

- ▶ Palliative Care verfolgt einen **ganzheitlichen Ansatz**, welcher alle Dimensionen des menschlichen Lebens in den Blick nimmt. Ganzheitlichkeit und generalistische Qualifikationen sind für die Soziale Arbeit konstitutiv, da sie sich nicht auf einen Standpunkt verortet.
- ▶ Eine radikale **Orientierung an den individuellen Problemen und persönlichen Wünschen** der Betroffenen sowie eine respektvolle, reflektierte Begegnung bilden die Grundlage jeglicher Hilfsprozesse. Die eigenen moralischen Maßstäbe müssen zurückgenommen und die Autonomie des Betroffenen in den Vordergrund gerückt werden.
- ▶ Es bleibt eine dringliche Forderung, **Soziale Arbeit flächendeckend auszubauen** und anbieten zu können.



Soziale Arbeit als integraler Bestandteil von Palliative Care

Sterben – nicht nur ein höchstpersönlicher, sondern auch ein sozialer Prozess

In der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen stehen zu Beginn oft physische Leiden im Vordergrund, die rasche Symptomlinderung erfordern. Sobald eine Besserung dieser Leiden eintritt, zeigt sich häufig, dass psychosoziale Komponenten eine wichtige Rolle hinsichtlich Lebensqualität in der letzten Lebensphase spielen.¹ Anzu-merken ist, dass sich diverse Symptome, so auch das Schmerzgeschehen, nicht immer nur auf rein physische Aspekte reduzieren lassen. Schmerzen stellen ein komplexes System dar, das sich aus verschiedenen Faktoren zusammenfügt und vielfältigen Wechselwirkungen (bio-psycho-sozial-spirituell) unterliegt.² Darin liegt das interprofessionelle Selbstverständnis der Palliative Care begründet.

Lebensbedrohliche Erkrankungen als existenzielle Grenzerfahrung

Schwere Erkrankungen, Leid, Sterben, Tod, Verlust und Trauer sind existenzielle Grenzerfahrungen, die nicht nur emotional sehr fordernd sind, sondern das gesamte Leben, wie es bisher gelebt wurde, mit all den Gewohnheiten und Sicherheiten bedrohen. Der Alltag verändert sich, die herkömmliche Normalität ist nicht mehr lebbar, neue Herausforde-

rungen müssen bewältigt, leidvolle Erfahrungen akzeptiert werden. Häufig geht dies mit finanziellen Einbußen einher, welche zusätzlich belasten. Es ist eine Zeit großer Verunsicherung, Anspannung, Ambivalenz und Überforderung, in der es neben einer kompetenten medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung auch die psychosoziale Begleitung, Beratung und Intervention durch die Soziale Arbeit braucht.³

Psychosoziale Begleitung in der Palliative Care

Sozialarbeiter begleiten Betroffene im Krankheitsprozess und unterstützen sie in der Bewältigung von psychosozialen Krankheitsfolgen. Sie unterstützen die Betroffenen darin, sich mit der psychosozialen Situation individuell und realitätsgerecht auseinanderzusetzen, die individuellen Ressourcen ausfindig zu machen und zu stärken.⁴ Ein professionelles Einlassen auf die Lebenssituation, die Ängste und Sorgen der Betroffenen und das Verstehen um ihre Verletzlichkeit bilden die Grundlage jeglichen Handelns. Psychosoziale Begleitung umfasst alle Bereiche, die zum psychischen, sozialen und emotionalen Wohlbefinden der Patienten und deren Fami-

lie beitragen. Dies beinhaltet auch Fragen des Selbstwertgefühls und der Selbstwahrnehmung, der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung, Kommunikation, soziale und finanzielle Belange und Beziehungen zu anderen.^{5, 6} Häufig ergeben sich Spannungen und Konflikte zwischen Patienten und den An- und Zugehörigen oder auch mit involvierten Helfersystemen und Institutionen. Soziale Arbeit klärt Erwartungen, gegensätzliche Positionen und Kommunikationsblockaden, versucht zu vermitteln und Spannungsverhältnisse abzubauen.⁷

In gewissen Situationen werden keine Handlungen mehr gesetzt, sondern an der Akzeptanz dieser gearbeitet. Vielfach müssen Umstände, die in der letzten Lebensphase nicht mehr verändert werden können, ausgehalten und den Betroffenen Beistand angeboten werden.

Jedes Teammitglied leistet ungeachtet der Profession psychosoziale Begleitung in abgestufter Form. Sobald die Problemstellungen komplexer werden, erfordert es umfassendes Wissen und fachspezifische Kompetenz, um hilfreiche Beratung und Unterstützung anbieten zu können.⁸ Soziale Arbeit wird aktiv, wenn neben der belastenden infausten



Diagnose weitere herausfordernde Probleme wie zum Beispiel finanzielle Notlagen, bedürftige Angehörige, unversorgte Minderjährige, Suchtthematiken, schwerwiegende psychiatrische Probleme, ein fehlendes Netzwerk, Versorgungsprobleme, konfliktreiche Beziehungen, kulturelle Hürden oder Schwierigkeiten mit dem Aufenthaltsstatus hinzukommen.⁹

Komplexe Problemstellungen erfordern generalistisches Wissen

Damit Sozialarbeiter sich einen umfassenden Überblick hinsichtlich belastender Problemstellungen und Verhältnisse verschaffen und diese strukturieren können, ist es notwendig, dass sie frühzeitig mit den Betroffenen in direkten Kontakt treten. Die psychosoziale Anamnese und die daraus abgeleiteten Interventionen benötigen gerade in der Eingangsphase Zeit und müssen immer in Abstimmung mit den Betroffenen erfolgen.¹⁰ Es handelt sich hierbei um komplexe Interaktionen, die weit über eine reine Wissensvermittlung hinausgehen. Sich auf eine rein technokratische Beratung zu beschränken, ohne die komplizierten emotionalen Vorgänge und vielfältigen Bezüge zu erfassen, würde weder dem ganzheitlichen Betreuungskonzept von Palliative Care noch dem generalistischen Ansatz Sozialer Arbeit entsprechen.¹¹

Es braucht eine vertrauensvolle Basis, damit Sorgen, Bedürfnisse, Erwartungen und Probleme offen angesprochen, aber auch Ressourcen und Kompetenzen ausfindig gemacht werden können. Der Aufgabenbereich umfasst nicht nur den einzelnen Patienten, sondern bezieht immer auch die An- und Zugehörigen, das unmittelbare Umfeld und die sozialen sowie kulturellen Aspekte ein. Um dieses breite Aufgabenspektrum bewältigen zu können, braucht es eine große Methodenvielfalt. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass bedarfsgerechte, individuelle Lösungen für die spezielle Lebenslage der Betroffenen gefunden werden können.¹²

Problemlösungen – Rezepte gibt es nicht

Soziale Arbeit hat Gestaltungsspielraum in der Anwendung der Methoden und Interventionen und braucht professionelle Handlungsautonomie,¹³ da für die Lösung von komplexen psychosozialen Problemen unter kontingenten Bedingungen keine einheitlichen Rezepte vorliegen können. Es gibt keine einfachen linearen Wirkungs- und Technologieannahmen, die sich eins zu eins auf die Praxis übertragen ließen. Eindeutig nachweisbare Kausalitäten zwischen Ursache und Wirkung sind schwierig, zu individuell sind die Ausgangssituationen, Bedingungen und Einflussfaktoren, zu ungewiss die Interdependenzen und Wechselwirkungen.¹⁴ Es gilt, plausible Wirkzusammenhänge, im Generellen wie subjektiv, zu erkennen und entsprechende Interventionen zu entwickeln.¹⁵

Sozialarbeiterische Interventionen greifen mitunter tief in das private Leben der Betroffenen ein und es ist nicht immer eindeutig vorhersagbar, wie sich die gesetzten Interventionen auswirken und ob sie zum gewünschten Ziel führen. Unerwünschte Nebenwirkungen bedenken erfahrene Sozialarbeiter ebenso mit wie ein generelles Scheitern von Interventionen. Dementsprechend wissenschaftsbasiert, fallspezifisch und reflektiert müssen Interventionen gesetzt und immer wieder evaluiert bzw. angepasst werden. Für andere Professionen sind diese Handlungsschritte nicht immer eindeutig, nachvollziehbar und klar abgrenzbar. Im interprofessionellen Team ist es daher schwierig, die Spezifika der Sozialen Arbeit darzustellen und die Interventionen transparent zu machen, sodass diese Profession innerhalb des interprofessionellen Teams mitunter mit Anerkennungsproblemen zu kämpfen hat.^{1, 15}

Patientenbezogene Aufgaben und Angebote der Palliativsozialarbeit

Die Aufgabenfelder, Beratungsthemen und Unterstützungsleistungen sind, wie bereits erwähnt, vielfältig und umfassend, daher soll die folgende Darstellung als exemplarisch gelten.

Je nach Tätigkeitskontext (stationär, ambulant, mobil oder konsiliarisch) können die Aufgabenschwerpunkte unterschiedlich gesetzt sein.

Beratung und Unterstützung der Patienten wie An- und Zugehörigen bei:

- sozialrechtlichen Ansprüchen wie Pflegegeld, Pension, Witwen- und Waisenpension, Gebührenbefreiungen, Behindertenpass, Familienhospiz- und Pflegekarenz
- der Erschließung von Unterstützungsleistungen wie Soforthilfen, Leistungen aus diversen Unterstützungsfonds, Wohltätigkeitsvereinen und Stiftungen
- Vertretungs- und Vorsorgemöglichkeiten wie Erwachsenenschutz, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, diversen Vertretungsbefugnissen und Zeichnungsberechtigungen, Testament, Bestattungsvorsorge
- der Klärung von Aufenthaltstitel, Fremden- und Asylrechtsfragen
- finanziellen Notlagen wie Anspruchsabklärung, Erstellung von Haushaltskostenplänen, Existenzsicherung, Ressourcenerschließung, Mindestsicherung
- sozialen Problemstellungen wie Verwahrlosung, Sucht, Scheidung, Schulden, Gewalt
- der Sicherstellung von Betreuungs- und Versorgungspflichten, Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe, dem Familienentlastungsdienst, flexiblen Hilfen
- der Organisation von Versorgungs- und Hilfsdiensten wie von mobilen Pflegediensten, 24-Stunden-Betreuung, stundenweiser Betreuung, persönlicher Assistenz, mobiler Physiotherapie, Notrufsystemen, Essenzustelldiensten, Einkaufszustelldiensten
- Leistungen, Hilfs- und Heilmitteln von den Sozialversicherungsträgern
- räumlichen Übergängen wie Umzug in ein Pflegeheim, Entlassungsmanagement aus dem stationären Setting, Unterbringung in einem Hospiz, Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt

- Entlastung pflegender Angehöriger
- Bestattung, Nachlassverfahren und Erbrecht

Gesprächsführung, Netzwerkarbeit und Koordination:

- Sozialanamnese
- Beratung und Begleitung im Prozess der Krankheitsbewältigung
- Hilfestellung bei komplexen, konfliktreichen Entscheidungsfindungsprozessen
- Unterstützung bei der Umsetzung individueller Wünsche
- Stärkung der Autonomie
- Handlungsfähigkeit herstellen und bewahren
- Förderung gesellschaftlicher Teilhabe
- Vernetzung zu Selbsthilfegruppen
- Biografie- und Erinnerungsarbeit
- Entlastungs- und Stützgespräche
- Beratung und Unterstützung bei Unsicherheiten in der Kommunikation mit Angehörigen und im Umgang mit Kindern und Jugendlichen
- Erschließung persönlicher Ressourcen und Stabilisatoren
- Erfassung und Sicherung von Netzwerken
- Vernetzung und Koordination involvierter bzw. zuständiger Institutionen und Dienste
- Koordination und Förderung der Kommunikation innerhalb persönlicher Netzwerke
- Helfer- und Familienkonferenzen
- Konfliktmanagement
- Mediation
- Krisengespräche und Krisenintervention
- Spirituelle Begleitung
- Angehörigennachsorgeberatung, Trauerbegleitung

Eine Falldarstellung

Erkrankung und derzeitiger Allgemeinzustand: Frau M., geboren 1990, leidet an einem Rektumkarzinom mit Lungen- und Lebermetastasen. Frau M. hat diverse Therapien hinter sich gebracht, keine führte zum gewünschten Erfolg. Es sind keine weiteren Therapien mehr geplant, das mobile Palliativteam wurde hinzugezogen. Frau M. ist noch mobil und kann mit Hilfe der Ganzkörperpflege durchführen. Sie ist

sehr geschwächt und nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu führen, dies übernimmt zum Teil ihre Freundin, aber auch die 12-jährige Tochter.

Krankheitsverarbeitung: Frau M. wurde mehrmals von den behandelnden Ärzten darüber aufgeklärt, dass für ihre Erkrankung keine Therapie mehr möglich ist und sie deshalb in eine palliative Betreuung übergeleitet wurde. Frau M. akzeptiert dies nicht. Sie meint, sie werde wieder gesund und man werde auch für sie noch eine Therapie finden. Dies vermittelt sie auch ihren Kindern. Diese machen sich jedoch Sorgen um die Mutter, vor allem die 12-jährige Tochter reagiert bereits mit dem Abfallen der schulischen Leistungen und zieht sich immer mehr von ihren Freundinnen zurück.

Soziales Umfeld und finanzielle Situation: Frau M. hat eine Tochter mit 12 Jahren und zwei Söhne im Alter von sechs und vier Jahren. Frau M. lebt mit ihren drei Kindern in einer Mietwohnung. Die Beziehung zum Kindesvater der Tochter ging vor acht Jahren in die Brüche, seither gibt es keinen Kontakt mehr. Zum Kindesvater der beiden Söhne besteht ebenfalls kein Kontakt, dieser hat die Familie verlassen, als Frau M. das zweite Mal von ihm schwanger war. Beide Kindesväter leisten wenig und sehr unregelmäßig Unterhaltszahlungen, das Kinder- und Jugendhilfereferat hat hier bereits mehrmals Unterhaltsvorschusszahlungen übernommen.

Frau M. hat eine beste Freundin, die im Nebenhaus wohnt und ebenfalls alleinerziehende Mutter von drei Kindern ist, sowie eine Arbeitskollegin, die sie manchmal besuchen kommt. Wenn Frau M. im Krankenhaus ist, kümmert sich ihre Freundin um die drei Kinder. Ansonsten hat Frau M. keine weiteren Bezugspersonen. Die Mutter von Frau M. lebt ca. 80 Kilometer entfernt, ist schwer alkoholabhängig und bräuchte selbst Unterstützung. Frau M. hat ihren Vater nicht kennengelernt, ihre Mutter hat sie über die Identität des Vaters nie in Kenntnis gesetzt und bei dieser Frage immer abgeblockt.

Frau M. bezieht derzeit Krankengeld, Pflegegeld wurde noch nicht beantragt.

Dies hat sie bisher abgelehnt, da sie der Meinung ist, dass sich ihr Allgemeinzustand bald wieder verbessern würde. Aus der Beziehung zum ersten Kindesvater sind Schulden entstanden, da er einen Gebrauchtwagenhandel eröffnet hat und nach eineinhalb Jahren in Konkurs ging. Frau M. hat damals für den Kredit mitunterschrieben. Da das Krankengeld um einiges weniger ausmacht als ihr Einkommen, hat sich auch auf dem Girokonto ein Minus angehäuft. Finanziell befindet sich Frau M. in einer höchst prekären Lage und hat keinen Spielraum.

Psychosoziale Problemstellungen:

- Massives Verdrängen der palliativen Situation
- Brüchige Alltagsbewältigung und Versorgung von Frau M. wie auch der Kinder
- Brüchige Rollenidentität; es wird immer schwieriger, die Mutterrolle in allen Bereichen aufrechtzuerhalten
- Wenig Kommunikation hinsichtlich der Erkrankung zwischen Frau M. und ihren Kindern
- Unklarheit hinsichtlich der Betreuungssituation der Kinder nach dem Versterben von Frau M.
- Überforderung der Kinder; Verlust von Sicherheit
- Fehlendes soziales Netzwerk
- Finanzielle Notlage

Interventionen durch die soziale Arbeit:

- Durch eine wohlwollende, sensible Begegnung und einen wertschätzenden Dialog, Beziehung und Vertrauen aufbauen
- Räume eröffnen, in denen Sorgen und Ängste offen angesprochen werden können
- Schrittweise an notwendige Veränderungen heranzuführen, dabei aber die Autonomie von Frau M. wahren
- Gespräche mit den Kindern behutsam vorbereiten und durchführen
- Involvierung des Familienentlastungsdienstes
- Involvierung von ehrenamtlichen Kinderhospizmitarbeitern
- Involvierung professioneller Pflege- bzw. Hilfsdienste
- Stärkung und Unterstützung der

Freundin von Frau M.

- Finanzielle Unterstützung durch Beantragung des Pflegegeldes, Stundungsansuchen hinsichtlich der Kreditraten, Aufstellen von Zuschussleistungen zu Miete und Hauskrankenpflege, Organisation von Lebensmittelgutscheinen, Durchsicht der laufenden Versicherungs-, Abo- bzw. Mitgliedsverträge
- Erarbeiten eines Plans für die terminale Lebensphase von Frau M., Möglichkeiten aufzeigen, gangbare Wege mit Frau M. erarbeiten, in Absprache mit Frau M. einen stationären Hospizplatz reservieren
- Möglichkeiten der Versorgung und Betreuung der Kinder nach dem Tod von Frau M. klären:
- Reservierung von drei Heimplätzen in einem 20 Kilometer entfernten Kinderhaus, sodass es den Kindern möglich ist, von dort aus die gewohnte Schule zu besuchen
- Kontaktaufnahme zu den Kindesvätern klären

Im Unterstützungsprozess von Frau M.

war es sehr herausfordernd, in ihre Lebenswelt eingelassen zu werden und eine tragfähige Vertrauensbasis aufzubauen. Grundvoraussetzung hierfür war eine Regelmäßigkeit der Kontakte und Kontinuität in der Betreuung. Erst als sie sicher sein konnte, dass sie in alle Entscheidungen einbezogen wurde und ihre Sichtweise bzw. ihre Wünsche Ausgangspunkt jeglicher Interventionen waren, konnte sie Hilfsangebote und zusätzliche Dienste zur Unterstützung annehmen. Nach und nach war es möglich, mit ihr über das Fortschreiten der Erkrankung und die daraus resultierenden Folgen zu sprechen. Mit Frau M. konnten in enger Kooperation

und Koordination mit den zuständigen Institutionen Pläne für die weitere Versorgung entwickelt werden. Durch finanzielle Unterstützungsleistungen konnten die regelmäßigen Haushaltskosten sowie Miete und Betriebskosten beglichen werden.

Frau M. konnte mithilfe der involvierten Unterstützungsdienste und Leistungen fünf Monate zu Hause mit ihren Kindern verbringen. Als sich ihr gesundheitlicher Zustand massiv verschlechterte, stimmte sie einer Übersiedlung ins Hospiz zu, die Kinder übersiedelten ins Kinderhaus. Dies war für alle ein schmerzlicher Prozess, sie wurden engmaschig durch das aufgebaute Hilfsnetzwerk begleitet und auch nach der Übersiedlung weiterbetreut. Die Kinder kamen die Mutter regelmäßig im Hospiz besuchen. Es konnte sogar ein Gespräch mit den Kindesvätern und Frau M. sowie ihrer Mutter angebahnt werden. Frau M. starb fünf Wochen, nachdem sie ins Hospiz eingezogen war, im Beisein der diensthabenden DGKP.

Fazit

Soziale Arbeit ist durch ihren generalistischen Zugang und spezifische Kompetenzen ein essenzieller Bestandteil der interprofessionellen Palliativteams. Sie fokussiert alle Bereiche, die zum psychosozialen Wohlbefinden beitragen. Eine radikale Orientierung an den individuellen Problemen und persönlichen Wünschen der Betroffenen sowie eine respektvolle, reflektierte Begegnung bilden die Grundlage jeglicher Hilfsprozesse. Es ist notwendig, sich auf die Lebensrealität der Patienten und deren An- und Zugehörigen einzulassen, ohne diese nach eigenen moralischen Maßstäben zu beurteilen. Ein solcher Zugang fördert eine offene und wertungsfreie Begegnung. Darüber hinaus gilt es, die

Weiterführende Links zu Unterstützungsleistungen und Informationen:

www.help.gv.at
www.sozialministerium.at
www.sozialministeriumservice.at
www.arbeiterkammer.at
www.pensionsversicherung.at
www.sozialversicherung.at
www.gis.at
www.palliativ.at
www.patientenverfuegung.or.at
www.schuldenberatung.at
www.vertretungsnetz.at
www.erwachsenenvertretung.at
www.krebshilfe.net
www.ig-pflege.at
www.hospiz.at
www.caritas-steiermark.at

Autonomie der Betroffenen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu wahren. Diese respektvolle, offene Haltung ermöglicht es, passgenaue, tragfähige Lösungen und Hilfestellungen partizipativ mit den Betroffenen zu erarbeiten, mit denen sie sich identifizieren und die sie folglich auch annehmen und umsetzen können.

Soziale Arbeit nimmt eine Schlüsselposition in der Palliative-Care-Betreuung ein, daher ist sie in allen Versorgungsformen als integraler Bestandteil des interprofessionellen Teams festgeschrieben.¹⁶ In der Realität gibt es in Österreich jedoch einige Bereiche und Regionen, in denen Soziale Arbeit nicht angeboten wird. Um die psychosoziale Dimension gleichwertig den anderen Dimensionen professionell abdecken zu können, bleibt es eine dringliche Forderung, Soziale Arbeit flächendeckend auszubauen und anbieten zu können. ■

1 Pusswald B et al. Palliative Care in der Steiermark. SIO Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik 2011; (1): 18-23

2 Neustadt K et al. Das biopsychosoziale Schmerzmodell: Entwicklung, Definition und Implikationen. Leitfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer 2017; 6. Jg (4): 49-54

3 Pusswald B. Ein bisschen Leben wär' noch schön. Palliativsozialarbeit: Schwerstkranke und sterbende Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen begleiten, beraten und unterstützen. In: Hefel JM, Hiebinger I (Hrsg.): Einblicke in die Praxis der Sozialen Arbeit. Beltz Juventa, Weinheim Basel, 2021; 110-126

4 Rösler M et al. Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht 2016; abrufbar unter: <https://docplayer.org/22620658-Soziale-arbeit-in-der-onkologie-eine-zusammenfassende-uebersicht.html>, 01.03.2022

5 Wasner M. Ist das nicht meine Aufgabe? Zur Rolle der Sozialen Arbeit im multiprofessionellen Palliative Care Team. Forum sozialarbeit + gesundheit 2010; (2): 6-8

6 Dix O/Glickman M. Feeling better: psychosocial care in specialist palliative care: a discussion paper. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1997

7 Student JC et al. Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Reinhardt GmbH & Co KG, München, 2020; 4. Auflage

8 Österreichische Palliativgesellschaft, AG Palliativsozialarbeit Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. Standards, Kompetenz- und Tätigkeitsprofil 2018; abrufbar unter: https://www.palliativ.at/index.php?elD=tx_securedownload&p=996&u=0&g=0&t=1645982702&hash=e215303d07d90eb0a4b4d7e8c4f514b51aebd435&file=/fileadmin/redakteur/downloads/Standards_Pall_DSA_final.pdf, 26.02.2022

9 Wasner M, Pankhofer S (Hrsg.): Soziale Arbeit in Palliative Care: Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2021; 2. Auflage

10 Gahleitner SB et al. Bei der ersten Begegnung. Risiken zu Beginn psychosozialer Hilfeprozesse. Sozial Extra. Zeitschrift für soziale Arbeit & Sozialpolitik 2013; 11-14

11 Jansen B. Ambulante pflegebegleitende Soziale Arbeit. Zeitschrift für

Gerontologie und Geriatrie 1998; 31(5): 319-324

12 Feichtner A, Pusswald B. Angehörige in der Palliative Care. Facultas Verlag, Wien, 2020

13 Boecker M, Weber M. Wirkungen Sozialer Arbeit messbar machen. Eine kritische Bestandsaufnahme. Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Soziale Arbeit 2019; (166)6: 229-235

14 Schulze-Krüder J. Wissen, was in der Sozialen Arbeit wirkt! Zur Reichweite empirischer Zugänge. APOLLON University Press, Bremen, 2017

15 Wasner M. Soziale Arbeit im interprofessionellen Palliative Care Team. Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung 2015; 11. Jg. (1): 10-12

16 Gesundheit Österreich GmbH. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene 2014; abrufbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/05/broschuere_hospiz-_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf, 01.03.2022