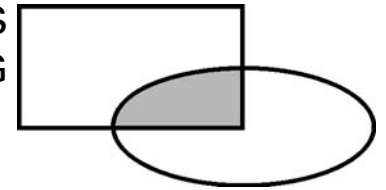


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



11. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2015

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Palliative Care

- 3 Editorial
- 4 *Ernst Engelke*  
Jede Begegnung mit Sterbenskranken ist auch eine Konfrontation
- 6 *Christian Schütte-Bäumner und Falko Müller*  
Psychosoziales Können in der ambulanten Sterbebegleitung. Professionelle und lebensweltliche Orientierungen in der aufsuchenden Palliativversorgung
- 8 *Stephanie Stadelbacher, Eckhard Eichner und Werner Schneider*  
Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- 10 *Maria Wasner*  
Soziale Arbeit im interprofessionellen Palliative Care Team
- 13 *Ingrid-Ulrike Grom*  
Die stumme Mehrheit rückt ins Blickfeld: Angehörigen-  
edukation als wichtige Komponente in der häuslichen Pflege
- 16 *Rezensionen von Juliane Wahren*
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise  
2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe  
2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

## Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.  
Fachverband seit 1926



## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

### Eckhard Eichner

Dr. med. Dr. phil., Palliativmediziner; Vorsitzender des Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. *Kontakt: eckhard.eichner@ahpv.de*

### Ernst Engelke

Prof. Dr., tätig im Palliativ- und Hospizzentrum der Stiftung Juliusspital Würzburg, bis 2007 Professor für Soziale Arbeit an der Fachhochschule Würzburg. *Kontakt: ernst.engelke@arcor.de*

### Ingrid-Ulrike Grom

Dr. phil., Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden gGmbH. *Kontakt: grom@palliative-akademie-dresden.de*

### Gernot Hahn

Dr. phil., Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, Leiter einer forensischen Ambulanz in Erlangen, Gesellschafter und Geschäftsführer der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS). *Kontakt: info@gernot-hahn.de*

### Falko Müller

Dipl. Päd., wiss. Mitarbeiter an der Hochschule RheinMain Wiesbaden, Forschungsprojekt [www.tp-sapv.de](http://www.tp-sapv.de). *Kontakt: Falko.Mueller@hs-rm.de*

### Werner Schneider

Prof. Dr. soz., Soziologe, Professor an der Universität Augsburg für Soziologie/Sozialkunde. *Kontakt: werner.schneider@phil.uni-augsburg.de*

### Christian Schütte-Bäumler

Dr. phil., wiss. Mitarbeiter an der Hochschule RheinMain Wiesbaden, Forschungsprojekt [www.tp-sapv.de](http://www.tp-sapv.de). *Kontakt: Christian.Schuette-Baeumler@hs-rm.de*

### Stephanie Stadelbacher

M.A., Soziologin, wiss. Mitarbeiterin an der Universität Augsburg an der Professur für Soziologie/Sozialkunde. *Kontakt: stephanie.stadelbacher@phil.uni-augsburg.de*

### Juliane Wahren

Dipl. Sozialarbeiterin, MA Klinische Sozialarbeit, derzeit Promovendin an der TU Dresden, Fakultät Erziehungswissenschaften. *Kontakt: jwahren@web.de*

### Maria Wasner

Prof. Dr., Professorin für Soziale Arbeit in Palliative Care an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München. *Kontakt: maria.wasner@ksfh.de*

## Wissenschaftlicher Beirat

**Prof. Dr. Peter Buttner**  
Hochschule München

**Prof. Dr. Peter Dentler**  
Fachhochschule Kiel

**Prof. Dr. Matthias Hüttemann**  
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

**Prof. Dr. Johannes Lohner**  
Hochschule Landshut

**Prof. Dr. Albert Mühlum**  
Bensheim

**Prof. Dr. Karl-Heinz Ortman**  
Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin

**Prof. Dr. Helmut Pauls**  
Hochschule Coburg

**Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner**  
Fachhochschule FH Campus Wien

**Prof. Dr. Dieter Röh**  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

**Prof. Dr. Günter Zurhorst**  
Hochschule Mitweida

## 06./07.02.2015: Magdeburger Methodenworkshop

### Magdeburger Methodenworkshop zur qualitativen Bildungs- und Sozialforschung

Das Zentrum für Sozialweltforschung und Methodenentwicklung (ZSM): Gesundheit – Profession – Medien richtet zum 18. Mal den bundesweiten Workshop zur qualitativen Bildungs- und Sozialforschung in Magdeburg aus. Der Workshop bietet in 16 verschiedenen

Arbeitsgruppen WissenschaftlerInnen ein Forum, in dem sie nach dem Vorbild von Forschungswerkstätten unter fachlich kompetenter Anleitung an eigenem oder fremdem Datenmaterial aus aktuellen Projekten mittels qualitativer Methoden arbeiten können.

**Kontakt & Information**  
[www.uni-magdeburg.de/zsm/node/33](http://www.uni-magdeburg.de/zsm/node/33)

## 22.-24.04.2015: Europäische Konferenz Sozialarbeitsforschung

Die 5. European Conference for Social Work Research in Ljubljana befasst sich mit dem Thema »Re-visioning soziale Arbeit mit Menschen, Kollektiven und Gemeinden: Sozialarbeitsforschung«.

**Kontakt & Information**  
*Gasper Krstulovic (gasper.krstulovic@fsd.uni-lj.si)*  
[www.eswra.org/de/2014/04/ecswr-2015-ljubljana-slovenia](http://www.eswra.org/de/2014/04/ecswr-2015-ljubljana-slovenia)

## 24./25.04.2015: Jahrestagung DGSA

Die Jahrestagung 2015 der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) findet an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt (FHWS) statt. Thema der Tagung ist: »Wirkungen Sozialer Arbeit – Potenziale und Gren-

zen der Evidenzbasierung für die Profession und Disziplin«.

**Kontakt & Information**  
[www.dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html](http://www.dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html)

## 17.-19.09.2015: Workshoptagung Rekonstruktive Forschung

### 9. Workshoptagung des »Netzwerks für rekonstruktive Soziale Arbeit« an der Evangelischen Hochschule in Nürnberg

Eingeladen sind NachwuchswissenschaftlerInnen, PraktikerInnen, Bachelor- und Master-Studierende und Lehrende der Sozialen Arbeit und ihrer Nach-

bardisziplinen. In unterschiedlichen Methodenworkshops kann intensiv an Forschungsmaterialien gearbeitet werden, und es gibt vielfältige Möglichkeiten des Austauschs und der Vernetzung.

**Kontakt & Information**  
*Prof. Dr. Michael Appel (michael.appel@evhn.de)*

## Neues Masterprogramm der IPU in Berlin

### Die International Psychoanalytic University (IPU) Berlin bietet ab 2014 erneut einen Masterstudiengang »Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen« an

Das modular gegliederte Studienangebot richtet sich an AbsolventInnen aller Berufsgruppen mit Hochschulabschluss (u.a. in Psychologie, Sozialer Arbeit, Medizin) mit mindestens einjähriger Berufserfahrung. Schwerpunkte des berufsbegleitenden weiterbildenden Masterstudiums sind Interventionslehre und Be-

ratungskompetenz, Fallarbeit, Leitung, Führung und Netzwerkarbeit, Forschung und Evaluation.

**Informationsveranstaltung**  
*01.12.2014, 16–20 Uhr*  
*Flyer: [www.ipu-berlin.de/fileadmin/downloads/veranstaltungen/info-ma-integrierte-versorgung-flyer.pdf](http://www.ipu-berlin.de/fileadmin/downloads/veranstaltungen/info-ma-integrierte-versorgung-flyer.pdf)*

**Kontakt & Information**  
[www.ipu-berlin.de/studienbuero@ipu-berlin.de](http://www.ipu-berlin.de/studienbuero@ipu-berlin.de)

## Impressum

### Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit, und dem European Centre for Clinical Social Work e.V.

**Redaktionsteam**  
Gernot Hahn (Leitung)  
Ingo Müller-Baron  
Silke Birgitta Gahleitner  
Gerhard Klug

**Anzeigenakquise**  
G. Hahn, [info@gernot-hahn.de](mailto:info@gernot-hahn.de)  
Tel. 0175/276 1993

**Anschrift der Redaktion**  
Redaktion »Klinische Sozialarbeit«  
c/o Dr. Gernot Hahn  
Klinikum am Europakanal Erlangen  
Am Europakanal 71, D-91056 Erlangen  
Tel. +49 (0)9131 / 753 2646  
Fax +49 (0)9131 / 753 2964  
E-Mail: [info@gernot-hahn.de](mailto:info@gernot-hahn.de)

**Schlussredaktion & Gestaltung**  
Ilona Oestreich

**Druck**  
Druckhaus Diesbach GmbH, Weinheim

**Erscheinungsweise**  
viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:  
DVSG – FORUM soziale Arbeit + gesundheit

**ISSN**  
1861-2466

**Auflagenhöhe**  
2350

**Copyright**  
Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

**D**er Tod kann gezähmt, der blinden Gewalttätigkeit der Naturkräfte entkleidet und ritualisiert werden, er wird jedoch nie als neutrales Phänomen erlebt. Er bleibt stets ein mal-heur, ein Unglück zur Unzeit.« (Ariès, 1977/1982, S. 777)

»Wer wirklich wüßte, was die Menschen miteinander verbindet, wäre imstande, sie vor dem Tode zu retten. Das Rätsel des Lebens ist ein soziales Rätsel.« (Canetti, 1970, S. 188)

Palliative Care erfasst den Sterbenden und seine Angehörigen in ihrer körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension und bietet auf Grundlage dieses Verständnisses multiprofessionelle Betreuungsformen an. Die Soziale Arbeit spielt in der Begleitung sterbender Menschen neben Medizin und Pflege eine wesentliche Rolle in stationären und ambulanten Hospizdiensten, Krankenhäusern und in Einrichtungen der Altenhilfe. Ihr Auftrag ist, Menschen in ihren Lebens- und Problemlagen zu unterstützen, zu fördern, ihre Ressourcen zu stärken und ihre Selbstbestimmung zu ermöglichen. Im Arbeitsfeld Palliative Care ergeben sich daraus fünf Schwerpunkte:

- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod und einem integrierenden Lebensrückblick sowie die Integration dieser Prozesse in die Behandlungsplanung;
- Förderung gesellschaftlicher Teilhabe und sozialer Gerechtigkeit;
- Minimierung der Gefahr von Ausgrenzung und Stigmatisierung;
- Achtung vor dem besonderen Wert und der Würde aller Menschen und Unterstützung bei der Wahrnehmung der Rechte, die sich daraus ergeben;
- Entwicklung und Förderung von Solidarität, Beistand und Entlastung durch ehrenamtliche Begleitung (vgl. DGP-Sektion Soziale Arbeit, 2012).

Der Hauptfokus der Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen liegt darauf, eine selbstbestimmte und würdevolle Gestaltung dieses letzten Lebensabschnitts zu ermöglichen, die dafür notwendigen Hilfen zu erschließen und zu vermitteln. Gegenstand der Beratung sind der Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod, soziale, rechtliche und ökonomische Fragen und Aspekte der Versorgungsleistungen und Pflege. Daneben spielt die Begleitung und Beratung von Angehörigen eine zentrale Rolle. Die Arbeit in diesem Feld verlangt ein hohes Maß fachlicher und personaler Kompetenzen, die zum Teil im Rahmen grundständiger Ausbildungsgänge vermittelt

werden können, darüber hinaus allerdings eine Reihe besonderer Aspekte umfasst, die eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem speziellen Beratungsgegenstand, ethischen Aspekten, Fragen der persönlichen Belastungen (und deren Verarbeitung) umfasst.

**I**m Kontext dieser Überlegungen stehen die Beiträge des Themenschwerpunkts »Palliative Care«. Ernst Engelke setzt sich einleitend mit der Begegnung zwischen Sterbenden und Helfenden auseinander. Er fragt nach den Bedingungen für eine gelingende Kommunikation, die von einer Konfrontation geprägt ist, wenn gesunde und sterbensranke Menschen zusammentreffen. Der Beitrag geht auf die besondere Situation ein, in der sich sterbende Menschen befinden, und benennt Grundbedingungen der Kommunikation, die dadurch geprägt sein soll, dass sich die BegleiterInnen in ihren Stärken und Schwächen kennen, sich ihrer Gefühle und Beweggründe bewusst sind und über Kommunikationsvarianten verfügen, die flexibel situativ und kontextbezogen eingesetzt werden können.

Welche Ansatzpunkte für psychosoziale Beratungsangebote bestehen, zeigen Christian Schütte-Bäumner und Falko Müller auf. Der Beitrag fußt auf Ergebnissen eines Forschungsprojekts »Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung« (SAPV). Neben Angeboten zur Entlastung und Verarbeitung des Krankheitsgeschehens liegt der Schwerpunkt der Hilfen, so die Autoren, in der Erschließung lebensweltlicher Ressourcen und deren Einbeziehung in die ambulante Versorgung, was letztlich eine stärkere Gewichtung der Betroffeneninteressen befördern kann.

Daran anschließend gehen Stephanie Stadelbacher, Eckhard Eichner und Werner Schneider näher auf das Konzept der SAPV ein. Dieses Versorgungsangebot hat zum Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung von PalliativpatientInnen so weit wie möglich zu erhalten und zu fördern, um ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Die AutorInnen betonen, dass es sich bei der SAPV neben medizinisch-pflegerischen Aspekten v. a. um ein soziales Interaktionsgeschehen handelt, das die PatientInnen als zentrale Mitgestalter ihrer Lebenssituation begreift, und beschreiben bestimmte Wirkfaktoren hilfreicher Kommunikation im Umfeld der ambulanten Palliativversorgung.

Die komplexe und vieldimensionale Situation von PalliativpatientInnen und ihren Angehörigen bedarf einer differenzierten Unterstützung und Begleitung. Maria Wasner zeigt auf, dass solche Angebote durch interprofessionelle Teams geleistet werden können, in denen die Soziale Arbeit Moderationsfunktionen in den Teams und zwischen jenen Betroffenen und HelferInnen übernimmt, die bei der Erstellung des Betreuungs- und Behandlungsplanes kooperieren. Schließlich ist die Gewinnung, Befähigung und Betreuung Ehrenamtlicher ein wesentlicher Aufgabenschwerpunkt.

Der letzte Beitrag geht auf die besondere Situation der Angehörigen sterbender Menschen als Pflegende und Mitleidende ein. Ingrid-Ulrike Gram beschreibt die Möglichkeiten der Angehörigenbildung, ein Ansatzpunkt, der neben konkreten Unterstützungs- und Verarbeitungsansätzen auf Netzwerkbildung und soziale Integration zielt.

Der Prozess des Sterbens ist auch mit weitreichenden sozialen Merkmalen und Folgen verknüpft. In der Palliativversorgung hat Soziale Arbeit einen festen Platz, wobei psychosoziale Aufgabenstellungen im Vordergrund stehen. Dieser Platz ist bislang wenig theoretisch-wissenschaftlich fundiert (Pankofer, 2014), die Zahl der Fachveröffentlichungen zu diesem Themenbereich erstaunlich übersichtlich. Will die Soziale Arbeit diesen Platz behaupten und ausbauen, sind Forschung und Theoriebildung und die Implementierung dieser Erkenntnisse in Ausbildungszusammenhängen unabdinglich. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr, dass die Angebote der Sozialen Arbeit als verzichtbar eingeschätzt und ausgeschlossen werden.

Für die Redaktion  
Gernot Hahn

#### Literatur

- Ariès, P. (1982). *Geschichte des Todes*. München: dtv (französisches Original erschienen 1977).
- Canetti, E. (1970). *Alle vergeudete Verehrung. Aufzeichnungen 1949-1960*. München: Hanser.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) – Sektion Soziale Arbeit (2012). *Profil – Soziale Arbeit in Palliative Care*. Berlin: DGP. Online verfügbar: [www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf) [10.11.2014].
- Pankofer, S. (2014). Soziale Arbeit – ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Reihe: Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 11; S. 21-32). Stuttgart: Kohlhammer.

# Jede Begegnung mit Sterbenskranken ist auch eine Konfrontation

Ernst Engelke

Wie soll man mit Sterbenskranken reden? Was darf man sagen? Was sollte man besser nicht sagen? Dafür gibt es weder Standardsätze noch feste Regeln. Konkret ausformulierte »richtige« Sätze treffen vielleicht für spezielle Einzelfälle zu. Generell passen Festlegungen dieser Art hier aber nicht. Die Kommunikation mit Sterbenskranken ist zu komplex. Mit ausformulierten Vorgaben kann man sie nicht meistern. Soll die Kommunikation gelingen, sind die Bedingungen der jeweiligen Situation, die Lebenswirklichkeiten und die verschiedenen Charaktereigenschaften aller an der Kommunikation Beteiligten sowie die Komplexität von Kommunikation überhaupt zu berücksichtigen. Gute Absichten allein reichen dafür jedoch nicht aus.

## Begegnung mit Sterbenskranken

Was passiert, wenn gesunde und sterbenskranken Menschen zusammentreffen? Sie konfrontieren einander. Alles kann bei einer Begegnung zur Konfrontation werden. Wir können nie sicher sein oder wissen: Wie sehen uns andere? Was kommt bei anderen von unserer Rede an? Was lösen wir bei anderen aus? Allein schon mit unserem Dasein konfrontieren wir andere, und andere konfrontieren uns durch ihr Dasein. Das können wir auch nicht verhindern, selbst, wenn wir es wollten. Unterschiede und Gegensätze zwischen den Menschen sind einfach da und müssen ausgehalten werden. Junge Menschen konfrontieren z. B. ältere mit ihrer Jugend. Und umgekehrt konfrontieren ältere Menschen junge mit ihrem Altsein. Lebensfrohe Menschen sind eine Konfrontation für schwermütige. Gesunde Menschen konfrontieren sterbenskranken mit ihrer Gesundheit, und sterbenskranken Menschen konfrontieren gesunde mit Krankheit und Tod.

In der Begegnung mit Sterbenskranken erleben wir nicht nur den Sterbenskranken, sondern auch uns selbst unmittelbar, unreflektiert, gleichwohl bewusst. Beziehung ist schließlich Gegenseitigkeit. Offen ist dabei, was wir persönlich jeweils als bedeutsam empfinden, welche Eindrücke wir aufnehmen und was wir daraus machen. Nicht selten sind Gesunde so sehr mit sich selbst beschäftigt, dass sie nicht wahrnehmen (können), was Sterbenskranken erleben, was sie bewegt, was sie ängstigt und was sie erhoffen. Dabei ist die Kenntnis des Erlebens und Verhaltens Sterbenskranker eine entscheidende

Voraussetzung dafür, dass die Kommunikation gelingen kann.

Was sollte man über das Erleben und Verhalten Sterbenskranker wissen, wenn man sie hilfreich begleiten möchte?

## Erleben und Verhalten Sterbenskranker

Sterbenskranken erleben ihre Gegenwart intensiv. Begegnungen mit ihnen finden im Hier und Jetzt statt. Damit sind die unmittelbaren Vorgänge in diesem konkreten Krankenzimmer, dieser Klinik, diesem Heim und jetzt genau zu diesem Zeitpunkt gemeint. Das Hier und Jetzt ist eine der Hauptquellen für heilsame Begegnungen.

Die Lebensbedrohung ist lebensbedrohlich erkrankten Menschen in der Regel bekannt (Hinton, 1972). Unheilbar erkrankte Menschen kennen ihre Lage und sind sich bis auf wenige Ausnahmen ihrer Lebensbedrohung bewusst, ohne dass sie eigens von irgendjemandem darüber aufgeklärt wurden. Offen ist, ob sie ihr Wissen mitteilen, wem sie sich anvertrauen, wann und wie sie es tun. Die »Aufklärung« durch das persönliche Erleben der Symptome geht für gewöhnlich der Aufklärung durch ÄrztInnen voraus; angenommen sind Zufallsbefunde.

Sterbenskranken kennen nur ein Thema: ihre lebensbedrohliche Erkrankung und den Wunsch, noch nicht zu sterben, sondern zu leben. Sie sprechen fast nur noch von den schlechten Nachrichten, ihrem Protest und Zorn, ihren Schmerzen und Konflikten, ihren Ängsten und Hoffnungen, ihren Verlusten und ihrer Trauer, ihrem Wunsch nach Ruhe und Frieden. Die lebensbedrohliche Erkrankung scheint nicht nur den Körper, sondern auch die Gedanken zu absorbieren; sie ist der rote Faden, der sich durch ihre Gespräche und Handlungen zieht. Ihre GesprächspartnerInnen können sich darauf verlassen: Sterbenskranken bleiben bei ihrem Thema und sind in der Regel nicht offen für anderes. Dieses zu wissen, kann die Kommunikation mit ihnen enorm erleichtern.

Gesunde Menschen wollen für gewöhnlich erreichen, dass Sterbenskranken ihr Sterben akzeptieren und sich klaglos und ruhig verhalten. Aber: Sterbenskranken wehren sich dagegen, die Rolle eines Sterbenskranken einzunehmen. Sie wollen leben, auch wenn sie wissen, dass sie bald sterben müssen. Weil die Gesunden das oft nicht akzeptieren, fühlt sich der

Sterbenskranken allein gelassen. Gesunde Menschen müssen begreifen, dass sie – wären sie in der Situation des Kranken – ebenfalls weiterleben wollen und sich gegen das Sterben sperren. Sie müssen dem Kranken den Wunsch, nicht sterben zu wollen, und die Trauer über sein Sterben zugestehen. Dieses Zugeständnis ist für eine gelingende Kommunikation mit Sterbenskranken unabdingbar.

Elementare Bedürfnisse dominieren die Sterbenskranken und besetzen ihre Aufmerksamkeit, ihre Interessen und ihre Valenzen. Bei Atemnot, Schmerzen, Durchfall oder Erbrechen werden sie von der Störung ihres Wohlbefindens beherrscht und sind nicht mehr offen für »schöne Dinge« und konstruktive Gespräche (Piper, 1977).

Sterbenskranken sind immer auch trauernde Menschen; ihr Trauern unterscheidet sich in der Regel von der (»psychiatrischen«) Depression. Sterbenskranken verlieren nach und nach alles, was für sie das Leben ausgemacht hat. Ans Bett gefesselt zu sein, ist z. B. Grund genug zu trauern. Viele kleine Verluste überlagern sich, und es gibt kaum Zeit und Raum, ausreichend und angemessen zu trauern (Spiegel, 1972).

Die Sprache der Sterbenden ist eigen, kreativ und tiefgründig. Sterbenskranken erzählen und äußern sich, indem sie ihr Erleben, ihre Hoffnungen und Ängste mit Bildern, Symbolen, Metaphern und metaphorischen Vergleichen beschreiben: Der Schriftsteller verschreibt die letzte Tinte; der Arzt/die Ärztin macht die letzte Visite (Ingensiep & Rehbock, 2009).

Verbreitet sind Auffassungen, nach denen Sterbende bestimmte Phasen durchleben (müssen). Das bekannteste Modell hierfür ist das Phasenmodell von Kübler-Ross (1971). Die Mehrzahl der internationalen SterbeforscherInnen lehnt ihr Phasenmodell und auch andere Modelle, die das Sterben mit gestuften Verhaltensweisen beschreiben, ab. Die Begründung: Sie sind wissenschaftlich nicht gesichert, bieten keine immer geltenden Regeln oder Gesetzmäßigkeiten und berücksichtigen die Komplexität von Sterbesituationen mit den vielen Einflussfaktoren nicht (Samarel, 2003; Königsberg, 2011).

Vergleicht man internationale empirische Studien über den Verlauf menschlichen Sterbens, dann zeigt sich: *Den* Sterbenden bzw. *die* Sterbende gibt es nicht, und ein gesetzmäßiger Verlauf des Sterbens, dem alle Menschen unterliegen, ist auch nicht zu erkennen. So wie das Leben eines jeden Menschen einzig-

artig ist, ist auch sein Sterben einzigartig. Dennoch gibt es Übereinstimmungen im Sterben aller Menschen: Typisches im Individuellen. Jede/r Sterbenskranke hat typische Erkenntnisse, die er/sie nicht ignorieren kann. Da ist v.a. die Erkenntnis: »Mein Leben ist durch eine Krankheit bedroht.« Jede/r Sterbenskranke muss seine/ihre typischen Aufgaben lösen. So muss er/sie entscheiden, wie er/sie mit der Erkenntnis, dass sein/ihr Leben bedroht ist, umgeht. Und jede/r Sterbenskranke muss typische Einschränkungen, die mit der lebensbedrohlichen Erkrankung verbunden sind, ertragen. So z.B. mit der Einschränkung, dass er/sie ans Bett gefesselt ist (Engelke, 2012, S. 38ff.).

### Bausteine für eine angemessene Kommunikation

Jeder Mensch geht auf seine ganz persönliche Weise mit den für das Sterben typischen Erkenntnissen, Aufgaben und Einschränkungen um. Das Zusammenspiel zahlreicher Faktoren wie z.B. die Persönlichkeit, die Biografie, die körperlichen, psychischen und spirituellen Ressourcen, die weltanschaulichen bzw. religiösen Bindungen, die Rahmenbedingungen, die Art, der Grad und die Dauer der Erkrankung, die Folgen und Nebenwirkungen der Behandlung, die Normen und das Verhalten des sozialen Umfeldes führen zu der ganz persönlichen Weise zu sterben.

Deshalb sind für die Kommunikation mit Sterbenskranken Formen zu finden und anzuwenden, die einerseits das Allgemeine des Sterbens berücksichtigen und andererseits dem Persönlichem im Sterben gerecht werden. Dafür bietet die Kommunikationspsychologie geeignete Modelle und Methoden an. Auf die Vielfalt kann hier nur hingewiesen werden (Lugton, 2002; Schmeling-Kludas, 2006; Engelke, 2012, S. 209-359; Wasner & Pankofer, 2014). Die Auswahl hängt vom Anlass und der Intention der Begegnung ab. Die Kommunikation mit Sterbenskranken ist zu komplex, um sie durch das Aufstellen idealer Regeln oder von Standardsätzen meistern zu können.

Sterbenskranke erleben ihre körperlichen Grenzen, ihr Ausgeliefertsein an andere Menschen und die Bedrohung ihres Lebens. In dieser Lage ist jeder auf Menschen, die ihn begleiten, angewiesen (Müller-Busch, 2012). Wirkliche BegleiterInnen gehen einen kleinen Schritt hinter den Sterbenskranken her, lassen ihnen den Vortritt, folgen ihnen bescheiden und geduldig auf ihrem Weg. Im gemeinsamen Gespräch nehmen sich BegleiterInnen zugunsten der Sterbenskranken zurück und lassen sie »zu Wort« kommen. BegleiterInnen fühlen sich nicht genö-

tigt, die Sterbenskranken aus der Trauer zu reißen sowie reinen Optimismus und positives Denken zu verbreiten. BegleiterInnen versuchen zu erkennen, was die Sterbenskranken bewegt und umtreibt. Sie weichen nicht von der Seite, wenn die Klagen über das Unglück nicht aufhören, die Angst vor weiteren Verlusten sich ausbreitet, der Neid auf die Gesunden und das Weinen über das eigene Los nicht aufhören. BegleiterInnen lassen die Sterbenskranken ihre Einmaligkeit erfahren und teilen ihre Hoffnung und ihre Angst. Die Begleitung kann den Leidenden das Leiden erträglicher machen.

Wer begleitet, der bietet sich dem/der Anderen als Gegenüber an, ist für die Dauer der Begegnung bereit, das gegenwärtige Erleben und Verhalten des/der Anderen zur eigenen Sache zu machen. Verbale und nonverbale Begleitung gehören zusammen und ergänzen sich. Die nonverbale Begleitung ist v.a. dann gefordert, wenn eine sprachliche Kommunikation nicht mehr möglich ist.

Sterbenskranke zu begleiten, ist der schmale Weg zwischen Identifikation auf der einen Seite und Distanzierung auf der anderen Seite. In der Identifikation lässt man sich von den Leiden des/der Anderen aufsaugen, sodass man nicht mehr begleiten kann. Bei der Distanzierung ergreift man aus Angst vor der Identifikation die Flucht.

Unbestreitbar ist: Menschen am Sterbebett können für Menschen im Sterbebett wertvoll und nützlich sein; jedoch nur dann, wenn sie bereit und fähig sind, sich den Menschen im Sterbebett zu öffnen und ihnen wirklich zuzuhören.

#### Literatur

- Engelke, E. (2012). *Gegen die Einsamkeit Sterbenskranker. Wie Kommunikation gelingen kann*. Freiburg: Lambertus.
- Hinton, J. (1972). *Dying* (2., überarb. Aufl.). New York: Penguin.
- Ingensiep, W. & Rehbock, T. (Hrsg.) (2009). »Die rechten Worte finden ...« *Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens*. Würzburg: Neumann & Königshausen.
- Königsberg, R. D. (2011). *The truth about grief. The myth of its five stages and the new science of loss*. New York: Simon & Schuster.
- Kübler-Ross, E. (1971). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz.
- Lugton, J. (2002). *Communicating with dying people and their relatives* (überarb. Neuausg.). Oxford: Radcliffe.
- Müller-Busch, H.-C. (2012). *Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens* (Reihe: MedizinHuman, Bd. 14). Berlin: Suhrkamp.
- Piper, H.-C. (1977). *Gespräche mit Sterbenden*. Göttingen: Vandenhoeck.
- Samarel, N. (2003). Der Sterbeprozess. In J. Wittkowski (Hrsg.), *Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder* (S. 132-151). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmeling-Kludas, C. (2006). Die Kommunikation mit Schwerstkranken und ihren Angehörigen. In U. Koch, K. Lang, A. Mehnert & C. Schmeling-Kludas (Hrsg.), *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen* (S. 31-52). Stuttgart: Schattauer.
- Spiegel, Y. (1972). *Der Prozeß des Trauerns. Analyse und Beratung*. München: Kaiser.
- Wasner, M. & Pankofer, S. (Hrsg.) (2014). *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

#### Anzeige

## ARBEITSHILFEN FÜR DIE PRAXIS IN DER PFLEGE

Wie kann Kommunikation am Ende des Lebens gelingen? Mit seiner langjährigen Erfahrung in der Begegnung mit Kranken, Sterbenden, ihren Angehörigen, Ärzten und Pflegenden zeigt der Autor Wege zur gegenseitigen Unterstützung und Verständigung auf.



2012, 380 Seiten, € 23,90  
ISBN 978-3-7841-2111-6

Die Autorinnen informieren mit diesem Praxishandbuch Führungskräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen über die Grundlagen und Rahmenbedingungen des Führens in der Pflege und bieten anhand von Checklisten konkrete Hilfen für den Führungsalltag an.



2014, 186 Seiten, € 22,90  
ISBN 978-3-7841-2612-8

Sie erhalten unsere Bücher über Ihre Buchhandlung oder direkt bei uns:



[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

# LAMBERTUS

SOZIAL | RECHT | CARITAS

# Psychosoziales Können in der ambulanten Sterbebegleitung

## Professionelle und lebensweltliche Orientierungen in der aufsuchenden Palliativversorgung

Christian Schütte-Bäumner und Falko Müller

Ziel dieses Artikels ist es, auf der Grundlage einiger Ergebnisse des BMBF-geförderten Forschungsprojekts »Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung« auf Anschlussstellen für Wissen und Können Sozialer Arbeit an das Arbeitsfeld der professionellen Sterbebegleitung hinzuweisen. Da hier nicht der Ort für detaillierte Ausführungen zur Auswertung unserer qualitativen Daten ist, sollen verdichtete Beobachtungen zur Ordnung der häuslichen Palliativversorgung als Schlaglichter auf unsere Forschung genügen.

Mitunter wird bemängelt, Soziale Arbeit habe den Anschluss an die Entwicklung der professionellen Sterbebegleitung im Gesundheitswesen verpasst. Zumindest für das Feld der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) kann gelten, dass es hier nicht gelungen ist, den Wert sozialpädagogischer Arbeit als Ressource zur Bearbeitung dieser krisenhaften Lebenssituation für die Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen kenntlich zu machen und sich als fester Bestandteil der sich immerhin als multiprofessionell verstehenden Palliative-Care-Teams zu etablieren (vgl. Schütte-Bäumner, 2012, S. 140-143). Für eine ambulante Palliativversorgung, die mit dem Ziel, schwerstkranken Menschen das Sterben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen, einen deutlichen Lebensweltbezug aufweist, können aus empirischer Perspektive konzeptionelle Anschlussstellen aufgezeigt werden für eine traditionell in der Sozialen Arbeit verortete lebensweltorientierte Professionalität. Das hier aufgehobene Bewusstsein, dass professionelle Interventionen für die Alltagswelt ihrer AdressatInnen Zumutungen und Irritationen der gemeinsamen Praxis bedeuten, in einem Wort die Differenz der professionellen zur alltagsweltlichen Perspektive, ist eine bislang in der Diskussion kaum berücksichtigte Ressource. Diese Differenz für die Interventionspraxis konzeptionell mitzudenken, zählt zu den Stärken lebensweltorientierter Sozialer Arbeit, die die autonome Lebenspraxis ihrer AdressatInnen schützen und ihre Handlungsfähigkeit festigen will. Dieses Wissen sowie darauf bezogene systematische Bearbeitungs-

weisen stellen aus unserer Sicht psychosoziale Kompetenzen dar, mit der Sozialen Arbeit die patientInnenorientierte Programmatik der Palliativversorgung sterbender Menschen inhaltlich-konzeptuell ausgestalten könnte.

### Die »psychosoziale« Praxis der SAPV

Zwar verlangt der Verlauf schwersten und komplexen Symptomgeschehens zur Versorgung palliativer PatientInnen primär medizinisch-pflegerisches Know-how. Der Stellenwert psychosozialer Arbeit ist im Selbstverständnis der Hospice & Palliative Care jedoch u. a. im Rückgriff auf das von Saunders (1990/1993) entwickelte Konzept des »total pain« fest verankert. Damit ist gemeint, dass Schmerzen und andere Symptome wie Atemnot und starke Übelkeit nicht alleine auf der körperlichen, sondern immer auch auf der sozialen, seelischen und spirituellen Ebene zu interpretieren sind. Die Nähe zum biopsychosozialen Modell ist offensichtlich. Dennoch definiert der Gesetzgeber, dem ganzheitlichen und multiprofessionellen Selbstverständnis der Palliativarbeit zum Trotz, SAPV als medizinisch-pflegerische und damit primär »bi-professionelle« Versorgungsleistung und verweist die Beteiligung der sog. psychosozialen Professionen (Soziale Arbeit, Psychologie und Seelsorge) auf die Position einer Netzwerkressource der Kooperation mit externen Diensten (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2010). Offen bleibt dabei, unter welchen professionellen, disziplinären oder diagnostischen Vorzeichen diese Arbeit zu leisten ist (vgl. Schütte-Bäumner, 2012)

Diese Leerstelle greift u. a. das Forschungsprojekt »Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung« auf. Wenn in der Soziologie das stationäre Hospiz als »Labor des guten Sterbens« gilt, können wir für unsere Forschung im ambulanten und v. a. aufsuchenden Setting beanspruchen, die Produktion des »guten Sterbens« unter den Praxisbedingungen des lebensweltlichen Alltags zu untersuchen. Aus ethnografischer Perspektive liegt unser Fokus auf den Praktiken der

Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Ordnungen im Rahmen palliativer Versorgung. Unser besonderes Interesse gilt den psychosozialen Aspekten. Der Blick auf die Mikro-Ebene der Interaktionen zwischen Professionellen und ihren AdressatInnen kann sich dabei als nützlich erweisen, um Gestaltungspotenziale aufzudecken.

### Irritationen aufeinander-treffender Ordnungen in der häuslichen Versorgungspraxis

Vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Selbstverständnisses der Hospice & Palliative Care hatten wir zu Beginn unserer Forschung vermutet, »Psychosoziales« etwa in Gestalt zentrierter Entlastungsgespräche zur Krankheitsverarbeitung mit Sterbenden und ihren Angehörigen vorzufinden. Derlei Gespräche finden freilich statt. Weitaus deutlicher in den Vordergrund trat jedoch in unseren Beobachtungen der alltäglichen aufsuchenden Arbeit der Palliativteams die Bedeutung impliziter Voraussetzungen der häuslichen Versorgung. Als implizit gelten sie uns insofern, als der Gesetzgeber in der SAPV-Richtlinie zwar mit Anforderungen an die Leistungsberechtigten und Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer juristisch-administrative Voraussetzungen der Versorgung formuliert. Die Versorgungspraxis baut jedoch außerdem auf Gegebenheiten und Ressourcen des lebensweltlichen Umfelds der PatientInnen auf. Wir konnten beobachten, dass ein erheblicher Teil der alltäglichen Arbeit der SAPV-Teams darauf zielt, die Versorgungssituation zuhause unter Rückgriff auf diese Ressourcen aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Im Unterschied zum stationären Setting, wo räumliche, personelle und organisatorische Gegebenheiten die Arbeit strukturieren, müssen diese Strukturen in der alltagsweltlichen, häuslichen Umgebung erst geschaffen bzw. diese auf eine Weise (um)organisiert werden, die den Anforderungen einer kontinuierlichen und stabilen Versorgung genügen. Da diese Form der »Arbeit an den Voraussetzungen« in keiner Richtlinie und keinem Abrechnungsschlüssel berücksichtigt ist, ohne sie aber eine häusliche Versorgung

kaum denkbar wäre, nennen wir sie implizit und die Arbeit an diesen impliziten Voraussetzungen »unsichtbare Arbeit«.

Wir konnten in unserer bisherigen Auswertungsarbeit eine »hybride Versorgungsordnung« als zentrales Strukturelement der aufsuchenden Palliativarbeit rekonstruieren, auf das wir uns in diesem Zusammenhang konzentrieren wollen. Sie bildet gewissermaßen die organisatorische »Software« dieser Struktur.

Zur Erbringung der spezialisierten Versorgung sind die SAPV-Fachkräfte in besonderer Weise auf Informationen und Mitwirkung der PatientInnen und ihrer Angehörigen angewiesen. Da die Fachkräfte nicht 24 Stunden vor Ort präsent sein können, ergibt sich die Notwendigkeit, das Umfeld aktiv in die Versorgung einzubinden, um die Kontinuität der aufsuchenden Arbeit zu ermöglichen. Darüber hinaus müssen die PatientInnen bzw. ihre Angehörigen selbst einen erheblichen Koordinationsaufwand leisten, die professionelle Versorgung in ihren lebensweltlichen Alltag zu integrieren. Die »hybride Versorgungsordnung« bezeichnet also das alltagsweltlich-professionelle »Ko-Produktions-Verhältnis« (das auch ein Machtverhältnis ist) zwischen Fachkräften und häuslichem Umfeld, das die Verteilung der zur Versorgung notwendigen Arbeit und Kompetenzen reguliert. Die »unsichtbare Arbeit« an den Voraussetzungen wird zur Aushandlung, Etablierung und Reproduktion dieser Versorgungsordnung geleistet.

Unsere Beobachtungen zeigen, dass diese Ordnung zwar interaktiv ausgehandelt wird. Wo die Praxis der häuslichen Palliativversorgung jedoch hinter dem patientInnenorientierten Anspruch ihrer Programmatik zurückbleibt, sprechen wir von einem »Primat des Professionellen«. Die »Arbeit an den Voraussetzungen« der Versorgung als Koproduktion zwischen den professionell versorgenden Dienstleistern und ihren AdressatInnen läuft häufig darauf hinaus, dass den alltagsweltlichen AkteurInnen eine assistierende und subordinierte Position zukommt. So sind sie als InformationslieferantInnen unverzichtbar, die Deutungen und die Routinen der Professionellen werden jedoch machtvoll gegen die alltagsweltlichen Deutungen und Routinen der Betroffenen durchgesetzt. Das Zuhause wird in gewisser Weise in eine Krankenstation transformiert. Zugleich sind deutliche wechselseitige Irritationen der miteinander konfrontierten Ordnungs- und Organisationsprinzipien des lebensweltlichen vs. professionellen Alltags zu beobachten. Vor dem Hintergrund der Betonung der PatientInnenorientierung in der Programmatik müsste sich das Produktionsverhältnis zwischen den Ak-

teurInnen der häuslichen Umgebung und den professionell Versorgenden umkehren, sodass die Professionellen zu Ko-Produzierenden und die PatientInnen und ihre Angehörigen zu den »eigentlichen« ProduzentInnen (den »EignerInnen«) der Versorgung würden.

### Schlussfolgerungen und Anschlüsse

Aus unserer Sicht kann eine Stärkung der lebensweltlich orientierten Kompetenzen aufseiten der Professionellen dazu beitragen, die »Verhandlungsposition« der AkteurInnen des häuslichen Umfelds in der Mitgestaltung der Versorgungsordnung zu stärken, Irritationen abzubauen und deren Handlungsmächtigkeit (Agency) zu erhalten und zu fördern. Nicht zufällig greifen wir hier auf die nutzerInnenorientierte sozialpädagogische Theorie sozialer Dienstleistungen zurück (vgl. Oelerich & Schaarschuch, 2005). Die hier vorgenommene kontrafaktische Umkehr des Erbringungsverhältnisses begreift die Handlungsposition der AdressatInnen als Produzierende, während die professionellen ErbringerInnen der Unterstützungsleistung als Ko-Produzierende fungieren. Damit wird der Selbstbestimmung der AdressatInnen nicht nur als potenzielles »Ergebnis« der Unterstützung, sondern im Prozess der Erbringung selbst ein systematischer Stellenwert zugesprochen.

Aus unserer Sicht ist hier ein kompetenter Umgang zur Bearbeitung der Differenz von lebensweltlicher und professioneller Perspektive gefragt. Mit Bezug auf die in der Richtlinie bestimmte Koordinationsleistung der SAPV, mit der v. a. die Steuerung der Versorgung hinsichtlich aller beteiligten Dienste gemeint ist, könnte beispielsweise ein erweitertes, lebensweltorientiertes Verständnis von Koordination angestrebt werden. Neben dem Steuerungshandeln zur Abstimmung von Versorgungsleistungen kann Koordination auch als Methode zur lebensweltbezogenen Dimensionalisierung der Symptombehandlung in der SAPV konkretisiert werden.

Bezieht sich die Symptomkontrolle und -behandlung im klinischen Kontext auf die Person, den/die PatientIn und sein/ihre Erkrankung, so bedeutet lebensweltbezogene Dimensionalisierung, sämtliche Faktoren im Krankheits- und Sterbeprozess, so auch das häusliche Umfeld des sterbenden Menschen, reflexiv einzubeziehen – und zwar nicht nur unter dem »Primat des Professionellen«, das Angehörige zu Assistierenden funktionalisiert, die PatientInnen selbst als SymptomträgerInnen wahr-

nimmt oder ihre »Compliance« zur Debatte stellt. Vielmehr, und das wäre unsere abschließende These, wird die Agency der AkteurInnen gefördert, wenn Irritationen der Interaktion nicht als zu behobende Symptome wahrgenommen werden, sondern in Auseinandersetzung mit den alltagsweltlichen Deutungen und Routinen als Anlass der Modifikation der »organisatorischen Software« und gegebenenfalls auch der Hardware der Organisation der häuslichen Versorgung. Eine lebensweltorientierte Koordination der Leistung wäre demnach zuständig für die »Qualität« des Organisierens.

### Literatur

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2010). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungsrichtlinie (SAPV-RL) vom 20.12.2007*. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar: [www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL\\_2010-04-15.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf) [10.11.2014].
- Oelerich, G. & Schaarschuch, A. (Hrsg.) (2005). *Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit*. München: Reinhardt.
- Saunders, C. (1993). *Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können* (Reihe: Herder-Spektrum, Bd. 4213). Freiburg: Herder (englisches Original erschienen 1990).
- Schütte-Bäumner, C. (2012). Qualitative Forschung im Bereich Palliative Care. Eine Forschungsskizze aus Sicht der Sozialen Arbeit. In A. Schneider, R. Streck & N. Eppler (Hrsg.), *Forschung, Politik und soziale Arbeit* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Bd. 5; S. 135-151). Opladen: Budrich.

### Anzeige



Das **European Centre for Clinical Social Work (ECCSW)** ist ein von PraktikerInnen und HochschullehrerInnen gegründeter Verband, der Entwicklungen von Praxis, Wissenschaft und Forschung zur Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene bündelt und fördert.

**Aktivitäten:** Regelmäßige Informationen aus dem Feld der Klinischen Sozialarbeit, Ausrichtung wissenschaftlicher Tagungen, Seminare und Workshops, Vergabe des »Europäischen Förderpreises Klinische Sozialarbeit«, Publikationsförderung

**Mitglied werden:** Als Mitglied bewegen Sie sich in einem Netzwerk von Professionellen, die die Konturen und Entwicklungen einer Klinischen Sozialarbeit in Europa an vorderster Stelle bestimmen.

### Informationen:

[www.eccsw.eu](http://www.eccsw.eu) ■ [info@eccsw.eu](mailto:info@eccsw.eu)

# Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Stephanie Stadelbacher, Eckhard Eichner  
und Werner Schneider

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde 2007 als Leistungsanspruch gesetzlich krankenversicherter Menschen im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) eingeführt. Dieser Leistungsanspruch wurde für PalliativpatientInnen eingeführt, bei denen eine weit fortgeschrittene, fortschreitende und in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung vorliegt. SAPV beinhaltet die medizinisch-pflegerische Versorgung einschließlich deren Koordination, geht aber in der Praxis darüber hinaus und umfasst ebenso die psychosoziale Betreuung von PatientInnen und deren An- bzw. Zugehörigen. Dies ist umso bedeutsamer, da ein (weiteres) Merkmal der SAPV die Versorgung und Betreuung besonders aufwendiger und komplexer Fallkonstellationen darstellt.

In Bayern wurde die Einführung der SAPV mit zwei Forschungsprojekten (SAPV-Studie I von 2010-2011 und SAPV-Studie II von 2012-2013<sup>1</sup>) begleitend untersucht, die jeweils sowohl mit quantitativen als auch qualitativen Forschungsmethoden die Praxis der SAPV aus soziologischer Perspektive in den Blick genommen haben. Als wesentlicher Befund dieser Studien zeigt sich, dass die im Gesetz vorgenommene Reduktion auf das somatische Symptommgeschehen zu kurz greift. Um das Ziel zu erreichen, den PatientInnen ein Verbleiben im häuslichen Umfeld so lange wie möglich und gewünscht zu gewähren, ist ein Zusammenspiel unterschiedlicher Wirkfaktoren notwendig.

Im Folgenden sollen zentrale Ergebnisse exemplarisch skizziert und damit wesentliche Merkmale der SAPV-Praxis vor Ort beleuchtet werden. Weitere Details können den beiden Abschlussberichten (Schneider et al., 2012, 2014) entnommen werden.

## Anmerkungen

- 1 Beide Studien wurden jeweils anteilig vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) und der Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung gefördert. ProjektmitarbeiterInnen der Studien waren neben den AutorInnen dieses Artikels Dr. Nicholas Eschenbruch (SAPV I), Franziska Kopitzsch (SAPV II) und Ursula Thoms (SAPV I und II).
- 2 Der bayerische Mustervertrag, nach dem alle SAPV-Dienste in Bayern ihren Vertrag abschließen, sieht eine sog. Einzelfallevaluation vor, bei der jede einzelne Begleitung erfasst wird. Die hier genannten Ausführungen beruhen auf Auswertungen dieses Einzelfallevaluationsbogens.

## Wirkung und Wirksamkeit: SAPV ist mehr als palliativmedizinische- pflegerische Versorgung

Nach dem Grundsatz »ambulant vor stationär« ist ein wesentliches Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ein Verbleiben der PatientInnen im gewohnten Lebenskontext (z.B. Zuhause, Alten- oder Pflegeheim), dies auch und gerade im Falle aufwendiger und komplexer Versorgungssituationen. Unter entsprechenden Bedingungen gelingt dies auch weitgehend.<sup>2</sup>

Zwei Drittel der unter SAPV verstorbenen PatientInnen (66,3%; Gesamt-N = 4.887) konnten demnach zuhause sterben. Für nahezu alle PatientInnen, die unter SAPV zuhause verstarben, entsprach dieser Sterbeort auch deren Wunsch (96,1%; Gesamt-N = 3.141). Betrachtet man auch das Heim als Quasi-Zuhause, so sterben sogar 84,5% der PatientInnen in ihrer gewohnten Umgebung (vgl. Abb. 1).

Zudem zeichnet sich die SAPV in Bayern durch gelingende Krisenbewältigung vor Ort aus. So kann für eine deutliche Mehrheit der SAPV-PatientInnen auf NotärztInneneinsätze verzichtet werden (97,5%; Gesamt-N = 5.872). Und in vier von fünf Fällen war keine Krankenhauseinweisung erforderlich (80,6%; Gesamt-N = 5.904).

Fragt man nach den Bedingungen einer in diesem Sinne gelingenden SAPV, so konnte insbesondere in der ersten bayerischen SAPV-Studie Folgendes herausgearbeitet werden: Ausgehend von einer ganzheitlichen Sichtweise auf die PatientInnen und ihr persönliches Umfeld bzw. auf das Sterben als letzte Lebensphase, in der sowohl physische als auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte adressiert werden, beruht die SAPV auf einem komplexen Wechselspiel aus drei unterschiedlichen Wirkfaktoren: Symptomlinderung, Sicherheitsversprechen und normalisierende Alltagsrhetorik (vgl. Abb. 2).

Die erfolgreiche Linderung körperlicher Symptome – seien es starke Schmerzen, Übelkeit oder Atemnot – als medizinisch-pflegerische Leistung ist eine zentrale unverzichtbare Grundlage der SAPV und entspricht ganz konkret dem gesetzlichen Auftrag. Die körperliche Sympto-

matik spielt bei der SAPV definitionsgemäß eine wichtige Rolle, steht aber mit Blick auf Symptomlinderung (Wirkfaktor 1) keineswegs allein im Zentrum. Mindestens ebenso bedeutsam für eine gelingende SAPV ist es, dass durch den SAPV-Dienst den PatientInnen und Angehörigen authentisch vermittelt werden kann, dass für sie die Betreuungssituation in ihrem Zuhause in einem umfassenden Sinne »sicher« ist (Wirkfaktor 2). Zentral für die konkrete Realisierung eines solchen Sicherheitsversprechens – v.a. hinsichtlich einer möglichst glaubwürdig, verlässlich wirkenden Vermittlung einer als »umfassend« wahrgenommenen Sicherheit – sind folgende vier Subfaktoren:

- 1 Die uneingeschränkt signalisierte, ständige Erreichbarkeit des Teams. Hier spielt z.B. die 24-Stunden-Rufbereitschaft eine wichtige Rolle, weil sie für Sicherheit in Notsituationen steht.
- 2 Die Vermittlung des Eindrucks bei PatientInnen und Angehörigen, dass das Team bei Bedarf für die gesamte Betreuungssituation bzw. für verschiedenste Problembereiche adressiert werden kann. Für Angehörige und PatientInnen entfällt dadurch die möglicherweise zeitraubende, verunsichernde und belastende Frage, an wen man sich denn in Einzelfragen legitimerweise, schnell und zielführend wenden kann. Gerade auch diese »unbegrenzte« Ansprechbarkeit trägt offenbar auf symbolischer Ebene entscheidend zum Sicherheitsversprechen der SAPV bei.
- 3 Die hohe fachliche und soziale Handlungskompetenz, die von PatientInnen und Angehörigen in der Interaktion mit dem Team wahrgenommen wird. PatientInnen und Angehörige erleben, dass ihre AnsprechpartnerInnen die erforderlichen fachlichen Fähigkeiten, die nötige innere Haltung und die erforderliche Erfahrung besitzen, mit jeder bevorstehenden (Krisen-)Situation umgehen zu können.
- 4 Die erfolgreiche Arbeit der Teams an der Befähigung von PatientInnen und Angehörigen, aktiv mit ihrer Situation umgehen zu können. Dies sorgt für einen Zugewinn an wahrgenommener Sicherheit, dass PatientInnen und Angehörigen allgemeines Orientierungswissen zur Einschätzung ihrer Lage und konkretes Handlungswissen zu deren alltäglicher Verbesserung an die Hand gegeben wird.



Neben Symptomlinderung und Sicherheitsversprechen ist schließlich als dritter Wirkfaktor die normalisierende Alltagsrahmung von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche SAPV-Praxis vor Ort. Da sie sich als ambulante Versorgungsform vorwiegend in der häuslichen Lebenswelt der PatientInnen und Angehörigen abspielt, ist es auch erforderlich, dass SAPV in diese Lebenswelt eingepasst wird und sich zu ihr kongruent verhält. Zu einer solchen Alltagsrahmung gehören die Einbindung der Angehörigen und ggf. weiterer AkteurlInnen in das Geschehen, die Mitbestimmung der PatientInnen sowie die thematisch offene, unspezifische Kommunikation, die zunächst einmal alles adressieren kann, was den PatientInnen und/oder ihren Angehörigen wichtig erscheint. Als weiterer Aspekt ist hier besonders die durch die Palliative-Care-Kräfte vermittelte Zeit zu nennen, die den PatientInnen zur freien Ausgestaltung »geschenkt« wird und damit in der Wahrnehmung der PatientInnen und Angehörigen v. a. Aufmerksamkeit, aber auch die zur Bewältigung der Situation nötige Ruhe vermittelt.

Die drei genannten Wirkfaktoren und ihre einzelnen Elemente sind dabei nicht als statische Einheiten in immer gleichen kausalen Bezügen zueinander zu sehen. Sie sind vielmehr vor einem multifaktoriellen Hintergrund des sozialen, interaktiven und interpretativen Verständnisses von SAPV-Situationen und SAPV-Wirksamkeit zu verstehen. Das heißt, je nachdem, welche Bedarfe, Bedürfnisse bzw. Problemlagen vorhanden sind, variieren die für ein Gelingen der SAPV notwendigen Elemente des Wirkungskomplexes, sowohl in Art, Ausformung und Schwerpunktsetzung. So mag in einem Fall Erreichbarkeit des Teams für eine/n PatientIn eine sehr große Rolle spielen, die Einbindung zusätzlicher AkteurlInnen aber gar nicht so zentral sein. In einem anderen Fall ist es gut denkbar, dass jemand hohen Wert auf die Wahrnehmung von Kompetenz seitens des Teams legt, aber aufgrund eines traditionellen Verständnisses der eigenen PatientInnenrolle gar nicht so sehr an Mitbestimmung interessiert ist. Die Wirkfaktoren bilden in diesem Sinne eine Matrix, deren Punkte zwar immer präsent, in den einzelnen Fällen jedoch ganz unterschiedlich gewichtet sein können. Aber stets scheint es das Zusammenspiel der Faktoren zu sein, das eine gelingende Versorgung ermöglicht bzw. deren Scheitern mit verursacht, wenn bspw. die Krankenhauslogik im eigenen Zuhause überhand gewinnt und das »zu Hause Sterben« konterkariert.

### Sterbeort der unter SAPV verstorbenen PatientInnen

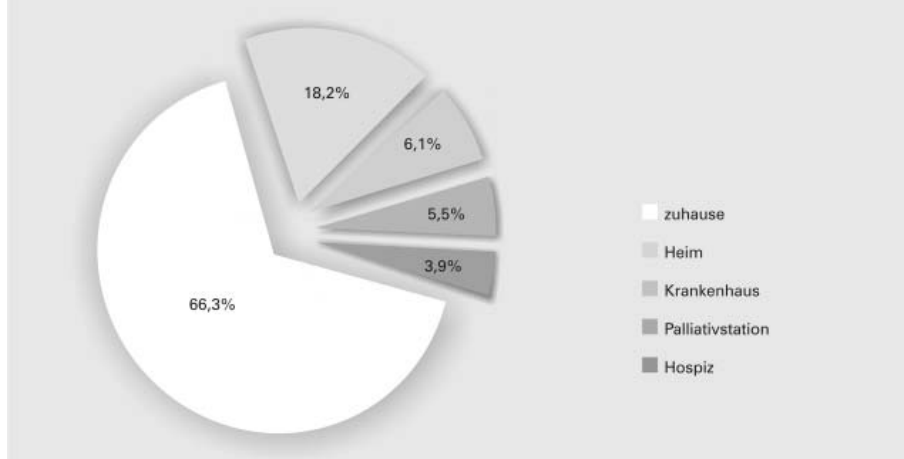


Abbildung 1: Sterbeort der unter SAPV verstorbenen PatientInnen (nach Schneider et al., 2014, S.54)

### Die drei »Wirkfaktoren« und ihre »Subfaktoren«



Abbildung 2: Die drei »Wirkfaktoren« und ihre »Subfaktoren« (nach Schneider et al., 2012, S. 99)

### Folgerungen

Diese Befunde aus der bayerischen Begleitforschung zur SAPV zeigen anschaulich, dass SAPV mehr als reine Symptomkontrolle sein muss, um wirksam sein zu können und um zu wirken. Ein so spezialisiertes Versorgungsangebot wie die SAPV kann nicht auf das somatische Versorgungsgeschehen im Sinne medizinisch-pflegerischer Versorgungsleistungen reduziert werden, vielmehr spielen die psychosoziale und (in einem weiten Sinne) spirituelle Betreuung eine mindestens ebenso bedeutsame Rolle, damit die Versorgung zu Hause gelingt. Zudem wird damit deutlich, dass nicht allein die PatientInnen als unmittelbar Betroffene im Zentrum der SAPV-Praxis stehen, sondern dass immer von der »unit of care« aus PatientIn und An- sowie Zugehörigen ausgegangen werden muss, um eine gelingende Begleitung zu Hause zu realisieren. Das heißt: Gerade die psychosoziale Dimension des Sterbens, die damit einhergehenden Fragen, Probleme, Belastungen und Nöte adressieren v. a. die dem Sterbenden Nahestehenden, die Angehörigen.

Wenn man vor diesem Hintergrund fragt, für wen Palliativversorgung wichtig ist, dann zeigt sich, dass es im Grunde nicht nur primär die Sterbenden sind, der bei der Hospiz- und Palliatividee im Zentrum stehen, sondern es sind auch die (noch) weiterlebenden Angehörigen. Es geht also auch darum, dass jene ein »gutes Sterben« (des für sie bedeutsamen Anderen) erfahren und so in ihrem Weiterleben ihre eigene Sorge um ihr eigenes zukünftiges Sterben bewältigen können. In diesem Sinne ist der sinnhafte und praktische Umgang mit dem Sterben immer auch ein Problem der Weiterlebenden und muss als solches in den Blick genommen werden. Das heißt, nur wenn die notwendige Betreuung des sozialen Nahbereichs systematisch mit einbezogen wird, ergibt sich ein adäquates Bild der tatsächlich geleisteten SAPV-Praxis vor Ort.

Für diese ganzheitliche Betreuung vor Ort sind ehrenamtliche HelferInnen von Bedeutung. Die hohe strukturelle und praktische Relevanz von Ehrenamtlichkeit gründet darin, dass das Ehrenamt dort ansetzt, wo sich die Schnittstelle

zwischen Versorgung von Sterbenden und Betreuung/Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen befindet. Ehrenamt bedeutet v.a., Zeit zu geben, ggf. auch nachts einfach da zu sein und privatheitliche Kommunikation zu ermöglichen oder mitunter auch spirituelle Unterstützung zu leisten, kurzum: Beziehungsarbeit zu erbringen. Als »Menschen von nebenan« ohne spezifischen Auftrag vermitteln Ehrenamtliche die lebensweltliche Integration des Sterbens und tragen so wesentlich zur oben benannten normalisierenden Alltagsrahmung bei. Damit verbunden vermitteln sie als symbolische Botschaft das genannte umfassende Sicherheitsversprechen in Bezug auf eine flexible, den Bedarfen und Bedürfnissen jeweils angepasste Bewältigung der Alltagsprobleme in dieser existenziellen Krisensituation.

Ehrenamtliche alleine können aber nicht die Lösung für eine adäquate psychosoziale Betreuung der PatientInnen und Angehörigen sein, zumal bei hochkomplexen Problemkonstellationen. Beim Sterben als existenzieller Krisen-

situation bedarf es auch der professionellen Unterstützung durch SozialarbeiterInnen. Insbesondere wenn es um wichtige Entscheidungen z.B. bzgl. der möglichen und adäquaten Versorgungsform, um organisatorische oder sozialrechtliche Fragen oder um die Bewältigung der Krankheits- und Sterbeerfahrung geht, ist die Arbeit von SozialarbeiterInnen – ggf. unter Hinzuziehung und Koordination weiterer ExpertInnen – unerlässlich. Als wichtiges Komplement zu medizinisch-pflegerischen Kompetenzen und ehrenamtlichem Engagement tragen sie deshalb durch ihr niedrigschwelliges Angebot im Bereich sozialrechtlicher, organisatorischer und psycho-sozialer Unterstützung auch zum benannten Sicherheitsversprechen wesentlich bei und bilden so eine elementare Stütze im multiprofessionellen SAPV-Netz um PatientInnen und Angehörige herum.

Festzuhalten ist: Ein »gutes Sterben« ist immer ein sozial gerahmtes, ein interaktiv gestaltetes Sterben, das durch Koordination und Kooperation aller am Sterbeprozess Beteiligten immer wieder neu

vor Ort hergestellt werden muss. Dabei haben neben den PatientInnen/Angehörigen und ÄrztInnen eben auch die pflegerischen, sozialpädagogischen und spirituellen SterbearbeiterInnen sowie die ehrenamtlichen BegleiterInnen ihre je eigene bedeutsame Rolle in der Choreografie des »guten Sterbens«.

#### Literatur

- Schneider, W., Eschenbruch, N., Thoms, U., Eichner, E. & Stadelbacher, S. (2012). *Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV – Eine explorative Begleitstudie*. Ergebnisbericht – geringfügig veränderte Version. Augsburg: Universität Augsburg, Philosophisch-sozialwissenschaftliche Fakultät. Online verfügbar: [www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/forschung/pdfs/SAPV\\_Endbericht\\_durchgesehen.pdf](http://www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/forschung/pdfs/SAPV_Endbericht_durchgesehen.pdf) [10.11.2014].
- Schneider, W., Eichner, E., Thoms, U., Kopitzsch, F. & Stadelbacher, S. (2014). *Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern – Evaluation/Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums)*. Ergebnisbericht. Augsburg: Universität Augsburg, Philosophisch-sozialwissenschaftliche Fakultät. Online verfügbar: [www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/interne\\_medien/schneider/SAPV-2014\\_Ergebnisbericht\\_FINAL.pdf](http://www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/interne_medien/schneider/SAPV-2014_Ergebnisbericht_FINAL.pdf) [10.11.2014].

## Soziale Arbeit im interprofessionellen Palliative Care Team

Maria Wasner

Psychosoziale Begleitung ist ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care und befasst sich mit allen Bereichen, die zum psychischen, emotionalen und sozialen Wohlbefinden der PatientInnen und ihrer Familien beitragen, inklusive Fragen des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, Krankheitsverarbeitung und -bewältigung, Kommunikation, soziale und finanzielle Belange und Beziehungen zu anderen (vgl. dazu Dix & Glickman, 1997). Betrachtet man diese vieldimensionale Definition, ist sofort klar, dass eine kompetente psychosoziale Begleitung von Sterbenden und ihren Zugehörigen nicht von einer Person, und auch nicht von nur einer Profession geleistet werden kann. Der Erfolg der psychosozialen Begleitung und der Palliativversorgung insgesamt ist somit immer auch abhängig von einer guten Zusammenarbeit der einzelnen Disziplinen und Berufsgruppen. Nur wenn alle Teammitglieder am gleichen Ziel arbeiten und sie ihre Kompetenzen und Perspektiven einem gemeinsamen Ziel unterordnen, kann dies gelingen.

SozialarbeiterInnen gibt es auf nahezu allen deutschen Palliativstationen und in ca. 50% aller stationären Hospize, im ambulanten Hospizbereich immerhin noch

in ca. einem Drittel der Dienste (Wasner, 2014a). Somit stellt die Soziale Arbeit neben der Medizin und der Pflege die dritte professionelle Säule in der Palliativversorgung dar. SozialarbeiterInnen haben nach ihrem Selbstverständnis nicht nur die PatientInnen und ihre Zugehörigen im Blick, sondern auch die anderen Teammitglieder. Im Folgenden wird zuerst eine interprofessionelle Teamkultur für Palliative Care Teams skizziert, die eine gelingende Palliativversorgung ermöglicht. Danach wird näher auf Angebote der Sozialen Arbeit an das Team eingegangen.

### Interprofessionelle Teamkultur für eine gelingende Palliativversorgung

Leider ist in multiprofessionellen Palliative Care Teams häufig eine gewisse Rivalität zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu spüren. Mögliche Gründe hierfür liegen in hierarchischen Unterschieden oder auch im ungenügenden Wissen von den Kompetenzen der anderen Professionen. Zudem sprechen sie oft unterschiedliche Sprachen und besitzen eine unterschiedliche Kultur (Reese & Sontag,

2001), so mag z.B. der systemische Ansatz der Sozialen Arbeit anderen Professionen wie der Medizin fremd erscheinen. Es bedarf folglich der Entwicklung einer neuen Teamkultur – mit wertschätzendem Umgang und mit ausreichendem Wissen von den anderen Professionen; v.a. aber braucht es regelmäßigen Austausch und eine klare Regelung der Zuständigkeiten. Das Team sollte dabei interprofessionell arbeiten, d.h., die einzelnen Teammitglieder übernehmen arbeitsteilig die Verantwortung für das gemeinsame Ziel, die bestmögliche Betreuung der PalliativpatientInnen und ihrer Zugehörigen (Schüßler, 2014).

Häufig werden die Begriffe Multidisziplinarität, Interdisziplinarität, Multiprofessionalität oder Interprofessionalität austauschbar benutzt für die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen. Dies ist aber eigentlich nicht richtig, da es sich sehr wohl um unterschiedliche Begrifflichkeiten handelt. Arbeiten mehrere Fachdisziplinen (z.B. innerhalb der Medizin InternistIn und OnkologIn) bzw. Professionen zusammen, spricht man von Multidisziplinarität bzw. -professionalität. Dies bedeutet aber nur, dass mehrere das gleiche Ziel verfolgen; es ist aber keine Interaktion zwischen den einzelnen Disziplinen oder Professionen impliziert. »In-

ter-« (aus dem Lateinischen »zwischen«) bezeichnet im Gegensatz dazu einerseits die Beziehung zwischen einzelnen Disziplinen oder Berufsgruppen, aber auch einen wechselseitigen Austausch untereinander. Interprofessionalität wird immer dann gelebt, wenn die Teammitglieder unterschiedlicher Professionen voneinander und übereinander lernen, ihr Wissen kritisch reflektieren, bereit sind, einen Teil ihrer eigenen Berufsidentität aufzugeben, ihr Wissen zu teilen und ein gemeinsames Verständnis der Probleme zu entwickeln. Die Professionellen dürfen sich nicht auf ihr Spezialwissen und ihre berufsspezifische Sichtweise beschränken. Erben (2001) beschreibt die Herausforderungen an alle Teammitglieder mit dem Prinzip der Interkompetenzen, ohne die Palliative Care nicht realisierbar ist. Dazu gehört, »den ganzen Menschen zu sehen, den Kontext im Blick zu haben und die Anschlüsse und Brücken zwischen den Personen und Professionen denkend und handelnd einzubeziehen« (ebd., S. 137). Jede Profession ist beeinflusst von ihrer beruflichen Sozialisation, den eigenen Kompetenzen und dem Status innerhalb des Teams. Sie nimmt folglich nur einen ganz bestimmten Ausschnitt der Bedürfnislage von PatientInnen und ihren Familien wahr. Bei gelingender interprofessioneller Teamarbeit werden die einzelnen Sichtweisen zusammengeführt, dabei hat jede Stimme gleiches Gewicht, und jeder respektiert die Sichtweisen der anderen (Wasner, 2014b).

Um echte Interprofessionalität in Palliative Care Teams leben zu können, braucht es vor allem Erfahrungslernen, eine geeignete Reflexions- oder Feedbackkultur und eine klare Verteilung der Zuständigkeiten. Hilfreich sind hier eine funktionierende Teamkommunikation (formell und informell), regelmäßige interprofessionelle (Fall-)Besprechungen, gemeinsame Visiten, Dokumentation aller Berufsgruppen in der PatientInnenakte und gemeinsame Supervisionsangebote (Wasner, 2014b). Nur so kann das Palliative Care Team zu einer echten Ressource werden – für jedes einzelne Teammitglied, v.a. aber für die PatientInnen und die ihnen nahestehenden Menschen.

### **Streit um die Zuständigkeit für psychosoziale Begleitung**

Diese für die Medizin ungewohnte Form der Interprofessionalität stellt alle Beteiligten vor neue Anforderungen, was die Kommunikation innerhalb des Teams und das Verständnis der eigenen Rolle angeht. Es gibt v.a. immer wieder Diskussionen, welche Professionen für die psychosoziale Begleitung zuständig sind.

So gibt es Äußerungen vonseiten der Pflege, dass sie die psychosoziale Begleitung übernehmen, Soziale Arbeit sei nur für sozialrechtliche Fragen nötig (Kulys & Davis, 1987; Ben-Sira & Szyf, 1992). Ähnliche Aussagen kennt man in der Praxis auch von ÄrztInnen und SeelsorgerInnen. Das mag an den Wechselwirkungen der einzelnen Problemfelder zueinander liegen. So können sich körperliche Symptome wie Schmerzen negativ auf die psychische Verfassung auswirken; die Sorge um zurückbleibende Zugehörige oder spirituelle Nöte können aber auch körperliche Beschwerden verstärken. Überschneidungen der Zuständigkeiten verschiedener Berufsgruppen sind daher in der Praxis der psychosozialen Begleitung unvermeidlich.

Entsprechend dem Stufenmodell psychosozialer Begleitung des National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (vgl. Dix & Glickman, 1997) sollten alle Teammitglieder über gewisse psychosoziale Basiskompetenzen verfügen, bspw. Grundkenntnisse in Gesprächsführung und Beziehungsaufbau (erste Stufe). Mit zunehmender Komplexität der Bedürfnislagen bedarf es einer spezialisierten psychosozialen Begleitung – durch eine/n SozialarbeiterIn, eine/n PsychologIn oder einen Seelsorger. Diese verfügen über einen ähnlichen ressourcenorientierten, systemischen Blick und viel Erfahrung mit »schwierigen« Gesprächssituationen (zweite Stufe). Bei entsprechend spezifischen Fragestellungen braucht es die spezifische Expertise einer psychosozialen Berufsgruppe (dritte Stufe); bspw. kann eine psychotherapeutische Intervention nur von einem/einer PsychotherapeutIn durchgeführt werden, eine sozialrechtliche Beratung nur von einem/einer SozialarbeiterIn (vgl. ebd.). Entscheidend ist dabei die Fähigkeit aller Teammitglieder, ihre eigenen Grenzen zu erkennen und bei Bedarf an andere Teammitglieder zu verweisen oder an geeignete externe Dienste.

### **Angebote der Sozialen Arbeit für das Team**

SozialarbeiterInnen sind mit ihrem breiten Spektrum an Wissen und ihren spezifischen Kompetenzen die Generalisten im Team. Das Potenzial Sozialer Arbeit basiert auf der ganzheitlichen Perspektive, einer vielfältigen Herangehensweise mit dem Einsatz unterschiedlicher Methoden und mit professionellen Kompetenzen in Gesprächsführung, Krisenintervention und der Fähigkeit, prozessorientiert zu begleiten. Der Zugang der Sozialen Arbeit unterscheidet sich von dem

der anderen Berufsgruppen, auch wenn diese mit dem systemischen Ansatz vertraut sind. Andere Berufsgruppen nehmen meist nur einen bestimmten Ausschnitt wahr, das Spezifische an Sozialer Arbeit ist der Versuch, mit ihrem systemischen Ansatz die psychosozialen Belastungen und Ressourcen im ganzen System wahrzunehmen. Sie hat dabei nicht nur den/die PatientIn, die Familie und das soziale Umfeld im Blick, sondern bietet auch spezifische Leistungen für das Team (Wasner, 2011). Dazu gehören unter anderem die Förderung des Austauschs im Team, die Förderung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten, die Mithilfe bei der Erstellung eines Betreuungs- und Behandlungsplans, die (emotionale) Entlastung der anderen Teammitglieder und die Gewinnung, Befähigung und Betreuung Ehrenamtlicher.

**Förderung des Austauschs im Team.** Im Gesundheitswesen allgemein wird der interprofessionellen Teamarbeit wenig Bedeutung beigemessen. Im Palliativbereich hingegen ist ein interprofessioneller Austausch unverzichtbar. SozialarbeiterInnen sind aufgrund ihrer Kompetenz in Gesprächsführung gut geeignet, die Moderation für Fall- und Teambesprechungen zu übernehmen. Ihr Auftrag ist es, darauf zu achten, dass jedes involvierte Teammitglied ausreichend Gehör findet und am Ende die nächsten Behandlungs- und Betreuungsziele festgelegt werden, die alle Beteiligten mittragen können. Häufig verstehen sich hier die SozialarbeiterInnen als die Personen, die in der Besprechung die Interessen der PatientInnen vertreten. Die Entscheidungsfindung unterstützt die Soziale Arbeit durch Informationen über professionelle Hilfenetze und deren Aktivierungsmöglichkeiten, durch Wissen über die familiäre Situation der PatientInnen und vorhandene Ressourcen. Im Idealfall entsteht wie bei einem Puzzle aus dem Zusammentragen der einzelnen Informationen und Sichtweisen ein halbwegs reales Bild von der Gesamtheit der Bedürfnisse und Wünsche der PatientInnen. Durch die gemeinsame Reflexion und Bewertung dieser Informationen kann die Qualität der Behandlung und Begleitung verbessert werden.

**Förderung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten.** Neben Teamgesprächen können SozialarbeiterInnen auch Gespräche zwischen PatientInnen, Zugehörigen und Teammitgliedern (»Familienkonferenzen«) moderieren. Gerade für die Moderation von Konfliktgesprächen sind sie geradezu prädestiniert, da sie bereits in ihrer Ausbildung gelernt haben, Gespräche unter erschwerten Bedingungen zu führen (Nau, 2014). Bitschnau (2007) schreibt Sozialer Arbeit eine

mediatorische Funktion zu, weil sie zwischen Personen und Systemen vermittelt, Widersprüche ausbalanciert und Mängel ausgleicht. Jede/r Beteiligte (PatientIn, Zugehörige, involvierte Teammitglieder) sollte die Gelegenheit bekommen, die eigene Meinung, eigene Wünsche und auch die persönlichen Grenzen zu formulieren. Wenn sich bspw. eine Angehörige nicht vorstellen kann, ihren sterbenden Mann bis zu seinem Tod zuhause zu versorgen, obwohl dies sein ausdrücklicher Wunsch ist, sollte versucht werden, die dahintersteckenden Ängste und Nöte der Ehefrau zu erfahren. Wenn es nicht gelingt, diese durch unterschiedliche Hilfsangebote aus dem Weg zu räumen und auch keine anderen Zugehörigen die Versorgung übernehmen können, sollten alternative Versorgungsmöglichkeiten thematisiert werden. Ziel der Sozialen Arbeit ist es dabei immer, eine für alle tragfähige Lösung zu entwickeln.

**Mithilfe bei der Erstellung des Betreuungs- und Behandlungsplanes.** SozialarbeiterInnen werden oft zu PatientInnen gerufen, mit einem klaren Auftrag, der sich aus der medizinischen Einschätzung ableitet. SozialarbeiterInnen kommen nach einem ausführlichen psychosozialen Anamnesegespräch immer wieder aber zu einer anderen Bewertung der aktuellen Situation, da sie um bedeutende psychosoziale Aspekte wissen, die die anderen Professionen nicht kennen. Sie orientieren sich – wann immer möglich – an den Wünschen der PalliativpatientInnen und ihrer Zugehörigen. Dies lässt sie intervenieren, um diesen Wünschen und Bedürfnissen eine Stimme im Palliative Care Team zu verleihen. Dabei werden SozialarbeiterInnen manchmal als störend erlebt, als diejenigen, die den Entscheidungsprozess verlangsamen. Wenn es aber gelingt, transparent zu machen, dass ihre Interventionen zu einer Verbesserung der Betreuung der PatientInnen und deren Zugehörigen führen, werden SozialarbeiterInnen auch von den anderen Teammitgliedern als hilfreich wahrgenommen (Nau, 2014).

**Unterstützung und Entlastung des Teams.** Es ist entlastend für Teammitglieder, wenn Störungen in der Betreuung der PatientInnen oder innerhalb des Teams angesprochen und reflektiert werden können. Soziale Arbeit sollte Konflikte, Störungen oder emotionale Belastungen der Teammitglieder im Rahmen der interprofessionellen Teambesprechung ansprechen. Dabei müssen SozialarbeiterInnen dafür sorgen, dass weder hierarchische Unterschiede innerhalb des Teams noch die Angst, als »unprofessionell« zu gelten, dazu führen, dass sich manche Teammitglieder nicht trauen, von ihren Problemen im Team offen

zu berichten. Falls ein einzelnes Teammitglied besonders emotional belastet ist, kann der/die SozialarbeiterIn auch ein kollegiales Coaching anbieten. Durch sozialarbeiterische Interventionen wird so der Zusammenhalt im Team gefördert, Aktivitäten werden gebündelt, und die Zusammenarbeit wird optimiert.

**Gewinnung, Befähigung und Betreuung Ehrenamtlicher.** Häufig sind es SozialarbeiterInnen, die in ambulanten Hospizdiensten die Koordinationstätigkeiten übernehmen. Darunter fallen die Gewinnung, die Befähigung und die Begleitung der ehrenamtlichen HospizhelferInnen. Weil kein Mensch, kein Krankheitsverlauf, kein Sterbeprozess dem anderen gleicht, müssen erlerntes Wissen und eingeübte Fertigkeiten stets auf die neue Begleitungssituation angewandt werden. Dazu benötigen auch geschulte ehrenamtliche HelferInnen fortlaufende fachliche Begleitung. Neben einer Einzelbegleitung sind SozialarbeiterInnen auch für Gruppenangebote zuständig, z. B. die Organisation von Supervisions- und Fortbildungsangeboten. Zudem stellen die SozialarbeiterInnen auch die Verbindung her zu den professionellen Teams, sorgen für regelmäßigen Informationsaustausch und vermitteln auch hier bei Konflikten (Gratz, 2014).

## Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Um den komplexen und vieldimensionalen Bedürfnissen von PalliativpatientInnen und ihren Zugehörigen gerecht zu werden, brauchen Palliative Care Teams eine interprofessionelle Teamkultur. Jede Berufsgruppe muss sich immer wieder aufs Neue fragen, ob sie wirklich bereit ist, interprofessionell zu arbeiten, d. h., sich wirklich auf ein Miteinander mit den anderen Professionen einzulassen – auch wenn dies bedeutet, dass man ein Stück weit die eigene Position aufgeben muss.

Soziale Arbeit leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur psychosozialen Begleitung der PatientInnen und ihrer Familien, hat aber auch die anderen Teammitglieder im Blick. Durch unterschiedliche Interventionen für das Team trägt die Soziale Arbeit dazu bei, Belastungen innerhalb des Teams abzubauen und den Teamzusammenhalt zu verbessern. Für die Ausweitung der Leistungen für das Team ist die feste Verankerung der Profession Soziale Arbeit im Palliative Care Team Voraussetzung. Außerdem braucht es unbedingt ein klares Mandat von der Leitung für Leistungen der Sozialen Arbeit für das Team bzw. für einzelne Teammitglieder. Zudem müssen die SozialarbeiterInnen von den anderen Teammit-

gliedern als neutrale VermittlerInnen und UnterstützerInnen anerkannt sein. Dies ist nur möglich, wenn der Auftrag an die SozialarbeiterInnen transparent ist und von den anderen Professionen so akzeptiert wird.

Tod und Sterben sind Themen, die neben Wissen und Fähigkeiten auch die persönliche Auseinandersetzung mit diesen Themen voraussetzen, um empathisch Reaktionen bei anderen wahrnehmen und kompetente Hilfestellung geben zu können. Aus diesem Grund sollten SozialarbeiterInnen eine Palliative Care Weiterbildung besuchen, um ihre bereits vorhandenen Kompetenzen in diesem Tätigkeitsfeld zu festigen und zu vertiefen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, hat die Soziale Arbeit das Potenzial, die Teamentwicklung zu fördern, Belastungssituationen abzubauen und letztlich auch dadurch die Begleitung der PatientInnen und ihrer Zugehörigen zu optimieren.

## Literatur

- Ben-Sira, Z. & Szyf, M. (1992). Status inequality in the social worker-nurse collaboration in hospitals. *Social Sciences & Medicine*, 34(4), 365-374.
- Bitschnau, K. W. (2007). Palliative Care und Sozialarbeit. In C. Knipping (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (Reihe: Programmbereich Pflege; 2., durchges. u. korrig. Aufl.; S. 96-100). Bern: Huber.
- Dix, O. & Glickman, M. (1997). *Feeling better: Psychosocial care in specialist palliative care* (Reihe: Occasional paper, Bd. 13). London: National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services.
- Erben, C. (2001). *Sterbekultur im Krankenhaus und Krebs: Handlungsmöglichkeiten und Grenzen Sozialer Arbeit* (Reihe: Edition Neuer Diskurs, Bd. 5). Oldenburg: Dialogische Erziehung.
- Gratz, M. (2014). Begleitung der ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Reihe: Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 11; S. 155-160). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kulys, R. & Davis, M. A. (1987). Nurses and social workers: rivals in the provision of social services? *Health & Social Work*, 12(2), 101-112.
- Nau, H. (2014). Teammitglieder. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Reihe: Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 11; S. 76-81). Stuttgart: Kohlhammer.
- Reese, D. J. & Sontag, M.-A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 26(3), 167-175.
- Schüsler, N. (2012). Herausforderungen für das Team. In M. W. Schnell & C. Schulz (Hrsg.), *Basiswissen Palliativmedizin* (Reihe: Springer-Lehrbuch; S. 250-255). Berlin: Springer.
- Wasner, M. (2011). Soziale Arbeit in Palliative Care: Gestern, heute und morgen? *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12(3), 116-119.
- Wasner, M. (2014). Aktuelle Situation in Deutschland. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Reihe: Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 11; S. 53-57). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wasner, M. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Reihe: Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 11; S. 161-164). Stuttgart: Kohlhammer.

# Die stumme Mehrheit rückt ins Blickfeld: Angehörigenedukation als wichtige Komponente in der häuslichen Pflege

Ingrid-Ulrike Grom

Auf unserer Erde leben nur Angehörige! Denn kein Mensch lebt in einem Vakuum – er hat Angehörige, und er ist selbst auch Angehöriger. Mit diesen simplen Wahrheiten soll der Blick auf die Pflege von Angehörigen gelenkt werden, denn in dieser Situation verdichten sich zwischenmenschliche Beziehungen in oft ungeahntem Ausmaß und lassen immer Spuren zurück: Sie reichen von ganz schwierig bis hin zu gelungenem Abschied.

Schon in der Steinzeit wurden erkrankte oder verwundete Menschen von ihren Familienmitgliedern bzw. Stammesgenossen gepflegt, allerdings hing dies immer auch mit der Ernährungslage zusammen. War ausreichend Verpflegung da, konnte ein krankes Familienmitglied mit gepflegt werden, wenn nicht, dann musste man es zurücklassen. Was pflegerisch getan wurde, weiß man natürlich nicht, aber dass gepflegt wurde, zeigen verheilte Knochenbrüche, die der Kranke ohne Hilfe nicht überlebt hätte. Selbst lebensgefährliche chirurgische Eingriffe wie Schädeltrepanationen haben Menschen überlebt, wie neu gebildeter Knochen an solchen Funden zeigt (vgl. Wolf & Wolf, 2011, S. 14ff.)

In der modernen Zivilisation haben sich neben Krankenhäusern mittlerweile zahlreiche Einrichtungen entwickelt, die auf die Pflege von Menschen ausgerichtet sind. In jedem Fall seit der Nachkriegszeit und mit besonderem Tempo ab der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre hat sich eine

Vielzahl unterschiedlicher Dienstleister im Gesundheits- und Pflegebereich etabliert (vgl. Panke-Kochinke, 2001/2003).

Dabei galt bislang die häusliche Pflege jedoch als selbstverständlich. Sie wurde in irgendeiner Form von Familienmitgliedern gleich welchen Grades mitgeleistet. Bis in die 1990er-Jahre hinein waren jedoch in Kliniken Angehörige ein unliebsames Anhängsel, denen man sich oft zwangsläufig – zusätzlich zur allumfassenden PatientInnenversorgung – auch noch widmen musste (Kuhlmann, 2002).

Die Sozialgesetzgebung garantiert juristischen Anspruch auf Versorgungsleistungen. Interessant in unserem Kontext ist nun, dass Ende 2003 der Gesetzgeber ins Elfte Buch der Sozialen Pflegeversicherung den § 45 SGB XI einführte, der die Pflegekassen dazu auffordert, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen kostenfrei anzubieten.

## Der lange Weg von der Selbstverständlichkeit zur öffentlichen Wahrnehmung

Was wird durch diesen Schritt offenkundig? Nun, wenn ein Mensch verunfallt oder erkrankt, wird nicht nur sein Leben aus einem vertrauten Lebensgefüge, -rhythmus und -gefühl herausgerissen. Auch seine Angehörigen werden eingezogen in den Strudel der Ereignisse, die

da sind: ziffache Untersuchungen, angeordnete Maßnahmen – operativ und therapeutisch –, Miterleben der Therapie, Einfluss der prognostischen Einschätzung mit den Perspektiven auf die weitere Lebensführung und vieles mehr.

Die Folgen eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung sind kein isoliertes Geschehen, sondern multidimensional und brauchen multimodale Formen der Behandlung und Begleitung. Der Krankheitsprozess scheint global alle und alles in seinen Bann zu ziehen. Mögen auch Operationen und Medikamente zunächst gut helfen, so wirken sich die emotionalen Belastungen stark verunsichernd und blockierend aus. Gerade auch bei erblich bedingten Krankheiten fühlen sich die – in einer verwandtschaftlichen Verbindung stehenden – Familienmitglieder plötzlich wie von einem Damoklesschwert verfolgt, denn sie könnten ja in gleicher Weise betroffen werden.

Wenn die Folgen eines Unfalls bleibende Beeinträchtigung nach sich ziehen resp. die Krankheit nicht heilbar ist, folgt ein steiniger Weg im Auf und Ab der Hoffnungen und Verzweiflungen, der Schmerzen, Wunden, körperlichen und psychischen Belastungen. Auf absehbare Zeit wird immer mehr pflegerische Unterstützung notwendig, zumeist in der eigenen Häuslichkeit. An erster Stelle stehen die Angehörigen für die vielfältigen Hilfen,

### Anzeige



**ZKS Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit**

#### ■ Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

##### Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

##### Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

##### Informationen erhalten Sie bei:

- Gerhard Klug, E-Mail: [gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de](mailto:gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de)
- Website der ZKS: [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de)



**ZKS  
VERLAG**

#### ■ Spezialisierter Fachverlag der ZKS

##### Angebote des Verlags:

- Veröffentlichungen als PDF downloaden
- Filme und Interviews online anschauen
- hoher Verbreitungsgrad
- fachlich-wissenschaftliches Umfeld der Veröffentlichungen
- hohe wissenschaftliche Standards
- kostenlos

##### Bewerbung und Information:

- eigene Artikel und Publikationen senden Sie an: [einreichen@zks-verlag.de](mailto:einreichen@zks-verlag.de)
- Weitere Informationen erhalten Sie unter: [www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)

nicht zu vergessen, dass sie durch das lebensverändernde Ereignis 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr mental und psychisch beansprucht sind.

Die bislang für selbstverständlich gehaltenen innerfamiliären Anstrengungen, die geleistet werden müssen, um ein krankes Familienmitglied daheim mitzuversorgen, scheinen eingebrochen zu sein. Schlagwortartig zu nennen ist der sog. demografische Wandel, der Kinder in den mittleren Jahren Eltern ihrer Kinder und Pflegende ihrer Eltern werden lässt. Dies ist sicherlich auch deshalb besonders, weil viele der pflegenden Kinder, zumeist sind es die Töchter, heutzutage auch berufstätig sind (ausführliche Analyse zur Situation pflegender Angehöriger vgl. Meyer, 2007).

Hinzu kommen die immer kürzeren Verweildauern in den Kliniken, gefolgt von zahlreichen nachgeordneten Einrichtungen, die ausschließlich »Verschiebebänke auf Zeit« sind. Nur das Pflegeheim ist ein Ort auf oft lange Zeit, an dem man bleiben kann bis zum Schluss, also bis zum Versterben.

Betrachten wir die Statistik, so lässt sich sagen: *Der weltgrößte ambulante Pflegedienst heißt Familie!* Ob nun aus individueller Verbundenheit und Verbindlichkeit oder sozialmoralischer Verpflichtung (vgl. Gouldner, 1973/1984) – die Pflege von schwer erkrankten Familienmitgliedern wird zu zwei Dritteln von Angehörigen geleistet (Abb. 1).

Immerhin werden Angaben des Familienministeriums zufolge in Deutschland von den 2,38 Millionen Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, mehr als 1,6 Millionen Menschen zu Hause versorgt (vgl. dpa, 2011).

Pflegende Angehörige sind nicht zuletzt auch Fachkräfte in allen Professionen, und zwei Drittel der v.a. weiblichen Berufstätigen geben ihre Arbeit zugunsten der häuslichen Pflege auf, weil die Bedingungen am Arbeitsplatz dauerhaft nur schwer auf die Pflege daheim abzustimmen sind. Zwar wird pflegenden Angehörigen mit dem neuen Familienpflegezeitgesetz vom 1.1.2012 die Möglichkeit gegeben, die Arbeitszeit den Erfordernissen der Pflegesituation anzupassen. Jedoch gibt es bereits heute kritische Stimmen, die die Vereinbarkeit von Beruf und häuslicher Pflege damit nicht erleichtert sehen (ZQP, 2011).

Seit Ende der 1980er-Jahre werden pflegende Angehörige als Forschungsgegenstand in Deutschland thematisiert. Die Ergebnisse sind bis heute unverändert aktuell: »Infolge der Pflegebelastung werden ca. 1/3 der pflegenden Angehörigen krank (Bösch et al., 1988; Grond, 1994). Starke emotionale und körperliche Belastungen können für pflegende Ehe-

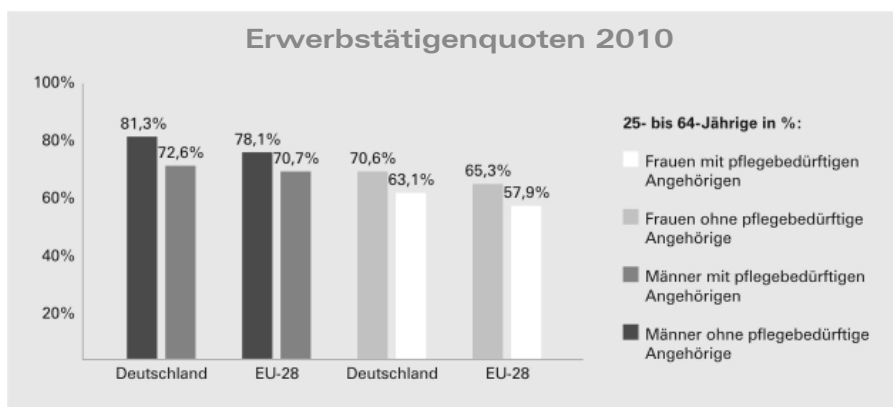


Abbildung 1: Erwerbstätigenquoten mit und ohne pflegebedürftige Angehörige (Statistisches Bundesamt, 2014)



Abbildung 2: 12-Phasen-Modell des Burn-out-Zyklus (nach Freudenberger & North, 1983/1992, S. 123)

partnern das Mortalitätsrisiko um bis zu 64% erhöhen (Schulz & Beach, 1999). Für die gesamte Familie Pflegebedürftiger entstehen durch die Pflegeleistung erhöhte Erkrankungsrisiken (Görres, 1993). Nicht nur punktuelle Stressoren, sondern auch länger anhaltende Belastungen zeigen Auswirkungen auf die Verfassung der pflegenden Angehörigen (Faltermaier, 1988)« (DEGAM, 2005, S. 6).

Und nicht zuletzt ist aus der Armutsforschung bekannt, dass v.a. länger anhaltende häusliche Pflege ein wesentlicher Grund für Verarmung ist. Dies belegen auch aktuelle Berichte (Brandstetter & Panitz, 2008). Untersuchungen zeigen auch, dass gerade pflegende Frauen ein Armutrisiko für ihr eigenes Alter tragen (Sellach & Enders-Dräger, 2000).

Obwohl die Fakten hinlänglich bekannt sind, hat sich die Lage der Betroffenen bis heute jedoch nicht wesentlich verbessert. Die zwischenzeitlich entwickelten Unterstützungsangebote scheinen oft nicht bekannt zu sein und auch nicht ausreichend zu greifen. Denn weiterhin wird familiäre Pflege als selbstverständlich angesehen und erfährt kaum weder gesellschaftliche Anerkennung noch angemessene Unterstützung. Pflegende Angehörige rangieren mittlerweile weit oben in der Burn-out-Skala (ebd.).

Doch es haben sich zwischenzeitlich probate Hilfsangebote für pflegende Angehörige entwickelt, die ihnen praxisfundiert Unterstützung durch Schulung und Begleitung fachgerechte Hilfe vermitteln. Gerade das Dresdner Modell der Angehörigenedukation® hat dabei eine gute Resonanz gefunden, denn es fußt auf den pädagogischen Prinzipien der fachlichen Vermittlung, des konkreten Übens und des Erfahrungsaustauschs. Seit 2004 werden in der Dresdner Angehörigen-schule, die von der Autorin im Ehrenamt aufgebaut wurde, themenspezifische Kurse in unterschiedlicher Modulstärke für pflegeunterstützende Angehörige angeboten (Abb. 2).

### Angebote, Nachfrage und praktische Hilfe

Eine einfache Internetrecherche zu den Stichworten »Burn-out« und »Hilfe« unter [www.google.de](http://www.google.de) ergibt ungefähr 784.000 Ergebnisse. Man kann darauf schließen, dass das Thema nicht nur eine gewisse gesellschaftliche und mediale Präsenz, sondern auch Brisanz hat.

Das Gros der Angebote für pflegende Angehörige besteht in Beratung, in den letzten Jahren wurden zunehmend auch

Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige aufgebaut. Ungeachtet der persönlichen Wertschätzung der Arbeit dieser Einrichtungen belegen Studien (vgl. hierzu die Erhebungen von Eurofamcare, [www.uke.de/extern/eurofamcare.de](http://www.uke.de/extern/eurofamcare.de)) auch, dass ihre Effizienz – dem Hauptproblem geschuldet – wenig dauerhaft und nachhaltig ist.

Die Situation von pflegenden Angehörigen lässt sich vergleichen mit »Vokabeln lernen während des Achterbahnfahrens«. Sie stehen unter hohem emotionalem Stress, der es oft unmöglich macht, in einer Beratungssituation die jeweiligen für sie relevanten Empfehlungen aufzunehmen. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann zwar grundsätzlich hilfreich sein, aber die Legitimationsschwelle ist weit höher als bei der Teilnahme an einem Pflegekurs.

Wie kann nun eine Unterstützung aussehen, die die bestehenden Angebote sinnvoll ergänzt und die Betroffenen zusätzlich praktisch und nachhaltig fördert?

### Das Dresdner Modell für Angehörigenbildung®

Durch die Entwicklung des Dresdner Modells für Angehörigenbildung® ist ein pädagogisches Konzept entstanden, das für alle Betroffenen – PatientInnen und ihre Angehörigen – viel Wissenswertes, Nützliches, Praktisches und Praktikables beinhaltet. Nicht zuletzt profitieren auch ÄrztInnen von dieser pädagogischen Anleitung und Begleitung der Angehörigen, da den Angehörigen in den Kursen vieles von dem sachlich Allgemeinen vermittelt wird, was der Arzt in Einzelgesprächen in der Kürze der Zeit zu erläutern versucht.

In Schulungen erfahren die Angehörigen Wesentliches zum Krankheitsbild und seinen Folgen. Pflegerische Verrichtungen und der Umgang mit Heil- und Hilfsmitteln werden nicht nur theoretisch gelehrt, sondern auch praktisch eingeübt, sozialrechtliche Fragen werden geklärt, eigene Ressourcen reflektiert und – im Falle einer finalen Perspektive – werden auch Impulse in der abschiedlichen Begleitung vermittelt.

Die Kurse, die in Modulen unterschiedlicher Anzahl curricular ausgearbeitet sind, zeichnen sich durch hohe Praxisnähe aus, denn die Unterrichtenden kommen aus der unmittelbaren Praxis. Im Unterschied zu Informationsveranstaltungen und Beratung ist Bildung mehr als einmaliges Vermitteln.

Bildung ist interaktives Lehren und Lernen, Reflektieren, Entwickeln, Ausprobieren, Üben und Praxiserfahrung. Angehörigenbildung berücksichtigt die hohe

emotionale Stressbelastung der TeilnehmerInnen und bietet durch die praktischen Anwendungen z. B. der Heil- und Hilfsmittel neue Erlebnisweisen, die sich unmittelbar stressreduzierend auswirken.

Angehörigenbildung ermöglicht Klärung durch gezielten Einsatz patientInnen- und angehörigorientierter Informationen über die Ursachen und den Verlauf von Krankheiten, über therapeutische Möglichkeiten und Perspektiven. Angehörigenbildung ist interaktiv durch praktische Übungen, sie fördert Kommunikation und Öffnung für Neues.

PatientInnen- und Angehörigenbildung hat sich in den letzten 40 Jahren, beginnend in den USA, danach in Großbritannien und Italien und ab den 1980er-Jahren auch in Deutschland – jedoch leider nur vereinzelt – als probates pädagogisches Instrument in der medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Begleitung bewährt und etabliert (vgl. Grom, 2011).

Recherchen belegen, dass es mittlerweile etliche Angebote, auch Schulungen für pflegende Angehörige gibt. Sucht man die Orte auf der Deutschlandkarte, so sind die Angebote vereinzelt und weit verstreut. Wie aus der Eurofamcare-Studie ([www.uke.de/extern/eurofamcare.de](http://www.uke.de/extern/eurofamcare.de)) hervorgeht, sind die Angehörigen oft nicht dazu informiert.

Das »Dresdner Modell für Angehörigenbildung®« ist eng verknüpft mit der Angehörigenbildung, um in Zusammenarbeit mit den vor Ort bestehenden Einrichtungen die PartnerInnen fachlich zu integrieren, das inhaltliche Kursprofil entsprechend auszudifferenzieren und um zusätzlich wohnortnahe Kurse anbieten zu können.

Die Angehörigenbildung ist ein Ort für Beratung, Bildung und Begleitung, an dem betroffene Angehörige kontinuierlich ein Höchstmaß an fachlicher Anleitung für ihren Pflegeauftrag erhalten.

Des Weiteren ist sie eine Plattform, auf der das Thema pflegende Angehörige vielseitig bearbeitet wird und Angehörige auch öffentlich Gehör finden. Gerade angesichts des immer mehr beklagten Fachkräftemangels ist es im Besonderen für Unternehmen wichtig, das Attribut »pflegefreundlicher Betrieb« praktisch zu realisieren. Hier will die Angehörigenbildung für die Unternehmen entsprechende Unterstützung leisten.

### Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir zukünftig nicht nur Angehörige sehr bewusst ansprechen und ihnen Informationen und Beratung anbieten, sondern sie v. a. fachlich anleiten. Dadurch werden sie nicht nur befähigt, Zuwendung und Für-

sorge für die nahestehenden PatientInnen zu leisten, sondern durch ihre eigene fachliche Anleitung erfahren sie hilfreiche Impulse, wie diese Pflege leichter gelingen kann. Durch die Gruppenschulungen können sie Kontakt zu Gleichbetroffenen und Gleichfahrenen finden. Aus der Kontinuität des Kurses entstehen neue Verbindungen. Sie helfen, die soziale Isolierung zu überwinden, die nicht selten mit häuslicher Pflege einhergeht. In diesem Sinne wird Angehörigenbildung immer mehr zu einer wichtigen Strategie in der Zukunft der PatientInnenversorgung.

### Literatur

- Bösch, J., Rothlin, S. & Trüllinger, E. (1988). Belastungen und Entlastungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger. *Sozial- und Präventivmedizin*, 33(4-5), 210-216.
- Brandstetter, B. & Panitz, L. (2008). Warum Pflege viele Menschen in die Armut treibt. *Welt am Sonntag*, 13.07.2008.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2005). *Pflegende Angehörige* (Reihe: DEGAM-Leitlinie, Bd. 8). Düsseldorf: DEGAM. Online verfügbar: [www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-06\\_PA\\_003.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-06_PA_003.pdf) [12.11.2014].
- Deutsche Presseagentur (dpa). (2011). Berufstätige können Pflegezeit nehmen. *Die Zeit*, 23.03.2011. Online verfügbar: [www.zeit.de/karriere/beruf/2011-03/pflegezeit-beruf](http://www.zeit.de/karriere/beruf/2011-03/pflegezeit-beruf) [12.11.2014].
- Faltermeier, T. (1988). Notwendigkeit einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption. In L. Brüderl (Hrsg.), *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung* (Reihe: Materialien; S. 46-62). Weinheim: Juventa.
- Freudenberger, H. J. & North, G. (1992). *Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins*. Frankfurt: Krüger (englisches Original erschienen 1983).
- Görres, S. (1993). Familienpflege und Angehörigenkarrieren. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26(5), 378-385.
- Gouldner, A. W. (1984). Die Norm der Reziprozität. Eine vorläufige Formulierung. In A. W. Gouldner (Hrsg.), *Reziprozität und Autonomie* (S. 79-117). Frankfurt: Suhrkamp (englisches Original erschienen 1973).
- Grom, I.-U. (2011). Dresdner Modell der Angehörigenbildung. In S. Kränzle, U. Schmid & C. Seeger (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (4., überarb. u. erw. Aufl.; S. 39-47). Berlin: Springer.
- Grond, E. (1994). Können pflegende Angehörige »Sinn suchen«? Zur Pflegesituation pflegender Angehöriger. *Pflegen ambulant*, 5(1), 29-32.
- Kuhlmann, B. (2002). Die Situation von Angehörigen auf einer Intensivstation. *intensiv*, 10(6), 250-255.
- Meyer, M. (2007). *Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Hamburg: Eurofamcare. Online verfügbar: [www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare\\_germany\\_de\\_final\\_a4.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_germany_de_final_a4.pdf) [12.11.2014].
- Panke-Kochinke, B. (2003). *Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch* (2., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Mabuse (Erstaufl. erschienen 2001).
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effects Study. *The Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219. Online verfügbar: [www.ucsir.pitt.edu/files/schulz/JAMACaregiving1999\\_000.pdf](http://www.ucsir.pitt.edu/files/schulz/JAMACaregiving1999_000.pdf) [12.11.2014].
- Sellach, B. & Enders-Drägässer, U. (2000). *Ursache und Umfang von Frauenarmut. Gutachten der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V. (GSF e.V.)*. Frankfurt: GSF. Online verfügbar: [www.gsfv.de/pdf/ursachen\\_frauenarmut.pdf](http://www.gsfv.de/pdf/ursachen_frauenarmut.pdf) [12.11.2014].
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2011). *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Kurzbericht zur ZQP-Unternehmensbefragung (Forsa)*. Berlin: Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege. Online verfügbar: [www.zqp.de/upload/content.000/id00046/attachment00.pdf](http://www.zqp.de/upload/content.000/id00046/attachment00.pdf) [12.11.2014].

## Rezension

### Zur »Karriere« Sozialer Arbeit

Juliane Wahren

Die wissenschaftstheoretische Arbeit nimmt die Rekonstruktion und sozialhistorische Analyse der Entwicklung der Sozialen Arbeit in den Blick. Sie leistet einen Beitrag zur Professions- und Professionalisierungsdebatte in der Sozialen Arbeit im Spannungsfeld zwischen Praxis, Theorie, Wissenschaft und Ausbildung, zwischen Profession und Disziplin.

Beginnend mit der Darstellung der Sozialen Arbeit als wissenschaftlich fundierte Praxis, deren wissenschaftstheoretischer Durchdringung und Einordnung als integrative Handlungswissenschaft, schließen sich Theoriebildung und -systematik sowie grundlegende Aspekte der Profession Soziale Arbeit mit Bezug auf Handlungskompetenz, Berufsethos und Berufskodex im ersten Kapitel an. Nachfolgend thematisiert Motzke im zweiten Kapitel die professionssoziologische Perspektive als Analyseinstrument für die Soziale Arbeit als Beruf und Profession in Deutschland. Nach einer Einführung in die soziologische Professionsforschung und den Gegenstand der Professionssoziologie bietet Motzke einen Überblick über Diskurse und Positionen von theoretischen Ansätzen zur Professions- und Pro-

fessionalisierungsdebatte. Die Weiterentwicklungen sowohl des Diskurses als auch des Gegenstandes »Profession« mit Verweis auf Bezüge der Wissenssoziologie runden das zweite Kapitel ab.

Im dritten Kapitel zeichnet die Autorin die historische Entwicklung der Sozialen Arbeit als Profession von den Anfängen bis zur Gegenwart nach. Vor dem Hintergrund der sozialhistorischen Einordnung und theoriegeschichtlichen Differenzierung bietet sie einen Überblick über den Professions- und Professionalisierungsdiskurs der Sozialen Arbeit, ausgehend von frühen Ansätzen – der Verberuflichung der Sozialen Arbeit (ca. 1900 bis 1970) – über klassische Positionen (ca. 1970 bis 1985) bis hin zu neueren Standpunkten (ca. 1985 bis heute). Abschließend zieht Motzke ein Resümee, in welchem sie die Inhalte der vorangegangenen Kapitel zusammenfasst, bewertet und die Bedeutung des Werkes für die Systematisierung des Fachwissens und für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit betont, und schließt mit einem Ausblick auf die Zukunft der Sozialen Arbeit als Profession. Hier stellt die Autorin das Alleinstellungsmerkmal Sozialer Arbeit – deren Multifunktionalität – zur Lösung multidimensionaler Problemlagen in multiprofessionellen Teams heraus. Der oft

kritisierte »Makel« der Sozialen Arbeit, das Fehlen einer eigenen Identität wird im Zuge der Professionalisierungsdebatte und der zunehmenden theoretischen Fundierung der Sozialen Arbeit als Vorteil gegenüber »klassischen« Professionen hervorgehoben.

Insbesondere für LeserInnen, die bereits einen ersten Einblick in die Professions- und Professionalisierungsdebatte der Sozialen Arbeit haben, ermöglicht das Buch eine Vertiefung und Zusammenschau der Überschneidungen und Differenzen der unterschiedlichen Strömungen und Ansätze in ihrem geschichtlichen Verlauf. Die Autorin zeigt Chancen, Risiken und Tendenzen der Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit von der »sozialen Hilfstätigkeit« hin zu einer selbstbewussten Profession, im Zusammenwirken von PraktikerInnen, Lehrenden und Forschenden der eigenen Profession und Disziplin, in transdisziplinärer Zusammenarbeit mit angrenzenden Disziplinen und Professionen auf.

*Motzke, Katharina (2014). Soziale Arbeit als Profession. Zur Karriere »sozialer Hilfstätigkeit« aus professionssoziologischer Perspektive (Reihe: Schriften der KatHO NRW, Bd. 19). Opladen: Budrich. 263 Seiten. ISBN 978-3847401544. 33,00 EUR*

## Rezension

### Hausbesuche in der Sozialen Arbeit

Juliane Wahren

Susanne Gerull greift in ihrem Buch »Hausbesuche in der Sozialen Arbeit« eine Fragestellung aus der Praxis der (Klinischen) Sozialen Arbeit auf. Ihre explorative Studie hat zwei Ziele: Erstens soll die Arbeit einen Beitrag zur Entwicklung eines arbeitsfeldübergreifenden Passungsmodells für Hausbesuche leisten. Dieses sollte ressourcen- und motivationsorientiert, nahe an der Klientel, effektiv und qualitativ hochwertig sein. Gerulls Anliegen ist die Entwicklung arbeitsfeldübergreifender Standards für die Planung, Durchführung und Nachbearbeitung gelingender Hausbesuche in der Sozialen Arbeit. Zweitens möchte sie die Ergebnisse der Untersuchung an die Praxis zurückgeben und dort zur Diskussion stellen. Gerulls Anliegen ist die Entwicklung arbeitsfeldübergreifender Standards für die Planung, Durchführung und Nachbearbeitung gelingender Hausbesuche in der Sozialen Arbeit.

Das Buch weist den klassischen Aufbau einer Forschungsarbeit auf. Beginnend mit einer Einleitung, die persönliche Motivation, Ausgangssituation, Begriffsklärungen, Darlegung und Diskussion von Argumenten, die für oder gegen Hausbesuche sprechen, und den Aufbau des Buches umfasst, geht Gerull im zweiten Kapitel auf den Forschungsstand zu Hausbesuchen in der Sozialen Arbeit ein. Dabei betrachtet sie Geschichte und rechtliche Grundlagen, Anlässe und Ziele, Dilemmata und Paradoxien, fachliche Standards, Wirksamkeit und die Systematisierung von Hausbesuchen. In Kapitel drei skizziert die Autorin das methodische Vorgehen der Untersuchung anschaulich.

Anschließend präsentiert sie in den Kapiteln vier und fünf die Ergebnisse der Erhebung. Zunächst werden Anlässe und Ziele, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Hausbesuchen in verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit aus Sicht der KlientInnen als auch der Professionellen dargestellt. Kapitel fünf beschäftigt sich mit erfolgreichen und problematischen Hausbesuchen, wobei subjektive Definitionen für erfolgreiche Hausbesuche das Kapitel einleiten. Anschließend beschreibt Gerull, welche Strategien die Interviewten für ein Gelingen von Hausbesuchen für sinnvoll erachten. In Kapitel sechs setzt die Autorin ausgewählte Resultate ihrer Studie ins Verhältnis zu den Ergebnissen des Forschungsstandes, vergleicht, diskutiert und bewertet diese. In Anlehnung an das Forschungsinteresse, wie Hausbesuche in der Sozialen Arbeit gelingen können und welche Standards dafür bedeutsam sind, diskutiert Gerull eine Systematisierung von Hausbesuchen, deren Wirksamkeit und Erfolg. Sie kritisiert, dass der Erfolg von Hausbesuchen häufig nach Bauchgefühl bemessen wird und Beurteilungskriterien bislang fehlen. Ferner greift sie Dilemmata und Paradoxien Sozialer Arbeit im Kontext von Hausbesuchen auf (z. B. Nähe vs. Distanz, Hilfe vs. Kontrolle, Allmacht vs. Ohnmacht). Den zwischen zwei Polen liegenden Handlungsspielraum stellt die Autorin als Spezifika Sozialer Arbeit heraus und unterbreitet Vorschläge für Standards bzw. Arbeitsprinzipien bei Hausbesuchen in der Sozialen Arbeit.

Im siebten Kapitel, Fazit, entwickelt Gerull eine (eher theoretisch-schematische) Systematisierung von Hausbesuchen nach ihren Zielsetzungen und untergliedert diese je nach

Grad der Prävention bzw. Intervention in primär, sekundär oder tertiär präventiv. Daraufhin stellt die Autorin einen Strukturierungsvorschlag für die Entwicklung von Hausbesuchskonzeptionen dar. Diesen gliedert sie in Planung, Durchführung sowie Nachbereitung und stellt einen starken Praxisbezug her. Der Ausblick auf offene Forschungsfragen und auf eine hier in Ansätzen erfolgte Entwicklung einer Handlungstheorie aus der Praxis der Sozialen Arbeit heraus rundet das Kapitel ab. Den Abschluss des Buches bildet Kapitel acht mit einem umfassenden Literaturverzeichnis sowie einem Anhang, der u. a. die Interviewleitfäden der SozialarbeiterInnen bzw. KlientInnen umfasst. Irritierend wirkt in dem gut nachvollziehbar gegliederten Buch die durchweg verschiedenartige Angabe von Quellen.

Mit ihrer innovativen arbeitsfeldübergreifenden Fragestellung weist Gerull auf eine bislang wenig beachtete Lücke in der fachlich fundierten Sozialen Arbeit hin und versucht zu deren Schließen beizutragen. Die Umsetzung der vorgestellten Konzeptionskizze für Hausbesuche könnte in der Praxis dazu beitragen, die Legitimation von Hausbesuchen und die Transparenz gegenüber Kostenträgern zu erhöhen. Interessant dürfte dieses Buch für alle (Klinischen) SozialarbeiterInnen sein, die Hausbesuche durchführen und durch eine erhöhte Systematisierung von Planung, Durchführung und Nachbearbeitung eine bessere Passung der Hilfen anstreben.

*Gerull, Susanne (2014). Hausbesuche in der Sozialen Arbeit. Eine arbeitsfeldübergreifende empirische Studie. Leverkusen: Budrich. 263 Seiten. ISBN 978-3-8474-0196-4. 19,90 EUR*