

SOZIALE ARBEIT IN HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE

Standards, Kompetenz- und Tätigkeitsprofil | Juni 2018



Österreichische
PalliativGesellschaft

NEUBEARBEITUNG STANDARDS „SOZIALE ARBEIT IM BEREICH PALLIATIVE CARE“

(Standardvorgabe des Dachverbandes Hospiz Österreich, vom Vorstand beschlossen am 29. Jänner 2003)

durch die Arbeitsgruppe „Palliativsozialarbeit“ der Österreichischen Palliativgesellschaft.

ARBEITSGRUPPE PALLIATIVSOZIALARBEIT:

Pußwald Bettina DSAⁱⁿ, MSM, Leiterin der AG Palliativsozialarbeit

Mag. (FH) Falkner Angelina

Mag. (FH) Gruber Werner

Jenni Fritz DSA

Kernmayer Barbara DSAⁱⁿ

Mag. (FH) Kranebitter Alexandra

Mayer-Schulz Barbara DSAⁱⁿ

Reitmeir Ulrike DSAⁱⁿ

Sutterlüty Rita BA

Wörz Barbara DSAⁱⁿ

SOZIALARBEITSWISSENSCHAFTLICHE BERATUNG:

Prof.ⁱⁿ (FH) Dr.ⁱⁿ Johanna M. Hefel DSAⁱⁿ

Großer Dank ergeht an Frau Prof.ⁱⁿ (FH) Dr.ⁱⁿ Johanna M. Hefel DSAⁱⁿ für die unglaublich hilfreiche und kompetente sozialarbeitswissenschaftliche Beratung und an Herrn Dr. Karl W. Bitschnau MAS - für die wohlwollende Begleitung des Überarbeitungsprozesses.

IN ANLEHNUNG AN:

- European Association for Palliative Care: Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White paper Part 1 (2014) und Part 2 (2015).
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sektion Soziale Arbeit (2012): Profil – Soziale Arbeit in Palliative Care.
- Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW (2016): Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich.

Inhaltsverzeichnis

1 Soziale Arbeit – integraler Bestandteil von Hospiz und Palliative Care	4
2 Grundprinzipien und handlungsleitende Ansätze in der Sozialen Arbeit	6
3 Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit in Hospiz und Palliative Care	8
3.1 Selbstkompetenz	10
3.2 Fallkompetenz	10
3.3 Systemkompetenz	11
3.4 Planungs- und Analysekompetenz	12
3.5 Interaktions- und Kommunikationskompetenz	12
3.6 Reflexions- und Evaluationskompetenz	14
3.7 Kompetenzen zur Evaluation, Praxisforschung und Lehre	14
4 Fachliche Voraussetzungen	15
5 Rahmenbedingungen	16
5.1 Pädiatrische Palliativversorgung	18
6 Tätigkeitsfelder Hospiz und Palliative Care	18
7 Tätigkeitsprofil und Aufgaben	19
7.1 Ressourcen Betroffener stärken und Selbstbestimmung unterstützen	19
7.2 Individuelle und soziale Bedürfnisse erkennen	19
7.3 Die Lebensqualität erhalten und verbessern	20
7.4 Beraten und begleiten	20
7.5 Sonstige Aufgaben	23
Literatur	26

1 Soziale Arbeit – integraler Bestandteil von Hospiz und Palliative Care

Soziale Arbeit ist ein unabdingbarer Bestandteil von Hospiz und Palliative Care. In Österreich schreiben die Kriterien zur Strukturqualität in Hospiz und Palliative Care die Fachkompetenz der Sozialen Arbeit in allen Versorgungsstrukturen von Hospiz und Palliative Care vor. Um die Prozessqualität in Hospiz und Palliative Care gewährleisten zu können ist, Soziale Arbeit in den Prozessabläufen verankert. (Gesundheit Österreich GmbH, 2012)

Hospiz und Palliative Care verfolgen ein ganzheitliches Betreuungskonzept, welches die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren An- und Zugehörigen in den Mittelpunkt stellt. Interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet die Wahrung und Würdigung aller Dimensionen und bildet die Grundlage für das Gelingen von Hospiz und Palliative Care. Psychosoziale Begleitung hat in der Hospiz und Palliative Care einen hohen Stellenwert und muss von allen Mitgliedern des Behandlungs- und Begleitungsteams in unterschiedlicher Ausprägung übernommen werden. Darüber hinaus bedarf es auch eine spezielle Expertise, die die Soziale Arbeit einzubringen hat.

Interkulturelle Aspekte gewinnen aufgrund der fortschreitenden Globalisierung und der signifikanten Chancenungleichheiten innerhalb bestimmter Länder zunehmend an Bedeutung. Anforderungen hinsichtlich interkultureller Faktoren und des kompetenten Umgangs mit Diversitätsaspekten verweisen auf die Spezifikation von Sozialer Arbeit.

Professionelle Sozialarbeiter*innen sind Expert*innen für psychosoziale Problemlagen, ihr Auftrag liegt in der psychosozialen Beratung und Begleitung begründet. Auf Basis des generalistischen Bachelorstudiums, originärem Fachwissen hinsichtlich psychosozialer Prozesse sowie umfangreicher Methodenkenntnisse und spezieller Fachkompetenzen (*siehe hierzu Kapitel 3*) sind sie befähigt, psychosoziale Herausforderungen und Fragestellungen aufzugreifen und entsprechend professionell zu bearbeiten. Ausgehend von Patient*innen werden auch An- und Zugehörige sowie das Umfeld mit seinen bzw. ihren Bedarfen und den dynamischen Beziehungsgeflechten in den Betreuungs- und Begleitungskontext miteinbezogen. Im Feld von Hospiz und Palliative Care müssen die Betroffenen vielfach schwerwiegende Entscheidungen treffen. Diese sind nicht ausschließlich an medizinisch-pflegerisches Fachwissen gekoppelt, vielmehr haben sie oftmals eine existenzielle Tragweite. Soziale Arbeit übernimmt eine wichtige vervollständigende Rolle im

Entscheidungsfindungsprozess. Sie orientiert sich an psychosozialen Bedürfnissen, bringt - in Abstimmung der jeweils individuellen Lebensrealität der Betroffenen - eine ganzheitliche Perspektive ein und bietet Unterstützung und Begleitung hinsichtlich der Lebens- und Alltagsbewältigung an. Im Unterschied zu anderen Professionen ist das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit multiperspektivisch und multidimensional.

Sozialarbeiter*innen sind spezialisierte Generalist*innen, welche sich nicht auf einen einzigen Problembereich spezialisieren und fokussieren. Sie haben es mit unterschiedlichen Menschen und deren Situationen und Problemen zu tun und nehmen daher alle Dimensionen der menschlichen Existenz in den Blick. Sie sind Spezialist*innen für die Komplexität von Lebenslagen und für die daraus folgenden Herausforderungen bzw. Überforderungen. Dementsprechend übernehmen Sozialarbeiter*innen aufgrund ihres Expert*innenstatus sowie fundierter Fachkenntnisse eigenständige Entscheidungen hinsichtlich psychosozialer Interventionen.

Eine lebensbedrohliche Erkrankung kann eine existenzielle Krise auslösen, die viele Bereiche des Lebens umfasst. Es geht daher darum, die emotionale Lage zu stabilisieren, für soziale Unterstützung zu sorgen, mit den Fragen, Ängsten und Bedürfnissen aller Betroffenen achtsam und sensibel umzugehen, konkrete Fragen der Alltagsbewältigung zu klären, Ressourcen ausfindig zu machen und adäquate Hilfen bereit zu stellen. Im Mittelpunkt stehen die Betroffenen in ihrer Verletzlichkeit und mit ihren Bedürfnissen. Dies ist handlungsleitend, wobei die Autonomie der Betroffenen erhalten und gestärkt werden soll. Soziale Arbeit trägt dazu bei, dass schwerkranke und sterbende Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten und unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen mit dem persönlichen Umfeld ihr Leben selbstbestimmt und würdevoll gestalten können.

Eine schwere Erkrankung wirkt sich zumeist negativ auf das Einkommen und die soziale Absicherung aus, was als ein Aspekt des komplexen Bildes des sogenannten sozialen Schmerzes zu sehen ist und worunter die Betroffenen sowie deren An- und Zugehörige besonders leiden. Umfassende Kenntnisse und Beratung hinsichtlich sozialrechtlicher Ansprüche, existenzsichernder Maßnahmen sowie das Aufzeigen sozialer Ungerechtigkeiten durch professionelle Soziale Arbeit kann Abhilfe schaffen und wirkt bewusstseinsfördernd.

Verlust, Trauer, Sterben und Tod sind nach wie vor randständige Themen in unserer Gesellschaft. Soziale Arbeit tritt dem mit hohem Engagement entgegen und ist bestrebt, die Interessen von Hospiz und Palliative Care in den öffentlichen Diskurs zu bringen. Des Weiteren wird auf gesellschaftlicher und sozialpolitischer Ebenen auf die Situation von Palliativpatient*innen sowie deren An- und Zugehörige

aufmerksam gemacht. Lobbying sowie Öffentlichkeitsarbeit gehören zur Grundagenda von Sozialer Arbeit.

Soziale Arbeit basiert auf einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen und spirituellen Herangehensweise und einer bereichs-, professions- sowie systemübergreifenden Zusammenarbeit und Vernetzung. Dadurch kann eine nachhaltige Verbesserung belastender Situationen am ehesten gewährleistet werden.

2 Grundprinzipien und handlungsleitende Ansätze in der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit folgt in ihrem Handeln den wesentlichen Grundsätzen ihrer Profession: In sozialen Notlagen werden die betroffenen Menschen auf Basis von Ressourcenerschließung in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit unterstützt, der Zugang zu, sowie die Nutzung von weiteren professionellen Hilfesystemen wird ermöglicht. Die Betroffenen werden dabei immer als Expert*innen ihrer Lebenswelt gesehen und sind partizipativ an der Prozessgestaltung beteiligt.

Soziale Arbeit findet auf Grundlage der berufsethischen Prinzipien der International Federation of Social Workers 2012 statt.

Die ethische Grundhaltung von Hospiz und Palliative Care, den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu betrachten, sowie schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren An- und Zugehörigen mit Würde zu begegnen, wird anerkannt und gefördert.

Des Weiteren werden folgende Grundprinzipien in Anlehnung an das Berufsbild Sozialarbeit des Österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit (www.sozialarbeit.at), des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (www.dbsh.de) und an den Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz des Netzwerks AvenirSocial Soziale Arbeit Schweiz (www.avenirsocial.ch), für die Palliativsozialarbeit festgehalten:

- Verteidigung der Menschenrechte
- Eintreten für soziale Gerechtigkeit, sozio-ökonomische Rechte

- Handlungsorientierung nach humanitären, demokratischen Idealen
- Eintreten für kulturelle Werte
- Achtung des innewohnenden Wertes und die Anerkennung der Würde des Mensch-Seins
- Anerkennung der Angewiesenheit der Menschen untereinander und auf deren soziales Umfeld
- Förderung von Solidarität
- Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe und Integration
- Anerkennung und Schutz des Rechts auf Selbstbestimmung
- Schutz bedrohter Minderheiten und vulnerabler Gruppen und das advokatorische Eintreten für deren Interessen und Bedürfnisse
- Eintreten für Gender- und Diversitätsgerechtigkeit
- Vorausschauende Planung und Prävention
- Professionelle Grundhaltung
Diese umfasst: Empathie, Akzeptanz, Toleranz und anerkennende Wertschätzung, Kongruenz und Transparenz, Authentizität, Achtung der Intimsphäre, Lebenswelt- und Bedürfnisorientierung, Partizipation, Balance zwischen Autonomie und Einwirken, verantwortungsvoller, transparenter Umgang mit Macht und Kontrolle, Diskretion und Verschwiegenheit, Grenzen erkennen, Selbstreflexion sowie Reflexion des beruflichen Handelns, sorgsamer Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln, engagierte, professionelle Umsetzung von Arbeitsaufträgen, Sorgfaltspflicht, reflektierter Umgang mit Interessenswidersprüchen, Loyalitätskonflikten und Spannungsfeldern sowie eine konstruktive Auseinandersetzung mit spezifischen Dilemmata und ethischen Fragestellungen.

3 Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit in Hospiz und Palliative Care

Sozialarbeiter*innen arbeiten in unterschiedlichen Kontexten, auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenartigen Systemen. In diesem Sinn ist Soziale Arbeit stets relational und zeichnet sich durch Fach-, Methoden-, Handlungs-, Sozial- und Selbstkompetenz aus. Ihr Handeln ist grundgelegt auf einer multiperspektivischen Sichtweise sowie einer mehrdimensionalen Herangehensweise hinsichtlich der Ressourcen- bzw. Problemerkennung als auch der spezifischen Problembearbeitung und Zieldefinition.

Krenz (2013) differenziert sechs Aufgabenbereiche und entsprechende Kompetenzen für die Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care: Information und Beratung, Case und Care Management, Verlust- und Krisenbewältigung, Trauerbegleitung, Koordination der ehrenamtlich Tätigen sowie Freizeitgestaltung. (Krenz, 2013)

Sozialarbeiter*innen verfügen über Wissen und Kompetenzen, angemessen und professionell kritische Lebensereignisse, Lebenskrisen, Krankheit oder Verlustkrisen zu thematisieren und professionell zu handeln. Zumeist sind die Problemstellungen komplex, sodass ein großes Spektrum an Kompetenzen, Fähigkeiten und Wissen notwendig ist. Die Autoren Maus F., Nodes W. und Röh D. (2013) beschreiben neun Schlüsselkompetenzen, welche in der Sozialen Arbeit zentral sind: Strategische Kompetenz, Methodenkompetenz, Sozialpädagogische Kompetenz, Sozialrechtliche Kompetenz, Sozialadministrative Kompetenz, Personale und kommunikative Kompetenz, Berufsethische Kompetenz, Sozialprofessionelle Beratung, Kompetenz für Praxisforschung/Evaluation. „Erst die Gesamtheit der Kompetenzen, das Miteinander-Verwobensein der einzeln beschriebenen Komponenten als generalistische Grundlage macht die Breite der professionellen Sozialen Arbeit aus.“ (Maus et al. 2013, S. 13).

Hinsichtlich professionellem methodischen Handeln in der Sozialen Arbeit differenziert Galuske (2013) drei Gruppen von Handlungsmethoden: erstens: direkt interventionsbezogene Methoden mit den Adressat*innen und deren Systemen; zweitens: indirekt interventionsbezogene Methoden wie Reflexion, Supervision, Fort- und Weiterbildung der Sozialarbeitenden sowie drittens strukturbezogene Methoden, also Entwicklungen und Veränderungen in Strukturen und Organisationen, die sich auf die Adressat*innen, deren Lebenswelten und auch auf die

Sozialarbeiter*innen auswirken. Er berücksichtigt mit diesem Schema, dass professionelles methodisches Handeln nicht ausschließlich mit den Adressat*innen erfolgt, sondern stets auch mit sich als Werkzeug und verweist auf die Notwendigkeit der Mitgestaltung auf struktureller Ebene. (Galuske, 2013)

Heiner (2010) differenziert ein komplexes Kompetenzmodell hinsichtlich professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit.

	Prozessbezogene Kompetenzmuster		
Bereichsbezogene Kompetenzmuster	Planungs- und Analysekompetenz	Interaktions- und Kommunikationskompetenz	Reflexions- und Evaluationskompetenz
Selbstkompetenz Weiterqualifizierung Identitätsentwicklung Selbstregulation			
Fallkompetenz Fallanalyse Fallbearbeitung			
Systemkompetenz Angebotsvermittlung Angebotskoordination Organisationsentwicklung			

Handlungskompetenzmodell | Quelle: Heiner 2010, S.13

Die Differenzierung des Handlungskompetenzmodells nach Heiner (2010) in bereichs- und prozessbezogene Kompetenzen verweist auf die Komplexität und Multiperspektivität der Profession. Dies bildet sich in den bereichsbezogenen Kompetenzmustern Selbstkompetenz, Fallkompetenz und Systemkompetenz ab. Die Selbstkompetenz bezieht sich auf Sozialarbeiter*innen, deren Persönlichkeit, Motivation, Qualifikation, Haltung und Einstellungen. Die Fallkompetenz fokussiert auf Adressat*innen der Sozialen Arbeit, ihre Ressourcen, Schwierigkeiten und Problematiken, sowie deren soziales, kulturelles und institutionelles Umfeld. Die Systemkompetenz bezieht sich auf sämtliche Organisationen, in welche die Sozialarbeitenden eingebunden sind bzw. mit welchen sie kooperieren.

Die prozessbezogenen Kompetenzmuster differenzieren und erläutern den zirkulären Prozess der sozialarbeiterischen Praxis. Die prozessbezogenen Kompetenzmuster Planungs- und Analysekompetenz, Interaktions- und Kommunikationskompetenz sowie Reflexions- und Evaluationskompetenz beziehen sich stets auf Selbst-, Fall- und Systemkompetenz der bereichsbezogenen Kompetenzen. Die obenstehende Abbildung verdeutlicht die möglichen Verbindungen und weist auf die Komplexität des Zusammenspiels von Wissenserwerb, Kompetenzen, Persönlichkeit, Haltung und professionellem Handeln.

Im Folgenden werden exemplarisch, entlang des Modells nach Heiner (2010), zentrale Kompetenzen professioneller Sozialer Arbeit, fokussiert auf Hospiz und Palliative Care übersichtsmäßig erläutert.

3.1 Selbstkompetenz

Insbesondere die spezifische Fähigkeit von Sozialarbeiter*innen zur komplexen Reflexion und Selbstexploration zeichnet professionelles Handeln aus. Sich seiner selber bewusst zu sein, die eigene Haltung, Einstellungen, Normierungen, Werte, Emotionen und Empfindlichkeiten zu beobachten, zu analysieren und sich der Auswirkungen auf das jeweilige Gegenüber bewusst zu sein, zeichnet professionelle Sozialarbeiter*innen aus. Insbesondere zählen hierzu die Reflexion von Machtpositionen und ein professioneller Umgang mit Aspekten der Macht. Zentral in diesem Zusammenhang sind:

Motivation und Bereitschaft, eigene Denk- und Handlungsmuster kritisch zu hinterfragen im Sinne von Metakognition, Reflexionsfähigkeit und Selbstregulation. Voraussetzungen sind ein qualifizierendes Studium Sozialer Arbeit, Fort- und Weiterbildung im Bereich von Hospiz und Palliative Care, kontinuierliche Supervision und die Bereitschaft, Wissens- und Kompetenzzuwachs als offenen lebensbegleitenden Prozess zu gestalten. Als Teil des interprofessionellen Teams bedarf es der Reflexion der eigenen Rolle innerhalb des Teams.

3.2 Fallkompetenz

Fallkompetenz bezieht sich auf das System der Adressat*innen und deren soziales und institutionelles Umfeld. Im Feld von Hospiz und Palliative Care braucht es ein fundiertes Wissen über die Besonderheiten des Lebensendes, die Aus-

wirkungen einer unheilbaren Erkrankung auf alle Beteiligten und das soziale Umfeld, Möglichkeiten der sozialen Absicherung von Palliativpatient*innen und ihrer An- und Zugehörigen, die Strategien der Krankheitsbewältigung sowie kompetentes Wissen um Prozesse von Verlust, Abschiednehmen und Trauer.

Ein sozialarbeitswissenschaftlich fundiertes systemisches Case- und Care Management bildet den Rahmen für professionelles Handeln. Insbesondere ist Schnittstellenkompetenz auf mehreren Ebenen erforderlich: Kooperation mit Nachbardisziplinen wie Medizin, Pflege, Psychologie, Theologie, Politik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften; Leitungskompetenz im Rahmen von Koordination und Kooperation mit Ehrenamtlichen; Netzwerkkompetenz in Zusammenarbeit und Austausch mit Systempartnern; Ambiguitätstoleranz hinsichtlich des Spannungsfeldes divergierender Bedürfnisse und Wünsche von Beteiligten.

3.3 Systemkompetenz

Die Systemkompetenz bezieht sich sowohl auf die Organisation, in welcher Sozialarbeiter*innen tätig sind, als auch jene, mit welcher Kooperation und Vernetzung stattfindet. Im Hospiz und Palliative Care Bereich sind dies vorrangig Institutionen und Dienstleistungsunternehmen des Gesundheitsbereichs. Diese reichen unter anderem von den Krankenversicherungsträgern, Pensionsversicherungsanstalten und der Sozialministeriumservicestelle über Krankenhäuser, mobile Dienste, Verwaltungsorgane von Gemeinde, Land, Bund bis hin zu Ministerien und Interessensvertretungen wie der Österreichischen Palliativgesellschaft oder dem Dachverband Hospiz Österreich sowie dem jeweiligen Landesverband im Bundesland.

Die Kenntnis verwaltungstypischer Grundlagen und institutionsspezifischer Gegebenheiten bildet die Basis. Wissen über Angebote, Leistungen, Zuständigkeiten und entsprechende Rechtsgrundlagen, sowie kompetente und fundierte Kommunikation innerhalb unterschiedlichster Systeme, sind genuine Kompetenz der Sozialen Arbeit und Teil der sozialadministrativen sowie sozialrechtlichen Kompetenz. Diese beinhaltet u.a. die Kenntnis gesetzlicher Regelungen und angrenzender relevanter Rechtsbereiche, Einhaltung des Datenschutzes sowie die entsprechende Anwendungskompetenz als elementare Grundlage für Beratung und advokatorisches Handeln, professionelles Handeln im System sozialer

Sicherung und Existenzsicherung sowie kontinuierliche Information und Fortbildung hinsichtlich Änderungen relevanter Gesetze und Anspruchsleistungen.

3.4 Planungs- und Analysekompetenz

Planungs- und Analysekompetenz setzen grundlegendes sozialarbeitswissenschaftliches Wissen in den Bereichen Beschreiben, Erklären, Prognostizieren, Handeln und Evaluieren voraus. Professionelle Beratung hinsichtlich der Unterstützung eines gelingenden Alltags und der Lebensbewältigung unter Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Würde aller Beteiligten setzt Wissen und entsprechende strategische Kompetenzen hinsichtlich einer multiperspektivischen Fallarbeit voraus. Konkret erfordert dies ein fundiertes sozialarbeitsspezifisches Assessment, das folgende Teilaspekte beinhaltet: Sozialanamnese/Soziale Diagnostik; Interventions- und Zielplanung; Reflexion und Evaluation; Berücksichtigung der unterschiedlichen Dimensionen; strukturierte, ressourcen- und zielorientierte Fallführung in Beachtung der vielfältigen Interessen; Umfeldanalyse; koordinative Kompetenz; Vernetzung und Kooperation; Analyse der sozialen Absicherung; Existenzsicherung; Sozialraumanalyse; Einbinden relevanter Bezugsdisziplinen; Sozialplanung inklusive Prävention; Interpretation der Analyse.

3.5 Interaktions- und Kommunikationskompetenz

Hinsichtlich der prozessbezogenen Kompetenzmuster ist insbesondere die Interaktions- und Kommunikationskompetenz als Querschnittsthema von zentraler Bedeutung und wird daher näher ausgeführt. Planungs- und Analysekompetenz als auch Reflexions- und Evaluationskompetenz verlangen spezifische Kompetenzen in der Kommunikation. Hierzu zählen Wissen über einschlägige Kommunikationstheorien und grundlegende Kompetenzen der Gesprächsführung (systematisch, theoriegeleitet, methodisch, situativ angepasst); Beherrschung der nonverbalen, verbalen und symbolischen Kommunikation und der dazugehörigen Regeln, Strukturen, Prozesse und Muster; psychosoziale Beratung und Krisenintervention; Wissen um mögliche Störfaktoren und kommunikationsblockierende Einflüsse; Reflexion der eigenen Rolle und Wechselwirkungen in Kommunikationsprozessen; Moderations- und Mediationskompetenz; aktives

Zuhören und gemeinsames Schweigen spielen gerade in Hospiz und Palliative Care eine zentrale Rolle im Kommunikationsprozess.

Des Weiteren erfordert die Lebenslage der Patient*innen und ihrer An- und Zugehörigen Kenntnisse sozialer und psychologischer Aspekte von Interaktionsprozessen wie beispielsweise die systemische Sichtweise; Biographie- und Lebensweltbezogenheit; Ressourcen- und Netzwerkorientierung; Beratung spezieller Zielgruppen in Hospiz und Palliative Care abzielend auf entsprechende Aufgaben und Ziele; Verbesserung der Einsichts-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit; Information, Aufklärung und Befähigung von Adressat*innen als Prozess und nicht einmaliges Geschehen; Übersetzungsfunktion und Stärkung der Parteilichkeit der Adressat*innen; assistierte Kommunikation auch im Hinblick auf das neue Erwachsenenschutzgesetz.

Partizipative und prozessorientierte Gestaltung von Beratungsprozessen mit einer höchstmöglichen Wahrung der Autonomie aller Beteiligten sind zentrale Aspekte der Interaktions- und Kommunikationskompetenz. Insbesondere angesichts von Verlust, Sterben und Tod sind ein adäquater Umgang mit Emotionen sowie der Aufbau einer tragfähigen Beziehung und Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zentral. Dies erfordert sowohl kommunikative Kompetenzen, als auch Selbst- und Sozialkompetenzen hinsichtlich der Balance von Nähe und Distanz sowie Sensibilität hinsichtlich möglicher Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen.

Die Situation von Palliativpatient*innen und deren An- und Zugehörigen ist geprägt von Unsicherheit und emotionaler Erschütterung. Sicherheit und Vertrauen bilden die Grundlage einer erfolgreichen Zusammenarbeit. Beziehungskompetenz beinhaltet diese Aspekte. Der hohe Stellenwert der professionellen Beziehungsqualität wird bewusst gemacht, reflektiert und zieht sich durch den gesamten Hilfsprozess. Wissen um Gestaltungselemente für eine tragfähige Beziehung sowie Transparentmachen von Vorgängen auf der Beziehungsebene gehören ebenso dazu wie die Kenntnis von beziehungsbehindernden Faktoren. Eine produktive, tragfähige, professionelle Beziehung stellt sich nicht einfach ein, sondern muss aktiv hergestellt, gestaltet und reflektiert werden. Es ist ebenso notwendig den Rückzug aus der Betreuung im Auge zu haben, diesen entsprechend vorzubereiten und gut zu reflektieren.

Weitere zentrale Kompetenzen sind im Bereich des Konfliktmanagements und der mediativen Gestaltung von Kommunikationssituationen zu nennen.

Ein Schwerpunkt der Interaktions- und Kommunikationskompetenz liegt in der Umsetzung der geplanten Ziele und Handlungsschritte mit den Beteiligten. Formulierte Ziele werden strukturiert und priorisiert, die Interventionsgestaltung konkretisiert, der Prozess der Umsetzung angeleitet, die Begleitung erfolgt motivierend und aktivierend.

3.6 Reflexions- und Evaluationskompetenz

Reflexions- und Evaluationskompetenz spielen bei allen Interventionsschritten eine wichtige Rolle. Nicht zielführende Interventionen müssen zeitnah erkannt, reflektiert, korrigiert und neu definiert werden.

Reflexions- und Evaluationskompetenz leitet, steuert und prüft das Handeln von Sozialarbeiter*innen. Eigene Motive und Emotionen sollen bewusst und erkennbar gemacht werden. Hier bündeln sich Wissen und Können, d.h. theoretisches Wissen der professionellen Sozialen Arbeit mit Fokussierung auf Hospiz und Palliative Care im Kontext von institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Reflexions- und Evaluationskompetenz steht nicht nur am Ende des Hilfs- und Interventionsprozesses (bilanzierend), sondern begleitet diesen von Beginn an kontinuierlich. Darüber hinaus kann diese Kompetenz auch für Teamprozesse generiert werden.

Zur Reflexions- und Evaluationskompetenz gehören Teilbereiche der sozialadministrativen Kompetenz wie transparente, nachvollziehbare, fachkompetente Falldokumentation, Antragswesen, Gutachten, Schriftverkehr, Tätigkeitsberichte, Leistungsnachweise und Systematisierung von Arbeitsabläufen.

3.7 Kompetenzen zur Evaluation, Praxisforschung und Lehre

Auf die Notwendigkeit wissenschaftlicher Forschung in der Sozialen Arbeit wird explizit hingewiesen. Im Bereich von Palliative Care und Soziale Arbeit gibt es in Österreich einen großen Aufholbedarf. Folgende Punkte sollen dafür exemplarisch aufgezählt werden:

Sozialarbeitsforschung und Forschung der Bezugswissenschaften; Kenntnis relevanter Evaluierungstools; Evaluation und Dokumentation möglicher Wirkungen der Interventionen; kontinuierliche Überprüfung der Interventionen hinsichtlich Bedürfnisse, Bedarf und Wirksamkeit; Wissensaneignung zum aktuellen Stand der Forschung in Hospiz und Palliative Care sowie End-of-life-care; Erwerb von Wissen und Kompetenzen hinsichtlich adäquater Forschungsmethoden; kritische Bewertung von wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Integration relevanter Erkenntnisse in die Praxis; Befähigung zu Projekt- und Praxisbegleitung, Kooperation an Forschungsprojekten.

Die Reflexions- und Evaluationskompetenz macht auch vor den Anbieter*innen von Hospiz- und Palliativdienstleistungen sowie vor den kooperierenden Institutionen und Diensten nicht Halt. Angebote und Ziele müssen auf ihre Passgenauigkeit hin überprüft und gegebenenfalls Adaptierungsvorschläge entwickelt werden.

Die öffentlichen Diskurse rund um das Thema Hospiz und Palliative Care, im Konkreten zu Themen wie Lebensqualität, Leiden, Krankheit, Tod und Sterben müssen aufgenommen und entsprechende Stellungnahmen, Ergänzungen, Bestätigungen sowie Korrekturen eingebracht werden.

4 Fachliche Voraussetzungen

- Formale Grundvoraussetzung für die Soziale Arbeit im Bereich Hospiz und Palliative Care ist das Studium der Sozialen Arbeit mit den Abschlüssen Diplom DSA, Mag. (FH) oder Bachelor Soziale Arbeit.
- Zusatzqualifikation in Palliative Care bzw. die Bereitschaft zur Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung im Palliative Care Bereich sowie die Teilnahme am interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang (min. 160h Theorie und 40h Praxis) bzw. Palliative Care in der Pädiatrie sind erforderlich. Bei Einstellung ist diese Qualifikation innerhalb von 2 Jahren verbindlich nachzuholen (Gesundheit Österreich GmbH, 2014)

- Bereitschaft und Fähigkeit, sich mit Krankheit, Trauer, Sterben und Tod auseinanderzusetzen und sich hinsichtlich dieses Themenkomplexes fortlaufend weiterzubilden.
- Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Hospiz- und Palliativversorgung.
- Interesse an aktuellen Diskussionen zum Thema Hospiz und Palliative Care und die Bereitschaft, sich daran zu beteiligen.
- Beteiligung an der Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im Hospiz und Palliative Care Bereich.
- Teamfähigkeit und die Bereitschaft, in einem interprofessionellen Team zu arbeiten, die sozialarbeitsspezifische Expertise einzubringen, fundiert zu vertreten und sich mit der Rolle im Team bewusst auseinanderzusetzen. Wissen und Kompetenzen hinsichtlich interprofessioneller Teamdynamiken.
- Bereitschaft, das eigene Handeln zu reflektieren und an Einzel- sowie Teamsupervision teilzunehmen.

- Das Ausmaß der Anstellung für Sozialarbeiter*innen orientiert sich an den ÖBIG Kriterien (Gesundheit Österreich GmbH, 2014).
- Ein adäquates Fort- und Weiterbildungsbudget steht zur Verfügung.
- Sozialarbeiter*innen haben die Möglichkeit, an den interprofessionellen Fallbesprechungen teilzunehmen.
- Sozialarbeiter*innen haben die Möglichkeit, organisationsübergreifend im Netzwerk zu arbeiten.
- Der*Die Anstellungsträger*in stellt die Ressourcen für Einzel- und Team-supervision zu Verfügung.

Sozialarbeiter*innen arbeiten in verschiedenen Kontexten, je nach Aufgabenstellung finden Hausbesuche, persönliche Gespräche, telefonische oder schriftliche Kontakte statt. Da Lebensweltnähe und Alltagspräsenz in der Sozialen Arbeit ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, sind Hausbesuche vor allem in der mobilen Hospiz- und Palliativbetreuung obligat. Diese können in Kooperation mit den anderen Systempartner*innen und auch außerhalb des Teams erfolgen.

Eine besondere Expertise der Sozialen Arbeit sind Beratung, Vermittlung und Vernetzung der Teammitglieder bei komplexen psychosozialen Problemlagen der Patient*innen sowie von An- und Zugehörigen. In sozialarbeitsspezifischen Belangen obliegt die Entscheidung über die Angemessenheit und Notwendigkeit eines Kontakts bzw. einer Intervention bei den Sozialarbeiter*innen selbst, die Ausführung erfolgt in Absprache mit dem Team.

Die Aufnahme- oder Erstgespräche werden nach Möglichkeit, interprofessionell und gemeinsam durch je eine Vertretungsperson der medizinischen/pflegerischen und der psychosozialen Professionsgruppen durchgeführt. Sofern dies nicht möglich ist, wird die sozialarbeiterische Perspektive zeitnah nachgeholt. Die soziale Diagnostik dient der Erweiterung der medizinisch/pflegerischen Diagnose hinsichtlich einer differenzierten, multiperspektivischen Interventionsplanung und wird daher standardmäßig ins Assessment mit einbezogen. Der early-integration Leitsatz der Hospiz und Palliative Care gilt insbesondere für die Soziale Arbeit, da viele der psychosozialen Fragenstellungen zumeist schon lange vor schwerwiegenden medizinischen sowie pflegerischen Symptomlagen auftreten.

5 Rahmenbedingungen

Qualitätsvolle und nachhaltige Soziale Arbeit setzt entsprechende Rahmenbedingungen voraus:

- Der*Die Anstellungsträger*in stellt ausreichende zeitliche Ressourcen und die notwendige Ausstattung (Raum, Telefon, Computer, Drucker, Internet, Mail, Fax, gegebenenfalls Dienstauto, etc.) zur Verfügung.
- Der*Die Anstellungsträger*in sorgt für eine qualifizierte Vertretung. Dies ist insbesondere dort von großer Wichtigkeit, wo Sozialarbeiter*innen in Einzelstellung oder in Teilzeit beschäftigt sind.

5.1 Pädiatrische Palliativversorgung

Eine besondere Bedeutung erlangt der early-integration Leitsatz in der Begleitung von lebensbedrohlich oder lebensverkürzend erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Standards für pädiatrische Palliativversorgung in Europa (IMPacCT, 2007) legen den Beginn von Palliative Care im Kinder- und Jugendlichenbereich ab Diagnosestellung fest und beschreiben die gesamte Familie als Zielgruppe palliativer Versorgung und Alltagsbegleitung.

In diesem Sinn unterscheidet sich der Fokus im pädiatrischen Palliativbereich von jenem im Erwachsenenbereich. Diesen Grundsätzen entsprechend ergeben sich teils lange Betreuungszeiträume des gesamten familiären Systems und inkludiert sämtliche auftretende Problembereiche. Dies erfordert von den Sozialarbeiter*innen spezifisches Wissen und Kompetenzen im Sinne der Lebensweltorientierung und Alltagsbewältigung.

Eine wesentliche Bedeutung kommt der Erhaltung bzw. Wiedererlangung einer möglichst hohen Lebensqualität für die erkrankten Kinder und Jugendlichen als auch jener ihres gesamten familiären Umfeldes über die gesamte Betreuungsphase zu (Leben mit der Krankheit im Gegensatz zum alleinigen Gestalten der letzten Lebensphase.)

6 Tätigkeitsfelder Hospiz und Palliative Care

Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care umfasst unterschiedlichste Tätigkeitsfelder. Laut den Kriterien der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (Gesundheit Österreich GmbH, 2014) sind Sozialarbeiter*innen fixer Bestandteil der Betreuungsteams in der spezialisierten Palliativversorgung:

- Palliativstation
- stationäres Hospiz
- Tageshospiz für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
- Mobiles Palliativteam für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
- Ehrenamtliches Hospizteam für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
- Palliativkonsiliardienst für Erwachsene, Kinder und Jugendliche

Bedarf an Palliativsozialarbeit ist aber auch in den Einrichtungen der Grundversorgung gegeben:

- Pflegeheime
- Krankenhäuser
- Gemeinwesen/Sozialraum

Weitere Tätigkeitsfelder der Palliativsozialarbeit sind:

- Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit
- spezielle Gruppenangebote
- Trauerangebote

7 Tätigkeitsprofil und Aufgaben

7.1 Ressourcen Betroffener stärken und Selbstbestimmung unterstützen

Soziale Arbeit hat den gesellschaftlichen Auftrag, Menschen in besonderen sozialen Problemlagen hinsichtlich sozialer und gesellschaftlicher Partizipation zu unterstützen, ihre Ressourcen zu stärken, ihre Selbstbestimmung zu fördern und die Lebenssituation nachhaltig zu verbessern. Die Verfestigung biopsychosozialer Notlagen sowie Ausgrenzung zu vermeiden, gilt als oberste Prämisse.

7.2 Individuelle und soziale Bedürfnisse erkennen

Soziale Arbeit betrachtet Menschen stets im Kontext ihres Umfeldes mit den je individuellen Problemen, Bedürfnissen, Kompetenzen und Ressourcen. Der Person in Environment Ansatz verweist auf den bifokalen Fokus: Verhalten und Verhältnisse sind interdependent, sie beeinflussen sich wechselseitig. Umfeld und Verhältnisse beeinflussen und prägen Menschen, Verhalten orientiert und bildet sich in einem spezifischen Umfeld. Soziale Erfahrungen wirken über komplexe psychobiologische und soziopsychische Prozesse auf das System Körper. Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care berücksichtigt explizit dieses Wissen und

fokussiert auf Lebenslagen von Patient*innen in einer je individuell-spezifischen Situation. Die grundsätzliche Perspektive ist der Fokus auf die Patient*innen vor dem Hintergrund der Orientierung am Sozialsystem. (Pauls 2013)

7.3 Die Lebensqualität erhalten und verbessern

In Hospiz und Palliative Care werden Aufrechterhaltung und Verbesserung der Lebensqualität als umfassende Ziele in der Betreuung und Begleitung formuliert. Lebensqualität wird nicht ausschließlich durch Erkrankung bestimmt, sondern auch durch Faktoren der Lebenssituation wie materielle Lebensumstände, berufliche Möglichkeiten, Selbstbestimmung, Abhängigkeiten, Sinnfrage und des Lebensumfeldes in Form von sozialen Netzwerken, zwischenmenschliche Beziehungen und gesellschaftliche Teilhabe mitbestimmt.

Die psychosoziale Dimension berücksichtigt all diese Faktoren und verweist auf deren Interdependenz. In diesem Sinn ist der psychosoziale Blick grundlegend für Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Umfassende Sozialanamnese, Ressourcenerhebung, Problemdefinition, Zieldefinition, Interventionsplanung und Evaluation hinsichtlich relevanter Faktoren zielen auf eine Verbesserung der psychosozialen Dimension ab. Diese tragen ihrerseits zur Stabilisierung und idealerweise zur Verbesserung der Lebensqualität bei

7.4 Beraten und begleiten

Psychosoziale Beratung ist die Kernaufgabe und spezifische Handlungsmethode der Sozialen Arbeit, hier zeigt sich die Expertise von Sozialarbeiter*innen.

Psychosoziale Beratung zielt auf Problem- und Konfliktlösung, Belastungsbewältigung, Persönlichkeitsentwicklung, Lebensorientierung und Sinnfindung sowie Kompetenz-erweiterung, Ressourcenfindung und Existenzsicherung ab und soll neue Handlungsspielräume eröffnen. In diese Beratungsform fließen stets beziehungsfördernde und vertrauensbildende Aspekte mit ein, um eine tragfähige Basis zur Zusammenarbeit zu schaffen.

Es handelt sich hierbei um einen Interaktionsprozess zwischen Sozialarbeiter*innen und Adressat*innen, bei der lebenspraktische Probleme mehrperspektivisch erörtert werden und gemeinsam nach passungsfähigen Lösungen oder Verbesserungsmöglichkeiten gesucht wird. (Pauls 2013)

In der Hospiz- und Palliativsozialarbeit kommt der psychosozialen Begleitung ein hoher Stellenwert zu. Kontinuität und entsprechende zeitliche Ressourcen bilden die Grundlage für stützende, teilnehmend-begleitende Handlungshilfen. Eine qualitätsvolle psychosoziale Beratung und Begleitung findet stets kontextspezifisch, personenbezogen und prozessorientiert statt und ist nur in enger Kooperation mit den Adressat*innen möglich.

Bei lebensbedrohlich oder lebenslimitierend erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind sowohl Eltern als auch Geschwister in gleichem Ausmaß als Betroffene bzw. Adressat*innen zu sehen und in die professionelle Soziale Arbeit miteinzubeziehen. Psychosoziale Beratung und Begleitung umfasst ein umfassendes Spektrum an konkreten Handlungsaufgaben, die nachfolgend differenziert ausformuliert werden.

- Sozialanamnese, Sozialdiagnostik und sozialarbeitsspezifisches Assessment (multidimensionales Identifizieren, Sichtbarmachen und Thematisieren von Problemlagen und Ressourcenerschließung)
- Sozialarbeitsspezifische Ziel- und Interventionsplanung (situationsspezifisch, methodische Interventionen) sowie Dokumentation und Evaluation
- Psychosoziale Begleitung von Patient*innen sowie deren An- und Zugehörigen im sozialen Umfeld (Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Trauer, Sterben, Tod sowie aktuellen und drohenden Verlusterlebnissen; Ermutigung zum Ausdruck von Emotionen, Biografiearbeit, Unterstützung bei konstruktiven Veränderungsimpulsen, etc.)
- Entlastungs- und Stützgespräche
- Krisengespräche und Krisenintervention
- Helfer*innen- und Familienkonferenzen (Leitung, Moderation und Mediation bei Konflikten oder Problemstellungen mit mehreren betroffenen Personen innerhalb der Familie sowie bei interprofessionellen Familiengesprächen)

- Unterstützung bei individuellen Wünschen (z.B. Organisation von diversen Anliegen wie beispielsweise dem Wunsch ‚einmal noch nach Hause fahren‘, psychosozialer Notfallplan, Hochzeit, etc.)
- Unterstützung und Beratung in ethisch-rechtlichen Entscheidungsprozessen insbesondere beim mutmaßlichen Patient*innenwillen, Behandlungsentscheidungen und daraus resultierenden psychosozialen Belastungen
- Spirituelle Begleitung (existenzielle Sinnfragen, Beistand, Leiderfahrungen, Seinsbetrachtungen, Wertfragen, Schuldthemen)
- Konzeptionierung und Unterstützung bei der Organisation der Versorgungsmöglichkeiten (Familienhospiz- und Pflegekarenz, 24-h-Betreuung, häusliche oder stationäre Versorgung, Adaptierung des Wohnumfeldes sowie Finanzierung derselben, etc.)
- Unterstützung der Überleitung bei Wechsel des Versorgungskontextes
- Vermittlungs- sowie Koordinationstätigkeiten, Vernetzung, Nahtstellenfunktion und Förderung der Kommunikation unter allen Beteiligten (Betreute, Betreuende, Vertreter*innen unterschiedlicher Professionen, Einrichtungen oder Institutionen, Helfer*innenkonferenzen, etc.)
- Beratung und Unterstützung bei Vertretungs- und Vorsorgemöglichkeiten (Sachwalterschaft bzw. künftig Erwachsenenschutz, Vorsorgevollmacht, Vertretungsbefugnis, Patient*innenverfügung, Testament, Bestattungsvorsorge, etc.)
- Beratung, Begleitung und Unterstützung bei diversen sozialrechtlichen Verfahren (z.B. Arbeits- und Sozialgericht, Pflegeschftsgericht, etc.)
- Beratung, Vermittlung zu relevanten Rechtsthematiken (Mindestsicherung, Erbrecht, Familienrecht, Pflegegeld, Aufenthalt, etc.)
- Klärung von finanziellen Fragestellungen (Existenzsicherung, Anspruchsabklärung, Ressourcenerschließung, Unterstützungsmöglichkeiten, etc.)

- Unterstützung bei diversen sozialen Problemstellungen (Verwahrlosung, Schulden, Sucht, Scheidung, Gewalt, etc.)
- Sicherstellung von aufrechten Betreuungs- und Versorgungsverpflichtungen der Adressat*innen (minderjährige oder nicht selbsterhaltungsfähige Kinder, pflegebedürftige Angehörige, etc.)
- Angehörigennachsorge (sozialrechtliche Anspruchsabklärung, finanzielle Fragestellungen, Information zu Verlassenschaftsverfahren, Unterstützung bei der Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit, Trauerbegleitung, Identifikation von komplizierten Trauerprozessen, Trauerangebote schaffen bzw. Vermittlung zu Trauerbegleiter*innen, etc.)

7.5 Sonstige Aufgaben

- Ansprechperson für alle Teammitglieder hinsichtlich psychosozialen Fragestellungen und bei der Reflexion aktueller Problemstellungen
- Mitentwicklung der jeweiligen Organisation
- Entwicklung von Qualitätskriterien für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in Hospiz und Palliative Care auf Grundlage von Dokumentation, Evaluation und Forschung
- Koordination und Leitung ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen (Gewinnung und Auswahl, Vorbereitung und Praxisbegleitung, Einsatzkoordination, fachliche und organisatorische Verantwortung, Vernetzung von Haupt- und Ehrenamt)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Arbeit in intraprofessionellen Gremien und Arbeitsgruppen (Definition gemeinsamer Sichtweise hinsichtlich der Profession Soziale Arbeit, Austausch von Erfahrungen und Informationen, strukturelle, gesetzliche Defizite in der Versorgung von Betroffenen eruieren und auf politischer Ebene benennen)

- Arbeit in multiprofessionellen Gremien und Arbeitsgruppen (fachliche Diskussionen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie Vertretung der Profession bei der Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen)
- Mitarbeit beim Fundraising

„Soziale Arbeit ist nicht nur irgendeine Profession. Sie lebt von der Faszination, die von Menschen ausgeht. Sie lebt von der Freude am Komplizierten und Komplexen, am nicht völlig durch Analyse Erfassbaren und durch Konzepte Bewältigbaren. Soziale Arbeit ist Kommunikationskunst und Organisationskunst, allerdings nie l'art pour l'art. Dazu ist ihr Gegenstand, die Bewältigung menschlicher sozialer Probleme, zu ernst und ihr Handeln zu folgenreich.“

(Peter Pantucek, 1998, S.11)



Standards, Kompetenz- und Tätigkeitsprofil wurden vom Vorstand der Österreichischen Palliativgesellschaft und dem Dachverband Hospiz Österreich anerkannt und bestätigt.



Literaturverzeichnis

Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW (2016): Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich. 3. Auflage, Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW im HPV NRW und Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe Friedrich-Ebert-Straße 157-159, 48153 Münster.

Bitschnau Karl W., Boschert Sigrid, Fuchs Monika, Kreuzer Angelika, Stadlmann Birgit, Stocker Gertraud (2003): Standards „Soziale Arbeit im Bereich Palliative Care“ Standardvorgabe des Dachverband Hospiz Österreich/ vom Vorstand beschlossen am 29. Jänner 2003: Dachverband Hospiz Österreich.

Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.: www.dbsh.de 14.05.2017.

Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White paper. Online im Internet: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Socialwork/Whitepaper.aspx> 25.09.2017.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sektion Soziale Arbeit (2012): Profil – Soziale Arbeit in Palliative Care. Online im Internet: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf>; 25.09.2017.

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage. Weinheim (u.a.): Beltz Juventa.

Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf; 25.09.2017

Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) (2012): Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/prozesshandbuch_hospiz_und_palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf; 25.09.2017

Heiner, Maja (2010): Kompetent handeln in der Sozialen Arbeit. München (u.a.): Reinhardt.

IMPACT: Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=akl1058QV3c%3D>; Im Original publiziert in: European Journal of Palliative Care, 2007, 14(3): 109-114

International Federation of Social Workers (IFSW): <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>; 24.03.2017.

Krenz, Cornelia (2013): Ein Beweis des Lebens. Grundlagen Sozialer Arbeit im stationären Hospiz. Freiburg: Centaurus-Verlag.

Maus Friedrich, Wilfried Nodes, Dieter Röh (Hrsg.) (2013): Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit. 4. Auflage. Essen: Berufsverband für Soziale Arbeit.

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS): http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=41&clang=0; 20.03.2017

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1(1), 15-31. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>. 16.04.2017

Pantucek, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg: Lambertus Verlag

Soziale Arbeit Schweiz: www.avenirsocial.ch; 25.09.2017



Österreichische
PalliativGesellschaft

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin I
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
Tel. +43 1 40400 27520
E-Mail: office@palliativ.at
www.palliativ.at