brauchen Fachkräfte Moderations- und Diskussionskompetenzen sowie die Fähigkeit die Interessen und Meinungen eines Systems dem jeweils anderen System zu vermitteln.

Wie bereits in der Ergebnisdarstellung deutlich wurde, erfordern die vielseitigen Aufgaben, Handlungsanforderungen, dynamischen Prozesse und Rollen, aber auch das Funktionieren des multiprofessionellen Arbeitsansatzes eine vorausschauende Planung. Um den Interessen und Bedarfen der unterschiedlichen Systeme und Systemmitglieder gerecht zu werden, müssen Sozialarbeitende der SAPV-KJ strategische Kompetenzen besitzen, die es ihnen ermöglichen, strukturiert, systemisch und lösungsorientiert (effizient und effektiv) ihre Ziele zu erreichen. Fachkräfte müssen sich selbst und ihr eigenes professionelles Handeln reflektieren und die Vorgehensweise ihres Handelns stets begründen können.

Weiterer Bestandteil eines fachlichen Standards Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ ist laut den Expert:innen und der sozialwissenschaftlichen Literatur die Fähigkeit zur Selbstreflexion und -evaluation. Vorher genannte Aspekte professioneller Haltung, wie eine wertschätzende und empathische Haltung, können ebenso als Fähigkeit der Anerkennung unterschiedlicher Wert- und Lebensvorstellungen eingeordnet werden. Eigene Emotionen, Wert- und Normvorstellungen wie auch eigene Reaktionen gilt es im gesamten Versorgungsprozess zu reflektieren, zu neutralisieren und ein professionelles Nähe- und Distanzverhältnis aufzubauen. Fallbesprechungen und Supervisionen sind dabei unterstützende Methoden. Moralische Kompetenzen ermöglichen es Fachkräften, multiperspektivisch auf Sachverhalte zu blicken und sorgfältig sowie fundiert abzuwägen.

Abschließend ist hervorzuheben, dass gelingendes und professionelles Handeln in der SAPV-KJ nur durch eine gute Teamarbeit gelingt. Fachkräfte müssen daher kompetent sein, im Team zusammen zu arbeiten und sich mit den organisationsinternen Kolleg:innen auszutauschen.



## 9 Fazit

Die vorliegende Arbeit diente dazu, die Bedeutung Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ aufzuzeigen und zu klären welche fachlichen Standards dieser Arbeit zugrunde liegen sollten. In einer virtuellen Gruppendiskussion mit sechs bundesweit im Feld agierende Expert:innen (Sozialarbeiter:innen) der SAPV-KJ wurde darüber diskutiert, was es braucht, damit psychosoziale Arbeit gelingt. Das Ziel dieser Arbeit war es, einen Überblick über die Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ zu erstellen.

Im ersten Teil der Arbeit wurden dafür theoretische Aspekte der SAPV-KJ dargelegt und somit die Bedeutung der Sozialen Arbeit, in ihrem Auftrag und Aufgaben aufgezeigt. Dabei wurde herausgestellt, dass die palliative Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht nur auf körperliche, sondern auch auf psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse eingeht und somit auf eine multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Fachkräfte setzt (ganzheitlicher Ansatz). Je nach Symptomlast und Komplexität der Versorgung kommen verschiedene Versorgungsebenen zum Einsatz. Die SAPV-KJ stellt dabei eine wichtige Ergänzung bzw. Übernahme der allgemeinen Versorgung dar, wenn diese nicht mehr ausreicht. Die SAPV-KJ richtet sich an Kinder und Jugendliche mit nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen. Die Teams der SAPV-KJ bestehen aus spezialisierten Ärzt:innen, Pflegefachkräften und psychosozialen Mitarbeitenden (Sozialarbeitenden, Psycholog:innen und Seelsorgenden), die gemeinsam eine umfassende Betreuung in medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Belangen gewährleisten. Das Ziel der SAPV-KJ ist es, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu erhalten und zu verbessern. Soziale Arbeit spielt in der Versorgung und Begleitung betroffener Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien eine wichtige Rolle. Aufgabe und Ziel Sozialer Arbeit in diesem Kontext ist es, die betroffenen Familien in dieser belastenden Lebenssituation zu unterstützen und Entlastungsmöglichkeiten zu bieten. Dabei ist es wichtig, ihre eigenen Stärken und Ressourcen zu stärken, ihre Selbstbestimmung zu fördern und Problemlagen sowie Risiken zu minimieren. Darüber hinaus setzt sich die Soziale Arbeit dafür ein, dass lebenslimitiert erkrankte Kinder und Jugendliche bis zum Ende ihres Lebens sozial teilhaben können und nicht isoliert oder ausgeschlossen werden. Sozialarbeitende der SAPV-KJ unterstützen und begleiten nach den Prinzipien der Lebenswelt- und Ressourcenorientierung und beziehen somit nicht nur das erkrankte

Kind/Jugendlichen, sondern ebenso das soziale Umfeld mit ein. Ein breites Aufgabenfeld wird deutlich, wodurch sich ein umfassendes Anforderungsprofil ergibt.

Mit Blick auf die für die Arbeit zur Verfügung stehende Literatur wurde deutlich, dass bislang derartige Konzepte und Handlungsprofile für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ fehlen. Vor dem Hintergrund des Qualitätsverständnisses Sozialer Arbeit und der Bedeutung von Fachstandards in der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 3) galt es diese für das professionelle sozialarbeiterische Handeln in der SAPV-KJ zu untersuchen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Datenerhebungsmethode der Gruppendiskussion mit bundesweiten Expert:innen der SAPV-KJ zur Entwicklung eines facettenreichen Fachstandards beigetragen hat. Das Konzept professionellen Handelns von Hiltrud von Spiegel bildete dabei eine solide Grundlage. Die drei Handlungskompetenzen Haltung, Wissen und Können zeigten sich als zentrale Aspekte eines fachlichen Standards. Im Gegensatz zu Einzelinterviews ist ein wesentlicher Vorteil dieser Methode, dass sie es ermöglicht, eine Vielzahl von Expert:innenmeinungen und Perspektiven zu einem Thema einzubeziehen. Durch die Zusammenarbeit von Expert:innen aus verschiedenen Regionen konnte eine breite Palette von Erfahrungen und Fachwissen abgedeckt werden. Gleichsam waren eine direkte Interaktion und Austausch zwischen den Teilnehmenden möglich, wodurch Ideen und Ansätze ausführlicher behandelt, kritisch hinterfragt und weiter ausgeführt werden konnten. Allerdings sind aufgrund der zeitlichen Limitierung der Diskussion und des breiten Untersuchungsgegenstandes nicht alle Aspekte tiefgehend beschrieben worden. Die transkribierten Daten wurden anschließend mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Insgesamt konnte mithilfe der Analysemethode ein übersichtlicher und verständlicher Überblick über einen fachlichen Standard Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ erstellt werden. Die Methode ermöglichte es, die umfangreichen Daten zu strukturieren und systematisch darzustellen. Aufgrund der zeitlichen und inhaltlichen Limitierung der Arbeit konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse ausführlich ausgewertet und diskutiert werden. Die vorliegende Arbeit stellt daher einen ersten Überblick über die Inhalte eines fachlichen Standards Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ dar und dient als Grundlage für weitere Ausarbeitungen.

Ebenso galt es in der vorliegenden Arbeit die Forschungsfrage: „Welche fachlichen Standards sollte Sozialer Arbeit in der SAPV-KJ aus Expert:innenperspektive zugrunde liegen?“ zu untersuchen und zu beantworten. Resümierend kann zusammengefasst werden, dass Fachkräfte über eine ethische Grundhaltung,

umfangreiches Fachwissen, und handlungsfeldspezifisch ausgeprägte Kompetenzen verfügen müssen, um Familien bei ihren Fragen, Ängsten, Sorgen wie auch Wünschen unterstützen zu können. Folgende Aspekte eines fachlichen Standards psychosozialer Arbeit konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit identifiziert werden:

**(1) Haltung:** Für eine gelingende, professionelle sozialarbeiterische Versorgung in der SAPV-KJ ist eine bestimmte Haltung gegenüber den betroffenen Kindern und ihren Familien erforderlich. Eine empathische, wertschätzende und authentische Wahrnehmung der betroffenen Personen und ihrer individuellen Lebenswelten ist dabei unerlässlich. Ebenso bedarf es einer ressourcenorientierten Sichtweise, die Bereitschaft zur Förderung von Wachstum und Entwicklung sowie eine vertrauensvolle Beziehung auf Augenhöhe sind weitere wichtige Aspekte. Eine ständige Balance zwischen Nähe und Distanz, Fachlichkeit und Menschlichkeit sowie Selbstbeobachtung und -reflexion ist erforderlich, um eine professionelle Haltung aufrechtzuerhalten. Der Tod als natürlicher Bestandteil des Lebens sollte mit Würde und Respekt betrachtet werden. Insgesamt wird deutlich, dass die psychosoziale Arbeit in der SAPV-KJ eine personen- und prozessorientierte wie auch interdisziplinäre Herangehensweise erfordert.

**(2) Wissen:** Zur Unterstützung von Familien mit einem lebenslimitiert erkrankten Kind/Jugendlichen benötigen Fachkräfte der Sozialen Arbeit ein breites und fundiertes Fachwissen. Dieses basiert auf einem generalistischen Grundwissen, das im Studium der Sozialen Arbeit erworben wird und durch spezifisches Wissen im Bereich der pädiatrischen Palliativversorgung bzw. SAPV-KJ ergänzt wird. Elementare Bestandteile für professionelles Handeln in der SAPV-KJ sind ein Wissen um den Auftrag der sozialarbeiterischen Versorgung sowie Kenntnisse zu Krankheitsbildern, medizinisch-pflegerischen Aspekten, familiendynamischen Konzepten, Systemtheorie, Entwicklungspsychologie, Kommunikation und sozialrechtlichen Themen. Des Weiteren ist ein Verständnis von Krankheit, Sterben, Tod und Trauer unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten sowie Wissen über Kultur und Religion im Umgang mit diesen Themen wichtig. Zudem benötigen Sozialarbeitende Kenntnisse zu Methoden und Arbeitswerkzeugen, um Bedarfe und Bedürfnisse zu erfassen. Ein fundiertes sozialrechtliches Wissen sowie Kenntnisse zu Aufbau und Funktion von Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen, Netzwerkarbeit und Sozialraum sind ebenfalls erforderlich. Durch den Erwerb und die Aktualisierung dieses Wissens können Fachkräfte eine qualitativ hochwertige sozialarbeiterische Versorgung in der SAPV-KJ gewährleisten.

**(3) Können:** Neben Haltung und Wissen spielt auch das Können eine entscheidende Rolle. Die Expert:innen waren sich einig, dass Sozialarbeiter:innen in der SAPV-KJ über bestimmte Fähigkeiten verfügen müssen, um effektive Unterstützung bieten zu können. Dazu gehört unter anderem die Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns, zur professionellen Kommunikation und zum Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen. Ebenso bedarf es Beratungs-, methodische, Netzwerk- und strategische Kompetenzen, die es ermöglichen, die Bedürfnisse und Bedarfe der betroffenen Familien zu erfassen und entsprechende Unterstützung anzubieten. Zudem ist es wichtig, die eigene Rolle und Kompetenzen klar abzugrenzen und gegebenenfalls Familien an andere Angebotsstrukturen weiterzuleiten, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion und -evaluation sowie eine gute Teamarbeit sind ebenfalls entscheidend für ein gelingendes und professionelles Handeln in der SAPV-KJ.

Insgesamt zeigt sich, dass Soziale Arbeit in der SAPV-KJ ein komplexes und vielseitiges Arbeitsfeld ist, das ein breites Spektrum an fachlichen Kompetenzen erfordert. Durch kontinuierliche Weiterbildung und Austausch im Team können Fachkräfte ihr Handeln stets verbessern und den Bedürfnissen der Familien gerecht werden.

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass die vorliegende Arbeit dazu beigetragen hat, Aspekte eines fachlichen Standards für die Soziale Arbeit in der SAPV-KJ zu untersuchen. Auf Basis der theoretischen und praktischen Erkenntnisse wurde eine Übersicht zu den Handlungskompetenzen (Haltung, Wissen, Können) entwickelt, die professionelles Handeln von Sozialarbeiter:innen in der SAPV-KJ kennzeichnen. Die erarbeiteten Voraussetzungen und Standards bieten eine fundierte Grundlage für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Sozialen Arbeit in diesem Bereich. In einem der folgenden Fachreferatstreifen Psychosoziale Mitarbeitende der Arbeitsgruppe (AG) Kinder und Jugendliche der DGP werden die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit vorgestellt und in weiterführenden Diskussionen sowie Forschung vertieft.

## 10 Anhang

### 10.1 Transkriptionsregeln

Einfache und erweiterte inhaltlich-semantische Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) und eigenen Ergänzungen

#### Formal:

- Transkription erfolgt in Word-Datei-Format
- Speicherung als Rich Text Format (rtf.Datei), Benennung der Datei entsprechend Interviewform und Datum des Interviews (ohne Endung wav, mp3), z.B. Interview\_04022011.rtf oder interview\_schmitt.rtf)
- Kopfzeile: Interviewform, Anzahl Teilnehmenden, Datum des Interviews, zeitlicher Anfang und Ende des Transkriptes im Interview (z.B. 00:00:00-00:06:28)
- Automatische Nummerierung der Zeilen
- Timecode am Ende eines Absatzes folgendermaßen einfügen: #00:06:28# (erleichtert Auffinden von Zitaten/Textpassagen)
- Pro Sprecherbeitrag eigener Absatz
- Zwischen den Sprechern eine Leerzeile einfügen
- Schrift linksbündig; Gesagtes von Interviewer kursiv
- Kurze Einwürfe als separaten Absatz transkribieren
- Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Befragten (B1, B2, B3, etc.).
- Zahlen bis einschließlich zwölf ausschreiben, ab 13 als Ziffer. Sollte in einem Satz beides vorkommen, dann werden die Zahlen ausgeschrieben (z.B. von acht bis drei-zehn)
- Jahreszahlen als Ziffern

#### Inhalt:

- Wörtliches Transkribieren, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend
- Dialekte möglichst ins Hochdeutsche übersetzen
- Wort- bzw. Satzabbrüche werden durch ein „/“ gekennzeichnet
- Wortdopplungen nur erfassen, wenn sie als Stilmittel genutzt werden, z.B.: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
- Wortverschleifungen werden möglichst an das Schriftdeutsch angenähert, z.B. „so'n“= „so ein“ oder „ne“ = „eine“

- Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senkender Stimme oder uneindeutiger Betonung lieber einen Punkt, als ein Komma setzen.
- Verständnissignale und Füllwörter wie „mhm, aha, ähm, ja, genau, halt...“ werden nur mit transkribiert, wenn sie dem Verständnis des Textes dienen. (Interview hat digital stattgefunden)
- Ausnahme: Eine Antwort besteht NUR aus „hm“ ohne weitere Ausführungen. Nach der Partikel „hm“ wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. Zu nutzen sind: bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, wohlfühlend, z.B. „hm (bejahend)“.
- Emotionale, nonverbale Äußerungen, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (z.B. lachen oder seufzen) werden beim Einsatz in Klammern notiert
- Besonders Betonungen werden zur Verdeutlichung GROß geschrieben (z. B.: Ich finde das SEHR wichtig)
- Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nichtsicher, wird das Wort wie folgt gekennzeichnet (unv. zu erahnendes Wort)
- Überschneidungen von Gesprochenem wird durch ein // gekennzeichnet, zusätzlich wird ein Zeitmarker gesetzt und einzelne Sprecherabsätze zur Kennzeichnung verwendet
- Pausen werden mit einem (...) gekennzeichnet
- Anonymisierung erfolgt dadurch, dass anstelle des wirklichen Namens das vorbestimmte Kürzel der Person verwendet wird. Wird eine externe Person benannt, wird ein anderer Buchstabe zur Abkürzung des Namens verwendet. Gleiches Verfahren gilt für die Namen von Einrichtungen sowie Ortsangaben

(vgl. Dresing/Pehl 2018, S. 21-23).

## 1 **10.2 Transkription Gruppendiskussion**

2 *I: Gut. Dann jetzt noch einmal ein offizielles 'Herzlich Willkommen'. Vielen Dank, dass*  
3 *alle da sind und mich bei meinem Vorhaben unterstützen. Ich habe es ja schon*  
4 *angekündigt in meiner Mail und würde das nur nochmal so ein bisschen ausführen*  
5 *zum Anfang. So einen Ablaufplan geben und habe dazu etwas vorbereitet. Das würde*  
6 *ich auch gleich mal teilen. Ich hoffe, dass können jetzt alle sehen? (...) So, genau. Es*  
7 *geht um die psychosoziale Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*  
8 *in der SAPV-KJ. Und da habe ich ja auch schon konkretisiert, dass es um einen*  
9 *fachlichen Standard gehen soll, über den ich heute gern diskutieren möchte. Und*  
10 *bevor wir damit starten, nochmal kurz der Rahmen dazu. Ich würde jetzt starten mit*  
11 *einer kurzen Einleitung, zu meiner Person vielleicht auch nochmal, wie das Ganze*  
12 *sich aufbaut und das dann auch an die Runde weitergeben, dass wir uns nochmal*  
13 *vorstellen einander. Und dann inhaltlich starten mit der Diskussion. Viele kennen mich*  
14 *von unterschiedlichsten Bereichen vielleicht. Mein Name ist I, ich bin 24. Ich arbeite*  
15 *im S. Ich bin da sowohl in der SAPV-Versorgung für Kinder und Jugendlichen tätig als*  
16 *auch zuständig für die telefonische Sozialberatung. Neben meiner Arbeit studiere ich*  
17 *gerade im Master. Ich bin jetzt im letzten Semester angekommen und schreibe jetzt*  
18 *meine Masterarbeit. Und aufgrund der Verknüpfung mit meiner Arbeitsstelle geht es*  
19 *also in meiner Masterarbeit um die psychosoziale Versorgung im Rahmen der SAPV-*  
20 *KJ. Und mein Ziel dieser Arbeit ist es so einen ersten Schritt in Richtung eines*  
21 *fachlichen Standards zu gehen. Hintergrund dafür sind zwei Dinge. Einmal habe ich*  
22 *einen bundesweiten Ist-Überblick gemacht über die psychosoziale Versorgung. Und*  
23 *da haben ja auch die meisten daran teilgenommen. Das hatte ich auch vorgestellt im*  
24 *letzten Fachgruppentreffen der Psychosozialen und habe da einen Überblick über die*  
25 *Ergebnisse gegeben. Da wurden ja schon viele Aufgaben aufgezeigt. Die habe ich ja*  
26 *auch nochmal zusammengefasst und es wird ersichtlich, um diese Aufgaben*  
27 *professionell zu bearbeiten braucht es bestimmte Voraussetzungen oder*  
28 *Kompetenzen. Ein weiterer Auslöser war der neue Bundesrahmenvertrag, der ja jetzt*  
29 *Anfang des Jahres in Kraft getreten ist und wo erstmalig auch eine halbe Stelle*  
30 *psychosoziale Fachkraft im Kernteam integriert wurde. Da wurde ja NUR die*  
31 *Qualifikationsanforderungen und die Weiterbildungen festgeschrieben. Weitere*  
32 *inhaltliche Themen oder Leitlinien wurden zum psychosozialen Bereich dazu nicht*  
33 *gegeben. Und so ist jetzt mein Ausgangspunkt oder mein Ziel diesen Schritt im*  
34 *Rahmen der Psychosozialen auch zu gehen. Ich denke das ist sehr wichtig, dass wir*  
35 *selber, die psychosozialen Mitarbeitenden aufzeigen welche Aufgaben wir haben,*  
36 *was es da für Voraussetzungen braucht, ob es einen Fachstandard braucht oder nicht*  
37 *bzw. wie der aussehen sollte. Und darum soll es eben heute gehen mit dem Fokus*

38 auf die Soziale Arbeit. Genau. Und ich würde den Raum nun nochmal öffnen und  
39 würde gern alle bitten nochmal sich kurz vorzustellen mit dem Namen, in welchem  
40 SAPV-Team Sie tätig sind und seit wann, was sie studiert oder welcher Profession  
41 Sie angehören und wann Sie studiert haben. Und, wenn Sie aktiv sind in der  
42 Forschung und Weiterentwicklung, also zum Beispiel diese Mitgliedschaften in  
43 Fachgruppen. Das gerne mit dazu nennen. Damit wir uns alle besser sehen würde  
44 ich die Bildschirmpräsentation jetzt erstmal stoppen. Wenn es nochmal Fragen dazu  
45 gibt, was alles gesagt werden soll, dann kann das sehr gern nochmal formuliert  
46 werden. (...) Und dann würde ich mal das Wort an die Frau B1. geben. #00:04:33-8#  
47

48 B1: Ja, Hallo, B1, ich komme vom Kinderpalliativnetzwerk in A. Uns gibt es seit 2007  
49 und dabei bin ich so seit 2005/6. Das SAPV-Team ist 2011 dazu gekommen. Ich bin  
50 Sozialarbeiterin, hab meinen Schwerpunkt im ambulanten Kinderhospizdienst, aber  
51 eben auch in der psychosozialen Beratung. Die bei uns sowohl für SAPV ist, also für  
52 Familien, die in SAPV sind, als auch für Familien mit lebensverkürzt erkrankten  
53 Kindern, die eben NOCH in Anführungszeichen nicht in der SAPV sind. (...)  
54 #00:05:26-7#

55

56 I: Und in Fachgruppen oder derartiges // #00:05:30-0#

57

58 B1: Ach so, ja genau. Also wir haben uns das hier aufgeteilt. Also mein Schwerpunkt  
59 ist eher DKHV und DHPV und HPV. Da sind dann auch / also ich habe damals auch  
60 mitgearbeitet in der Fachgruppe, die sich gebildet hat zwischen DHPV und DGP zur  
61 Sozialen Arbeit in SAPV. Das ist auch schon viele Jahre her. Zur Kooperation / also  
62 diese Themen rund um Soziale Arbeit, Kinderhospizarbeit in diesen beiden Gremien  
63 und HPV bin ich auch im Beirat. Also HPV NRW. #00:06:19-5#

64

65 I: Danke. B2 möchtest du gerne gleich weitermachen. #00:06:24-8#

66

67 B2: Ja, kann ich. Mein Name ist B2. Ich gehöre zu den K., B. Das ist das SAPV-Team  
68 in B. Ich bin 2016 mit eingestiegen. Ich habe da auch mein Studium zur Sozialen  
69 Arbeit mit einem Master abgeschlossen. Ich habe erst ganz wenig Stunden gehabt  
70 und sukzessiv sind mehr Stunden dazu gekommen. Ich arbeite jetzt 20 Stunden als  
71 Sozialpädagogin und fünf in der Pflege und bin zudem noch Case Managerin UND  
72 bin Mitglied in der DGP und somit auch in der Fachgruppe. #00:07:09-3#

73

74 I: Danke. B3. #00:07:14-3#



75

76 B3: B3., ich komme aus C., arbeite da im Kinderpalliativzentrum sowohl in der SAPPV  
77 als auch in der stationären Versorgung. Ich habe da vor sechs Jahren angefangen.  
78 Ich habe einen Bachelor in der Sozialen Arbeit gemacht und habe dann in den USA  
79 psychosoziale Onkologie und Palliativmedizin als Master studiert und da dann auch  
80 die Zusatzqualifikation für Palliative Care gemacht. Genau, ich bin Vollzeit in C  
81 angestellt, habe zusätzlich noch einen Lehrauftrag an der Uni und gremientechnisch  
82 eher im Ausland angesiedelt. Also sowohl international für die Sozialarbeiter als auch  
83 bei den Amerikanern noch, weil die ja einen Fachsozialarbeiter machen. #00:08:00-  
84 5#

85

86 *I: Vielen Dank. B4, magst du weitermachen? #00:08:04-1#*

87

88 B4: Ja, gerne. Hallo, ich bin B4. aus dem Kinder / in einem Monat V. (lacht). Genau  
89 und ich bin im D. SAPV-Team seit 2021. Unser Team besteht seit 2016. Die  
90 psychosoziale Stelle wurde 2021 erst geschaffen. Ich glaube so ein bisschen mit der  
91 Voraussicht, dass eine Stelle für die psychosoziale Fachkraft im  
92 Bundesrahmenvertrag einen Platz finden wird. Jetzt bin ich mit 0,75 VK eingestellt,  
93 mit 30 Stunden. Ich war vorher 20 Stunden eingestellt und genau und bin die einzige  
94 psychosoziale Fachkraft im Team derzeit. Ich habe Erziehungswissenschaft und  
95 Psychologie im Nebenfach studiert, im Bachelor sowie im Master. Im Master habe ich  
96 mich dann nochmal spezialisiert auf Sozialpädagogik, Sozialmanagement. Genau,  
97 was war noch die Frage. Und nehme an der Fachgruppe / an der psychosozialen  
98 Fachgruppe teil. Leider gerade ein bisschen unregelmäßig, was mich gerade ein  
99 bisschen frustriert und ich hoffe das wird besser. Ja, genau. #00:09:31-7#

100

101 *I: Okay, B4. Ich würde gleich das Wort an B5 weitergeben. #00:09:40-1#*

102

103 B5: Ja, hallo an alle aus E. Ich bin seit 2010 im Kinderpalliativteam, H. tätig oder habe  
104 es mit aufgebaut und entwickelt. Und immer noch da (lacht). Und nebenbei auch noch  
105 die Überleitungseinrichtung Ü. als neues Versorgungskonzept und ja auch mit einem  
106 großen Schwerpunkt der psychosozialen Arbeit und Begleitung der Familien. Ich falle  
107 tatsächlich aus dem Raster raus. Ich bin keine studierte Sozialarbeiterin, sondern ich  
108 habe Sozial- und Gesundheitsmanagement studiert. Und würde nach der neuen  
109 Rahmenvereinbarung diese Arbeit nicht mehr tun dürfen. Und, das ist aber kein  
110 Problem, weil wir sowieso weiterstrukturieren. Ich bin ja auch von beiden  
111 Unternehmen Geschäftsführung und wir suchen ganz, ganz dringend nach einer

112 Sozialarbeiterin und sich stellt sich heraus, dass wir überhaupt keinen finden mit  
113 diesem speziellen Fachwissen gerade. Also das ist gerade irgendwie ganz, ganz  
114 schwierig jemanden zu finden. Ja, was sollte ich noch erzählen. Grundsätzlich bin ich  
115 Kinderkrankenschwester und habe mich so durch die verschiedenen Weiterbildungen  
116 aufgebaut. Und ja, ich muss sowieso diesen Bereich abgeben, weil ich es einfach  
117 nicht mehr schaffe. Was man ja auch / da muss ich mich entschuldigen, in einigen  
118 Sitzungen gemerkt hat, dass ich nicht mehr ganz so präsent bin, gerade. #00:11:09-  
119 4#

120

121 *I: Genau, kannst du noch kurz mit aufführen in welchen Gruppen, in Form von*  
122 *Weiterentwicklung, du tätig bist? #00:11:18-5#*

123

124 B5: Ja, ganz schön viel, glaube ich. Ich bin im DGP als Gruppe Mitglied und hier in E.  
125 bin ich ja im Vorstand des Landesverbandes Hospiz- und Palliativarbeit ein  
126 Vorstandsmitglied und ebenfalls im Kinderversorgungsnetz E. Aber hauptsächlich,  
127 glaube ich, die psychosoziale AG mit von Anfang an mitbegleitet und da auch die  
128 AG Kinder und Jugendliche #00:11:46-3#

129

130 *I: Dankeschön. B. #00:11:51-4#*

131

132 B6: Ja, B6 aus F., auch vom S. Sozusagen die Chefin von I. Ich leite den  
133 psychosozialen Bereich sowohl im S. als auch von der SAPV für Erwachsene im  
134 Palliativzentrum. Habe von 1993-1997 Sozialwesen studiert an der katholischen  
135 Universität Eichstätt und arbeite jetzt seit 2010 im Palliativbereich. Praktisch in  
136 diesen beiden Sparten. Ich bin vorrangig in der Deutschen Gesellschaft für  
137 Palliativmedizin aktiv. Dort auf verschiedenen Ebenen. Also zum einen  
138 professionsspezifisch in der Sektion Soziale Arbeit. Dort eher teilnehmend als sehr  
139 aktiv. In der AG Kinder und Jugendliche und dort speziell nochmal mit dem Fokus der  
140 psychosozialen Mitarbeitenden. Ich arbeite aber auch beispielweise an Leitlinien mit.  
141 Jetzt werden ja gerade zwei Leitlinien auch für den Kinderbereich entwickelt, da bin  
142 ich mandatiert. Oder auch für die DGP-Bildungskommission und mache selber auch  
143 immer noch ein bisschen Forschung. Also ich haben letztes Jahr auch noch  
144 promoviert und finde das wichtig einfach auch, dass wir psychosozial weiterkommen.  
145 Und da haben wir ja auch einiges geschafft schon in unserer Fachgruppe. #00:13:22-  
146 5#

147

148 *I: Dankeschön. Und dann würde ich gern noch B7 einladen sich vorzustellen.*

149 #00:13:27-7#

150

151 B7: Ja, hallo B7 aus dem Kinderpalliativteam in G. Jetzt wird hier gerade nebenher  
152 telefoniert. Ich bewege ich mich einmal ganz kurz mit meinem Lap / (...,  
153 Verbindungsunterbrechung). #00:13:53-1#

154

155 *I: So, jetzt ist B7 bei mir gerade noch abgehackt. Vielleicht kommt sie gleich wieder.*  
156 #00:13:59-4#

157

158 B6: Bewegt sich in Zeitlupe, aber jetzt ist sie wieder schneller geworden, die B7  
159 (lacht). (...) #00:14:22-7#

160

161 *I: D. kannst du uns noch hören. Jetzt bist du bei mir gerade festgehangen. Ich kann*  
162 *dich auch nicht mehr hören. (...) #00:14:48-4#*

163

164 B6: Glaube, sie hat sich ganz aufgehangen, gerade, oder? #00:14:51-4#

165

166 *I: Ja. Ah jetzt ist sie auch raus. Vielleicht kommt sie gleich wieder. Dann würden wir*  
167 *das nochmal mit einbauen, aber ich denke es wird ziemlich deutlich, dass wir hier ein*  
168 *großes Expertenwissen haben und uns da zusammengefunden, auch wirklich*  
169 *deutschlandweit. Von ganz weit oben bis ganz unten haben wir alle mit versammelt*  
170 *und ja, freue mich sehr. Und ich würde gern das nochmal teilen von vorhin. (...) Und*  
171 *würde gern dazu übergehen, nachdem wir uns vorgestellt haben, in das tatsächliche*  
172 *Arbeiten nun. Und da war ja die Frage: "Was braucht ES, damit psychosoziale Arbeit*  
173 *gelingen kann?". Und dass "es" bedeutet, was braucht es im Bereich Wissen, Haltung*  
174 *und Fähigkeiten für den psychosozialen Bereich, damit eine Professionalität besteht*  
175 *und auch natürlich qualitativ hochwertige und adäquate Versorgung und Arbeit mit*  
176 *den Patienten und den Familien gelingen kann. Und würde jetzt gern alle ganz*  
177 *herzlich dazu einladen, erste Ideen dazu zu äußern. Gern selbst gucken, vielleicht*  
178 *was jetzt vorspringt. Ob das Wissen, Fähigkeiten, Haltung / was da gerade dazu*  
179 *einfällt. Ich würde das gerne auch auf einem Whiteboard dann später nochmal*  
180 *zusammenfassen. Wir können gern auch erstmal brainstormen. Am sinnvollsten ist*  
181 *es sicherlich, außer es sind dann Nebengeräusche, dass jetzt alle ihre Mikros*  
182 *anmachen. Das wir gutes ad hoc reagieren möglich machen. (...) Und bevor dazu*  
183 *noch anfangen, würde ich gern noch / man es hat jetzt gemerkt, mit du und Sie hin*  
184 *und her gesprungen. Wenn das für alle in Ordnung ist, würde ich Sie und Euch zu*  
185 *einem Arbeits-Du einladen, wenn das für alle in Ordnung ist. (...) Wenn nicht, dann*

186 *wäre jetzt der Einwand gut. (...) Gut, dann ist die Runde damit eröffnet. / Was Ihnen*  
187 *oder Euch dazu einfällt oder welche Fragen vielleicht auch aufkommen. #00:17:19-*  
188 *0#*

189

190 B4: Ich würde gern gleich als Erstes mit der Haltung beginnen. Ich habe mir im Vorfeld  
191 schon mal ein bisschen Gedanken gemacht, weil ich das Thema sehr spannend finde  
192 und sehr wichtig finde und deine Fragestellung und / zum Thema Haltung / ich habe  
193 auch die systemische Beraterin Ausbildung gemacht und da gibt es auch so drei  
194 Kernhaltungselemente, die ich für die psychosoziale Begleitung in der SAPV-  
195 Versorgung auch sehr wichtig finde. Und das ist zum einen die Allparteilichkeit, die  
196 Ressourcenorientierung und die Wertneutralität, die ich ganz, ja, entscheidend für  
197 unseren Bereich auch finde. Ich weiß nicht, ob das die anderen auch ähnlich so  
198 sehen. Das ist so gleich das, was mir als erstes eingefallen ist zu dem Thema Haltung.  
199 #00:18:15-1#

200

201 B6: Was war der (unv.) // #00:18:17-5#

202

203 B4: Wie bitte? // #00:18:16-2#

204

205 B6: der Dritte der Begriffe #00:18:20-3#

206

207 B4: Allparteilichkeit, Ressourcenorientierung und Wertneutralität. #00:18:24-1#

208

209 B6: Ah ja ok. Hm (bejahend) (...) #00:18:30-5#

210

211 B4: I, hattest du gerade noch was gefragt? #00:18:33-4#

212

213 *I: Ich wollte dich gern nochmal fragen, was du / vielleicht kannst du es nochmal*  
214 *ausführen, was du dazu meinst, was du vielleicht besonders prägnant zu diesen drei*  
215 *Begriffen, für den Bereich der Haltung / weil es ja auch recht groß auch ist. #00:18:47-*  
216 *5#*

217

218 B4: Hm (bejahend). Zum Beispiel bei der Allparteilichkeit / also die Versorgung von  
219 schwersterkrankten Kindern und Jugendlichen kann ja auch innerhalb des  
220 Familiensystems einfach auch zu vielen Konflikten führen bzw. bekommen wir ja auch  
221 als Team einiges an Konfliktpotential mit. Manchmal auf Paarebene, manchmal auf  
222 Elternebene und so weiter. Und, da eine Haltung als Begleiter:innen einzunehmen,

223 dass in einer solchen Konfliktsituation, ich nicht eine Partei für eine / also nicht Partei  
224 für eine Person ergreife. Sondern einen offenen Blick für alle beibehalte und genau.  
225 Da versuche auch / das hängt damit zusammen für mich auch wertfrei in diese  
226 Konfliktsituationen hineinzugehen. Ich habe da immer den Begriff für mich  
227 bewertungsfreier Raum. Die Eltern und die Familien haben so wenig  
228 bewertungsfreien Raum, weil so viele Systeme auch mit drin sind. Und umso wichtiger  
229 finde ich, dass in unserer Versorgung, diese Haltung, aufrechtzuerhalten. Genau und  
230 zum dritten Punkt, die Ressourcenorientierung, die ich sehr, sehr wichtig finde und  
231 gleich am Anfang mit den Familien gleich abstecke, was gibt es gerade für  
232 Ressourcen im Familiensystem, welche können wieder reaktiviert werden und welche  
233 sind schon aktiviert oder vielleicht nur in Vergessenheit geraten. Genau und das auch  
234 auf verschiedenen Ebenen. Ja. (...). Und nochmal zu der Wertneutralität. Das auch  
235 so ein Respekt und eine Würdigung der Familiendynamik auch da ist. (...) Hat jetzt  
236 gerade jemand was zu mir gesagt oder war das gerade so ein Nebengeräusch? Nein,  
237 okay, danke. Genau, ja. Ein Respekt und Würdigung der Dynamiken, die gerade da  
238 sind und vielleicht was die Familie auch einfach für ein, wie soll ich das nennen, (...)  
239 fällt mir gerade irgendwie nicht das gute Wort ein, aber es gibt so verschiedene  
240 Familientypen. Und dass wir da einfach da mit Respekt hineingehen, in die  
241 Begleitung. Ja. // #00:21:24-5#

242

243 B1: Da kann ich // #00:21:24-7#

244

245 B4: Ich hoffe, ich habe mich verständlich ausgedrückt. #00:21:28-3#

246

247 B1: Da kann ich ganz gut mitgehen. Finde ich auch, ist auch eines der wichtigsten  
248 Haltung, dass wir so Respekt vor der Autonomie der Familie einfach haben. Und auch  
249 mit Wertschätzung gegenüber diesen unterschiedlichen Gefühlswelten und der  
250 daraus resultierenden Handlungen, die in der Familie sind. Dass das ja erst mal so  
251 als Grundlage auch da ist. Und das für die Familie / die Familie muss für sich gucken,  
252 welche Themen für SIE anstehen und welche für sie BELASTEND sind. Also, da  
253 wirklich partnerschaftlich mit der Familie zu sein, ganz bedarfsorientiert zu gucken.  
254 Was ich auch immer noch wichtig finde, den Familien auch immer ein Prozess / also  
255 in einen Prozess mit der Familie zu gehen. Also Zeit zu haben. Das ist jetzt nicht  
256 Haltung. (...) #00:22:31-8#

257

258 *I: Ja, aber das auch zu respektieren. Auch wieder / das, was B4 vorhin auch gesagt*  
259 *hat, dem sein Raum zu geben, das zu würdigen in welcher Situation die Familie sich*

260 *befindet. Und sich dem Rhythmus einzustimmen und nicht den eigenen Rhythmus zu*  
261 *fahren. Ja. (...)* #00:22:55-6#

262

263 B2: Für mich ist auch wichtig dabei zu gucken, wo denn unser Auftrag liegt. Also ich  
264 habe ein Beispiel von heute. Ein Vater, der vor zwei Tagen von der Polizei abgeholt  
265 wurde, weil er nachts getrunken hat und gewalttätig gegenüber seiner Frau war. Ich  
266 habe den Kontakt zum Sozialamt, zum Jugendamt gesucht. Ich habe das der Mutter  
267 dann aber wieder übertragen, dass sich die Mutter da meldet. Das heißt ich habe  
268 einfach geguckt wer zuständig ist und das dann wieder an die Mutter abgegeben, weil  
269 das nicht mein Auftrag ist. Also unser Auftrag ist es draufzugucken, auf ein System  
270 und zu gucken, wo es hakt. Und dann muss man aber gucken, dass man auch sich  
271 das nicht anzieht und diese Aufgaben übernimmt, die eigentlich bei der Mutter liegen.  
272 #00:23:52-9#

273

274 B1: Also im letzten Netzwerk ist auch, also so ein bedarfsorientiertes Netz mit der  
275 Familie zu spannen. Also Netzwerkarbeit. #00:24:01-9#

276

277 I: hm (bejahend) #00:24:02-6#

278

279 B2: Genau, und dafür muss ich das Netzwerk kennen. Ich muss die Strukturen  
280 kennen, ich muss das Gesetz dahinter wissen. Zumindest wo ich auch nachfrage, wo  
281 ich nachgucke. Ja. #00:24:19-7#

282

283 B1: hm (bejahend) #00:24:22-6#

284

285 *I: Da erkennt man ja schon, dass diese Triade ineinander übergeht. Also, dass wenn*  
286 *wir über Haltung sprechen, auch gleichzeitig eine Fachkompetenz dahinterstehen*  
287 *muss. Also zum Beispiel wer ist denn zuständig, ich muss dieses Netzwerk verstehen*  
288 *und auch organisieren können. Würde ja zum Beispiel auch mit zum Wissen aber*  
289 *auch gleichzeitig zur Fähigkeit mit reinzählen.* #00:24:46-5#

290

291 B4: hm (bejahend) (...) #00:24:53-2#

292

293 B5: Also ich finde das auch total schön, was du gesagt hast B4, weil das ist so eine  
294 schöne Basis der Haltung. Aber ich sehe auch zwei völlig verschiedene Haltungen.  
295 Und danke B2 (lacht), für deine Anmerkung, weil das liegt mir ja immer sehr, sehr am  
296 Herzen: Wie können die Familien selbstständig bleiben und wie können wir versuchen

297 nicht in dieses Übergriffige zu gehen. Und da finde ich es immer ganz, ganz schnell /  
298 also da neigen wir als Versorger auch ganz, ganz schnell, und das ist für mich auch  
299 die Abgrenzung zum Team. Es ist halt häufig: Mach doch nochmal dies und mach  
300 doch nochmal das. Und da muss die Großmutter aus Amerika kommen und der Uropa  
301 aus sonst wo. Und also, alles, was man nicht selbst beantworten kann, geht irgendwie  
302 zum Psychosozialen. Und ich finde da muss es auch eine Haltung geben. Also das  
303 sind für mich zwei verschiedene Aspekte. Und ich finde ganz, ganz oft, ist es gerade  
304 in der langwierigen Versorgung von chronisch kranken Kindern auch wichtig die Eltern  
305 zu stärken in ihren Fähigkeiten und ihnen nicht alles abzunehmen. Und genau da  
306 finde ich ist immer die Schwierigkeit. Also, wo / bei uns gibt es dann solche Situationen  
307 wie: Die Familie lebt ganz schlecht und es gibt nicht ein Bett und einen Tisch und ein  
308 Stuhl. B5 besorg doch mal Möbel für die Familie und so weiter und so fort. Und immer  
309 wieder zu gucken, wer ist da noch alles und versorgt auch mit und ist das gerade  
310 meine Aufgabe, Auftrag. Das fand ich, hast du schön formuliert. Und das sind für mich  
311 zwei verschiedene Haltungen. Einmal die Haltung zu der Familie und die Haltung was  
312 ist denn jetzt gut und tut das auch gut, was ich jetzt hier gerade / oder was wir hier  
313 jetzt gerade als Team uns alles vorstellen. Und müssen wir immer von unseren  
314 Rahmenbedingungen ausgehen? Das finde ich auch ganz, ganz wichtig. Also sind  
315 meine eigenen Lebensweisen und Rahmenbedingungen, die die Familie auch haben  
316 muss. So. (...) #00:27:01-4#

317

318 B1: Ich finde Zuständigkeiten sind insgesamt auch wichtig. Wir machen das ja auch  
319 nicht nur im Rahmen von SAPV, sondern auch mit anderen Familien. Und da ist  
320 einfach die Zuständigkeit total wichtig. Zu gucken, wofür ist ein Jugendamt zuständig.  
321 Wo gibt es im Rahmen von / also im Integrationsbereich Unterstützung. Und das muss  
322 ich auch alles kennen. Also ich muss einfach diese Randgebiete, die um diese Familie  
323 sind, die muss ich kennen / da muss ich auch wissen, was machen die überhaupt.  
324 Und auch vernetzt sein. Aber erstmal muss ich ja auch die Kenntnisse haben. Ich  
325 muss ein Stück Jugendhilfe-Kenntnis haben, dann ein Stück Migrations-Kenntnis.  
326 Also von allem ein bisschen, damit ich es auch weitergeben kann. #00:27:57-5#

327

328 I: hm (bejahend). #00:27:58-0#

329

330 B4: Es gibt so viele Schnittstellen in unserer Arbeit und deshalb braucht man da einen  
331 guten Überblick über alle Kooperationspartner. Und ich fand es gerade auch total  
332 wichtig, was ihr auch noch gesagt habt. B1 ist dein Vorname?3 #00:28:14-7#

333

334 B1: // Ja, genau #00:28:15-8#

335

336 B4: // und B5 #00:28:16-8#

337

338 B1: // Oh, ich habe ein "u" vergessen in meinem Nachnamen (lacht). #00:28:19-7#

339

340 B4: // Ah okay. Ich muss noch eure Namen üben. Genau. (...) Was wollte ich jetzt

341 sagen. Mist, jetzt ist es weg, weil ich am Namen hängengeblieben bin. (...) Ach so,

342 genau. Was ich total wichtig finde, was ich bei euch herausgehört habe, so eine

343 Reflexionsfähigkeit zu haben. Also immer wieder als psychosoziale Fachkraft auch

344 so eine Metaebene einnehmen zu können. MICH (Betonung) immer wieder zu

345 reflektieren. Was ist denn gerade vielleicht da meine eigenen Anteile oder Themen,

346 weshalb ich vielleicht in so eine Dynamik komme. Biete ich gerade zu viel Hilfe an,

347 was gar nicht den Bedarf der Familie entspricht. Genau. Also immer da wieder da

348 selber reflektieren zu können, finde ich eine ganz wichtige Eigenschaft in unserem

349 Bereich. Genau, ja und auch die Prozesse im Team oder was da an Dynamiken sind,

350 auch diese zu reflektieren und vielleicht auch ein Sprachrohr für diese sein zu können,

351 für das gesamte Team. Ja. (...) #00:29:25-6#

352

353 B6: Ja, ich glaube in manchen Momenten auch konfliktbehaftete Situationen sind

354 entweder im Team aber zum Beispiel auch nach außen, glaube ich, haben wir als

355 Sozialarbeiter auch schon nochmal eine besondere kommunikative Kompetenz, die

356 die ärztlichen oder pflegerischen Kollegen, sag ich mal von ihrer grundständigen

357 Ausbildung her, nicht haben. Und somit eine Stärke und Ressource die wir einbringen

358 können. #00:29:54-0#

359

360 B2: hm (bejahend) #00:29:57-2#

361

362 B4: Also auch so eine Diskussionsfähigkeit, vielleicht auch. Vielleicht auch, wenn ich

363 immer so Begriffe dafür versuche zu finden. #00:30:05-1#

364

365 B1: hm (bejahend) #00:30:06-4#

366

367 B6: Ja oder auch Moderationskompetenzen. #00:30:09-6#

368

369 B1: Ja. #00:30:10-4#

370



371 B4: Ja. #00:30:10-6#  
372  
373 B1: Also ich finde sowohl im Team als nach außen. Aber auch durchaus ja auch  
374 zwischen Team und Fam / als zwischen SAPV-Team und Familie. #00:30:24-5#  
375  
376 *I: // hm (bejahend) #00:30:24-7#*  
377  
378 B1: // Oder wenn da mit Pflegediensten, zwischen Pflegedienst und Familie, das sind  
379 / also bei und zumindest auch so Dinge / die tatsächlich auch / die wir dann auch als  
380 Aufgabe nehmen. In der Hoffnung, dass eher Konflikte auch angesprochen und  
381 geklärt werden können. (...) #00:30:55-0#  
382  
383 *I: Ich würde dazu gleich mal noch / wir können gern weiter reden / ein Whiteboard*  
384 *öffnen und das mal zusammentragen, weil wir einfach schon ganz viel dazu haben.*  
385 *Das können jetzt sicherlich auch alle sehen, oder? #00:31:10-3#*  
386  
387 B6: hm (bejahend) #00:31:12-7#  
388  
389 *I: Ja, okay. Wir merken ja, dass wir zwischen den einzelnen Bereichen auch hin und*  
390 *her springen, also zwischen dieser Triade. #00:31:25-6#*  
391  
392 B1: // hm (bejahend) #00:31:26-5#  
393  
394 *I: // Das es da nicht immer die klare Trennung gibt, sondern dass wir so übergehen.*  
395 *Man braucht ein bestimmtes Wissen über bestimmte Bereiche und gleichzeitig*  
396 *verbindet das wieder bestimmte Kompetenzen, die man braucht oder auch gerade*  
397 *mit solchen Konfliktsituationen unterschiedliche Kompetenzen, dass man das nicht*  
398 *getrennt voneinander sehen kann. Genau. Ich würde das jetzt mal während der*  
399 *Diskussion ergänzen. (...) Was fällt Ihnen oder Euch noch konkret an Kompetenzen*  
400 *ein, die man braucht? #00:32:14-3#*  
401  
402 B1: Also mir fällt tatsächlich ein, dass ich einen systemischen Blick haben sollte. Also  
403 davon sollte ich schonmal was gehört haben. Auch die besondere Lebenssituationen  
404 der betroffenen Familien. Also so ein systemisches Denken und Wissen ist nicht  
405 verkehrt, finde ich. #00:32:33-0#  
406  
407 B6: Genau und ich glaube zum einen das Denken aber zum Beispiel finde ich auch

408 total hilfreich das systemische Fragen, um die Familie gut in ihrem Konzept zu  
409 begleiten, auch beispielsweise andere Perspektiven einnehmen zu können. Oder zu  
410 gucken, was wäre denn das Ziel oder auch in Punkto Krankheitsbewältigung, was  
411 habe ich denn Ressourcen, was kann ich für Ressourcen aktivieren, was hat mir in  
412 früheren Situationen geholfen. (...) Und, ich glaube, was es aus meiner Perspektive  
413 auch dringend braucht, ist halt wirklich ein befundetes sozialrechtliches Wissen, weil  
414 das ist das, was den Familien wirklich das Leben leichter macht, wenn  
415 Leistungsansprüche ausgeschöpft werden können. #00:33:29-7#

416

417 B1: Also ich meine Palliative Care ist ja unumstritten, aber das Wissen habe ich für  
418 mich tatsächlich auch als wichtig empfunden. Auch diesen ganzheitlichen Blick und  
419 diesen multiprofessionellen Blick. Und auch wirklich dieses Multiprofessionelle dann  
420 mit den unterschiedlichen Kolleginnen und Kollegen zu leben. Also ich bin ja in diese  
421 Arbeit gestartet, wir hatten alle davon eigentlich keine Ahnung. Und wir waren  
422 ausschließlich Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen. #00:34:11-3#

423

424 B4: Ich finde auch ein Teilwissen in der Trauerbegleitung wichtig. Also zu  
425 Todeskonzepten bei Kindern und Jugendlichen. Und zu Trauer / also so ein gewissen  
426 Überblick über Trauermodelle zu haben und was mit einem Familiensystem passiert,  
427 wenn ein Kind, Jugendlicher, junger Erwachsener dort schwer erkrankt und was das  
428 mit dem Familienmobile macht und mit den einzelnen Mitgliedern und auch mit der  
429 Familiendynamik finde ich auch wichtig da ein gewissen Überblick oder ein  
430 Grundwissen auch zu haben. #00:34:46-6#

431

432 B1: hm (bejahend) #00:34:48-9#

433

434 B4: Ich weiß nicht, ob ihr da mitgeht, aber ich würde jetzt nicht sagen, dass jede  
435 psychosoziale Fachkraft in der SAPV-Versorgung eine Trauerbegleitung-Ausbildung  
436 braucht. #00:34:35-0#

437

438 B1: // (schüttelt den Kopf, verneinend). #00:35:00-0#

439

440 B4: (...) Ich habe dazu ein nein, aber man braucht ein Grundwissen dazu, meiner  
441 Meinung nach. #00:35:11-1#

442

443 B6: Genau auch wie zum Beispiel auch ein Grundwissen wie läuft  
444 Krankheitsbewältigung, Krankheitsverarbeitung ab. (...) Oder beispielsweise auch

445 entwicklungspsychologisch, wie / auf welchem Stand sind den normal entwickelten  
446 Kindern und Jugendliche. #00:35:36-6#

447

448 B4: Und auch ein Wissen, weil das viele Familie auch beschäftigt und auch in vielen  
449 Familien Geschwisterkinder sind. Was macht das / was haben die Geschwisterkinder  
450 für eine Rolle in dieser besonderen Familiensituation und was geht auch  
451 psychosozialer Ebene da, mit den / da einher mit den Geschwisterkindern, und wie  
452 können wir die Geschwister darin gut begleiten, unterstützen und Angebote für sie  
453 finden. #00:36:11-0#

454

455 B3: Ich finde schon noch eine Grundhaltung zu Trauma-informed-Care wichtig. Also  
456 wie gehe ich damit um in einem Setting, was oft für viele Familien höchstbelastend ist  
457 und daraus dann auch eine Haltung rauszubauen. (...) #00:36:26-8#

458

459 B4: Kannst du das zweite Wort nochmal sagen? Trauma, und dann? #00:36:29-1#

460

461 B3: informed-Care. Also im englischsprachigen Raum oder wenn / in Rom auf dem  
462 Kinderpalliativkongress, ja schon viel mehr vertreten als im deutschsprachigen Raum.  
463 Wann / ein Konzept was sich in der Medizin immer mehr durchsetzt. Trauma-  
464 informed-Care, da fehlt noch ein informed. Also wie entsteht, wie gehe ich damit um  
465 und vor allem wie vermeide ich Retraumatisierung, durch / Also wir sind alle Teile  
466 eines medizinischen Systems, was immer wieder zu Herausforderungen beiträgt für  
467 diese Familien. Sei es, weil sozialrechtliches Wissen oft an vielen Stellen fehlt oder  
468 aber auch weil gewisse Prozesse einfach so laufen, dass sie förderlich für diese  
469 Familien sind. (...) #00:37:23-6#

470

471 B1: Ich finde auch, dass man eine Case Management Kompetenz haben sollte. Also  
472 nicht jeder braucht eine Case Management Ausbildung. Ein Stück ist das ja auch in  
473 der Sozialarbeit, im Studium, mit drin, aber es sollte mich da schon mal mehr vertiefter  
474 damit beschäftigen. Um auch wirklich gute Netzwerkarbeit machen zu können und  
475 auch bedarfsorientiert zu arbeiten. #00:37:56-1#

476

477 *I: Das wäre ja dann auch wieder zu Haltung, oder? Ressourcen- und*  
478 *bedarfsorientierte Arbeit, oder? #00:38:01-7#*

479

480 B1: Genau. (...) #00:38:09-2#

481

482 B4: Ich finde auch eine gewisse Methodenkompetenz wichtig. Zum Beispiel innerhalb  
483 von Kriseninterventionen, dass man eine ja gewisse Mediationsfähigkeiten hat.  
484 Aktives Zuhören, wäre jetzt für mich auch in meinem Methodenkoffer mit drin. Also  
485 Kommunikationsfähigkeiten, -kompetenzen. #00:38:40-5#

486

487 B6: Aber auch bestimmte Tools zum Beispiel zu kennen. Also wie kann ich  
488 Geschwisterbelastungen erfassen oder auch Belastungen von Eltern beispielsweise.  
489 Das würde für mich auch zu Methodenkompetenz dort mit reinzählen. Also ergänzend  
490 dazu. #00:38:59-8#

491

492 *I: Ja. Also so eine situationsangepasste Methodenwahl? Meinst du damit? #00:39:07-*  
493 *0#*

494

495 B6: // Ja und das ist praktisch auch die Tools kenne, die zur Verfügung stehen. Wie  
496 der LARES Geschwisterbogen beispielsweise. Also sozusagen das Handwerkszeug,  
497 was / oder das Genogramm, solche Sachen. #00:39:29-5#

498

499 B3: Ich glaube bei Haltung würde ich noch ergänzen, die Fähigkeit zwischen Bedarf  
500 und Bedürfnis zu unterscheiden. Also wenn wir Studenten ausbilden, merken wir,  
501 dass das bei Sozialpädagogen der häufigste Weg ins Scheitern hinein ist. Es ist ja  
502 vorhin schonmal angesprochen worden, diese hohe Reflexionsfähigkeit. Zu  
503 unterscheiden, was braucht die Familie wirklich, was sehe ich da drin oder was das  
504 Team, Mediziner-Pfleger-Seite an Bedarfen oder Bedürfnissen und was erlebt die  
505 Familie und wo finden wir da so ein Common Ground. #00:40:04-6#

506

507 B1: Ja, da sind wir dann auch wieder bei dem: Was ist auch meine Aufgabe. Nicht  
508 jedes Bedürfnis, was die Familie hat, ist meine Aufgabe mich damit zu beschäftigen.  
509 Sondern ich kann nur gucken, welche Bedarfe passen dann zu meiner Arbeit. (...) Ich  
510 hatte gerade noch etwas. Gesprächsführungskompetenz. #00:40:32-2#

511

512 B6: hm (bejahend) #00:40:35-4#

513

514 *I: Das war gerade bei mir abgehakt. Ich habe es gerade nicht gehört. #00:40:38-0#*

515

516 B1: Gesprächsführungskompetenz. #00:40:40-1#

517

518 *I: Ja. #00:40:43-5#*

519

520 B6: Und ergänzend vielleicht Beratungskompetenz. #00:40:46-8#

521

522 B1: Ja. #00:40:50-3#

523

524 B6: Und ich glaube auch, dass wir, zumindest so ein medizinisch-pflegerisches-

525 Basiswissen haben sollten bzw. Wissen auch wie wir rankommen. Weil das macht ja

526 schon einen Unterschied, ist der Krankheitsverlauf jetzt sehr kurz oder ist das eine

527 Erkrankung mit einer Lebenserwartung von mehreren Jahren, weil wir dann natürlich

528 auch unsere Begleitung oder Beratung auch darauf abstimmen müssen. #00:41:23-

529 2#

530

531 B1: Also, ja. Basiswissen ist mir da schon fast / ich weiß nicht, ob mir / also (...) das

532 ist schon ganz viel. Ich glaube nicht, dass ich wirklich ein Basiswissen habe, obwohl

533 ich das jetzt schon viele Jahre mache. Aber wenn ich so sehe was die

534 Kinderkrankenschwestern und die Ärzte und Ärztinnen alles wissen, dann habe ich

535 nicht das Gefühl, dass ich deren Basis kenne. #00:41:46-7#

536

537 B6: Okay. #00:41:47-5#

538

539 B5: Ich finde das ist auch ein falscher Ausdruck. Vielleicht Verständnis. medizinisch-

540 pflegerisches-Verständnis. #00:41:52-5#

541

542 B6: // Ja. hm (bejahend) #00:41:56-6#

543

544 B5: Also. (...) Ich würde zu dem Wissen auch noch Kinderschutz als Thematik mit

545 hinzunehmen. Das finde ich noch ganz wichtig. (...) #00:42:15-4#

546

547 *I: Genau, wir hatten ja auch / wir hatten ja am Anfang das Allgemeine, wir hatten ja*

548 *Fachwissen vorhin am Anfang, also sozialrechtliches Wissen. Aber auch, ich glaube*

549 *B4, du hattest das gesagt. Man braucht so ein allgemeines Wissen, so ein*

550 *generalistisches Wissen über alles was e gibt und gleichzeitig ein spezifisches*

551 *Fachwissen. #00:42:36-8#*

552

553 B1: // hm (bejahend) #00:42:37-1#

554

555 *I: // Was ja auch herausfordernd ist zu meistern und auch was du, B5, ganz am Anfang*

556 *gesagt hattest, dass es auch schwierig ist jemanden für den Bereich zu finden, auch*  
557 *mit Blick auf Studium und Ausbildung, was vielleicht Grundlage der Ausbildung ist und*  
558 *was wir auch für ein spezifisches Fachwissen dafür benötigen. Ist auch die Frage,*  
559 *inwiefern das immer auch Bestandteil zum Beispiel in einem Studium ist. #00:43:05-*  
560 *7#*

561

562 B3: (unv.) einen großen Teil davon. Also in C haben wir jetzt hier an der FH einen  
563 Lehrauftrag und wir erleben ein irres großes Interesse an Studierenden, die diese  
564 Vorlesungen besuchen wollen und die händeringend Praktikumsplätze suchen in  
565 Palliative Care. Dafür deutschlandweit rumfahren würden, aber nur schwer irgendwo  
566 in Teams unterkomme. Ich glaube das Interesse wäre da. Es ist vielleicht an uns viel  
567 mehr auch eine Fähigkeit zu haben unser spezielles Fachwissen und unser Fach zu  
568 vermitteln. (...) #00:43:40-1#

569

570 B4: Was ich gern noch bei Fähigkeiten ergänzen würde, ist eine Empathiefähigkeit zu  
571 haben und die Perspektive des Anderen versuchen einnehmen zu können. So ein  
572 Bewusstsein oder eine Sensibilität auch dafür zu haben. Also in einem Gespräch:  
573 Was sind da gerade für Schwingungen, was sind da gerade / naja Schwingungen  
574 klingen so esoterisch, dass meine ich nicht. Was sind da gerade für kleine Nuancen  
575 der Familie an Signalen, die ich eventuell aufgreifen kann, um das Gespräch nochmal  
576 anders zu lenken. (...) #00:44:29-0#

577

578 *B: Ja und dann entsprechend auch entsprechend Kommunikationstechniken dann*  
579 *einzusetzen. Was du meinst, oder? #00:44:33-5#*

580

581 B4: // hm (bejahend) #00:44:34-5#

582

583 *I: // die Dynamiken zu verstehen, die zu durchblicken und dann einen inneren*  
584 *Fahrplan oder auch wieder so eine Methodenkompetenz zu haben: Was wende ich*  
585 *dann am besten an, was / Also es ist ja wichtig eine Bandbreite an Methoden zu*  
586 *haben und die Fähigkeit zu besitzen, die passende Methode oder die Methode*  
587 *passend an die Familie anzuwenden und nicht die Familie sich so zu biegen, dass*  
588 *die der Methode entsprechen. (...) #00:45:09-5#*

589

590 B6: Wir hatten ja vorhin auch schonmal das Empowerment. Ich glaube wir brauchen  
591 einfach auf ein Grundwissen über Empowerment. #00:45:17-7#

592

593 *I: hm (bejahend) (...) #00:45:28-2#*  
594  
595 B1: Also bei Fachwissen (...) Also ich gehe mal von Sozialarbeit, Sozialpädagogik in  
596 diesem Bereich aus. Das ist ja schon ein sehr generalistischer Beruf. Wo diese Dinge  
597 auch mit reinspielen. Also Empowerment, Beratung, aber es ist halt immer von allem  
598 etwas. (...) So Familiendynamiken ist ja schon auch während des Studiums in der  
599 Regel ein großes Thema. Entwicklungspsychologische Fragen. (...) #00:46:24-8#  
600  
601 *I: Ich würde dem das nochmal hinzufügen, was B4 mit am Anfang gesagt hat, wo ja*  
602 *viel darauf entstanden ist, diese Allparteilichkeit. #00:46:35-1#*  
603  
604 B4: hm (bejahend) #00:46:37-0#  
605  
606 *I: // Ressourcen #00:46:38-2#*  
607  
608 B4: // Wertneutralität (...), genau ressourcenorientiert #00:46:41-6#  
609  
610 B1: hm (bejahend) (...) #00:47:03-7#  
611  
612 *I: Man spricht ja auch von palliativer Haltung. Ist der Begriff jemanden bewusst oder*  
613 *was würde man bzw. was würdet ihr zu einer palliativen Haltung / #00:47:19-4#*  
614  
615 B1: Also dazu gehört der ganzheitliche Blick #00:47:22-9#  
616  
617 *I: hm (bejahend) (...) #00:47:29-9#*  
618  
619 B4: Und / #00:47:30-3#  
620  
621 B6: // Und eine ausgeprägte / #00:47:34-8#  
622  
623 B4: Ich lass dir Vortritt #00:47:37-4#  
624  
625 B6: Eine ausgeprägte Orientierung an den Bedürfnissen der erkrankten Menschen  
626 oder der Familien in unserem Kontext. #00:47:50-2#  
627  
628 *I: hm (bejahend) #00:47:52-3#*  
629

630 B4: Und für mich auch eine Würdigung und eine Respektierung der  
631 Auseinandersetzung der Familie mit der Situation und gleichzeitig der Würdigung der  
632 Autonomie. Ich glaube Autonomie hatten wir noch nirgendwo aufgeschrieben, oder?  
633 #00:48:09-4#  
634  
635 B1: // Nein #00:48:10-1#  
636  
637 *I: hm (bejahend) #00:48:13-5#*  
638  
639 B4: Also auch ein Respekt vor der Erhaltung der Würde des Menschen gegenüber.  
640 Und die Würde des Menschen ist ja ganz individuell und ganz unterschiedlich und ja.  
641 #00:48:32-3#  
642  
643 *I: Ich würde das jetzt einfach als Würde des Menschen mit hinzuschreiben. Ich denke*  
644 *damit wissen wir ja was anzufangen. #00:48:40-5#*  
645  
646 B2: Ja und auch Würde des Patienten. Das man immer wieder fragt: Was braucht der  
647 Patient. #00:48:46-0#  
648  
649 *I: hm (bejahend). Und da schwanken wir ja auch noch zwischen Bedürfnissen, Bedarf,*  
650 *was ist der Auftrag dahinter, was ist jetzt etwas für das SAPV-KJ-Team oder eben für*  
651 *ein andere Struktureinheit. Also, dass man etwas vernetzen sollte. #00:49:05-9#*  
652  
653 B3: Was mir noch ein bisschen fehlt ist eine Kultursensibilität. / #00:49:08-8#  
654  
655 B1: Ja #00:49:09-9#  
656  
657 B3: Damit einhergehend auch die Wertschätzung von Normen und Werten von den  
658 Familien wie sie kennenlernen. (...) #00:49:28-1#  
659  
660 B7: Palliativer Haltung fällt mir tatsächlich als Erstes immer eigentlich die hospizliche  
661 Haltung ein. Naja, das war ja Dank Ciceley Sanders immer so ein bisschen die  
662 Vorreiterin, sodass eigentlich häufig von einer hospizlichen Haltung gesprochen wird.  
663 Was dann irgendwann tatsächlich auch in palliative Haltung übergegangen ist.  
664 Zumindest für mein Empfinden. Und ja, Palliation oder Palliare heißt ja Ummanteln  
665 und von daher sehe ich mich tatsächlich oder uns als Teams als Wegbegleiter im  
666 Grunde. #00:49:58-7#



667

668 B1: // hm (bejahend) #00:49:59-3#

669

670 B7: Und dieses Wissen, dass man tatsächlich die Familien unterstützen möchte,  
671 begleiten möchte. Das finde ich halt immer total wichtig, dass man sich das immer  
672 wieder vor Augen führt. Und das gehört für mich stückweit auch zur palliativen oder  
673 hospizlichen Haltung dazu. #00:50:19-1#

674

675 B1: Man kann das hier nicht reinschreiben, aber mir fällt dazu ein dass wir das Wort  
676 'helfen', zumindest in einem offiziellen Zusammenhang nicht mehr benutzen. Wir  
677 machen daraus wirklich immer begleiten. #00:50:33-1#

678

679 B7: Genau und vor allen Dingen oftmals oder eigentlich auch nicht mehr von  
680 Patienten mehr spricht, möglichst / ich finde auch Klient eigentlich unpassend, also im  
681 Hospiz wird einfach viel von Gästen gesprochen. Gäste, die halt dort zu Gast sind  
682 und entsprechend auf ihrem Lebensweg begleitet werden. Und deswegen finde ich  
683 es eigentlich auch immer schön, dass wir uns wirklich als PalliativVERSORGER  
684 sehen. Und ich finde Versorgung hat auch was anderes als Palliativmedizin,  
685 Palliativpflege #00:51:04-1#

686

687 B1: // hm (bejahend) #00:51:04-1#

688

689 B7: // und so weiter. Also ich finde wirklich dieses ganzheitliche, umfassende drückt  
690 sich für mich tatsächlich auch immer mit unserer Arbeit aus. #00:51:13-4#

691

692 B1: // Ja. (...) #00:51:19-2#

693

694 B4: Ich würde gern nochmal zur Kultursensibilität zurückschwenken, das, was B3  
695 gesagt hat. Und würde gern noch ergänzen, dass ergänzt sich auch bisschen mit  
696 dem, was B6 gesagt hat. Auch da, bei den verschiedenen Kulturen, ein Grundwissen  
697 oder zumindest ein Verständnis von den verschiedenen Kulturen zu haben und von  
698 den verschiedenen Glaubensrichtungen. Also, ja, da würde ja auch Spiritualität mit  
699 reinspielen. (...) #00:51:58-5#

700

701 B1: I, wenn du jetzt auf der linken Seite bist, was mir eingefallen ist, also Fachwissen  
702 müssen wir ja alle haben. Vielleicht würde handlungsfeldspezifisches Fachwissen  
703 nochmal mehr passen. #00:52:14-2#

704

705 *I: Ja #00:52:15-4#*

706

707 B1: Weil wir haben ja alle einen Grundberuf, aber aus diesem Beruf brauchen wir  
708 nochmal so ein bestimmtes Zusätzliches. Also nicht zusätzlich, aber das auf jeden  
709 Fall vertieft. Und da würde für mich jetzt zum Beispiel auch trauerspezifisches Wissen  
710 auch mit zugehören. Was zum Teil bei Fähigkeiten mit steht. #00:52:34-9#

711

712 *I: Ja #00:52:35-8#*

713

714 B1: Finde ich sind eigentlich da auch so handlungsfeldspezifisches Wissen, was wir  
715 haben sollten. #00:52:42-9#

716

717 *I: hm (bejahend) #00:52:44-3#*

718

719 B1: Also was nicht nur aus dem Bauch kommt, sondern was man sich vielleicht auch  
720 wirklich mal angelesen hat und sich mit auseinandergesetzt hat. #00:52:52-8#

721

722 *I: Also zum Beispiel auch das Methodenwissen, was ja jetzt auch auf der Fähigkeiten-*  
723 *Seite mit steht. Ich finde das sehr, dass du das noch mit angesprochen hast, weil*  
724 *Fachwissen ist ja wirklich sehr, sehr groß und handlungsspezifisches Fachwissen ist*  
725 *ja dann neben diesem allgemeinen Wissen das Spezielle. Neben dem*  
726 *trauerspezifischen Wissen, was würdet ihr denn da noch dazu zählen? #00:53:16-8#*

727

728 B1: Du hast da Methoden, Empowerment, Beratung, Entwicklungspsychologie,  
729 Wissen über Religion und Kultur. Das sind für mich alle diesem Handlungsfeld  
730 entsprechend spezifische Dinge, die wir nochmal genauer wissen müssen.

731 #00:53:32-6#

732

733 *I: hm (bejahend) (...) #00:53:39-1#*

734

735 B6: Hm (bejahend) oder auch zum Beispiel Netzwerke, die uns zur Verfügung stehen  
736 und innerhalb derer wir uns bewegen müssen, die Angebote kennen, vermitteln  
737 müssen, was wir auch am Anfang schonmal genannt hatten. (...) #00:53:59-7#

738

739 *I: Dann wäre das jetzt gleichzeitig auch wieder übertragbar auf Fähigkeiten. Also*  
740 *Wissen über Netzwerke // #00:54:06-4#*

741

742 B1: / Also ich würde es Netzwerkarbeit / also es ist ja nicht nur dieses / ich muss nicht  
743 über Netzwerke Bescheid wissen, sondern ich muss wie netzwerke ich eigentlich.

744 #00:54:16-5#

745

746 *I: hm (bejahend) #00:54:17-0#*

747

748 B1: Also das ist ja auch eine Methode. Ich gehe ja auch nicht einfach irgendwo hin  
749 und sage: Hallo, hier bin ich. Sondern da mache ich mir wirklich gute Gedanken: Wer  
750 passt, wie mache ich das, wie mache ich das langfristig, nachhaltig. Also

751 Netzwerkarbeit ist // #00:54:35-1#

752

753 B7: Also meines Erachtens müsste das mehr zu Fähigkeiten gehören. Weil du hast  
754 es ja auch gesagt, B1, es geht um Netzwerken tatsächlich und das ist für mich  
755 tatsächlich eine Fähigkeit auch. #00:54:45-3#

756

757 *I: hm (bejahend). Also die Netzwerkarbeit als Fähigkeit Netzwerkstrukturen zu  
758 verstehen / #00:54:56-5#*

759

760 B6:// und zu handhaben. #00:54:56-7#

761

762 B1: // hm (bejahend) #00:54:58-7#

763

764 *I: // und das dann auch zu organisieren. #00:55:01-4#*

765

766 B2: Ich finde aber es gehört zu beidem. Also es gehört auch zu Wissen, weil ich muss  
767 auch wissen, welche Akteure gibt es auch in Metaebene, dass ich einfach diese Arbeit  
768 weitertrage. Nicht nur im operativen Bereich, sondern auch eins drüber. Von daher  
769 finde ich es gut, wenn es in beiden steht. #00:55:20-4#

770

771 *I: hm (bejahend) (...) #00:55:42-0#*

772

773 B2: Also ich finde zu Haltung gehört auch wie ich selber mit Trauer umgehe oder mit  
774 Tod. Was ist für eigene Vorstellungen habe. Das muss ich auch immer reflektieren.

775 (...) #00:56:00-2#

776

777 *I: Würde das jetzt mal als Sterben, Tod und Trauer ausführen. #00:56:07-8#*

778

779 B2: Ja, also Umgang mit Krankheit und Tod und begrenzter Lebenserfahrung, ja. (...)  
780 -erwartung. #00:56:22-8#

781

782 *I: hm (bejahend) #00:56:23-8#*

783

784 B6: Und ich glaube auch bei der Haltung so ein Selbstbewusstsein, im positiven  
785 Sinne, für die Kompetenzen der Sozialen Arbeit oder psychosozialen Arbeit und da  
786 auch wieder Fähigkeiten, dass man sozusagen diese eigenen Aspekte, diese  
787 Perspektiven in unserer Profession eigen sind, zum Beispiel auch in  
788 Fallbesprechungen oder Teamsitzungen mit einbringt. Und das braucht man in  
789 unserem Bereich, glaube ich, nochmal besonders, weil wir ja häufig entweder  
790 Einzelkämpfer sind oder doch wenige, im Vergleich zum Gesamtteam. Da braucht  
791 man schon auch nochmal eine andere Stärke, als wenn man sich nur in  
792 Sozialarbeiter-Kreisen bewegen würde, wo man ohnehin so ein eigenes oder  
793 übergreifendes Verständnis hat. (...) #00:57:24-7#

794

795 B3: Ich finde da kommt noch was dazu, wie die Fähigkeit Sprache oder Inhalte zu  
796 übersetzen, von einer sehr kognitiv-medizinischen Ebene zu einer emotional-erlebten  
797 bei den Familien. Und auch im Gespräch immer wieder mit Schulen oder  
798 Kindergärten, also der Transport von dem, was auf dieser medizinischen Ebene  
799 passiert, hin zur: Wie Familie die erleben und was es für sie effektiv auch bedeutet.  
800 #00:57:54-0#

801

802 *I: hm (bejahend). Also so eine zielgruppenspezifische Sprache, meinst du damit. Also*  
803 *etwas, was hoch medizinisch ist auch zu übersetzen, so dass es Familien verstehen?*  
804 *#00:58:07-7#*

805

806 B3: Ja, du brauchst an sich erstmal ein primär Grundlagenverständnis dazu, was wird  
807 da gerade gesprochen und dann die Fähigkeit, dass was Eltern vielleicht auch raus  
808 interpretieren auch aufzufangen und auch aufzugreifen, mit wem Wissen wo die  
809 Grenzen der Sozialen Arbeit sind und wo ich dann wieder einen Mediziner wieder  
810 rückinvolvieren muss, weil ich bemerk, dass es die Familie gar nicht aufgreifen  
811 konnte. #00:58:31-3#

812

813 *I: hm (bejahend). (...) #00:58:37-7#*

814

815 B5: Ich bin auch die ganze Zeit am überlegen, Haltung oder Fähigkeit. Ich denke  
816 nochmal an dieses Thema Nähe, Distanz. Sich selbst auch ein bisschen abzugrenzen  
817 und ich finde es ist auch eine Haltung. (...) Förderung von Selbstständigkeit und  
818 Selbstaktivität. Ich denke zum Beispiel auch an die Thematik, kennt ihr auch alle: Die  
819 Familien möchten nicht, dass die Kinder zur Schule gehen, weil, dass könnte  
820 irgendwie schwierig werden oder nicht gut sein oder sonst irgendwas, aber das Kind  
821 an sich hat ja das Recht auf Teilhabe. Und ist es denn jetzt krank und soll es jetzt nur  
822 noch zu Hause sein. Also ich, mir fehlt so ein bisschen dieses, das Kind für sich sehen  
823 und die Eltern für sich sehen. Also nicht nur die Ganzheitlichkeit, die wir in der Haltung  
824 haben, sondern, ich finde das wir auch einfach eine ganz, ganz große Aufgabe haben  
825 nach dem Kind zu schauen. Also anderes Beispiel: Das Kind, Mutter sagt: Man darf  
826 nicht mit dem Kind über sein Krankheitszustand sprechen. Also ich finde diese  
827 Thematik, die fehlt mir jetzt hier noch irgendwo. Also ich weiß nicht, ob mir irgendwer  
828 helfen kann. Wo kann man das reinbringen? wir arbeiten ganzheitlich und auch  
829 familienorientiert, aber / in C war auch so ein schönes Beispiel, als wir da diesen  
830 Advanced Care Planing Kurs gemacht haben. Da wurde von einem Mädchen erzählt,  
831 dass wollte einfach sterben und die Eltern konnten das überhaupt nicht zulassen. Also  
832 wie können wir auch im richtigen Moment umswitchen und mit beiden im Gespräch  
833 sein, aber beide auch für sich. Wisst ihr, was ich meine? Ihr guckt mich so alle so  
834 fraglich an (lacht). #01:00:42-1#

835

836 B3: Also man spricht von Mandatschaft für den Patienten. Also #01:00:46-3#

837

838 B5: // Ja #01:00:46-4#

839

840 B3: Man redet von einer / der Fall ist eine Vierzehnjährige gewesen, die sozusagen  
841 #01:00:51-9#

842

843 B5: // Ja #01:00:52-1#

844

845 B3: // nicht gehört wurde, weil sie als Patientin / #01:00:57-0#

846

847 B5: // Genau, dass fand ich so ein schönes Beispiel und das haben wir sehr oft, dass  
848 es Jugendliche gibt, wo Eltern gleich sagen: Wir möchten aber nicht, dass ihr jetzt  
849 allein mit ihm sprecht. Aber das waren jetzt schon ganz viele Themen. Für mich ist so  
850 ein Respekt, aber auch so ein Wissen um Grenzen, finde ich ist auch eine Haltung,  
851 Fähigkeit. #01:01:26-3#

852

853 B6: Ja, mir fällt da auch noch so der Begriff Wertekompetenz ein. Also das man auch  
854 verschiedene Werte sehen kann und in gewisser Weise auch bewerten kann,  
855 diskutieren kann und vielleicht am Ende auch gewichten kann. Das man halt sagt,  
856 dass Wohl des Kindes steht über allem. Manchmal auch über den Bedürfnissen der  
857 Eltern. #01:01:49-2#

858

859 *I: Und wie hattest du das jetzt am Anfang genannt? #01:01:51-2#*

860

861 B6: Wertekompetenz #01:01:53-9#

862

863 *I: Wertekompetenz? #01:01:54-9#*

864

865 B6: hm (bejahend). #01:01:55-9#

866

867 *I: hm (bejahend) #01:01:57-1#*

868

869 B5: Ja und auch diese Autonomie der Kinder neben der Familie. Also das finde ich  
870 ganz, ganz wichtig, dass man da psychosozial sehr, sehr darauf achtet. #01:02:11-6#  
871

872 B1: Also für mich, da steht kein oder dazwischen, sondern das ist für mich immer ein  
873 'und'. Auf der einen Seite steht das erkrankte Kind im Mittelpunkt unseres Handelns  
874 und gleichzeitig sind die Eltern aber auch die / also die Eltern haben auch einfach  
875 diese Kompetenz mit diesem Kind zu sein und umzugehen. Und es ist für mich so ein  
876 'und'. Also, wenn das auseinandergeht, dann sehe ich da eher meine Aufgabe darin,  
877 zu vermitteln. Also einerseits kann ich Eltern verstehen und mit denen eben / also ich  
878 brauche immer Zeit und muss in ein Prozess gehen. Also diese Zeit finde ich einfach  
879 unglaublich wichtig. Da kann ich einerseits mit den Eltern in einen Prozess gehen und  
880 mit denen zusammen gucken, wieso wollen sie ihr Kind nicht zur Schule schicken,  
881 außer eben es ist zu krank. Was steckt dahinter. Und gleichzeitig auch mit dem Kind  
882 auch gucken, dass es eben bald zur Schule gehen kann. Aber es braucht Zeit.  
883 #01:03:29-4#

884

885 B5: Ja, ich finde aber dass es auch, ja, da gebe ich dir Recht B1, aber ich finde es  
886 gibt auch manchmal solche Selbstgänger. Da kriegt man plötzlich so einen Anruf: Du  
887 der braucht eine Bescheinigung, dass er nicht mehr zur Schule gehen kann  
888 #01:03:44-2#

889  
890 B1: // Ja, kenn ich (lacht) #01:03:46-0#  
891  
892 B5: // Und da denkst du so: Was? #01:03:47-9#  
893  
894 B1: // Hää? (lacht) #01:03:48-3#  
895  
896 B5: // Wieso soll er denn jetzt nicht zur Schule. Also was ist es denn jetzt? / Ja, die  
897 Eltern wollen das so nicht. Und dann kommt: Ja, aber Moment mal. Wer denkt denn  
898 jetzt mal ans Kind. Also, das ist gar nicht nur Zeit, sondern manchmal auch / ich glaub  
899 man kommt dann auch in diesem / du hast ja immer wieder die gleichen Situationen.  
900 Es überfährt einen manchmal so. Und manchmal ist es vielleicht auch einfacher so  
901 ein Attest für nicht Schule zu schreiben (lacht), als sich darüber Gedanken zu machen:  
902 Ist das jetzt eigentlich im Sinne des Kindes. Also mir ist ganz wichtig, dass wir  
903 irgendwie in dieser Haltung / haben wir das da schon drin? Diese, ja Würdigung der  
904 Autonomie, aber dieses Spezielle, Autonomie des Kindes auch irgendwie benannt ist  
905 // #01:04:34-6#  
906  
907 B1: // hm (bejahend) #01:04:34-3#  
908  
909 B5: // weil ich finde man muss das schon unterschiedlich sehen. #01:04:40-1#  
910  
911 B1: Ja, erstmal stehen wir außerhalb des Kindes, oder? #01:04:42-7#  
912  
913 B5: hm (bejahend). (...) #01:04:54-4#  
914  
915 *I: Gehst du da so mit B5, wenn ich das schreibe: Wahrung der Autonomie des Kindes.*  
916 *Spiegelt es das wider was du meinst? #01:05:03-3#*  
917  
918 B5: Ja und ich gehe sogar noch weiter. Autonomie und Rechte des Kindes.  
919 #01:05:06-9#  
920  
921 *I: Hm (bejahend) (...) Auch das, was B6 vorhin mit angesprochen hat, auch im Team*  
922 *die eigene Position, den Auftrag als Sozialarbeiterin oder Sozialpädagogin oder*  
923 *psychosoziale Mitarbeiterin mit einzubringen, bedeutet ja auch als Kompetenz eine*  
924 *Teamfähigkeit zu besitzen und über seinen eigenen Auftrag Bescheid zu wissen und*  
925 *sich diesen auch immer wieder zu vergegenwärtigen. #01:06:18-8#*

926

927 B1: Ja. Als Haltung steckt da ja auch wirklich dieses Multiprofessionelle dahinter.

928 #01:06:24-4#

929

930 *I: hm (bejahend) #01:06:28-8#*

931

932 B2: Genau, dass wir einfach Teil eines Teams sind. Und das dann auch erarbeiten

933 können. Wie kann man denn die Autonomie des Kindes wahren. Wie spüren wir die

934 Autonomie oder wie, ja / #01:06:50-9#

935

936 *I: Was ja auch wieder zu Wissen dazugehört. Multiprofessionelles Arbeiten, welches*

937 *Wissen brauche ich denn dazu. Also zum Beispiel, dass auch, was vorhin auch schon*

938 *gesagt wurde, so ein medizinisch-pflegerisches Verständnis zu haben und wieder zu*

939 *gucken, was ist der Auftrag, für wen ist jetzt diese Aufgabe. (...) #01:07:25-2#*

940

941 B4: Für mich ist auch noch so eine ganz basale Grundhaltung wichtig in unserer

942 Arbeit. Das Sterben und Tod ein natürlicher Teil des Lebens ist und auch der Tod von

943 Kindern und Jugendlichen. (...) #01:07:52-3#

944

945 *I: Als Haltung mit? #01:07:54-2#*

946

947 B4: Als Haltung, genau. #01:07:55-8#

948

949 *I: hm (bejahend). (...) Gibt es bei Fähigkeiten noch weitere Dinge, die man unter / also*

950 *man kann es ja auch anders aufteilen, dass man Methodenkompetenz,*

951 *Sozialkompetenz, Selbstkompetenz. Was würdet ihr denn da noch dazuzählen,*

952 *welche Kompetenzen man da mitbringen, muss in der Sozial- oder Selbstkompetenz?*

953 #01:08:35-1#

954

955 B5: Na, ich hoffe, jemand der psychosozial arbeitet hat eine Sozialkompetenz. Ist so

956 eine kleine Grundvoraussetzung, oder? (lacht) #01:08:47-0#

957

958 B3: Ja, aber auch eine Reflexionsfähigkeit oder eine Strukturiertheit. Aber da frage

959 ich mich, inwieweit wir da Grundlagen aufgreifen müssen, die ich als Grundlagen

960 jeglichen Handelns in der Sozialen Arbeit voraussetzen würde. Also, dass glaube ich,

961 hat dann nicht mehr so viel damit zu tun, dass es jetzt spezifisch hier, um ein

962 besonderes Feld geht, sondern, würde ich mich meinen zwei anderen Kolleginnen



963 anschließen als Grundvoraussetzungen für die Soziale Arbeit besteht. #01:09:17-4#  
964  
965 *I: hm (bejahend) #01:09:21-0#*  
966  
967 B1: Ja. (...) #01:09:48-0#  
968  
969 B5: Gehört zu Fähigkeiten vielleicht auch noch so ein bisschen das Thema  
970 Krisenintervention in der psychosozialen Arbeit. Also Akuthilfen, in Lebenskrisen, oder  
971 sowas? #01:10:02-4#  
972  
973 B6: Ja #01:10:03-3#  
974  
975 B5: Haben wir noch, glaube ich, so gar nicht drin, oder? #01:10:05-5#  
976  
977 B6: // Nein. #01:10:05-3#  
978  
979 B5: // Also wie kann man akut helfen und unterstützen. (...) Und, ich weiß nicht, heute  
980 habe ich so ein Negativpart. So empfinde ich das zumindest. Aber diese Abgrenzung  
981 von anderen Versorgern. Da fällt mir dazu ein / Also bei uns ist dazu zumindest immer  
982 so, dass wir immer alles machen müssen und ALLE Versorger mitbeurteilen müssen.  
983 Und da wird dann schon über den Pflegedienst diskutiert, ob der ok ist und dann geht  
984 es um den Ehrenamtlichen und kommt der genug. Wo ich mir denke, hallo, die haben  
985 ja auch alle ihren eigenen Bereich und man muss die dann vielleicht auch mal machen  
986 lassen. Also ich finde auch zum Beispiel, wir hatten ja hier auch Trauerkompetenz,  
987 Trauerwissen. Wir haben im Moment auch die Situation, dass alle Pflegekräfte eine  
988 Trauerbegleiter-Ausbildung machen wollen. Und ich immer sage, das ist nun mal nicht  
989 unsere Aufgabe. Es gibt ja ehrenamtliche Hospizdienste und die leisten das ja und  
990 bekommen das ja auch aktiv bezahlt oder die Unterstützungen sind dafür da. Also so  
991 dieses / Ja wir sind multiprofessionell, aber wir müssen nicht alles machen und man  
992 muss nicht hinter allem hinterherfragen. Wenn ein Ehrenamts-Kollege gesagt hat, er  
993 macht das, dann muss man davon auch ausgehen. Kennt ihr das? Versteht ihr, was  
994 ich meine? #01:12:05-3#  
995  
996 B6: Doch, ich verstehe, was du meinst. Also wir haben zum Glück das Problem (lacht)  
997 momentan nicht ganz so. Ja, aber, doch, ich weiß, was du meinst. #01:12:18-7#  
998  
999 B1: Also, ich kann mir das gut vorstellen. Wir haben das Problem auch nicht ganz so,

1000 weil wir das im Vorfeld auch schon mit besprechen, weil wir ja hier alle ganz eng  
1001 zusammensitzen. Also ambulanter Kinderhospizdienst, Psychosozial,  
1002 Trauerbegleitung und wir machen zusammen viel (unv.) Supervision. Aber das sind  
1003 genau solche Fragen, die sind hier auch alle aufgetaucht. Wo wir auch ein Stück  
1004 lernen mussten, auf der einen Seite sehr multiprofessionell zu arbeiten und  
1005 ineinander verzahnt zu arbeiten. Auf der anderen Seite aber auch zu sehen wo ist  
1006 deine Aufgabe, wo ist meine Aufgabe. Muss man immer wieder daran erinnern, aber  
1007 / und ich glaube, dann geht es auch gut. Aber ich glaube, dass finde ich, ist im  
1008 multiprofessionellen natürlich eine besondere Herausforderung miteinander gut zu  
1009 arbeiten, über den Tellerrand hinweg zu gucken und gleichzeitig aber auch den  
1010 anderen seine Arbeit machen zu lassen. #01:13:28-5#

1011

1012 B7: Zu deiner Frage, B5, ob man dich verstanden hat. Also ich kann dich auch auf  
1013 jeden Fall auch total gut verstehen. Ich würde es tatsächlich noch ein bisschen breiter  
1014 fassen wollen dieses Thema Abgrenzung. Das man sich auch immer mal wieder  
1015 versucht bei bestimmten Themen tatsächlich, bei den Anliegen der Familien  
1016 abzugrenzen, tatsächlich. Wenn nämlich Themen aufkommen, die die  
1017 Kinderhospizarbeit anbelangen, die die Pflegedienste anbelangen, die die  
1018 Hilfsmittelversorgungen anbelangen, die die Wohnungssuche anbelangen, oder,  
1019 oder. Das man tatsächlich auch immer mal wieder klärt: Ich kann da unterstützen und  
1020 vielleicht auch vermitteln, aber ich kann nicht diejenige sein, die das Problem löst.  
1021 Das können wir nicht. Diesen Auftrag haben wir einfach nicht. Und von daher kann  
1022 ich das Thema Abgrenzung sehr, sehr gut verstehen, ja. #01:14:23-3#

1023

1024 B5: Genau so war mein Gedanken, B7. Vielen, herzlichen Dank, ja. #01:14:28-7#

1025

1026 B1 Steht hier eigentlich irgendwo Auftragsklärung? #01:14:34-0#

1027

1028 B5: Haben wir schon häufiger drüber gesprochen, ja. #01:14:40-6#

1029

1030 *I: Ich würde es mal hier mit hinzufügen. #01:14:42-9#*

1031

1032 B2: // den Auftrag im Blick behalten. #01:14:47-8#

1033

1034 *I: Ja. Und dazu dann auch die Abgrenzung dann im Blick behalten. (...) #01:15:01-7#*

1035

1036 B7: Was mir noch so auf den Nägeln brennt ist auch die Thematik, wir versorgen ja

1037 nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch junge Erwachsene. Und es kam eben  
1038 schonmal so ein Stichwort in Richtung Autonomie für das Kind, aber auch Entwicklung  
1039 erkennen und so weiter. Da fehlt mir so ein bisschen noch, dass man tatsächlich auch  
1040 die jungen Erwachsenen oder die heranwachsenden Jugendlichen irgendwie in ihrer  
1041 Autonomie stärkt, auch in Richtung irgendwann die Übergabe an das  
1042 Erwachsenenteam. Wie auch immer das aussieht. In Richtung Transition gedacht.  
1043 Aber auch in solchen Fragen in ethischer Seite da sind. Sowas wie  
1044 Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung. All solche Dinge. Also  
1045 diese ganzen Bereiche um das 18 werden, nenn ich es mal ganz banal. Die fehlen  
1046 mir noch so ein Stückweit. (...) #01:16:04-5#

1047

1048 *I: Ich habe es jetzt erstmal zu dem Bereich Wissen gezählt. Also Wissen, was*  
1049 *bedeutet jetzt die Transition, welche Themen bringt das mit. Wissen über zum Beispiel*  
1050 *über die Vorausverfügung in Notfallsituationen oder die Vorgehensweise in*  
1051 *Notfallsituationen oder Patientenverfügung, dann bei ab 18. Dann würde ich vielleicht*  
1052 *auch das noch ergänzen und auch erweitern bei der Haltung, dass es nicht nur um*  
1053 *das Kind, sondern auch um den Jugendlichen und auch, was du jetzt beschrieben*  
1054 *hast, den jungen Erwachsenen. Also das einfach noch mit hinzufügen. (...) #01:16:48-*  
1055 *2#*

1056

1057 B4: Ich würde gern noch strategische Kompetenzen mit ergänzen. Also wie oft  
1058 überlege ich in meiner Profession, welcher Schritt jetzt als Erstes am sinnvollsten ist,  
1059 damit sich so die unterschiedlichen Interessen gut beachtet fühlen und dann auch  
1060 gemeinsam mit dem Team zu überlegen, welchen Schritt gehen wir jetzt als erstes,  
1061 welchen den zweites, den drittes und so weiter. Also, ich habe das Gefühl es dreht  
1062 sich ständig um Strategiefindung in Gesprächsabläufen, ja oder wer als erster von  
1063 den Versorgern kontaktiert werden soll und so weiter. (...) Hast du es jetzt bei  
1064 Fähigkeiten dazu geschrieben, I? #01:17:40-2#

1065

1066 *I: Ja, strategische Kompetenz habe ich es jetzt erstmal bei Fähigkeiten. Würdest du*  
1067 *es noch woanders zuordnen? #01:17:48-3#*

1068

1069 B4: Nein. Hätte ich da jetzt auch ergänzt. Ich sehe gerade erst, dass ich da auch  
1070 runterscollen kann. #01:17:56-9#

1071

1072 B2: Das ist ja dann auch so ein bisschen Case Management dann. Zu gucken, was  
1073 habe ich für ein Ziel, wer ist verantwortlich und ja. #01:18:08-4#

1074  
1075 B3: hm (bejahend) #01:18:10-9#  
1076  
1077 B1: Ich habe gerade ein schönes Wort gelesen mit der Abgrenzung:  
1078 Schnittstellenmanagement. #01:18:19-7#  
1079  
1080 B4: (lacht) #01:18:34-7#  
1081  
1082 B6: B1 man redet nicht mehr von Schnittstellen, sondern von Verknüpfungen. (lacht)  
1083 Das ist jetzt ganz neudeutsch. #01:18:38-3#  
1084  
1085 B1: // Ich weiß. Aber es gibt noch kein Verknüpfungsmanagement. Kommt sicher  
1086 noch. #01:18:47-3#  
1087  
1088 B6: (lacht) (...) #01:18:59-1#  
1089  
1090 B4: Ich finde bei der Haltung auch noch wichtig, sich immer wieder neu zu informieren.  
1091 Gibt es Gesetzesänderungen, gibt es Neuigkeiten in den verschiedenen Diagnosen,  
1092 sozialrechtlich, ja. #01:19:17-1#  
1093  
1094 *I: Das würdest du jetzt lieber bei Haltung reinmachen oder bei Wissen? #01:19:22-2#*  
1095  
1096 B4: Nein, bei Haltung würde ich es reinmachen. Also sich weiterzubilden, sich zu  
1097 informieren, Recherche zu betreiben. #01:19:36-2#  
1098  
1099 B5: // Ja, da kann man ja auch / Entschuldigung #01:19:38-4#  
1100  
1101 B7: // (unv.). Entschuldigung. Mach du erst B5. #01:19:45-4#  
1102  
1103 B5: Da würde ich auch dieses Arbeiten in Gremien, wie hier oder AGs dazuzählen.  
1104 Ich finde das ist auch eine Haltung die psychosoziale Arbeit aufzubauen. Was wir ja  
1105 eigentlich seit Jahren tun. #01:19:55-8#  
1106  
1107 *I: Hm (bejahend) #01:19:57-0#*  
1108  
1109 B5: // und zu integrieren. Das ist ja eine Haltung. Also ich finde unsere Berufsgruppe  
1110 oder unser Berufssystem in dieser Versorgung zu integrieren und fortlaufend

1111 weiterzuentwickeln ist eine Haltung, oder? #01:20:13-0#  
1112  
1113 B4: Ja, würde ich auch so sehen. #01:20:18-6#  
1114  
1115 B7: Ich kann es mir tatsächlich in beiden Punkten sehr gut vorstellen, weil ich finde  
1116 das hat tatsächlich auch wirklich was mit Wissen zu tun, dass man sich AUF DEM  
1117 LAUFENDEN hält. #01:20:25-5#  
1118  
1119 B5: Ja. #01:20:26-4#  
1120  
1121 B7: Und dass man sein Wissen halt einfach auch stets fördert. #01:20:33-7#  
1122  
1123 B2: Und auch die Forschung dazu. Das man guckt, wie wirkt den die Arbeit. Das man  
1124 die evaluiert. (...) #01:20:50-6#  
1125  
1126 B4: Und ich finde auch eine Bereitschaft zur Supervision ganz wichtig. #01:20:59-7#  
1127  
1128 *I: Zu welchem Bereich würdest du das zählen? #01:21:03-2#*  
1129  
1130 B4: Haltung. #01:21:06-0#  
1131  
1132 *I: Okay. (...) #01:21:30-2#*  
1133  
1134 B5: Qualität steht da auch noch nicht. Qualitätsstandardsregularien für die Arbeit, das  
1135 Erstellen und Entwickeln. #01:21:46-1#  
1136  
1137 *I: Auch bei Wissen jetzt, oder? #01:21:50-3#*  
1138  
1139 B5: Ja. Gut, ich hoffe auch die Fähigkeit, aber / #01:21:55-2#  
1140  
1141 *I: Ja. #01:21:56-2#*  
1142  
1143 B5: Und es kann auch eine Haltung sein, qualitätsorientiert zu arbeiten. Also mit einer  
1144 Qualitätsbasis, kann auch eine Haltung sein. (...) Dieses sozialrechtliche Wissen, was  
1145 wir so am Anfang so dahin gedrückt haben. Das macht sich in meinen Gedanken  
1146 immer wieder noch viel breiter, weil immer wieder, wenn ich darüber nachdenke, hat  
1147 das vielleicht auch damit zu tun, / mir fiel gerade mal so ein Hilfsmittel, Widersprüche

1148 und so weiter. Also was brauchen denn diese Kinder. Also sozialrechtliches Wissen  
1149 ist ja ein RIESEN Bereich, den wir hier gar nicht so benannt haben. Aber du sagtest  
1150 ja auch schon, B6, dass das gerade unheimlich wichtig ist für Familien. Da gehört ja  
1151 unheimlich viel rein in dieses sozialrechtliche Wissen. #01:22:56-3#

1152

1153 B3: Und ich finde, da kommt ja dann noch dieses interdisziplinäre Abgrenzen. Also  
1154 wir haben in C eine Phase gehabt, wo die Soziale Arbeit plötzlich dafür zuständig war  
1155 die Arztbriefe zu schreiben im Widerspruchsverfahren. Wir haben dummerweise so  
1156 professionalisiert, dass irgendwann unsere Rate an durchgehenden Widersprüchen  
1157 so hoch war, dass es die Soziale Arbeit das jetzt zukünftig immer machen kann. Und  
1158 wir haben viel Zeit darin investiert, einen gemeinsamen Weg zu finden, wie können  
1159 wir unser Wissen mit den Ärzten so zusammenbringen, dass das ein  
1160 gemeinschaftliches Projekt ist und nicht das wir plötzlich Aufgaben bekommen und  
1161 Fähigkeiten entwickeln, für die wir nicht geschaffene Positionen haben. Also so die  
1162 Fähigkeit zu interdisziplinärer Abgrenzung, vielleicht. #01:23:42-6#

1163

1164 B2: hm (bejahend) #01:23:43-2#

1165

1166 B3: // daraufhin ja auch Zusammenarbeit. #01:23:47-0#

1167

1168 *I: hm (bejahend). Ich habe es bei beidem hingeschrieben. Einmal bei Wissen und*  
1169 *einmal bei Fähigkeiten. #01:23:55-7#*

1170

1171 B4: Ich weiß nicht, ob wir das schon mit aufgeschrieben haben. Wir werden ja auch  
1172 viel mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Ich weiß jetzt nicht genau, wie man  
1173 das gut formulieren kann, aber / Ich würde es vielleicht eigentlich bei Wissen und bei  
1174 Fähigkeiten / Kompetenz im Umgang mit ethischen Fragestellungen? #01:24:20-3#

1175

1176 B3: Aber siehst du da eine Kompetenz darin eine Ethikkommission mit reinzunehmen  
1177 oder eine Ethikfallbesprechungen zu machen. Oder dass du das ethisch bewertest?  
1178 #01:24:33-0#

1179

1180 B1: Ist das nicht eher, dass wir durchaus auch bei ethisch-rechtlichen-  
1181 Entscheidungsprozessen begleiten? Also das wir mit / Oder manchmal entscheiden  
1182 wir das ja auch, aber das ist / also wir hatten jetzt gerade einen Gang zum Jugendamt.  
1183 #01:24:58-7#

1184

1185 B4: Also es geht für mich eher um die Begleitung der Familien in der ethischen  
1186 Fragestellung. #01:25:02-1#  
1187  
1188 B1: // Ja, normalerweise. hm (bejahend) #01:25:04-1#  
1189  
1190 B4: // und Kooperationspartnern, wie zum Beispiel ein ethisches Fallkomitee mit  
1191 reinzuholen. Ja, aber für mich geht ist es / vielleicht ist es doch eher Haltung (lacht),  
1192 jetzt spring ich von dem ganzen Dreieck mal reih um. Da so eine Sensibilität zu haben.  
1193 Mir fehlt gerade irgendwie das richtige Wort, vielleicht könnt ihr mir auch helfen? (...)  
1194 #01:25:33-4#  
1195  
1196 *I: Also man kann es ja vielleicht auch aufdröseln. Wenn wir jetzt merken, wieder, dass*  
1197 *das bei allen drei Punkte einzutragen ist. Welches Wissen braucht man denn bei der*  
1198 *Begleitung von Familien bei ethischen Entscheidungen? Und welche Haltung steckt*  
1199 *dahinter und welche Fähigkeiten oder Kompetenzen ergeben sich daraus? (...)*  
1200 #01:25:54-5#  
1201  
1202 B4: hm (bejahend) (...) Ich habe jetzt gerade einen Knoten im Kopf. (...) #01:26:06-1#  
1203  
1204 B6: Naja ich denke beispielsweise auf der Wissensseite, welche ethischen  
1205 Entscheidungsmodelle gibt es denn beispielweise. Also was muss ich  
1206 mitberücksichtigen, wie laufen solche Entscheidungsprozesse ab, was gibt es denn  
1207 vielleicht auch für Institutionen, wie zum Beispiel ein Ethikkomitee, die ich dann  
1208 einberufen könnte. #01:26:26-5#  
1209  
1210 *I: hm (bejahend) #01:26:29-9#*  
1211  
1212 B6: Und die Haltung wäre eher so dieses, zu wissen auch, es gibt halt kein Schwarz  
1213 und Weiß, es gibt kein Richtig und Falsch, sondern so ein Abwägen von  
1214 verschiedenen Interessen, Werten, Perspektiven. Und die Fähigkeit wäre ja dann in  
1215 dem Kontext, teilzunehmen an einer ethischen Fallbesprechung, die eigenen Werte  
1216 zu vertreten, aber auch beispielsweise die Sichtweisen oder Perspektiven der Familie  
1217 auch nochmal zu verdeutlichen, wenn es notwendig ist. Oder in einem Gespräch auch  
1218 verbindend zu sein. Gegebenenfalls auch moderierend tätig zu sein. #01:27:16-5#  
1219  
1220 *I: hm (bejahend) (...) #01:27:21-5#*  
1221

1222 B5: Ja, wobei ich finde es ist auch eine Haltung. Ich finde es total gut und hast du ja  
1223 eben auch gesagt, B6. Aber ich habe gerade eben mal so geguckt, diese vier  
1224 ethischen Grundprinzipien: autonomisches / Autonomieprinzip, Wohltuns- und  
1225 Fürsorgeprinzip, NICHT-SCHADENS-Prinzip und Prinzip der Gerechtigkeit. Das  
1226 haben wir ja alles schon so ein bisschen besprochen und ich finde das darf auch alles  
1227 bei der Haltung benannt sein. (...) #01:27:57-0#  
1228  
1229 *I: Kannst du es nochmal kurz mit aufzählen, dann würde ich es noch mit aufnehmen,*  
1230 *wenn es so konkret / #01:28:04-3#*  
1231  
1232 B5: Also das Autonomieprinzip, dass haben wir ja schon mit der Würdigung der  
1233 Autonomie. Dann das Wohltuns- und Fürsorgeprinzip und Nicht-Schadens-Prinzip  
1234 und Prinzip der Gerechtigkeit. Aber vielleicht kannst du es im gesamten nennen,  
1235 nämlich ethische Grundhaltung als Haltung. #01:28:24-8#  
1236  
1237 *I: // Ja. (...) Das Letzte war noch? #01:28:45-5#*  
1238  
1239 B5: Gerechtigkeit. Prinzip der Gerechtigkeit. (...) Und wenn man das nachliest, dann  
1240 gibt es auch die ‚sieben wichtigsten ethischen Grundsätze in der Pflege‘. Kennt ihr  
1241 die? Rechenschaftspflicht, Gerechtigkeit, Schadensfreiheit, Autonomie, Wohltätigkeit,  
1242 Treue und Wahrhaftigkeit. Und Wahrhaftigkeit finde ich tatsächlich auch total wichtig.  
1243 #01:29:27-7#  
1244  
1245 *I: // hm (bejahend) (...) #01:29:34-0#*  
1246  
1247 B6: Wahrhaftigkeit im Sinne von authentisch sein? Oder würdest du das noch /  
1248 #01:29:39-9#  
1249  
1250 B5: Naja wahrhaftig vielleicht auch im Sinne von Wahrheit. #01:29:43-4#  
1251  
1252 B6: hm (bejahend). #01:29:48-3#  
1253  
1254 B5: Also da sind wir wieder bei dem: Darf ich mit einem Jugendlichen über seine  
1255 Krankheit sprechen. #01:29:53-3#  
1256  
1257 B6: // Ja. #01:29:54-0#  
1258



1259 B5: Wahrhaftigkeit. Also zählt für mich so dazu. #01:29:57-0#  
1260  
1261 B6: hm (bejahend) #01:29:58-1#  
1262  
1263 B5: Also finde ich gerade ganz spannend. #01:29:59-8#  
1264  
1265 B6: Ja, Ehrlichkeit. #01:30:01-8#  
1266  
1267 B5: Ja. (...) Mir ist auch eben nochmal eingefallen zur psychosozialen Arbeit:  
1268 Geschwisterbetreuung. Ist das nicht auch so ein? / #01:30:16-3#  
1269  
1270 *I: hm (bejahend) #01:30:17-3#*  
1271  
1272 B1: Geschwisterarbeit haben wir ja da. #01:30:20-2#  
1273  
1274 B5: Haben wir das schon? #01:30:22-0#  
1275  
1276 *I: Ja. #01:30:22-4#*  
1277  
1278 B5: Ah, da oben. Entschuldigung. Ja, habe ich verschlafen. (...) So, wenn ich das jetzt  
1279 alles meiner zukünftigen, bald Kollegin zeige, dann fängt die erst recht nicht an (lacht).  
1280 #01:30:35-2#  
1281  
1282 B6: (lacht). Du musst ihr das als Perspektive aufzeichnen (lacht). #01:30:38-4#  
1283  
1284 B5: (lacht). Genau. Uff #01:30:42-1#  
1285  
1286 B6: Wie bunt und vielfältig ihr Aufgabenfeld ist und wie sehr sie wachsen kann in dem  
1287 Bereich. #01:30:48-0#  
1288  
1289 B5: Ja, aber wie wertvoll, dass wir das hier so in dem Kreis machen. Also ich würde  
1290 mir wünschen, dass die Ärzte oder die Pflegefachkräfte tatsächlich auch mal so eine  
1291 Runde machen, weil das ist schon toll, wenn man sich das alles mal so aufzählt.  
1292 #01:31:02-8#  
1293  
1294 B6: hm (bejahend). #01:31:05-4#  
1295

1296 B1: Also wenn ich das so sehe, dann denke ich, naja mit einer halben Stelle in einem  
1297 SAPV-Team / #01:31:15-3#  
1298  
1299 B5: Genau / #01:31:16-4#  
1300  
1301 B1: Da hat man aber sehr große Schuhe an. Also ich glaube da muss man immer  
1302 wieder laut sagen: Es braucht mehr Menschen. #01:31:26-8#  
1303  
1304 B5: Ja vor allem verschiedene Menschen. Die Sozialarbeit funktioniert ja nicht in dem  
1305 NUR ein Psychologe da ist (lacht), sondern da braucht es vielleicht auch noch  
1306 jemanden, der sich sozialrechtlich auskennt. Also du kannst ja nicht / Wir haben sehr,  
1307 sehr viele Bewerbungen von Sozialpädagogen #01:31:44-9#  
1308  
1309 B1: // hm (bejahend) #01:31:45-6#  
1310  
1311 B5: Und, wenn die sich das Angucken, dann denken die: Oh, das ist ja Wahnsinn.  
1312 Also ich finde das / Also wir haben ja auch ganz, ganz unterschiedliche Professionen  
1313 und (...) eine kann doch nicht alles abdecken, oder? #01:32:04-3#  
1314  
1315 B1: Also bei uns, wir haben ausschließlich Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Wir  
1316 haben keinen Psychologen. Wir haben Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen zum Teil mit  
1317 Zusatzausbildungen. #01:32:13-4#  
1318  
1319 B5: Aha. #01:32:14-8#  
1320  
1321 B1: Die sich eben, bei diesem / also das ist ja nun mal ein sehr generalistischer Beruf.  
1322 Dann eben auch nochmal vertieft haben. #01:32:21-9#  
1323  
1324 B5: Aha. (...) #01:32:25-0#  
1325  
1326 B6: Und das ist ja auch die Stärke des Sozialarbeiters. Die Generalistik, dieses breit  
1327 aufgestellt sein und ich glaube auch so eine PSYCHOlogische Basisversorgung  
1328 machen wir schon auch und dann aber auch zu erkennen, wo braucht es denn jetzt  
1329 tatsächlich den Psychologen. Weil das etwas ist, was meine Kompetenzen tatsächlich  
1330 überschreitet. #01:32:52-5#  
1331  
1332 B1: hm (bejahend). #01:32:52-9#

1333

1334 B6: Also sowas wie Diagnostikverfahren dürfen wir ja auch gar nicht machen. Zu  
1335 gucken ist da jetzt eine Depression. Also wir können screenen, aber keine Diagnostik  
1336 machen oder auch keine Psychotherapie. Mal davon abgesehen, dass das auch,  
1337 glaube ich, gar nicht mehr unsere Aufgabe wäre. Es ist ja / #01:33:13-6#

1338

1339 B1: // Genau. #01:33:14-8#

1340

1341 B6: // Da gibt es ja andere Strukturen. Und dann auch wieder vernetzt zu sein und zu  
1342 sagen: Ich habe hier einen Psychologen, den kann ich auch im komplizierten Mal  
1343 kontaktieren und Fragen, ob er da mal Diagnostik macht oder eine Erstkonsultation  
1344 beispielsweise. #01:33:32-1#

1345

1346 B1: Also ich habe eine therapeutische Ausbildung und ich würde die Therapie nie in  
1347 diesem Zusammenhang machen. Die habe ich nur nebenberuflich gemacht. Weil ich  
1348 finde das ist nicht das ist nicht das Aufgabengebiet dafür. Meine Aufgabe ist ja eine  
1349 andere. #01:33:44-8#

1350

1351 B6: hm (bejahend). B3, wie grenzt ihr denn das bei euch ab in C, weil ihr habt ja nun  
1352 beide Professionen? #01:33:52-2#

1353

1354 B3: Naja, wir haben ja sogar drei Professionen. Also wir sind ja mit drei halben Stellen  
1355 Psychologie, zwei halben Stellen Seelsorge und drei vollen Soziale Arbeit  
1356 wahrscheinlich eins der Teams in Deutschland, die am größten, zumindest im  
1357 psychosozialen, spirituellen Bereich aufgebaut worden sind. Das geht nicht immer  
1358 ganz ohne Kampf (lacht). Also da gibt es GROßE, große Sorgen gerade von  
1359 sozialarbeiterischer Seite her, wenn neue eingestellt werden. Ob die ihre  
1360 psychologische Grundversorgungskennntnis abtreten müssen und von psycho-  
1361 seelsorgerischer Seite, dass ja dann alle praktischen Tätigkeiten wegfallen, aber ich  
1362 glaube, umso länger man da ist, umso mehr merkt man, welche Bereicherung das ist.  
1363 Und wie differenziert die Probleme oder die Fragestellungen von Familien sind. Also  
1364 bei uns in C in der SAPV sind alle Familien, wenn Bedarf besteht, und das ist bei 95  
1365 Prozent, jetzt so bei der letzten Auswertung, fix mit einem Sozialpädagogen und einer  
1366 weiteren psychosozialen Fachkraft, also Seelsorge oder Psychologie, betreut.  
1367 Sodass ich mich praktisch wirklich auch, dieser Sachen, die wir hier aufgeschrieben  
1368 haben, konzentrieren kann und das kriseninterventions-therapeutische-Begleiten und  
1369 Verarbeiten bei meinen Kollegen liegt. #01:35:22-2#

1370  
1371 B6: Aha. (...) Und ihr zieht euch dann auch zurück, wenn die Kinder aus der SAPV  
1372 ausgeschlossen werden? #01:35:31-9#  
1373  
1374 B3: Ja. #01:35:33-7#  
1375  
1376 B6: Okay. hm (bejahend). #01:35:34-6#  
1377  
1378 B3: Wir haben ja diese Netzwerkkarte entwickelt, wo wir praktisch den Eltern in einer  
1379 sehr übersichtlichen Struktur auch zeigen, aus was das Netzwerk besteht, wer für  
1380 was zuständig und wir ersetzen beim Rausgehen dann unsere Namen durch andere  
1381 Ansprechpartner. Sodass die Eltern auch nicht dieses Kontrollverlusterlebnis haben,  
1382 sie haben dann keinen Ansprechpartner mehr. Anders ist es beim Versterben. Dann  
1383 kommt es so zu einem Vakuum mit der Medizin, weil wir noch drei Termine länger  
1384 drinbleiben dürfen. Also wir dürfen drei Nachsorgetermine machen, bis wir dann fix  
1385 anbinden müssen. (...) #01:36:16-2#  
1386  
1387 B1: Also die drei habt ihr euch selber gegeben oder die bekommt ihr finanziert?  
1388 #01:36:20-9#  
1389  
1390 B3: Das war ein harter Kampf mit meiner Chefin (lacht). Ja, das ist  
1391 fördervereinsfinanziert. #01:36:26-8#  
1392  
1393 B1: Ja. #01:36:27-6#  
1394  
1395 B3: Also die gibt sie uns in Anerkennung dessen, dass sich solche Prozesse nicht so  
1396 schnell beenden lassen, wie das ist, wenn wir geplant rausgehen oder wie in der  
1397 Medizin. #01:36:38-7#  
1398  
1399 B1: Und wenn die Familien aus der SAPV rausgehen. Wohin vermittelt ihr die dann?  
1400 #01:36:44-1#  
1401  
1402 B3: Dann kommt es darauf an, sozusagen was deren Bedarfe waren und wen wir  
1403 davor schon alles integriert hatten. #01:36:52-9#  
1404  
1405 B1: Also ihr geht dann aus eurem Bereich im Prinzip raus. Also ihr habt jetzt keine  
1406 Sozialarbeiter, die dann für Familien zuständig sind, die nicht in der SAPV sind?

1407 #01:37:04-1#  
1408  
1409 B3: Nein, dann müssten wir tatsächlich, glaube ich, noch fünf oder sechs anstellen.  
1410 Also dazu hätten wir dann zu viele Familien sozusagen dann, die wir mitbetreuen  
1411 würden, aber die sind dann alle angebunden an andere Sozialpädagoginnen aus  
1412 anderen Kontexten. Also sei es, eine Familie gestern habe ich ans Jugendamt in  
1413 Garmisch dann angebunden, da an die Sozialberatung. Die hätten wir vorher nochmal  
1414 gecoacht, auf was sie vielleicht ein bisschen mehr achten müssen als bei anderen  
1415 Familien. Wir haben ein ambulantes Kinderhospiz hier was mit zwei  
1416 Sozialpädagoginnen ausgestattet ist, die mir einige Familien erstmal weiterbetreuen.  
1417 Wir haben einige Fachstellen. Also wir schauen einfach, wo passen die am besten  
1418 hin und mit welchen Fragen können wir die wo abbilden. #01:37:51-7#  
1419  
1420 B1: Ja, da klafft ein Loch noch. #01:37:54-7#  
1421  
1422 B3: Bei euch? #01:37:55-7#  
1423  
1424 B1: Nein, überall. Also es gibt ja einfach dieses dazwischen nicht. Offiziell. Wir haben  
1425 es auch spendenfinanziert. (...) #01:38:17-5#  
1426  
1427 *I: Ja. Jetzt wir haben wir ja tatsächlich sehr viel zusammen bekommen und was B5*  
1428 *auch schon gesagt hat, wenn man sich das anguckt: Das soll man alles so schaffen.*  
1429 *Ist ja dann vielleicht auch herausfordernd und B4 zum Beispiel, du hattest ja auch*  
1430 *erzählt, dass du auch erst weniger Stunden hattest, mit den 20 Stunden. Und jetzt 30*  
1431 *Stunden hattest du gesagt, oder? #01:38:39-0#*  
1432  
1433 B4: hm (bejahend). #01:38:41-9#  
1434  
1435 *I: Also funktioniert das dann besser? Also merkst du, dass das einen großen*  
1436 *Unterschied macht oder dass sich das dadurch besser unter einen Hut bringen lässt?*  
1437 *Oder würdest du auch sagen, da braucht es immer noch eine andere Profession*  
1438 *dazu? #01:39:01-0#*  
1439  
1440 B4: Also mit 30 Stunden lässt sich wesentlich mehr unter einen Hut bringen und auch  
1441 in einer anderen Ruhe. Ich würde mir dennoch auf jeden Fall, einfach auch wegen  
1442 dem Gleichgewicht innerhalb des Teams einfach gern eine Kollegin wünschen, mit  
1443 der ich in einen Austausch gehen kann und wo man sich gegenseitig vertreten kann.

1444 Also ich finde das mit EINER Stelle psychosozial sehr unausgewogen. Und ob ich mir  
1445 da eine andere Profession wünschen würde, (...) kann ich jetzt nicht ja sagen. (lacht)  
1446 Ich kann es mir vorstellen, aber ich finde die Abgrenzung gerade da auch schwierig.  
1447 Und wenn wir weitervermitteln an eine Psychologin, dann geht es dann halt auch  
1448 wirklich in die therapeutische Richtung. Da habe ich zu wenig Erfahrungen wie das  
1449 gut laufen kann. Ich glaube deswegen schwenke ich gerade auf die gleiche  
1450 Profession. (...) #01:40:29-5#  
1451  
1452 *I: // (unv.) Oh Entschuldige, B2. #01:40:34-7#*  
1453  
1454 B2: Wir haben bei uns im Team ja noch eine Trauerbegleitung, die C. Die ist jetzt für  
1455 einige Wochen ausgefallen und das merken wir schon. Das kann ich nicht alles mit  
1456 abdecken. #01:40:48-6#  
1457  
1458 B1: hm (bejahend) #01:40:51-7#  
1459  
1460 B:2 Ja. #01:40:54-2#  
1461  
1462 B6: Was mich nochmal interessieren würde. B5, woran scheitert es denn letztendlich,  
1463 dass ihr niemanden findet? An welchen Kompetenzen oder was würdest du dir  
1464 wünschen, was die gerade noch nicht auf bewiesen haben? #01:41:14-0#  
1465  
1466 B5: Also ich habe auch gerade darüber nachgedacht, weil B4 eben gerade sagte, wie  
1467 ist das mit der Zeit. Ich habe ja hauptsächlich die sozialrechtliche Unterstützung der  
1468 Familien gemacht und war damit aber bei uns auch schon massiv ausgelastet. Also  
1469 ich weiß nicht, wie es euch geht, wir haben in E. unheimlich sehr, sehr viel / ein großes  
1470 Thema ist Migration und damit hatte ich wirklich alle Hände voll zu tun und mein Team  
1471 wünscht sich immer so jemanden der, so ganz schnell diese ganzen Sachen erledigt,  
1472 irgendwie. Und das funktioniert glaube ich so nicht. Das habe ich mir so angeeignet.  
1473 Also ich betreue teilweise Familien, ohne dass ich ein Hausbesuch gemacht habe.  
1474 Und ich finde, dass darf eigentlich keine Rahmenbedingung sein. Sondern eigentlich  
1475 muss man die Familie kennen, weil das sind sehr intime Themen. Man redet teilweise  
1476 sehr eng und das finde ich in diesem Zeitraum, in einer halben Stelle, wirklich  
1477 schwierig, wenn man jetzt den Umfang der Kinder sieht. Ich glaube es kommt ja auch  
1478 darauf an wie viele Kinder begleitet man hauptsächlich. Also wie viele Kinder werden  
1479 zeitgleich betreut. Wenn das natürlich zehn sind, ist das ja sicherlich zu machen. Also  
1480 bei uns sind es 30 bis 35. Und das ist MIR letztendlich im letzten Jahr total über den

1481 Kopf gewachsen. Ich konnte das gar nicht bedienen. Ich hatte mir auch immer  
1482 gewünscht, jede Familie einmal kennenzulernen und das konnte ich gar nicht erfüllen.  
1483 Also das war für mich gar nicht machbar. Und ja, warum finden wir keinen. Ich glaube  
1484 ganz viel, weil es in diesem sozialrechtlichen Bereich reingeht. Weil sich das alle  
1485 wünschen, dass das so schnell und funktional abgearbeitet wird und manchmal  
1486 glaube ich auch, ich will da gar keinem zu nahetreten. Aber ich glaube manchmal ist  
1487 auch so ein bisschen das Bewusstsein für den psychosozialen Bereich nicht so da  
1488 und das schaffe ich irgendwie auch nicht so gut, dass reinzukriegen. Also, ich habe  
1489 jetzt auch gesagt, mit dem, dass wir jetzt jemanden suchen, müssen wir uns auch  
1490 Gedanken machen, wie wollen wir den denn einplanen und es ist bei uns sehr, sehr  
1491 viel Pflege-ärztlich-lastig und es machen sich / es gibt immer so Schwierigkeiten,  
1492 wann nehmen wir wieder jemanden rein, wann fährt denn der Psychosoziale mit und  
1493 so. Also ich glaube das ist (...) dieses sehen in der Versorgungsstruktur. Und da bin  
1494 ich tatsächlich in MEINEM Team ein totaler Einzelkämpfer. Also das habe ich  
1495 irgendwie in den letzten Jahren noch nicht geschafft das so richtig zu integrieren. Also  
1496 ich bin immer da und mache das auch alles, aber ich bin eigentlich eher so ein  
1497 Außenseiter im Team, muss man sagen. Also mit der Sozialen Arbeit. #01:44:12-2#

1498

1499 B1: hm (bejahend) #01:44:13-3#

1500

1501 B5: Jetzt sind wir ja gerade dabei, dass so ein bisschen umzustrukturieren, weil ich  
1502 auch gesagt habe: Ah vielleicht liegt es auch daran, dass ich natürlich auch  
1503 Geschäftsführung bin. Und vielleicht muss man diese Thematik auch  
1504 auseinanderreißen. Mal ganz ab davon, dass das Feld viel zu groß wird und vielleicht  
1505 gibt das auch eine Chance, dass jemand der dann REIN in der Sozialarbeit steht,  
1506 nicht auch noch der Chef von allem ist. Also ich hoffe da sehr darauf, dass wir da  
1507 jemanden haben der NUR für dieses Thema zuständig ist und das nach AUßEN trägt.  
1508 Weil ich habe natürlich mehrere Funktionen bei uns. Aber darüber mach ich mir schon  
1509 viele Gedanken und jetzt bewerben sich SCHON MAL welche, aber es sind  
1510 hauptsächlich, hier in E., Sozialpädagogen und wenn die zum Vorstellungsgespräch  
1511 kommen und wir erzählen: das sind so die Themen und das ist das Aufgabengebiet,  
1512 dann möchten sie aber eigentlich eher pädagogisch mit den Kindern arbeiten in den  
1513 Familien. Und 'nein, das ist dann ja zu viel' und so. Also das (...) ja. #01:45:22-9#

1514

1515 B1: hm (bejahend) #01:45:24-2#

1516

1517 B5: Also ich / schwierig das gerade so einzustrukturieren. Also das ist ganz verrückt,

1518 weil es vorher so, (...) so selbstverständlich lief und ich auch ganz viel selbst gemacht  
1519 habe und ich habe mich da jetzt auch so ein BISSCHEN versucht schon abzugrenzen  
1520 und darunter leidet das Team, weil diese arbeiten im Moment nicht so laufen. Also  
1521 zum Beispiel mache ich ja im Moment drei Wochen so eine Rehamaßnahme und das  
1522 geht nicht einen Tag ohne das, irgendwas zu machen ist. Und ich glaube, dass muss  
1523 jetzt gerade gelernt werden bei uns noch. Aber wahrscheinlich wird das viele Teams  
1524 treffen, dass das gelernt werden muss. #01:46:08-7#

1525

1526 B1: Also wir sind da ja wirklich in dieser sehr komfortablen Lage, dass wir erst  
1527 Sozialarbeiter waren, vier. Und DANN das SAPV-Team dazukam und wir das einfach  
1528 so strukturiert haben, wie Sozialarbeiter das machen. Wir haben erstmal gesagt, wir  
1529 müssen jetzt erstmal zusammenwachsen. Jetzt machen wir auch schön Supervision  
1530 zusammen. Also dieses interdisziplinäre Arbeiten, das muss man, glaube ich richtig  
1531 gut lernen und es muss von allen eine Bereitschaft geben und eine gegenseitige  
1532 Akzeptanz des Arbeitsbereiches der Anderen und eine Wertschätzung. Und was wir  
1533 zum Beispiel immer machen, ist, dass der erste Hausbesuch, der besteht IMMER aus  
1534 Sozialarbeit und Pflege, weil man dann an die Themen kommt. Und der ZWEITE  
1535 besteht erst aus Pflege und Medizin, weil die Frau Doktor, wenn die mit dabei ist,  
1536 dann sind irgendwie die medizinischen Themen im Vordergrund. Also ich finde, dass  
1537 hilft total, um auch sozialarbeiterische Themen auch dann so gut zu haben und die  
1538 Familie auch kennenzulernen. (...) Aber das war viel Arbeit, um das so im Miteinander  
1539 dann auch hinzukriegen, weil wir sprechen ja andere Sprachen. Also das ist ja zum  
1540 Teil total lustig. Und haben so ganz andere Kulturen auch. (...) #01:48:08-8#

1541

1542 *I: Was sich jetzt so für mich herauskristallisiert ist, dass es für so einen Fachstandard*  
1543 *auf der einen Seite darum geht, zu gucken, was ist unsere Aufgabe, was sind unsere*  
1544 *Leitlinien und Kompetenzen, Kernkompetenzen, die wir brauchen, um auch zu*  
1545 *wissen, was ist unser Auftrag, was ist für uns SELBER als psychosoziale*  
1546 *Mitarbeitenden und gleichzeitig, was auch deutlich wird, um nach außen zu*  
1547 *repräsentieren: Was umfasst denn jetzt psychosoziale Arbeit überhaupt alles. Also*  
1548 *auch so ein bisschen eine Legitimität dafür zu schaffen, wie umfassend das Gebiet*  
1549 *ist. Auch im Rahmen der anderen Befragungen kam raus, dass es in einigen Teams*  
1550 *so psychosoziale Arbeit gar nicht akzeptiert wird oder dass das eher immer noch ein*  
1551 *Kampf ist. Und entweder man, zu wenig Aufträge vielleicht auch bekommt oder*  
1552 *übermannt wird mit ganz vielen Aufträgen, was aber eigentlich gar nicht mehr in der*  
1553 *eigenen Zuständigkeit ist. Also auch so nach außen zu tragen, was ist unsere Aufgabe*  
1554 *und was KÖNNEN wir leisten mit solch einer Leitlinie oder Fachstandard oder*



1555 *Qualitätsstandard verdeutlichen. (...) Und da ist es ja auch gut, wenn man so einen*  
1556 *ersten Schritt schonmal wagt und auch erstmal für sich selber bewusst zu machen,*  
1557 *wie viel ist das denn jetzt eigentlich, was wir tun. Neben den Aufgaben, was braucht*  
1558 *es da für eine Haltung, Kompetenzen, in welchen Bereichen Wissen. Das man da*  
1559 *WIRKLICH eine sehr umfassende Arbeit leistet. (...) Ich würde das Whiteboard, außer*  
1560 *es hat jetzt jemand gerne noch etwas, was einem auf der Seele brennt, auf dem*  
1561 *Herzen brennt, was er noch gerne hinzufügen wöllte. Ansonsten würde ich es*  
1562 *abspeichern und nochmal zurückkehren, dass wir uns ALLE sehen können. (...)*  
1563 *#01:50:04-4#*  
1564  
1565 B5: Schickst du das rum, I? #01:50:07-6#  
1566  
1567 *I: Ich kann das. Also ich würde es jetzt hier exportieren. #01:50:11-9#*  
1568  
1569 B5: Das wäre ja total cool. Vielen Dank. (...) Jetzt nicht den falschen Knopf drücken.  
1570 *#01:50:34-4#*  
1571  
1572 *I: Ja. Ich speichere es einfach doppelt ab. #01:50:37-8#*  
1573  
1574 B5: (lacht). (...) #01:50:49-2#  
1575  
1576 *I: So. (...) Und jetzt können wir uns nochmal sehen. (...) Vielen Dank. #01:50:58-9#*  
1577  
1578 B2: Ich hätte noch was. Bei mir ist es ja so #01:50:59-9#  
1579  
1580 *I: // Ja. #01:51:00-0#*  
1581  
1582 B2: // ich arbeite in der Pflege UND als Sozialpädagogin. Da ist das überhaupt kein  
1583 Problem. Ich kann einfach sagen, ich fahre mit zu dem oder dem Hausbesuch. Und  
1584 wir hatten bei C. das Problem, dass sie oft nicht gesehen wurde oder vergessen  
1585 wurde. Und dann haben wir das so gemacht, dass das nichts Freiwilliges war, ob sie  
1586 mal mitkommt oder nicht. #01:51:27-3#  
1587  
1588 B4: // Sag mir mal kurz, wer C. war bitte. #01:51:29-5#  
1589  
1590 B2: C. ist die zweite Kraft, psychosoziale Kraft. Ist auch Trauerbegleitung bei uns.  
1591 *#01:51:34-7#*

1592  
1593 B4: // Hm (bejahend). #01:51:36-2#  
1594  
1595 B2: Das ist die, die jetzt gerade ausgefallen ist. Und dann haben wir gesagt, wir fragen  
1596 nicht die Familien, ob sie mal mitkommen kann, sondern wir haben sie einfach  
1597 geplant. Und sie ist mitgefahren zum regulären Hausbesuch. Und das hat schon mal  
1598 ganz viel geändert, in dem sie gesehen wird. #01:52:00-5#  
1599  
1600 B5: Ja, aber das ist zum Beispiel bei uns von vornhinein ein Thema. Also ich finde  
1601 das gehört sich einfach so. Aber unser Team meint das halt nicht. Also unsere Eltern  
1602 werden zum Beispiel vorher mehrfach gefragt, ob sie Kontakt zu einem Psychologen  
1603 haben wollen. Und ich finde das gehört zu dem Besuch dazu, weil dann haben die  
1604 Eltern den oder diejenige mal gesehen und dann ist gut. Aber da diskutieren wir seit  
1605 JAHREN rum. #01:52:31-4#  
1606  
1607 B2: Hm (bejahend) #01:52:32-3#  
1608  
1609 B5: Und da stehe ich teilweise alleine. Und wir haben ja auch einen Psychologen im  
1610 Team, der auch aktiv ist. Und der sagt halt, dass er / also er möchte immer von den  
1611 Eltern SELBSTSTÄNDIG angerufen werden. Das heißt, dass die Eltern die Initiative  
1612 ergreifen, Kontakt mit ihm aufzunehmen und das finde ich auch echt schwierig.  
1613 #01:52:52-0#  
1614  
1615 B2: Ja, weil die Eltern ja überhaupt schon mit dem Begriff 'Palliativteam'  
1616 Schwierigkeiten haben. #01:52:57-5#  
1617  
1618 B5: Ja. #01:52:57-9#  
1619  
1620 B2: Das ist ja schon eine HÜRDE oftmals und ja. #01:53:05-8#  
1621  
1622 B1: Manchmal ist ja auch die Hürde Psychologe, Psychologin noch höher als  
1623 Sozialarbeit, Sozialarbeiterin. #01:53:14-8#  
1624  
1625 B2: hm (bejahend). #01:53:18-3#  
1626  
1627 *I: B6, du bist glaube ich noch stumm. #01:53:20-0#*  
1628

1629 B6: Ja, Entschuldigung. Ich finde man kann ja halt Sozialarbeiter häufig auch mit so  
1630 handfesten, lebensnahen, praktischen Themen einsteigen, die so ein bisschen der  
1631 Türöffner sind und ein gutes Warm-up. #01:53:32-0#  
1632  
1633 B5: Das ist auch was anderes. Also, wenn jetzt gesagt wird, dass ich mich melde,  
1634 dann ist sofort 'immer gerne'. Da geht es ja um diese direkte Hilfe. Aber wenn es jetzt  
1635 um psychologische Unterstützung geht (ironischer Unterton), da / und man fragt die  
1636 Eltern, sind sie alle erstmal sehr, sehr zurückhaltend. #01:53:52-0#  
1637  
1638 B3: Ich müsste mich jetzt an der Stelle nur schonmal verabschieden, weil wir jetzt  
1639 direkt in das nächste Meeting gehen. Aber ganz herzliche Grüße an alle. #01:53:59-  
1640 7#  
1641  
1642 B5: Ja. #01:54:01-2#  
1643  
1644 B6: Ganz liebe Grüße auch an die Münchner, die Kollegen (lacht). #01:54:04-1#  
1645  
1646 B2: Tschüss. (...) #01:54:10-1#  
1647  
1648 *I: Ich glaube zusammenfassend kann man das auch nochmal gut beschreiben, dass*  
1649 *auch wieder dieser erste Schritt, auch mit bei der anderen Erhebung wurde ja mit*  
1650 *deutlich, man kann das auf ganz unterschiedlichen Ebenen sehen. Also, welche*  
1651 *Versorgungsstrukturen oder Abläufe man in einem Team hat. Das ist wirklich sehr,*  
1652 *sehr unterschiedlich. Die einen sagen es gibt einen Pflichthausbesuch mit*  
1653 *psychozialen Mitarbeitenden, der ist zum Beispiel wie vorhin besprochen, schon*  
1654 *VOR Arzt und Pflege oder dann gibt es auch, dass alle drei Professionen hinfahren*  
1655 *oder es gibt gar nicht den zwingenden Kontakt. Also das ist wirklich sehr*  
1656 *unterschiedlich und das ist ja einfach im Rahmen der Zeit jetzt, heute gar nicht alles*  
1657 *aufgreifbar, aber auch vielleicht die Idee oder die Einladung dazu, dass dafür ja auch*  
1658 *die Fachgruppen zur Verfügung stehen. Das wir das da vielleicht auch vertiefen*  
1659 *können. Was wir ja auch mit einzelnen Punkten, also mit einem Leitfaden für ein*  
1660 *psychoziales Assessment oder mit so einem Baukasten da schon mit anfangen.*  
1661 *Und das ist ja einfach wie alles ein PROZESS. (...) #01:55:18-0#*  
1662  
1663 B1: I, ich weiß nicht, kennst du hier dieses von Alpha und dem HPV herausgegebenes  
1664 Buch 'Maßstäbe für die soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich'? #01:55:29-6#  
1665

1666 *I: Ich habe es mir jetzt noch nicht konkret angeschaut. Gibt es da einen bestimmten*  
1667 *Punkt, auf den du gern nochmal hinaus möchtest? #01:55:37-3#*  
1668  
1669 B1: Nein. Das ist / also die haben sich für die psychosoziale Arbeit insgesamt im  
1670 Palliativbereich, Sozialarbeit angeguckt. Und ich habe vorhin nochmal so schnell  
1671 einmal durchgeblättert. Und es waren so ähnliche Fragestellungen, wie wir sie uns  
1672 jetzt hier gestellt haben. Und / ist halt ein bisschen so ein dickeres Ding. So sieht es  
1673 aus. #01:56:06-0#  
1674  
1675 B3: hm (bejahend). #01:56:06-3#  
1676  
1677 B6: Genau. Wir haben es auch da, I. #01:56:09-1#  
1678  
1679 B5: (unv.) #01:56:10-5#  
1680  
1681 B6: // Also nicht so schön gebunden wie bei euch, aber / #01:56:14-9#  
1682  
1683 B1: Das ist die Dritte / #01:56:15-8#  
1684  
1685 B6: (unv.) Version (lacht). #01:56:18-0#  
1686  
1687 B1: Ach so. Das ist dritte Auflage. Und den Quink? Kennst du den auch? (...)  
1688 #01:56:26-4#  
1689  
1690 *I: Den, wie bitte? #01:56:27-6#*  
1691  
1692 B1: Quink. Qualitätsindex für Kinder und Jugendhospizarbeit, heißt er. Wir haben den  
1693 / also wir haben hier Teile auch schonmal mit / also insgesamt gemacht. Mit allen.  
1694 Das ist auch so Qualitätsstandard, aber nicht so in den üblichen, sondern wie man  
1695 sich die im Team auch selber erarbeitet zu bestimmten Fragen. Könnte vielleicht auch  
1696 nochmal / (zeigt Buch in Kamera). #01:56:58-4#  
1697  
1698 B4: Ach ja. Stimmt. Ja. #01:57:02-3#  
1699  
1700 B1: Also da steht zwar Kinder- und Jugendhospizarbeit, aber ich finde der eignet sich  
1701 auch für SAPV mit. An manchen Punkten. #01:57:16-3#  
1702

1703 B2: Kann man das in den Chat stellen? #01:57:19-6#  
1704  
1705 B1: Was? #01:57:19-4#  
1706  
1707 B2: Kann man diese beiden Bücher in den Chat stellen? #01:57:21-6#  
1708  
1709 B1: Ach so (überlegt). Ja, bei Alpha kannst du das / bei Alpha und beim HPV NRW ist  
1710 dieses 'Maßstäbe für Soziale Arbeit' und der Hospizverlag ist Herausgeber vom  
1711 Quink. #01:57:38-4#  
1712  
1713 B5: Oder B1 könntest du das mal als Buchtip in diesen Verteiler schicken. Ich muss  
1714 nämlich auch raus. #01:57:45-9#  
1715  
1716 *I: Wir können es so machen, vielleicht das du mir das per Mail schickst, B1 und ich*  
1717 *leite es einfach an alle dann nochmal weiter bei Bedarf. Ja? #01:57:53-2#*  
1718  
1719 B5: // Ja, wäre toll. Super. #01:57:57-5#  
1720  
1721 *I: Okay. Gut, aufgrund der fortgeschrittenen Zeit, damit wir, wir haben es ja jetzt schon*  
1722 *von den anderen auch mitbekommen, dass natürlich noch weitere Termine anstehen.*  
1723 *B6 muss dann los, um ihren Zug zu kriegen (hat Nachricht in Chat geschrieben). Und*  
1724 *ich danke nochmal ganz sehr das ihr, dass ihr so angeregt mit MIR oder uns*  
1725 *zusammen diskutiert habt. Und ich leite wie gesagt die zwei Buchempfehlungen*  
1726 *weiter. Wenn es nochmal was gibt, können wir ja dazu ja gerne noch im Kontakt*  
1727 *bleiben. Ich würde an dieser Stelle die Aufnahme stoppen, außer jetzt hat nochmal*  
1728 *jemand ein LETZTES Wort, was er gern aussprechen möchte? #01:58:40-2#*  
1729  
1730 B3: DANKE. #01:58:43-2#  
1731  
1732 B1: Ja. (lacht). #01:58:45-6#  
1733  
1734 B: Gut. #01:58:46-0#

## 10.3 Whiteboard Gruppendiskussion

Wissen		Fähigkeiten
sozialrechtliches Wissen! (Hilfsmittel, Widersprüche, Grundwissen Trauerbegleitung (Krankheitsverarbeitung, etc.) Trauer von Kindern, Jugendlichen, etc. Wissen über (Familien)Dynamiken Geschwisterarbeit Vernetzungsarbeit Case Management Kompetenz Kinderschutz handlungsspezifisches Fachwissen (trauerspezifisches Wissen, Methodenwissen, Empowerment Beratung Entwicklungspsychologie Wissen über Religion und Kulturen Wissen über Netzwerkarbeit, Netzwerkstrukturen Multiprofessionalität Transition Wissen über VVN, Patientenverfügung, etc. Weiterbildung (aktuelles Wissen) Forschung und Recherche Entwicklung eines Qualitätsstandards und danach arbeiten interdisziplinäres Arbeiten Begleitung der Familie und Versorgungspartnern bei ethischen Entscheidungen (Ablauf, welche Institutionen gibt es die involviert werden kann/muss)	Haltung Trauma-Informed-Care Haltung ressourcen- und bedarfsorientierte Arbeit	Systemisches Denken Systemisches Fragen multiprofessioneller Blick Kommunikationskompetenz Case Management Kompetenz Methodenkompetenz (Mediationsfähigkeit, aktives zuhören, situationsangepasste Tools, Wissen und angepasster Einsatz über/von Methoden) Wissen über Unterschied zwischen Bedarf und Bedürfnisse Reflexionsfähigkeit Gesprächsführungskompetenz medizinisch-pflegerisches-(Basis)wissen/Verständnis Palliative Care Arbeit weitergeben; Wissen weitergeben Empathiefähigkeit Empowerment Netzwerkarbeit (Netzwerkstrukturen, Organisation und Vermittlung) Fachwissen in Team und Netzwerk einbringen zielgruppenspezifisch angepasste Sprache Nähe und Distanz Verhältnis Fähigkeit einzelne Personen des Familiensystems zu betrachten Mandatschaft für den Patienten WerteKompetenz Autonomie des Kindes/Jugendlichen neben den Eltern wahrzunehmen und zu achten stets Auftrag im Blick behalten, Abgrenzung Sozialkompetenz: Reflexionsfähigkeit, etc. als Grundvoraussetzung sozialarbeiterisches Arbeiten Krisenintervention Transition strategische Kompetenz (Welcher Schritt ist wann nötig und sinnvoll) --> Case Management statt Abgrenzung Schnittstellen/Verknüpfungsmanagement Entwicklung eines Qualitätsstandards und danach arbeiten interdisziplinäres Arbeiten und Abgrenzung Teilnahme an ethischer Konferenz (Sichtweise Familie verdeutlichen/vertreten, Moderation, ..)
	Allparteilichkeit Ressourcenorientierung Wertneutralität	Ganzheitlichkeit Respekt bedürfnisorientiert Würdigung der Autonomie Würde des Menschen, Patienten Kultursensibilität Wertschätzung von individuellen Normen und Werten der Familien hospizliche Haltung Wegbegleiter Nähe und Distanz Verhältnis Begleitung/Versorgung ist Prozess Wahrung der Autonomie und Rechte des Kindes, Jugendlichen, jungen Erwachsenen Multiprofessionalität Sterben und Tod ist ein natürlicher Teil des Lebens Weiterbildung (aktuelles Fachwissen) Arbeit in Gremien, psychosoziale Arbeit aufbauen Bereitschaft zur Supervision Entwicklung eines Qualitätsstandards und danach arbeiten Ethische Grundhaltung (Autonomieprinzip, Wohltuens- und Fürsorgeprinzip, Nicht-Schadensprinzip, Gerechtigkeitsprinzip) Wahrhaftigkeit (Ehrlichkeit)
	eigene Auseinandersetzung im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer	

## 10.4 Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Haltung	Alle Textpassagen, in denen die Expert:innen Aussagen über (professionelle) Haltung für gelingendes, professionelles sozialarbeiterisches Handeln in der SAPV-KJ machen	B4: Ich würde gern gleich als Erstes mit der Haltung beginnen. [...] Ich habe auch die systemische Beraterin Ausbildung gemacht und da gibt es auch so drei Kernhaltungselemente, die ich für die psychosoziale Begleitung in der SAPV-Versorgung auch sehr wichtig finde. Und das ist zum einen die Allparteilichkeit, die Ressourcenorientierung und die Wertneutralität, die ich ganz, ja, entscheidend für unseren Bereich auch finde.	Textstellen müssen Aspekte zum Begriff „Haltung“, „Grundhaltung“, „Kernhaltungselemente“, „Normen und Werte“, „mich reflektieren“, „Selbstreflexion“, „ethische Grundprinzipien“, „ethische Grundsätze“ beinhalten
Wissen	Alle Textpassagen, in denen die interviewten Expert:innen Aussagen über notwendiges Wissen für gelingendes, professionelles sozialarbeiterisches Handeln in der SAPV-KJ machen	Und, ich glaube, was es aus meiner Perspektive auch dringend braucht, ist halt wirklich ein befundetes sozialrechtliches Wissen, weil das ist das, was den Familien wirklich das Leben leichter macht, wenn Leistungsansprüche ausgeschöpft werden können.	Textstellen müssen Aspekte zum Begriff „Wissen“, „Denken“, „Kennen“; „(Über)Blick“, „Teilwissen“, „Grundwissen“, „Basiswissen“, „Fachwissen“, „Grundlagenverständnis“, „Verständnis“ beinhalten

<p>Können (Fähigkeiten)</p>	<p>Alle Textpassagen, in denen die interviewten Expert:innen Aussagen über das Können, also Fähigkeiten tätigen, die für ein gelingendes, professionelles sozialarbeiterisches Handeln in der SAPV-KJ notwendig sind</p>	<p>Ich finde auch eine gewisse Methodenkompetenz wichtig. Zum Beispiel innerhalb von Kriseninterventionen, dass man eine ja gewisse Mediationsfähigkeiten hat. Aktives Zuhören, wäre jetzt für mich auch in meinem Methodenkoffer mit drin. Also Kommunikationsfähigkeiten, -kompetenzen</p>	<p>Textstellen müssen Aspekte zum Begriff „Können“, „Kompetenzen“ oder „Fähigkeiten“, „Eigenschaft“, „Auftrag(sklärung)“, „Handeln“, „Zuständigkeit“, „Aufgabe“ beinhalten</p>
---------------------------------	--	--	--



## 10.5 Handlungskompetenzen Soziale Arbeit in der SAPV-KJ

### **HALTUNG**

Ganzheitlicher Blick, Multiprofessionalität

Authentizität und Selbstkongruenz

Empathie und Wertschätzung

Respekt und Würde

Allparteilichkeit

Wertneutralität

Wahrung und Förderung der Autonomie und Rechte der Betroffenen

Anerkennende Wertschätzung gegenüber betroffenen Familien sowie Professionellen

Lebenswelt-, Bedarfs- und Ressourcenorientierung

Selbstreflexion

Ambiguitätstoleranz, professionelles Nähe- und Distanzverhältnis

Anerkennung des Todes als natürlichen Bestandteil des Lebens

Transparenz

### **WISSEN**

Fachwissen (generalistisches Grundwissen aus Studium + handlungsfeldspezifisches Wissen)

Assessment, Auftragsklärung und Abgrenzung

Diagnostisches Wissen

Kommunikation und Gesprächsführung

Sozialrechtliches Wissen

Sozialraum und Netzwerkarbeit

Krankheitsbewältigung und -verarbeitung

Entwicklungspsychologie

Familiendynamische Konzepte

Medizinisch-pflegerisches-Grundverständnis

Systemtheorien

Sterben, Tod und Trauer

Kultur, Religion und Spiritualität

Ethische Entscheidungsmodelle

Methodenkenntnisse, Kenntnisse über Tools und Arbeitswerkzeuge

Kinderschutz, Transition, Migration

## **KÖNNEN**

Zuständigkeits- und Auftragsklärung, Abgrenzung

Gesprächsführungs- und Beratungskompetenz

Verbale und nonverbale Kommunikation, Fragetechniken

Moderations-, Mediations- und Diskussionskompetenz

Empathiefähigkeit

Case Management bzw. Netzwerkarbeit-Kompetenz

Strategische Kompetenz

Vermittlungskompetenz, Perspektivwechsel

Methodenkompetenz

Moralische Kompetenz

Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, -reflexion und -evaluation

Teamfähigkeit und Vernetzung

Fähigkeit zur Wissensaneignung sowie Vermittlung von Wissen

Interesse und Beteiligung an Evaluation, Forschung und politischen Debatten

# Literatur- und Quellenverzeichnis

## Literaturverzeichnis

Abplanalp, Esther et al. (2020): Beraten in der Sozialen Arbeit. Bern: utb.

Ansen, Harald; Gödecker-Geenen, Norbert; Nau, Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Arnold, Ralf; Pätzold, Hennig (2004): Qualitätsstandards in der Erwachsenenbildung. In: Peterander, Franz; Speck, Otto (Hrsg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 102-112.

Beissenhirtz, Andrea et al. (2023): Psychosoziales Assessment in der pädiatrischen Palliativversorgung. Ein modularer Baukasten. (unveröffentlichtes Skript).

Beissenhirtz, Andrea; Janisch, Maria (2020): Aufgaben und Themenfelder der psychosozialen Arbeit in der pädiatrischen Palliativversorgung. (unveröffentlichtes Skript)

Benini, Franca et al. (2022): International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. In: Journal of Pain and Symptom Management. Band 63 (Heft 5). S. e529-e540.

Burzan, Nicole (2014): Indikatoren. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer. S. 765f..

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2011): DVSG-Qualitätsmanagement. Leitfaden zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für Klinische Sozialarbeit.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch. Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Geißler, Karlheinz; Hege, Marianne (2007): Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe. 11. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

Gertz, Barbara et al. (2021): Situation der Eltern. In: Zernikow, Boris (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung. Grundlagen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag. S. 309-311.

Hansen, Flemming (2010): Planung und Organisation. Standards in der Sozialen Arbeit. Berlin: Lambertus-Verlag (Band 7).

Heiner, Maja (2016): Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Hosemann, Wilfried; Geiling, Wolfgang (2021): Einführung in die Systemische Soziale Arbeit. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Janisch, Maria (2021): Sozialgesetzgebung. In: Boris, Zernikow (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung. Grundlagen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag. S. 35-67.

Janisch, Maria; Nolte-Buchholtz, Silke (2013): Begleitung sterbender Kinder und ihrer Familien. In: Sabatowski, Rainer; Maier, Bernd Oliver et al. (Hrsg.): Palliativmedizin. Für Klinik, Praxis und die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin. 1000 Fragen. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 291.

Klug, Gerhard (2015): Klinische Sozialarbeit – eine Zeitschrift im Spiegel der Praxis. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 11. Jahrgang (Heft 3). S. 12-14.

Kolhoff, Ludger (2017): Finanzierung der Sozialwirtschaft. Eine Einführung. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Kromrey, Helmut (2009): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. 12. Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen (1998): Qualität im Dialog entwickeln. Wie Kindertageseinrichtungen besser werden. Seelze/Velber: Kallmeyer.

Kühn, Thomas; Koschel Kay-Volker (2018): Gruppendiskussion. Ein Praxis-Handbuch. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz.

Maus, Friedrich et al. (2013): Schlüsselkompetenzen in der Sozialen Arbeit. Für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Wochenschau Verlag.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp; Frenzl, Thomas (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 633.

Merchel, Joachim (2013): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. Auflage. Weinheim; München: Juventa.

Mühlum, Albert (2008): Auf dem Weg zur Profession: Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 4. Jahrgang (Heft 1). S. 4-6.

Mühlum, Albert (2014): Hospiz – Palliative Care – Soziale Arbeit. Das Lebensende als finale Herausforderung. In: Ethik Journal. Jg. 2. (2. Ausgabe, Oktober 2014). S. 5-8.

Mülhausen, Susanne (2004): Qualität in der Sozialen Arbeit. Pflicht oder Chance? Marburg: Tectum Verlag.

Münstermann, Uta (2021): Familienorientierte Versorgung. In: Zernikow, Boris (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung. Grundlagen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag. S. 318-321.

Nodes, Wilfried (2001): Wir sind wer? Wer sind wir denn! In: FORUM sozial. Die berufliche Soziale Arbeit. Heft 3. S. 11-14.

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

Pauls, Helmut; Gahleitner, Silke Birgitta (2008): Progressive Levels der professionellen Kompetenz in Klinischer Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 4. Jahrgang (Heft 1). S. 6-12.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. München: Oldenburg Wissenschaftsverlag.

Reichelt, Sandra (2021): Soziale Arbeit in der Kinderpalliativmedizin. Begleitung von betroffenen Familien und erkrankten Kindern und Jugendlichen. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hrsg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 226-236.

Rohr, Dirk (2017): Der Gesprächsansatz nach C. Rogers. In: Szczyrba, Birgit et al. (Hrsg.): Coaching (in) Diversity an Hochschulen. Hintergründe – Ziele – Anlässe – Verfahren. Wiesbaden. Springer Verlag. S. 125-130.

Rugor, Regina; von Studzinski, Gundula (2012): Qualitätsmanagement nach der ISO Norm. Eine Praxisanleitung für MitarbeiterInnen in sozialen Einrichtungen. 2. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

Ruttert, Tobias (2021): Die professionelle Identität in der Sozialen Arbeit. Eine qualitative Studie über professionelle Selbstverständnisse. Band 23. Wiesbaden: Springer VS.

Schaub, Heinz-Alex (2008): Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen: Unipress.

Schittkowski, Sophia (2021): Situation der gesunden Geschwisterkinder. In: Zernikow, Boris (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung. Grundlagen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag. S. 312-317.

Schneider, Anna-Lena (2022): Aktueller bundesweiter Ist-Überblick über die psychosoziale Versorgung von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien in der SAPV-KJ. (unveröffentlichtes Skript).

Schumacher, Thomas (2021): Qualität und Qualitätssicherung der Sozialen Arbeit in Palliative Care. Ansatzpunkte für einen Qualitätsrahmen Sozialer Arbeit in Palliative Care. Berufsprofil und Standards. In: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hrsg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 286.

SGB V vom 20.12.1988 in der Fassung vom 01.01.2019 (BGBl. I, S. 2477)

SGB V vom 20.12.1988 in der Fassung vom 06.05.2019 (BGBl. I, S. 2477)

Student, Johann-Christoph et al. (2020): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Von Spiegel, Hiltrud (2013): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. 5. Auflage.

Wendt, Peter-Ulrich (2021): Lehrbuch Soziale Arbeit. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Wirtz, Peter (2022): Haltung in der (Kinder- und Jugend) Hospizarbeit – Standortbestimmungen und Abgrenzung. In: Deutscher Kinderhospizverein e.V. Die Chance. Schwerpunktthema Haltung. Jahresheft 2022. Ausgabe Nr. 24. S. 64-67.

Zernikow, Boris et al. (2021): Strukturelle und organisatorische Grundlagen. In: Zernikow, Boris et al. (Hrsg.): Pädiatrische Palliativversorgung. Grundlagen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag. S. 3-31.

Zernikow, Boris; Bunk, Nicole (2021): Todeskonzepte und individuelle Bedürfnisse von sterbenden Kindern und Jugendlichen. In: Zernikow, Boris et al. (Hrsg.):

Pädiatrische Palliativversorgung. Grundlagen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag. S. 68-77.

Zwicker-Pelzer, Renate (2010): Beratung in der sozialen Arbeit. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

## **Quellenverzeichnis**

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2023): Stufenklassifikation nach Systematik (<https://www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikation-nach-systematik>, verfügbar am 15.08.2023).

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW (2016): Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich. 3. Auflage ([https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/NRW\\_Qualit%C3%A4tskonzept\\_Soziale\\_Arbeit\\_im\\_Hospiz-\\_und\\_Palliativbereich.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/NRW_Qualit%C3%A4tskonzept_Soziale_Arbeit_im_Hospiz-_und_Palliativbereich.pdf), verfügbar am 22.08.2023).

AWMF online (2020): Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche mit einer Krebserkrankung (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/025-035>, verfügbar am 16.09.2023).

AWMF online (2022): S2k-Leitlinie Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/024-029>, verfügbar am 26.09.2023).

AWO Bundesverband e.V. (2016): AWO-Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der ISO 9001:2015. Stand Februar 2016 ([https://awo.org/sites/default/files/2017-01/AWO-Handlungsempfehlungen\\_ISO\\_9001\\_2015\\_01.pdf](https://awo.org/sites/default/files/2017-01/AWO-Handlungsempfehlungen_ISO_9001_2015_01.pdf), verfügbar am 25.08.2023).

BAG-SAPV e.V.; DHPV e.V. (2023): Handreichung. Zum Rahmenvertrag der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Kinder und Jugendliche (<https://www.yumpu.com/de/document/read/68306088/handreichung-sapv-rahmenvertrag-kinder-und-jugendliche-ef-23-06-15>, verfügbar am 17.08.2023).



Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2023): Gesetzliche Grundlagen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus ([https://dvsg.org/fileadmin/user\\_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus-Rechtliche-Grundlagen.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus-Rechtliche-Grundlagen.pdf), verfügbar am 15.08.2023).

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Sozialer Arbeit und DBSH ([https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114\\_Dt\\_Def\\_Sozialer\\_Arbeit\\_FBTS\\_DBSH\\_01.pdf](https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf), verfügbar am 28.08.2023).

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2023): DBSH. Wir über uns (<https://www.dbsh.de/der-dbsh/dbsh-wir-ueber-uns.html#:~:text=Der%20DBSH%20hat%20sich%20bereits%20in%20den%201990er,Soziale%20Arbeit%20ist%20aus%20ethischen%20Gr%C3%BCnden%20eine%20Menschenrechtsprofession.,> verfügbar am 08.09.2023).

Deutscher Bundesverband für Soziale Arbeit e.V. (2009): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. Qualitätskriterien des DBSH. Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit ([https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/downloads/grundlagenheft\\_PDF-klein\\_01.pdf](https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/downloads/grundlagenheft_PDF-klein_01.pdf), verfügbar am 27.07.2023).

Deutscher Bundesverband für Soziale Arbeit e.V. (2023): Studium und Ausbildung. Das Fundament für eine gelingende Soziale Arbeit der Zukunft (<https://www.dbsh.de/profession/ausbildung/studium.html>, verfügbar am 30.08.2023).

DGP, Sektion Soziale Arbeit (2012): Profil. Soziale Arbeit in Palliative Care (<https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf>, verfügbar am 16.08.2023).

Donabedian, Avedis (2005): Evaluating the Quality of Medical Care (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>, verfügbar am 15.08.2023).

European Journal of Palliative Care (2007): IMPaCCT. Standards for paediatric palliative care in Europe

([https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/MCEESIP\\_PN\\_AE\\_JornalCuidadosPaliativos.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/MCEESIP_PN_AE_JornalCuidadosPaliativos.pdf), verfügbar am 23.10.2023).

Forum sozial (2014): Die berufliche Sozialarbeit. Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte (<https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/pdf/Sozialpolitik/DBSH-Berufsethik-2015-02-08.pdf>, verfügbar am 08.09.2023).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Richtlinie. Des gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. (Spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) ([https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2988/SAPV-RL\\_2022-09-15\\_iK-2022-11-24.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2988/SAPV-RL_2022-09-15_iK-2022-11-24.pdf), verfügbar am 22.06.2023).

GKV-Spitzenverband et a. (2022): Rahmenvertrag nach §132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) vom 26.10.2022 ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/sapv\\_kj/20221026\\_SAPV-KJ-Rahmenvertrag.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/sapv_kj/20221026_SAPV-KJ-Rahmenvertrag.pdf), verfügbar am 22.06.2023).

Groh, Gesa et al. (2014): Specialized home palliative care for adults and children. Differenced and similarities (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4082352/>, verfügbar am 25.09.2023).

Hospiz Österreich. Hospiz- und Palliative Care (2023): Qualitätsmanagement (<https://www.hospiz.at/fachwelt/qualitaetsmanagement/>, verfügbar am 22.08.2023).

IFSW (1994): Ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit. Prinzipien und Standards ([http://ak-regio.de/Dokumente/Material/Ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit IFSW .pdf](http://ak-regio.de/Dokumente/Material/Ethische_Grundlagen_der_Sozialen_Arbeit_IFSW_.pdf), verfügbar am 05.09.2023).

Janisch, Maria (2022): Palliativversorgung von lebenslimitierenden neurologischen Erkrankungen in Deutschland am Beispiel der Muskeldystrophie Duchenne (<https://tud.qucosa.de/api/qucosa%3A79430/attachment/ATT-0/>, verfügbar am 15.06.2023).

Kinderhospizdienst-Saar (2007): IMPaCCT. Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa ([https://www.kinderhospizdienst-saar.de/fileadmin/user\\_upload/kinderhospizdienst/PDFs/Gesetze/Standards\\_paediatrischer\\_Palliativversorgung\\_in\\_Europa.pdf](https://www.kinderhospizdienst-saar.de/fileadmin/user_upload/kinderhospizdienst/PDFs/Gesetze/Standards_paediatrischer_Palliativversorgung_in_Europa.pdf), verfügbar am 23.10.2023).

Leitlinienprogramm Onkologie. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2020): Erweiterte S3-Leitlinie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Leitlinie (Langversion) ([https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_2.2.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf), verfügbar am 13.06.2023).

Nöthen, Manuela (2021): Datenreport 2021. Kinder- und Jugendhilfe (<https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/familie-lebensformen-und-kinder/329591/kinder-und-jugendhilfe/>, verfügbar am 27.07.2023).

Österreichische PalliativGesellschaft (2018): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Standards, Kompetenz- und Tätigkeitsprofil (<https://www.palliativ.at/securedl/sdleyJ0eXAIoiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE2OTY1OTA4OTcsImV4cCI6MTY5NzE5OTI5NiwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxIYWRTaW5cL3JIZGFrdGV1clwvZG93bmxvYWRzXC9TdGFuZGFyZHNfUGFsbC5fRENBX2ZpbmFsLnBkZiIsInBhZ2UiOiJk5Nn0.yIHRWndJKxQ4oU46re0y9cPVUTjK-UdDOEw-aMqBEE/Standards Pall. DSA final.pdf>, verfügbar am 22.08.2023).

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell. Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen. E-Journal für biopsychologische Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung. Band. 1. Nr. 1 (<https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191>, verfügbar am 11.07.2023).

Pelke Sophie et al. (2021): Development and psychometric validation of the family-centered multidimensional outcome measure for pediatric palliative care targeted to children with severe neurological impairment – A multicenter prospective study (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33339481/>, verfügbar am 28.09.2023).

Pelke, Sophie et al. (2021): Validation of the FACETS-OF-PPC as an Outcome Measure for Children with Severe Neurological Impairment and Their Families – A

Multicenter                      Prospective                      Longitudinal                      Study  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34682170/>, verfügbar am 28.09.2023).

Saunders, Cicely (2000): The evolution of palliative care. Patient Educ Couns ([The evolution of palliative care - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11111111/)), verfügbar am 25.09.2023).

Schmidt, Pia et al. (2023): Psychometrische Eigenschaften des KoCoN-V. Ein Fragebogen zur Versorgungsqualität von Kindern und Jugendlichen mit komplex-chronisch neurologischen Erkrankungen ([https://www.researchgate.net/publication/374589023\\_Psychometrische\\_Eigenschaften\\_des\\_KoCoN-V\\_-\\_Ein\\_Fragebogen\\_zur\\_Versorgungsqualität\\_von\\_Kindern\\_und\\_Jugendlichen\\_mit\\_komplex-chronisch\\_neurologischen\\_Erkrankungen](https://www.researchgate.net/publication/374589023_Psychometrische_Eigenschaften_des_KoCoN-V_-_Ein_Fragebogen_zur_Versorgungsqualität_von_Kindern_und_Jugendlichen_mit_komplex-chronisch_neurologischen_Erkrankungen)), verfügbar am 16.10.2023).

Stiftung FamilienBande (2022): LARES Geschwisterkinder (<https://www.stiftung-familienbande.de/lares.html>), verfügbar am 23.10.2023).

Thiersch, Hans (2017): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, für meine Enkel skizziert ([https://www.hans-thiersch.de/Hans-Thiersch.de/Veroeffentlichungen\\_files/Elementare%20Einfu%CC%88hrung%20in%20die%20lebensweltorientierte%20Soziale%20Arbeit%202019.pdf](https://www.hans-thiersch.de/Hans-Thiersch.de/Veroeffentlichungen_files/Elementare%20Einfu%CC%88hrung%20in%20die%20lebensweltorientierte%20Soziale%20Arbeit%202019.pdf)), verfügbar am 11.07.2023).

WHO. World Health Organization (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002 ([https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch-2.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch-2.pdf)) (verfügbar am 13.06.2023).

## **Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit**

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

Dresden, 30.10.2023

Anna-Lena Schneider