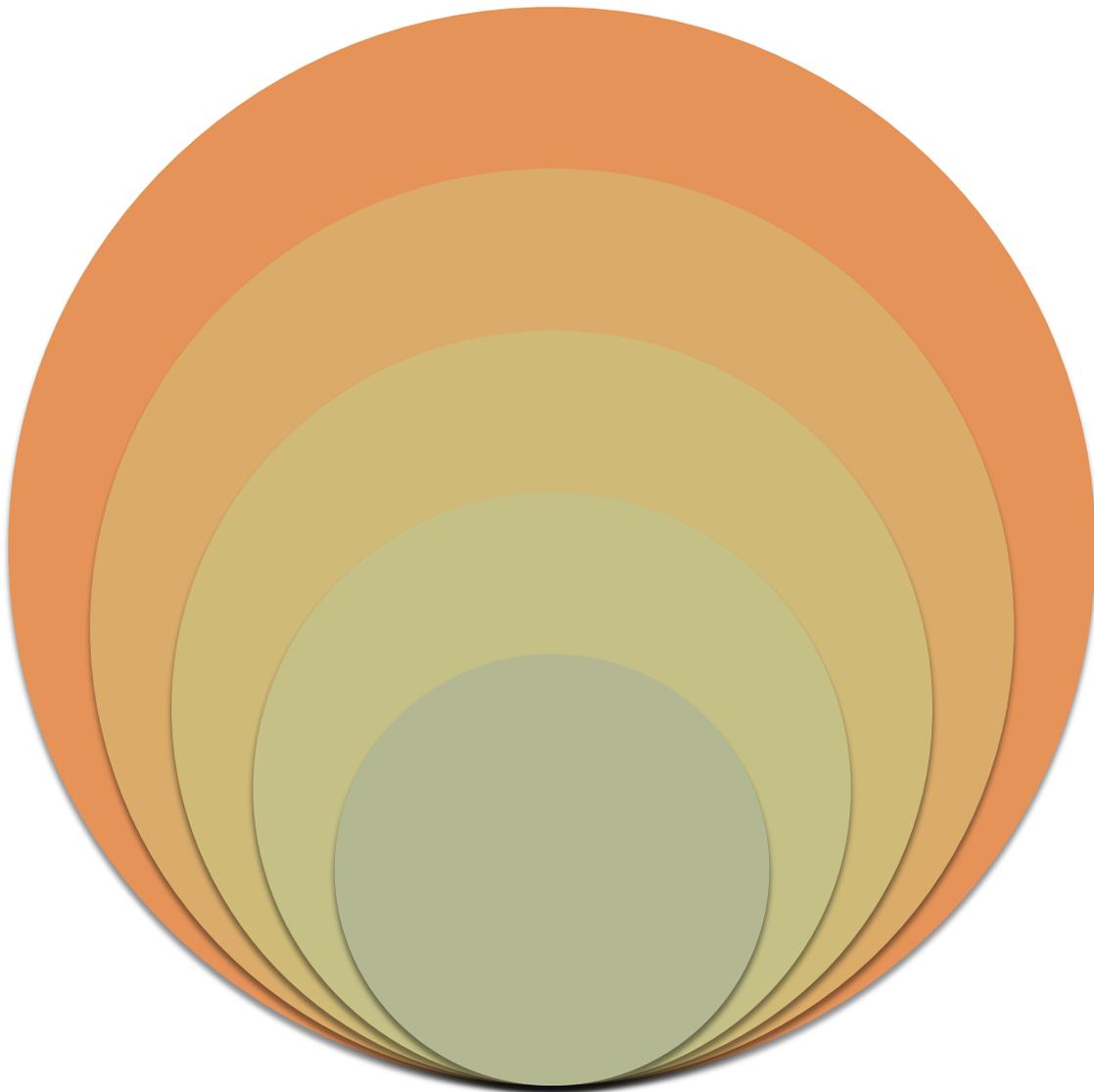


M A S T E R – T H E S I S

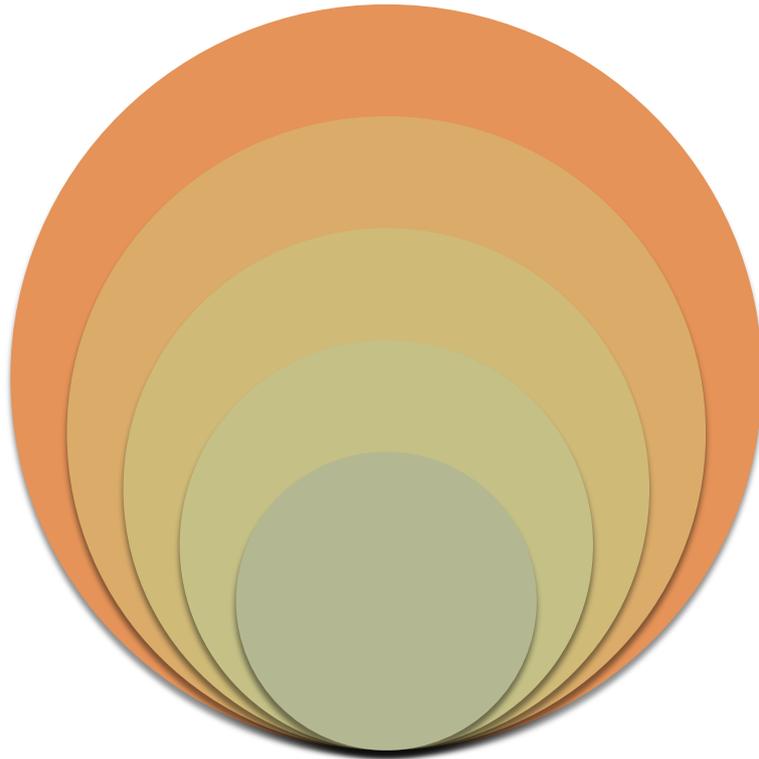
Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care



**Beitrag und Potential Sozialer Arbeit
in einem möglichen Palliativversorgungsmodell
in der Region Oberaargau**

M A S T E R – T H E S I S

Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care



Beitrag und Potential Sozialer Arbeit in einem möglichen Palliativversorgungsmodell in der Region Oberraargau

Verfasserin: Ayse Gül Inal

Studienbeginn: Herbstsemester 2017

Master in Sozialer Arbeit, Bern | Luzern | St. Gallen

Fachbegleitung: Prof. Dr. Dieter Haller

Abgabe am 31. Juli 2020

Abstract

Palliative Care ist ein Behandlungs- und Betreuungskonzept, welches sich an schwerstkranken und sterbende Menschen richtet. Die Behandlung und Betreuung geht auf körperliche, psychologische, soziale wie auch spirituelle Beschwerden ein. Ziel der Palliative Care ist es, in enger, interprofessioneller Zusammenarbeit die Wünsche, Bedürfnisse und den Willen von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen wahrzunehmen und sie umzusetzen. Die vorliegende Master-Thesis-Arbeit befasst sich mit der Rolle und dem Potential der Sozialen Arbeit im Konzept der Palliative Care. Mit einer umfassenden theoretischen Auseinandersetzung wurde der Beitrag der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care erforscht. Ausgehend davon, dass eine vernetzte und koordinierte Palliativversorgung in der Region Oberaargau im Kanton Bern fehlt, sind Überlegungen zu einer möglichen Palliativversorgung gestellt worden, in der das Potential der Sozialen Arbeit genutzt wird. Erste Grundzüge eines möglichen Palliativversorgungsmodells wurden nach der theoretischen Auseinandersetzung festgehalten und im Anschluss mit zwei Schlüsselpersonen aus der Region Oberaargau in einem leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterview diskutiert. Mithilfe den Erkenntnissen aus den beiden Interviews konnte das provisorische Palliativversorgungsmodell modifiziert werden. Die vorliegende Master-Thesis-Arbeit stellt ein multiprofessionell besetztes und interprofessionell koordiniertes Palliativversorgungsmodell vor, das der Region Oberaargau eine innovative Optimierung ermöglicht. Die bestehenden Finanzierungslücken in den verschiedenen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens und die Finanzierung der konkreten Modellrealisierung werden bei der Umsetzung des Modells als die schwierigsten Hürden erachtet. Das Modell eignet sich jedoch als Grundlage für ein mögliches Projekt in der Region. Da der Bund und die Gesundheits-, Sozial und Integrationsdirektion des Kantons Bern GSI eine Optimierung und Vereinheitlichung im Bereich der Palliative Care anstreben sowie innovative Ideen fördern, kann die GSI für eine allfällige Unterstützung angefragt werden.

Du bist von Bedeutung, weil du du bist. Du bist von Bedeutung bis zum letzten Augenblick deines Lebens. Und wir werden alles tun, was wir können, um dir zu helfen, nicht nur um in Frieden zu sterben, sondern auch zu leben, bis du stirbst.

Cicely Saunders

Vorwort

Krankheit sucht sich nicht eine bestimmte Menschengruppe aus. Absolut jede und jeder kann von einer Krankheit betroffen sein. Wenn nicht als Betroffene oder Betroffener, dann aber mit grosser Wahrscheinlichkeit als Angehörige oder Angehöriger oder als Freundin oder Freund einer erkrankten Person. Bedrückende Lebensgeschichten dieser Art gehören zu den Erzählungen, die ich mir in meiner Tätigkeit als Sozialarbeiterin in einem Akutspital oft anhöre. Traurige Schicksalsschläge gehören zu meinem Berufsalltag. Mit unzähligen Beispielen könnte ich aufzeigen, wie skrupellos und unberechenbar eine Krankheit sein kann. Traurigkeit und Betroffenheit auszulösen, ist jedoch nicht das Ziel meiner Master-Thesis-Arbeit, auch wenn die ausgewählte Thematik dazu führen kann.

Schwerstkranke und sterbende Menschen können seit Jahren von ihrer unheilbaren Erkrankung betroffen sein. Sie können aber auch erst kürzlich eine entsprechende Diagnose erhalten haben und sich bereits im Endstadium der Erkrankung befinden, so dass das Versterben bereits unmittelbar bevorsteht. So oder so ist der Erhalt einer unheilbaren Diagnose eine absolut erschütternde Botschaft. Ich kann nicht annähernd nachempfinden, wie sich betroffene Menschen fühlen müssen und welche Fragen, Ängste und Sorgen solch eine Nachricht aufwirft. Was ich weiss, ist, dass schwerstkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörige in dieser Situation vollumfängliche Unterstützung und Beratung benötigen. Angehörige können genauso stark von der Situation belastet sein und sich hilflos fühlen. Mit einer professionellen Unterstützung kann das Leid aller Beteiligten zumindest ein wenig gemildert und ihnen in der übrig bleibenden Zeit Raum für die Beziehungen geboten werden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird sich jeder Mensch einmal im Leben in einer palliativen Situation befinden, in welcher er dankbar um das Wissen wäre, eine vollumfängliche professionelle Unterstützung zu erhalten – ganz im Sinne von Cicely Saunders: „Du bist von Bedeutung, weil du du bist. Du bist von Bedeutung bis zum letzten Augenblick deines Lebens. Und wir werden alles tun, was wir können, um dir zu helfen, nicht nur um in Frieden zu sterben, sondern auch zu leben, bis du stirbst.“ (zitiert nach Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn, 2016) Eine regional koordinierte Versorgung mit allen beteiligten Berufsgruppen macht diese Professionalität aus. Aufgrund meiner mehrjährigen Berufserfahrung in der Region Oberaargau ist es mir ein Anliegen, mit dieser Master-Thesis-Arbeit der Region einen Vorschlag anzubieten und aufzuzeigen, wie solch eine koordinierte Versorgung im Oberaargau aussehen könnte und weshalb die Soziale Arbeit unbedingt ein Bestandteil davon sein sollte.

Die COVID-19-Pandemie, die sich zur Zeit der Verfassung meiner Master-Thesis-Arbeit ausbreitete und global erhebliche Auswirkungen mit sich brachte, bedaure ich sehr. Die Pandemie hatte auch Einfluss auf die vorliegende Arbeit, so dass das methodische Vorgehen geändert werden musste. Dennoch freue ich mich, meine Berufserfahrungen in die Arbeit einfliessen zu lassen und bin mir sicher, dass die Arbeit auch mit dem angepassten methodischen Vorgehen spannende Erkenntnisse aufzeigt.

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mich während der Erstellung meiner Master-Thesis-Arbeit unterstützt und motiviert haben. Der grösste Dank geht an meine liebe Freundin, Helene Graber. Ihr danke ich für das Korrekturlesen und die konstruktiven Anmerkungen zu meiner Master-Thesis-Arbeit, aber auch dafür, dass sie stets ein offenes Ohr für mich hatte. Weiter danke ich meinem Arbeitsteam, welches mir jederzeit Verständnis, Zuversicht und Motivation während der Zeit des Schreibens entgegenbrachte. Meiner Familie und meinem Freundeskreis gilt ebenfalls ein besonderer Dank, denn auch sie entgegeneten viel Verständnis und Geduld dafür, dass meine Master-Thesis-Arbeit in meiner Freizeit lange prioritär im Vordergrund stand.

Weiter richte ich einen grossen Dank an Herrn Prof. Dr. Dieter Haller von der Berner Fachhochschule BFH, Departement Soziale Arbeit. Ihm danke ich für die unterstützende Fachbegleitung und Betreuung der Arbeit, für seine konstruktiven Anregungen und hilfreichen Hinweise. Abschliessend möchte ich mich bei den beiden Schlüsselpersonen für ihre wertvolle Expertise und Zeit bedanken, die sie mir zur Verfügung stellten und mit ihren Antworten und Ideen aus den Interviews die Ergebnisse dieser Arbeit massgeblich geprägt haben.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
1 Einleitung	9
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	9
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	10
1.3 Vorgehensweise und Aufbau	11
° THEORETISCHER TEIL °.....	13
2 Begriffsklärung	14
2.1 Gesundheit und Krankheit	14
2.2 Palliative Care	17
2.2.1 Die Geschichte der Palliative Care.....	18
2.2.2 Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care.....	20
3 Palliative Care im Oberaargau	22
3.1 Die Region Oberaargau	22
3.2 Institutionenlandschaft der Region Oberaargau	24
4 Soziale Arbeit in der Palliative Care	30
4.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	30
4.2 Die Geschichte der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	30
4.3 Die psychosoziale Situation von Betroffenen	32
4.3.1 Die psychosoziale Situation schwerstkranker und sterbender Menschen.....	32
4.3.2 Die psychosoziale Situation von Angehörigen.....	34
4.4 Aufgabenbereiche und Prinzipien der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	34
4.4.1 Inter- und Multiprofessionalität als Grundprinzip.....	34
4.4.2 Gesellschaftlicher Auftrag.....	35
4.4.3 Kernaufgaben.....	35
4.5 Potential der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	38
5 Entwicklungsbemühungen im Bereich der Palliative Care in der Schweiz	41
5.1 Massnahmen und Projekte	41
5.1.1 Massnahmen und Projekte auf Bundesebene.....	42
5.1.2 Das SENS-Modell.....	43
5.1.3 Projekt der Caritas Luzern.....	44
5.1.4 Konzeptevaluation des Kantons Basel-Landschaft.....	45

5.1.5 Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern.....	45
6 Zwischenergebnisse.....	46
6.1 Die Fakten	47
6.2 Die Probleme	48
6.3 Die Lösungen.....	49
6.3.1 Erste Überlegungen zum Palliativversorgungsmodell im Oberaargau	49
7 Zwischenfazit	51
° PRAKTISCHER TEIL °	52
8 Methodisches Vorgehen	53
8.1 Wahl der Methoden und Daten.....	53
8.2 Planung und Durchführung.....	53
8.2.1 Auswahl der Schlüsselpersonen.....	54
8.3 Kategoriengestützte Auswertung der Daten	55
8.3.1 Interview mit Schlüsselperson 1	58
8.3.2 Erweiterung der Datenbasis	61
8.3.3 Interview mit Schlüsselperson 2	62
8.4 Interpretation der Daten.....	65
8.4.1 Modifizierung des Modells	66
8.4.2 Potential der Sozialen Arbeit im Modell.....	68
9 Ergebnisse.....	71
9.1 Das Palliativversorgungsmodell für die Region Oberaargau	71
9.2 Modellablauf	73
9.3 Zuständigkeiten und Aufgabenteilung.....	76
9.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Modell.....	79
9.5 Mögliche Schritte zur Umsetzung.....	80
° SCHLUSSTEIL °	83
10 Schlussdiskussion	84
11 Fazit.....	87
12 Literatur- und Quellenverzeichnis.....	88
13 Anhang.....	95
Anhang 1: Interviewleitfaden Schlüsselperson 1.....	96
Anhang 2: Interviewleitfaden Schlüsselperson 2.....	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell. Nach St. Gallische Psychiatrie Dienste Süd, n.d.....	15
Abbildung 2.	Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell: Adaption auf Palliative Care. Nach BAG & GDK, 2014, S. 12-14.	16
Abbildung 3.	Spirituelle Dimension der palliativen Situation. Nach BAG & GDK, 2014, S. 14.	17
Abbildung 4.	Allgemeine und spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Nach BAG, palliative ch & GDK, 2014, S. 12-13.	21
Abbildung 5.	Karte Verwaltungskreis Oberaargau. Nach Direktion für Inneres und Justiz, n.d.	23
Abbildung 6.	Institutionenlandschaft Region Oberaargau.....	26
Abbildung 7.	Sechs Erkenntnisse zur Institutionenlandschaft Region Oberaargau	27
Abbildung 8.	Bevölkerungsentwicklung Oberaargau 2010-2045. Nach Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2016, S. 17.....	29
Abbildung 9.	Cicely Saunders (1918 - 2005). Nach palliative ch, n.d.	31
Abbildung 10.	SENS Logo. Nach Universitäres Zentrum für Palliative Care Inselspital (PZI), n.d.	43
Abbildung 11.	Erste Grundzüge des Modells.....	50
Abbildung 12.	Kernaussagen Schlüsselperson 1	58
Abbildung 13.	Kernaussagen Schlüsselperson 2	62
Abbildung 14.	Modifizierung des Modells	66
Abbildung 15.	Interviewaussagen Teil 1	69
Abbildung 16.	Interviewaussagen Teil 2	70
Abbildung 17.	Palliative Care PS und Mobiler Palliativdienst Emmental-Oberaargau.....	72
Abbildung 18.	Das Palliativversorgungsmodell im Oberaargau.....	73
Abbildung 19.	Modellablauf.....	74
Abbildung 20.	Zuständigkeiten der Medizin. Nach BAG & GDK, 2014, S. 12-13.	76
Abbildung 21.	Zuständigkeiten der Seelsorge. Nach BAG & GDK, 2014, S. 14.....	78
Abbildung 22.	Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit. Nach BAG & GDK, 2014, S. 13-14; DGP, 2012, Kap.3.....	78
Abbildung 23.	Mögliche Schritte zur Umsetzung	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Ambulante Pflegedienste im Oberaargau	25
Tabelle 2	Schlüsselkompetenzen Sozialer Arbeit.....	39
Tabelle 3	Kodierungssystem mit Kodes-Verteilung	56

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf der Adressatengruppe von Menschen jeglichen Alters, die unheilbar krank sind und sich in der letzten Lebensphase befinden. Palliative Care ist das dazugehörige Behandlungs- und Betreuungskonzept, welches in dem Moment zum Einsatz kommt, in dem keine Heilung mehr möglich ist. Die World Health Organization (WHO) definiert Palliative Care als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen, welche mit dem Problem einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind, sowie deren Familien. Zu Palliative Care gehören die Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitiges Erkennen sowie die Beurteilung und Behandlung von Schmerzen, körperlichen, psychosozialen sowie spirituellen Problemen (WHO, 2018). Die WHO (2018) besagt weiter, dass die palliative Versorgung unter anderem ein Unterstützungssystem bietet, welches den Betroffenen dazu verhilft, so aktiv wie möglich bis zu ihrem Tod leben zu können, unabhängig davon wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen möchten. Ein Unterstützungssystem, das auch der Familie während der Krankheit der betroffenen Person und auch über deren Tod hinaus hilft, mit ihrem eigenen Leid umgehen zu können. Die Orte des Sterbens sind alle, ausser das eigene Zuhause, mit Professionellen besetzt. Durch Soziale Arbeit werden an allen Orten Mitmenschlichkeit und Teilhabe ermöglicht (Mennemann, 2019, S. 234). In der Region Oberaargau gibt es im ambulanten wie auch im stationären Bereich Betreuungsangebote für schwerstkranke sowie sterbende Menschen. Es gibt medizinische und pflegerische Angebote, aber auch die Möglichkeit sich die Unterstützung einer oder eines Professionellen der Sozialen Arbeit einzuholen. Ein Palliativversorgungsmodell oder ein regional geregelter Ablauf mit allen Disziplinen und Angeboten existiert nicht.

Es bestehen diverse Definitionen zur Palliative Care. Aktuelle Definitionen besagen alle einheitlich, dass die körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Probleme gleichwertig zu betrachten sind, die multiprofessionelle partnerschaftliche Zusammenarbeit sehr bedeutend ist und zudem die verschiedenen Perspektiven und Professionen in die Forschung und Praxis einzubinden sind (Kreutzer, Oetting-Ross & Schwermann, 2019, S. 9). Wenn schwerstkranke und sterbende Menschen auf professionelle Hilfe angewiesen sind, sind sie mit einem Kostenträger- und Leistungsanbietersystem konfrontiert, welches aus unterschiedlichen Organisationen und Pro-

fessionen besteht. Diese konkurrieren miteinander um Status- und Zuständigkeitsfragen. Die Einteilung in Sektoren wie stationär, teilstationär und ambulant oder die Einteilung in Organisationen wie Spital, Altersheim und Hospiz, führen zu Fehlzusweisungen und Versorgungslücken. Vernetzte und integrierte Zusammenarbeit ist die Lösung, welche genau diese Probleme vermeiden könnte (Mennemann, 2019, S. 236-237).

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Mit der vorliegenden Arbeit soll die folgende Hauptfrage beantwortet werden:

Welchen Beitrag leistet die Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care und wie könnte eine Palliativversorgung in der Region Oberaargau aussehen, bei welcher das Potential der Sozialen Arbeit genutzt wird?

Es wird deskriptiv nach dem Beitrag der Sozialen Arbeit sowie planend nach einem möglichen Palliativversorgungsmodell gefragt, in welchem die deskriptiven Erkenntnisse enthalten sind. Um die Hauptfrage beantworten zu können, gilt es, die folgenden deskriptiven Unterfragen zu beantworten:

Was sind die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliative Care?

Welche Stärken können der Sozialen Arbeit in der Palliative Care zugeordnet werden?

Die Aufmerksamkeit für die Adressatengruppe der schwerstkranken und sterbenden Menschen nimmt zu. Dennoch wird das Thema des Sterbens nach wie vor oftmals tabuisiert, wenn auch einzelne Aspekte wie z.B. die der aktiven Sterbehilfe wiederholt medial mit Fallbeispielen diskutiert werden (Mennemann, 2019, S. 235). Menschen sterben abseits der Öffentlichkeit häufig in Einsamkeit und oftmals in Institutionen. Leistungserbringende im Bereich der Palliative Care wissen, in welchen schwerwiegenden Situationen schwerstkranken und sterbende Menschen sowie

deren Familien sich befinden können. Sie sind sich der Vulnerabilität der Betroffenen bewusst. Von Seiten der Leistungserbringenden findet das Konzept der Palliative Care aus diesem Grund sehr viel Zuspruch und Engagement (Kreutzer, Oetting-Ross & Schwermann, 2019, S. 10). Mit wachsender Aufmerksamkeit für das Konzept hat auch der Anspruch an Professionalität zugenommen. Die Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen erfordert von Leistungserbringenden Mut, eine professionelle Haltung sowie Rückhalt. Diese Eigenschaften werden nicht lediglich von den einzelnen Personen erwartet, sondern sind als reflektierende interprofessionelle Aufgabe von allen am Prozess Beteiligten gemeinsam zu erfüllen, um auch gegen Stigmatisierung und Bevormundung wirken zu können (S. 10-11). Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, adäquate Beschreibungen zur Rolle und Funktion der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care im Oberaargau zu liefern sowie ein mögliches Palliativversorgungsmodell für die Region zu empfehlen, bei welchem das Potential der Sozialen Arbeit genutzt wird. Das Modell soll eine vernetzte und integrierte Zusammenarbeit im Feld der Palliative Care veranschaulichen.

1.3 Vorgehensweise und Aufbau

Aufgrund der geographischen Einschränkung auf die Region Oberaargau wird nach dem Kapitel 2 der Begriffsklärung in Kapitel 3 die Region vorgestellt. In Kapitel 3.1 wird die Region konkret beschrieben und geographisch verortet. In Kapitel 3.2 wird mit Hilfe einer Institutionenlandschaft veranschaulicht, welche Institutionen und Organisationen im Bereich der Palliativ Care im Oberaargau relevant sind. Das Kapitel 4 nimmt die Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care in den Fokus. In Kapitel 4.1 wird die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen beschrieben, gefolgt von der Geschichte der Sozialen Arbeit in der Palliative Care in Kapitel 4.2. Um die Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit nachvollziehbarer erläutern zu können, wird in Kapitel 4.3 zunächst die psychosoziale Situation von den Betroffenen selbst und im Anschluss diejenige der Angehörigen vorgestellt. In Kapitel 4.4 folgen dann die Aufgabenbereiche und Prinzipien der Sozialen Arbeit im Bereich der Palliative Care. Das Kapitel 4 schliesst mit dem Unterkapitel 4.5 ab und benennt explizit das Potential der Sozialen Arbeit in der Palliative Care. In Kapitel 5 werden nach einer Phase der Recherche die bestehenden Bemühungen auf Bundes- und Kantonebene sowie einige bereits durchgeführte Projekte vorgestellt. Die Erkenntnisse aus diesen fünf Kapiteln ermöglichen eine Sichtung erster Fakten, Probleme und Lösungsansätze, welche in Kapitel 6, aufgeteilt in die Kapitel 6.1 bis 6.3, als Zwischenergebnisse festgehalten werden. Das Kapitel 6.3 mit dem Teilkapitel 6.3.1 ist am umfangreichsten beschrieben, da dieses Kapitel erste Grundzüge des möglichen Palliativversorgungsmodells im Oberaargau vorstellt. In Kapitel 7 wird

ein Zwischenfazit gezogen. Die vorliegende theoretische Arbeit wird mit einem kleinen praktischen Teil gestützt. Dieser Teil folgt in Kapitel 8 und befasst sich mit zwei Interviews, einem Expertinnen- und einem Experteninterview. Die erste Person ist von der Autorenschaft als eine Schlüsselperson definiert worden. Diese verhalf dazu, die zweite Schlüsselperson zu bestimmen. Ziel beider Interviews war es, die Grundzüge des Modells zu diskutieren und diese gegebenenfalls zu modifizieren. In Kapitel 9 wird das Modell schlussendlich als Endergebnis präsentiert und in Kapitel 10 im Schlussteil der Arbeit diskutiert. Abschliessend folgt in Kapitel 11 das Fazit der Arbeit.

° THEORETISCHER TEIL °

2 Begriffsklärung

Bei den Begriffen Gesundheit, Krankheit und Palliative Care bestehen diverse Begriffsbestimmungen. Aus diesem Grund ist es unabdingbar, für die vorliegende Arbeit von Beginn an eine begriffliche Bestimmung vorzunehmen, um klarzustellen, von welchen Definitionen die vorliegende Arbeit ausgeht. Zuerst werden die beiden Begriffe *Gesundheit und Krankheit* erläutert, danach der Begriff *Palliative Care*.

2.1 Gesundheit und Krankheit

Folgende Definition des Begriffes der Gesundheit verwendet die WHO: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 2014, S.1) Damit weist sie auf das Zusammenspiel der physischen, psychischen und sozialen Dimension des Begriffs hin. Auch für die wissenschaftliche Medizin ist klar, dass das naturwissenschaftlich-biomedizinische Modell, welches seit über hundert Jahren dominiert, bei komplexeren Krankheitssituationen mit seinen physikalischen und chemischen Erkenntnissen über Mensch und Körper nicht ausreicht. Die Dimension des Menschen als denkendes und fühlendes Wesen fehlt im naturwissenschaftlich-biomedizinischen Modell (Egger, 2018, S. 1156-1157).

Seit Jahrhunderten wurden immer wieder theoretische Überlegungen angestellt, wie die Beziehung zwischen *Körper* und *Seele* (besser: zwischen *Gehirn* und *Geist*) zu erklären sei. Von all diesen Ansätzen ist – aus wissenschaftstheoretischen Gründen und auch aus Gründen der Kompatibilität mit dem naturwissenschaftlich-biomedizinischen Modell – bisher nur eines in der Lage, diese Problematik wenigstens einigermaßen zu bewältigen: Das *biopsychosoziale Modell* ist hier das mit grossem Abstand meistgenutzte Paradigma. (Egger, 2018, S. 1157)

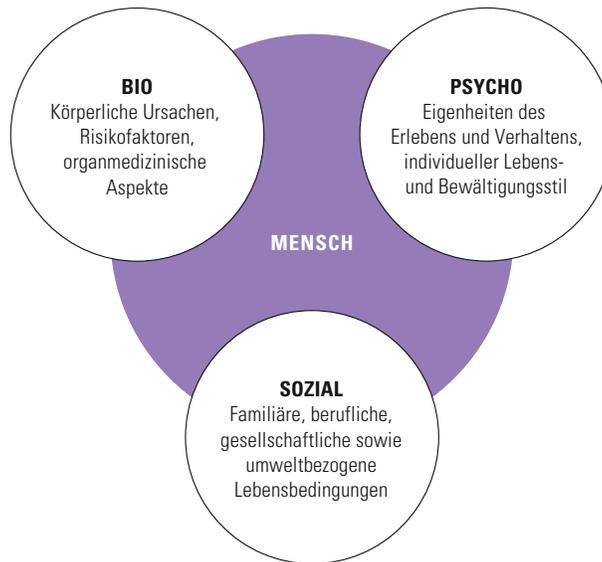


Abbildung 1. Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell. Nach St. Gallische Psychiatrie Dienste Süd, n.d.

Die Abbildung 1 zeigt das von Egger erwähnte bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und das Zusammenspiel zwischen den drei Dimensionen. „Das biopsychosoziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.“ (Egger, 2005, S. 4) Aus diesem Grund wird dieses Theoriekonzept für die vorliegende Arbeit zur Begriffserklärung von Gesundheit und Krankheit beigezogen. Die Gesundheit ist belastet, sobald das Zusammenspiel dieser Dimensionen aus dem Gleichgewicht gerät und kein Wohlbefinden für das Individuum mehr möglich ist. Von einer Erkrankung oder Krankheit wird dann gesprochen, wenn die „Körper-Seele-Einheit“ eine Störung aufweist, welche Auswirkungen auf den gesamten Lebenskontext mit sich zieht (St. Gallische Psychiatrie Dienste Süd, n.d.). Krankheit und Gesundheit sind beide als ein „dynamisches Geschehen“ zu definieren. Dabei muss die Gesundheit stets „geschaffen“ und aufrechterhalten werden, so Egger (2005, S. 3). Vielen Theoretikern ist die Entwicklung und Weiterführung dieses Modells zu verdanken. So z.B. den beiden Systemtheoretikern Niklas Luhmann und Ludwig von Bertalanffy sowie dem Psychiater George L. Engel (S. 4.). Für die vorliegende Arbeit genügen die bisherigen Erklärungen, so dass die Entwicklung des Modells und die einzelnen Positionen der Theoretiker nicht durchleuchtet werden. In der folgenden Abbildung 2 sind durch die Kriterien für die Überweisung oder den Beizug von spezialisierter

Palliative Care des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK (2014) auf das Krankheitsmodell übertragen worden.

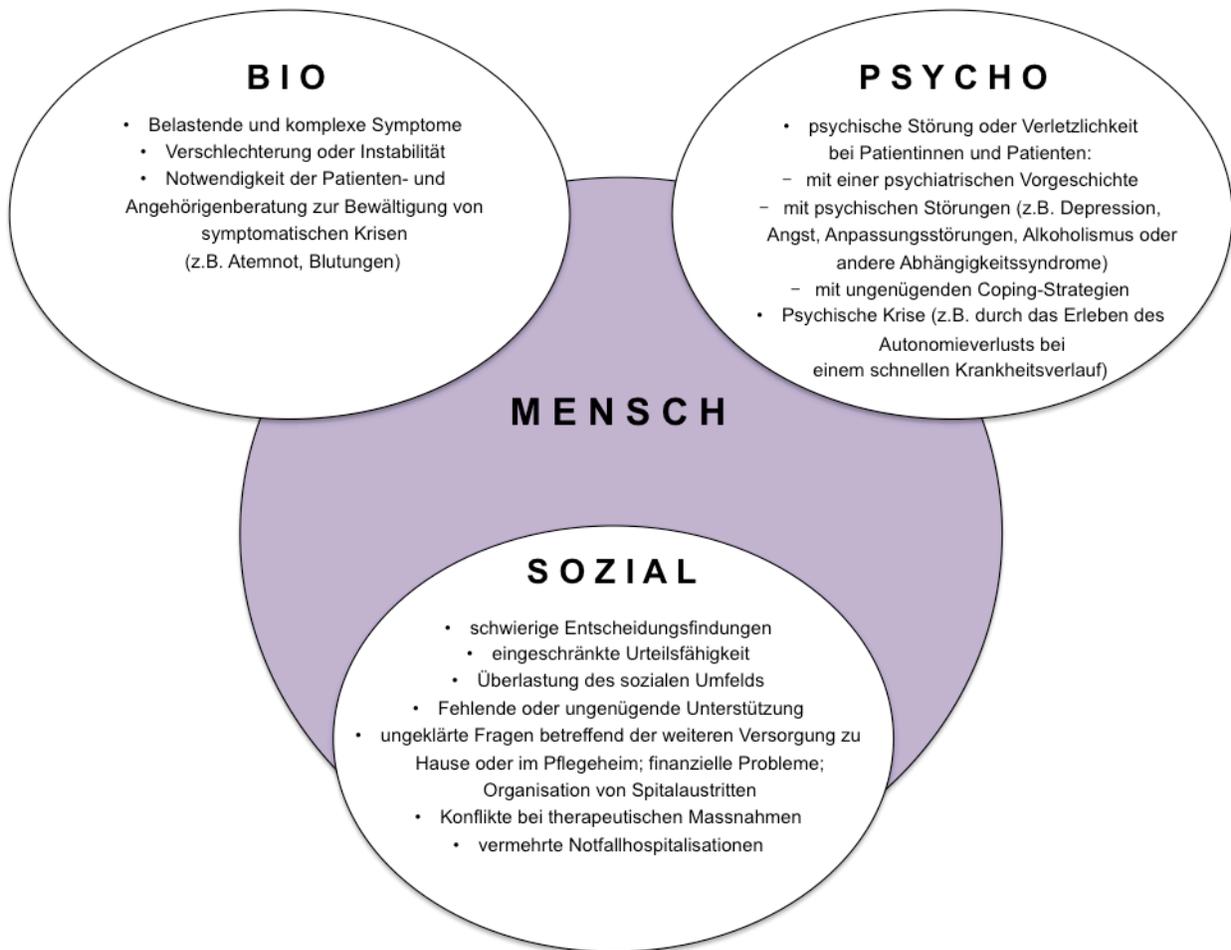


Abbildung 2. Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell: Adaption auf Palliative Care. Nach BAG & GDK, 2014, S. 12-14.

Die Abbildung zeigt konkret, welche Bedürfnisse oder Probleme in den jeweiligen Dimensionen vorhanden sein können. Die Angaben sind zwar auf komplexe und instabile Palliativsituationen bezogen, zeigen aber dennoch auf, wie vielfältig die Bedürfnisse und Probleme sein können. Korrekterweise müsste die Adaption des bio-psycho-sozialen Modells auf die Palliative Care für den spirituellen Aspekt einen vierten Kreis enthalten, da Palliative Care neben der Beurteilung und Behandlung von Schmerzen, körperlichen und psychosozialen Problemen auch spirituelle Probleme umfasst. Der vierte Kreis wird im Folgenden dargestellt:



Abbildung 3. Spirituelle Dimension der palliativen Situation. Nach BAG & GDK, 2014, S. 14.

Der leitende Arzt des Universitären Palliativzentrums Inselspital in Bern, Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller, bezieht auch den spirituellen Aspekt mit ein und benutzt deshalb den Begriff des bio-psycho-sozial-spirituellen Medizinmodells (Eychmüller, 2014, S. 2).

2.2 Palliative Care

Palliativ als Begriff ist zurückzuführen auf das lateinische Wort *pallium* und wird im Deutschen als *Mantel*, *Umhang* verstanden. So auch das dazugehörige Verb *palliare*, welches als *bedecken*, *tarnen* und *lindern* übersetzt wird (Müller-Busch, 2014, S. 35). Der englische Begriff *care* wird als *Sorge*, *Kümmern*, *Fürsorge* oder auch als *Behandlung* ins Deutsche übersetzt (S. 38).

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, handelt es sich bei Palliative Care um ein Behandlungs- und Betreuungskonzept, welches die Beratung, Begleitung und Versorgung von am Ende des Lebens stehenden Menschen durch verschiedene Berufsgruppen umfasst. Involvierte Berufsgruppen sind vor allem die Medizinerinnen und Mediziner, Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Seelsorgende, Theologinnen und Theologen, ehrenamtliche Mitarbeitende sowie Sozialarbeitende (Pankofer, 2014, S. 27). Bei der Palliative Care gibt es keine Abgrenzung oder Einschränkung von bestimmten Krankheiten. Ausschlaggebend sind die Symptome, der Krankheitsverlauf sowie die noch optional bestehenden kurativen Behandlungsmöglichkeiten (Wagner, 2014, S. 61). Palliative Care findet, so wie es Schnell, Schneider und Kolbe (2014) Schnell, Schneider und Kolbe definieren, in verschiedenen „Sterbewelten“ im stationären wie auch im ambulanten Bereich statt. So etwa in Krankenhäusern, in Hospizen, auf Palliativstationen, in Pflegeeinrichtungen oder bei Betroffenen zu Hause (S. 5). Der Einbezug der Angehörigen in die Definition der Palliative Care lässt sich mit

der Theorie des Soziologen Werner Schneider (2014) erklären. Dieser sieht im Prozess des Sterbens neben dem physiologischen Vorgang auch einen sozialen Prozess, welcher bereits ab der Diagnosestellung beginnt (S. 60). Mit dem Erhalt der Diagnose findet ein Ausgliederungsprozess der schwerstkranken Person statt. In diesem Ausgliederungsprozess beginnt sich die gemeinsam geteilte Wirklichkeit aller Beteiligten zu verändern. Die Personen, die mit der schwerstkranken Person eine Gemeinschaft bilden, werden im Verlauf dieses Prozesses mit dem Tod des Erkrankten ein Mitglied verlieren. Mit diesem Wissen muss die Gemeinschaft damit beginnen, ihre Wirklichkeit als (Weiter-)Lebende zu reorganisieren. Mit der Reorganisation gilt es, die neue Alltagswirklichkeit zu bewältigen, ohne die Sinnhaftigkeit des eigenen Weiterlebens zu verlieren (S. 60). Diese Situation beschreibt Schneider als die vielleicht schwierigste und komplexeste soziale Situation, in der sich Menschen befinden können. Aus diesem Grund bedürften Angehörige als (Weiter-)Lebende hierbei besonderen Techniken, Praktiken, Rituale und einer besonderen Kultur, die sie bei der Bewältigung dieser Situation unterstützen (S. 56). Somit geht es in der Palliative Care nicht nur um einen schmerzfreien Ablauf der letzten Lebensphase eines schwerstkranken, sterbenden Menschen, sondern auch um die Gestaltung und Begleitung des ganzen Prozesses bis zum Tod und mit der Begleitung der Angehörigen in der Trauerphase auch um die Unterstützung der (Weiter-)Lebenden über den Tod des Betroffenen hinaus.

2.2.1 Die Geschichte der Palliative Care

Die Modernisierung des Begriffs *palliativ* führt zum kanadischen Arzt, Balfour Mount. Dieser war auf der Suche nach einer positiven Konnotation für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, um vom negativ besetzten Begriff *hospice* wegzukommen. Mit dem Begriff *palliativ*, welcher bereits damals als *lindern* gedeutet wurde, jedoch in der Medizin nur selten gebraucht wurde, begründete Balfour Mount, in Anlehnung an das im 1967 von Cicely Saunders in London eröffnete St. Christopher's Hospice, im Jahr 1973 im kanadischen Montreal die erste moderne, hospizähnliche Palliativstation (Müller-Busch, 2014, S. 36).

Zur Geschichte der Palliative Care gehört genauso die Entwicklung der Hospizbewegung, die etwa gleich alt ist und das Konzept der Palliative Care seit dem 19. Jahrhundert ergänzt. Ohne vertieft darauf eingehen zu wollen, soll dennoch erwähnt werden, dass ihre Geschichten eng miteinander verknüpft sind, ihre Entwicklungen jedoch unterschiedlich verliefen. Vor allem werden sie verschieden gedeutet (S. 37). Mit Palliative Care sind die professionellen Aufgaben gemeint, welche sich „durch die technischen Möglichkeiten der Medizin zur Lebensverlängerung

und durch die institutionellen Rahmenbedingungen ergeben haben.“ (S. 39). Mit der Hospizbewegung hingegen ist das Engagement gemeint, die Thematik des Sterbens in die Gesellschaft zu integrieren (S. 37).

Bisher konnte in Erfahrung gebracht werden, dass durch Cicely Saunders im Jahr 1967 in London das erste Hospiz und durch Dr. Balfour Mount im Jahr 1973 in Montreal die erste Palliativstation eröffnet wurden. Wie sieht die Geschichte der Palliative Care in der Schweiz aus? Hierzulande ist die Sensibilisierung für die Thematik Palliative Care der Krankenschwester Rosette Poletti zu verdanken. Im Jahr 1970 begann ihr Engagement an der Ecole du Bon Secours in Genf. In den Siebzigerjahren folgte dann die Gründung diverser Freiwilligengruppen, wie z.B. das Hospiz Aargau oder die Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker. Eine öffentlich politische Diskussion über die Sterbebegleitung und Sterbehilfe im Jahr 1975, ausgelöst durch den damaligen Chefarzt des Spitals Triemli in Zürich, Dr. Urs Peter Hämmerli, war sehr bedeutend für die Palliative Care in der Schweiz (palliative ch, n.d.; Wehrli, 2015). Bei der Diskussion ging es vor allem um den Nahrungsentzug durch Ärzte „bei Patienten, die dem Tod entgegengehen.“ (Wehrli, 2005) Vier Jahre nach der „Affäre Hämmerli“ wurde im Kanton Genf am Centre des Soins Continus die Palliative Care mit der dazugehörenden Medizin, Pflege und Begleitung erstmalig in der Schweiz umgesetzt. Etwas später, im Jahr 1988, wurde dann die heutige Fachgesellschaft palliative ch – die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung gegründet (palliative ch, n.d.). Im Studium der Medizinerinnen und Mediziner wurde erstmalig 2006 an der Universität Lausanne der Lehrstuhl für Palliativmedizin eingeführt. Im Forschungsbereich folgte 2011 eine Ausschreibung des Schweizer Nationalfonds; das Nationale Forschungsprogramm 67 „Lebensende“ (Borasio, 2014, S. 169). Dabei sind 33 Projekte ausgewählt worden, die mit 15 Millionen Schweizer Franken während einer Forschungsphase in den Jahren zwischen 2012 bis 2017 vom Schweizer Nationalfonds finanziell unterstützt und gefördert wurden (Schweizerische Nationalfonds, 2020). Die Ergebnisse der 33 Projekte dienten als inhaltliche Basis für das Buch „Das Lebensende in der Schweiz“ (Zimmermann, Felder, Streckisen & Tag, 2019). In Kapitel 4.2, welches von der Geschichte der Sozialen Arbeit in der Palliative Care handelt, wird der Bogen nochmals zu den Anfängen der Palliative Care gezogen. Entscheidend für die Entwicklung der Palliativ Care in der Schweiz war jedoch die Einführung der Nationalen Strategie Palliative Care im Jahr 2010, die zunächst für 3 Jahre begrenzt worden war, dann aber bis 2015 verlängert wurde. Darauf wird ebenfalls später in Kapitel 5 der Entwicklungsbemühungen im Bereich der Palliative Care in der Schweiz vertiefter eingegangen.

2.2.2 Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care

In der Palliative Care wird je nach Komplexität und Instabilität der belastenden Faktoren zwischen zwei Leistungsbereichen und zwei Patientengruppen unterschieden. Zum einen wird die Gruppe der „Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Palliative Care“ und zum Anderen die Gruppe der „Patientinnen und Patienten in der spezialisierten Palliative Care“ genannt. Die Einteilung eines Betroffenen in eine dieser Gruppen geschieht nicht nach Krankheitsdiagnosen oder nach Stadien des Krankheitsverlaufs. Ausschlaggebend ist, wie bereits erwähnt, die Komplexität und Instabilität der aktuellen Krankheitssituation des Betroffenen. So kann die betroffene Person im Krankheitsverlauf jederzeit von der einen Gruppe zur anderen übergehen. Die spezialisierte Palliative Care kommt dann zum Einsatz, wenn die Leistungserbringer der allgemeinen Palliative Care an ihre Grenzen stossen und auf die ergänzende Unterstützung der spezialisierten Palliative Care angewiesen sind (BAG, palliative ch & GDK, 2014, S. 8-9).

Das Bundesamt für Gesundheit BAG und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK haben als eine Massnahme der Nationalen Strategie das Dokument „Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care“ erarbeitet. Darin definieren sie: „Auch wenn die Anordnung von therapeutischen und pflegerischen Leistungen gemäss Gesetz in ärztlicher Verantwortung liegt, kommt dem ganzen Palliative-Care-Team, insbesondere den Pflegenden, eine wichtige Rolle bei der Indikationsstellung zu. Ähnlich wie die Pflege ist Palliative Care stärker problem- und ressourcenorientiert als diagnoseorientiert.“ (BAG & GDK, 2011, S. 4) „Die Einteilung von Patientinnen und Patienten in die spezialisierte Palliative Care lässt sich nicht durch bestimmte Diagnosen begründen. Das gilt auch für Patientinnen und Patienten der allgemeinen Palliative Care. Deshalb orientiert sich die Unterscheidung an den spezifischen Patientenbedürfnissen in somatischer, psychischer, sozialer, organisatorischer und spiritueller Hinsicht.“ (BAG & GDK, 2011, S. 5)

In der Region Oberaargau wird die Indikation für spezialisierte Palliative Care also entweder durch eine behandelnde Ärztin, einen behandelnden Arzt oder über die ambulanten Pflegedienste gestellt. Sie kann durch dieselben Berufsgruppen auch während eines Spitalaufenthaltes vom stationären Behandlungsteam gestellt werden.

Der Palliativmediziner Borasio (2014) hält fest: „Die allermeisten Sterbevorgänge (die Schätzungen gehen bis zu 90%) könnten mit Begleitung von geschulten Hausärzten und gegebenenfalls

Freiwilligendiensten problemlos zu Hause stattfinden. Bei etwa 10% der Todesfälle ist, (. . .), spezialisiertes palliativmedizinisches Wissen notwendig, das in den meisten Fällen ebenfalls im häuslichen Bereich angewendet werden kann (. . .)“ (S. 26) Lediglich bei 1-2% der Sterbenden sei eine spezialisierte Palliativstation notwendig (S. 26). Die folgende Abbildung 4 zeigt die Struktur der beiden Leistungsbereiche in der Palliative Care.

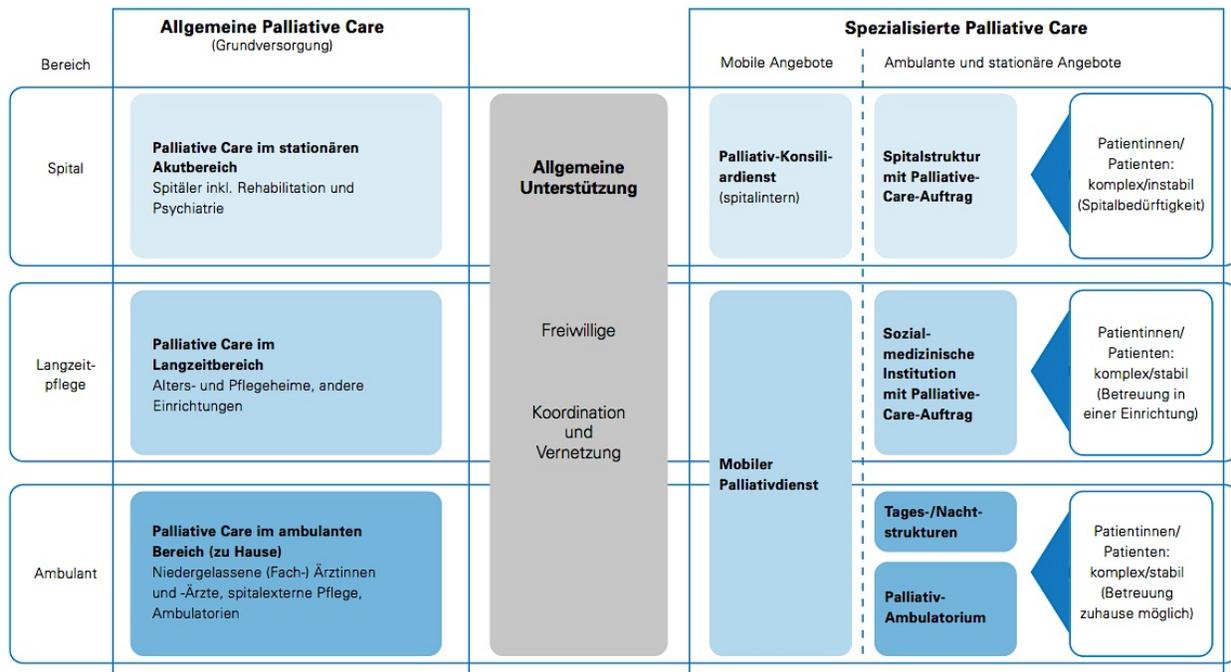


Abbildung 4. Allgemeine und spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Nach BAG, palliative ch & GDK, 2014, S. 12-13.

Die Betroffenen im linken Bereich der Abbildung, welche mit der Grundversorgung der allgemeinen Palliative Care versorgt werden, befinden sich in einer stabilen Krankheitssituation und benötigen keine komplexe Behandlung und Betreuung. Nach Borasio sind das wie bereits erwähnt etwa 90% der Fälle. Etwa 10% der Fälle benötigen das Angebot auf der rechten Seite, der spezialisierten Palliative Care, vor allem das Angebot der spezialisierten mobilen Palliativdienste, welche Betroffene ambulant zu Hause oder auch in der Langzeitpflege betreuen. Lediglich 1-2% der Betroffenen auf der linken Seite benötigen wegen der Komplexität und Instabilität ihrer Krankheit eine spezialisierte Spitalstruktur mit einem Palliative-Care-Auftrag, so Borasio (2014, S. 26). BAG, palliative ch und GDK (2014) betonen ergänzend zur Abbildung 4, dass die Palliative Care neben den Kompetenzen der Pflegenden und Medizinerinnen und Medizinern die Kompetenzen anderer Berufsgruppen und Disziplinen benötigt. So etwa die „Sozialarbeit, Seel-

sorge, Psychologie, Rehabilitation, etc.“. (S. 16) Vom Betreuungs- und Behandlungsteam werden erweiterte Kompetenzen und spezifisches Fachwissen gefordert (S. 32).

3 Palliative Care im Oberaargau

Das folgende Kapitel widmet sich der Region Oberaargau, auf welche die Endergebnisse der vorliegenden Arbeit ausgerichtet sind. Nach einer kurzen Beschreibung der Region in Kapitel 3.1 werden im darauffolgenden Kapitel die relevanten Institutionen der Region für das Handlungsfeld der Palliative Care vorgestellt.

3.1 Die Region Oberaargau

Die Region Oberaargau ist einer der Verwaltungskreise des Kantons Bern. Insgesamt hat der Kanton Bern 10 Verwaltungskreise und 5 Verwaltungsregionen (Kanton Bern, n.d.) Der Verwaltungskreis Oberaargau besteht seit dem 01.01.2010 und gehört mit seinen 46 Gemeinden und 80`843 Einwohnerinnen und Einwohner der Verwaltungsregion Emmental-Oberaargau an (Direktion für Inneres und Justiz des Kantons Bern, n.d.). Die Abbildung 5 hilft der Leserschaft, die Region Oberaargau geographisch zu verorten.

Verwaltungskreis Oberaargau
 Arrondissement administratif de la Haute-Argovie



Abbildung 5. Karte Verwaltungskreis Oberaargau. Nach Direktion für Inneres und Justiz, n.d.

3.2 Institutionenlandschaft der Region Oberaargau

Aus der Recherche zu den Institutionen konnten für die Region Oberaargau die folgenden relevanten Eckdaten herausgefunden werden:

- ein regionales Spitalzentrum (www.sro.ch) ohne Palliativstation (Sommer, 2019, S. 14)
- ca. 60 Hausärzte (Ärzt Netzwerk Oberaargau, 2020)
- ca. 20 Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie (doctormh.ch, 2020)
- zwei stationäre Psychiatriekliniken mit ambulanten Angeboten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (www.sro.ch; www.klinik-sgm.ch)
- ein Spitalseelsorger und weitere Seelsorgende, Pfarrerinnen und Pfarrer, Theologinnen und Theologen aus den insgesamt 21 Kirchgemeinden (Kirchlicher Bezirk Oberaargau, 2020)
- Sozialberatung des regionalen Spitals (www.sro.ch)
- 8 kommunale und regionale Sozialdienste mit Sozialarbeitenden (GEF, 2011)¹
- Sozialberatung der zwei psychiatrischen Kliniken (www.sro.ch / www.klinik-sgm.ch)
- Sozialberatung der Lungenliga Bern mit einer Beratungsstelle in Langenthal (www.lungenliga.ch)
- Sozialberatung der Bernischen Krebsliga mit einer Beratungsstelle in Langenthal (www.bern.krebsliga.ch)
- Sozialberatung der Pro Senectute mit einer Beratungsstelle in Langenthal (www.prosenectute.ch)
- Sozialberatung der Berner Gesundheit mit einer Beratungsstelle in Langenthal (www.bernergesundheit.ch)
- Sozialberatung der Pro Infirmis mit einer Beratungsstelle in Langenthal (www.proinfirmis.ch)

¹ Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) hat ihren Namen per 01.01.2020 geändert und heisst seitdem „Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion“ (GSI) (Nartey & Leutert, 2019). In der vorliegenden Arbeit ist es aufgrund der genutzten Quellen und deren Publikationsjahren unumgänglich, beide Bezeichnungen zu verwenden.

- 23 Alters- und Pflegeheime (Curaviva, n.d.)
- 12 ambulante Pflegedienste:

Tabelle 1

Ambulante Pflegedienste im Oberaargau

Pflegedienste im Oberaargau			
1	Spitexana GmbH	7	Spitextra GmbH
2	Spitex Oberaargau AG	8	Spitex BippPlus
3	Spitex 60 Plus	9	Spitex Genossenschaft Oberaargau Land
4	Spitex-Dienste Roggwil-Wynau	10	Spitex Lotzwil und Umgebung
5	Spitex Oberes Langetental AG	11	Spitex für Stadt und Land
6	Home Instead	12	Spitex Zämespanne AG

Erläuterung: Es gibt kantonale und ausserkantonale Pflegedienste, welche die Region Oberaargau zu ihrem Einzugsgebiet zählen. Die dargestellten Dienste werden im Oberaargau nach Berufserfahrung der Autorenschaft in der Praxis am meisten genutzt.

Spezialisierte mobiler Palliativdienst im Emmental und Oberaargau – mpdEO:

Im Oberaargau gibt es im Rahmen eines dreijährigen Modellversuchs in Auftrag des Kantons Bern ein spezialisierte mobiler Palliativdienst für die Regionen Emmental und Oberaargau (GEF, 2018, S. 11). Zwei weitere mpds aus dem Projekt decken die Region Bern-Aare sowie die Region Thun ab (Sommer, 2019, S. 15).

Palliativnetzwerk Oberaargau:

Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung – palliative ch – zählt 14 Sektionen. palliative bern ist eine davon und wurde im Jahr 2003 gegründet (Sommer, 2019, S. 2). Mit sieben Palliativnetzen ist sie für den Kanton Bern zuständig. Für die Region Oberaargau ist das Palliativnetz Oberaargau zuständig (S. 12). Das Netz führt eine Mitgliederliste, die multiprofessionell mit Fachpersonen aus der Region Oberaargau besetzt ist. Aktuell sind

Fachpersonen aus den Disziplinen Medizin, Psychologie, Seelsorge, Soziale Arbeit und Pflege vertreten (palliative bern, n.d.).

Die folgende Abbildung 6 stellt anhand der erwähnten Eckdaten die Institutionenlandschaft der Region Oberaargau dar. Die Auswahl der Berufsgruppen lehnt sich an Pankofer (2014, S. 27) an und wurde mit der Kategorie *Diverse* durch die Autorenschaft ergänzt.

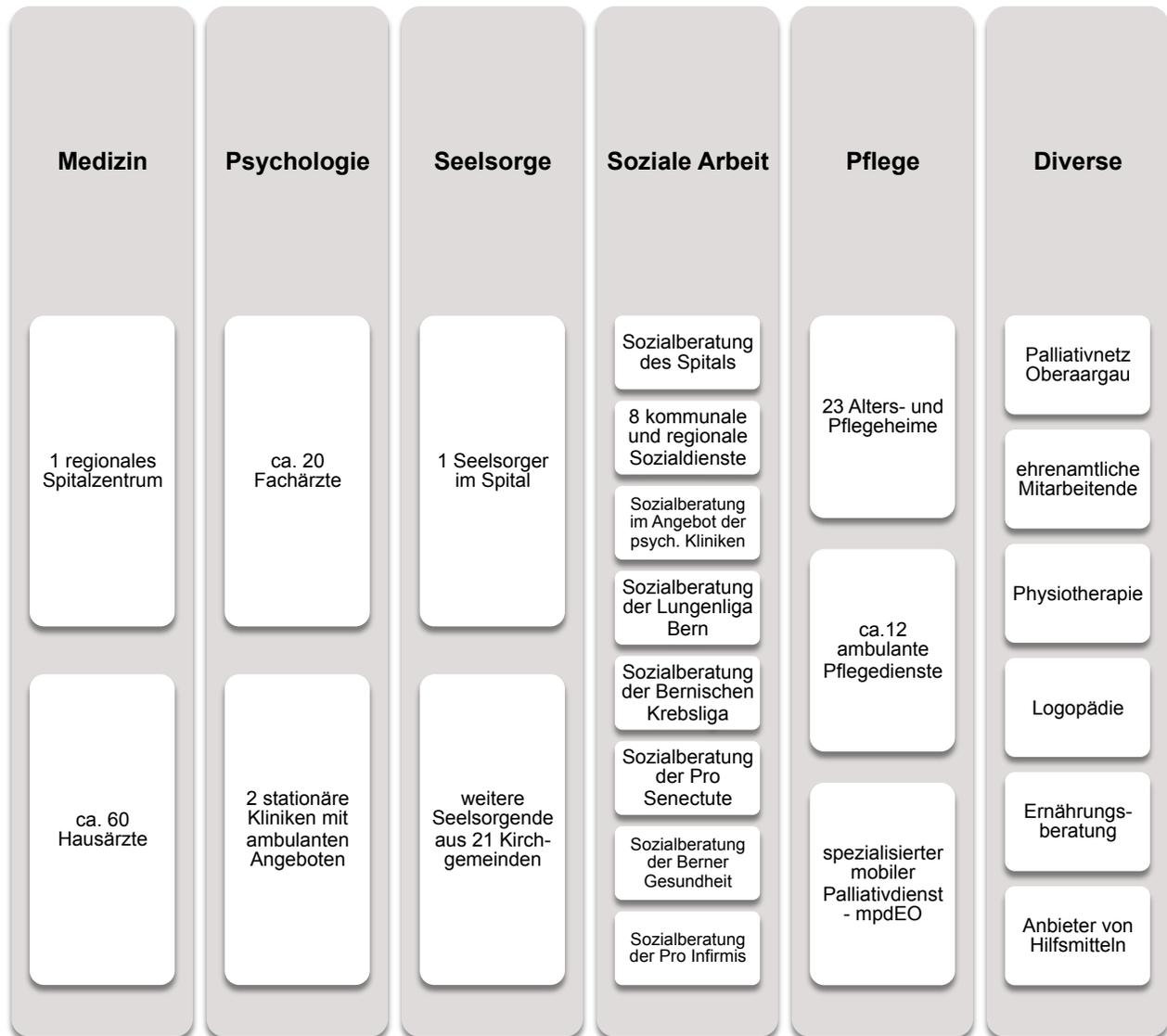


Abbildung 6. Institutionenlandschaft Region Oberaargau

In Anbetracht der Institutionenlandschaft sind die folgenden sechs Erkenntnisse festzuhalten:

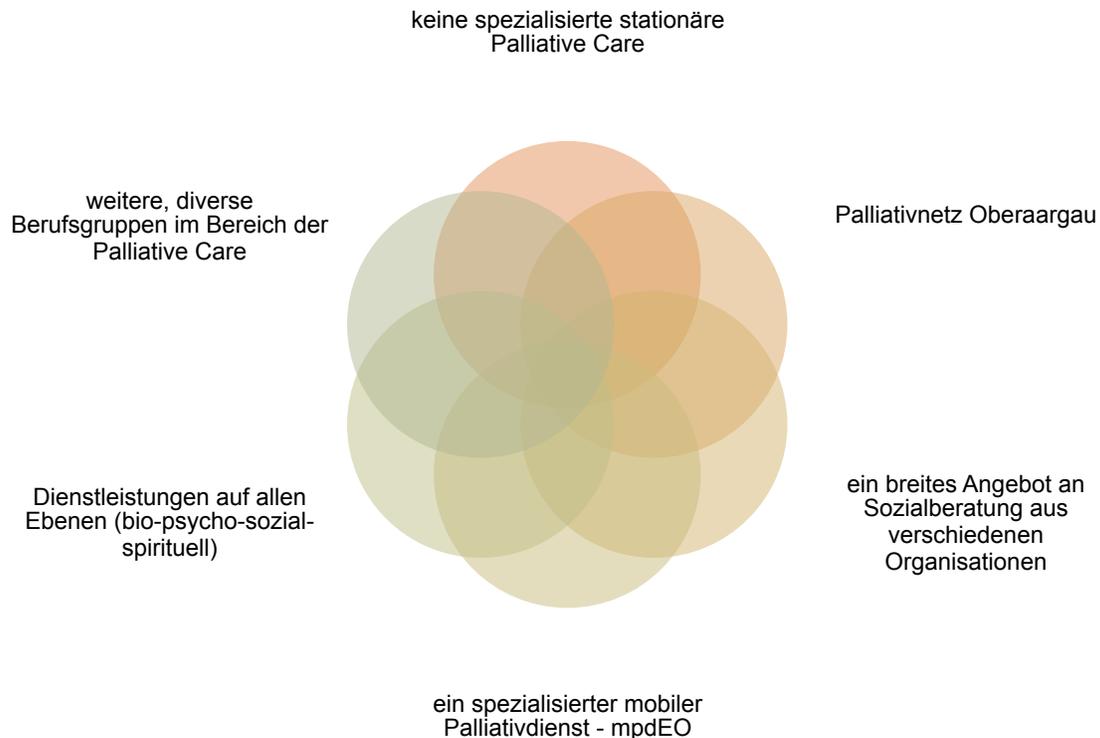


Abbildung 7. Sechs Erkenntnisse zur Institutionenlandschaft Region Oberaargau

Die erste Erkenntnis: In der Region Oberaargau sind keine spezialisierte stationäre Palliative Care oder ein Hospiz für schwerstkranken und sterbende Menschen zu finden. Das einzige regionale Spitalzentrum besitzt hierfür keinen Leistungsauftrag vom Kanton (Müller, 2017, S.14; palliative bern, 2016a). Jedoch müssen „Institutionen mit Leistungsprozessen zur Pflege und Betreuung von Personen mit krankheits- oder altersbedingtem Pflege- und Betreuungsbedarf über ein Konzept zu Palliative Care verfügen.“ (GEF, 2015, S. 1) So haben das Spital wie auch alle Alters- und Pflegeheime im Oberaargau ein eigenes Konzept zu Palliative Care. Inhaltliche Aspekte sind vom Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern GSI vorgegeben und müssen eingehalten werden, so dass die allgemeine Palliative Care in allen Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen gewährleistet ist.

Die zweite Erkenntnis: Die Soziale Arbeit ist in der Region sehr breit und in diversen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit vertreten. So z.B. in den Bereichen Krankheit und Unfall während eines

Spitalaufenthalts, im Bereich der Krebserkrankungen, Lungenerkrankungen, Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen, Behinderungen, Fragen zum Alter sowie in Bezug auf Sozialversicherungen, wenn etwa Fachpersonen eines Case Managements involviert sind.

Die dritte Erkenntnis: Die Region hat zwar diverse ambulante Pflegedienste für die Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld der Betroffenen, jedoch nur eine, die mpdEO, die eine Spezialisierung im Bereich Palliative Care vorweist und sich *Spezialisierte mobile Palliative Care* nennen kann (palliative bern, 2016a). Alle anderen Pflegedienste unterstehen gesetzlichen Auflagen und können die Grundversorgung im Sinne der allgemeinen Palliative Care gewährleisten (ebd.).

Die vierte Erkenntnis: Die bio-psycho-soziale sowie spirituelle Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen kann anhand der sehr breit bestehenden Angebote abgedeckt werden.

Die fünfte Erkenntnis: Die Region hat ein multiprofessionell besetztes Palliativnetz, das Palliativnetz Oberaargau der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Das Netz ist bemüht, die regionale Betreuung und Begleitung von palliativ Betroffenen zu optimieren und bietet mit diversen Sitzungen einen Austausch zwischen Fachpersonen an (palliative bern, 2016b).

Die sechste Erkenntnis: Die in der Kategorie *Diverse* aufgelisteten Berufsgruppen und Dienstleistungen erweitern die Versorgungsmöglichkeiten von Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren Angehörigen. Die Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen kann einen wertvollen Beitrag zur Optimierung der Versorgung von Betroffenen beitragen.

Aus diesen sechs Erkenntnissen lässt sich schlussfolgern, dass der Oberaargau durchaus ein breites Angebot für die allgemeine Palliative Care vorweist, jedoch im Bereich der spezialisierten Palliative Care ein grosser Optimierungsbedarf besteht. Spitäler, Alters- und Pflegeheime wie auch Pflegedienste können mit entsprechenden spezialisierten Konzepten Leistungsaufträge von der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern GSI erhalten und mittels Leistungsverträgen von finanzieller Unterstützung profitieren. Jedoch: „Der Anschluss an ein regionales Palliative-Care-Netzwerk und/oder eine interinstitutionelle oder interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit ist Voraussetzung für die Berücksichtigung von Anträgen.“

(GEF, n.d., S.30). Es lässt sich vermuten, dass die Organisationen aufgrund der Anforderungen und Auflagen von Seiten GSI und der damit einhergehenden Schwierigkeiten bei der Realisierung sich nicht für eine Spezialisierung im Bereich Palliative Care entscheiden. Die GSI besagt in ihrem Konzept, dass sich die Entwicklung neuer Angebote der spezialisierten Palliative Care gezielt sowie dem Bedarf entsprechend erfolgt. Die Zahlen für die Berechnung des Bedarfs je nach Regionen stammen jedoch aus dem Jahr 2010 (GEF, n.d., S. 28). Zieht man die aktuellsten Daten der Bevölkerungsprojektionen aus der Ausgabe 2016 hinzu, so wird deutlich, dass die Bevölkerungszahl im Oberaargau - und somit auch der Bedarf an spezialisierter Palliative Care - stetig zunehmen wird:

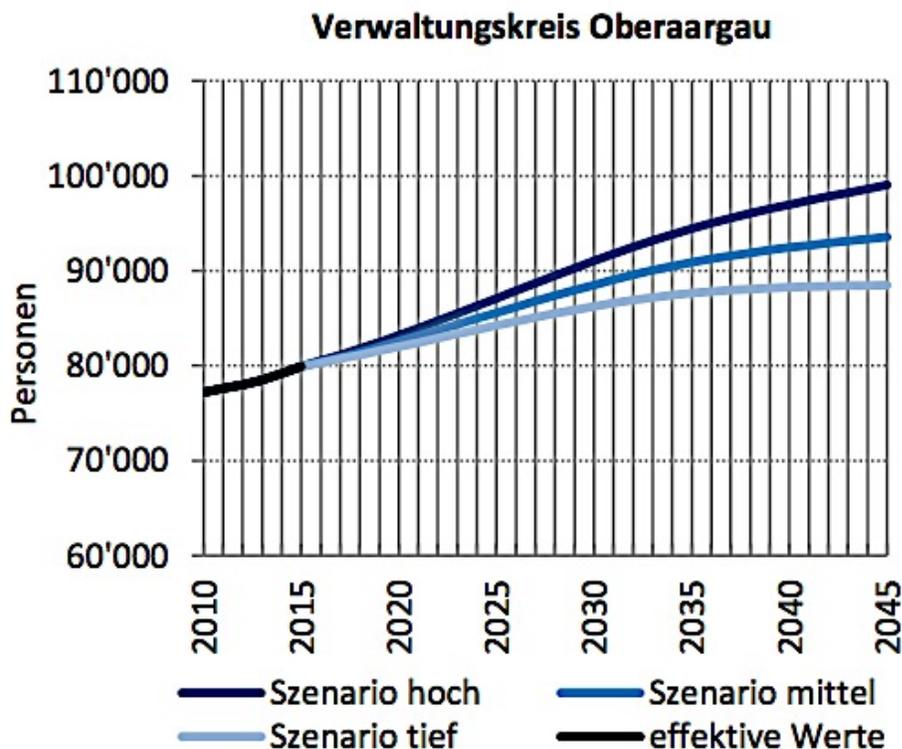


Abbildung 8. Bevölkerungsentwicklung Oberaargau 2010-2045. Nach Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2016, S. 17.

In Kapitel 5.1 werden bei den Massnahmen und Projekten weitere Problemfelder erläutert, die für die Entwicklung von spezialisierten Angeboten im Bereich der Palliative Care hinderlich sind.

4 Soziale Arbeit in der Palliative Care

Um die Soziale Arbeit im Bereich der Palliative Care in der Schweiz verorten zu können, soll zunächst etwas ausgeholt und erklärt werden, welche Rolle die Soziale Arbeit allgemein im Gesundheitswesen inne hat. Auf die Soziale Arbeit im Bereich der Palliative Care, als ein Teilbereich des Gesundheitswesens, wird nach einem kurzen historischen Bezug in einem nächsten Schritt eingegangen. Es wird zuerst die psychosoziale Situation von Schwerstkranken und Sterbenden beschrieben, gefolgt von der psychosozialen Situation der Angehörigen. In Kapitel 4.4 werden dann die konkreten Aufgabenbereiche sowie die Prinzipien der Sozialen Arbeit im palliativen Arbeitsfeld vorgestellt, so dass im letzten Kapitel 4.5 konkret das Potential der Sozialen Arbeit aufgezeigt werden kann.

4.1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) und der Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz (AvenirSocial) definieren in ihrem im Jahr 2018 gemeinsam erstellten Leitbild *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* insgesamt zehn Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Die Bereiche der Palliative Care und des Hospizes bestimmen sie als eines dieser Arbeitsfelder (sages & AvenirSocial, 2018, Arbeitsfelder). Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, von Erkrankung bedrohte Menschen wie auch ihre Angehörigen stehen im Gesundheitswesen im Fokus der Sozialen Arbeit (ebd., Gegenstand). Weil das gesamte soziale System betrachtet wird, unterscheiden sich die Aufgaben Sozialer Arbeit klar von pflegerischen und administrativen Aufgaben (ebd., Ziel/Auftrag). Im Gesundheitsbereich fördert sie „den Genesungsprozess, die gesellschaftliche Teilhabe und den Schutz von gesundheitlich beeinträchtigten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt.“ (sages & AvenirSocial, 2018, Ziel/Auftrag) Dabei werden das soziale Umfeld und alle beteiligten Institutionen in den gesamten Prozess der Unterstützung miteinbezogen (ebd., Methoden).

4.2 Die Geschichte der Sozialen Arbeit in der Palliative Care

Die Geschichte der Sozialen Arbeit in der Palliative Care führt zurück zum im Jahr 1967 in London durch Cicely Saunders gegründete *St. Christopher's Hospice*. Saunders gab mit dieser Hospiz-Gründung den ersten historischen Impuls für die Entwicklung der modernen Hospizbe-

wegung und Palliative Care. Von ihr stammte die erstmalige Erläuterung, dass die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen nicht nur die Behandlung körperlicher Beschwerden umfasst, sondern genauso die existenzielle Situation von Betroffenen und Angehörigen in den Fokus nimmt (Müller-Busch, 2014, S. 35).



Abbildung 9. Cicely Saunders (1918 - 2005). Nach palliative.ch, n.d.

Zu dieser Überzeugung verhalf ihr ein 40-jähriger Krebspatient, welchen sie während zwei Monaten in der Sterbephase eng begleitete. Mit seinem letzten Vermögen wurde sie von ihm beauftragt, ein Sterbeheim zu gründen, welches für andere schwerstkranke und sterbende Menschen als ein Zuhause dienen soll. Diese intensive Betreuung war für Saunders lebensbestimmend. Sie absolvierte danach gar ein Medizinstudium. Nach dem Abschluss widmete sie sich schliesslich voll und ganz der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Ihr Ziel war es, deren medizinische, pflegerische, soziale und spirituelle Betreuung stets zu optimieren (Müller-Busch, 2014, S. 37).

Das von *sages* und *AvenirSocial* gemeinsam erstellte Leitbild der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen entspricht dem, was historisch betrachtet bereits seit Jahren angestrebt wird und die Palliative Care ausmacht. Nach Pankofer (2014) besteht keine Diskussion mehr, ob die Soziale Arbeit ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care ist. Es geht vielmehr um die Frage, wie

sie sich in diesem Konzept einbringt (S. 23). Abgesehen davon, dass sich alle Professionellen der Sozialen Arbeit an den Berufskodex von AvenirSocial (AvenirSocial, 2010) orientieren und sie dessen Inhalt anerkennen sowie ihr Handeln nach dessen Prinzipien richten, gibt es für das palliative Arbeitsfeld spezifische Aufgabenbereiche und Prinzipien. Bevor diese im Folgenden erläutert werden, werden zuerst die psychosoziale Situation von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen beschrieben.

4.3 Die psychosoziale Situation von Betroffenen

4.3.1 Die psychosoziale Situation schwerstkranker und sterbender Menschen

Eine Krankheit belastet den Betroffenen in vieler Hinsicht. Anhaltende Beschwerden wirken sich negativ auf die Psyche aus, aber auch umgekehrt können Kummer und Sorgen die körperlichen Symptome des Schwerstkranken und Sterbenden verstärken. Gerade die soziale Situation mit unterschiedlichen Belastungen und Bedürfnissen von schwerstkranken und sterbenden Menschen, ist der Grund, weshalb jeder Mensch seine Krankheit ganz individuell erlebt und die Krankheitsverläufe sich stark unterscheiden können (Wagner, 2014, S. 62). Die psychosoziale Situation von palliativ erkrankten Menschen ist nach Wagner (2014) mit diversen Verlusten und Wünschen verknüpft:

- Verlust der eigenen Zukunft
Die Konfrontation mit dem Sterben und Tod wird als zu früh erlebt, wobei alle unerreichten Pläne und Ziele dazu führen, dass das Leben als ungelebt wahrgenommen wird.
- Verlust sozialer Rollen
Die Rollen, beispielsweise im Beruf oder in der Familie, können mit dem Erhalt der Diagnose nach und nach nicht mehr erfüllt und wahrgenommen werden - sukzessive geht ein Stück Identität verloren. Die Rollen verschieben sich zwangsweise auf andere Personen. Verantwortung abzugeben, fällt nicht allen leicht, weshalb sich das Konfliktpotential erhöht.
- Verlust der sozialen Sicherheit
Mit der Arbeitsunfähigkeit entstehen finanzielle und existenzielle Sorgen. Die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung stellt eine Belastung dar. Die

Selbstkosten bleiben unklar. Ansprüche aus dem Sicherungssystem des Staates sind ungenügend oder erst gar nicht bekannt und können oftmals erst mit Hilfe von Angehörigen beantragt werden.

- Verlust der Autonomie

Mit dem Verlust der körperlichen Funktion und der Kraft nimmt die Notwendigkeit und das Ausmass der Unterstützung zu. Dadurch vergrössert sich die Abhängigkeit von Anderen, wobei die Autonomie verloren geht. Zu hohe Ansprüche an das Umfeld führen zu Frust und Konflikten. Entscheidungen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung werden den Kranken oftmals von Angehörigen und Institutionen abgenommen, obwohl sie urteilsfähig und selber dazu im Stande wären.

- Gestaltung der letzten Lebenszeit, Frage nach dem Ort des Sterbens

In den eigenen vier Wänden sterben zu können, ist der Wunsch von vielen. Da aber die Erfahrung in der Betreuung von sterbenden Menschen fehlt und gar noch Berührungsängste gegenüber Sterbenden, aber auch gegenüber der Komplexität von Symptomen bestehen, ist das Sterben noch stark institutionalisiert und findet daher meist in Kliniken oder Pflegeheimen statt.

- Abschied von Angehörigen und vertrauten Menschen

Sich von den geliebten Menschen zu verabschieden ist oft mit einem Gefühl des Im-Stich-Lassens verbunden. Je nach Art und Weise der Beziehung und Bindung, fällt das Verabschieden der kranken Person leichter oder schwerer. Die Ängste und Sorgen um die Angehörigen sowie vertrauten Menschen erschweren diesen Schritt zusätzlich.

- Letzte Dinge regeln, Wunsch nach einem Vermächtnis

Je weniger Zeit übrig bleibt, desto mehr rückt der Wunsch näher, letzte Dinge zu erledigen. So zum Beispiel das Errichten eines Testaments oder auch die Frage nach einem Vermächtnis, welches in den Vordergrund rückt und mithilfe dessen versucht wird, Klarheit zu erhalten, was von einem selbst auf dieser Welt zurückbleibt.

(Wagner, 2014, S. 62-65)

Jeder Mensch erlebt seine Krankheit anders. Diese Bedürfnisse und Belastungen sind nach Wagner zwar den meisten Betroffenen gemein, die Ausprägungen und der Umgang damit können jedoch sehr verschieden sein (2014, S. 62).

4.3.2 Die psychosoziale Situation von Angehörigen

Als Angehörige gelten Lebenspartnerinnen und -partner, Eltern, Kinder, Geschwister, Tanten, Onkel, Cousinen und Cousins, aber auch Menschen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis. Angehörige einer schwerstkranken und sterbenden Person befinden sich meist in einer Doppelrolle. Einerseits sind sie für die erkrankte Person als Unterstützung da, benötigen andererseits in dieser schwierigen Zeit als ebenso Betroffene oder Betroffener genauso Unterstützung. Durch die Doppelrolle entsteht eine Spannung, welche oft zu einer Ambivalenz betreffend der eigenen Inanspruchnahme von Unterstützungsmöglichkeiten führt (Brandstätter, 2014, S. 68). Die vielseitige Belastung der Angehörigen ist als ein grosses Risiko für psychische Beeinträchtigungen zu sehen. Um diesen entgegenzuwirken, müssen Professionelle die Überbelastung der Angehörigen möglichst vermeiden. Dort wo sie bereits besteht, ist sie frühzeitig zu erkennen und bei der Bewältigung Unterstützung anzubieten (S. 73-74).

4.4 Aufgabenbereiche und Prinzipien der Sozialen Arbeit in der Palliative Care

In den vorangehenden Kapiteln 4.3.1 und 4.3.2 sind die psychosoziale Situation von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie diejenige der Angehörigen beschrieben worden. Auf die Beschreibung folgen die Erläuterungen zur Bedeutung dieser schwierigen Situation für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in Palliative Care, welche Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit in diesem Feld zu finden sind und an welchen Prinzipien sie sich mit ihrem Handeln orientiert. Für die Beschreibung der Aufgabenbereiche und Prinzipien lehnt sich die vorliegende Arbeit vor allem an das von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DPG) erstellten Profil der Sozialen Arbeit in Palliative Care, da dieses spezifisch auf das palliative Arbeitsfeld ausgerichtet ist.

4.4.1 Inter- und Multiprofessionalität als Grundprinzip

Die Ganzheitlichkeit und Multiprofessionalität sind in der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren Angehörigen unabdingbar. Der Behandlungsansatz muss mehrperspektivisch und multiprofessionell sein, um die gesetzten Ziele adressatengerecht zu erreichen. (DGP, 2012, Kap. 1).

4.4.2 Gesellschaftlicher Auftrag

Abgeleitet von den allgemeinen Grundprinzipien Sozialer Arbeit und deren gesellschaftlichen Auftrag, Menschen in schwierigen sozialen Situationen bei der Partizipation zu unterstützen, ihre Ressourcen zu stärken, sie bei der Selbstbestimmung zu fördern und „soziale Härten“ zu vermeiden, ergibt sich für das palliativen Arbeitsfeld einen spezifischen Auftrag. Als Bestandteil ihres Behandlungsplanes unterstützt die Soziale Arbeit die Betroffenen bei der Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod. Sie fördert die gesellschaftliche Teilhabe, soziale Gerechtigkeit, Solidarität und bietet Betroffenen einen mitmenschlichen Beistand sowie die Entlastung durch ehrenamtliche Mitarbeitende an. Dabei gilt es, mit Achtung vor dem Wert und der Würde aller Menschen, die Betroffenen bei ihren Rechten zu unterstützen und die Gefahr von Isolation, Ausgrenzung und Stigmatisierung zu minimieren (DGP, 2012, Kap. 2).

4.4.3 Kernaufgaben

- a) Beratung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen
 - Unterstützung bei Entscheidungen und beim Umgang mit der Krankheit
 - Aufzeigen von Versorgungsmöglichkeiten und Schliessen von Versorgungslücken
 - Vernetzung mit anderen Dienstleistungen
 - Beratung bei sozialrechtlichen und sonstigen ökonomischen und sozialen Fragen, wie z.B. in den Bereichen Familie, Arbeit, Finanzen, Erbschaft und Wohnen

- b) Psychosoziale Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen
 - Aufzeigen der Wechselwirkung zwischen physischen, psychischen, seelischen, kulturellen, spirituellen und sozialen Bedürfnissen
 - Förderung der Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen

- c) ethisch rechtliche Entscheidungsprozesse
 - Unterstützung und Beratung zu den Themen Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag und gesetzliche Vertretung
 - Mitwirkung an Rundtischgesprächen bei anstehenden Entscheidungen und Unterstützung bei den dabei entstehenden psychosozialen Belastungen

- d) interne und externe Netzwerkarbeit und Koordination
 - Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen der Palliative Care
 - Vernetzung mit anderen Dienstleistungsanbietenden im Bereich Palliative Care
 - Förderung der Kommunikation sowie Stärkung der Zusammenarbeit unter den Anbietenden

- e) Professioneller Austausch und Unterstützung des fachlichen Bezugssystems
 - Fallbesprechungen mit allen beteiligten Professionen sowie deren Sensibilisierung für psychosoziale Fragen und kollegiale Beratung hierbei
 - Arbeit in intraprofessionellen Gremien und Arbeitsgruppen

- f) Koordination und Leitung ehrenamtlicher Mitarbeitenden
 - deren Gewinnung, Auswahl, Begleitung und Koordination

- g) Wissensvermittlung, Dokumentation, Evaluation, Forschung und Lehre
 - Information zu Grundlagen und Konzepten an Interessierte
 - Beteiligung an Aus-, Weiter- und Fortbildung im palliativen Arbeitsfeld
 - Mittels Dokumentation, Evaluation und Forschung Qualitätskriterien für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit entwickeln

(DGP, 2012, Kap. 3)

„Die Soziale Arbeit gehört zu den wichtigsten und am meisten unterschätzten Berufen in Betreuung Schwerstkranker und Sterbender.“

Borasio, 2014, S. 79

4.5 Potential der Sozialen Arbeit in der Palliative Care

Dieses Kapitel beginnt mit einer Beschreibung des Potentials Sozialer Arbeit, gefolgt von einer tabellarischen Darstellung ihrer Schlüsselkompetenzen. Wagner (2014) beschreibt das Potential der Sozialen Arbeit in der Palliative Care sehr vielseitig. Sie hält fest, dass die Soziale Arbeit Betroffene in ihrer schwierigen Situation befähigt, private und öffentliche Ressourcen zu erschliessen. Die Soziale Arbeit informiert über vorhandene Versorgungsmöglichkeiten und kann Bedürfnisse sowie Belastungen von Betroffenen offen aufnehmen, auch wenn dabei zwischen den Zeilen gelesen werden muss oder die Aussagen etwas verschlüsselt erscheinen. Diese Verschlüsselungen können Sozialarbeitende entschlüsseln sowie das ganze Bündel an Sorgen und Ängsten sortieren, um adressatenorientierte Unterstützungsangebote zu entwickeln. Die Soziale Arbeit fördert den Kommunikationsfluss zwischen allen Beteiligten und wirkt damit gegen die Entstehung von Missverständnissen. Dort wo solche bereits bestehen, sorgt sie für Klärung, indem sie die Funktion eines Übersetzenden übernimmt; dies innerhalb des Bezugssystems von Betroffenen, aber auch als Übersetzende von Fachbegriffen, welche seitens Fachpersonen genutzt werden und für Betroffene und ihre Angehörigen fremd sind. Bei Übergängen von Institutionen - von stationär zu stationär, von stationär in ein ambulantes Setting - begleitet, vermittelt und koordiniert die Soziale Arbeit. Sie hilft ein funktionierendes Unterstützungssystem aufzubauen. In vieler Hinsicht bietet sie psychosoziale Begleitung an: bei der Krankheitsbewältigung aufgrund fortschreitender Verlustängste, bei Trauer und Sorgen um die eigene Zukunft, aber auch bei Gefühlen von Wut und Schmerz. Die Soziale Arbeit bietet anteilnehmend Raum für den Ausdruck von Gefühlen und Gedanken. Bei der psychosozialen Begleitung, was als mitmenschlicher Beistand gedeutet und auch von ehrenamtlichen Engagierten übernommen werden kann, organisiert, koordiniert und begleitet die Soziale Arbeit den Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitenden (S. 65-67).

Zu Angehörigen findet die Soziale Arbeit den Zugang zunächst über deren Rolle als Unterstützende des Betroffenen. Sozialarbeitende informieren die Angehörigen über Pflegehilfsmittel, finanzielle Angelegenheiten und Versorgungsmöglichkeiten. Dieser erste Zugang ermöglicht es den Sozialarbeitenden, in einem weiteren Schritt mit Angehörigen sensibler über deren eigenen Bedürfnisse zu sprechen. Dieser Zugang ist eine bedeutende Stärke der Sozialen Arbeit, da sie auf zwei Ebenen den Bedürfnissen von Angehörigen gerecht werden kann. Sie hat den Blick dafür, nach dem Erstkontakt auch die Bedürfnisse der Angehörigen aufzunehmen, deren Ambi-

valenzen zu deuten und die Bereitschaft herzustellen, dass Angehörige auch über die eigenen Bedürfnisse sprechen können (Wagner, 2014, S. 74).

Das Potential der Sozialen Arbeit lässt sich mit 9 Schlüsselkompetenzen zusammenfassen und folgendermassen tabellarisch darstellen:

Tabelle 2

Schlüsselkompetenzen Sozialer Arbeit

Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit	
Beratungskompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • systemische Sichtweise • biografie- und lebensweltbezogen, ressourcen- und netzwerkorientiert • bezieht sich auf spezielle Zielgruppen, Aufgaben, Ziele sowie typische Fragestellungen • spezielles Wissen und Können
Methodenkompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • auf Einzelfall ausgewählte und reflektierte Anwendung von spezifischen Methoden und Techniken (z.B. Krisenintervention, Schnittstellen- und Netzwerkarbeit, etc.)
Strategische Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • systematische, strukturierte und zielführende Vorgehensweise
Sozialpädagogische Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung, Lehren und Lernen in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern/Erwachsenen • Kompetenzvermittlung (z.B. bei der Befähigung von Ehrenamtlichen)
Sozialrechtliche Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis der gesetzlichen Regelungen im sozialen Bereich und angrenzenden Rechtsbereichen • Einhaltung des Datenschutzes als Grundlage von Beratung und anwaltschaftlichem Handeln
Sozialadministrative Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über verwaltungstypische Grundlagen • systematische und transparente Arbeitsabläufe
Personale, kommunikative und mediative Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Diskurs- und Diskussionsfähigkeit • Respekt und Achtung
Berufsethische Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • leitende Handlungsregeln, Wertehaltungen und – kanon, Verhaltensnormen
Kompetenzen zur Praxisforschung und Evaluation:	<ul style="list-style-type: none"> • empirische Sozialforschung und Evaluation der alltäglichen Praxis Sozialer Arbeit (Rahmenbedingungen, Methoden und Ziele)

Erläuterung: Die Kompetenzen in der Tabelle 2 sind von der DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin übernommen (2012, Kap.4) und zeigen auf, wie breit die Fähigkeiten von Sozialarbeitenden gefächert sind.

Mit einer generalistischen Ausrichtung der Ausbildung werden die Kompetenzen den Studierenden Sozialer Arbeit vermittelt. Dies bringt den Vorteil, dass Sozialarbeitende als „ausgebildete Generalisten“ und mit ihrem Grundverständnis, den Menschen ganzheitlich in den Blick zu nehmen, den Betroffenen vielfältig Unterstützung anbieten können. So auch in komplexen Versorgungsstrukturen, in denen sie wichtige Funktionen übernehmen (Wagner, 2014, S. 65). Die Stärke des ganzheitlichen Blicks betont der Palliativmediziner Borasio (2014) ebenfalls: „Der systemische Blick erlaubt Sozialarbeitern, den Kranken nie isoliert, sondern immer in der Einbettung in seinem sozialen Umfeld zu sehen und die Betreuungsnotwendigkeiten beider immer im Blick zu haben.“ (S. 79)

Mennemann (2019) sieht in den Aufgaben Sozialer Arbeit einen klaren Bezug zu Sozialraumorientierung und Gemeinwesenarbeit. Soziale Räume sind Bedeutungsräume, die für das Erleben bedeutend sind. Sie entstehen in Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld und umfassen neben Menschen aus dem engsten Umkreis sowie Menschen innerhalb einer Organisation auch das Gemeinwesen. Soziale Räume sind individuell konstruierte Räume. Sozialraumorientierte Arbeit verbindet die Bedeutungsräume und eröffnet Begegnungsmöglichkeiten. Die Ebene des Betroffenen, die der Organisation und die des regionalen Versorgungsgefüges, gilt es zu verbinden. Wie bereits erwähnt, ist eine interorganisationale und interprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne einer vernetzten und integrierten Zusammenarbeit die Lösung für eine adäquate Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Die damit einhergehenden Aufgaben kann die Soziale Arbeit übernehmen (S. 249). Dabei sollte der Fokus auf teilhabeorientierte Räume mit Begegnungsmöglichkeiten ausgerichtet sein (S. 252).

Ein grosses Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der Begleitung sterbender Menschen im stationären Bereich ist die Trauerbegleitung von Angehörigen. Im ambulanten Bereich tritt die Soziale Arbeit stärker in den Hintergrund, da vermehrt ehrenamtlich Mitarbeitende für diese Begleitung geschult werden können. Sterbende Menschen müssen nicht auf gesellschaftliche Werte und Ziele durch die Soziale Arbeit vorbereitet und begleitet werden. Dennoch kann die Soziale Arbeit ihre Professionalität unterstützend auch im ehrenamtlichen Bereich anbieten. Es ist wichtig, dass Ehrenamtliche professionell geschult und begleitet werden (Mennemann, 2019, S.

247). Die Soziale Arbeit unterstützt schwerstkranke und sterbende Menschen vor allem in deren Umwelt, ganz egal ob im ambulanten oder stationären Bereich (S. 252). Schnell, Schneider und Kolbe (2014) sagen: „Manchmal sind diese interpersonalen und sozialen Hilfeleistungen in einem entsprechenden, ambulanten oder stationären Setting die einzige Leistung, die von der Palliativversorgung am Lebensende noch erbracht werden kann.“ (S. 5)

5 Entwicklungsbemühungen im Bereich der Palliative Care in der Schweiz

Die Bemühungen um verbesserte Versorgungsmöglichkeiten von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihrer Familien ist gemäss Kreuzer, Oetting-Ross und Schwermann (2019) bereits seit circa 50 Jahren international im Gange und auch im deutschsprachigen Raum hat die palliativmedizinische Forschung mit vielfältigen Forschungstätigkeiten neue Erkenntnisse gewinnen können. Doch auf anderen Ebenen wie z.B. auf der Ebene der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation, der multiprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf konzeptionell-organisatorischer Ebene besteht nach wie vor ein grosser Forschungsbedarf (S. 7-8). Auch Schnell, Schneider und Kolbe (2014) weisen darauf hin, dass hinsichtlich der subjektiven Sichtweisen von schwerstkranken Menschen und Angehörigen, der Interaktionen am Lebensende, aber auch hinsichtlich der sozialen Struktur von Versorgungseinheiten ein Forschungsbedarf besteht (S. 5). Es gibt gemäss Pleschberger (2019) in der Pflegewissenschaft wie auch in der Sozialwissenschaft kaum Forschungen zu den Themen Palliative Care, Hospiz, Sterben und Tod (S. 356). Aus ethischer Sicht darf jedoch auch nicht vergessen werden, dass es sich hierbei um eine vulnerable Adressatengruppe handelt. Betroffene und Angehörige können nicht über die Thematiken Sterben und Tod befragt werden, ohne dass bei Beteiligten oder Forschenden Betroffenheit ausgelöst wird. Aus diesem Grund birgt der Bereich der Palliative Care für Forschende viele Herausforderungen (S. 356). Hier ist die Forschung mit vielen ethischen Ansprüchen verbunden. Die Forschung mit Betroffenen, wie auch mit Angehörigen, ist auf jeden Fall von einer Ethikkommission zu überprüfen und zu genehmigen (S. 360).

5.1 Massnahmen und Projekte

Seit etwa 10 Jahren wird auf Bundesebene Palliative Care gefördert. Die Umsetzung, Massnahmen und Förderung auf kantonaler Ebene sind jedoch sehr verschieden. Im Folgenden sol-

len für die vorliegende Arbeit relevante Aspekte aus durchgeführten Forschungsprojekten und Massnahmen im Bereich der Palliative Care eingebracht werden.

5.1.1 Massnahmen und Projekte auf Bundesebene

Trotz der Schwierigkeiten und Herausforderungen im Forschungsbereich gibt es nationale Bemühungen in Form von Richtlinien, Konzepten und Projekten, die darauf abzielen, die Palliative Care in der Schweiz zu optimieren und vereinheitlichen. Bereits in Kapitel 4.2 bei der Geschichte der Palliative Care wurde die zweiphasige Nationale Strategie Palliative Care des Bundes angesprochen. Die von 2010 bis 2015 stattgefundenen Ausarbeitungen der Strategie beschäftigten sich in der ersten Phase mit der spezialisierten und in der zweiten Phase mit der allgemeinen Palliativversorgung. Damit wurden Massstäbe in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung sowie Freiwilligenarbeit und Angehörigenunterstützung festgelegt (Borasio, 2014, S. 169-170). Gemäss Borasio sei die Umsetzung durch Kantone und Spitäler jedoch „noch verbesserungsbedürftig“ (2014, S. 170). Die Nationale Strategie Palliative Care gibt, mit Fokus auf Nachhaltigkeit und Vernetzung, Impulse in den erwähnten Bereichen. Diverse Broschüren, Instrumente, Checklisten, Konzepte, Empfehlungen und Informationsblätter sind auf der Webseite des Bundesamts für Gesundheit BAG unter der Rubrik „Publikationen im Bereich Palliative Care“ veröffentlicht (www.bad.admin.ch). Aus der Nationalen Strategie Palliative Care entstand das Forum www.plattform-palliativecare.ch, welches an nationale Akteure und kantonale Behörden gerichtet ist (S. 170). 2018 hat das BAG zudem mit einem Dokument Empfehlungen zur koordinierten Versorgung abgegeben. Ziel dieser Empfehlungen ist es, die Selbstbestimmung von Betroffenen zu stärken und die vorausschauende Behandlungsplanung zu fördern. Mit einer besseren Planung der Behandlung und Betreuung soll wirkungsvoller auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen werden. Für palliative Betroffene wurde beispielsweise die „Basisdokumentation Netzwerk Betreuungsplan Palliative Care“ erstellt, welche vordefinierte Vorgehensweisen bei Komplikationen wie beispielsweise Atemnot beinhaltet (BAG & palliative ch, 2018, S. 11). Die Dokumentation baut auf das SENS-Modell auf, welches im Folgenden vorgestellt wird.

5.1.2 Das SENS-Modell

Das SENS-Modell von Professor Dr. med. Steffen Eychmüller, leitender Arzt im Palliativzentrum des Inselspitals in Bern, ist im erwähnten Betreuungsplan miteingebaut und dient als Instrument zur Vorausplanung:

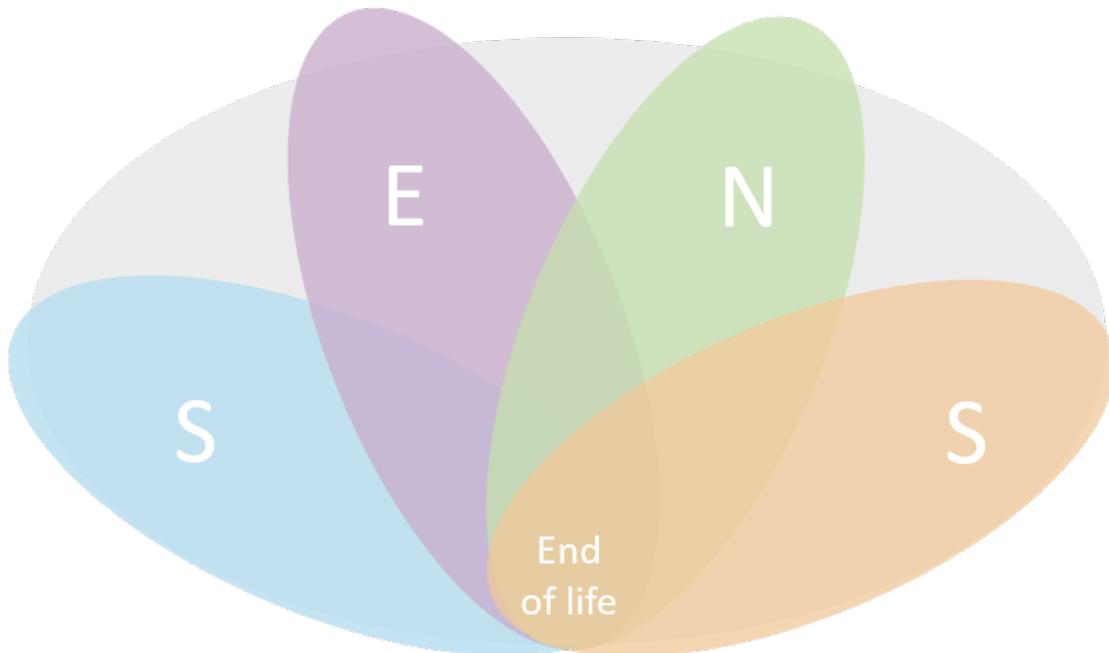


Abbildung 10. SENS Logo. Nach Universitäres Zentrum für Palliative Care Inselspital (PZI), n.d.

S Symptom-Management: Beste Möglichkeiten der Symptombehandlung und Empowerment zur Selbsthilfe in der Symptombehandlung

E Entscheidungsfindung: Schrittweise, selbstgesteuerte Entscheidungsfindung anhand der Prioritäten und Präferenzen der Betroffenen und präventive Planung für das Lebensende (Testament etc.)

N Netzwerk: Aufbau eines Betreuungsnetzes unter Zusammenführung von ambulanten (Betreuung zuhause) und stationären Strukturen, insbesondere auch für Notfallsituationen und Vorausplanung alternativer Betreuungsumgebungen (bspw. Pflegeinstitution, Hospiz)

S Support: Aufbau von Unterstützungssystemen für die Angehörigen, auch über den Tod hinaus; Unterstützungsmöglichkeit auch für die beteiligten Fachpersonen (Eychmüller, 2014, S. 3)

Das SENS-Modell diene auch im Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz der Nationalen Strategie als Strukturhilfe für die dargestellten Aufgabenfelder der Palliative Care (Eychmüller, 2014, S.3 ; BAG, GDK & palliative ch, 2014, S. 12-13). Zu den Leistungsbereichen Symptom-Management, Entscheidungsfindung und Netzwerk und Support steht im Rahmenkonzept des BAG, GDK und palliative ch (2014):

Diese Palliative-Care-Leistungen werden von den Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens unter Einbezug der Patientin, des Patienten sowie deren Bezugspersonen erbracht. Im Vordergrund stehen auf dieser Ebene die Leistungserbringer der Grundversorgung, d.h. von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, von Fachpersonen in den Organisationen zur Pflege zu Hause, in Alters- und Pflegeheimen oder in Akutspitälern. Zudem ist der Einbezug weiterer Berufsgruppen wie der Seelsorge, Psychologie etc. wichtig, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Dimensionen (physisch, psychisch, sozial, spirituell) begegnen zu können. (BAG, GDK und palliative ch, 2014, S. 12-13)

Die Stärke und das Potential der Sozialen Arbeit gilt es im gesamten SENS-Modell zu nutzen, um Betroffene in allen Dimensionen umfassend behandeln und betreuen zu können. Die Soziale Arbeit kann ihre Kompetenzen auf allen Ebenen des Modells einbringen und den Betreuungsplan professionell unterstützen.

5.1.3 Projekt der Caritas Luzern

Die Caritas Luzern setzte von 2012 bis 2014 ein im Jahr 2011 geplantes Projekt um. Das Projekt wurde von der Age Stiftung gefördert. Durch die Hochschule Luzern sowie der ETH Zürich wurde ergänzend zum Projekt ebenfalls eine Begleitforschung umgesetzt und ausgewertet. „Begleitung in der letzten Lebensphase“ nennt sich das Projekt. Die Begleitforschung mit zwei Teilprojekten trägt den Titel: „Eine lebensweltorientierte Untersuchung im Praxisfeld der Palliative Care“. Ein Teilprojekt setzt den Fokus auf die Koordination von Freiwilligen und das andere Teilprojekt richtet den Fokus auf den mobilen Palliativdienst mit Spitex-Brückendiensten, welche die gewöhnliche Spitex bei deren Grundversorgung ergänzt. Ziel beider Teilprojekte war es, die Koordination der Freiwilligenarbeit und die Soziale Arbeit in Teams der mobilen Palliative Care zu verbessern, um Betroffenen und Angehörigen in der letzten Lebensphase mittels Vernetzung mit

den lokalen Angeboten, der Stärkung des Freiwilligennetzes und verbesserter Zusammenarbeit die nötige Unterstützung anzubieten (HSLU & ETH, n.d.; Caritas Luzern, 2015).

5.1.4 Konzeptevaluation des Kantons Basel-Landschaft

Ein weiteres Beispiel liefert der Kanton Basel-Landschaft, der das Institut Alter der Berner Fachhochschule dazu beauftragt hat, die Umsetzung seines Konzeptes zu evaluieren. Dies zeigt das Anliegen des Kantons, sein Konzept mit den vorhandenen Ressourcen korrekt umzusetzen und seine Ziele zu erreichen. Diverse Massnahmen und Umsetzungen von den Jahren 2017 bis 2019 wurden in die Evaluation miteinbezogen. Die Ergebnisse belegen, dass die Ziele mit den vorhandenen Ressourcen „grösstenteils erreicht wurden“ (Michel & Meier, 2019, S. 32). Empfehlungen zur Optimierung sind in den folgenden Bereichen abgegeben worden:

- verstärkte Zusammenarbeit mit dem Verein palliative bs+bl
- die mit der Zusammenarbeit verbundenen gemeinsame Zielklärung und konkrete Zielformulierung
- Erneuerung der Leistungsverträge
- Ausweitung der Palliative Care in alle Altersbereiche samt der Langzeiteinrichtungen
- vollumfängliche Abrechnung der Beratung von Fachpersonen

(Michel & Meier, 2019, S. 33-34)

5.1.5 Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern

In Anlehnung an die Nationale Strategie hat die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern GSI ein eigenes „Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern“ erarbeitet. Das Konzept beinhaltet Grundlagen, Strategien und Massnahmen und hat den Fokus auf die spezialisierte Palliativversorgung im spitalexternen Bereich. Der Spitalbereich im Kanton Bern sei bereits sehr fortgeschritten, so die GSI (n.d., S. 5). In ihrem Konzept geht die GSI auf Problemfelder im Bereich der Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen ein:

- Es bestehen Finanzierungslücken bei der „Doppelfakturierung“ von ambulanten sowie stationären Leistungen:
 - beim Übertreten eines Betroffenen von einem Versorgungsbereich in den anderen
 - bei gleichzeitiger Bewegung in mehreren Versorgungsbereichen

- bei Aufhalten in Institutionen der stationären Langzeitpflege und der ergänzenden Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen von spezialisierten mobilen Leistungserbringern (GEF, n.d. S. 16)

Auf die sich schnell ändernden Bedürfnisse von Betroffenen kann aufgrund der Finanzierungslücken nicht zeitnah reagiert werden. Leistungen, die nicht abgerechnet werden können, werden aus diesem Grund nicht angeboten und können von Betroffenen nicht in Anspruch genommen werden. Der Aufbau von spezialisierten Angeboten wird durch die Finanzierungslücken erschwert und die unterschiedlichen Abrechnungen der Leistungen schaffen kaum Anreize für eine Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbereichen. Unnötige Spitaleintritte sind die Folgen. In den Jahren 2011 und 2012 wurde für komplexe und instabile Pflegesituationen durch den Kanton eine Anpassung der Finanzierung von Leistungen eingeführt - für palliative wie auch nicht-palliative Pflegesituationen. Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Pflegesituationen können seitdem zusätzlich abgegolten werden, sofern diese durch eine diplomierte Pflegefachkraft mit entsprechender Qualifikation durchgeführt werden und nicht zu den Leistungen des Krankenversicherungsgesetzes gehören (GEF, n.d., S. 16). Der Kanton Bern hat sich in seinem Konzept als langfristiges Ziel die integrierte palliative Versorgung gesetzt:

Es wird erwartet, dass sich die Leistungserbringer der Grundversorgung auf die Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care von BAG und GDK stützen und im Bedarfsfall spezialisierte Leistungserbringer beiziehen oder zusammen mit den Betroffenen und in einem interdisziplinären Entscheidungsprozess eine Verlegung in eine in Palliative Care spezialisierte Institution planen. (GEF, n.d., S. 31)

6 Zwischenergebnisse

In den vorangehenden Kapiteln ist der theoretische Teil der vorliegenden Arbeit ausgearbeitet worden. Im Folgenden werden Zwischenergebnisse festgehalten, die für den zweiten Teil der Arbeit von Bedeutung sind. Die Zwischenergebnisse können in drei Bereiche eingeteilt werden:

- die Fakten, die es als Hintergrundwissen zu beachten gilt
- die Probleme, die im Bereich der Palliative Care bestehen und in Bezug zum Beitrag der Sozialen Arbeit relevant sind

- die Lösungen, welche sich bereits im theoretischen Teil der Arbeit herauskristallisiert haben und erste Überlegungen für das Palliativversorgungsmodell im Oberaargau ermöglichen

6.1 Die Fakten

In der Betreuung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen gilt es, die körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Probleme gleichwertig zu betrachten und die Behandlung umfassend in allen Dimensionen anzusetzen (WHO, 2018). Damit wird bei Betroffenen ein Wohlergehen in allen Bereichen angestrebt.

Wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben, wird in der Schweiz zwischen allgemeiner Palliative Care und spezialisierter Palliative Care unterschieden. Die therapeutischen und pflegerischen Leistungen in beiden Bereichen erfolgen grundsätzlich immer auf ärztliche Anordnung. Palliative Care ist jedoch stark problem- und ressourcenorientiert und weniger diagnoseorientiert, weshalb der Pflege eine bedeutende Rolle zugesprochen wird (BAG & GDK, 2011, S. 4). Pflegefachkräfte pflegen Betroffene vor Ort und erkennen Bedürfnisse sowie Problemfelder in allen vier Dimensionen des bio-psycho-sozial-spirituellen Krankheitsmodells.

Gemäss dem Palliativmediziner Gian Domenico Borasio (2014) benötigen lediglich 1-2% der Sterbenden eine Spitalstruktur mit einem Palliative-Care-Auftrag. Die restlichen 98-99% könnten mit geschulten Hausärzten und einem umfassenden Betreuungsnetz mit ehrenamtlichen Mitarbeitenden zu Hause betreut werden (S.26).

Palliative Care ist für die Soziale Arbeit kein neues Arbeitsfeld. Es bildet zusammen mit dem Bereich des Hospizes eines der zehn Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Die Soziale Arbeit ist demnach bereits ein klarer Bestandteil des Konzeptes Palliative Care (sages & AvenirSocial, 2018, Arbeitsfelder). Die Stärken der Sozialen Arbeit umfassen unter anderem das Erkennen von Ängsten und Sorgen bei Betroffenen wie auch Angehörigen, die Kenntnisse über verschiedene Versorgungsmöglichkeiten, das Ausarbeiten angepasster Unterstützungsangebote, die Förderung des Kommunikationsflusses oder auch die Klärung von Missverständnissen. Eine für das Gesundheitssystem sehr bedeutende Stärke ist das enge Begleiten bei Übergängen von verschiedenen Versorgungsbereichen. Hier koordiniert und vermittelt die Soziale Arbeit (Wagner, 2014, S. 65-67). Sie ermöglicht im Sinne der Sozialraumorientierung

Begegnungsmöglichkeiten für Betroffene, indem die verschiedenen sozialen Räume verbunden werden (Mennemann, 2019, S. 252). Sie koordiniert zudem die Einsätze von ehrenamtlichen Mitarbeitenden (S. 247).

6.2 Die Probleme

Die Einteilung des Gesundheitsbereichs in die Versorgungsbereiche ambulant, stationär und teilstationär führt zu Versorgungslücken. Status- und Zuständigkeitsfragen führen zu Diskussionen zwischen den Bereichen (Mennemann, 2019, S. 236-237). Wie in Kapitel 5 aufgezeigt, bestehen landesweit Bestrebungen zur Optimierung der Palliative Care in der Schweiz. Der Bund und die Kantone sind bemüht um eine nationale Vereinheitlichung im Bereich der Palliative Care. An das Kapitel 5.1.1 der Massnahmen und Projekte anknüpfend, stellen wir Parallelen zwischen den Massnahmen und Projekten fest. Der Kanton Bern und das Konzept des Kantons Basel-Landschaft weisen auf einen Optimierungsbedarf bei der Zusammenarbeit im Bereich der Langzeitpflege sowie im Bereich der Finanzierung hin. Auch das Projekt der Caritas Luzern hatte eine verbesserte Zusammenarbeit und Vernetzung zum Ziel. Bestehende Finanzierungslücken sind der GSI bekannt. Ebenso die deswegen bestehenden Konsequenzen in den verschiedenen Versorgungsbereichen, die keine zeitnahe Reaktion in der Betreuung von Betroffenen ermöglichen oder dazu führen, dass bestehende Angebote nicht genutzt und angeboten werden können. Der GSI ist bewusst, dass somit auch der Aufbau von spezialisierten Angeboten im Bereich der Palliative Care erschwert wird und es kaum Anreiz für eine Zusammenarbeit zwischen den Bereichen gibt. Die erweiterten schweren Folgen sind die hohen Gesundheitskosten, die auch durch unnötige Spitalaufenthalte zusätzlich in die Höhe steigen (GEF, n.d. S. 16).

Wie in der Institutionenlandschaft in Kapitel 3.2 dargestellt, besteht in der Region Oberraargau ein spezialisierter mobiler Palliativdienst und Angebote für Bedürfnisse in allen Dimensionen - der körperlichen, sozialen, psychischen sowie spirituellen Dimension. Die Beschreibung einer vernetzten, integrierten Versorgung trifft jedoch aus Sicht der Autorenschaft nicht auf die Region Oberraargau zu, da jedes Angebot für sich besteht und auf Vermittlung sowie Vernetzung angewiesen ist. So auch die vielen Angebote der Sozialen Arbeit im Oberraargau mit je eigener Expertise. Keines der Angebote ist hier fester Bestandteil einer regionalen palliativen Versorgung. Durch Vermittlung und Vernetzung können jedoch alle genutzt und bei Bedarf beigezogen werden. Bei palliativ Erkrankten mit einer Krebsdiagnose ist die Sozialberatung der Krebsliga thematisch am stärksten mit der Palliative Care verbunden.

6.3 Die Lösungen

Wie bereits festgehalten, besteht im Bereich der Palliative Care die Vision einer vernetzten und integrierten palliativen Versorgung mit multiprofessioneller sowie partnerschaftlicher Zusammenarbeit (Mennemann, 2019; GEF, n.d.; Kreutzer, Oetting-Ross & Schwermann, 2019). Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern GSI hat sich im Bereich der Palliative Care genau diese Vision der integrierten Versorgung zum Ziel gesetzt (GEF, n.d., S. 31). Aufgrund der bekannten Finanzierungslücken hat sie bereits Anpassungen vorgenommen, die eine zusätzliche Abgeltung von Koordinationsleistungen durch diplomierte Pflegefachkräfte in komplexen und instabilen Pflegesituationen ermöglichen (S. 16). Wie in Kapitel 5 aufgezeigt, haben der Bund wie auch die GSI diverse Unterlagen wie Konzepte, Massnahmen und Richtlinien erarbeitet. Unabhängig vom Versorgungsbereich, kann gemäss Bund das Konzept der Palliative Care durchgehend als Behandlungsplan umgesetzt werden, auch im Langzeitbereich wie etwa in Alters- und Pflegeheimen. Hier aber wird die Inanspruchnahme einer spezialisierten palliativen Betreuung kaum gefördert. Palliative Care als eine interprofessionelle Aufgabe gilt es, regional zu reflektieren und stets zu optimieren. Die Soziale Arbeit ist in der allgemeinen wie auch in der spezialisierten Palliative Care einzusetzen. Diese Überlegung wird in das mögliche Palliativversorgungsmodell integriert und gilt auch für die weiteren beteiligten Disziplinen, ausser für den spezialisierten mobilen Pflegedienst, der erst dann zum Einsatz kommt, wenn die Leistungserbringer der allgemeinen Palliative Care an ihre Grenzen kommen (BAG, palliative ch & GDK, 2014, S. 8-9). Im Folgenden werden nun erste Überlegungen zum Modell vorgestellt.

6.3.1 Erste Überlegungen zum Palliativversorgungsmodell im Oberaargau

Der bisherige theoretische Teil sowie die soeben erwähnten Erkenntnisse ermöglichen es, erste Grundzüge und Eigenschaften des Modells zu formulieren. Die ersten groben Grundzüge des Modells sind in der folgenden Abbildung graphisch dargestellt.

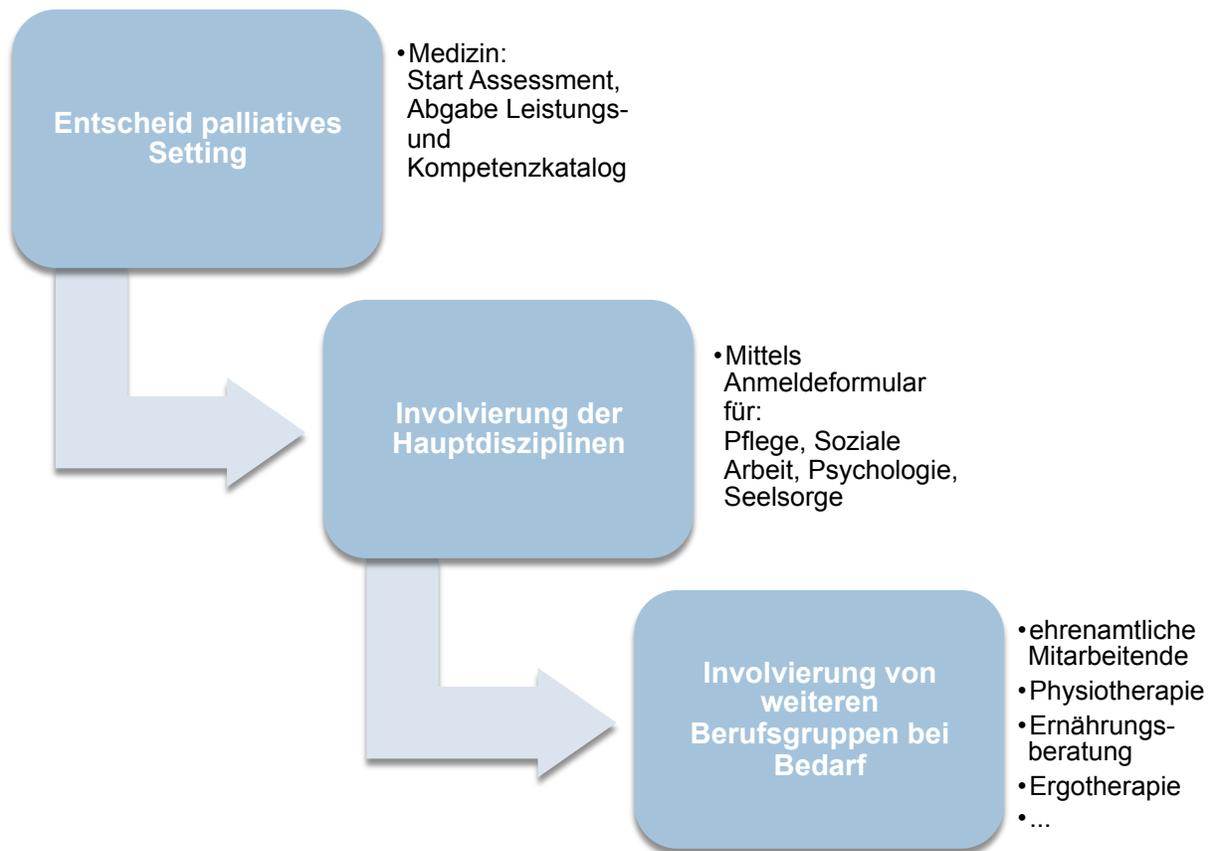


Abbildung 11. Erste Grundzüge des Modells

Voraussetzung zur Umsetzung des Modells ist es, dass die Finanzierung geklärt ist. Alle involvierten Fachpersonen müssen für ihre Leistungen entschädigt werden. Das Modell ist multiprofessionell mit Fachpersonen aus den fünf Hauptdisziplinen Medizin, Pflege, Psychologie, Seelsorge und Soziale Arbeit besetzt. Zum Modell gehören alle praktizierenden Hausärztinnen/Hausärzte der Region, alle in der Region tätigen Pflegedienste, ein Team bestehend aus Psychologinnen/Psychologen, Seelsorgenden und Sozialarbeitenden. Letztere ist ausschliesslich für palliativ Betroffene zuständig. Die Betreuung und Begleitung wird bei Bedarf ergänzt durch weitere Berufsgruppen wie Physiotherapie, Ernährungsberatung und Ergotherapie. Zum Modell gehört ein Katalog mit einer Auflistung der Leistungen sowie Kompetenzen der Hauptdisziplinen. Der Katalog ist für die Fachpersonen sowie die gesamte Bevölkerung der Region zugänglich und enthält Kontaktdaten der Fachpersonen aus den jeweiligen Disziplinen. Der Medizin und der Pflege steht ein Assessment als Instrument zur Verfügung, welches aufzeigt, wann eine weitere Disziplin einzubeziehen ist. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird mit einer Kommunikationssoftware unterstützt. Die Medizin kann zu jedem Zeitpunkt jede Disziplin bezie-

hen. Es besteht keine chronologische Anweisung, welche Disziplin durch die Medizin zuerst involviert werden soll. Ausschlaggebend für die Involvierung ist die individuelle Situation der betroffenen Person und ihrer Angehörigen. Die Anmeldung der Disziplinen erfolgt in schriftlicher Form mit einem für alle Disziplinen einheitlichen Anmeldeformular, welches ebenfalls über die Kommunikationssoftware erfolgt. Es besteht zudem ein Netz mit geschulten ehrenamtlichen Mitarbeitenden, die bei Bedarf in der Betreuung ergänzend unterstützen. Das Modell ist ausgeweitet auf alle Versorgungsbereiche einschliesslich der Langzeiteinrichtungen wie zum Beispiel Alters- und Pflegeheime. Das Modell unterstützt die allgemeine wie auch die spezialisierte Palliative Care.

Die Idee, das stationäre Setting im ambulanten Bereich anzuwenden, ist der Grundgedanke des möglichen Palliativversorgungsmodells. Die Hauptdisziplinen (Medizin, Pflege, Soziale Arbeit, Psychologie und Seelsorge) sind in den Spitälern vertreten und werden involviert, sobald ein Bedarf gesehen oder von Betroffenen geäussert wird. Die Interdisziplinarität und Interprofessionalität in einem Spital ist also gegeben. Im Spital Region Oberaargau SRO AG wird die interprofessionelle Zusammenarbeit mit einem elektronischen Klinikinformationssystem unterstützt, welches den Kommunikations- und Informationsfluss vereinfacht und fördert. Daraus ist auch die Idee der Einrichtung einer Kommunikationssoftware für das Palliativversorgungsmodell entstanden.

7 Zwischenfazit

Ein sehr bedeutendes Zwischenfazit kristallisiert sich in Kapitel 6 der Zwischenergebnisse und bei der Ausarbeitung des Modells heraus. Keine einzelne Disziplin macht dieses Modell aus, auch nicht die Soziale Arbeit. Es ist die notwendige enge Interprofessionalität und die kollegiale Zusammenarbeit, die das Modell anstrebt und zu Gunsten der Betroffenen viele Vorteile bietet. Für die Bevölkerung der Region Oberaargau stellt es eine grosse Chance dar, innovativ eine bedeutende Optimierung in der palliativen Versorgung umzusetzen. Was das Modell konkret benötigt, ist die Unterstützung des Kantons, der das Projekt mit einem Projektteam bestehend aus Fachpersonen der Medizin, Pflege, Sozialen Arbeit, Psychologie sowie Seelsorge mit Ressourcen unterstützt. Das Modell ermöglicht eine umfassende Dienstleistung explizit für palliativ Betroffene, welche es so im Oberaargau bisher nicht gibt.

° PRAKTISCHER TEIL °

8 Methodisches Vorgehen

Im theoretischen Teil wurde eine Basis der Theorie vermittelt. Es wurden Erkenntnisse erarbeitet, die eine eigene Position der Autorenschaft ermöglichen, so dass in einem weiteren Schritt fachliche Diskussionszusammenhänge hergestellt werden können (Ulmi, Bürki, Verhei & Marti, 2014, S. 190). Der Gegenstand Sozialer Arbeit ist die soziale Welt, welche widersprüchlich ist und dazu führt, dass das „Sein“ jeweils auf ein „Sollen“ ausgelegt ist. Was sein soll und somit noch nicht besteht – das ist für die Soziale Arbeit von grossem Interesse (Thaler & Birgmeier, 2011, S. 191). Die vorliegende Arbeit bezieht sich nicht explizit auf empirische Daten und ist aus diesem Grund eine nicht-empirische Master-Thesis-Arbeit. Die Arbeit enthält Reflexionen und Sollensforderungen, die empirisch nicht überprüfbar sind. Die Sollensforderungen ergeben sich aus Normwerten, so Thaler und Birgmeier (2011, S. 192). Die Normwerte bilden demnach in der vorliegenden Arbeit den vorgestellten theoretischen Teil und die Grundzüge des Modells stellen die Sollensforderungen dar. Nach dem theoretischen Teil folgt in diesem Kapitel nun ein praktischer Teil. In den folgenden Kapiteln wird die methodische Vorgehensweise dazu konkreter beschrieben.

8.1 Wahl der Methoden und Daten

Die Methodik des praktischen Teils ist der qualitativen Forschung zuzuordnen. Mit einem Expertinneninterview und einem Experteninterview nach Robert Kaiser (2014) werden fachliche Diskussionszusammenhänge hergestellt. Die Grundzüge des möglichen Palliativversorgungsmodells aus dem Kapitel 6.3.1 stehen dabei im Vordergrund. Diese Grundzüge gilt es als Sollensforderungen mit einer Expertin und einem Experten zu diskutieren und zu bewerten. Die Autorenschaft wird dabei die Sicht der Sozialen Arbeit vertreten und deren Potential im Modell betonen. Die ausgewählte Methodik liefert mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviewleitfadens als Erhebungsinstrument konkrete Sachinformationen und spezifisches Wissen der Expertin und des Experten (Kaiser, 2014, S. 35). Damit wird eine Bewertung und Modifizierung des ange-dachten Palliativversorgungsmodells ermöglicht.

8.2 Planung und Durchführung

Nachdem die Zwischenergebnisse in Kapitel 6 erfasst waren, konnte die erste Schlüsselperson für das Interview angefragt werden. Auf das Kapitel 6 aufbauend, liess sich der Interviewleitfa-

den erstellen (vgl. Anhang 1). Durch die Autorenschaft und auf Anraten der Expertin wurde am Ende des Interviews gemeinsam die zweite Schlüsselperson bestimmt. Nach der Interviewzusage der zweiten Schlüsselperson und wenigen Anpassungen des ersten Interviewleitfadens (vgl. Anhang 2), konnte anschliessend auch das zweite Experteninterview durchgeführt werden. Die Interviews sind mit dem Einverständnis der Personen auf Tonband aufgezeichnet worden.

Aufgrund der Multiprofessionalität im Modell wurden die Interviewleitfäden erst nach der Bestimmung und Zusage der Interviewpersonen erstellt. Die Autorenschaft ging davon aus, dass die Interviewfragen auf die jeweils von der Expertin und dem Experten vertretene Disziplin abzustimmen sind. Die Themenbereiche der Fragen als festgelegte Kategorien blieben jedoch dieselben:

- Multiprofessionalität und Vernetzung
- Fokus Soziale Arbeit
 - Angebote
 - Aufgaben
 - Bereich Langzeitpflege
 - Präventiver Charakter
- Chancen und Risiken

Beide Leitfäden sind mit einem Pre-Test überprüft worden (Kaiser, 2014, S. 69). Nach der Durchführung der Interviews folgte anhand der Tonaufnahmen die Sicherung der Ergebnisse in die Textform – die Überführung in Transkriptionen (S. 93).

8.2.1 Auswahl der Schlüsselpersonen

Mit dem Expertinnen- und Experteninterview soll spezifisches Wissen eingeholt werden. Kaiser (2014) unterscheidet zwischen drei verschiedenen Arten von Informationen, die durch Expertinnen und Experten als spezifisches Wissen gewonnen werden können (S. 41-43):

- Betriebswissen
- Kontextwissen
- Deutungswissen

Als Betriebswissen beschreibt er die Kenntnisse der Expertinnen und Experten über Prozesse und Routinen hinsichtlich politischer Probleme, gesellschaftlicher Konflikte sowie deren Bewälti-

gung. Als Kontextwissen sind die Kenntnisse über institutionelle oder sozio-ökonomische Rahmenbedingungen gemeint, innerhalb derer die politischen Problemlösungsstrategien entwickelt und implementiert werden. Das Deutungswissen beinhaltet subjektive Sichtweisen und Interpretationen der Expertinnen und Experten, die Handlungsorientierungen und Entscheidungsmotivationen hinsichtlich der Lösungen von politischen Problemen und gesellschaftlicher Konflikte rekonstruieren lassen (S. 41-43). Dabei ist Betriebs- und Deutungswissen eher als implizites Wissen und somit als „geistiges Eigentum“ der Expertinnen und Experten zu betrachten. Das Kontextwissen hingegen, welches verschriftet und kodifiziert ist, wie etwa in Strategiepapieren oder Lageeinschätzungen, ist eher als explizites Wissen zu charakterisieren (S. 45). Betreffend der beiden Interviews ist davon auszugehen, dass die gewonnenen Informationen auf alle drei Wissensarten zurückgeführt werden können.

Schlüsselperson 1

Die erste Schlüsselperson ist von Beruf Pflegefachfrau. Sie besitzt ein spezialisiertes Wissen im Bereich der Palliative Care, absolvierte einen CAS (Certificate of Advanced Studies) in Palliativer Onkologie und ist seit mehreren Jahren in der spezialisierten Palliative Care im Oberaargau tätig. Seit Oktober ist sie als Co-Leitung in der Geschäftsleitung des mobilen Palliativdienstes Emmental-Oberaargau, kurz mpdEO, tätig. Sie ist neben der Co-Geschäftsleitung auch für beide Pflegeteams, Team Oberaargau und Team Emmental, zuständig. Davor hatte sie die Leitung des palliativen Onkologieteams der Spitex Oberaargau AG, welches heute nicht mehr als spezialisierter Palliativdienst sondern als Grundversorger im Einsatz ist. (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20).

Schlüsselperson 2

Die zweite Schlüsselperson ist ein Mitglied der Geschäftsleitung des Spitals Emmental. Er wurde von der Schlüsselperson 1 empfohlen, da er zudem im strategischen Gremium des Projekts mpdEO ist und wertvolle Inputs zum angedachten Palliativversorgungsmodell geben könnte (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20).

8.3 Kategoriengestützte Auswertung der Daten

Für die Phase der Auswertung und Interpretation wird die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse angewendet. Zu dieser Methodik gehören verschiedene Verfahrensarten (Kaiser, 2014, S. 90). Die vorliegende Arbeit orientiert sich auch hierfür an Kaiser (2014). Dieser setzt das Verfah-

ren von Philipp Mayring (2000) in einer kürzeren und weniger aufwändigen Weise um, indem er die Grundlogik der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse auf den Zweck von Expertinnen- und Experteninterviews adaptiert (S. 90-91).

Die Transkriptionen sind in einem ersten Durchgang auf die Relevanz für die vorliegende Arbeit überprüft und mit den Kategorien aus dem Interviewleitfaden abschnittsweise kodiert worden. Dies ermöglichte eine Reduktion des Textmaterials. Die Kategorien wurden während der Phase des Kodierens stetig angepasst und ergänzt. Die schlussendlich definierten Kategorien lassen sich durchaus wieder auf die ursprünglichen Kategorien aus dem Leitfaden zurückführen. Da die Schlüsselpersonen aber verschiedene Funktionen im Feld der Palliative Care ausüben und auch der Leitfaden mit unterschiedlichen Fragen angewendet wurde, waren die thematischen Schwerpunkte der Interviews ebenfalls anders. Im Folgenden wird das Kategoriensystem beider Interviews dargestellt.

Tabelle 3

Kodierungssystem mit Kodes-Verteilung

Kategorie	Sub-Kategorie	Schlüssel-person 1	Schlüssel-person 2
Angebot im Bereich Palliative Care	Spital Emmental	0	6
	Palliativnetzwerk Oberaargau	7	0
	Spezialisierter mobiler Palliativdienst-mpdEO	25	4
	Spitex Oberaargau AG als Grundversorger	4	0
Kontakt der Schlüsselperson zu Angeboten der Sozialen Arbeit		7	0
	Bedarf an Sozialer Arbeit	6	0
Betonungen		13	5
	Betonungen zum Modell	3	0
	Unterschied zwischen Pflegediensten der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care	2	0

Optimierungsbedarf		16	0
	in der vernetzten Zusammenarbeit	5	3
	bei der spezialisierten Palliative Care	4	0
	bei Betroffenen	1	1
	bei der Sozialen Arbeit	6	0
Interprofessionalität im Modell		4	1
Chancen/Vorteile des Modells		20	4
Umsetzung des Modells		18	16
	Risiken/Schwierigkeiten der Umsetzung	11	24

Erläuterung: Die Phase der Kategorisierung und Kodierung erfolgte mit dem Programm *F4 Analyse* mit den Funktionen *Code* und *Subcode*. Dabei sind Textteile aus dem Transkript den dargestellten Kategorien und Sub-Kategorien zugeordnet worden. Im Programm F4 sind zudem mit der Funktionshilfe von Textkommentaren fortlaufend Zusammenfassungen pro Kategorie erstellt worden, welche zur Erarbeitung der Kernaussagen dienten. Die Kernaussagen beider Interviews werden in den nächsten Unterkapiteln vorgestellt.

Mit Blick auf die Verteilung bei Schlüsselperson 1 wird ersichtlich, dass die folgenden Kategorien und Sub-Kategorien am meisten Kodierungen enthalten:

- Angebot im Bereich Palliative Care
- spezialisierter mobiler Palliativdienst – mpdEO
- Optimierungsbedarf
- Chancen/Vorteile des Modells
- Umsetzung des Modells

Mit Blick auf die Verteilung bei Schlüsselperson 2 sind es die Folgenden:

- Umsetzung des Modells
- Risiken/Schwierigkeiten der Umsetzung

Die unterschiedlichen Verteilungen der Daten sind auf die verschiedenen Expertisen der beiden Schlüsselpersonen und auf die unterschiedlichen Interviewleitfäden zurückzuführen.

8.3.1 Interview mit Schlüsselperson 1

Die folgende Abbildung veranschaulicht die relevanten Kernaussagen der Schlüsselperson 1 aus dem Expertinneninterview.

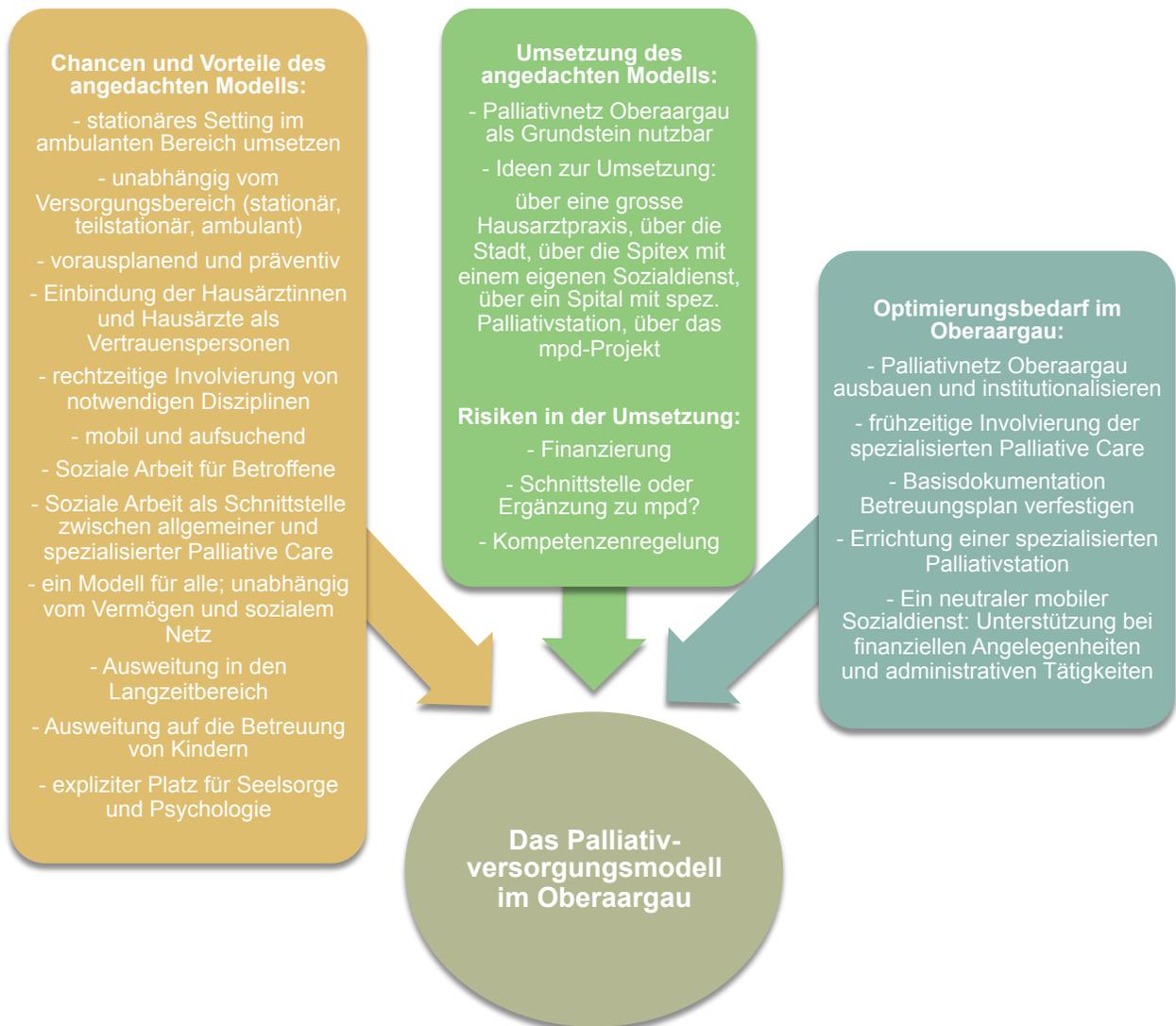


Abbildung 12. Kernaussagen Schlüsselperson 1

Bei Schlüsselperson 1 fällt auf, dass inhaltlich bei den Chancen und Vorteilen des Modells auffällig viele Punkte erwähnt wurden. Bei der Umsetzung sind Vorschläge und Möglichkeiten eingebracht und auf wenige Risiken hingewiesen worden. Der Optimierungsbedarf enthält ebenfalls verschiedene Aspekte. Wie in Tabelle 3 ersichtlich, werden die Aspekte des Optimierungsbedarfs, welche die Schlüsselperson 1 äussert, in verschiedenen Bereichen zugeordnet. Am meis-

ten Textteile zum Bedarf sind *bei der Sozialen Arbeit* zugeordnet, gefolgt von der *vernetzten Zusammenarbeit* und der *spezialisierten Palliative Care*. Zuletzt mit nur einer zugeordneten Koordination folgt der Optimierungsbedarf *bei Betroffenen*.

Optimierungsbedarf im Oberaargau:

Die Schlüsselperson 1 ist der Meinung, dass das Palliativnetz Oberaargau zwar viel bietet, jedoch nicht genügt. Es müsse stärker institutionalisiert werden. Die Person macht die Erfahrung, dass der spezialisierte mobile Palliativdienst Emmental-Oberaargau mpdEO zu spät angefragt wird. Die Betreuung und Begleitung müsse vorausschauend geplant werden. Das Palliativnetz hat einen Betreuungsplan erstellt, welcher ebenfalls noch zu wenig verfestigt ist. Zudem hat die Region keine stationäre Palliativstation. Bei der Sozialen Arbeit sieht die Schlüsselperson 1 einen sehr grossen Optimierungsbedarf. Unterstützung bei finanziellen Angelegenheiten wie z.B. das Anschreiben von Stiftungen für Fondsbeiträge oder die Hilfe beim Ausfüllen von Formularen – solche Leistungen und Abklärungen sollten zur Entlastung von Betroffenen und Angehörigen übernommen werden. Zudem wird gewünscht, dass die Soziale Arbeit generell mehr übernimmt und Betroffene begleitet und ihnen informativ zur Verfügung steht. Hierbei brauche es einen neutralen Sozialdienst, der zu den Betroffenen nach Hause geht (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20).

Chancen und Vorteile des angedachten Modells:

Der Vorteil im Oberaargau ist, dass die Fachpersonen einander kennen, so auch im Palliativnetz Oberaargau. Mit dem Palliativnetz und dem mpdEO ist im Oberaargau bereits ein Grundstein gelegt. Eine grosse Chance bietet der Grundgedanke, das stationäre Setting im ambulanten Bereich umsetzen zu wollen. Die Fachpersonen betreuen und begleiten aufsuchend vor Ort, unabhängig vom Versorgungsbereich und Aufenthaltsort. Dass das Modell keine Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care macht, ermöglicht die vorausplanende Betreuung und Begleitung. Die Soziale Arbeit kann als Schnittstelle zwischen beiden Bereichen tätig sein. Schwerstkranke und sterbende Menschen wie auch ihre Angehörigen sind in ihrer Situation dankbar um Unterstützung und um die Übernahme von Aufgaben, selbst wenn sie diese selber ausführen könnten. Das Modell kann von allen Betroffenen genutzt werden, unabhängig von sozialem Status oder sozialem Netz des Betroffenen. Es ermöglicht die Ausweitung auf die Betreuung von palliativ erkrankten Kindern und den Langzeitbereich. Die Hausärztinnen und Hausärzte enger in die Betreuung und Begleitung einzubinden, findet Schlüsselperson 1 einen spannenden Ansatz. So auch, dass die Seelsorge und die Psychologie explizit ei-

nen Platz erhalten und ebenfalls als fester Bestandteil integriert sind. Sie gibt aber den Hinweis, dass die Seelsorge bereits im MPD-Projekt angedacht sei und über die GSI finanziert werde (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20).

Umsetzung des angedachten Modells:

Schlüsselperson 1 bringt Ideen zur Umsetzung des Modells ein. Grundsätzlich würde es Sinn machen, das Bestehende wie zum Beispiel das Palliativnetz oder das MPD-Projekt zu nutzen und darauf aufzubauen. Eine Idee ist, dass eine Spitex-Organisation selber die Fachperson der Sozialen Arbeit anstellt. Eine andere Option wäre es, wenn sich die Stadt Langenthal bereit erklären würde, die einzelnen Fachpersonen des interdisziplinär zusammengestellten Teams finanziell zu tragen. Die Stadt Langenthal eigne sich gut für ein Pilotprojekt im Bereich Palliative Care. Eventuell hätte eine grosse Hausarztpraxis oder ein Spital mit einer spezialisierten Palliativstation Interesse an der Umsetzung dieses Modells (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20).

Risiken und Schwierigkeiten der Umsetzung:

Die Schwierigkeit sieht Schlüsselperson 1 bei der Finanzierung des Modells. Es stellt sich die Frage, ob die Soziale Arbeit über das MPD-Projekt finanziert werden könnte. Da das Modell eine interprofessionelle Zusammenarbeit anzielt, müssen die Kompetenzen und Leistungen klar geregelt sein. Bereits jetzt sei die Kompetenzregelung bei den Grundversorgerinnen und Grundversorgern sowie der spezialisierten Palliative Care eine Herausforderung. Das Modell müsste entweder eine klare Schnittstelle zum mpdEO aufzeigen oder eine klare Ergänzung dazu sein. Eine Schwierigkeit könnte sein, dass für den spezialisierten mobilen Palliativdienst spannende Aufgabenbereiche wie beispielsweise die psychosoziale Begleitung durch die Involvierung der Sozialen Arbeit wegfallen könnten (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20).

Die Schlüsselperson 1 hat während des Interviews betont, dass es wichtig ist, zwischen der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care zu unterscheiden und dass die spezialisierte Palliative Care viel mehr anbietet, als die Allgemeine kann. Bei der Umsetzung des Modells hat sie betont, dass die Kompetenzregelung gut durchdacht sein muss. Sie bekräftigt zudem, dass das Modell sehr spannend sei und einen anderen Blickwinkel auf Palliative Care ermögliche (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20).

8.3.2 Erweiterung der Datenbasis

Eine Erweiterung der Datenbasis mittels Nachrecherche ermöglicht gemäss Kaiser (2014) theoriegeleitete Interpretationen und Erkenntnisse (S. 110). Da die Interviews aufeinander aufbauen, hat die Autorenschaft entschieden, diesen Schritt der Datenerweiterung nach dem ersten Interview dem Schritt der Interpretation vorzuziehen. Dies war notwendig, um vor der Vorbereitung und Durchführung des zweiten Interviews die bestehenden Wissenslücken zu füllen (S. 39-40). Im ersten Interview wurde klar, dass das Palliativnetz Oberaargau und das MPD-Projekt eine bedeutende Rolle für das Modell haben werden. Da die zweite Schlüsselperson eine wichtige Funktion im MPD-Projekt inne hat, war es unabdingbar zur Vorbereitung des zweiten Interviews Nachrecherchen zu tätigen und das Wissen über das MPD-Projekt zu vertiefen.

Nachrecherche zum MPD-Projekt

Die GSI definiert MPD als ein interprofessionell besetztes, mobiles Team, bestehend aus ärztlichen und pflegerischen Fachexpertinnen und Fachexperten der spezialisierten Palliative Care. Sie arbeiten mit Fachpersonen aus dem psychosozialen Bereich zusammen und stehen den Grundversorgerinnen und Grundversorgern, wie zum Beispiel den Pflegediensten, Hausärztinnen sowie Alters- und Pflegeheimen, beratend und unterstützend zur Verfügung (GSI, n.d.). In den Angebotsunterlagen zum MPD-Projekt wird darauf hingewiesen, dass mit „mobil“ nicht unbedingt der Einsatz vor Ort bei Betroffenen zu Hause zu verstehen ist (Troxler, 2018, S. 9). Primäre Zielgruppe sind die Grundversorgerinnen und Grundversorger, sekundäre Zielgruppe die palliativ Betroffenen und ihre Angehörigen (S.10). Die Ziele des Projektes sind

- den Bedarf an MPD zu klären,
- dessen Nutzen aufzuzeigen,
- Best-Practice Lösungen zu ermitteln,
- eine Regelfinanzierung zu erarbeiten,
- die Wirkung der MPD bei Grundversorgerinnen und Grundversorgern zu evaluieren
- und mit der Vernetzung der Leistungserbringenden die integrierte Versorgung von Betroffenen zu fördern (S. 11).

Der erwartete Nutzen des MPD ist

- die Verbesserung der Betreuung zu Hause oder in einer Langzeitinstitution,
- die Vermeidung von unnötigen Hospitalisationen,
- die fristgerechte Entlassung aus dem Akutspital

- und die Erleichterung von Übergängen von „(akut-)stationärer“ und nachsorgender Betreuung (S. 10).

Diese Informationen sind in den Interviewleitfaden von Schlüsselperson 2 miteingeflossen.

8.3.3 Interview mit Schlüsselperson 2

Bei Schlüsselperson 2 sind die Kernaussagen aus dem Experteninterview die Folgenden:

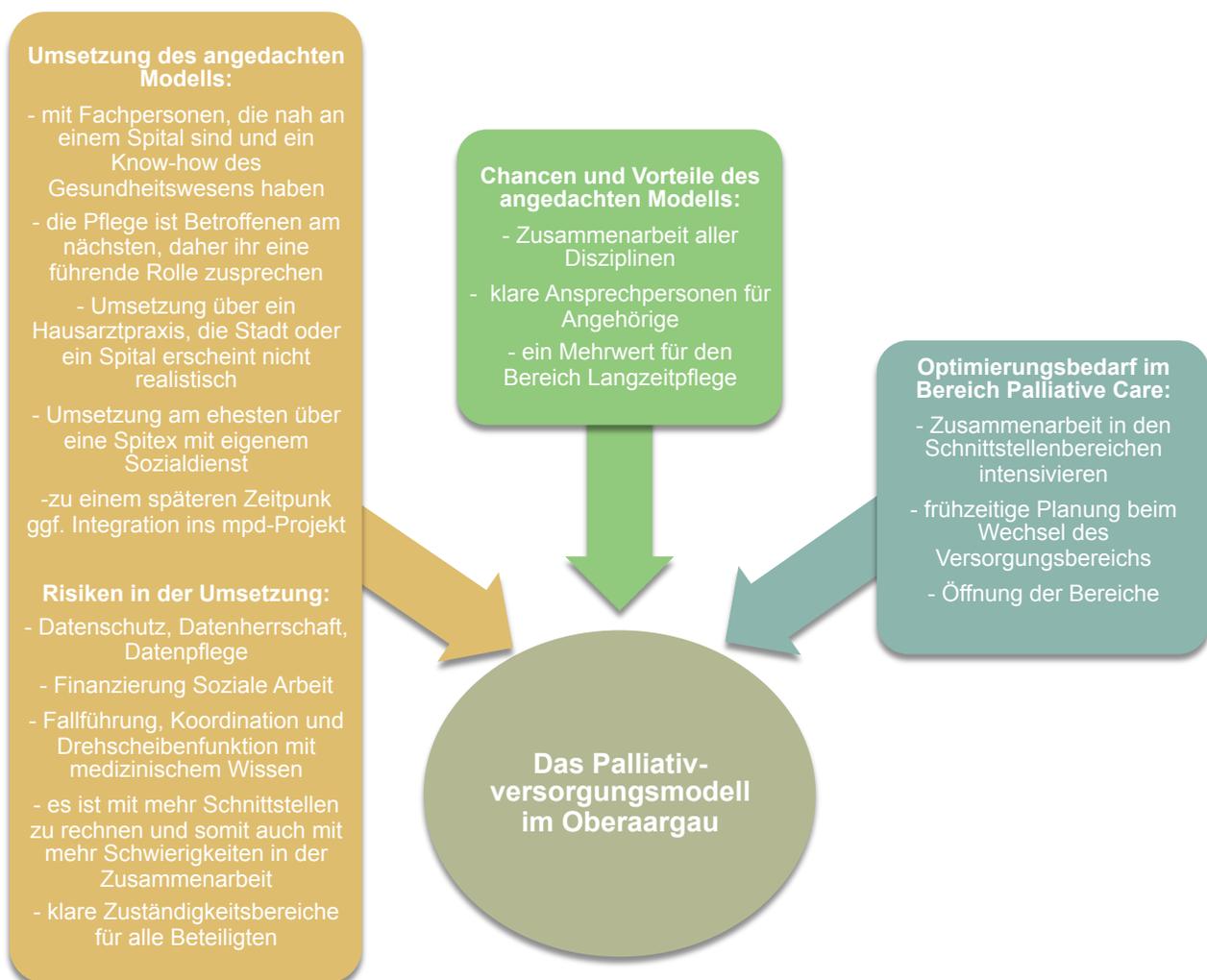


Abbildung 13. Kernaussagen Schlüsselperson 2

Die Schlüsselperson 2 hat bei der Kategorie Umsetzung am meisten Aspekte erwähnt. Hier sind die Vorschläge und Möglichkeiten der Schlüsselperson 1 besprochen worden. Die Risiken, die von Schlüsselperson 1 erwähnt wurden, sind im Interview mit Schlüsselperson 2 ebenfalls the-

matisiert worden: das Risiko einer weiteren Schnittstelle, die Schwierigkeit der Koordination, die Finanzierbarkeit des Modells sowie die klare Kompetenzregelung. So auch der Optimierungsbedarf, wobei dieser bei Schlüsselperson 2 allgemein auf Palliative Care zu beziehen ist und nicht auf die Region Oberaargau, da Schlüsselperson 2 nicht in der Region Oberaargau tätig ist. Beim Optimierungsbedarf sind Textteile in der Kategorie *vernetzte Zusammenarbeit* und ein weiterer Textteil *bei Betroffenen* kodiert worden.

Optimierungsbedarf im Bereich Palliative Care

Schlüsselperson 2 sieht einerseits einen Optimierungsbedarf in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und andererseits in der frühzeitigen Planung von Wechseln zwischen Versorgungsbereichen. Für die medizinische Versorgung der Bevölkerung muss eine Öffnung der Institutionen stattfinden. Die involvierten Fachpersonen müssen gut ausgebildet sein und ihre Expertisen einbringen können (Schlüsselperson 2, pers. Mitteilung, 10.06.20).

Chancen des angedachten Modells

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Modell wird von der Schlüsselperson 2 als interessant eingeschätzt. Das Modell spricht ebenfalls Angehörige an und zeigt klare Ansprechpersonen auf. Die Idee einer Drehscheibenfunktion, im Modell über die Hausärztinnen und Hausärzte, wird als gut empfunden, jedoch müssen die Grenzen allen Beteiligten klar sein. Die Soziale Arbeit im Modell kann für den Langzeitbereich ein Mehrwert sein, da die Fachpersonen in den Langzeitinstitutionen mit der breiten Thematik der Palliative Care weniger bekannt sind (Schlüsselperson 2, pers. Mitteilung, 10.06.20).

Umsetzung des angedachten Modells

Um das Modell umsetzen zu können, braucht es eine Vernetzung. Es braucht Fachpersonen, die sich mit den Abläufen in einem Spital und dem Gesundheitswesen auskennen, so Schlüsselperson 2 (pers. Mitteilung, 10.06.20). Die Pflege ist am nächsten und am häufigsten bei Betroffenen vor Ort. Deshalb ist ihr eine bedeutende Rolle zuzusprechen. Die Umsetzungsideen der Schlüsselperson 1 sind mit Schlüsselperson 2 besprochen worden. Da die Stadt Langenthal oder eine Gemeinde sich nicht explizit mit dem Gesundheitswesen auskennen, können diese lediglich das Modell finanzieren, umsetzen jedoch können sie es nicht. Die Umsetzung des Modells durch eine grosse Hausarztpraxis wird auch als eher schwierig eingeschätzt, weil Hausärztinnen und Hausärzte auch Unternehmerinnen und Unternehmer sind. Schlüsselperson 2 ver-

mutet, dass diese so koordinieren könnten, wie sie es also wollen. Die Umsetzung durch ein Spital mit spezialisierter Palliativstation sei klar nicht umsetzbar, denn die Station ist für die stationäre Patientenschaft zuständig. So auch die Spitalsozialarbeit, die keinen Auftrag für die nichtstationäre Patientenschaft hat. Zudem besteht eine Hürde in der Leistungsabrechnung, da die Dienstleistung der Spitalsozialarbeit und jede weitere zusätzliche Dienstleistung den Fall² verteuern. Im ambulanten Setting könne das Spital nicht integriert sein. Die Umsetzung durch das MPD-Projekt wird zum aktuellen Zeitpunkt in der Anfangsphase des Projekts nicht möglich sein. Hier wurde schrittweise geplant und das Finanzielle geregelt. Die Seelsorge und der Langzeitbereich werden als nächstes angegangen. Bevor ein neuer Aspekt überlegt werden kann, muss der mpdEO seine Prozesse kennen und auf erste Erfahrungen zurückblicken können. Ein realistischer Ansatz für die Umsetzung des Modells könnte die Zusammenarbeit mit einem Pflegedienst als Grundversorger sein. Dieser könnte eine Fachperson der Sozialen Arbeit anstellen und erste Erfahrung in dieser Zusammenarbeit sammeln. Zu einem späteren Zeitpunkt könnte allenfalls die Integration in das mpdEO möglich werden (Schlüsselperson 2, pers. Mitteilung, 10.06.20).

Risiken und Schwierigkeiten der Umsetzung

Schlüsselperson 2 weist auf vielseitige Risiken hin. Die angedachte Kommunikationssoftware wirft Fragen auf zum Datenschutz, zur Datenherrschaft und zur Datenpflege. Es sei wichtig, dass die involvierten Fachpersonen möglichst schnell an die notwendigen Informationen gelangen. Je mehr Beteiligte es aber gibt, desto schwieriger sei dieser Bereich zu gestalten. Dies zeige sich bereits im Spital beispielsweise, wo zwar alle Involvierten unter einem Dach tätig sind, aber dennoch nicht jede und jeder Zugriff auf alle Daten erhält. Eine weitere Schwierigkeit sieht Schlüsselperson 2 in der Fallführung und der Drehscheibenfunktion. Von Anfang an müsste klar sein, wer diese Verantwortung übernimmt. Diejenige Disziplin ist dann auch für die Koordination zuständig. Wie bereits erwähnt, ist die Pflege am nächsten und am häufigsten bei der betroffenen Person und hat das medizinische Wissen, um den spezialisierten mobilen Palliativdienst zu involvieren. Je mehr Beteiligte, desto mehr Schnittstellen gibt es. Für die Koordinationsleistung wird das eine sehr herausfordernde Aufgabe sein bei so vielen Beteiligten (Schlüsselperson 2, pers. Mitteilung, 10.06.20).

² Der Ausdruck „Fall“ bezieht sich auf das Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, welches die

Schlüsselperson 2 betonte, dass es für das Umfeld des Betroffenen sehr wichtig zu wissen sei, wo sie sich hinwenden können. Weiter betonte er die Wichtigkeit einer klaren Fallführung. Es wird darauf hingewiesen, dass Onkologinnen und Onkologen bereits vertiefte Gespräche mit Betroffenen führen und auch starke Vernetzungsarbeit leisten. Die Pflegedienste der Grundversorgung und die spezialisierten mobilen Palliativdienste federn ebenfalls bereits sehr viel ab. Dennoch sei es ganz wichtig, die vernetzte Zusammenarbeit weiterzuentwickeln und für mehr Öffnung in den Institutionen und Organisationen zu sorgen (pers. Mitteilung, 10.06.20).

8.4 Interpretation der Daten

Die Kodierungen ermöglichen die Herstellung von Zusammenhängen zwischen den Interviewaussagen und dem theoretischen Teil der Arbeit (Kaiser, 2014, S. 91). Auf die kategoriengestützte Auswertung folgt nun die Interpretation der Daten mit der Herstellung von ebendiesen Zusammenhängen. Hinsichtlich der in Kapitel 8.2.1 erwähnten drei Wissensarten nach Kaiser (2014, S. 41-43) kann gesagt werden, dass durch die beiden Interviews von allen drei Wissensarten (Betriebswissen, Kontextwissen und Deutungswissen) Informationen gewonnen werden konnten. Von Schlüsselperson 1³ konnten vor allem Informationen aus der konkreten Praxis eingeholt werden. Diese Informationen sind als implizites Wissen dem Betriebswissen zuzuordnen. Von der Schlüsselperson 2 kamen mehrheitlich Hinweise auf Risiken und zur Umsetzung. Dabei wurde Bezug auf Bestehendes wie etwa das MPD-Projekt genommen. In Tabelle 3 ist ersichtlich, dass Schlüsselperson 2 viele Aussagen zum Spital und zum MPD-Projekt gemacht hat. Es wurden Rahmenbedingungen erläutert, die als explizites Wissen dem Kontextwissen zuzuordnen sind. Das Ziel der beiden Interviews, nämlich Meinungen und subjektive Sichtweisen zu den Grundzügen des Modells als implizites Wissen einzuholen, konnte von beiden Schlüsselpersonen mit deren Deutungswissen erreicht werden. Insgesamt konnten beide Personen mit ihrer Expertise Informationen zu allen drei Wissensarten einbringen und damit einen bedeutenden Beitrag zur vorliegenden Arbeit leisten.

In Kapitel 6 der Zwischenergebnisse sind bereits klare Grundzüge eines Modells ausgearbeitet worden, die in den beiden Interviews diskutiert wurden. Bei der Umsetzung des Modells kann die vorliegende Arbeit keinen endgültigen Vorschlag anbringen. In die Arbeit sind letztlich nur

³ Um den Textfluss von hier an nicht zu hemmen, werden die Aussagen aus den Interviews nicht jedes Mal mit der Quelle versehen. Aussagen von Schlüsselperson 1 sind auf das Interview vom 22.05.2020 und Aussagen von Schlüsselperson 2 auf das Interview vom 10.06.2020 zurückzuführen.

zwei Meinungen eingeflossen und welche Umsetzungsidee die realistischste ist, kann anhand der vorliegenden Informationen nicht abschliessend beurteilt werden. Die Arbeit hält aber an der Grundüberlegung fest, dass ein Team entstehen sollte, welches aus den Disziplinen Psychologie und Soziale Arbeit besteht. Das Modell kann als ein eigenes Pilotprojekt einen Versuch starten. Schlüsselperson 1 wies darauf hin, dass es sinnvoll wäre, Bestehendes zu nutzen und darauf aufzubauen. Deshalb könnte während der Pilotphase im Rahmen des Palliativnetzes Oberaargau eine Arbeitsgruppe mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter aus den fünf Hauptdisziplinen entstehen. Eine konkrete Empfehlung zur Umsetzung folgt in Kapitel 9.5.

8.4.1 Modifizierung des Modells

Die Interviewauswertungen werden für die Modifizierung der angedachten interprofessionellen Zusammenarbeit im Modell berücksichtigt. Im Folgenden werden die notwendigen Modifizierungen des Modells vorgestellt und begründet.

Modifizierung 1: Vertretung der Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • bisher: Hausärztinnen und Hausärzte • neu: behandelnde Ärztinnen, behandelnde Ärzte
Modifizierung 2: Fallführung und Koordination	<ul style="list-style-type: none"> • bisher: durch die Hausärztinnen und Hausärzte • neu: durch die Pflege
Modifizierung 3: Das neu entstehende Team	<ul style="list-style-type: none"> • bisher: bestehend aus Psychologie, Seelsorge und Soziale Arbeit • neu: bestehend aus Psychologie und Soziale Arbeit
Modifizierung 4: Anmeldeformular	<ul style="list-style-type: none"> • bisher: keine Chronologie - Anmeldung über Kommunikationssoftware durch alle möglich • neu: durch die Medizin, sobald die Pflege involviert ist, dann durch Pflege
Modifizierung 5: Leistungs- und Kompetenzkatalog	<ul style="list-style-type: none"> • bisher: alle fünf Hauptdisziplinen im Katalog enthalten, als Bestandteile eines Modells • neu: alle fünf Hauptdisziplinen im Katalog enthalten, als Bestandteile zweier Modelle
Modifizierung 6: Kommunikationssoftware	<ul style="list-style-type: none"> • bisher: Zugriff durch alle fünf Hauptdisziplinen • neu: Zugriff nur durch das Team Psychologie und Soziale Arbeit

Abbildung 14. Modifizierung des Modells

Insgesamt 5 Modifizierungen werden in den Überlegungen zum Modell umgesetzt:

Modifizierung 1:

Schlüsselperson 2 gab den Hinweis, dass bei palliativ Erkrankten die Onkologin oder der Onkologe Betroffene öfter sieht und aufgrund der emotionalen Inhalte der Sprechstunden näher bei ihnen ist als die Hausärztin oder der Hausarzt. Aus diesen beiden Gründen wird die Medizin im angedachten Modell neu durch die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt vertreten und nicht wie bisher nur durch die Hausärztin oder den Hausarzt.

Modifizierung 2:

Ebenfalls aufgrund der Nähe zu den Betroffenen ist die Fallführung und Koordination durch die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt der Disziplin Pflege zu überlassen, sobald diese involviert wird. Zunächst dem Pflegedienst der Grundversorgung und sobald der mpdEO involviert ist, übernimmt dieser die Fallführung. Schlüsselperson 2 gab den Hinweis, dass die Fallführung medizinisches Wissen voraussetzt. Die Soziale Arbeit kann sich ein medizinisches Basiswissen aufbauen, jedoch nicht so vertieft wie es bei der Pflege vorhanden ist. Zudem besuchen die Pflegedienste die Betroffenen meist täglich, sehen den Krankheitsverlauf und das tägliche Befinden der Betroffenen. Sie können schneller reagieren als jede andere involvierte Disziplin. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels des behandelnden Arztes viel grösser als bei der Pflege. Von Schlüsselperson 2 kam ebenfalls der Hinweis, dass die Hausärztin oder Hausarzt bei entsprechender Diagnose eine Überweisung in die Onkologie vornimmt. Oftmals sieht die Fachperson der Onkologie danach die erkrankte Person häufiger als die Hausärztin oder der Hausarzt, so dass diese/dieser die Rolle der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes übernimmt. Wenn die Verlegung in eine Langzeitinstitution folgt, gibt es erneut einen Wechsel zur Heimgärtin oder zum Heimarzt. Im angedachten Modell würde deshalb die fallführende Person aus dem mpdEO im Bereich Langzeitpflege die Betroffenen weiterbetreuen. Dies bedingt jedoch, dass im Langzeitbereich ausschliesslich die mpdEO die Fallführung übernimmt, da die Pflegedienste der Grundversorgung nicht in Langzeitinstitutionen tätig sind und das Personal der Langzeitinstitutionen im Bereich Palliative Care kein genügendes Wissen mitbringen.

Modifizierung 3:

Das MPD-Projekt ist gemäss Schlüsselperson 2 noch in der Anfangsphase, die weiteren Schritte seien jedoch bereits definiert. So weisen beide Schlüsselpersonen darauf hin, dass in einem

nächsten Schritt die Seelsorge in das Projekt integriert wird. Aus diesem Grund wird das neu aufzubauende Team aus Psychologie und Sozialer Arbeit bestehen.

Modifizierung 4:

Die Fallführung und Koordination war in den Grundzügen des Modells zu wenig durchdacht und die Autorenschaft hat die Prozesse des Modells zu offen gehalten. Wenn mehrere Beteiligte gleichzeitig verschiedene Fachpersonen nach Absprache mit der Medizin involvieren möchten, besteht die Gefahr von Doppelspurigkeit und Missverständnissen. Da die Kommunikationssoftware auf Hinweis von Schlüsselperson 2 aus datenschutztechnischen Gründen nur für das Team Psychologie und Sozialer Arbeit zur Verfügung steht, werden die einheitlichen Anmeldeformulare per E-Mail versendet und nicht via die Kommunikationssoftware.

Modifizierung 5:

Der Leistungs- und Kompetenzkatalog wird nach wie vor als ein sehr wichtiges Instrument des Modells erachtet. Da Schlüsselperson 1 jedoch eine klare Abgrenzung zum mpdEO empfiehlt, ist es dennoch sinnvoll, alle fünf Hauptdisziplinen in den Katalog zu integrieren und auf den mpdEO als ein eigenes Modell hinzuweisen. Bei der Pflege käme also der Hinweis zu den örtlichen Pflegediensten als Grundversorger und zum mpdEO als Angebot der spezialisierten Palliative Care.

Modifizierung 6:

Der Hinweis von Schlüsselperson 2 bezüglich der Kommunikationssoftware, welche Fragen aufwirft betreffend des Datenschutzes, der Datensicherung und Datenpflege, führte dazu, dass die Software lediglich für das Team Psychologie und Sozialer Arbeit vorgesehen wird. Als eine eigenständige Dienstleistung und Team würden sie damit zumindest die Kommunikation unter den beiden Disziplinen vereinfachen. Für die Kommunikation mit der Medizin, Pflege und Seelsorge sind andere Kommunikationskanäle oder -prozesse zu bestimmen.

8.4.2 Potential der Sozialen Arbeit im Modell

Im Folgenden werden einige Interviewaussagen aus dem Transkript vorgestellt, die Bezug zur Sozialen Arbeit nehmen. Es folgt eine Darstellung der Aussagen mit Erläuterungen zum Potential der Sozialen Arbeit. Die Darstellung dient der Herstellung von Zusammenhängen zwischen den Interviewaussagen und dem theoretischen Teil der Arbeit (Kaiser, 2014, S. 91).

„Und dass der Patient und auch die Angehörigen dort entlastet werden und dass die Angehörigen auch genau immer wissen, ich habe einen Ansprechpartner, der mich unterstützen kann. Es ist ja nicht immer nur der Patient.“ (Transkript Schlüsselperson 2, Absatz 28)

„das Umfeld leidet mit und das Umfeld trägt über Monate manchmal Jahre mit oder, und dann ist das Umfeld ganz ganz wichtig, dass sie wissen wo kann ich mich hinwenden.“ (Transkript Schlüsselperson 2, Absatz 28)

- Die Soziale Arbeit steht Betroffenen wie auch den Angehörigen bei, ist sich der Doppelrolle und den Ambivalenzen der Angehörigen bewusst, versucht diese frühzeitig zu erkennen und den Angehörigen bei der Bewältigung Unterstützung anzubieten, um eine Überbelastung zu vermeiden und das Risiko einer psychischen Belastung zu minimieren (Brandstätter, 2014, S. 68; S. 73-74).
- Der Leistungs- und Kompetenzkatalog dient genau dazu, dass schwerstkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörigen sich informieren können, welche Dienstleistung bei welchen Bedürfnissen und Problemstellungen kontaktiert werden kann. Mit den Leistungen der Sozialen Arbeit, die ganz klar auch die psychosoziale Begleitung der Angehörigen einschliesst, kann der Katalog Angehörige ermutigen, auch für sich Unterstützung in Anspruch zu nehmen und mit der Sozialen Arbeit direkt in Kontakt zu treten.
- Schwerstkranke und sterbende Menschen müssen am Lebensende nicht auf gesellschaftliche Werte oder Ziele vorbereitet werden. Für die Soziale Arbeit ist die Begleitung der Angehörigen ein grösseres Handlungsfeld (Mennemann, 2019, S. 247). Indem auch Angehörige eng betreut und begleitet werden, können die Ängste und Sorgen von Betroffenen um ihre Angehörigen gelindert werden. Der Schritt des Verabschiedens lässt sich damit unter Umständen etwas erleichtern (Wagner, 2014, S. 64).

„also wenn der Patient bei uns eintritt, müssen wir eigentlich schon mit allen nachfolgenden Institutionen den Austritt planen. Dass das so schnell und so, ich sage mal, so gut wie möglich vonstatten geht“ (Transkript Schlüsselperson 2, Absatz 13)

„(da) sind die Institutionen drin und natürlich auch die Betroffenen, das heisst die Angehörigen, die man involvieren muss, genau diese Schnittstelle das ist wichtig, und man diese früh plant.“ (Transkript Schlüsselperson 2, Absatz 13)

- Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bezieht das soziale Umfeld und alle Beteiligten Institutionen in den gesamten Prozess der Unterstützung mit ein (sages & AvenirSocial, 2018, Methoden)
- Eine Stärke der Sozialen Arbeit ist der ganzheitliche systemische Blick, bei dem Betroffene in ihrem sozialen Umfeld betrachtet werden (Borasio, 2014, S. 79).
- Bei Übergängen von Versorgungsbereichen oder Institutionen hilft die Soziale Arbeit, ein funktionierendes Unterstützungssystem aufzubauen, indem sie begleitet, vermittelt und koordiniert (Wagner, 2014, S. 67). Die Soziale Arbeit kann die Ebene des Betroffenen, die der Organisation und die des regionalen Versorgungsgefüges verbinden (Mennemann, 2019, S. 249).
- Unabhängig des Versorgungsbereiches soll im Modell die Soziale Arbeit Betroffene begleiten, denn diese kennt die Betroffenen bereits, kennt die Angehörigen und ihre Wünsche sowie Vorstellungen. Bei Spitalaufenthalt ist das ein grosser Vorteil, da durch die bestehende Bekanntschaft eine frühzeitige und fristgerechte Austrittsplanung ermöglicht wird.

„Und wenn das nur ein Telefon ist, glaube ich das ist manchmal ganz ganz viel. Und auch wenn jeder das selber kann im normalen Zustand, aber ich glaube man ist wahnsinnig froh.“ (Transkript Schlüsselperson 1, Absatz 41)

„Und wenn ich manchmal die, die Formulare für Ergänzungsleistungen anschau, Jesses, ich weiss nicht, ob ich das ausfüllen könnte“ (Transkript Schlüsselperson 1, Absatz 42)

- Soziale Hilfeleistungen sind am Lebensende manchmal die einzigen Leistungen, die von der Palliativversorgung noch erbracht werden können (Schnell, Schneider & Kolbe, 2014, S. 5).
- Mit der Arbeitsunfähigkeit von grundsätzlich noch erwerbstätigen Betroffenen entstehen finanzielle und existenzielle Sorgen. Die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung, wie zum Beispiel der Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim, stellt eine Belastung dar – auch bei älteren Menschen, bei welchen das Vermögen nach und nach schrumpft. Der finanzielle und existenzielle Aspekt der palliativen Situation ist oft unklar und kann meist nur mit Hilfe der Angehörigen abgeklärt werden (Wagner, 2014, S. 63). Eine Kernaufgabe der Sozialen Arbeit ist die Beratung bei sozialrechtlichen und sonstigen ökonomischen und sozialen Fragen wie auch im Bereich der Finanzen, Arbeit, Erbschaft und des Wohnens (DGP, n.d., Kap. 3).

„Ja, was mir ganz ganz fest fehlt ist natürlich, wie du auch erwähnt hast, dass man heim geht zu den Leuten. Und das macht eigentlich niemand, also auch Krebsliga nicht. Und ich finde das sehr schade, weil ich manchmal das Gefühl habe, das ist einfach zusätzlich noch eine riesen Aufgabe.“ (Transkript Schlüsselperson 1, Absatz 39)

„Also wenn noch Kinder da sind, also jetzt haben wir eine Familie gehabt, da sind zwei kleine Kinder da gewesen und wenn diese Frau nachher einfach noch einmal zur Psychiaterin musste, oder auf den Sozialdienst und und und. Und und weil halt dann, für Krebsliga musst du zur Krebsliga, und nachher ist noch irgendwie die Schule involviert gewesen und da hat sie auf den Sozialdienst der Wohngemeinde müssen und dann hat sie sich noch informieren wollen wegen Abdankungssachen. Da sind einfach plötzlich wahnsinnig viel Leute involviert und diese Frau muss ja immer wieder aus dem Haus.“ (Transkript Schlüsselperson 1, Absatz 39)³

- Diese beiden Aussagen zeigen auf, wie wichtig die aufsuchende und mobile Begleitung und Beratung ist. Die zweite Aussage aus der Praxis zeigt, was ein Termin organisatorisch bedeuten kann für eine betroffene Person.

Abbildung 16. Interviewaussagen Teil 2

Wenn der Palliativmediziner Borasio (2014) erklärt, dass Menschen am Lebensende oftmals zwei Wünsche äussern – Schmerzfreiheit und Geborgenheit – und Schmerzfreiheit die Linderung von Leiden bedeutet und Geborgenheit „Eingebettet-Sein“ in ein soziales System oder auch „Sich-geborgen-Fühlen“, dann setzt Letzteres eine intakte Familienstruktur voraus. Die Tatsache, dass die familiären Strukturen sich die letzten Jahrzehnten verändert haben, dass die statistischen Zahlen der Eheschliessungen rückläufig und die der Scheidungen sowie „Single-

Haushalte“ zunehmend sind (S. 38-39), zeigt, dass dem nicht so ist. Das bestärkt die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit in einem palliativen Setting, die hilft, ein Unterstützungssystem aufzubauen (Wagner, 2014, S. 66).

9 Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, adäquate Beschreibungen zur Rolle und Funktion der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care im Oberaargau zu liefern sowie ein mögliches Palliativversorgungsmodell für die Region zu empfehlen, bei welchem das Potential der Sozialen Arbeit genutzt wird. Das Modell soll eine vernetzte und integrierte Zusammenarbeit im Feld der Palliative Care veranschaulichen. Wie bereits im Zwischenfazit erwähnt, kann die Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden sowie deren Angehörigen nur gelingen, wenn alle Bedürfnisse mit einer interdisziplinären und interprofessionellen Betreuung und Begleitung in den Fokus genommen werden. In diesem Kapitel wird nun das angestrebte regional vernetzte und interprofessionell koordinierte Palliativversorgungsmodell für den Oberaargau vorgestellt.

9.1 Das Palliativversorgungsmodell für die Region Oberaargau

Die Schlüsselperson 1 verlangte nach einer klaren Abgrenzung oder Ergänzung zum mpdEO. Das Modell grenzt sich vom mpdEO ab, ergänzt ihn aber auch zeitgleich. Die vorliegende Arbeit stellt ein Modell vor, welches in das regional Bestehende integriert wird. Gemeinsam mit dem Bestehenden stellt es das gesamte Palliativversorgungsmodell dar. An dieser Stelle soll dem Teil-Modell aus dieser Arbeit ein Name gegeben werden. Nennen wir es: „Palliative Care PS (P für Psychologie und S für Soziale Arbeit) – Care weil das Teil-Modell wie die deutsche Übersetzung dieses englischen Begriffs den Fokus auf Sorge, Kümmern und Fürsorge setzt (Müller-Busch, 2014, S. 38).

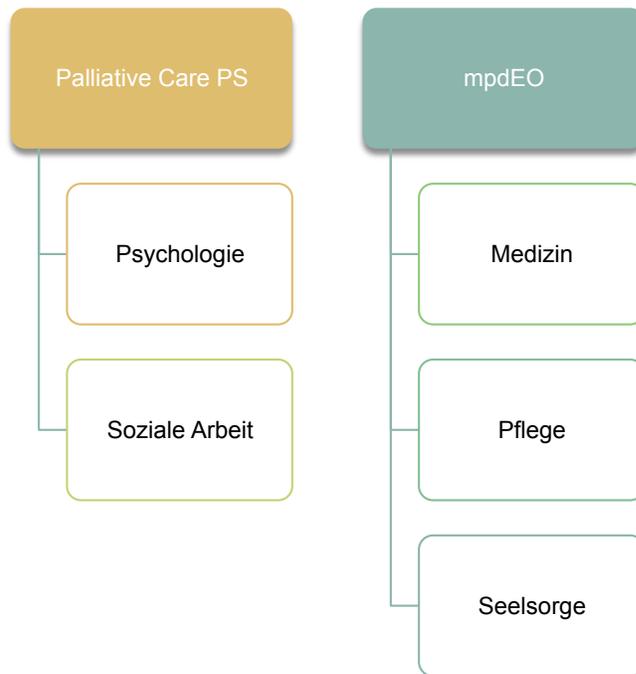


Abbildung 17. Palliative Care PS und Mobiler Palliativdienst Emmental-Oberaargau

Im mpdEO ist die Medizin und die Pflege ein fester Bestandteil. Gemäss beiden Schlüsselpersonen wird bald auch die Seelsorge darin integriert sein. In der Palliative Care PS sind die Disziplinen Psychologie und Soziale Arbeit vertreten. Beide Teil-Modelle stellen zwei Dienste dar, die sich ergänzen und zusammenarbeiten. In der Gesamtbetrachtung machen sie das gesamte Palliativversorgungsmodell aus. Die Palliative Care PS ist als Pendant zum mpdEO zu betrachten und ist die Dienstleistung, die es so für palliativ Betroffene in der Region noch nicht gibt und in der gesamten Palliativversorgung zu einer Optimierung zu Gunsten der Betroffenen und ihren Angehörigen führen wird. Die gesamte Region Oberaargau hat direkte Kontaktpersonen aus den zwei weiteren Disziplinen, die explizit für palliativ Betroffene zuständig sind. Das regional vernetzte und interprofessionell koordinierte Palliativversorgungsmodell für die Region Oberaargau lässt sich schlussendlich wie folgt veranschaulichen:

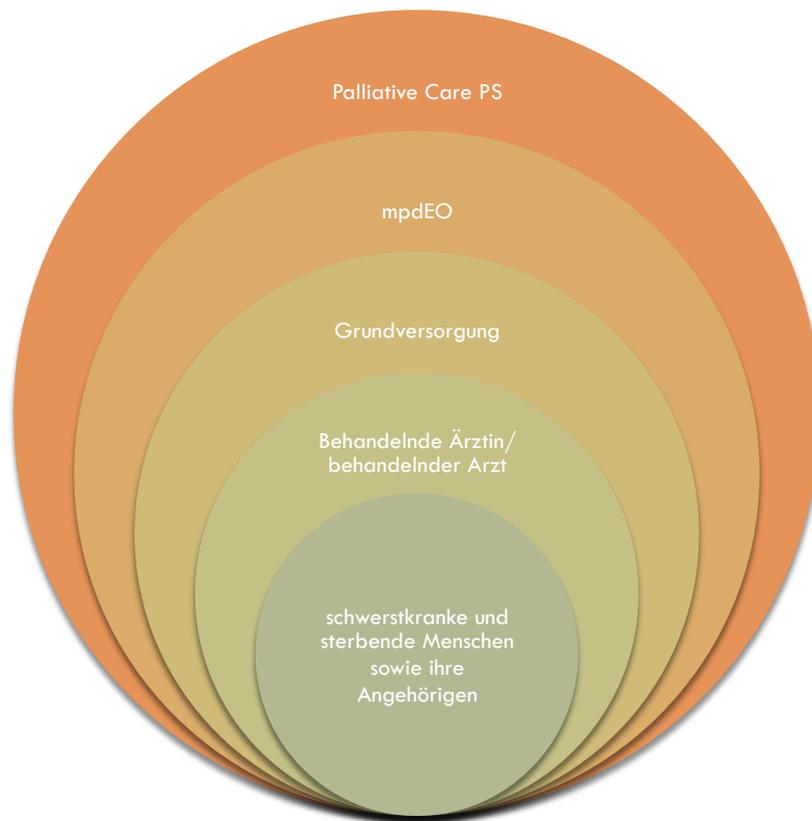


Abbildung 18. Das Palliativversorgungsmodell im Oberaargau

Wie das lateinische Wort *pallium*, welches im Deutschen als *Mantel*, *Umhang* verstanden wird oder das dazugehörige Verb *palliare*, welches als *bedecken*, *tarnen* und *lindern* übersetzt wird (Müller-Busch, 2014, S. 35), wird in der Abbildung 18 deutlich, was Palliative Care zum Ziel hat. Das Modell und die Region Oberaargau haben das Potential, genau das umzusetzen und Betroffene professionell und umfassend in allen fünf Dimensionen der Bedürfnisse zu betreuen und zu begleiten.

9.2 Modellablauf

Diverse Entscheidungen und Schritte prägen das Modell. Diese sollen zuerst mit einer Darstellung visualisiert und anschliessend erörtert werden

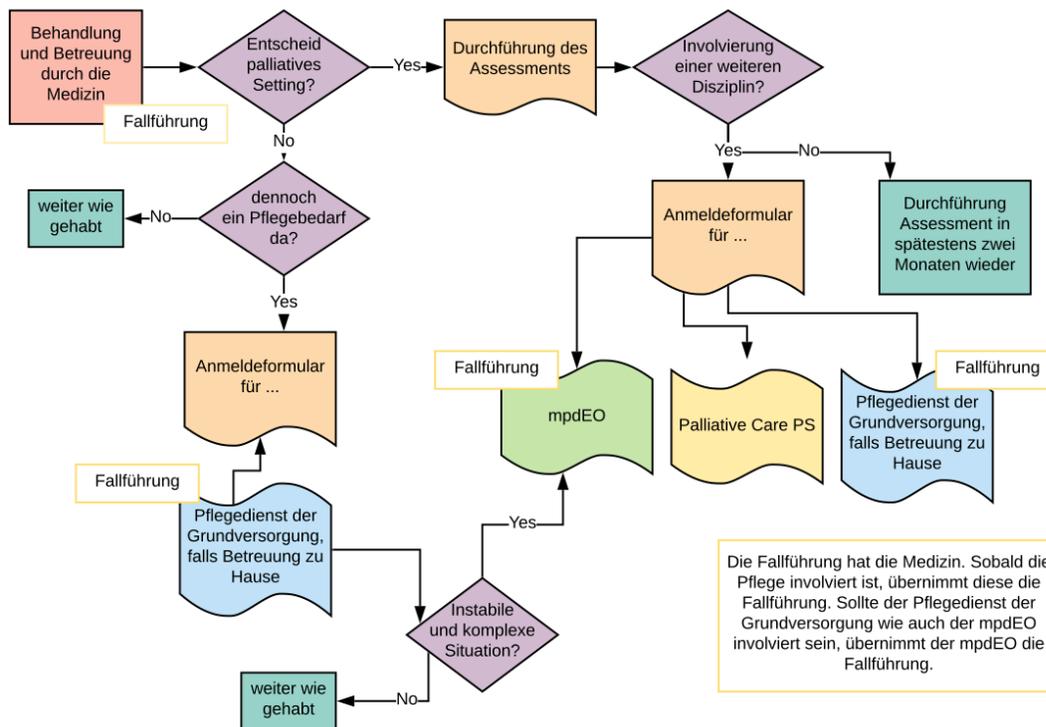


Abbildung 19. Modellablauf

Das Assessment

Die Disziplin Medizin stellt die Diagnose und ist von Beginn an involviert. Ab wann die Situation als palliativ gilt, entscheidet sie gemeinsam mit den Betroffenen. Sie löst deshalb die Versorgungskette aus und macht eine erste fachliche Einschätzung mit dem Instrument des Assessments. Das Instrument ist in Anlehnung an das SENS-Modell von Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller interdisziplinär zu erstellen. Das Modell wurde in Kapitel 5.1.2 kurz vorgestellt; es ist ein vorausplanendes Instrument für die Begleitung und Betreuung bei palliativen Situationen (Eychmüller, 2014, S. 3). Die Auswertung des Assessment zeigt auf; ob ein grösserer Unterstützungsbedarf besteht und ob eine weitere Disziplin involviert werden muss. Die Versorgungskette als Prozess muss somit der ganzen Ärzteschaft im Oberaargau bekannt sein und eingehalten werden. Es gilt, das Assessment in bestimmten Zeitabschnitten zu wiederholen. Vorschlag: alle zwei Monate nach dem Entscheid des palliativen Settings oder individuell, sobald eine Neubeurteilung als indiziert erscheint, sollte das Assessment repetiert werden. Im Krankheitsverlauf kommt der Moment, in dem die Versorgung durch die allgemeine Palliative Care notwendig wird. Je nach Situation kann zeitgleich bereits die Mithilfe durch die spezialisierte Palliative Care erforderlich sein. Nach der Involvierung eines Pflegedienstes übernimmt dieser nach Absprache

mit der Medizin die Durchführung des Assessments, da die Pflegenden in der Regel einen intensiveren Kontakt zu Betroffenen hat als die Medizin. Sind beide Pflegedienste, die der allgemeinen wie auch der spezialisierten Palliative Care involviert, so übernimmt die spezialisierte Palliative Care aufgrund der Komplexität und Instabilität der Situation die Weiterführung des Assessments. Die anderen Hauptdisziplinen führen das Assessment nicht durch und aus datenschutztechnischen Gründen wird auch keiner anderen Disziplin Einsicht ins Assessment erlaubt. Es dient lediglich der fallführenden Person.

Der Leistungs- und Kompetenzkatalog

Mit dem Entscheid des palliativen Settings gibt die Medizin der betroffenen Person den Leistungs- und Kompetenzkatalog ab. Dieser Katalog visualisiert der betroffenen Person und deren Angehörigen, auf welche Leistungen sie jederzeit Anspruch haben, welche konkreten Fachpersonen ihnen zur Verfügung stehen und wie sie diese auch von sich aus jederzeit kontaktieren können. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP hat für die Soziale Arbeit Vorarbeit geleistet, so dass die Kompetenzen der Sozialen Arbeit von dieser übernommen werden können. Die Kompetenzen sind in Kapitel 4.5 in der Tabelle 2 dargestellt. So auch die vorgestellten Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit in Kapitel 4.4, die für die Ausarbeitung der Leistungen Sozialer Arbeit hinzugezogen werden können. Das in Kapitel 2.1 in Abbildung 2 dargestellte und mit Abbildung 3 ergänzte, auf die Palliative Care adaptierte bio-psycho-sozial-spirituelle Krankheitsmodell zeigt bereits wesentliche Aufgaben der fünf Hauptdisziplinen auf und kann ebenfalls beim Erstellen des Katalogs hinzugezogen werden. Die jeweiligen Aufgaben werden auch im nachfolgenden Kapitel 9.3 bei den Zuständigkeiten und Aufgabenteilung nochmals aufgenommen. Die vorliegende Arbeit liefert den Katalog nicht mit, da dieser mit Fachpersonen als Vertreterinnen und Vertreter der fünf Hauptdisziplinen erstellt werden sollte.

Das Anmeldeformular

Die Medizin oder die Pflege können als Fallführende zu jedem Zeitpunkt eine Disziplin beziehen. Es besteht keine chronologische Anweisung, welche Disziplin durch die Medizin oder Pflege zuerst zu involvieren ist. Ausschlaggebend für die Involvierung ist die individuelle Situation der betroffenen Person und ihrer Angehörigen. Die Anmeldung der Disziplinen erfolgt über verschlüsselte E-Mails mit einem für alle Disziplinen einheitlichen Anmeldeformular. Darin ist die aktuelle Situation beschrieben und die Punkte festgehalten, die zur Anmeldung geführt haben. Sobald eine weitere Disziplin involviert ist, beginnt die multiprofessionelle und partnerschaftliche Zusammenarbeit. Nur die fallführende Disziplin ist berechtigt, nach Absprache mit der betroffe-

nen Person eine weitere Disziplin zu involvieren. Die Soziale Arbeit sollte spätestens in dem Moment hinzugezogen werden, in dem Betroffene von einem Versorgungsbereich in einen anderen wechseln. Handelt es sich um einen Versorgungsbereich mit eigenem Angebot an Sozialer Arbeit, so muss diese die Soziale Arbeit des Palliative Care PS involvieren und ihr die sozialarbeiterischen Aufgaben überlassen. Die Soziale Arbeit der Palliative Care PS kann stellvertretend für Betroffene sowie deren Angehörigen die weiteren regionalen Angebote der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen und sie wo nötig mit ihrer Expertise einbeziehen.

9.3 Zuständigkeiten und Aufgabenteilung

Im angedachten Modell muss eine klare Kompetenz- und Aufgabenregelung der Fachpersonen bestehen, was auch die Schlüsselpersonen in den Interviews explizit forderten. Die in Kapitel 2.1 im bio-psycho-sozial-spirituellen Krankheitsmodell erwähnten Bedürfnisse von Betroffenen werden im Folgenden als Anhaltspunkt genutzt, um eine Grenze zwischen den Disziplinen ziehen zu können und erste Indikationskriterien zur Involvierung zu setzen. Damit werden erste Zuständigkeiten im Modell zugeordnet.⁴

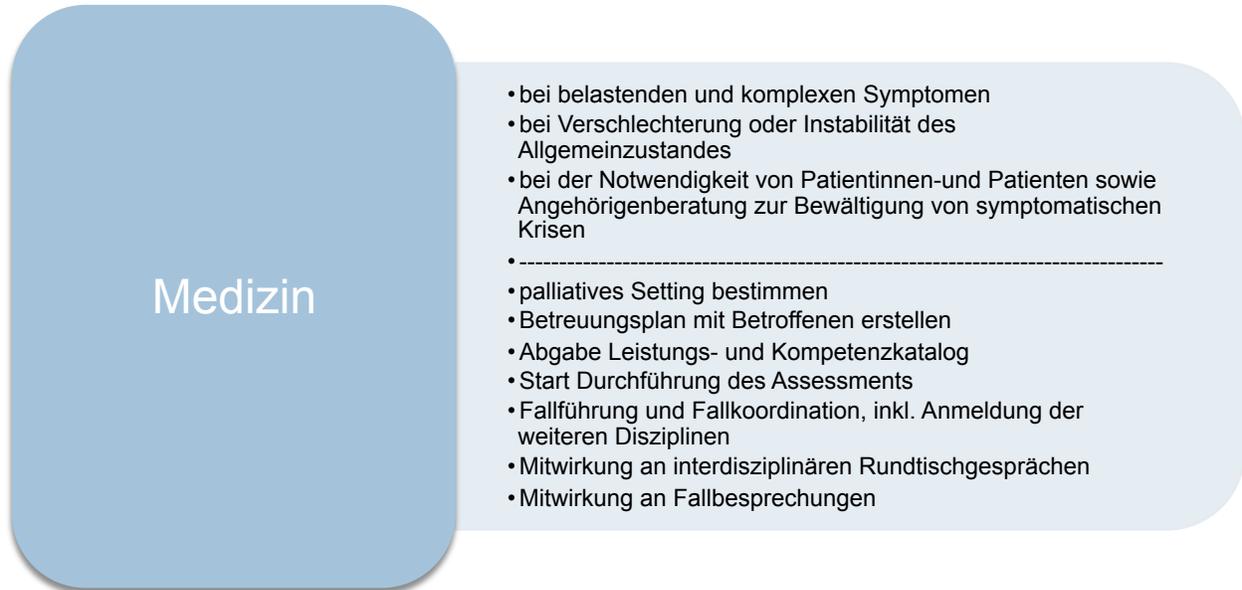


Abbildung 20. Zuständigkeiten der Medizin. Nach BAG & GDK, 2014, S. 12-13.

⁴ Die Aufzählungen in der unteren Hälfte pro Disziplin sind die zusätzlichen Zuständigkeiten im vorgestellten Palliativ-versorgungsmodell.

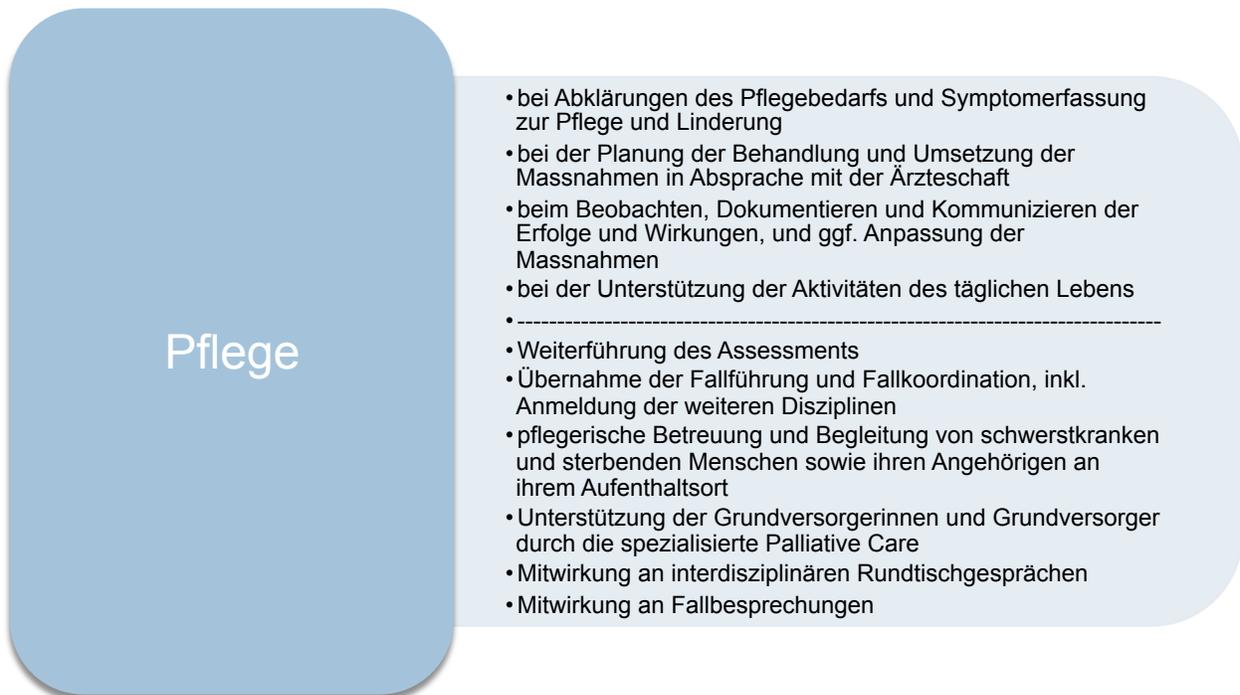


Abbildung 20. Zuständigkeiten der Pflege. Nach BAG, 2016, S. 32.

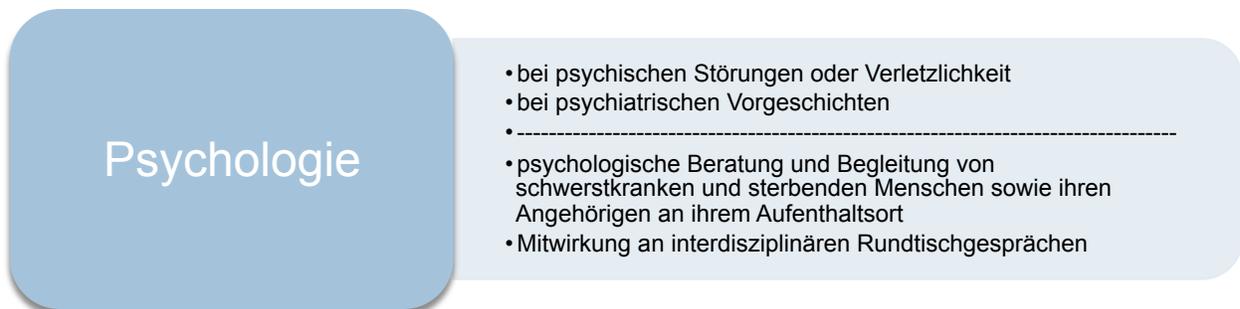


Abbildung 21. Zuständigkeiten der Psychologie. Nach BAG & GDK, 2014, S. 13.

Seelsorge

- bei Fragen rund um die Lebensbilanz und den Lebenssinn
- bei existentiellen Sorgen und Ängsten betreffend Tod, Sterben und Leben nach dem Tod
- bei Trauer, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Machtlosigkeit, Gefühl der Verlassenheit, Ärger/Wut, Schuld und Scham
- beim Bedürfnis nach bestimmten religiösen Ritualen
-
- seelsorgerische Beratung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen an ihrem Aufenthaltsort
- Mitwirkung an interdisziplinären Rundtischgesprächen
- Mitwirkung an Fallbesprechungen

Abbildung 21. Zuständigkeiten der Seelsorge. Nach BAG & GDK, 2014, S. 14.

Soziale Arbeit

- bei schwierigen Entscheidungsfindungen
- bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit
- bei Überlastung des sozialen Umfelds
- bei fehlender oder ungenügender Unterstützung
- bei ungeklärten Fragen betreffend der weiteren Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim
- bei finanziellen Fragen und Problemen
- bei der Organisation von Spitalaustritten
- bei Konflikten betreffend therapeutischen Massnahmen
- bei vermehrten Notfallhospitalisationen
-
- Koordination und Förderung der Zusammenarbeit
- psychosoziale Beratung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen an ihrem Aufenthaltsort
- Unterstützung der Grundversorgerinnen und Grundversorger wie auch der spezialisierten Palliative Care
- Vernetzung mit anderen Dienstleistungsanbietenden, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit
- Organisation von und Mitwirkung an interdisziplinären Rundtischgesprächen
- Organisation von und Mitwirkung an Fallbesprechungen

Abbildung 22. Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit. Nach BAG & GDK, 2014, S. 13-14; DGP, 2012, Kap.3.

Wie bereits erwähnt, ist die Erstellung des Leistungs- und Kompetenzkatalogs ein gemeinsamer Prozess aller Disziplinen. Das Ziel der Autorenschaft ist es nicht, als Vertreterin der Sozialen Arbeit den anderen Disziplinen anhand der Literatur Kompetenzen zuzuschreiben. Diese sollen auf die Praxis und den Bereich der Palliative Care angepasst sein, weshalb sich jede Fachperson als Vertretung der jeweiligen Disziplin selber einbringen soll. Die Darstellung kann bereits Überschneidungen oder Diskussionspunkte enthalten, wie z.B. die Fallführung und Fallkoordination oder die Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeitenden, die es interdisziplinär zu klären gilt. Zur Umsetzung und Gestaltung dieses Modells folgt in Kapitel 9.5 die Beschreibung möglicher Schritte dazu.

9.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Modell

Betreffend des Modells soll abschliessend die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe betont werden. Hierarchische Kommunikationsmuster zwischen den Disziplinen gilt es zu vermeiden sowie den Informationsfluss zu fördern. Indem alle Aspekte des Gesundheitszustandes in den Fokus genommen werden, fühlen sich Betroffene geborgen (Borasio, 2014, S. 58-59). Die Multiprofessionalität soll gefördert und Betroffene gemeinsam betreut werden (S. 58). Die gemeinsame Haltung und Sichtweise auf die Behandlung und Begleitung ist ausschlaggebend für eine funktionierende, kollegiale Zusammenarbeit. Je früher die Disziplinen involviert sind, desto eher ist der Kontakt zu den Betroffenen hergestellt. Der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Fachperson und Betroffenen benötigt Zeit und ist in Krisensituationen und vor allem in der letzten Phase des Versterbens sehr wichtig. Zu dieser Erkenntnis kommt die Caritas Luzern in ihrem in Kapitel 5.1.3 erwähnten Projekt:

Als wichtiger Faktor bei der Betreuung von Angehörigen, Patienten und Patientinnen wird hier auch die Möglichkeit zum engeren und kontinuierlichen Beziehungsaufbau genannt. Betroffenen fällt es leichter, Hilfe von Fachpersonen aus einem Team anzunehmen, zu dem sie bereits einen Bezug haben. (Caritas Luzern, 2015, S. 9)

Die am Modell beteiligten Disziplinen müssen alle die Haltung vertreten, dass nicht erst in Krisensituationen notwendige Disziplinen zu involvieren sind, sondern diese – sofern möglich – vorausplanend und vorsorglich hinzugezogen werden. Dazu soll das erwähnte Assessment dienen, indem es bei regelmässiger Auswertung den Bedarf anzeigt. Vor allem für die Aufgaben der Sozialen Arbeit bringt deren frühe Involvierung viele Vorteile mit sich. Familiäre Krisen kön-

nen frühzeitig erkannt, Belastungen sowie Ängste nach deren Entstehung durchleuchtet und bei Pflegenotsituationen rechtzeitig reagiert werden. Mit Betroffenen und weiteren Beteiligten können frühzeitig Lösungsmöglichkeiten besprochen und umgesetzt werden (DGP, 2012, Kap.4). Diese interprofessionelle Behandlung und Begleitung im ambulanten Bereich entlastet den stationären Bereich. Das Modell verbindet alle Versorgungsbereiche und verhindert unnötige Spitalaufenthalte, welche aus rein sozialen Gründen erfolgen. Zudem erspart es den Betroffenen das wiederholte Erzählen ihrer Leidensgeschichte. Das Behandlungsteam aus den Disziplinen Psychologie und Soziale Arbeit bleibt konstant und betreut Betroffene unabhängig von deren Aufenthaltsort, sofern dies erwünscht ist. Es ist zu vermuten, dass diese Überlegung zusätzliche Gesundheitskosten einspart.

9.5 Mögliche Schritte zur Umsetzung



Abbildung 23. Mögliche Schritte zur Umsetzung

Wie in Abbildung 23 dargestellt, wird die Umsetzung eines Palliativversorgungsmodells in Form eines Projektes empfohlen. Für die Planung und Umsetzung des Projekts ist ein Konzept des Projektmanagements beizuziehen. Die in Abbildung 23 vorgestellten Schritte können im konkreten Projekt als Projektskizze genutzt werden. Die konkreten Umsetzungsschritte sind nicht Kern der vorliegenden Arbeit. Ein mögliches Palliativversorgungsmodell soll jedoch auch realisierbar

sein, weshalb ein Vorschlag angebracht und die dazugehörenden Schritte im Folgenden kurz erläutert werden.

Die ersten Schritte

Als ersten Schritt gilt es, die Projektgruppe zu bilden und die Ziele und Rollen jeder Disziplin sowie weitere Aspekte der Zusammenarbeit zu klären. Die Projektgruppe könnten Mitglieder aus dem Palliativnetz Oberaargau bilden. Das Netz hat Mitglieder aus allen fünf Hauptdisziplinen (palliative bern, n.d.). Mithilfe von Gruppendiskussionen in Fokusgruppen können Aspekte des Modells mit allen Mitgliedern des Palliativnetzes besprochen werden. Da in einem nächsten Schritt der Leistungs- und Kompetenzkatalog zu erstellen ist, kann dessen Bearbeitung bereits bei der Rollenklärung in der Projektgruppe beginnen. In der Klärungsphase gilt es, in der Projektgruppe ebenfalls zu überlegen, ob der Modellversuch lediglich auf die Stadt Langenthal beschränkt wird und erst nach einer ersten formativen Projektevaluation noch während der Pilotphase auf die gesamte Region Oberaargau ausgeweitet werden soll. Diese geographische Einschränkung minimiert die Anzahl der Anspruchsgruppen, der beteiligten Institutionen sowie Organisationen und bietet die Chance, die Interprofessionalität in einem kleineren Rahmen zu erproben, um diese rascher optimieren zu können. Die Stadt Langenthal bietet sich hierfür gut an, da das regionale Spital hier seinen Standort hat und auch weitere Institutionen und Organisationen des Gesundheits- sowie Sozialwesens hier vertreten sind (Alters- und Pflegeheime, diverse Arztpraxen, die Kirchgemeinde, etc.).

Finanzieller Aspekt

Um das Modell umsetzen zu können, kann bei der kantonal zuständigen Stelle, der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern GSI ein Antrag auf finanzielle Unterstützung eingereicht werden. Dies kann im Sinne eines Pilotprojekts ein befristeter Modellversuch sein. Der Kanton ist in diesem Fall der Auftraggeber dieses Versuchs. Inwiefern die Palliative Care PS eigenständig im Rahmen eines Projekts starten oder in das bestehende MPD-Projekt integriert werden könnte, bleibt unklar. Wenn die Rahmenbedingungen geklärt sind, die Kommunikationssoftware für die Palliative Care PS installiert ist sowie alle Dokumente mit der finanziellen Unterstützung des Kantons erstellt sind, sollte danach idealerweise jede Disziplin und jede Berufsgruppe ihre Leistungen unabhängig vom Kanton abrechnen können. Solange der Modellversuch läuft, ist die Finanzierung der Disziplinen vermutlich geklärt und gesichert. Die Abklärungen hinsichtlich der Leistungsabrechnung betrifft vor allem die Zeit nach dem Modellversuch. Es wurde bereits erwähnt, dass Koordinationsleistungen der Pflegedienste in kom-

plexen und instabilen Pflegesituationen zusätzlich abgegolten werden können, sofern diese durch eine diplomierte Pflegefachkraft mit entsprechender Qualifikation durchgeführt werden und nicht zu den gedeckten Leistungen des Krankenversicherungsgesetzes gehören (GEF, n.d., S. 16). Diese abrechenbaren Koordinationsleistungen bieten einen Handlungsspielraum an, welchen es konkret abzuklären gilt. Viele koordinative Leistungen, wie beispielsweise die Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeitenden, kann die Soziale Arbeit übernehmen (DGP, 2012, Kap. 3), so dass die spezialisierte Palliative Care ihren Fokus bei der instabilen und komplexen Pflegebehandlung behalten kann. Dadurch, dass ihr diese und weitere Aufgaben durch die Soziale Arbeit abgenommen werden, kann die spezialisierte Palliative Care auch in der Langzeitpflege eingeführt werden. Klar ist, dass die Pflege Koordinationsleistungen auszuführen hat, die nicht von der Sozialen Arbeit übernommen werden können. Auch die Pflege hat in ihrer Tätigkeit soziale Aspekte, die Überschneidungen auslösen. Aus diesem Grund soll der Leistungs- und Kompetenzkatalog erstellt werden, der auch gegenüber den Kostenträgern für Klarheit und Transparenz sorgt. Sollte sich das Modell in der Projektphase bewähren, könnte dies auch dazu führen, dass der Kanton hinsichtlich der Leistungsabrechnungen mit den Krankenkassen weitere Anpassungen vornimmt. Die längerfristige Umsetzung dieses Modells ist schlussendlich nur möglich, wenn keine Finanzierungslücken bestehen. Eines der Ziele dieses Modells ist deshalb, die bestehende Konkurrenz und Diskussion um Zuständigkeitsfragen zwischen den beteiligten Kostenträgern und den verschiedenen Leistungsanbietern in der Betreuung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu beheben.

Projektevaluation

Neben der Empfehlung einer formativen Projektevaluation, die während der Pilotphase mehrmals durchgeführt werden kann, wird noch stärker eine summative Projektevaluation im Anschluss an die Pilotphase empfohlen; eine summative Wirkungs- und Vollzugsevaluation, bei der eine weniger interprofessionell tätige Vergleichsgruppe zur Wirkungsmessung dieses Modells hinzugezogen wird⁵. Dies könnte ein spezialisierter mobiler Palliativdienst im Kanton Bern sein, der zwar Vernetzungsarbeit zu weiteren Disziplinen anbietet und Kontakte herstellt, jedoch nicht von Grund auf interprofessionell im Einsatz ist. Damit kann im Nachhinein evaluiert werden, wie es den Betroffenen und Angehörigen sowie Fachpersonen mit der Betreuung und Begleitung in diesem Modell im Vergleich zu Betroffenen und Angehörigen sowie Fachpersonen mit der Betreuung und Begleitung eines anderen Modells erging.

⁵ Für die Planung einer Evaluation wird der Band von Beywl, Kehr, Mäder & Niestroj (2019) empfohlen.

° SCHLUSSTEIL °

10 Schlussdiskussion

Was sich für das Modell aus dem theoretischen Teil als eine Hürde vermuten liess, ist auch im praktischen Teil der Arbeit vordergründig gewesen; namentlich der finanzielle Aspekt des Modells. Klar ist, dass die Palliative Care PS nicht umsetzbar ist, solange nicht für beide Disziplinen die Abrechnung ihrer Leistungen und die Entschädigung der Fachpersonen geklärt ist. Aus diesem Grund ist der Untertitel der vorliegenden Arbeit „Beitrag und Potential Sozialer Arbeit in einem möglichen Palliativversorgungsmodell in der Region Oberaargau“ passend ausgewählt. Für die Finanzierung der Sozialen Arbeit ist die GSI durch die Autorenschaft im Rahmen dieser Arbeit angefragt worden. Es wurde mitgeteilt, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit ihre Leistungen nicht als unabhängige, selbständige Dienstbietende abrechnen lassen können. Sie müssen einer Versorgungsstruktur, wie zum Beispiel einem Spital oder einer Gemeinde, angeschlossen sein. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit werden über ihre Institutionen entschädigt (Gesundheitsdirektion des Kantons Bern, pers. Mitteilung, 14.05.20).

Im ambulanten Setting ist die Übernahme von Kosten der Sozialberatung, psychologischen Begleitung, Seelsorge/spirituellen Begleitung von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt. Manchmal müssen Patientinnen und Patienten einen Teil der Kosten selber tragen. (BAG, 2016, S.10)

Im Expertinnen- und Experteninterview sind verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten und Finanzierungsmöglichkeiten diskutiert worden. Eine definitive Lösung zur Umsetzung kann diese Master-Thesis-Arbeit nicht liefern.

Der Bund fordert eine bessere Planung der Behandlung und Betreuung. Es soll wirkungsvoller auf individuelle Bedürfnisse von Betroffenen eingegangen werden (BAG & palliative ch, 2018, S. 11). Tatsache ist jedoch, dass der spezialisierte mobile Palliativdienst mpdEO im Oberaargau zu spät involviert wird und deshalb ein Optimierungsbedarf besteht (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung., 22.05.20). Die spezialisierten mobilen Pflegedienste werden bei Komplexität und Instabilität hinzugezogen, in dem Moment, in dem die Grundversorgerinnen und Grundversorger an ihre Grenzen stossen (BAG, palliative ch & GDK, 2014, S. 8-9). Der Betreuungsplan, der als Instrument zur Vorausplanung dient (BAG & palliative ch, 2018, S. 11), wird nicht genügend genutzt und umgesetzt (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.2020). Wie kann vermieden werden, dass die Palliative Care PS nicht auch zu spät angemeldet wird, z.B. in Situationen, in denen die

mpdEO nicht – oder noch nicht – involviert ist und ihre gewohnte Vernetzungsarbeit nicht durchführen kann? Das Angebot muss, wie in den Umsetzungsschritten in Kapitel 9.5 empfohlen, zwingend regional etabliert werden – bei Ärztinnen und Ärzten, in Langzeiteinrichtungen, bei den Pflegediensten und im Spital beispielsweise. Die Palliative Care PS ist mobil, geht zu Betroffenen unabhängig von ihrem Aufenthaltsort. Sie bietet Leistungen an, die explizit an palliativ Betroffene und deren Angehörige gerichtet sind. Zudem hat sie keine vergleichbare Dienstleistung, die konkurrierend ebenfalls in der Region tätig ist. Dies ist bei den Pflegediensten der allgemeinen Palliative Care und den spezialisierten mobilen Pflegediensten schwieriger, weshalb Schlüsselperson 1 der Sozialen Arbeit die Rolle als eine mögliche, hilfreiche Schnittstelle zwischen allgemeiner Palliative Care und spezialisierter Palliative Care zuschreibt (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20). Das sind Gründe, die diese Dienstleistung attraktiv, sinnvoll und einzigartig machen. Mögliche Schnittstellen kann es geben bei der Spitalsozialarbeit (Schlüsselperson 2, pers. Mitteilung, 10.06.20) oder der Sozialberatung der bernischen Krebsliga. Die Schnittstellen sind in der Klärungsphase interdisziplinär zu regeln.

Die GSI lancierte das dreijährige Pilotprojekt MPD, mobile Palliativdienste, welches nicht unbedingt die Behandlung und Betreuung zu Hause bei Betroffenen anzielt (Troxler, 2018, S. 9). In der Praxis scheint aber genau das notwendig und erwünscht zu sein. Für Betroffene ist es organisatorisch oftmals zeitintensiv, wenn viele Termine bei diversen Fachpersonen anstehen. Dies stellt neben der Erkrankung eine weitere Belastung dar (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20). Indem Fachpersonen wie im Modell zu den Betroffenen nach Hause geht, kann also eine Belastung vermieden werden.

Palliativ Betroffene und ihre Angehörigen sind im MPD-Projekt die sekundäre Zielgruppe. Primär geht es um die Grundversorgerinnen und -versorger (Troxler, 2018, S. 10). Die Palliative Care PS hingegen will es andersherum handhaben: primäre Zielgruppe sind schwerstkranke und sterbende Menschen sowie ihre Angehörigen. Die sekundäre Zielgruppe sind die Fachpersonen und Institutionen der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care. Aktuell ist die Entlastung der Angehörigen mit Kosten verbunden, zum Beispiel wenn durch ehrenamtliche Mitarbeitende Nachtwache gehalten wird. Diese Nachtwachen gehören zu den Auslagen der Selbstkosten und werden nicht von der Krankenversicherung übernommen. Somit können sich nicht alle Betroffenen eine Nachtwache leisten (Schlüsselperson 1, pers. Mitteilung, 22.05.20). Die Doppelrolle der Angehörigen und deren psychosoziale Situation (Brandstätter, 2014, S. 68) verlangt aber mehr als die Organisation von Nachtwachen. Die palliative Erkrankung einer Person kann bei

Angehörigen ebenfalls Konsequenzen in den Bereichen Gesundheit, Finanzen und Beruf nach sich ziehen. Die Beratung und Begleitung der Angehörigen ist ebenfalls eine Kernaufgabe der Sozialen Arbeit. Dadurch, dass sie systemisch arbeitet und das soziale Umfeld in die Unterstützung miteinbezieht, kann sie auch die Bedürfnisse der Angehörigen erkennen, ansprechen und ihnen Unterstützung bieten (DGP, 2012, Kap. 3). Das regionale Modell soll aber für Betroffene nicht mit Kosten verbunden sein und die Leistungen des Modells sollen unabhängig vom Vermögen allen Betroffenen zur Verfügung stehen. Dieser Aspekt wird von Schlüsselperson 1 als eine Chance und Vorteil des Modells gesehen (pers. Mitteilung, 22.05.20).

Wie bereits erwähnt, muss das vorgestellte Modell interdisziplinär weiter ausgearbeitet und die Prozesse weiter verfeinert werden. Die koordinierte Fallführung und die Rollen sowie die Kompetenzen müssen mit Vertreterinnen und Vertretern aus allen fünf Hauptdisziplinen (Medizin, Pflege, Psychologie, Seelsorge und Soziale Arbeit) wie auch mit dem mpdEO diskutiert und abgesprochen werden. Die Fallführung – eine Stärke und das Potential der Sozialen Arbeit – kann von ebendieser unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten übernommen werden. Wenn die Soziale Arbeit in einer spezifischen Dienstleistung ein fester Bestandteil in der Palliative Care sein kann, wäre das bereits ein erster regionaler Fortschritt. Allerdings ist die Fallführung als Aufgabe für sich ein Knackpunkt im gesamten Modell, welcher noch erprobt werden müsste, um herauszufinden, welche Disziplin sich hierfür am besten eignet. Das Modell bietet wertvolle Chancen an – hervorzuheben ist die Ausweitung und Optimierung der Palliative Care im Langzeitbereich –, birgt aber auch Risiken und Schwierigkeiten, so dass die Durchführung eines Pilotprojekts wichtige erste Erkenntnisse und Erfahrungen dazu liefern könnte.

Die vorliegende Master-Thesis-Arbeit will abschliessend auf die Vision des Fachbereichs „Hospiz- und Palliativversorgung in der Sozialen Arbeit“ der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) hinweisen. Sollte das vorgestellte Palliativversorgungsmodell im Oberaargau umgesetzt werden und sich bewähren, dann könnte es dazu führen, dass diese Vision für die Soziale Arbeit in der Palliativversorgung schweizweit erreicht werden könnte.

Die Vision dieses Fachbereiches ist es, die Soziale Arbeit als Profession in der Hospiz- und Palliativversorgung als Muss-Leistung in die Gesetzgebung zu verankern und nicht weiterhin als Kann-Leistung neben der Pflege und der Medizin, sowohl in der spezialisierten als auch allgemeinen Versorgung. (DVSG, n.d.)

11 Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, adäquate Beschreibungen zur Rolle und Funktion der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care im Oberaargau zu liefern sowie ein mögliches Palliativversorgungsmodell für die Region zu empfehlen, bei welchem das Potential der Sozialen Arbeit genutzt wird. Das Modell soll eine vernetzte und integrierte Zusammenarbeit im Feld der Palliative Care veranschaulichen. Die Aufgaben und Stärken der Sozialen Arbeit in der Begleitung und Betreuung von palliativ Erkrankten sind in den vorangehenden Kapiteln der vorliegenden Arbeit ausführlich beschrieben und diskutiert worden. Ein mögliches Palliativversorgungsmodell für die Region Oberaargau, in welchem diese Stärken und das Potential der Sozialen Arbeit genutzt wird, ist erarbeitet und wurde vorgestellt. Das grösste Potential des vorgestellten Modells ist die Funktion der Palliative Care PS, die mit den Disziplinen Psychologie und Soziale Arbeit bereits in der allgemeinen Palliative Care zum Einsatz kommt und als Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen der allgemeinen und der spezialisierten Palliative Care für eine umfassende Begleitung und Betreuung von Betroffenen sowie Angehörigen sorgt. Die Aufgaben und das Potential der Sozialen Arbeit sind wie vorgestellt sehr breit gefächert. Diese Fülle an Kompetenzen und Fähigkeiten gilt es für schwerstkranken und sterbende Menschen zu nutzen. Mit den erarbeiteten Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit werden die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsämter angesprochen und gebeten, das Potential der Sozialen Arbeit zu nutzen, sie in Projekte im Bereich Palliative Care als festen Bestandteil miteinzuplanen und von der Idee der auf einzelne Fachbereiche aufgeteilten Vernetzung in diesem Bereich wegzukommen. Schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Angehörigen benötigen professionelle sozialarbeiterische Begleitung und Betreuung an ihrem Aufenthaltsort, die auf Palliative Care spezialisiert ist. Die Leistungen und Wirkungen Sozialer Arbeit sollen in Projekten ausgewertet werden, denn dann wird sich ihr Potential und ihre Wirkung im Bereich Palliative Care auch in den Auswertungen widerspiegeln können.

[Palliativ Betroffene und ihre Angehörigen] fühlen sich in ihrer Ganzheit als Menschen viel eher akzeptiert, wenn alle Aspekte ihres Gesundheitszustandes (physisch, psychosozial und spirituell) betrachtet werden, und zwar gemeinsam und nicht getrennt voneinander. (Borasio, 2014, S. 59)

12 Literatur- und Quellenverzeichnis

Ärzt Netzwerk Oberaargau. (2020). [Verzeichnis]. Abgerufen von <https://www.noag.ch/de/Aerztinnen-und-Aerzte/Hausaerzte>

AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis* [PDF]. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/>

BAG. (2016). *Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-im-bereich-palliative-care/interprofessionelles-team-palliative-care-brosch.html>

BAG & GDK. (2014). *Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/spezialisierte-palliative-care.html>

BAG, GDK & palliative ch. (2014). *Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care»* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/rahmenkonzept-palliative-care.html>

BAG & palliative ch. (2018). *Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/task-forces/advance-care-planning/>

BAG, palliative ch & GDK. (2014). *Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/spezialisierte-palliative-care.html>

Beywl, Wolfgang, Kehr, Jochen, Mäder, Susanne & Niestroj, Melanie. (2019). *Evaluation Schritt für Schritt: Planung von Evaluationen* (4. unv. Aufl.). Münster: hiba GmbH & Co. KG.

Borasio, Gian Domenico. (2014). *Über das Sterben: Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen* (Schweizer Ausgabe, durchgehend überarb. Ausgabe ed., Vol. 34808, Dtv). München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.

Brandstätter, Monika. (2014). Soziale Arbeit in Palliative Care. Angehörige. In Wasner, Maria & Pankofer, Sabine (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care: Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Vol. Band 11, Münchner Reihe Palliative Care). (S. 68-75). Stuttgart: Kohlhammer.

Caritas Luzern. (2015). *Würdevoll leben und Abschied nehmen. Freiwillige in der Palliative Care. Projektentwicklung „Begleitung in der letzten Lebensphase“ 2012-2014. Schlussbericht zuhanden der Age Stiftung* [PDF]. Abgerufen von <https://www.age-stiftung.ch/publikation/wuerdevoll-leben-und-abschied-nehmen/>

Curaviva – Verband Heime und Institutionen Schweiz. (n.d.). [Verzeichnis]. Abgerufen von <https://www.curaviva-be.ch/Verband/Heime-im-Kanton-Bern/Oberaargau/PEI3p/>

Direktion für Inneres und Justiz. (n.d.). [E-Text] [Grafik]. Abgerufen von https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/direktion/organisation/rsta/gemeinden_regierungsstatthalteraemter/oberaargau.html

DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2012). *Profil – Soziale Arbeit in Palliative Care* [PDF]. Abgerufen von <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-soziale-arbeit.html>

doctorfmh.ch. (2020). [Verzeichnis]. Abgerufen von <https://doctorfmh.ch/>

DVSG – Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (n.d.). [E-Text]. Abgerufen von <https://dvsg.org/die-dvsg/fachbereiche/hospiz-und-palliativversorgung-in-der-sozialen-arbeit/>

Egger, Josef W. (2005). *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit* [PDF]. Abgerufen von https://www.researchgate.net/publication/286198954_Das_biopsychosoziale_Krankheitsmodell_Grundzuge_eines_wissenschaftlich_begrundeten_ganzheitlichen_Verstandnisses_von_Krankheit

Egger, Josef W. (2018). *Das biopsychosoziale Modell* [PDF]. Abgerufen von <https://saez.ch/article/doi/saez.2018.06861>

Eychmüller, Steffen. (2014). *SENS – Eine Strukturhilfe bei komplexen Fragestellungen in der Palliative Care* [PDF]. Abgerufen von <https://www.palliative-ostschweiz.ch/palliative-ostschweiz/aktuelles-downloads/downloads/>

GEF – Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. (2011). *Verzeichnis der kommunalen und regionalen Sozialdienste im Kanton Bern* [PDF]. Abgerufen von <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/soa/publikationen/sozialhilfe.html>

GEF – Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. (2015). *Konzept zu Palliative Care* [PDF]. Abgerufen von <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/formulare/suchthilfe.html>

GEF – Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. (n.d.). *Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern* [PDF]. Abgerufen von <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/palliativecare.html>

HSLU & ETH. (n.d.). *Begleitung in der letzten Lebensphase. Eine lebensweltorientierte Untersuchung im Praxisfeld der Palliative Care. Studie im Auftrag der Caritas Luzern. Schlussbericht*. Abgerufen von https://ppdb.hslu.ch/inf2/rm/f_protected.php?f=20140304162814_5315f10ec5573.pdf&n=begleitung_letzte_lebensphase.pdf

Kaiser, Robert. (2014). *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung* (Elemente der Politik). Wiesbaden: Springer VS.

Kanton Bern. (n.d.). [E-Text]. Abgerufen von <https://www.be.ch/portal/de/behoerden/gemeinden.html>

Kirchlicher Bezirk Oberaargau. (2020). [Grafik]. Abgerufen von <https://www.kirchlicher-bezirk-oberaargau.ch/startseite/unser-bezirk/kirchgemeinden/>

Kreutzer, Susanne, Oetting-Ross, Claudia, & Schwermann, Meike. (2019). *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive* (1. Aufl. ed.). Weinheim: Beltz Juventa.

Mennemann, Hugo Sebastian. (2019). Soziale Arbeit und Palliative Care. In Kreutzer, Susanne, Oetting-Ross, Claudia, & Schwermann, Meike (Hrsg.), *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive* (1. Aufl. ed.). (S. 233-253). Weinheim: Beltz Juventa.

Michel, Claudia & Meier, Michael. (2019). *Schlussbericht. Evaluation der Umsetzung des Konzepts Palliative Care im Kanton Basel-Landschaft* [PDF]. Abgerufen von https://baselland.talus.ch/de/politik/cdws/dok.php?did=38b82c36ee4c4cd39ac6066209c487fc-332&filename=10_2019-761_Beilage_zur_Vorlage_Evaluationsbericht_der_Berner_Fachhochschule&v=1&r=PDF&gremium=Landrat%20Basel-Land-schaft&sitzung=11.%20Sitzung&bereich=sitzung&traktandum=Evaluation%20der%20Strategie%20Palliative%20Care.%20Bericht%20%C3%BCber%20die%20Wirkung%20des%20kantonalen%20Palliative-Care-Konzepts&sitzungsdatum=30.01.2020&typ=pdf

Müller, Annamaria. (2017). *Palliative Versorgung im Kanton Bern – wo stehen wir heute, welche Zielsetzungen verfolgt die GEF?* [PPT]. Abgerufen von <https://palliativebern.ch/aktuell/unterlagen-fachsymposium-palliative-care-2017/>

Müller - Busch, H. Christof. (2014). Die Anfänge – Cicely Saunders. In Wasner, Maria & Pankofer, Sabine (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care: Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Vol. Band 11, Münchner Reihe Palliative Care). (S. 35-45). Stuttgart: Kohlhammer.

Nartey, Linda & Leutert, Christa. (2019). *Newsletter Kantonsarztamt 05/2019* [E-Text]. Abgerufen von https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/kaza/aktuell/archiv_newsletter/newsletter_201905.html

palliative bern. (n.d.). Palliativnetz Oberaargau [PDF]. Abgerufen von <https://palliativebern.ch/angebote/nach-region/palliativnetz-oberaargau.html>

palliative bern. (2016a). [E-Text]. Abgerufen von <https://palliativebern.ch/angebote/nach-themabereich/>

palliative bern. (2016b). [E-Text]. Abgerufen von <https://palliativebern.ch/angebote/nach-region/palliativnetz-oberaargau/>

palliative ch – Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. (n.d.). [Grafik] und [E-Text]. Abgerufen von <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/die-geschichte-der-palliative-care/>

Pankofer, Sabine. (2014). Soziale Arbeit – ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In Wasner, Maria & Pankofer, Sabine (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care: Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Vol. Band 11, Münchner Reihe Palliative Care). (S. 23-31). Stuttgart: Kohlhammer.

Pleschberger, Sabine. (2019). Im Feld Palliative Care forschen. Methodische und ethische Herausforderungen. In Kreutzer, Susanne, Oetting-Ross, Claudia, & Schwermann, Meike (Hrsg.), *Palliative Care aus sozial- und pflegewissenschaftlicher Perspektive* (1. Aufl. ed.). (S. 356-373). Weinheim: Beltz Juventa.

Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn. (2016). [E-Text]. Abgerufen von <http://www.kirchenpalliativebern.ch/>

sages & AvenirSocial. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* [PDF]. Abgerufen von <https://www.sages.ch/leitbilder/leitbild-soziale-arbeit-im-gesundheitswesen/>

Schneider, Werner. (2014). Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In Schnell, Martin W., Schneider, Werner & Kolbe, Harald. (Hrsg.), *Sterbewelten. Eine Ethnographie*. (S. 51-138). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Schnell, Martin W., Schneider, Werner & Kolbe, Harald. (Hrsg.). (2014). *Sterbewelten. Eine Ethnographie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Schweizerische Nationalfonds. (2020). [E-Text]. Abgerufen von <http://www.nfp67.ch/de>

Sommer, Karin. (2019). *Aktueller im Palliativnetz Region Bern Mittelland* [PPP]. Abgerufen von <https://palliativebern.ch/informationen/presentationen/>

Statistikkonferenz des Kantons Bern. (2016). *Regionalisierte Bevölkerungszahlen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2045* [PDF]. Abgerufen von <https://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/publikationen/bevoelkerungsprojektionen.html>

St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd. (n.d.). *Behandlungsphilosophie* [PDF]. Abgerufen von <https://www.psych.ch/unternehmen/publikationen/allgemeine-pds-publikationen/>

Thaler, Tilman & Birgmeier, Bernd. Sozialforschung und Soziale Arbeit: Für einen methodologischen Pluralismus. In Mührel, Eric & Birgmeier, Bernd. (2011). *Theoriebildung in der Sozialen Arbeit: Entwicklungen in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeitswissenschaft* (Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft). (S. 187-199). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Troxler, Joelle. (2018). *Modellversuch spezialisierte mobile Palliativversorgung* [PDF]. Abgerufen von

[https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitspalliativecare/modellversuch-spezialisierte-mobile-palliativversorgung.html](https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheitspalliativecare/modellversuch-spezialisierte-mobile-palliativversorgung.html)

Ulmi, Marianne, Bürki, Gisela, Verhein, Annette & Marti, Madeleine. (2014). *Textdiagnose und Schreibberatung : Fach- und Qualifizierungsarbeiten begleiten* (Vol. 8544, UTB Schlüsselkompetenzen). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Universitäres Zentrum für Palliative Care Inselspital (PZI). (n.d.) [Grafik]. Abgerufen von <https://sens-plan.com/>

Wagner, Ulrike. (2014). Soziale Arbeit in Palliative Care. Patienten. In Wasner, Maria & Panhofer, Sabine (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care: Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Vol. Band 11, Münchner Reihe Palliative Care). (S. 61-67). Stuttgart: Kohlhammer.

Wehrli, Christoph. (2015, 16. Febr.) Eklat um die Sterbehilfe. *Neue Zürcher Zeitung* [E-Text]. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/schweiz/schweizer-geschichte/eklat-um-die-sterbehilfe-1.18483915>

WHO – World Health Organization. (2014). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* [PDF]. Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html>

WHO – World Health Organization. (2018). *Definitions of Palliative Care* [Website]. Abgerufen von <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Zimmermann, Markus, Felder, Stefan, Steckisen, Ursula, & Tag, Brigitte. (2019). *Das Lebensende in der Schweiz : Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven*. Basel: Schwabe Verlag.

13 Anhang

Anhang 1:	Interviewleitfaden Schlüsselperson 1	96
Anhang 2:	Interviewleitfaden Schlüsselperson 2	99

Anhang 1: Interviewleitfaden Schlüsselperson 1

❖ Begrüssung

- Dank
- Verwendung des Interviews für die Arbeit, Zitierung klären
- Tonband an

❖ Einstieg

- Masterarbeit vorstellen
- Fragestellung
- Vorstellung Interviewpartner:

Einleitende Frage: Darf ich dich bitten, dich kurz vorzustellen, deine Funktion und Bemühungen im Bereich der Palliative Care sowie deinen beruflichen Kontakt zur Sozialen Arbeit zu beschreiben?

- Vorstellung Ablauf: Vorstellung des Modells, Multiprofessionalität & Vernetzung, Fragen mit Fokus auf Soziale Arbeit, Besprechung der Chancen & Risiken, offene Diskussion → Dauer ca. 1h

❖ Hauptteil

- Vorstellung des Modells:
- Einstiegsfragen:
 - ⇒ Chance auf finanzielle Unterstützung durch GSI?
 - ⇒ Umsetzung im Oberaargau, ggf. Eingrenzung auf Langenthal?
 - ⇒ Bereitschaft der Medizin und Pflege?

vernetzte Multiprofessionalität

- ⇒ Bedarf an eine enge interprofessionelle Betreuung und Begleitung da?
- ⇒ wie eng sollte die Vernetzung der vielen Angebote sein?

wird die interprofessionelle Zusammenarbeit im Modell zu eng angestrebt?

→ *Die klinische Sozialarbeit ist sich die Multiprofessionalität gewöhnt, fördert den Kommunikationsfluss und koordiniert zwischen den einzelnen Disziplinen.*

Fragen mit Fokus auf Soziale Arbeit:

- Erfahrungen mit Angeboten an Sozialer Arbeit im Oberaargau in Bezug zu Palliative Care? Genügen diese den Bedürfnissen von palliativ Betroffenen?
- Wartefristen bei den Fachstellen?

→ *Die Soziale Arbeit des Modells besitzt eine Expertise für palliativ Betroffene, wie sie andere Fachstellen der Sozialen Arbeit mit eigener Expertise vermutlich nicht haben können. Sollte die Expertise einer anderen Fachstelle notwendig sein, kann die Soziale Arbeit das notwendige Wissen für Patientinnen und Patienten einholen oder den direkten Kontakt zu ihnen herstellen.*

- Aufgaben der Sozialen Arbeit nach DGP:
- ⇒ Koordinationsleistungen der Pflegedienste?
- ⇒ Überschneidung SA und Pflege: Sicht der Pflege, wenn SA Aufgaben von ihr übernimmt?

→ *Im Modell ermöglicht die Soziale Arbeit der spezialisierten Palliative Care eine Ausweitung im Bereich der Langzeitpflege, so dass auch hier die Qualität der palliativen Betreuung und Begleitung verbessert werden kann.*

- ⇒ Einsatz der spezialisierten Palliative Care in der Langzeitpflege im Oberaargau?
- ⇒ Angebot in Langzeitinstitutionen bekannt?

Modell mit präventivem Charakter

- ⇒ Erfahrungen betreffend des Zeitpunktes, in dem die spezialisierte Palliative Care aktiv wird? Gibt es Fälle, bei denen die spezialisierte Palliative Care zu spät involviert wird?
- ⇒ Gründe für eine zu späte Involvierung?

→ *Soziale Arbeit kann mit ihrem systemischen Blick von der Diagnose an beraten*

und langfristig begleiten. Mit dem Assessment soll frühzeitig auf Bedürfnisse reagiert werden können, indem die zuständige Disziplin rasch involviert wird.

⇒ Welche Chancen und Schwierigkeiten siehst du in dem Modell?

Chancen:

- explizites Angebot für palliativ Betroffene
- weniger involvierte Fachpersonen
- enge Begleitung
- schnelle Reaktion auf Bedürfnisse
- ...

Schwierigkeiten:

- Finanzierung
- Aufbau Projektteam
- Koordination der regionalen Zusammenarbeit
- ...

⇒ Kannst du konkrete Optimierungsempfehlungen abgeben?

⇒ Wie kann sich die Soziale Arbeit enger in die Betreuung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Oberaargau einbringen?

❖ **Abschluss**

- Dank

Anhang 2: Interviewleitfaden Schlüsselperson 2

❖ Begrüssung

- Dank
- Verwendung des Interviews, Zitierung klären, Tonbandaufnahme besprechen
- Ablauf + Dauer
- Masterarbeit vorstellen

❖ Einstieg

- Modell vorstellen: Institutionenlandschaft, sechs Erkenntnisse, BPSS-Modell
- Tonband an

Einleitende Frage: Darf ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen, Ihre Funktion und Ihren beruflichen Kontakt zur Sozialen Arbeit zu beschreiben?

❖ Hauptteil

- Verständnisfragen zum Modell?
- welchen Ansatz, welche Überlegung am Modell finden Sie am interessantesten?
- welchen Teil sehen Sie als am schwierigsten umsetzbar?

Multiprofessionalität & Vernetzung:

- der Grundgedanke, die stationäre Behandlung und Betreuung im ambulanten Bereich umzusetzen; wie finden Sie diesen Gedanken?

Soziale Arbeit:

- Kernaufgaben der Sozialen Arbeit nach DGP
- Inwiefern war der Spitalsozialdienst des Spitals Emmental im Aufbau des mpdEO Projekts integriert?

Ziele des MPD-Projekts:

Klärung Bedarf und Nutzen der MPD

„Best Practice“-Lösung

Modell Regelfinanzierung

Wirkung messen

Integrierte Versorgung für Palliativpatienten/-innen

Nutzen des MPD-Projekts:

Verbesserung in der Betreuung zu Hause/im APH

Vermeidung von Spitalaufenthalten

zeitgerechte Entlassungen aus dem Spital

Übergänge erleichtern

- Wie schätzen Sie das Modell ein, hat es das Potential, eine mögliche Best-Practice Lösung zu sein?

Umsetzung des Modells:

⇒ über die Stadt Langenthal

⇒ über einen Sozialdienst der Spitex

⇒ über ein Spital mit einer spezialisierten Palliativstation

⇒ über eine grosse Hausarztpraxis

⇒ über das MPD-Projekt und dem Palliativnetz Oberaargau

- Welche Idee scheint Ihnen am realistischsten umsetzbar zu sein, Begründung der Auswahl?
- Finanzierung der Leistungen als schwierigste Hürde: Finanzierung eines Teams bestehend aus den Disziplinen Psychologie, Seelsorge und Soziale Arbeit; sehen Sie eine Möglichkeit, wie ein solches Team finanziert werden könnte?
- Offene Fragen + Diskussion

❖ **Abschluss**

- Dank + weiteres Vorgehen in der Masterarbeit

14 Eigenständigkeitserklärung

Erklärung des/der Studierenden zur Master-Thesis-Arbeit

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Inal Ayse Gül

Master-Thesis-Arbeit:
(Titel)

Soziale Arbeit im Feld der Palliative
Care – Beitrag und Potential
Sozialer Arbeit in einem möglichen
Palliativversorgungsmodell in der
Region Oberaargau

Abgabe:
(T/M/J)

31. Juli 2020

Fachbegleitung:
(Dozent/-in)

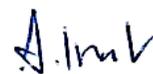
Prof. Dr. Dieter Haller

Ich, obgenannte Studierende habe die obgenannte Master-Thesis-Arbeit selbstständig verfasst.

Wo ich in der Master-Thesis-Arbeit aus Literatur oder Dokumenten *zitiere*, habe ich dies als Zitat kenntlich gemacht. Wo ich von anderen Autorinnen oder Autoren verfassten Text *referiere*, habe ich dies reglementsconform angegeben.

Langenthal, 31. Juli 2020

Ort, Datum



Unterschrift: