

# **Integrative Sozialdiagnostik im Umgang mit Sterbenden**

**Ein Beitrag der Sozialen Arbeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Palliative Care**

Bachelorarbeit

**Susanne Schmidtchen Pauli**

Begleitperson

**Prof. Dr. Karin Werner**

Bachelorstudiengang  
Zürich, Herbstsemester  
2020

für

Annalisa und Antonina

---

## Abstract

---

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist die Erfahrung, dass im Zürcher Lighthouse Kompetenzzentrum für palliative Pflege und Medizin (ZLH) regelmässig komplexe Fallsituationen auftreten, deren Analyse den Rahmen der bestehenden Gefässe sprengt. Gleichzeitig kann die Soziale Arbeit auf integrative Diagnostikinstrumente zurückgreifen, deren Anwendung bei derart komplexen Situationen einem vertieften Fallverstehen und einer wissenschaftsbasierten Interventionsplanung förderlich ist. Welche Chancen bietet also eine integrative Diagnostik im Umgang mit Sterbenden und wo stösst die Methode an ihre Grenzen? Im Zentrum der Projektarbeit steht die Anwendung der integrativen Gestaltungsdiagnostik nach Gahleitner, Hinterberger, Kreiner und Jost (2014) im ZLH. Die Gestaltungsdiagnostik erweist sich durch ihre Prozessorientierung, die Anerkennung der Relevanz lebensweltlicher Bezüge von Sterbenden und den biographiesensiblen Blick auf den Umgang mit dem Sterben als geeignete Methode zur Fallanalyse und Interventionsplanung im palliativen Kontext. Die Diagnostikmethode wird an die institutionellen Rahmenbedingungen der Praxisorganisation angepasst und im Rahmen der im ZLH etablierten Fachgespräche angewendet. Die Resonanz auf die durchgeführten Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen ist erfreulich, letztere generieren offenbar ein vertieftes Fallverstehen beim interprofessionellen Team und ermöglichen dadurch eine hochwertige Behandlungs- und Betreuungsqualität. Der Qualität der gelebten interprofessionellen Zusammenarbeit kommt dabei eine tragende Rolle zu.

---

# Inhaltsverzeichnis

---

Abstract	3
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	8
<b>1 Einleitung</b>	<b>9</b>
1.1 Projektidee, Fragestellungen und Bezug zur Sozialen Arbeit	9
1.2 Aufbau der Arbeit	11
<b>2 Ausgangslage und Problemstellung</b>	<b>12</b>
2.1 Soziale Diagnostik in der klinischen Sozialarbeit	12
2.2 Wesenselemente der Palliative Care	17
2.2.1 Lebensqualität und multidimensionales Menschenbild	18
2.2.2 Interprofessionalität	21
2.3 Gestaltungsdiagnostik in der Palliative Care	24
<b>3 Rahmenbedingungen der Projektarbeit</b>	<b>26</b>
3.1 Das Zürcher Lighthouse	26
3.1.1 Eckdaten zum Leistungsauftrag	26
3.1.2 Das interprofessionelle Team	27
3.1.3 Interprofessionelle Austauschgefässe	28
3.1.4 Soziale Arbeit im ZLH	29
3.2 Projektorganisation	29
3.2.1 Verantwortlichkeiten Pilotprojekt und Ressourcenplanung	29
3.2.2 Einbezug Zielgruppen	30
<b>4 Zielgruppen</b>	<b>32</b>
4.1 Bewohnende Zürcher Lighthouse	32
4.2 Professionelle der inneren Kreise	33
<b>5 Projektziele</b>	<b>35</b>
5.1 Vision: bestmögliche Lebensqualität	35
5.2 Wirkungsziele	36

5.2.1	Hauptziel 1: Das Fallverstehen des interprofessionellen Teams wird vertieft	36
5.2.2	Hauptziel 2: Die Soziale Arbeit trägt aktiv zur Stärkung der IPZ bei	37
5.3	Operationalisierung: Indikatoren für die Teilziele	38
5.4	Leistungsziele	39
5.4.1	Leistungsziel 1: Der Gesprächsleitfaden für die Sozialanamnese ist zum Start der Pilotphase um lebensweltliche und biographische Themen erweitert	39
5.4.2	Leistungsziel 2: Die Gestaltungsdiagnostik ist zum Start der Pilotphase an die Rahmenbedingungen des ZLH angepasst	39
5.4.3	Leistungsziel 3: Die Soziale Arbeit hat während der Pilotphase ein sozialdiagnostisches Format für die Fachgespräche angeboten	40
<b>6</b>	<b>Massnahmen</b>	<b>41</b>
6.1	Massnahme M1: Sozialmatrix	41
6.1.1	Ausgangssituation und Adaptionen	41
6.1.2	Erwarteter Nutzen und Herausforderungen	42
6.2	Massnahme M2: Gestaltungsdiagnostik «palliativ»	43
6.2.1	Ausgangssituation und Adaptionen	43
6.2.2	Erwarteter Nutzen und Herausforderungen	45
6.3	Massnahme M3: Moderation Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen durch die Soziale Arbeit	46
6.3.1	Pretest und Adaptionen	46
6.3.2	Erwarteter Nutzen und Herausforderungen	48
<b>7</b>	<b>Projektablaufplan</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>Dokumentation der Durchführung</b>	<b>51</b>
8.1	Sozialmatrix	51
8.2	Interprofessionelle Fallbesprechung «Palliative Komplexsituation»	52
8.2.1	Fallbesprechung vom 26.11.2019, Pretest	52
8.2.2	Fallbesprechung vom 28.01.2020	53
8.2.3	Fallbesprechung vom 04.02.2020	53
8.2.4	Fallbesprechung vom 25.02.2020	54
8.2.5	Fallbesprechungen ab 17.03.2020	55
8.2.6	Fallbesprechung vom 31.03.2020	55

<a href="#">9</a>	<a href="#">Evaluation der Massnahmen</a>	<a href="#">57</a>
9.1	Summative Selbstevaluation Sozialmatrix	57
9.2	Evaluation Fallbesprechungen	58
9.2.1	Formative Evaluation	58
9.2.2	Summative Evaluation	59
<a href="#">10</a>	<a href="#">Schlussbetrachtung</a>	<a href="#">61</a>
10.1	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Diskussion	61
10.2	Reflexion der Zielsetzung und Vorgehensweise	64
10.3	Weiterführende Überlegungen	65
	<a href="#">Literaturverzeichnis</a>	<a href="#">68</a>
	<a href="#">Anhang</a>	<a href="#">82</a>
Anhang 1	Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	82
Anhang 2	Palliativlandschaft Schweiz	85
Anhang 3	Projektablaufplan	91
Anhang 4	Bachelor-Themenpräsentation im ZLH	93
Anhang 5	Von der Eintritts-Checkliste zur Sozialmatrix	95
Anhang 6	Moderationsmaterialien	97
Anhang 7	Dokumentation der Durchführung	102
Anhang 8	Projektelevaluation: ergänzendes Material	109

---

## Abbildungsverzeichnis

---

<i>Abbildung 1.</i>	Theoretische Rahmung des Pilotprojekts _____	12
<i>Abbildung 2.</i>	Rahmenmodell des integrativen sozialdiagnostischen Fallverstehens: Gestaltungsdiagnostik _____	16
<i>Abbildung 3.</i>	Multidimensionales Menschenbild in der Palliative Care _____	20
<i>Abbildung 4.</i>	Die sechs Blinden und der Elefant _____	25
<i>Abbildung 5.</i>	Organigramm Zürcher Lighthouse _____	26
<i>Abbildung 6.</i>	Das interprofessionelle Team ZLH, Nähe zu Bewohnenden & Angehörigen	28
<i>Abbildung 7.</i>	Akteure Pilotprojekt: Beteiligte & Betroffene _____	33
<i>Abbildung 8.</i>	Pilotprojekt: Überblick über die Zielhierarchie _____	35
<i>Abbildung 9.</i>	Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz _____	85
<i>Abbildung 10.</i>	Fragebogenerhebung zur Sozialen Arbeit in der Palliative Care _____	88
<i>Abbildung 11.</i>	Themenpräsentation im ZLH (vor Überarbeitung der Disposition) _____	93
<i>Abbildung 12.</i>	Eintritt-Checkliste Sozialdienst (inkl. Gesprächsvorlage Sozialanamnese) __	95
<i>Abbildung 13.</i>	Sozialmatrix ZLH _____	96
<i>Abbildung 14.</i>	Pretest: Flipcharts zur Visualisierung _____	97
<i>Abbildung 15.</i>	Flipcharts zur Fallbesprechung, finale Version _____	98
<i>Abbildung 16.</i>	Protokollvorlage Fallbesprechung palliative Komplexsituation _____	99
<i>Abbildung 17.</i>	Moderationsleitfaden Fallbesprechung palliative Komplexsituation _____	100
<i>Abbildung 18.</i>	Sozialmatrix, Beispiel 1 anonymisiert _____	102
<i>Abbildung 19.</i>	Sozialmatrix, Beispiel 2 anonymisiert _____	103
<i>Abbildung 20.</i>	Photodokumentation Pretest, anonymisiert _____	104
<i>Abbildung 21.</i>	Photodokumentation Fachgespräch vom 04.02.2020, anonymisiert _____	105
<i>Abbildung 22.</i>	Photodokumentation Fachgespräch vom 31.03.2020, anonymisiert _____	107
<i>Abbildung 23.</i>	Photodokumentation Fachgespräch vom 09.06.2020, anonymisiert _____	108
<i>Abbildung 24.</i>	Programmbaum _____	110
<i>Abbildung 25.</i>	Vorlage Evaluationsbogen, Fallbesprechung palliative Komplexsituation __	112

---

## Tabellenverzeichnis

---

<i>Tabelle 1.</i>	Teilziele und Indikatoren	38
<i>Tabelle 2.</i>	Bezug Ziele und Massnahmen	40
<i>Tabelle 3.</i>	Projektablaufplan	91

---

## Abkürzungsverzeichnis

---

ALS	Amyotrophe Lateralsklerose (zur Gruppe der Motoneuronenerkrankungen gehörend)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
IPT	interprofessionelles Team
IPZ	interprofessionelle Zusammenarbeit
PCA	patient-controlled analgesia (umgangssprachlich: Schmerzpumpe)
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
WHO	World Health Organisation
ZLH	Zürcher Lighthouse

---

# 1 Einleitung

---

## 1.1 Projektidee, Fragestellungen und Bezug zur Sozialen Arbeit

Die Begleitung hochvulnerabler Menschen, die Anerkennung der Relevanz von Person-Umwelt-Beziehungen für das Wohlbefinden von Betroffenen, die Ausrichtung auf Lebensqualität und Autonomie sowie das Bekenntnis zur Interprofessionalität sind leitende Prinzipien sowohl in der Palliative Care als auch in der Sozialen Arbeit. Um so erstaunlicher mutet an, dass sich die Soziale Arbeit in der Schweiz nach wie vor durch eine geringe Präsenz in der Palliative Care auszeichnet. In der deutschsprachigen Literatur ist zudem ein weitgehendes Fehlen von Studien zu Methoden der Sozialen Arbeit in der Palliative Care festzustellen. Diese Lücken spiegeln sich auch in der Berufspraxis.

Die Projektidee für die vorliegende Bachelorarbeit entstand angesichts der Arbeitserfahrungen der Schreibenden in ihrer Praxisorganisation, dem Zürcher Lighthouse Kompetenzzentrum für palliative Pflege und Medizin (ZLH): In palliativen Komplexsituationen, bei denen das Leiden der betroffenen Personen deutlich über die physischen Beschwerden hinausgeht, fehlt bisher ein strukturiertes Verfahren zur Integration des vorhandenen Wissens über die Person in all ihren Facetten und Umweltbeziehungen mit dem Ziel, das Fallverstehen in interprofessionellen Fallbesprechungen zu vertiefen und dadurch die Hilfeplanung zielgerichtet zu gestalten. Fachgespräche zu derart komplexen Fallsituationen haben dadurch etwas Zufälliges an sich. In ihrer Praxisorganisation macht die Schreibende bezeichnenderweise immer wieder die Erfahrung, dass zwar das Wissen über z.T. weit zurückliegende biographische Ereignisse oder auch bisher angewandte Problembearbeitungsstrategien im Team zumindest latent vorhanden ist und dieses Wissen zu einem verbesserten Fallverstehen des gesamten Teams beiträgt. Allerdings fehlt bisher eine strukturierte Methode zur Zusammenführung aller Wissensbestände zugunsten einer bedürfnisgerechteren Behandlungsplanung.

In die gleiche Richtung weist die Tatsache, dass die bestehende Vorlage zur Sozialanamnese vornehmlich Informationen zur Bedienung sozialversicherungs- und vorsorgerechtllicher Fragen beinhaltet – die erkrankte Person bleibt als *soziales Wesen* weitgehend unbekannt. Mit diesem Phänomen ist nicht nur das ZLH konfrontiert, Parker Oliver, Washington, Demiris, Wittenberg-Lyles & Novak (2012, 3-4) erkennen in der Sozialen Arbeit grundsätzlich einen Mangel an standardisierten Verfahren zur Erfassung bzw. Beurteilung psychosozialer Aspekte in der Palliative Care.

Die Bachelorarbeit zielt darauf ab, eine Verbesserung des Fallverstehens im interprofessionellen Team (IPT) des ZLH über die Bündelung und Kanalisierung der vorhandenen Wissensbestände zur betrachteten Person mithilfe einer *integrativen* Diagnostik zu fördern. Konkret soll die integrative Diagnostikmethode von Gahleitner, Hinterberger, Kreiner und Jost (2014) zur Bearbeitung von komplexen Fallkonstellationen, die sogenannte Gestaltungsdiagnostik, im Rahmen eines Pilotprojekts im ZLH eingeführt und die Chancen und Herausforderungen beim Einsatz der Methode herausgefiltert werden. Dabei steht nicht eine quantitative Verwertbarkeit im Vordergrund des Pilotprojekts als vielmehr die Adaptionsfreudigkeit der Methode mit dem Ansinnen, diese nach Abschluss der Bachelorarbeit im ZLH zu verankern.

### *Hauptfragestellung*

Welche Chancen bietet die Gestaltungsdiagnostik mit Blick auf das Fallverstehen des IPT im ZLH und wo stösst die Methode im Umgang mit Sterbenden an ihre Grenzen?

### *Teilfragen zur theoretischen Rahmung*

1. Durch welche Charakteristika zeichnet sich die integrative Diagnostikmethode nach Gahleitner et al. (2014) aus?
2. Was ist unter Palliative Care zu verstehen und welche Aufgaben werden der Sozialen Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen mit Palliative Care Angebot in der Literatur zugeschrieben?
3. Welche Rolle spielt die multidimensionale Betrachtung schwerstkranker Individuen in einer palliativen Situation und welche Faktoren üben einen relevanten Einfluss auf deren Lebensqualität aus?
4. Welche Ziele können mit der Einführung der Gestaltungsdiagnostik insbesondere unter Berücksichtigung des interprofessionellen Charakters von Palliative Care Teams verfolgt werden?

### *Teilfragen zur Anwendung im Rahmen des Pilotprojekts*

5. Welchen Auftrag hat die Soziale Arbeit im ZLH?
6. Welche Herausforderungen und Chancen zeigen sich bei der Einführung der Gestaltungsdiagnostik im Umgang mit Sterbenden, welche Adaptionen sind erforderlich?
7. Welche Erfahrungen lassen sich im Rahmen des Pilotprojekts mit der Gestaltungsdiagnostik im ZLH sammeln?

8. Welche Schlüsse können aufgrund der Erfahrungen im ZLH mit der Gestaltungsdiagnostik für die interprofessionelle Fallarbeit gezogen werden?

### *Bezug zur Sozialen Arbeit*

Dem Berufskodex der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 6 und 11) folgend dient das Projekt der Förderung des wissenschaftsbasierten methodischen Handelns und der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) in der Palliative Care. Das Projekt ist dabei der Verbesserung der Lebensqualität jener Menschen verpflichtet, die sich in einer höchst vulnerablen Situation – ihrem eigenen Sterben – befinden.

Die Arbeit richtet sich an Palliative Care Teams und alle, die sich für die Potentiale der IPZ in der Palliative Care interessieren.

## 1.2 Aufbau der Arbeit

In Kapitel 2 erfolgt zunächst die theoretische Rahmung der Projektarbeit. Es werden Charakteristika identifiziert, die eine Diagnostikmethode zur Unterstützung der Interventionsplanung idealerweise erfüllen sollte. Darauf aufbauend werden die der Projektarbeit zugrundeliegende Diagnostikmethode sowie die Wesenselemente der Palliative Care eingeführt und beide Themenstränge zusammengeführt. Da die Palliativlandschaft im anglo-amerikanischen Raum wie auch das Engagement der Sozialen Arbeit im Praxisfeld deutlich anders organisiert ist, hat die entsprechende Literatur für die Anwendung in der Schweiz nur beschränkte Relevanz (beispielhaft sei hier auf Altilio & Otis-Green, 2011; Parker Oliver et al., 2012 und Lloyd-Williams, 2008 verwiesen).

In Kapitel 3 wird die Praxisorganisation vorgestellt und das Projekt im ZLH strukturell verortet. Kapitel 4 widmet sich der Identifikation der für das Projekt relevanten Zielgruppen. Ausgehend vom allgemeinen, visionären Ziel der Palliative Care werden in Kapitel 5 die mit dem Projekt verfolgten Wirkungs- und Leistungsziele vorgestellt und begründet. Aus den identifizierten Zielen werden die im Rahmen des Projekts umgesetzten Massnahmen abgeleitet, namentlich die Erarbeitung einer Gesprächs- und Dokumentationsvorlage für die Sozialanamnese, die Adaption der betrachteten Sozialdiagnostik an das palliative Setting sowie die Konzeption der Moderation(sunterlagen) zur Durchführung sozialdiagnostischer Fallbesprechungen. Die genannten Massnahmen werden in Kapitel 6 detailliert vorgestellt. Kapitel 7 skizziert die Projektplanung, bevor in Kapitel 8 die Durchführung der Massnahmen ausführlich dokumentiert wird. Kapitel 9 gibt einen Überblick über die Evaluation der durchgeführten Massnahmen. Abschliessend werden die einleitend aufgeworfenen Fragen beantwortet und die wesentlichen Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt zusammengefasst (Kapitel 10).

---

## 2 Ausgangslage und Problemstellung

---

Im Folgenden werden die für das Projektverständnis relevanten theoretischen Grundlagen dargelegt. Es werden zentrale Charakteristika diagnostischer Methoden in der klinischen Sozialarbeit identifiziert und «Palliative Care» wird konzeptionell fassbar gemacht. Eine Zusammenführung der beiden Themenstränge erlaubt es, eine für das palliative Setting adäquate Diagnostik aus der Vielfalt an Methoden auszuwählen und damit die der Projektarbeit zugrundeliegende Diagnostikmethode in ihren Kernelementen einzuführen. Abbildung 1 gibt eine Orientierung über die Struktur des Kapitels.

Da in der deutschsprachigen Literatur kaum sozialarbeitswissenschaftliche Quellen zu methodengeleitetem Arbeiten in der Palliative Care gefunden wurden, gilt es hier, ein solides Fundament zu legen. Die theoretischen Ausführungen fallen daher im Vergleich zu anderen Projektarbeiten eher umfangreich aus.

*Abbildung 1.* Theoretische Rahmung des Pilotprojekts

Quelle: eigene Darstellung



### 2.1 Soziale Diagnostik in der klinischen Sozialarbeit

Geht es um die fachliche Qualität sozialarbeiterischen Handelns, kommt dem methodengeleiteten Handeln und insbesondere den Methoden Sozialer Diagnostik eine tragende Rolle zu (Buttner, Gahleitner, Hochuli Freund & Röh, 2018, S. 18). Mittlerweile existiert für die Soziale Arbeit ein breites Spektrum an diagnostischen Methoden, die je nach Fragestellung und Setting unterschiedliche Vorzüge aufweisen (Forgber, 2014;

Heiner 2014; Pantuček, 2012). Im Bemühen, mit Sozialer Diagnostik sowohl dem Typischen des Allgemeinen wie auch dem Besonderen des Einzelfalls gerecht zu werden, streichen Gahleitner und Pauls (2014) die Bedeutung klassifikatorischer, prozessualer wie auch rekonstruktiver Methoden heraus (auch: Röh, 2018).

In Akutspitälern steht meist die Frage nach adäquaten Anschlusslösungen und der Risikoabwägung im Vordergrund, wobei klassifikatorische Diagnostikmethoden gute Dienste leisten, da sie der Orientierung und Komplexitätsreduktion dienen (Cierpka, 2008; Gahleitner et al., 2014, S. 138; Pauls, 2013, S. 230-242). Hingegen gehen die Bedarfe im Rahmen der psychosozialen Therapie und Begleitung, wie sie z.B. in der Psychiatrie oder der palliativen Langzeitpflege anzutreffen sind, weit über die Aussagekraft derartiger Diagnostikmethoden hinaus. Hier bilden Informationen über soziale Netzwerke, Erfahrungen im Umgang mit Übergängen oder auch bisherige Bearbeitungsstrategien bei Krisen die Basis für eine adäquate Interventionsplanung und liefern eine ergänzende Entscheidungsgrundlage für das IPT (Staub-Bernasconi, Baumeler, Bornemann, Harder, Hierlemann, Mäder, Philipp, Rügger & Wegmann, 2014). Soll Soziale Diagnostik also nicht nur für eine allfällige Zuweisung oder Risikoabwägung, sondern als Grundlage für die *konkrete Gestaltung des Interventionsprozesses* dienen, muss sie eine Reihe spezifischer Charakteristika aufweisen (Heiner, 2014; Buttner et al., 2018, S. 22-23 bzw. Gahleitner et al., 2014, S. 137; Röh, 2018, S. 8).

### *Prozessorientierung*

Buttner et al. (2018, S. 21-23) unterstreichen den prozessualen Charakter Sozialer Diagnostik in Abgrenzung zu medizinischen Diagnosen. Mit dem diagnostischen Prozess wird die *dialogische Interaktion* in der Sozialen Diagnostik verbunden und nicht so sehr ein idealisierter Endpunkt, der mit verallgemeinernd-etikettierenden Zuschreibungsprozessen behaftet ist. In dieser prozessualen Ausrichtung lässt sich eine gewisse Nähe zur systemischen Diagnostik im Sinne von von Schlippe und Schweitzer (2016, S. 166-167) erkennen. Buttner et al. (2018) verstehen unter Sozialer Diagnostik

... in einem weiten Sinn die auf Verstehen und analytisches Durchdringen gerichteten professionellen Handlungsmuster für Praxis und Forschung der Sozialen Arbeit, also die systematisierten und/oder methodisch definierten Prozesse, mit denen Fachkräfte der Sozialen Arbeit und verwandter psychosozialer Professionen Antworten auf die konkreten Fragen in der Praxis (...) suchen. (S. 22)

### *Die Person-in-der-Situation*

Neben der Prozessorientierung hat Soziale Diagnostik die mehrniveaunale Betrachtung des bio-psycho-sozio-kulturellen Individuums und die wechselseitigen Einflüsse im Auge

(Pauls, 2013, S. 32-117 bzw. S. 205-230; Cierpka, 2008, S. 13-17). Sie anerkennt somit die Kontextabhängigkeit von Problemen und Zuständen (Buttner et al., 2018, S. 23).

Soziale Diagnostik muss (...) sowohl im Individuum als auch in der Lebenswelt und Lebenslage der Klientel verortet sein. Sie muss damit in der Lage sein, die Gleichzeitigkeit sozio-, psycho- bio-, ökonomisch-politischer Faktoren sowie deren gegenseitige Wechselwirkung im biografischen Geschehen der Lebensbewältigung (...) zu erfassen. (Gahleitner, 2013a, S. 26)

Pantuček (2014, S. 98-99) betont in diesem Zusammenhang, dass nicht alle Dimensionen der Mensch-Umwelt-Beziehungen abgebildet werden können, was in der Palliative Care von erheblicher Bedeutung sein dürfte. Pantuček (2014) stellt pointiert klar:

(...) dass Soziale Arbeit notwendigerweise stets Handeln unter Bedingungen von Nichtwissen und Unsicherheit sein muss. Eine Diagnostik, die professionelles Handeln unterstützt (...), kann diesen Rahmen von Nichtwissen und Unsicherheit nicht beseitigen. Aber sie kann absichern, dass zumindest einige der wesentlichen Bedingungen der Lebensführung und der Problemlösung zur Sprache oder ins Bild gebracht werden. (S. 99)

Im klinischen Alltag ist es eine Herausforderung, die für die konkrete Problemstellung *wesentlichen* personellen wie auch umweltbezogenen Faktoren zu identifizieren. In der Palliative Care gilt es dabei mehr als anderswo zu beachten, die betroffene Person in ihrer ausserordentlich vulnerablen Situation nicht durch die Diagnostik zu überfordern.

Diverse Forschungsarbeiten über Menschen im Übergang streichen die Einbettung in den sozialen Kontext und deren Wechselwirkungen als relevante Faktoren für das Handeln und Wohlbefinden von Personen im Übergang heraus (Walther & Weinhardt, 2013; Wiethoff, 2014, S. 90-96). Zudem wird der «Blick zurück» zur Kontextualisierung und Bewältigung aktueller Übergänge als sehr relevant erachtet (Völter, 2014, S. 266-270; Völter, 2012, S. 42-43; Gahleitner & Röh, 2018, S. 60-61; Pantuček, 2012, S. 204). Menschen am Lebensende stehen vor dem wohl grössten Übergang seit ihrer Geburt. Entsprechend gilt es, die biographische Reflexivität in den Blick zu nehmen.

### *Rekonstruktive Diagnostik*

Für den Umgang mit ungewissen Übergängen sowie für das Verstehen des Leidens angesichts dieser Übergänge ist ein biographiesensibler Zugang erforderlich, dies halten Walther (2013, S. 28-29) und Völter (2012 und 2014) dezidiert fest. Biographisches Wissen gibt Aufschluss darüber, wie Menschen Übergänge bisher bewältigt haben, welche Ressourcen sie nutzten und welche Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sie in ihrer Biographie erkennen.

Die rekonstruktive Perspektive in der Sozialen Diagnostik entspringt der Sozialpädagogik und Einzelfallhilfe, bei denen das Verstehen des «Falls» durch die Einnahme eines perspektivischen, subjektiven Blicks eine zentrale Rolle spielt (Giebeler, 2008, S. 9-22;

Völter, 2012, 21-22). Giebeler (2008, S. 16) betont, dass dadurch Tiefendimensionen von Fällen erfassbar gemacht werden können. Völter (2012, S. 26-27) spricht von Handlungs-, Interaktions- und Deutungsmustern, die biographisch Sinn machen. Den Zusammenhang zwischen erlebtem Leben und dem Streben nach Sinnggebung nannte bereits Pierre Bourdieu (1998, zitiert nach Zirfas & Jörissou, 2007, S. 176). Im Rahmen der Palliative Care wird die Suche der Betroffenen nach biographischer Sinnggebung angesichts des Sterbens nochmals zu thematisieren sein.

Schliesslich ist auch bei einer rekonstruktiven Diagnostik die Einsicht zentral, dass Professionelle nicht *die eine Wahrheit* erforschen, sondern lediglich mögliche Erklärungen für die vorliegenden Problemlagen aufdecken können. Eine biographiesensible Herangehensweise gibt Hinweise darauf, welche Hypothesen betreffend die Person-in-der-Situation plausibler sein könnten als andere (von Schlippe & Schweitzer, 2016, S. 166).

#### *Zwischenfazit: Integrative Diagnostik zur Gestaltung von Interventionsprozessen*

Soziale Diagnostik ist angesichts komplexer psychosozialer Problemlagen dann als Grundlage für die Gestaltung von Hilfeprozessen brauchbar, wenn neben klassifikatorischen auch prozessuale und rekonstruktive Elemente integriert werden, die ausserdem die Person in ihren Umweltbezügen spiegelt. In Abgrenzung zu Zuweisungsdiagnostiken oder Diagnostiken zur Risikoabschätzung sprechen Gahleitner et al. (2014) hier von einem *integrativen sozialdiagnostischen Fallverstehen* (auch: Gahleitner, Pauls & Glemser, 2018).<sup>1</sup>

Gahleitner (2013b) bzw. Gahleitner et al. (2014) stellen mit der *Gestaltungsdiagnostik* ein integratives Diagnostikmodell vor, das auf Arbeiten von Pauls & Hüttinger (2003) und Pauls (2013) aufbaut und im Rahmen der psychosozialen Therapie, Beratung und Betreuung seit Jahren zum Einsatz kommt. Die Gestaltungsdiagnostik gibt ein Rahmenmodell von der Anamnese (Stufe I) über die Analyse (Stufe II) bis hin zur Interventionsplanung (Stufe III) und Evaluation (Stufe IV) vor. Der Fokus liegt auf der Zusammenführung von Wissensbeständen unterschiedlicher Qualität zur Person-in-der-Situation und deren Überführung in den Hilfeprozessen. Das Rahmenmodell generiere eine lebens-, subjekt-

---

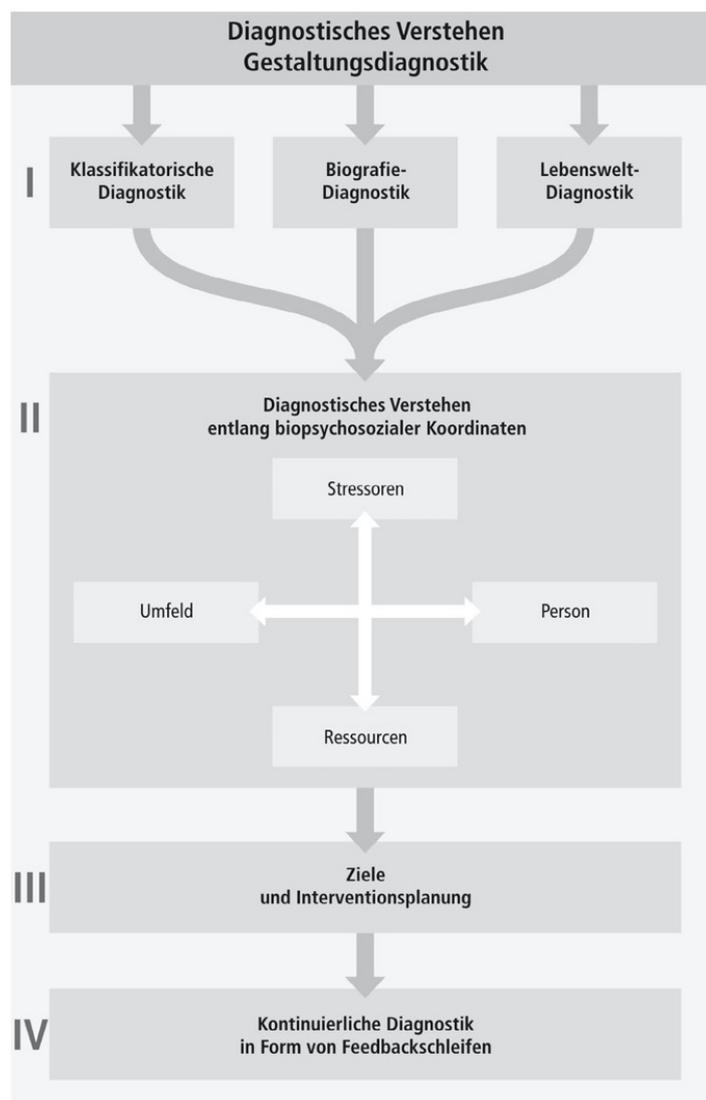
<sup>1</sup> Für die Psychiatrie wurde in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Nordwestschweiz ein integratives Diagnostikverfahren entwickelt (Sommerfeld, Hollenstein & Calzaferri, 2011). Es ermöglicht den Sozialarbeitenden bei komplexen Fällen in einem strukturierten Verfahren, die erforderlichen Informationen zu ermitteln, zu bewerten und dem interprofessionellen Behandlungsteam zur Verfügung zu stellen. Allerdings erfordert die Anwendung eine moderierte Einführung in die Methode (Hollenstein, Sommerfeld, Dällenbach, Calzaferri & Babic, 2017), sie büsst dadurch deutlich an Praktikabilität ein.

und situationsnahe Diagnostik, die dialogisch orientiert sei und grundlegende fallverstehende Aspekte der Biographie und der Lebenswelt integriere (Gahleitner & Pauls, 2014, S. 67). Die Struktur des Rahmenmodells integrativer Diagnostik ist in Abbildung 2 dargestellt.

Gahleitner et al. (2014) und Gahleitner & Pauls (2014) diskutieren spezifische diagnostische Verfahren der Stufe 1 zur konkreten Anwendung im Rahmen der klinischen Sozialarbeit. Allerdings lässt das Rahmenmodell Spielraum in der Wahl der konkreten Verfahren. Es weist dadurch eine hohe Flexibilität zur Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse von unterschiedlichen Praxisfeldern auf. Flexibilität suggeriert die Gestaltungsdiagnostik auch hinsichtlich der erforderlichen Menge an Information zur Anwendung des Verfahrens: Das Aufsplitten der verfügbaren Informationen entlang biopsychosozia-

**Abbildung 2.** Rahmenmodell des integrativen sozialdiagnostischen Fallverstehens: Gestaltungsdiagnostik

Quelle: Gahleitner et al. (2014, S. 139)



ler Koordinaten (Stufe 2: Ressourcen-Stressoren bzw. Person-Umfeld) kann grundsätzlich bereits bei einer eher bescheidenen Informationsbasis erfolgen. Dieser Aspekt dürfte angesichts teilweise sehr kurzer Verweildauer von Betroffenen in Palliative Care Einrichtungen von erheblicher Relevanz sein. Schliesslich eignen sich alle vier Stufen des integrativen Gestaltungsprozesses angesichts deren Entwicklung im Kontext der psychosozialen Therapie für eine interprofessionelle Herangehensweise. Weinhardt (2013, S. 36-37) weist darauf hin, dass psychosoziale Beratung und Begleitung aufgrund der hohen Fallkomplexität unbedingt auf IPZ angewiesen sei.

Die Gestaltungsdiagnostik als integratives sozialdiagnostisches Verfahren weist Charakteristika auf, die sie augenscheinlich für die Anwendung in der Palliative Care prädestinieren. Nachfolgend werden zentrale Wesenselemente der Palliative Care im Hinblick auf die Gestaltung von Interventionsprozessen dargelegt, um auf dieser Basis erneut eine Einschätzung vornehmen zu können.

## 2.2 Wesenselemente der Palliative Care

Im Folgenden wird zunächst geklärt, was gemäss World Health Organization ([WHO], n. d.) unter Palliative Care zu verstehen ist, bevor die im diagnostischen Kontext relevanten konstituierenden Elemente der Palliative Care in den Blick genommen werden.

### *Palliative Care*

Palliative Care bezeichnet einen *Behandlungsansatz* im Umgang mit lebenslimitierend erkrankten und sterbenden Menschen, wobei nicht eine Heilung der zugrundeliegenden Krankheit(en) im Vordergrund steht, sondern die Gewährleistung einer bestmöglichen Lebensqualität durch eine ganzheitliche Betreuung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen unter Berücksichtigung ihrer medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse (WHO, n. d.; Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, n. d.; Steffen-Bürgi, 2017; Frahnöw, 2013). Palliative Care geht folglich weit über die Linderung der Begleitsymptome hinaus und steht für ein würdevolles Leben und Sterben. Konsequenterweise auf Selbstbestimmung und individuelle Lebensqualität ausgerichtet, sprechen Heller und Knipping (2017) auch von Palliative Care als *Haltung* im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen. Borasio (2014, S. 166-167) weist darauf hin, dass der Begriff kein ebenbürtiges Pendant in der deutschen Sprache besitzt (auch: Steffen-Bürgi, 2017). Da im vorliegenden Text eine Verkürzung der Inhalte aufgrund einer unzulänglichen Übersetzung vermieden werden soll, wird hier ausschliesslich der Begriff Palliative Care verwendet.

Das Konzept der Palliative Care ist aus der modernen Hospizbewegung im Sinne dessen Begründerin Cicely Saunders entstanden, entsprechend sind Hospizarbeit und Palliative Care seit ihrer Entstehung eng miteinander verbunden (exemplarisch Pleschberger, 2017; Müller-Busch, 2014; Mühlum, 2011, S. 307; Clark, 2016, S. 85-115). Auch wenn verschiedentlich auf die Unterschiede zwischen Hospizarbeit und Palliative Care hingewiesen wird, werden die Begriffe hier nicht weiter differenziert.

Was die Literatur zu Sterben, Tod und Palliative Care angeht, sind *sozialarbeitswissenschaftliche* Arbeiten im deutschsprachigen Raum wenig vertreten. Vorherrschend sind einerseits Arbeiten mit stark medizinisch-juristischem Fokus auf Tod und Sterben (Knoblauch & Zingerle, 2005; Grossmann, 2008 sowie Feldmann, 1997) und andererseits reflexiv ausgerichtete Studien, die sich mit der Befindlichkeit von Hospizhelfenden angesichts des Sterbens anderer auseinandersetzen (Fleckinger, 2013; George, 2014 und Goebel, 2012). Ein drittes Feld in der Palliativliteratur fokussiert die Bedürfnisse Schwerstkranker im Sterben verstanden als Prozess und rückt dabei deren Lebensqualität in den Mittelpunkt (Mühlum, 2011; Pankofer, 2014; Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher & Monteverde, 2017). Der Forschungsstrang bearbeitet Fragen nach einer angemessenen Behandlung, Betreuung und Begleitung der Betroffenen und stellt damit Palliative Care im oben genannten Sinne ins Zentrum der Betrachtung. Als konstituierend ist hier die Ausrichtung an der Lebensqualität des Einzelnen, das multidimensionale Menschenbild sowie die ausgeprägte Interprofessionalität zu sehen, sie werden im Folgenden genauer beleuchtet. Das Feld wird dominiert von Fachartikeln der Pflege, Medizin, Theologie und Psychologie.<sup>2</sup>

### **2.2.1 Lebensqualität und multidimensionales Menschenbild**

Gesundheit muss für Schwerstkranke unweigerlich als exklusives Konzept verstanden werden, demgegenüber kann jede Person unabhängig vom Grad ihrer körperlichen Verheertheit gemäss ihren eigenen Massstäben *Lebensqualität* erfahren (Meyer Schweizer & Güntert-Dubach, 1995). Lawton (2001, zitiert nach Frahnw, 2013, S. 179-180) konstatiert, dass es angesichts des Todes eine Lebensqualität gäbe, die sich eben nicht nur über den unzureichenden Gesundheitszustand definiere, sondern von persönlichen Bewältigungsmechanismen, Wertvorstellungen und einer Hoffnungsfähigkeit geprägt sei.

---

<sup>2</sup> Obwohl das Konzept der Würde in der Palliative Care essentiell ist, steht es bei diagnostischen Überlegungen nicht im Zentrum. Die Würde Sterbender wird hier entsprechend nicht thematisiert.

In der Literatur ist eine Vielfalt von Definitionsversuchen zu finden, wobei im vorliegenden Kontext einerseits der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Bedürfnisbefriedigung regelmässig Beachtung findet und andererseits das subjektive Erleben von Lebensqualität.

#### *Mehrdimensionalität menschlicher Bedürfnisse und «total pain»*

Die gesichtete Palliativliteratur anerkennt einhellig die Multidimensionalität individueller Bedürfnisse unter Einbezug deren soziokulturellen und biographischen Einbettung (Gratz, Schwermann & Roser, 2018, S. 86; Student, Mühlum & Student, 2007, S. 25-26; Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., n. d.). Grösstmögliche Selbstbestimmung stelle dabei ein Schlüsselbedürfnis sterbender Menschen dar. In Abbildung 3 sind die in der Palliative Care zentralen Bedürfnisdimensionen dargestellt angereichert mit Beispielen, wie sie von Betroffenen alltäglich im ZLH genannt werden.<sup>3</sup>

Das Leiden in allen vier Bedürfnisdimensionen hat Saunders in den Befund des «total pain» im Sinne der Trennungsarbeit am Lebensende gefasst (Müller, 2017; Saunders & Baines, 1991, S. 52-66).

Total Pain umfasst das Abschiednehmen des schwer kranken und sterbenden Menschen von seiner Umwelt, seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft und seiner eigenen, bisher erlebten Persönlichkeit. Dies kann zu heftigen Gefühlsreaktionen führen, die nicht im Rahmen einer herkömmlichen Schmerzbehandlung und/oder Psychotherapie anzugehen sind. (Müller, 2017, S. 412-413)

Das Phänomen des total pain bringt die Bedeutung der mehrdimensionalen Betrachtung am Lebensende deutlich zum Ausdruck. Es lenkt auch den Blick auf den subjektiven Charakter von Lebensqualität.

#### *Subjektives Erleben von Lebensqualität*

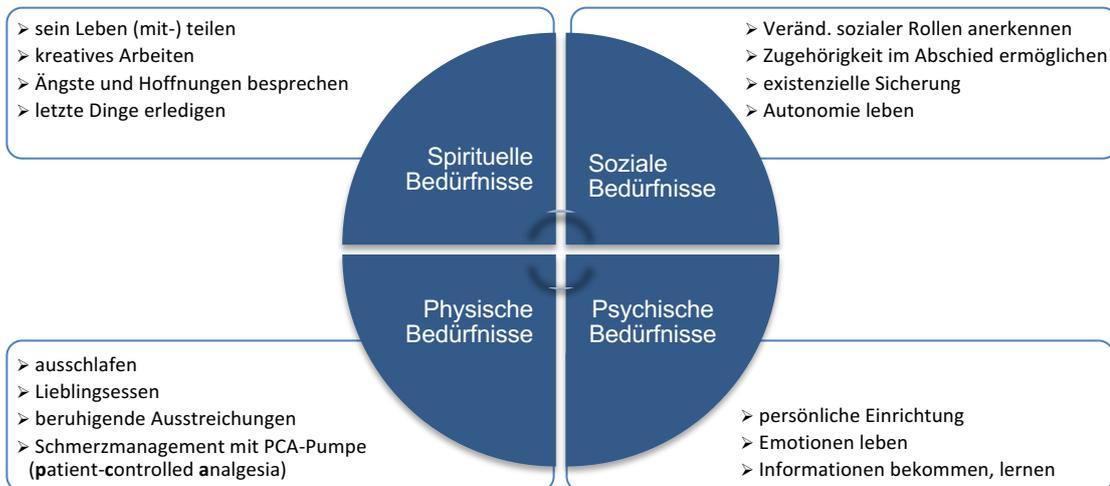
Im Rahmen der Forschung zur Lebensqualität bei chronisch Kranken und lebensbedrohlichen Zuständen thematisiert bereits Katschnig (1994, S. 4-5) das subjektive Erleben als ausschlaggebend für die Lebensqualität neben materiellen Faktoren und objektivierbaren Indikatoren (z.B. Behandlungsqualität). Die Wirkung materieller wie auch objektivierbarer Faktoren auf die Lebensqualität (z.B. Sicherung der Behandlungsfinanzierung bzw. Qualität der Symptomkontrolle) sind mehrheitlich eindeutig. Wenn aber Menschen Lebensqualität empfinden, obwohl sie sich seit Jahren nur noch über eine beschränkte

---

<sup>3</sup> Die Beispiele veranschaulichen die Ambiguität einzelner Bedürfnisse: So können «letzte Dinge» spiritueller Natur sein. Wenn es dabei um das Verfassen eines Sorgerechtestaments geht, sind hingegen soziale Bedürfnisse ausschlaggebend.

### Abbildung 3. Multidimensionales Menschenbild in der Palliative Care

Quelle: ZLH (2019b, S. 12), adaptiert



Mimik und Augenbewegungen mitteilen können, andere hingegen die mit ihrer zunehmenden Schwäche einhergehenden Einschränkungen als so quälend empfinden, dass sie ihr Leben mithilfe einer Sterbehilfeorganisation beenden, dann sind offenbar Faktoren ausschlaggebend, die sehr individuell auf die Lebensqualität wirken.

Das subjektive Erleben der Lebensqualität zu fassen erweist sich als Herausforderung, Beispiele finden sich bei Blome (2016) oder Gohrbandt (2012). Der gesichteten Literatur gemein sind Hinweise auf die Verfügbarkeit von Bewältigungsstrategien und die Fähigkeit, das eigene Schicksal in das innere und äussere Weltbild einzubetten (Pauls, 2013, S. 102-108; von Schlippe & Schweitzer, 2016; Lawton, 2001, zitiert nach Frahnw, 2013, S. 179-180). Die Suche Sterbender nach Sinnhaftigkeit wurde bereits an anderer Stelle erwähnt. Die genannten Komponenten werden als dem Kohärenzgefühl immanent beschrieben, das dem Salutogenese-Konzept Antonovskys entnommen ist (Lorenz, 2005, S. 21-42). Es erlaubt Aussagen über die Widerstandsressourcen einer Person in Abhängigkeit psychologischer Prozesse und zielt damit auf die psychosoziale Gesundheit des Individuums. Das Salutogenese-Konzept ist zwar in der Gesundheitsprävention und Patientenedukation zu verorten (Abt-Zegelin, 2017 S. 159). Allerdings lassen sich mithilfe der Kohärenz die in der Literatur wiederkehrend genannten Einflussfaktoren auf die subjektiv empfundene Lebensqualität Sterbender zusammenführen wie mit keinem anderen, der Schreibenden bekannten Konzept (Pauls, 2013, S. 115; Gerster, 2017, S. 34). Bezeichnenderweise nennt Jost (2013, S. 138) die Kohärenz als Referenzwert für die gelingende Bewältigung krankheitsbedingter Übergänge. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen (Bengel & Strittmatter, 2001, 140-151):

Verstehbarkeit: Fähigkeit zum Verständnis der inneren und äusseren Welt

Handhabbarkeit: Fähigkeit zu handeln und zu bewältigen

Sinnhaftigkeit: Fähigkeit die voraussehbare Entwicklung des eigenen Tuns sinnhaft zu empfinden

Je nachdem, ob es Betroffenen gelingt, ihre Erkrankung in ihre innere und äussere Lebenswelt einzubinden, sie auf wirksame Bewältigungsstrategien zurückgreifen bzw. Autonomie und Selbstwirksamkeit trotz ihrer Erkrankung empfinden und schliesslich ihrem Sterben biographischen Sinn abgewinnen können – je nachdem auch, wie wichtig die genannten Komponenten für die Person überhaupt sind – fällt die Beurteilung ihrer Lebensqualität sehr unterschiedlich aus. Der Rückgriff auf das Kohärenzgefühl bietet z.B. eine Verstehensbasis dafür, warum der Einsatz einer Morphinpumpe zur Schmerztherapie für ehemalige Junkies, die sich von ihrer Sucht befreit haben, zu einem Verlust an Lebensqualität führen kann. Im ZLH bekundeten mehrere Bewohnende grösste Mühe mit der krankenkassenfinanzierten Morphinabgabe, nachdem sie jahrelang unter den juristischen und sozioökonomischen Implikationen ihres Drogenkonsums gelitten hatten. Rylander (zitiert nach Zapotoczky, 1994, S. 19-20) kommt zum Schluss, dass sich das Konzept Lebensqualität unmöglich definieren lasse, wenn die Fähigkeiten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit nicht gegeben seien.

Abschliessend sei festgehalten, dass der Biographiesensibilität in der Fallarbeit offensichtlich hohe Relevanz zukommt, solange das *Verstehen* der subjektiven Einflussfaktoren auf die Lebensqualität in der Palliativsituation im Zentrum steht. Der Respekt vor der betroffenen Person und der Situation verbietet allerdings Biographiearbeit im eigentlichen Sinne (Völter, 2012, S. 42-43). Im Zentrum steht nicht eine Aufarbeitung des Lebens, sondern die Bewältigung der aktuellen Krisensituation, die der betroffenen Person im wahrsten Sinne des Wortes deren Leben abverlangt. Biographisches Wissen kann dabei helfen, das Leiden der Person über die rein physischen Belastungen hinaus zu verstehen und auf dieser Basis dem Phänomen des total pain zu begegnen.

### **2.2.2 Interprofessionalität**

Zur Beschreibung der Zusammenarbeit der in der Palliative Care vertretenen Professionen wird in Abgrenzung zu Interdisziplinarität (zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen) bzw. Multiprofessionalität (Teilnahme von mehreren Professionen ohne erkennbarer Austausch) in Anlehnung an Wasner (2014, S. 161) und Bundesamt für Gesundheit ([BAG], 2016, S. 6) von Interprofessionalität gesprochen.

### *Interprofessionalität in der Palliative Care*

Manning (zitiert nach Jackson, 1993) konstatiert bereits 1984: «Das isolierte Vor-sich-hin-Arbeiten der einzelnen im Gesundheitsbereich tätigen Personen ist den komplexen Anforderungen von palliativer Betreuung einfach nicht gewachsen.» (S. 29)

Die IPZ wird in der Literatur einhellig als der Palliative Care immanent beschrieben angesichts der Komplexität der vorliegenden Problematiken (WHO, n. d.; Saunders, 1993; Seeger, 2014, S. 184-186; Borasio, 2014). Als charakteristisch bezeichnen die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften ([SAMW], 2020, S. 20) sowie Gratz et al. (2018, S. 94) die ausgeprägte Patientenorientierung, die beteiligten Professionen verfolgen dadurch *ein gemeinsames Ziel* (Jackson, 1993, S. 30).

D'Amour (zitiert nach Wasner, 2014, S. 161) sieht Interprofessionalität in der Palliative Care als «gelebt» an, wenn das Team folgende Merkmale erfüllt:

- gemeinsames Problemverständnis
- geteilte Verantwortung
- konstruktives kollegiales Verhältnis
- gegenseitige Abhängigkeit
- symmetrisches Kräfteverhältnis
- Prozessorientierung

Eine derart gestaltete IPZ bringt dem einzelnen Teammitglied grosse Wertschätzung entgegen (Saunders, 1993, S. 28). Gleichzeitig stärkt sie die Professionalität, wie durch SAMW (2020, S. 10) festgestellt wurde. Haben Teammitglieder eine klare Vorstellung davon, welchen Beitrag die jeweils anderen Professionen zur Behandlungs- und Betreuungsqualität einbringen, festigt dies die Anerkennung eben dieser Professionen.

Die in der IPZ typische Gleichberechtigung und gemeinsame Verantwortung (Saunders, 1993, S. 19) beansprucht viel Koordinationsarbeit und ein ständiges Abstimmen (Jackson, 1993, S. 31). Saunders (1993, S. 10) fordert entsprechend für die IPZ dringend, die nötigen Zeitressourcen zur Verfügung zu stellen.

### *Das interprofessionelle Team*

Frahnow (2013, S. 184-188) spricht mit Blick auf die multidimensionale Begleitung von den vier Säulen der Hospizarbeit: (1) palliative Pflege, (2) palliative Medizin, (3) spirituelle Begleitung und (4) psychosoziale Begleitung. Entsprechend zählen die Pflege, Medizin, Seelsorge, Psycho(onko)logie und die Soziale Arbeit zum Kernteam stationärer Palliativeinrichtungen (Seeger, 2014, 184-185; Wasner, 2014, 161-164). Verschiedentlich werden auch kunst- und körpertherapeutisch Praktizierende zum IPT gezählt. In der

Literatur wird ausserdem den freiwillig Mitarbeitenden eine wichtige Rolle zugeschrieben, wobei dies stark davon abhängt, wie sehr die Freiwilligen in die Leistungserbringung der betreffenden Einrichtungen eingebunden sind (BAG, 2016).

Die psychosoziale Begleitung wird wiederholt (ausschliesslich) bei der Psycho(onko)logie (BAG, 2016), der Seelsorge oder der Sozialen Arbeit adressiert (Mühlum, 2014, S. 14). Die Berufspraxis lehrt hingegen, dass psychosoziale Begleitung eindeutig als Gemeinschaftsleistung im Sinne der IPZ zu verstehen ist, wobei die Psychologie, die Seelsorge und die Soziale Arbeit bei komplexeren Problematiken federführend sind. Welche der genannten Professionen die Führung innehat, hängt einerseits von den konkreten Problemlagen und andererseits von der Zugänglichkeit der betroffenen Person für die involvierten Professionen ab.

### *Soziale Arbeit im Palliative Care Team*

Wie eben dargestellt wird psychosoziale Begleitung nicht nur von der Sozialen Arbeit erbracht, dafür gehen die der Sozialen Arbeit zugeschriebenen Aufgaben weit über die psychosoziale Begleitung hinaus (Frahnow, 2013, 188-190; Wasner & Pankhofer, 2014, Kp. III.3). Für Betroffene und deren Angehörige bietet die Soziale Arbeit sozialrechtliche Beratung, psychosoziale Begleitung sowie Trauerbegleitung an. Ausserdem engagiert sie sich gegenüber Externen in der Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit. Eine Beschreibung der genannten Aufgaben findet sich in Anhang 1.

Die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit für das IPT werden in der Literatur häufig nicht oder nur summarisch genannt, bei Frahnow (2013, 190) findet sich eine differenzierte Auflistung:

- Aufzeigen der psychosozialen Dimension in Behandlung und Betreuung sowie von Lösungsansätzen für aktuelle psychosoziale Fragestellungen; Mitwirkung bei der Erstellung des Behandlungs- und Betreuungsplans
- Organisation von Teamsitzungen, Schnittstellenkoordination
- Unterstützung und Entlastung des Teams im Hinblick auf systemische Zusammenhänge, Gefühls- und Kommunikationsblockaden in der Betreuungssituation
- Supervision, Burn-Out-Prophylaxe für das betreuende Personal
- Ansprechperson für alle Teammitglieder für psychosoziale Fragestellungen und bei der Reflexion aktueller Probleme

Daneben ist die Soziale Arbeit häufig mit der Leitung und Betreuung des Freiwilligenteams betraut.

Die Unterstützungsleistungen für das IPT sind mehrheitlich als Gemeinschaftsleistung der psychosozialen Dienste anzusehen. In der Praxis zeigt sich, dass neben der persönlichen Nähe der involvierten Personen die zeitliche Verfügbarkeit, das persönliche Engagement und die professionelle Beziehungsqualität zu den Teammitgliedern die konkrete Arbeitsteilung innerhalb der psychosozialen Dienste beeinflussen. Die Soziale Arbeit kann darüber hinaus spezifische Kompetenzen vorweisen, die sie für einzelne Themen prädestinieren: Sie kommuniziert üblicherweise mit Betroffenen in schwierigen Lebenssituationen (Chaddock, 2018, S. 68-69), gilt als Expertin für das Soziale und hat einen geübten Blick für das Prozesshafte (Borasio, 2014, S. 79-81). Ausserdem arbeitet die Soziale Arbeit im diagnostischen Bereich üblicherweise über Fachgrenzen hinweg und kann folglich Methodisches zu interprofessionell orientierten Diagnostiken beitragen – der Auftrag ist explizit im Berufskodex der Sozialen Arbeit verankert (AvenirSocial, 2010, S. 13-14).

### 2.3 Gestaltungsdiagnostik in der Palliative Care

Beutel, Grom, Silberzahn-Jandt, Roser, Gratz, Kunze-Wünsch und Nau (2014, S. 66) formulieren in ihrem Überblickswerk «Palliative Care» für Pflegekräfte prägnant ihre Erwartungen an die Soziale Arbeit: Sie solle in der Zusammenführung und Deutung verschiedener Informationsebenen unterstützend für das Behandlungsteam tätig sein. Ihr diagnostisches Vorgehen sei dabei mehrdimensional und beleuchte die Lebenswirklichkeit sowohl in horizontaler (aktuelle soziale, familiäre Situation) als auch in vertikaler Ebene (Biographie, Erfahrungen). Dies geschehe durch Gespräche mit den Betroffenen und deren Angehörigen sowie durch Einbezug (von Informationen) des Behandlungsteams.

Die Ausführungen in diesem Kapitel zeigen, dass sozialdiagnostische Methoden zur Verfügung stehen, um derartige Erwartungen erfüllen zu können. Die Gestaltungsdiagnostik stellt ein Verfahren dar, das den komplexen Fallkonstellationen in der Palliative Care gerecht wird, indem sowohl der aktuellen Lebenssituation der betroffenen Person Rechnung getragen wird als auch den biographischen Ereignissen, die auf das Erleben des Sterbens Einfluss ausüben (Abbildung 2: Stufe 1). Durch den selbstverständlichen Austausch über die fachlichen Grenzen hinweg bietet sich im Rahmen der «gelebten» IPZ in der Palliative Care die Chance, im Sinne von Pantuček (2014, S. 98-99) die für die aktuelle Krisensituation wesentlichen Bedürfnisse und Bestimmungsfaktoren für das Wohlergehen der Betroffenen wahrzunehmen (Stufe 2) und in die Hilfeplanung (Stufe 3) einzubeziehen.

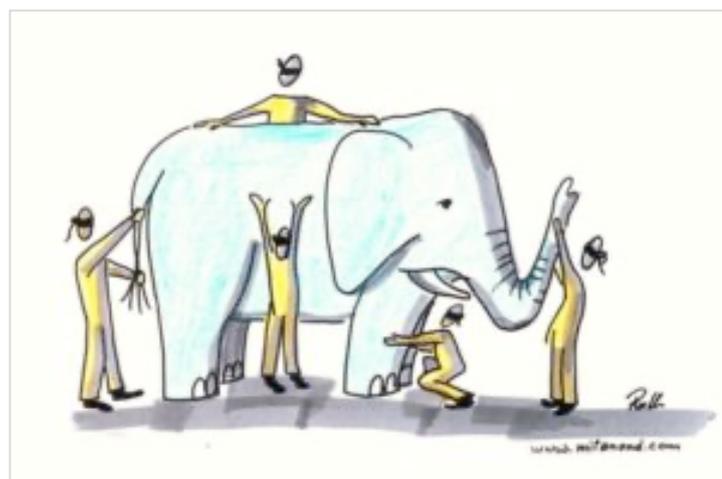
Die in Abbildung 4 skizzierte Parabel des von Blinden beschriebenen Elefanten kann sinnbildlich für die Anwendung der Gestaltungsdiagnostik bei palliativen Komplexsituationen verstanden werden. Keine der beteiligten Professionen kann allein ein umfassendes Bild der Situation zeichnen. Vielmehr braucht es für die Erfassung der Fallkomplexität eine multiperspektivische Betrachtung – sowie eine Regie, mit deren Hilfe die Akteure ihre Eindrücke zu einem Gesamtbild zusammenfügen. Die Gestaltungsdiagnostik kann als Regieanweisung für eben diese Zusammenführung gesehen werden.

Trotz der offensichtlichen Verfügbarkeit geeigneter sozialdiagnostischer Methoden zur Anwendung in der Palliative Care konnten im deutschsprachigen Raum nur gerade zwei Quellen zur sozialen Diagnostik ausfindig gemacht werden. Gruber (2009) präsentiert eine Übersicht klassischer Diagnostikmethoden, ohne diese vertieft zu den Herausforderungen des Arbeitsfeldes in Beziehung zu setzen. Gerster (2017) referenziert auf Gahleitner und Pauls (2014), legt den Schwerpunkt seiner Masterarbeit aber auf den Zugang zu psychosozialer Beratung im palliativen Kontext.

Das «Diagnostikdefizit» überrascht angesichts der Komplexität der Palliative Care, ihrer zunehmenden Bedeutung in der Schweiz und der konzeptionellen Nähe der beiden Praxisfelder. Die vorliegende Arbeit möchte diese Lücke zumindest ansatzweise schliessen, indem die Gestaltungsdiagnostik im Rahmen eines Pilotprojekts im ZLH eingeführt und deren Wirksamkeit im Sinne einer verbesserten Fallarbeit im IPT evaluiert wird.

Abbildung 5. Die sechs Blinden und der Elefant

Quelle Rindlisbacher (2020)



## 3 Rahmenbedingungen der Projektarbeit

Nachdem das Pilotprojekt thematisch wie auch methodisch verortet ist, gilt es hier, die Rahmenbedingungen des Projekts abzustecken. Es wird das ZLH in seinen wesentlichen Strukturelementen skizziert und die Projektorganisation dargelegt.

Für die interessierte Leserschaft sind in Anhang 2 die Versorgungsstrukturen der Schweizer Palliativlandschaft dargestellt. Es wird auch ein Blick auf die Ist-Situation der Sozialen Arbeit in der Langzeitpflege mit Palliative Care Angebot geworfen.

### 3.1 Das Zürcher Lighthouse

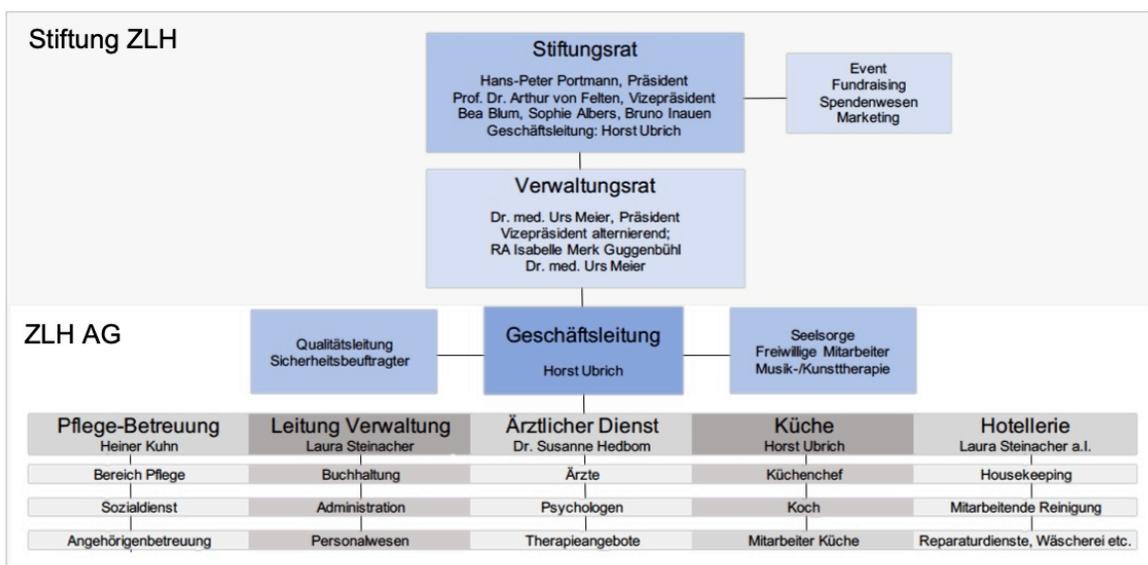
Der operative Betrieb des ZLH ist in einer Aktiengesellschaft (AG) organisiert, die Stiftung ZLH ist der AG übergeordnet und fungiert als Defizitgarant der AG (ZLH, 2019a). Der Verwaltungsrat stellt das Bindeglied zwischen dem Stiftungsrat und der Geschäftsleitung der AG dar. Das Organigramm in Abbildung 6 bildet die Organisationsstruktur der Stiftung und der AG ab. Wenn nicht anders vermerkt, wird in der vorliegenden Arbeit mit dem Kürzel ZLH die AG adressiert.

#### 3.1.1 Eckdaten zum Leistungsauftrag

Das ZLH betreibt in Zürich eine Langzeitpflegeeinrichtung der spezialisierten Palliative Care zur umfassenden Betreuung und Begleitung von maximal 14 lebensbeschränkt erkrankten Menschen. Als Zuweisende treten Spitexdienste (in der Stadt Zürich insbesondere die Fachstelle Palliative Care), Spitäler vornehmlich aus dem Kanton Zürich und

Abbildung 6. Organigramm Zürcher Lighthouse

Quelle: ZLH (2020b), adaptiert



Hausarztpraxen auf, eine Anmeldung durch Betroffene selbst oder deren Angehörige ist ebenfalls möglich. Die folgenden Daten basieren auf ZLH (2019b; 2020a).

Mehrheitlich werden Menschen mit einer Krebsdiagnose betreut (2018: 72% aller Bewohnenden), daneben leiden die im ZLH lebenden Personen unter Herzinsuffizienz, Nierenversagen, ALS, Hepatitis C etc. Am häufigsten sind die Bewohnenden 2018 beim Eintritt 70 bis 79 Jahre alt, gefolgt von den 50- bis 59-Jährigen. Die mediane Aufenthaltsdauer betrug 2018 36 Tage, 2017 lag der Median der Aufenthaltsdauer noch bei 45 Tagen. 2018 starben 68 Personen im ZLH, was im Schnitt einem Todesfall in 5 – 6 Tagen gleichkommt (2017: 107 Personen, durchschnittlich ein Todesfall in 2 – 3 Tagen).<sup>4</sup>

### **3.1.2 Das interprofessionelle Team**

Das IPT im ZLH umfasst neben dem Arzt- und Pflegedienst Seelsorgende beider Konfessionen, eine Psychoonkologin, eine Kunst- und eine Musiktherapeutin sowie eine Sozialarbeiterin. Ergänzt wird das Team durch die Geschäftsleitung, Verwaltungsangestellte, Küchen- und Hotellerieangestellte sowie ein Team an freiwilligen Mitarbeitenden. Das Team kommt folglich dem Idealbild des IPT in der Palliative Care grundsätzlich sehr nahe und kann diesbezüglich Pionierleistung gegenüber anderen Langzeitpflegeeinrichtungen mit Palliative Care Auftrag in der Schweiz erbringen. Die Nähe der Teammitglieder zu den Lighthouse-Bewohnenden und deren Bezugsumfeld sind in Abbildung 7 visualisiert, sie kann fallbezogen von der Darstellung abweichen.

Das Pflegeteam arbeitet im 3-Schichtbetrieb über 24 Stunden und ist an 365 Tagen im Jahr präsent. Aktuell teilen sich zwei Ärztinnen das Pensum und sind von Montag bis Freitag im Haus. Alle psychosozialen Dienste sind jeweils mindestens zweimal pro Woche mit Pensen von 20 – 50% im Haus vertreten. Die körpertherapeutischen Angebote werden nach Bedarf ins Haus eingeladen.

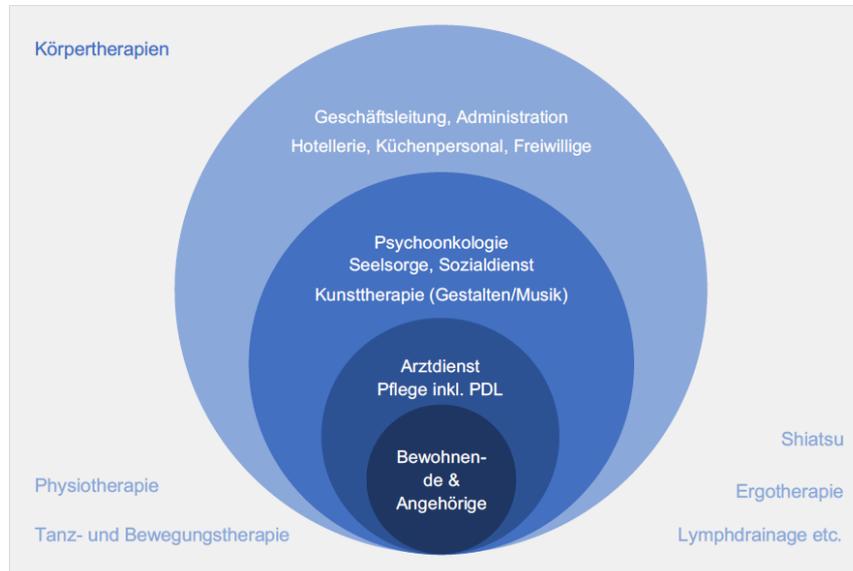
Das IPT ist von einem gemeinsamen Problemverständnis, einem konstruktiven kollegialen Verhältnis, (mehr oder weniger) geteilter Verantwortung und einer klaren Prozessorientierung getragen, es findet ein reger Austausch über die Professionsgrenzen hinweg statt. Dabei sind Qualitätsunterschiede in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen feststellbar, deren Analyse nicht Gegenstand der vorliegenden Projektarbeit ist.

---

<sup>4</sup> Das ZLH wird üblicherweise als letzte Wohnstätte für seine Bewohnenden angesehen, ein Aufenthalt kann aber auch befristet sein und der Symptomkontrolle (v.a. Verbesserung der Schmerztherapie) oder der Stabilisierung der psychosozialen Situation dienen. Das ZLH bietet auch eine ambulante Begleitung durch das ärztliche Ambulatorium an. Ausserdem können Private wie auch Pflegeheime den Arzt- und Pflegedienst für konsiliarische Dienste im Kontext von Palliative Care Situationen beziehen.

Abbildung 7. Das interprofessionelle Team ZLH, Nähe zu Bewohnenden & Angehörigen

Quelle eigene Darstellung in Anlehnung an ZLH (2019b)



### 3.1.3 Interprofessionelle Austauschgefäße

Der interprofessionelle Austausch ist im ZLH via zwei Gefäße verankert. Jeweils am Dienstagnachmittag wird ein **Fachgespräch** von 45 Minuten veranstaltet, bei dem *eine spezifische Bewohnendensituation* besprochen wird. Liegt der Fokus des Fachgesprächs auf medizinischen Aspekten, wird es von der anwesenden Ärztin geleitet, bei Fragen der Symptomkontrolle liegt die Leitung bei der Pflege. Bei Themen betreffend das Beziehungsgefüge zwischen Bewohnenden und dem Bezugsumfeld wird ein reflecting team durchgeführt (Reich, 2008), die Moderation obliegt entweder Pflegenden mit einer Zusatzausbildung in Familienzentrierter Pflege oder dem Sozialdienst. Findet eine Intervision statt, wird diese aktuell von der reformierten Seelsorgerin geleitet. Die Organisation der Fachgespräche obliegt dem Pflegeexperten, der Entscheid über die zu behandelnde Fallsituation liegt bei der Pflege.

Jeweils am Donnerstagnachmittag findet während einer Stunde der **Interprofessionelle Dialog (ID)** statt, in dessen Rahmen *alle aktuellen Bewohnenden* besprochen werden. Pflege- und Arztdienst sind hier ebenso vertreten wie die psychosozialen Dienste – abgesehen von der Musiktherapie – sowie eine Vertretung der Freiwilligen. Üblicherweise ist die Geschäftsleitung anwesend, in unregelmässigen Abständen auch der Koch. Die Leitung des ID obliegt der Pflegedienstleitung (PDL).

Die von extern beigezogenen körpertherapeutischen Angebote sind weder im Fachgespräch noch im ID vertreten. Allerdings dokumentieren sie – wie alle internen Dienste,

die direkt mit den Bewohnenden arbeiten – in das hausinterne Dokumentationssystem LOBOS.

### **3.1.4 Soziale Arbeit im ZLH**

Wie aus dem Organigramm (Abbildung 6) zu entnehmen ist, untersteht der Sozialdienst der PDL. Üblicherweise ist für die Stelle mindestens eine Ausbildung in Sozialer Arbeit Niveau HF erforderlich, das Pensum ist mit 40% dotiert. Per Oktober 2017 wurde die Stelle an eine Sozialarbeitende in Ausbildung an der ZHAW (die Schreibende) mit einem Pensum von 50% vergeben.

Der Sozialdienst ist gemäss Stellenbeschrieb weitgehend mit den typischen Aufgaben von Sozialdiensten in Palliative Care Institutionen gemäss der Auflistung in Kapitel 2.2.2 bzw. Anhang 1 betraut (ZLH, 2015b). Abweichend von den Ausführungen im Stellenbeschrieb fällt die Betreuung und Begleitung der Freiwilligen im ZLH de facto in die Verantwortung der Geschäftsleitung, die Leitung des ID ging vor mehreren Jahren an die PDL über. Abweichend von den Angaben in der Literatur ist der Sozialdienst im ZLH auch in das Eintrittsmanagement eingebunden und arbeitet hier Hand in Hand mit der PDL.

Mit Blick auf das Pilotprojekt sind folgende Punkte des Stellenbeschriebs (ZLH, 2015b) von besonderer Relevanz, der Sozialdienst:

- pflegt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit sämtlichen Bereichen in vorbildhafter Form
- dokumentiert und informiert über wichtige Inhalte oder Aufgaben, die die anderen Bereiche betreffen und/oder weiterführende Arbeiten notwendig sind [sic: machen]
- Teilnahme an allen relevanten Sitzungen

Der Sozialdienst hat also explizit ein Mandat dafür inne, sich für die IPZ zu engagieren. Dies deckt sich klar mit dem Auftrag der Sozialen Arbeit gemäss Berufskodex (AvenirSocial, 2010, S. 13). Der Sozialdienst ist ausserdem dazu angehalten, im Qualitätsmanagement eine aktive Rolle einzunehmen (ZLH, 2015b). Eine methodengeleitete, ergebnisorientierte Gestaltung von Fachgesprächen kann insofern als Auftrag an die Soziale Arbeit im ZLH verstanden werden.

## **3.2 Projektorganisation**

Im Folgenden wird das Pilotprojekt ins ZLH strukturell eingebettet und die Frage nach der Einbindung der Zielgruppen in die Projektplanung beantwortet.

### **3.2.1 Verantwortlichkeiten Pilotprojekt und Ressourcenplanung**

Als Auftraggeberin der Projektarbeit fungiert auf der wissenschaftlichen Seite die ZHAW. Inhaltlich handelt es sich um einen Selbstauftrag der Schreibenden in Absprache mit

ihrer Vorgesetzten, namentlich der PDL, die die Durchführung des Pilotprojekts im Sommer 2019 bewilligt hat.

Die Schreibende nimmt einerseits eine Brückenfunktion zwischen der ZHAW und der Praxisorganisation betreffend die organisatorische und inhaltliche Abstimmung des Pilotprojekts wahr, andererseits trägt sie die alleinige Verantwortung für die inhaltliche Ausgestaltung. In ihrer Rolle ist die Schreibende um die Überarbeitung der Gesprächsvorlage für die Sozialanamnese, die Information des IPT über die Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen, deren Durchführung als auch für die Bereitstellung der erforderlichen Materialien besorgt. Die Terminkoordination für die Fallbesprechungen erfolgt seitens der Sozialarbeiterin frühzeitig in Absprache mit dem Pflegeexperten, seines Zeichens verantwortlich für die Fachgespräche. Die Terminierung der einzelnen Schritte geht aus dem Projektablaufplan hervor (Kapitel 7 bzw. Anhang 3), die Einhaltung des Terminplans obliegt der Sozialarbeiterin.

Im Rahmen der Vorbesprechung des Pilotprojekts wurde der Schreibenden von Seiten der PDL zugesichert, einmal monatlich die wöchentlich stattfindende interprofessionelle Plattform des Fachgesprächs für die Fallbesprechungen nutzen zu dürfen. Die PDL übernimmt entsprechend hinsichtlich der Verfügbarkeit der personellen und zeitlichen Ressourcen zur Durchführung der Fallbesprechungen die Verantwortung gegenüber der Geschäftsleitung. Das Vorliegen von konkreten Fragestellungen zur Bearbeitung in einer Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen hängt von den Problemlagen der aktuellen Bewohnenden ab und kann nicht von der Projektverantwortlichen beeinflusst werden.

Die Sozialarbeitende organisiert ihren Arbeitsaufwand in Eigenverantwortung.

### **3.2.2 Einbezug Zielgruppen**

Als zentrale Zielgruppe des Pilotprojekts gilt das IPT des ZLH. Mit Blick auf den Charakter des Pilotprojekts als Bachelorarbeit wurde davon Abstand genommen, das IPT in die Projektkonzeption einzubeziehen. Im Rahmen eines Fachgesprächs wurde dem Team das Pilotprojekt im Herbst 2019 vorgestellt und dabei dessen Interessen, Bedenken und Anliegen gegenüber dem Projekt im Rahmen einer SWOT-Analyse evaluiert. Im Zentrum standen einerseits Befürchtungen, die Bewohnenden durch eine überbordende Diagnostik bzw. eine zu grosse Anamnesetätigkeit zu überfordern (vgl. auch BAG, 2016; Fringer & Lehmann, 2016) sowie Doppelspurigkeiten mit den Assessmentgesprächen der Pflege zu generieren. Andererseits wurden die Vorzüge eines strukturierten Verfahrens (mit kompetenter Leitung) und der Stärkung des multiperspektivischen Arbeitens zur Vertiefung des Fallverstehens herausgestrichen. Die Unterlagen zur Themenpräsentation finden sich in Anhang 4.

Auf den Einbezug von Bewohnenden und deren Angehörigen in die Projektkonzeption wurde nur schon aus praktischen Gründen verzichtet. Die Aufenthaltsdauer variiert stark, eine allfällige Beteiligung ist nicht über eine längere Zeitspanne planbar.

---

## 4 Zielgruppen

---

Im Folgenden werden die zentralen Zielgruppen des Pilotprojekts vorgestellt und deren Rolle diesbezüglich dargelegt. Zur Veranschaulichung dient Abbildung 8. Die projektbezogenen Verantwortlichkeiten gemäss den Ausführungen in Abschnitt 3.2.1 sind ebenfalls visualisiert.

### 4.1 Bewohnende Zürcher Lighthouse

Dem Kernanliegen der Palliative Care entsprechend sind die im ZLH Wohnenden als zentrale Zielgruppe anzusehen, ihnen soll der Einsatz der integrativen Diagnostik zugutekommen.

Einzelne der lebenslimitierend erkrankten Frauen und Männer leben zum Zeitpunkt des Eintritts schon seit Jahren mit ihrer Diagnose, die meisten Bewohnenden wurden innerhalb der letzten 12 Monate mit ihrer Diagnose konfrontiert. Nicht selten sind weniger als 3 Monate seit der Erstdiagnose vergangen. Diese Menschen hatten bisher kaum Zeit, ihr Sterben in ihren Lebensentwurf zu integrieren bzw. Kohärenz herzustellen. Entsprechend leiden sie oft ganz ausgeprägt an ihrem Abschiednehmen.

Betreffend die körperliche Verfassung der Zielgruppe zeigen sich gravierende Unterschiede. Während einige Bewohnende rege das therapeutische Angebot, Ausflüge mit Freiwilligen oder auch den Gartensitzplatz des ZLH nutzen können, kämpfen andere massiv mit Fatigue, Schmerzen, Atemnot oder anderen Symptomen.

Zahlreiche Betroffene weisen ein intaktes Umfeld auf, das den Sterbeprozess mehr oder weniger unterstützend begleitet. Andere im ZLH betreute Menschen sind sozial isoliert, Beziehungsabbrüche in der Vergangenheit sind keine Seltenheit. Einzelne Bewohnende treibt die Sorge um (minderjährige) Kinder und andere wichtige Bezugspersonen um. Häufig werden soziale Themen durch interkulturelle Unterschiede überlagert. Die Ausführungen zu den multiplen Dimensionen des Abschiednehmens der Bewohnenden sind nicht abschliessend, sie basieren auf den Erfahrungen der Schreibenden im Berufsfeld. Die Gesamtsituation der Betroffenen weist also je nach Krankheitsgeschichte, Progressionstempo und Lebensentwurf, verfügbaren sozialen und individuellen Ressourcen bzw. Stressoren und Bewältigungsstrategien eine unterschiedliche Komplexität auf. Im vorgestellten Projekt finden die Bewohnenden nur mittelbar Eingang. Das Augenmerk liegt auf dem IPT, das mit der jeweiligen Fallkomplexität konfrontiert und in der Begleitung der Betroffenen entsprechend sehr unterschiedlich gefordert ist. Die Bewohnenden sind als sekundäre Zielgruppe anzusehen.

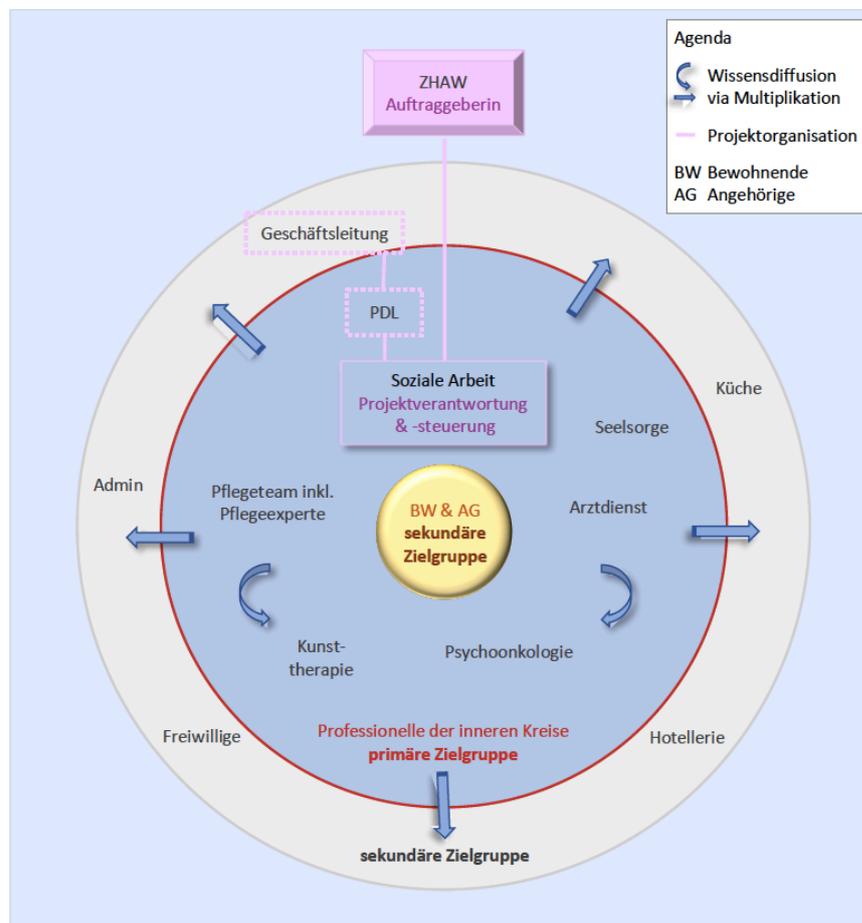
## 4.2 Professionelle der inneren Kreise

Die primäre Zielgruppe des Pilotprojekts rekrutiert sich aus den beiden inneren Kreisen des IPT. Die Professionellen der inneren Kreise begleiten die Betroffenen am engsten, verfügen über die grösste Informationsdichte betreffend die betrachteten Bewohnenden und zeichnen sich ausserdem als Spezialistinnen und Spezialisten für die in der Palliative Care anerkannten Bedürfnisdimensionen gemäss Abbildung 3 aus. Ein erhöhtes Fallverstehen dieser Professionellen hat unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlungs- und Betreuungsqualität der Bewohnenden, da ihnen die Interventionsplanung und -gestaltung obliegt.

Die Teilnehmenden der Fachgespräche sind die leitende Ärztin, die Pflege, die reformierte Seelsorgerin und die Sozialarbeitende. Auf Seiten der Pflege sind Mitarbeitende des Früh- und Spätdienstes, eine Vertretung der PDL sowie unregelmässig auch der Pflegeexperte anwesend. Die Seelsorgende und die Sozialarbeitende bleiben dem Fachgespräch nur in Ausnahmefällen fern, die leitende Ärztin besucht das interprofessionelle Gefäss selektiv. Die Psychoonkologin ist während der Pilotphase dienstags nicht

Abbildung 8. Akteure Pilotprojekt: Beteiligte & Betroffene

Quelle eigene Darstellung



im ZLH anwesend, die Kunsttherapeutin mit Schwerpunkt Gestalten nur im Ausnahmefall.

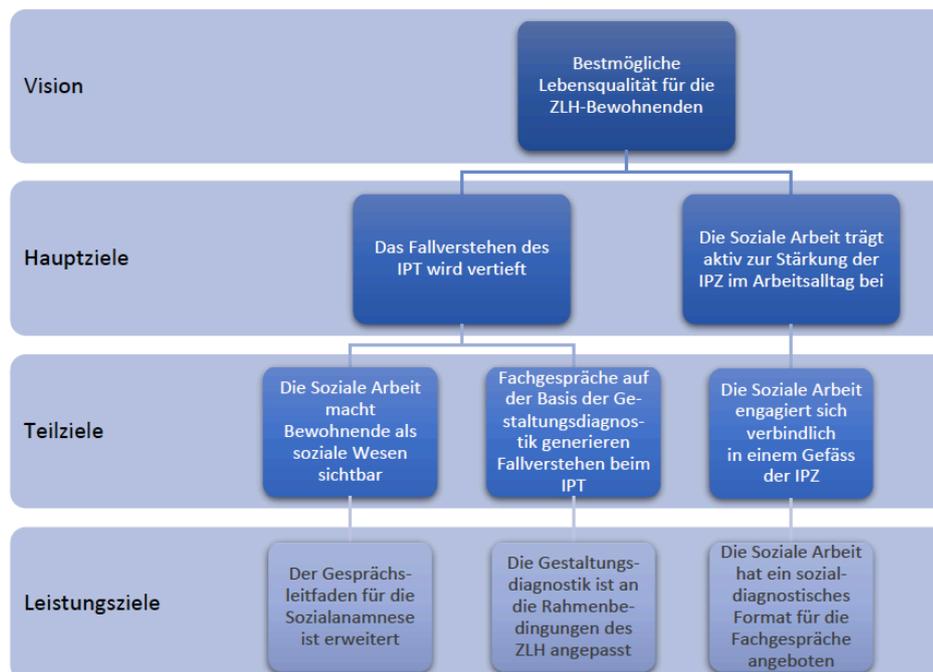
Das IPT der inneren Kreise ist folglich nicht geschlossen in den Fachgesprächen vertreten. Die Teilnehmenden fungieren entsprechend als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Berufskolleginnen und -kollegen der inneren Kreise sowie für das gesamte Team hinsichtlich relevanter Einsichten aus dem Fachgespräch. Das Gesamtteam kann als weitere sekundäre Zielgruppe identifiziert werden, die im Pilotprojekt keine Beachtung findet.

## 5 Projektziele

Hier werden die mit dem Pilotprojekt verfolgte Vision sowie die daraus abgeleiteten Ziele beschrieben und begründet. Indikatoren geben Hinweise auf die Erfüllung der Teilziele. Aus den vorgestellten Wirkungszielen lassen sich drei Leistungsziele formulieren, letztere sind massgeblich für die ergriffenen Massnahmen. Abbildung 9 vermittelt einen Überblick über die Zielhierarchie.

Abbildung 9. Pilotprojekt: Überblick über die Zielhierarchie

Quelle: eigene Darstellung



### 5.1 Vision: bestmögliche Lebensqualität

Wie bereits dargelegt ist alles Handeln in der Palliative Care auf die Lebensqualität der Betroffenen ausgerichtet. Die Verpflichtung zur Orientierung an der Lebensqualität Sterbender findet sich in allen nationalen (palliative.ch, Plattform Palliative Care) und namhaften internationalen Vernetzungsgefässen der Palliative Care (International Association for Hospice and Palliative Care, n. d.). Die European Association for Palliative Care (2009) hält z.B. fest, dass "a central goal of palliative care is to achieve, to support, to preserve and to enhance the best possible quality of life." (S. 283). Entsprechend zielt auch das Handeln im ZLH auf eine möglichst hohe Lebensqualität seiner Bewohnenden ab.

## 5.2 Wirkungsziele

Die Vision, die Lebensqualität von Schwerstkranken zu gewährleisten, lässt sich auf verschiedene Wege annähern. In Anknüpfung an die theoretische Rahmung des Projekts wird hier erstens das Hauptziel verfolgt, das Fallverstehen des interprofessionellen Teams zu vertiefen und zweitens, die IPZ durch ein aktives Engagement der involvierten Professionen – allem voran der Sozialen Arbeit – zu stärken.

### 5.2.1 Hauptziel 1: Das Fallverstehen des interprofessionellen Teams wird vertieft

In Kapitel 2.1 wurde dargelegt, dass eine biographiesensible, multiperspektivische Betrachtung der Person diese am ehesten in ihren relevanten Wesensmerkmalen charakterisiert. Dies ermöglicht, die zentralen Stimuli der individuellen Lebensqualität herauszukristallisieren, die Behandlung und Betreuung entsprechend auszurichten und dadurch eine möglichst hohe Lebensqualität von Sterbenden zu gewährleisten. Ein vertieftes Fallverstehen ist also nicht als Selbstzweck zu betrachten, es ist vielmehr integral für eine verbesserte Interventionsplanung zur Steigerung der Lebensqualität Sterbender.

Becker (2014, S. 30) weist auf das Bedürfnis Betroffener nach Klarheit im Entscheidungsprozess hin, dabei steht das gesamte IPT in der Verantwortung. Gelingt es, bei den Professionellen der inneren Kreise ein gemeinsames und möglichst differenziertes Bild der Fallsituation zu generieren, dann können auch die auf dieser Grundlage getroffenen Interventionsentscheide vom Team gemeinsam getragen und konsequent umgesetzt werden.

Das Wirkungsziel wird in zwei Richtungen verfolgt. Auf der professionellen Ebene wird auf eine Erweiterung der Informationsbasis über die Bewohnenden abgezielt. Auf der *inter*professionellen Ebene wird auf eine Verbesserung des Fallverstehens im interprofessionellen Diagnostikprozess hingearbeitet.

#### *Teilziel 1: Die Soziale Arbeit macht Bewohnende als soziale Wesen sichtbar*

Eine Reduktion des sozialen Menschen vorrangig auf finanzielle und vorsorgerechtliche Aspekte, wie in der vorbestehenden Gesprächsvorlage zur Sozialanamnese praktiziert, ist gemäss den Ausführungen in Kapitel 2.1 einem ganzheitlichen Verständnis des Menschen nicht dienlich. Das Anamnesegespräch der Sozialarbeitenden ist vielmehr möglichst offen zu gestalten, um jene (sozialen) Themen identifizieren zu können, die dem Individuum in dessen Sterben Leiden verursachen. Da die Identifikation von sozialen Notlagen Voraussetzung für deren Linderung ist, folgt das Teilziel den Zielen der Sozialen Arbeit gemäss AvenirSocial (2010, S. 6). Nur eine offen gestaltete Gesprächsvorlage für die Sozialanamnese eröffnet die Chance, den Menschen mit seinen Umwelt- und

Biographiebezügen abzubilden und in der Folge die Interventionsplanung zielgerichtet zu gestalten.

*Teilziel 2: Fachgespräche auf der Basis der Gestaltungsdiagnostik generieren Fallverstehen beim interprofessionellen Team*

Gratz et al. (2018, S. 59-61) attestieren Fallbesprechungen eine weiterbildende Funktion, da sie einerseits die fachliche, methodische, soziale und personale Kompetenz des Einzelnen förderten. Andererseits werde die interprofessionelle Kompetenz u.a. durch die Förderung von Kommunikation und Verständigung, Transparenz, Entlastung des Teams, Kooperation und Vernetzung zwischen den Professionen erhöht.

Die Ausführungen in Kapitel 2.1 und 2.3 zeigen, dass sich die Gestaltungsdiagnostik als adäquate Methode erweist, diverses professionsspezifisches Wissen zusammenzuführen, zu strukturieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse auf die Hilfeplanung auszurichten. Die Synthese der verschiedenen professionellen Perspektiven zu einer ganzheitlichen Betrachtung fördert das Erkennen von Ressourcen und Stressoren der bzw. des Sterbenden individuell wie auch der relevanten sozialen Systeme bezogen auf die aktuelle Krisensituation. Entsprechend fördern Fachgespräche zu palliativen Komplexsituationen, die sich an der Gestaltungsdiagnostik orientieren, das Fallverstehen der beteiligten Professionellen.

### **5.2.2 Hauptziel 2: Die Soziale Arbeit trägt aktiv zur Stärkung der IPZ bei**

In Kapitel 2.2.2 wird darauf eingegangen, dass für eine umfassende Begleitung von Sterbenden eine gute IPZ unabdingbar ist. Soll also eine möglichst hohe Lebensqualität totkranker Menschen generiert werden, ist auch auf eine Stärkung der IPZ im Arbeitsalltag hinzuwirken. Die Soziale Arbeit ist gemäss den «Handlungsmaximen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit» angehalten, ihren Anteil dazu beizutragen (AvenirSocial, 2010, S. 13-14). Bezeichnenderweise entspricht dies auch dem Auftrag der Sozialen Arbeit im ZLH.

*Teilziel 3: Die Soziale Arbeit engagiert sich verbindlich in einem Gefäss der IPZ*

Grundsätzlich kann Interprofessionalität durch informelle Kontakte manifestiert werden, sie ist dann stark von der Person der Stelleninhabenden abhängig. IPZ kann nachhaltig gewährleistet werden, wenn sich die in die Hilfeplanung involvierten Professionen *verbindlich* in den interprofessionellen Gefässen engagieren – also IPZ auf der Prozess- bzw. Strukturebene gestärkt wird.

Mit Blick auf das von Gratz et al. (2018, S. 59-61) erwähnte interprofessionelle Lernen und die grundsätzlich anzustrebende geteilte Verantwortung in der IPZ fällt auf, dass die

Pflege als Kollektiv, die Ärztin wie auch die Seelsorge die alleinige Verantwortung für ein spezifisches Gefäss im Rahmen der Fachgespräche innehaben, die Soziale Arbeit hingegen «nur» ein Gefäss mit geteilter Verantwortung anbietet. Dies, obwohl die Soziale Arbeit offensichtlich im Bereich der sozialen Diagnostik Potentiale für interprofessionelles Lernen ausweisen kann und durch ihren Berufskodex zum Engagement für die IPZ und zum methodengeleiteten Arbeiten aufgerufen ist. Im Bestreben ihre Verantwortung für eine fruchtbare IPZ wahrzunehmen, wird sich die Soziale Arbeit mit der Moderation eines sozialarbeitswissenschaftlich orientierten Gefässes verbindlich in den Fachgesprächen engagieren und dabei ihre Potentiale für interprofessionelles Lernen nutzen.

### 5.3 Operationalisierung: Indikatoren für die Teilziele

Die oben genannten Teilziele sind ihrem Charakter als Wirkungsziele entsprechend kaum direkt messbar. Daher wird in Tabelle 1 jedem Teilziel ein Indikator beiseitegestellt, der eine Beobachtung der Zielerfüllung ermöglicht. Die Operationalisierung der Teilziele durch je einen Indikator wird bei der Evaluation ebenfalls zum Tragen kommen.

Tabelle 1. Teilziele und Indikatoren

Teilziel	Beschreibung des Teilziels	Indikatoren
T1	Die Soziale Arbeit macht Bewohnende als soziale Wesen sichtbar	Die Dokumentation der Sozialanamnese geht über die Aspekte «Sozialversicherungen/Finanzen» und einem eng definierten «Helfersystem» hinaus
T2	Fachgespräche auf der Basis der Gestaltungsdiagnostik generieren Fallverstehen beim IPT	Die Teilnehmenden beurteilen die Fachgespräche zu palliativen Komplexsituationen grossmehrheitlich (>66%) als förderlich für ein verbessertes Fallverstehen (d.h. sie kreuzen «trifft voll und ganz zu» bzw. «trifft mehrheitlich zu» an)
T3	Die Soziale Arbeit engagiert sich verbindlich in einem Gefäss der IPZ	Die Sozialarbeitende moderiert mindestens 2 Fachgespräche unter Anwendung einer sozialarbeitswissenschaftlichen Methode.

Quelle eigene Darstellung

#### Indikator für Teilziel 1

Soll die erkrankte Person als soziales Wesen sichtbar gemacht werden, hat eine Gesprächsvorlage Raum für vielfältige Facetten dieser Person zu bieten. Die Dokumentation muss den Themenreichtum widerspiegeln und Themen über die bisher dokumentierten Informationen zur Finanzsituation der Betroffenen sowie zu allfälligen Vertretungsrechten hinaus erfassen. Die Sichtung der Gesprächsdokumentation ermöglicht jeweils eine Bewertung der Zielerfüllung während der Pilotphase.

### *Indikator für Teilziel 2*

Ob Fachgespräche auf der Basis der durch die Gestaltungsdiagnostik vorgegebenen Strukturen Fallverstehen generieren, lässt sich durch eine Befragung der Fachgesprächsteilnehmenden eruieren. Entsprechend wird während der Pilotphase das (subjektiv empfundene) Fallverstehen nach jedem Fachgespräch zu palliativen Komplexsituationen evaluiert.

### *Indikator für Teilziel 3*

Das Engagement der Sozialen Arbeit lässt sich anhand der effektiven Durchführung von Fachgesprächen sozialarbeitswissenschaftlicher Couleur unter ihrer Regie überprüfen. Mit Blick auf die wechselnde inhaltliche Verantwortung für die Fachgespräche innerhalb des IPT gilt das Teilziel in der Pilotphase als erfüllt, wenn die Sozialarbeitende zweimal die Moderation übernimmt und sich dabei auf die betrachtete sozialarbeitswissenschaftliche Methode abstützt.

## 5.4 Leistungsziele

Die nachfolgend definierten Leistungsziele schaffen die Grundlage dafür, dass die formulierten Wirkungsziele erreicht werden können. In Tabelle 2 werden die Leistungsziele in Bezug zu den Projektmaßnahmen gesetzt und den Wirkungszielen zugeordnet.

### **5.4.1 Leistungsziel 1: Der Gesprächsleitfaden für die Sozialanamnese ist zum Start der Pilotphase um lebensweltliche und biographische Themen erweitert**

Im Rahmen des Projekts wird der Gesprächsleitfaden noch vor Beginn der Pilotphase derart angepasst, dass das Anamnesegespräch den Raum für lebensweltliche und biographische Themen der Bewohnenden öffnet. Als Basis dienen einerseits die Erfahrungen der Schreibenden im Berufsalltag, andererseits theoriegeleitete Überlegungen zu den Ausstattungsmerkmalen von Individuen und zur psychosozialen Gesundheit.

### **5.4.2 Leistungsziel 2: Die Gestaltungsdiagnostik ist zum Start der Pilotphase an die Rahmenbedingungen des ZLH angepasst**

Die Gestaltungsdiagnostik wurde im psychiatrischen Kontext mit deutlich anderen Rahmenbedingungen entwickelt. Um sie für die Palliative Care und insbesondere das ZLH nutzbar zu machen, ist das Rahmenmodell in seiner konkreten Ausgestaltung an die Eigenheiten des Berufsfeldes und die konkreten Rahmenbedingungen im ZLH anzupassen. Die Anpassungen hat vor Beginn der Pilotphase zu erfolgen, damit die Methode in der Pilotphase dann auch tatsächlich auf ihre Wirkung hinsichtlich des Fallverstehens getestet werden kann.

### 5.4.3 Leistungsziel 3: Die Soziale Arbeit hat während der Pilotphase ein sozialdiagnostisches Format für die Fachgespräche angeboten

Die effektive Durchführung von Fachgesprächen auf der Basis der adaptierten Gestaltungsdiagnostik bedarf einer Erarbeitung von Material sowohl was die Visualisierung wie auch die Moderation des Gefässes anbelangt. Das Leistungsziel gilt als erfüllt, wenn zum Ende der Pilotphase umfassendes, in der Praxis validiertes Moderationsmaterial (Moderationsleitfaden, Flipcharts zur Visualisierung sowie Protokollvorlage) zur weiteren Nutzung bei palliativen Komplexsituationen im ZLH vorliegt.

Tabelle 2. Bezug Ziele und Massnahmen

Leistungsziel	Massnahme	Hauptziel	Teilziel
LZ 1: Der Gesprächsleitfaden für die Sozialanamnese ist erweitert.	M1: «Sozialmatrix ZLH» Adaption der Gesprächsvorlage zur Sozialanamnese	Hauptziel 1	Teilziel 1
LZ 2: Die Gestaltungsdiagnostik ist an die Rahmenbedingungen des ZLH angepasst	M2: Gestaltungsdiagnostik «palliative»	Hauptziel 1	Teilziel 2
LZ 3: Die Soziale Arbeit hat ein sozialdiagnostisches Format für die Fachgespräche angeboten	M3: Moderation von Fachgesprächen zu palliativen Komplexsituationen durch die Soziale Arbeit	Hauptziel 2	Teilziel 3

Quelle: eigene Darstellung

---

## 6 Massnahmen

---

Im Folgenden werden die geplanten Massnahmen in ihrer konkreten Ausgestaltung vorgestellt.

### 6.1 Massnahme M1: Sozialmatrix

Thematisiert wird hier die Überarbeitung der Gesprächs- und Dokumentationsvorlage für die Sozialanamnese im ZLH.

#### 6.1.1 Ausgangssituation und Adaptionen

Die vorbestehende Vorlage für die Sozialanamnese ist sowohl hinsichtlich der Erfassung bereits bekannter als auch bezüglich neuer Personendaten sehr reduktionistisch ausgerichtet, wie in Abbildung 13, Anhang 5 ersichtlich ist. Im Rahmen der Massnahme M1 wird eine Gesprächs- und Dokumentationsvorlage zur Erfassung lebensweltlicher und biographischer Themen entwickelt, die sehr breit Hinweise auf alltagspraktische soziale Probleme im Kontext des Sterbens geben. Die Vorlage soll explizit auch bereits vorliegende Informationen aufnehmen, um diese bei der Anamnese gesprächsunterstützend einsetzen zu können.

Bereits bei der Vorabklärung des Übertritts fliessen wichtige Informationen zur sozialen Situation der Betroffenen. So werden regelmässig der Zivilstand, wichtige Bezugspersonen unabhängig von deren Unterstützungsleistungen oder Details zur Wohnsituation genannt. Ebenfalls liegen bei Menschen mit Migrationshintergrund zumindest bruchstückhaft Angaben über deren geographisch-kulturellen Hintergrund und Aufenthaltsstatus vor. Schliesslich enthalten medizinische Berichte Hinweise auf die Progredienz der Erkrankung sowie auf einen allfälligen Substanzabusus (in der Vergangenheit), was Rückschlüsse bezüglich (vergangener) Bewältigungsstrategien zulässt. Im Eintrittsgespräch der Pflege und des Arztdienstes werden bisher erfolgreiche Bewältigungsstrategien sowie aktuell belastende Themen abgefragt. Die Berücksichtigung all dieser Informationen zeichnet bereits ein deutlich genaueres Bild des Gegenübers als die vorbestehende Eintritts-Checkliste.

Für die Erweiterung des Themenspektrums während des Anamnesegesprächs wird auf die systemische Denkfigur von Geisser (2015) als Referenz zurückgegriffen, um den Menschen möglichst in den relevanten individuellen und sozialen Ausstattungsmerkmalen zu erfassen. Ausserdem dienen jene Diagnostiken als Orientierung, die in der Lite-

ratur im palliativen Kontext genannt werden (Genogramm, Netzwerkkarte, Zeitbalkendiagramm; Gruber, 2009), um im Gespräch individuelle bzw. soziale Ressourcen und Stressoren identifizieren zu können.

Schliesslich entspricht die sequentielle Struktur der bestehenden Gesprächsvorlage nicht dem tatsächlichen Gesprächscharakter von Anamnesegesprächen im ZLH. Die Anliegen Sterbender und deren Dringlichkeiten wie auch die verbleibende Zeit zur Bearbeitung sind interindividuell sehr verschieden, entsprechend verlaufen die Gespräche gemäss den Erfahrungen der Schreibenden sehr unterschiedlich – und selten sequenziell. Eine Matrixstruktur der Gesprächs- und Dokumentationsvorlage wird dem Gesprächscharakter eher gerecht. Inspirierend wirkt hier der Anamnesebogen S-FIRST des Kinderspitals Zürich (Sozialberatung Universitäts-Kinderkliniken Zürich, 2012; Hosek, 2012), der an die Bedarfe des ZLH adaptiert wird. Die Matrixstruktur erlaubt Informationsbedürfnisse der Administration ebenfalls im Blick zu behalten. In Abbildung 14, Anhang 5 ist die erarbeitete Gesprächs- und Dokumentationsvorlage angefügt.

### **6.1.2 Erwarteter Nutzen und Herausforderungen**

Gegenüber der bestehenden Gesprächsvorlage bietet die neue Vorlage Raum für ein breites Spektrum an vorbekannten Informationen der zuweisenden Institution und aller hausinternen Dienste. Entsprechend erfordert das Ausfüllen der Gesprächsvorlage zwingend eine intensive Auseinandersetzung mit der betreffenden Person im Vorfeld des Erstgesprächs, die Erfassung des Vorwissens erfolgt strukturiert anhand der Gesprächsvorlage.

Mit Bezug auf die bereits vorliegenden Informationen und Lücken lassen sich Gesprächsschwerpunkte und vordringliche Klärungsbedarfe festlegen, die aus Sicht der Sozialen Arbeit (oder zuhanden der Administration) prioritär zu besprechen sind, und anhand der vorhandenen Stichworte in der Vorlage markieren. Sie geben im Erstgespräch eine Orientierung über die geplanten Gesprächsinhalte.

Ausserdem können durch den systematischen Einbezug vorbekannter Informationen Doppelbefragungen bei den Bewohnenden reduziert werden (Hillewerth, 2018). Werden Doppelbefragungen aufgrund von Wissenslücken vermieden, können sie bewusst zum Validieren von Informationen oder zur Eröffnung eines neuen Themenfeldes genutzt werden, ohne dass eine unnötige Häufung von Doppelbefragungen unangenehme Gefühle beim Gegenüber auslöst.

Die genannten Vorteile gehen klar mit dem Nachteil eines zusätzlichen Zeitaufwands einher für die Aufbereitung der Vorlage mit Informationen, die bereits im digitalen Dokumentationssystem enthalten sind. Dieser Zusatzaufwand erscheint gerechtfertigt, da die

Verwendung eines Tablets während des Gesprächs zum Abrufen der personenbezogenen Informationen den Gesprächsfluss behindern. Die für eine zufriedenstellende psychosoziale Begleitung relevanten Informationen sind in verschiedenen Rubriken im LOBOS abgelegt und ein «Springen» zwischen den Rubriken während des Gesprächs nimmt aufgrund der technischen Gegebenheiten erheblich Zeit in Anspruch.

Während die seit Jahren vorhandene Gesprächsvorlage sequentiell organisiert ist und damit den Gesprächsablauf unverbindlich vorgibt, ist die neue Version matrixartig organisiert. Die Soziale Arbeit ist entsprechend in der Gesprächsführung stärker gefordert, den Gesprächseinstieg wie auch den Verlauf gesprächsfördernd zu gestalten und dabei wesentliche Punkte nicht zu vergessen. Auch die Dokumentation der erhaltenen Informationen erfordert erhöhte Aufmerksamkeit.

Vor der Neugestaltung des Anamnesebogens fanden viele im Gespräch gewonnenen Erkenntnisse zur Bewohnendensituation keinen Eingang in das Gesprächsprotokoll. Vielmehr mussten die wesentlichen Inhalte in einer Notiz im LOBOS ergänzt werden. Fliesstext schafft im LOBOS allerdings kaum Übersichtlichkeit, entschwindet mit fortschreitender Dauer des Aufenthalts der Aufmerksamkeit und beansprucht zusätzlich viel Zeit. Die neue Gesprächsvorlage gibt hingegen einen raschen Überblick und bietet sich an, eingescannt und direkt ins LOBOS integriert zu werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das jeweilige Gespräch in leserlicher Form dokumentiert wird. Ergänzende Erläuterungen können gegebenenfalls weiterhin als Fliesstext im LOBOS eingetragen werden.

## 6.2 Massnahme M2: Gestaltungsdiagnostik «palliativ»

Das IPT des ZLH ist regelmässig mit Multiproblemlagen konfrontiert, für deren Bearbeitung bislang kein strukturiertes Gefäss vorliegt. Als Grundlage des Pilotprojekts dient die integrativ ausgerichtete Gestaltungsdiagnostik, die an die Rahmenbedingungen des ZLH angepasst wird.

Bei der Massnahme M2 stehen die konzeptionellen Überlegungen zur Adaption an das palliative Arbeitsfeld im Zentrum, während die konkrete Umsetzung der Moderation und Visualisierung durch die Sozialarbeitende bei Massnahme M3 adressiert wird.

### 6.2.1 Ausgangssituation und Adaptionen

Die Gestaltungsdiagnostik wurde in der klinischen Psychologie der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt, wo von einem vorhersehbaren Zeithorizont der Begleitung auszugehen ist und Professionelle neben der medizinisch-psychologischen Klassifikation diverse biographie- und lebensweltorientierte Diagnostiken durchführen können. Diese bilden die

Grundlage für das IPT, die individuellen Problemlagen aus deren Spannungsfeld zwischen persönlichen und Umfeldfaktoren heraus zu verstehen (Gahleitner et al., 2014, S. 138-143).

Die Ausgangssituation im ZLH als Kompetenzzentrum für palliative Komplexsituationen ist eine völlig andere, wie die bisherigen Ausführungen zeigen. Die Aufenthaltsdauer variiert meist zwischen 5 und 50 Tagen. Ob Bedarf für eine Fallbesprechung im hier behandelten Sinne vorliegt bzw. sich entwickelt, kristallisiert sich erst während des Aufenthalts heraus. Angesichts der konkreten Problemlagen eskaliert das Leiden einzelner Bewohnenden innerhalb kürzester Zeit. Das Phänomen des total pain oder andere, nicht minder ressourcenbindende Symptome rufen nach raschen, interprofessionell abgestützten Interventionen – wobei das Team häufig noch kaum mit der Person und ihren Problemlagen vertraut ist. Es wurde bereits an anderer Stelle ausgeführt, dass eine (zeit)intensive Diagnostik bei Sterbenden nicht intendiert ist.

Zugunsten der Anwendungsfreundlichkeit einer adaptierten Gestaltungsdiagnostik gilt es, für Stufe 1 des Rahmenmodells weniger auf zusätzliche Diagnostiken abzustellen, als nach Möglichkeit die bereits vorliegenden Diagnostiken und Anamnesen einzubinden: Die medizinische(n) und allenfalls psychologische Diagnosen liegen vor. Mit Blick auf die Person-in-der-Situation und biographische Elemente sind das Eintrittsgespräch und das Pflegeassessment als wichtige Informationsquellen zu nennen, falls bereits vorhanden das Genoökogramm bis hin zu spezifischen Details aus den Pflegediagnosen. Biographische und lebensweltliche Komponenten lassen sich aus den Einträgen der psychosozialen und therapeutischen Dienste sowie zur Familienzentrierten Pflege entnehmen. Die unterstützende Rolle der Zuweisungsunterlagen wurde bereits genannt.

Um den Organisationsaufwand möglichst gering zu halten und gleichzeitig eine zeitnahe Anwendung der Gestaltungsdiagnostik «palliativ» zu ermöglichen, bietet es sich an, das Fachgespräch als Gefäss zu nutzen – das Zeitfenster ist von den dienstags anwesenden Professionen mehrheitlich reserviert. Auch wenn nicht alle Professionen der inneren Kreise bei den Fachgesprächen vertreten sind, kann von einem grossen interprofessionellen Wissenspool ausgegangen werden. Im besten Fall ist eine Bezugspflegeperson anwesend, die spezifisches fallbezogenes Wissen beitragen kann. Gelingt es im Rahmen der Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen, die genannten Wissensbestände zusammenzuführen und sie zu bewerten (Stufe 2), ist ein Zustandekommen von theoriebasierten Interventionen (Stufe 3) realistisch.

Der wöchentliche ID lässt sich für Feedbackschleifen hinsichtlich der ergriffenen Interventionen (Stufe 4) nutzen.

## 6.2.2 Erwarteter Nutzen und Herausforderungen

Die Implementation der Gestaltungsdiagnostik «palliativ» im ZLH lässt einen klar strukturierten und theoriebasierten Prozess zur Hilfeplanung bei palliativen Komplexsituationen erwarten. Vor allem das Durchlaufen der Stufe 1 des Rahmenmodells impliziert eine theoriegeleitete Untermauerung der Hilfeplanung in Abgrenzung zu den in der gesichteten Literatur behandelten palliativen Fachbesprechungen, bei denen primär der Einbezug der vier Bedürfnisdimensionen thematisiert wird ohne Referenz auf die theoretische Rahmung (Lexa, 2015; Gratz et al., 2018). Dabei ist das Vorgehen lösungsorientiert auf ein verbessertes Fallverstehen und die Interventionsplanung ausgerichtet.

Das IPT hat bereits bei der Projektpräsentation die Gefahr der Überforderung der Bewohnenden aufgrund deren beschränkter Aufmerksamkeitsspanne und allfällige Doppelspurigkeiten durch eine intensive Anamnesetätigkeit thematisiert. Während Konkurrenzgebaren bezüglich der Anamnesetätigkeit als primär theoretischer Natur taxiert wird, bietet sich eine hohe Effizienz bei der Informationserhebung aufgrund der ausgeprägten Knappheit zeitlicher Ressourcen im Berufsalltag an. Zu bedenken gilt, dass einzelne Themen durch die spezifische professionelle Betrachtung unterschiedliche Gewichtungen erhalten, die für eine integrative Diagnostik sehr wertvoll sein können. Bei der Anamnesetätigkeit die Balance zwischen diesen beiden Effekten im Einzelfall herzustellen, ist eine der Herausforderungen, denen sich das IPT und insbesondere die Soziale Arbeit stellen muss.

Palliative Situationen eskalieren häufig direkt im Nachgang zum Eintritt ins ZLH. Im Berufsalltag zeigt sich, dass sich zur Beruhigung der Situation wenige, klar abgestimmte Interventionen bewähren, um Sicherheit zu vermitteln. Eine kurzfristige Einberufung einer Fallbesprechung zur Erarbeitung von deeskalierenden Massnahmen ist entsprechend wünschenswert, aus organisatorischen Gründen ist die Fallbesprechung aber auf das Zeitfenster am Dienstag festgelegt. Palliative Prozesse weisen eine hohe Dynamik auf, so dass sich eine konkrete Bewohnendensituation innerhalb von wenigen Tagen grundlegend ändern kann. Einfluss auf den Prozess nimmt dabei nicht zuletzt die Zusammensetzung des diensthabenden Pflorgeteams. Dass das psychosoziale Team am Wochenende im ZLH nicht präsent ist, die Pflege hingegen eine Präsenz von 24/7 bietet, ist dabei einer integrativen Herangehensweise nicht (unbedingt) dienlich. In eine ähnliche Richtung weist die Tatsache, dass die Professionellen der inneren Kreise nicht umfassend an den Fachgesprächen beteiligt sind.

Die hohe Falldynamik impliziert auch, dass der Entscheid für eine Fallbesprechung äusserst kurzfristig fallen kann. Die Fachgespräche sind aber zeitlich weit im Voraus geplant

und entsprechend thematisch vordefiniert, unabhängig vom effektiven Bedarf zum relevanten Zeitpunkt. Soll das Gefäss gewinnbringend für das IPT genutzt werden, ist von den Themenverantwortlichen eine hohe Flexibilität gefordert, bei Bedarf von der Planung abzuweichen. Ausserdem ist eine gute Kommunikation zwischen den Themenverantwortlichen von Nöten.

### 6.3 Massnahme M3: Moderation Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen durch die Soziale Arbeit

Ausgehend von der eben vorgestellten Grundstruktur der Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen wird hier die konkrete Konzeptualisierung unter Einbezug der erforderlichen Moderationsunterlagen adressiert. Mangels Angaben in den Originalquellen zur konkreten Ausgestaltung von Stufe 2 und 3 der Gestaltungsdiagnostik wird methodisch verwandte Literatur beigezogen. Anhaltspunkte bieten einerseits Materialien zur Moderation von Gruppenarbeiten, andererseits Leitfäden zu ethischen und palliativen Fallbesprechungen bzw. Fallkonferenzen im Gesundheitsbereich (Bieger, Mügge, Höller & Müller, 1999; Gratz et al., 2018; König & Schattenhofer, 2017; Lexa, 2015; Marckmann & Mayer, 2009; palliative zh+sh, n. d.). Diese folgen dem Grundmuster von Problemdefinition/Fallpräsentation, Faktensammlung, Bewertung und Beschlussfassung – das Grundmuster wird auch für die Moderation der Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen übernommen. Es werden Flipcharts zur Visualisierung der Verfahrensschritte, eine Protokollvorlage sowie ein Moderationsleitfaden erarbeitet – die Moderationsmaterialien sind in Anhang 6 zu finden.

Da die Wirkung von Visualisierungen im Vorfeld nicht abschliessend beurteilt werden kann, gilt der erste Durchlauf der Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen als Pretest (Flick, 2019, S. 312).

#### 6.3.1 Pretest und Adaptionen

Zunächst wird die Fallbesprechung durch die Fall- bzw. Problembeschreibung der fall-einbringenden Person eröffnet.

##### *Flipcharts*

Im Bewusstsein, dass die Strukturierung der Wissensbestände in Begrifflichkeiten, die dem IPT vertraut sind, für eine speditive und gehaltvolle Faktensammlung während der Fallbesprechung förderlich ist (Gratz et al., 2018, S. 86), werden diese entlang der vier zentralen Bedürfnisdimensionen in der Palliative Care gesammelt, siehe Abbildung 15 in Anhang 6. Durch gezielte Fragen ist seitens der Moderatorin sicherzustellen, dass

lebenswelt- und biographiebezogene Merkmale einbezogen werden. Es ist davon auszugehen, dass relevante Professionen wie eventuell auch die Bezugspflegerpersonen am Fachgespräch nicht vertreten sind. Als unterstützend wird daher (soweit vorhanden) der Beizug der Sozialmatrix zur Ermittlung der individuellen und sozialen Ausstattung der betrachteten Person angesehen. Das zweite Flipchart nimmt zunächst die leitende Fragestellung auf und ist visuell eng am Rahmenmodell der Gestaltungsdiagnostik ausgerichtet. Im Zentrum steht das biopsychosoziale Koordinatenkreuz mit den individuellen bzw. sozialen Ressourcen und Stressoren, aus deren Zuordnung heraus die Interventionen abgeleitet werden.

Trotz positiver Rückmeldungen zur ersten Fallbesprechung palliativer Komplexsituationen ist die gewählte Visualisierung nicht benutzerfreundlich, wie die Ausführungen zur Durchführung in Kapitel 8.2.1 zeigen. Aufgrund des engen Zeitrahmens ist das ausgeprägt stufenweise Vorgehen kritisch zu beurteilen. Der Übergang vom biopsychosozialen Koordinatenkreuz zur Interventionsplanung ist ausserdem nicht trivial. Es ist eine Visualisierung vorzuziehen, die eine rasche Zuordnung der Ausstattungsmerkmale zu den Stressoren bzw. Ressourcen erlaubt. Gleichzeitig drängt sich eine Ausdifferenzierung der Problemperspektive nach Ursachen und Folgen auf. Das Verständnis für Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge betreffend die Problemstellung erhöht die Nachhaltigkeit der abgeleiteten Interventionen und fördert dadurch die Effektivität des Verfahrens. Schliesslich ist die raumgreifende Differenzierung nach der Person und ihrem Umfeld nicht zweckmässig. Eine farbliche Unterscheidung der dokumentierten Stichwörter erlaubt eine platzsparende Zuordnung der adressierten Akteure und gibt gleichzeitig den Blick frei für die Hilfeplanung – die zuweilen ohne den Einbezug sozialer Ressourcen vonstatten gehen muss, wie sich bei der Anwendung herausstellen wird. Aufgrund der genannten Überlegungen wird die Visualisierung neu ausgerichtet gemäss Abbildung 16, dabei dient Phineo (2018, S. 21-30) als Vorlage.

Das biopsychosoziale Koordinatenkreuz wird in eine Problem- und eine Lösungsperspektive auseinanderdividiert, wobei letztere direkt in die Interventionsplanung überleitet. Die beiden Flipcharts werden grundsätzlich von der Problem- zur Lösungsorientierung und von unten nach oben durchgearbeitet. Der Flipchart «Wissensbestände» wird in einer adaptierten Form beibehalten, um (zeitweise) jene Ausstattungsmerkmale aufzunehmen, die (noch) nicht (eindeutig) den beiden Perspektiven zugeordnet werden können. Die Zuordnung der Stichwörter zur Person bzw. ihrem Umfeld erfolgt über verschiedenfarbige Moderationskärtchen. Generell ist der Einsatz selbstklebender Moderationskarten für die Ausstattungsmerkmale zu empfehlen, um diese nach Bedarf zeitsparend umplatzieren zu können.

Mit der Zusammenfassung der verfolgten Zielsetzung, der vereinbarten Interventionen und der Nennung der für die Implementation Verantwortlichen schliesst die Fallbesprechung ab.

### *Protokollvorlage*

Für die Erarbeitung der Protokollvorlage sind zwei Aspekte leitend. Erstens soll die Vorlage dem bzw. der Protokollführenden ermöglichen, sich trotz des Protokollierens an der Diskussion zu beteiligen, um die fallspezifischen Ressourcen der bzw. des Protokollführenden nutzen zu können. Zweitens soll der Zeitaufwand im Nachgang zum Fachgespräch möglichst gering gehalten werden. Für eine möglichst ressourcenschonende Protokollierung des Fachgesprächs bietet sich eine Photodokumentation an und nur weiterführende Bemerkungen werden handschriftlich ergänzt. Die Protokollvorlage, dargestellt in Abbildung 17, nimmt diese Anliegen auf.

### *Moderationsleitfaden*

Der Moderationsleitfaden, dargestellt in Abbildung 18, dient als Anleitung zur Durchführung der Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen. Sie liefert entsprechend alle wesentlichen Informationen von der Vorbereitung bis zur abschliessenden Evaluation des Fachgesprächs im Rahmen des Pilotprojekts. Mögliche Fragen zur Ermittlung relevanter Ausstattungsmerkmale und zur Förderung des Perspektivenwechsels bei den Teilnehmenden unterstützen dabei die Moderation.

## **6.3.2 Erwarteter Nutzen und Herausforderungen**

Ganz grundsätzlich schafft das immer wieder gleiche Vorgehen in der Fallbearbeitung von palliativen Komplexsituationen Kontinuität, die mit der Zeit Routine im Umgang mit dem Gefäss ermöglicht. Dies trägt zur Komplexitätsreduktion in der Fallbesprechung bei. Die Möglichkeit zur Photodokumentation in der Protokollvorlage setzt ausserdem Ressourcen für andere Tätigkeiten im Nachgang zur Fallbesprechung frei. Die Verfügbarkeit der Moderationsmaterialien gestattet die Verankerung dieser Form von Fallbesprechungen im ZLH auch bei einem Stellenwechsel der Sozialarbeitenden und festigt so die IPZ auf der Strukturebene.

Die hohe Falldynamik wurde bereits im Kontext von M2 als Herausforderung genannt. Bei sehr kurzfristig einberufenen Fallbesprechungen ist die Möglichkeit zur Individualisierung der Flipcharts und zur Vorbereitung von Moderationskärtchen eingeschränkt. Müssen alle Ausstattungsmerkmale während des Fachgesprächs kollektiv erarbeitet werden, stellt das Zeitmanagement hohe Anforderungen an die Moderation.

Die Moderatorin ist generell gefordert, beim Sammeln sowohl lebenswelt- wie auch biographieorientierte Ausstattungsmerkmale abzufragen. Insbesondere bei einer Zuordnung als Stressor ist dies punktuell in Frage zu stellen durch deren Neubewertung im Lichte der verfolgten Zielsetzung. Konkret kann z.B. infantiles Verhalten leichte Ablenkbarkeit implizieren, was sich im Pflegealltag als Ressource entpuppen kann. Gelingt es, die Ausstattungsmerkmale wertfrei in Bezug zur Zielsetzung zu betrachten, kann sich die Faktensammlung als Fundgrube für individuell abgestimmte Interventionen erweisen.

Als grosse Herausforderung wird das enge Zeitkorsett von 45 Minuten für die Fallbesprechungen wahrgenommen. Bezeichnenderweise wird in der Literatur für palliative Fallbesprechungen mit 1.5 bis 2 Stunden ein deutlich grosszügigerer zeitlicher Rahmen vorgegeben (palliative zh+sh, n.d.; Gratz et al., 2018; Lexa, 2015).

Schliesslich unterliegt die Schreibende aufgrund ihrer Doppelrolle als Moderatorin und einzige Sozialarbeiterin im ZLH einem Rollen- bzw. Interessenkonflikt bei der Moderation. Die Doppelfunktion birgt die Gefahr, dass die Perspektive der Sozialen Arbeit in der Fallbesprechung nicht hinreichend Aufmerksamkeit erhält oder aber die innere Distanz der Moderatorin zur inhaltlichen Diskussion zu wünschen übriglässt. Das Ausbalancieren der beiden Rollen muss in jeder Fallbesprechung als anspruchsvoll bezeichnet werden. Die Problematik stellt sich grundsätzlich und unabhängig von der konkreten Struktur des Fachgesprächs. Sie bietet auch die Chance, das Kompetenzspektrum der Sozialen Arbeit im IPT bekannt(er) zu machen.

---

## 7 Projektablaufplan

---

Das Pilotprojekt wurde im Sommer 2019 mit der Themeneingabe bei der ZHAW sowie im Handlungsfeld mit der Besprechung der Projektidee mit der PDL im ZLH lanciert, wie aus dem Projektablaufplan in Tabelle 3, Anhang 3 zu entnehmen ist. Die Vorarbeiten waren mehrheitlich bis Oktober 2019 abgeschlossen. Nur das Literatur- und Methodenstudium sowie die Erarbeitung der Disposition zogen sich aufgrund einer erforderlichen Anpassung in den November.

Zeitgleich mit den Vorarbeiten wurde die Planung der Pilotphase vorangetrieben. Zunächst stand die Vorstellung des Projekts beim IPT an. Ausserdem erfolgte die Ausarbeitung der Massnahmen, wobei die Arbeiten für die Massnahmen M2 und M3 Hand in Hand gingen aufgrund deren thematischen Verschränkung. Die Terminierung der Projektwerkstatt erfolgte provisorisch, da die definitiven Daten seitens der ZHAW zum Zeitpunkt der Projektplanung noch nicht feststanden.

In Absprache mit der PDL wurde für die Pilotphase von Dezember 2019 bis April 2020 je ein Fachgespräch zu palliativen Komplexsituationen pro Monat geplant. Abweichungen von den Planungsvorgaben resultierten einerseits mangels Verfügbarkeit komplexer Fallsituationen zum terminierten Zeitpunkt und andererseits aufgrund der Schutzmassnahmen im Zuge der COVID-19 Pandemie. Es musste die vorzeitige Beendigung der Pilotphase, die Verschiebung der abschliessenden Austauschitzung mit der PDL sowie die Verschiebung des Abgabetermins der Bachelorarbeit in Kauf genommen werden. Details zu den Planabweichungen finden sich im nachfolgenden Kapitel.

---

## 8 Dokumentation der Durchführung

---

Die Dokumentation bezieht sich einerseits auf die Einführung der Sozialmatrix und andererseits auf die Durchführung der interprofessionellen Fachgespräche zu palliativen Komplexsituationen in der Zeit von Dezember 2019 bis einschliesslich April 2020. Da Massnahme M2 und M3 in der Ausführung zusammenfallen, werden sie auch gemeinsam dokumentiert.

### 8.1 Sozialmatrix

Die überarbeitete Vorlage zur Sozialanamnese lag planmässig per Dezember 2019 für alle neu eingetretenen Bewohnenden vor. Bis Ende April 2020 traten 39 Personen ins ZLH ein. Zwischen dem 13.03.2020 und dem 31.03.2020 konnte die Sozialarbeitende aufgrund der COVID-19 bedingten Veränderungen keine Erstgespräche bei Neueintritten durchführen, im April in einem reduzierten Ausmass.

#### *Handhabung im Erstgespräch*

Generell machte sich bei den ersten Gesprächen mit der neuen Gesprächsvorlage der Mangel an Routine mit dem Arbeitsinstrument deutlich bemerkbar – wohlgermerkt ein Arbeitsinstrument, das sehr kompakt vielfältige Informationen aufnimmt. Zum Beispiel war es in einzelnen Situationen herausfordernd, den «richtigen» Platz für die Dokumentation einzelner Informationen zeitnah zu finden und gleichzeitig das Gespräch im Fluss zu behalten. Zunehmend gelang die Orientierung innerhalb der Anamnesematrix besser, konnte deren Informationsdichte gewinnbringend genutzt werden. Es erwies sich z.B. als hilfreich, den Zeitpunkt der Erstdiagnose im Gespräch abrufen zu können, da er Anhaltspunkte über die spezifischen Belastungen der Betroffenen zulässt. Die Kenntnis der bisherigen Wohnsituation bot häufig Anknüpfungspunkte im Gespräch im Sinne einer Türöffner-Funktion. Der Sozialarbeiterin fiel auf, dass durch die differenzierte und dokumentierte Vorbereitung die eigene Präsenz «im Fall» leichter gewährleistet werden konnte. Arbeitserfahrung im Berufsfeld half der Sozialarbeiterin in der Vorbereitung, potentiell relevante Informationen herauszufiltern.

#### *Nachbearbeitung des Erstgesprächs*

Grundsätzlich reduzierte sich durch das Einscannen des Gesprächsprotokolls der Arbeitsaufwand im Nachgang zu den Anamnesegesprächen erheblich. Bedauerlicherweise stellten sich wiederholt technische Probleme beim Integrieren der Scans in das hausinterne Dokumentationssystem ein, so dass die Gesprächsprotokolle erst im März im LOBOS zur Verfügung standen.

## 8.2 Interprofessionelle Fallbesprechung «Palliative Komplexsituation»

Die Durchführungsphase für die interprofessionellen Fallbesprechungen war auf Anfang Dezember 2019 bis April 2020 angesetzt. Allerdings wurde ein kurzfristig verfügbarer Termin Ende November für die erstmalige Durchführung der Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen genutzt.

### 8.2.1 Fallbesprechung vom 26.11.2019, Pretest

#### *Vorbereitung*

Nach längerem Abwägen möglicher Fallsituationen fiel erst kurz vor Beginn der Fallbesprechung der Entscheid für den konkreten Fall «M». Eine Vorbereitung der erforderlichen Materialien (Beschriftung von Moderationskarten mit bekannten Ausstattungsmerkmalen, Personalisierung der Flipcharts) war daher nur teilweise möglich, zumal auch die Absprache mit der tagesverantwortlichen Pflegenden betreffend die Fallpräsentation noch ausstand.

#### *Durchführung*

Zunächst wurde die Protokollführung vergeben, die Motivation für die Fallbesprechung inklusive leitende Fragestellung sowie deren Ablauf kurz skizziert.

Vertraut mit der Differenzierung von Ausstattungsmerkmalen entlang den vier Dimensionen menschlicher Bedürfnisse stieg das Team direkt in das Sammeln der Wissensbestände zur betrachteten Person ein. Auch wenn der Wiedererkennungswert der Darstellung für die Arbeit mit dem Team konstruktiv wirkte, nahm die Sozialarbeiterin die Bestandsaufnahme als eher unstrukturiert und sehr zeitaufwändig wahr. Positiv festzuhalten ist, dass durch das wertfreie Sammeln von Informationen auch Aspekte zur Sprache kamen, die sich erst im Kontext der Fragestellung als Ressource identifizieren liessen wie zum Beispiel die leichte Ablenkbarkeit von M.

Mit Blick auf den begrenzten Zeitrahmen beanspruchte die Zusammenführung der Wissensbestände im Team erheblich mehr Zeit als geplant, ohne dass bisher eine Differenzierung nach Ressourcen bzw. Stressoren sowie nach Person bzw. Umfeld vorgenommen worden wäre. M. konnte nicht auf ein nennenswertes Bezugsumfeld zurückgreifen. Angesichts des Zeitdrucks musste die Differenzierung nach Ressourcen und Stressoren direkt mit der Interventionsplanung angegangen werden. Insgesamt erwies sich der Flipchart «Bewertung aufgrund Fragestellung» mit dem biopsychosozialen Koordinatenkreuz als wenig brauchbar, zumal die geplanten Interventionen visuell im Hintergrund bleiben. Die Moderatorin passte den Ablauf spontan an und entwickelte im Dialog über den Charakter der gesammelten Ausstattungsmerkmale (Ressourcen/Stressoren) die

Interventionsplanung, ohne den vorbereiteten Flipchart effektiv zu nutzen, wie in Abbildung 21, Anhang 7 ersichtlich ist.

Gegen Ende des Fachgesprächs wurde aus dem Plenum ein Thema eröffnet, das deutlich über die dem Fachgespräch zugrundeliegende Fragestellung hinausging. Im Bewusstsein, dass bei einem Eingehen auf die Diskussion das Zeitmanagement aus dem Ruder laufen würde, auf der inhaltlichen Ebene aber eine Positionierung der Sozialen Arbeit angebracht wäre, nahm die Sozialarbeitende hier deutlich einen Interessenkonflikt mit ihrer Moderatorenrolle wahr.

Es wurden einige sehr wertvolle Interventionen festgelegt und das Bewusstsein für die Ressourcen der besprochenen Bewohnerin geschärft.

#### *Nachbereitung*

Das Fachgesprächsprotokoll wurde im LOBOS abgelegt. Im folgenden ID wurden die wichtigsten Inhalte des Fachgesprächs zur Information des IPT nochmals angesprochen. Eine Anpassung der Interventionen war gemäss Rücksprache mit der Pflege nicht notwendig.

### **8.2.2 Fallbesprechung vom 28.01.2020**

Von Seiten der Pflege wurde eine Thematik vorgeschlagen, die primär den Umgang des IPT mit einer Bewohnenden in den Blick nahm, also eher nach einer Intervention verlangte. Auf Anregung der Sozialarbeitenden übernahm die Seelsorge das aktuelle Fachgespräch, die Sozialarbeitende übernahm die inhaltliche Verantwortung für das Fachgespräch der Folgewoche.

### **8.2.3 Fallbesprechung vom 04.02.2020**

#### *Vorbereitung*

Am Vormittag fiel der Entscheid für die konkrete Fallsituation «G». G. konnte sich aufgrund seiner Erkrankung kaum verbal ausdrücken, es waren nur sehr wenig Informationen zu seiner Person bekannt. Bereits vor dem Wochenende vereinbarte die Sozialarbeitende mit den erwachsenen Töchtern von G. einen Gesprächstermin für Dienstag 13 Uhr, so dass rechtzeitig zum Fachgespräch um 14.15 Uhr zusätzliche Informationen zur Fallsituation zu erwarten waren. Nachdem bekannt wurde, dass alle drei Kinder von G. beim Gespräch anwesend sein würden und die Ärztin die gesundheitliche Situation von G. am Dienstag als sehr volatil einschätzte, wurde auf Wunsch der Ärztin ein Rundtischgespräch mit Familie G., dem Arztdienst, der Pflege und dem Sozialdienst angesetzt. Erwartungsgemäss dauerte das Rundtischgespräch deutlich länger als das ursprünglich geplante Anamnesegespräch. Es blieb keine Zeit, die neu gewonnenen Informationen

für das Fachgespräch aufzubereiten und die Materialien im Vorfeld zu installieren. Das Fachgespräch ist in Abbildung 22 dokumentiert.

### *Durchführung*

Mit leichter Verspätung wurde die Fallbesprechung eröffnet. Zum Abschluss der Einführung wurde der standardisierte Fragebogen zur Evaluation des Fachgesprächs kurz erklärt. Die Fallpräsentation zu G. fiel aufgrund der Verspätung sehr knapp aus, was sich für diejenigen Teammitglieder als eher schwierig herausstellte, die G. bisher noch nicht kannten. Die Informationssammlung zu den Ausstattungsmerkmalen von G. wurde primär von den Teilnehmenden des Rundtischgesprächs getrieben. Die Moderatorin als wichtige Informationsträgerin aus dem Rundtischgespräch befand sich hier in einem Rollenkonflikt, der bei wenig Routine in der Moderation herausforderte. Das inhaltliche Eingebunden-Sein bewirkte bei der Sozialarbeitenden das Gefühl fehlender innerer Distanz und Gelassenheit in der Moderationsrolle, was von einem Teilnehmer via Evaluation auch zurückgemeldet wurde.

Die Einführung des zentralen Problems gleich zu Beginn der Fallvorstellung wie auch die Verwendung von selbsthaftenden Moderationskarten für die Ausstattungsmerkmale von G. sowie deren Bewertung anhand des Problem- und Lösungsbaums durch einfaches Abziehen von und Aufkleben auf den Flipcharts erwies sich als zeitsparend und strukturierend in der Diskussion. Die Identifikation der Stressoren und Ressourcen bot ausserdem eine gute Grundlage zur Interventionsplanung, so dass das Fachgespräch trotz dem verspäteten Einstieg und der sehr komplexen Fallsituation nahezu pünktlich mit der Festlegung konkreter Massnahmen und der Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse abgeschlossen werden konnte.

### *Nachbereitung*

Die standardisierte Evaluation wurde durchgeführt und das Fachgesprächsprotokoll im LOBOS abgelegt. Im folgenden ID wurde von der Pflege eine Einschätzung zu den vereinbarten Massnahmen eingeholt und kurz diskutiert.

## **8.2.4 Fallbesprechung vom 25.02.2020**

Am Vormittag wurden zwar mehrere latent virulente Themen betreffend verschiedene Bewohnende identifiziert. Es wurde aber die Gefahr der Problematisierung von Themen gesehen bei einer Behandlung dieser Bewohnenden in einer Fallbesprechung. In der Folge wurde das Fachgespräch abgesagt.

### **8.2.5 Fallbesprechungen ab 17.03.2020**

Nach dem schweizweit verordneten «Lockdown» per 17.03.2020 aufgrund der Verbreitung des COVID-19-Virus wurden alle interprofessionellen Gesprächsgefässe ausgesetzt, die psychosozialen Dienste verabschiedeten sich grossmehrheitlich ins Homeoffice. Es war zunächst davon auszugehen, dass das Pilotprojekt abgebrochen werden musste. Nach Absprache mit der PDL und der Geschäftsleitung war es der Sozialarbeitenden ab dem 31.03.2020 gestattet, trotz Pandemieregulung reduziert im ZLH präsent zu sein.

### **8.2.6 Fallbesprechung vom 31.03.2020**

#### *Vorbereitung*

Bei der Ankunft der Sozialarbeiterin im ZLH zur Mittagszeit wurde sie über die Bewohnerin «S» informiert. Diese war erst am Vortag eingetreten und brachte das Pflorgeteam wie auch die Ärztin bereits an deren Grenzen aufgrund ihres herausfordernden Verhaltens. Nach Rückfrage bei der Pflege übertrug diese die Moderation des Fachgesprächs der Sozialarbeitenden. Als Ziel des Fachgesprächs wurde von Seiten der Pflege formuliert, dass es primär um ein verbessertes Fallverstehen bei den anwesenden Pflegenden ginge, allenfalls könnten daraus später geeignete Handlungsschritte abgeleitet werden. Es blieb keine Zeit zur Vorbereitung von Moderationskarten, die Einführung der Fallsituation konnte hingegen noch delegiert werden. Das Fachgespräch ist in Abbildung 23 dokumentiert.

#### *Durchführung*

Die Fallpräsentation wurde von zwei Pflegenden übernommen, sie ging fließend in die Sammlung der Ausstattungsmerkmale von S. über. Aufgrund der kurzen Verweildauer von S. im ZLH beschränkten sich die Inputs diesbezüglich auf wenige Pflegenden, wobei die Sozialarbeitende aufgrund ihrer Involvierung in das Eintrittsmanagement gezielt Fragen zu einzelnen Ausstattungsmerkmalen stellen und Ergänzungen anbringen konnte mit dem Ziel sowohl biographie- wie auch lebensweltorientierte Wissensbestände einzubeziehen. Das Erkennen der auslösenden Faktoren für die vorliegende Problemstellung sowie die Identifikation geeigneter Strategien unter Einbezug vorhandener Ressourcen erfolgte unter Mitarbeit einer grossen Mehrheit des Teams. Dabei wurde der Gesprächsverlauf einerseits durch die stellvertretende PDL als Informationsträgerin und andererseits durch die Moderatorin getrieben. Der lockere Wechsel des Fragenstellens zwischen der stellvertretenden PDL und der Moderatorin wurde von letzterer als gesprächsfördernd und aufgrund der spezifischen Fallkenntnisse der stellvertretenden PDL als

sehr zielführend wahrgenommen. Dass die farbliche Unterscheidung von S und ihrem Umfeld vergessen ging, ist wohl der ausserordentlichen Situation geschuldet.

Da die Sozialarbeitende mangels eigener Gesprächserfahrungen mit S. inhaltlich wenig zur Fallsituation beitragen konnte, war ihr eine weitgehende Konzentration auf die Moderatorenrolle möglich. In Verbindung mit der einsetzenden Routine in der Moderation des Fachgesprächs nahm die Schreibende die Fallbesprechung unaufgeregt und strukturiert wahr. Entsprechend fiel es ihr vergleichsweise leicht, das Zeitmanagement im Auge zu behalten und abschliessend die wesentlichen Punkte der Fallbesprechung zusammenzufassen.

### *Nachbereitung*

Die standardisierte Evaluation wurde durchgeführt und das Fachgesprächsprotokoll im LOBOS abgelegt. Eine Nachbearbeitung des Fachgesprächs im Rahmen des IDs war nicht möglich aufgrund des pandemiebedingten Ausfalls des ID.

---

## 9 Evaluation der Massnahmen

---

Die Evaluation bezieht sich auf die mit dem Pilotprojekt verfolgten Ziele gemäss Zielbaum und die durchgeführten Massnahmen. Die Evaluation der Teilziele erfolgt anhand der zugehörigen Indikatoren. Während die Sozialmatrix (M1) summativ aufgrund einer Selbstevaluation beurteilt wird, erfolgt die Evaluation der Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen (M2 und M3) zusammen sowohl formativ wie auch summativ anhand von Fremdeinschätzungen des IPT. Einsichten der Schreibenden aus der Durchführung der Fallbesprechungen runden die Evaluation ab.

### 9.1 Summative Selbstevaluation Sozialmatrix

Die Anpassung der Dokumentations- und Gesprächsvorlage wurde von dem Bestreben getrieben, das *Soziale* des betrachteten Menschen fassbar zu machen. Die Sichtung der seit Dezember 2019 genutzten Sozialmatrizen zeigt meist ein breites Themenspektrum, das bei den Anamnesegesprächen behandelt wurde, um das Abschiednehmen der sterbenden Person in den relevanten biographischen und Umweltbezügen zu verstehen. Soziale Ressourcen der Sterbenden kamen ebenso zur Sprache wie persönliche Kraftquellen, belastende Themen oder auch potentiell unterstützende Therapieangebote. In Anhang 7 Dokumentation der Durchführung sind zwei typische Mitschriften der Sozialanamnese abgebildet.

Nur ausnahmsweise beschränkte sich die Dokumentation in der Pilotphase auf Fragen zur Aufenthaltsfinanzierung und Vollmachtregelung.

#### *Einsichten aus der Einführung der Sozialmatrix*

Die Sozialmatrix zwang stärker zur Auseinandersetzung mit der Fallsituation im Vorgang zum Erstgespräch als die vorbestehende Vorlage und generierte ausserdem eine schnelle Übersicht über die Personendaten und (vermuteten) Problemlagen. Sie diente insofern als differenzierte Gedankenstütze für das Gespräch. Dieser Aspekt erwies sich als gewichtiger Vorteil, da sich die Verweildauern der Bewohnenden im ZLH stetig verkürzen und Eintritte immer wieder gehäuft auftreten, so dass mehrere Bewohnende noch nicht bekannt und entsprechend Verwechslungen möglich sind. Durch den systematischen Einbezug vorbekannter Informationen konnten auch Doppelbefragungen bei den Bewohnenden reduziert werden. Die genannten Vorteile gingen klar mit dem Nachteil eines zusätzlichen Zeitaufwands einher für die Aufbereitung der Vorlage mit Informationen, die bereits vorlagen.

Schliesslich deckt die neue Vorlage eher die Vielfalt an Themen ab, die bei der Anamnese relevant sein können. Da die Aufmerksamkeitsspanne der Bewohnenden meist sehr begrenzt ist galt es, die Gesprächskapazitäten des Gegenübers und das Zeitmanagement aufmerksam im Auge zu behalten, damit Raum für offene Fragen und Themen blieb, die von den Bewohnenden eingebracht wurden. «Zugewandtsein» und «Offenheit für die Botschaften des Gegenübers» wurden unter dem neuen Anamneseregime als zentrale Kompetenzen in der Gesprächsführung erfahren.

## 9.2 Evaluation Fallbesprechungen

Vor Beginn des COVID-19-bedingten Shutdowns fielen insgesamt 12 Fachgesprächstermine in die Pilotphase, von diesen wurden 3 Termine mangels Bedarfs seitens der Pflege abgesagt.<sup>5</sup> In der Summe konnten während der Pilotphase 3 Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen durchgeführt werden.

### 9.2.1 Formative Evaluation

#### *Evaluation «Pretest»*

Es war keine standardisierte Evaluation der ersten interprofessionellen Fallbesprechung palliativer Komplexsituationen vorgesehen. Vielmehr wurde bei der PDL, dem Pflegeexperten und den beiden anwesenden Kolleginnen der psychosozialen Dienste direkt im Nachgang zur Fallbesprechung Feedback eingeholt, um die gewählte Gestaltungsform einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

Das Feedback fiel deutlich positiver aus als die Selbstevaluation der Schreibenden. Das Anknüpfen an der in der Palliative Care bekannten mehrniveaunalen Betrachtung wurde als sehr diskussionsfördernd herausgehoben. Die Strukturierung der Verfahrensschritte wie auch die ansprechende Visualisierung der Flipcharts wurde von allen Befragten als übersichtlich und hilfreich bewertet. Schliesslich wurde die Protokollvorlage als gelungen beschreiben.

Die Ursachen für die Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung sieht die Schreibende darin begründet, dass bei komplexen Problemlagen bisher keine Strukturierung der Fallbesprechung erfolgte und daher das gewählte Vorgehen eine Verbesse-

---

<sup>5</sup> Von den verbleibenden 9 Daten wurden zwei Termine von der Pflege, zwei von der Sozialarbeiterin und ein Termin wurde von der Seelsorge übernommen. Erstmals wurden 4 Termine von der Kunsttherapeutin bedient, Reflecting Teams und Fachinputs der Ärztin fanden nicht statt. Ein Fachgespräch zu palliativen Komplexsituationen wurde nach Einführung der Pandemie-Schutzmassnahmen durchgeführt.

rung darstellte. Ausserdem fehlten den Befragten Hintergrundinformationen zur theoretischen Rahmung des Projekts, so dass die Zweckmässigkeit der gewählten Vorgehensweise mit Blick auf die intendierten Anliegen nicht beurteilt werden konnte.

#### *Evaluation der folgenden Fallbesprechungen*

Die Fallbesprechungen wurden mithilfe eines standardisierten Fragebogens evaluiert. Die Ausführungen zur konkreten Ausgestaltung des Evaluationsbogens sowie weitere Überlegungen zum zugrundeliegenden Evaluationskonzept finden sich in Anhang 8 Projektevaluation.

Gemäss den Fragebögen beurteilten alle Teilnehmenden die Fallbesprechungen als förderlich für ein vertieftes Fallverstehen. Die Fallbesprechungen wurden von allen mit Ausnahme einer bzw. eines Teilnehmenden als strukturiertes respektive mehrheitlich strukturiertes Vorgehen zur Interventionsplanung wahrgenommen. Darüber hinaus wurden die Visualisierungen als sehr unterstützend, das Zeitmanagement der Moderatorin als gelungen beurteilt.

### **9.2.2 Summative Evaluation**

#### *Einsichten aus der Moderation der Fallbesprechungen*

Die Erfahrungen mit den geplanten und effektiv durchgeführten Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen lassen vermuten, dass die Moderation generell sehr viel Spontaneität und Flexibilität erfordert, weil der Entscheid für eine konkrete Fallsituation im ZLH sehr kurzfristig fällt. Dabei stellte sich der Entscheidungsprozess bis zur Festlegung einer konkreten Fallsituation als kritisch heraus, die Abwesenheit der Bezugspfleger bei Bewohnenden mit längerer Verweildauer als eigentlicher Knackpunkt. Der Zeitrahmen für das Fachgespräch musste angesichts der Komplexität der betrachteten Fälle als eng angesehen werden.

Der Zugriff auf nicht-dokumentiertes biographisches Wissen erwies sich nach wie vor als Herausforderung und hing primär von der konkreten Zusammensetzung des Teams bei der Fallbesprechung ab. In der Literatur wird wiederholt beschrieben, dass für die Moderation von Fallbesprechungen kein inhaltliches Wissen nötig sei (König & Schatthofer, 2017). Hingegen lässt sich aufgrund der gesammelten Erfahrungen feststellen, dass bei komplexen Fallsituationen für gezielte Fragen im Moderationsprozess Hintergrundwissen sehr bedeutsam sein kann v.a. angesichts der beschränkten Zeit, die für die Moderation zur Verfügung steht.

Da die Moderatorin die einzige Sozialarbeiterin im ZLH ist, findet sie sich bei der Moderation von Fallbesprechungen grundsätzlich in einem Rollenkonflikt wieder. Während

von der Sozialarbeiterin als Informationsträgerin und «Expertin für das Soziale» wichtige Impulse auf der Sachebene zu erwarten sind, wird die Moderatorin als Regieführende auf der Metaebene des Gesprächs gesehen, die sich durch innere Distanz zur inhaltlichen Diskussion auszeichnet. Ein in der Sache gewinnbringendes Gleichgewicht zwischen diesen beiden Anforderungen zu finden, stellte hohe Anforderungen an die Moderation der Fallbesprechungen.

Als sehr wertvoll erwies sich die Offenheit der Methodik für unterschiedliche Foki in der Anwendung. Um primär das Fallverstehen zu erhöhen war es im Einzelfall sinnvoll, die Fallbesprechung vorrangig zum Sammeln und Sortieren der Ausstattungsmerkmale zu nutzen. Dies erschien insbesondere dann sinnvoll, wenn das Verhalten der betrachteten Person oder des Bezugssystems das Team irritierte bzw. nicht eingeordnet werden konnte. In einer anderen Fallkonstellation wiederum war die Entwicklung einer umfassenden Interventionsplanung zweckdienlich. Grundsätzlich schaffte dabei das «offene Sammeln» von Ausstattungsmerkmalen Raum für Unerwartetes, was den Ressourcencharakter einzelner Ausstattungsmerkmale anbelangt. Es zeigte sich auch, dass das ZLH-Team gewohnt ist, über Professionsgrenzen hinweg zu denken und ohne fachspezifische «Scheuklappen» Wissensbestände zu sammeln bzw. zu verwerten.

#### *Fremdevaluation: Austauschsituation PDL*

Geplant war eine abschliessende SWOT-Analyse der Fallbesprechungen durch die Fachgesprächsteilnehmenden, pandemiebedingt konnte dies nicht realisiert werden. Die abschliessende Austauschsituation mit der PDL H. Kuhn und deren Stellvertretung R. Bucher konnte hingegen etwas verspätet durchgeführt werden.

In der Austauschsituation unterstrich R. Bucher die strukturgebende Kraft und Klarheit des Gefässes (pers. Mitteilung, 23.06.2020). Die Führung der Fallbesprechung zeichne sich durch gutes Zeitmanagement, dem Erkennen der Kernaussagen und Flexibilität bei der Diskussionsführung aus, die Moderation sei gelungen. Das Delegieren z.B. der Beschriftung von Kärtchen zur Entlastung könne ausgebaut werden. H. Kuhn unterstrich den unterstützenden Charakter der Darstellungen (pers. Mitteilung, 23.06.2020).

Die erneute Durchführung einer Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen bereits Anfang Juni unter COVID-Rahmenbedingungen (Abbildung 24, Anhang 7) wie auch die fixe Einplanung von Fachgesprächen unter der Leitung der Sozialen Arbeit ab September 2020 dürfen wohl als Indiz dafür gelten, dass zum Ende der Pilotphase umfassendes, in der Praxis validiertes Moderationsmaterial vorliegt und das Gefäss einen klaren Nutzen für das IPT im ZLH abwirft.

---

## 10 Schlussbetrachtung

---

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Erfahrung, dass im ZLH regelmässig komplexe Fallsituationen auftreten, deren Analyse den Rahmen der bestehenden Gefässe sprengt. Gleichzeitig kann die Soziale Arbeit auf integrative Diagnostikinstrumente zurückgreifen, deren Anwendung bei derart komplexen Situationen einem vertieften Fallverstehen und einer methodengeleiteten Interventionsplanung förderlich ist. Welche Chancen bietet also eine integrative Diagnostik mit Blick auf das Fallverstehen des IPT im ZLH und wo stösst die Methode im Umgang mit Sterbenden an ihre Grenzen?

### 10.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und Diskussion

Im Zentrum der Projektarbeit steht die Anwendung der integrativen Gestaltungsdiagnostik nach Gahleitner et al. (2014) im ZLH. Die Gestaltungsdiagnostik erweist sich durch ihre Prozessorientierung, die Anerkennung der Relevanz lebensweltlicher Bezüge von Sterbenden und den biographiesensiblen Blick auf den Umgang mit dem Sterben als geeignete Methode zur Fallanalyse und Interventionsplanung im palliativen Kontext. In der Anwendung zeigt sich die Gestaltungsdiagnostik flexibel, was die Zielsetzung angeht. Sie lässt eine Fokussierung ausschliesslich auf das Fallverstehen durch das Sammeln von Informationen über die Fallsituation zu, erlaubt theoriegeleitete Hypothesen über Zusammenhänge zu entwickeln und bietet sich auch bei komplexen Fällen zur Entwicklung der Hilfeplanung an.

Palliative Care ist zugleich Haltung und Behandlungsansatz im Umgang mit lebenslimitierend erkrankten Menschen. Sie setzt die Lebensqualität und Autonomie Sterbender als Massstab, ist durch eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen und eine ausnehmend interprofessionelle Ausrichtung charakterisiert. Palliative Care anerkennt, dass sich das Leiden am eigenen Sterben nicht nur physisch ausdrückt, sondern auch psychische, soziale und spirituelle Dimensionen annehmen kann – ein umfassendes Leiden am Sterben ist im Phänomen des total pain gefasst. Lebensqualität ist unter diesen Prämissen als ausgeprägt subjektiv orientiertes Konzept zu verstehen, das eng mit dem Kohärenzgefühl des Individuums verknüpft ist. Interprofessionalität ist unabdingbar, um das Leiden in den unterschiedlichen Dimensionen zu adressieren und so Sterbenden eine bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen.

Das IPT in der Palliative Care ist v.a. durch ein gemeinsames Problemverständnis, geteilte Verantwortung und ein konstruktives Miteinander gekennzeichnet. Die Gestal-

tungsdiagnostik knüpft an diesen Charakteristika an, die Methodik ist auf allen vier Verfahrensstufen für eine interprofessionelle Bearbeitung prädestiniert, teilweise sogar darauf angewiesen. Ihre Anwendung fördert per se IPZ auf der Prozessebene.

Das Team des ZLH kommt aufgrund seiner Zusammensetzung dem Idealtypus des IPT in der Palliative Care sehr nahe und kann insofern im Langzeitpflegesetting Pionierleistungen erbringen. In der Palliative Care ist die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen als Teamleistung zu verstehen, die Dienstleistungen der involvierten psychosozialen Professionen für das IPT ebenso. Beide sind auch als Kernaufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliative Care anzusehen. Daneben wird der Sozialen Arbeit die sozialrechtliche Beratung und Fallführung, die Betreuung der Freiwilligen sowie Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit zugeschrieben. Die genannten Aufgaben decken sich weitgehend mit dem Auftrag der Sozialen Arbeit im ZLH, lediglich die Fallführung sowie die Betreuung der Freiwilligen gehört nicht zu ihrem Aufgabenportfolio. Dafür ist die Soziale Arbeit im ZLH ins Eintrittsmanagement involviert.

Die «Professionellen der inneren Kreise» sind aufgrund ihrer Expertise für die in der Palliative Care massgeblichen Bedürfnisdimensionen die primäre Zielgruppe des Pilotprojekts. Während der Weiterbildungscharakter allen Fachgesprächsgefässen gemein ist, sind Fallbesprechungen auf der Basis der Gestaltungsdiagnostik konzeptionell auf eine interprofessionelle Zusammensetzung des Teilnehmerkreises angewiesen. Die Stärkung der IPZ kann denn auch als grosse Chance für die Fallarbeit im ZLH bezeichnet werden. Die Zielgruppe ist allerdings nicht vollumfänglich in den Fachgesprächen vertreten. Aufgrund fehlender professioneller Perspektiven sind blinde Flecken bei der Fallanalyse unvermeidlich – erinnert sei hier an die Parabel des Elefanten (Abbildung 4). Es wäre spannend zu erforschen, ob Professionen, die bisher nicht bei Fachgesprächen beteiligt waren, innerhalb des IPT eine Aufwertung erfahren, wenn sie über eine verpflichtende Teilnahme an den Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen in die interprofessionelle Fallarbeit einbezogen würden.

Neben der Vertiefung des Fallverstehens gewährleistet die Anwendung der Gestaltungsdiagnostik «palliativ» ein strukturiertes, wissenschaftsbasiertes Vorgehen zur Entwicklung der Hilfeplanung. Die Soziale Arbeit kann dabei ihre Kompetenzen in professionsübergreifender Diagnostik ausweisen und zum interprofessionellen Lernen beitragen.

Auch wenn die geringe Anzahl an Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen keine statistisch signifikanten Aussagen zulässt, lassen sich doch Tendenzen für zukünftige Anwendungen erkennen. So verlangt das Arbeitsfeld der Palliative Care aufgrund der hohen Falldynamiken und dem unsicheren, aber sicher knappen Zeithorizont der

Begleitung eine hohe Flexibilität und Spontaneität in der Anwendung der Gestaltungsdiagnostik. Entsprechend erweist sich der Zeithorizont von 45 Minuten als herausfordernd, gilt es doch, ein möglichst umfassendes Bild der betrachteten Person in den relevanten Biographie- und Umweltbezügen zu zeichnen. Erfahrungsgemäss stellen sich bei schwerkranken Personen, deren körperliche Ressourcen nur beschränkt zur Verfügung stehen, Ressourcen der anderen Dimensionen als tragend für den Umgang mit Belastungssituationen heraus. Diese herauszuarbeiten erweist sich als zentrale Komponente der Fallbesprechungen palliativer Komplexsituationen, bilden sie doch die Grundlage für eine ressourcenorientierte Interventionsplanung, gewährleisten Selbstwirksamkeitserfahrungen der Bewohnenden und generieren so Lebensqualität.

Als weitere Herausforderung kristallisiert sich die Doppelrolle der Sozialarbeitenden in der Moderatorenrolle heraus. Während eine klare Positionierung der Sozialen Arbeit bei verschiedenen Themen wünschenswert ist, verlangt die Moderatorenrolle nach innerer Distanz zur inhaltlichen Diskussion. Dem Interessenkonflikt in den Fallbesprechungen gewahr zu sein und beiden Rollen ausgewogen gerecht zu werden, gehört zu den Herausforderungen der Sozialen Arbeit bei der Moderation der Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in der Pilotphase lässt sich vermuten, dass sich Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen als besonders wertvoll zur Vertiefung des Fallverstehens erweisen, wenn

1. die Kommunikation mit dem bzw. der Sterbenden deutlich erschwert ist (aufgrund einer Beeinträchtigung, der Grunderkrankung oder des Krankheitsfortschritts), eine Vermittlung essentieller Informationen über die Person bzw. den Umgang mit ihr nicht von der betreffenden Person selbst übernommen werden kann, die Fallbesprechung also zu einer Multiplikation des relevanten Wissens beiträgt und
2. die zugrundeliegende Problematik aus dem «Rahmen» einzelner Professionen fällt, sich das Leiden am Abschied also in mehreren Dimensionen ausdrückt und folglich die Bearbeitung klar nach interprofessionell abgestützten Interventionen verlangt.

Wie eingangs erwähnt ist bezogen auf die Schweiz kaum Literatur zu wissenschaftsbasiertem Vorgehen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care vorhanden, die vorliegende Arbeit möchte hierzu einen Beitrag leisten. Die Resonanz auf die durchgeführten Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen ist erfreulich, letztere generieren offenbar ein vertieftes Fallverstehen beim IPT und ermöglichen dadurch eine hochwertige Behandlungs- und Betreuungsqualität.

Bezugnehmend auf die Hauptfragestellung dieser Arbeit wurden bereits wesentlichen Chancen im Umgang mit Sterbenden genannt – bei der Anwendung im ZLH stösst die Methode auch klar an Grenzen. Mit Blick auf die gemachten Erfahrungen muss vermutet werden, dass die Herausforderung weniger darin besteht, die Methode ressourcenschonend für die Betroffenen zu nutzen. Eine Adaption an die identifizierten Charakteristika palliativer Komplexsituationen lässt sich durchaus bewerkstelligen. Die Grenzen der Anwendung sind v.a. durch die institutionellen Rahmenbedingungen im ZLH gegeben. Interprofessionalität ist in den Fachgesprächen nur begrenzt gewährleistet, das integrative Vorgehen stösst aufgrund mangelnder Präsenz fast aller Professionen an Wochenenden und Feiertagen an Grenzen, das Gefäss kann nicht beliebig initiiert werden. Die genannten Rahmenbedingungen sind nicht nur im ZLH anzutreffen, sondern müssen wohl als typisch – allenfalls sogar als günstig – für stationäre Palliative Care Einrichtungen angenommen werden. Die Qualität der gelebten IPZ ist als matchentscheidend zu bezeichnen, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Die Verankerung der Gestaltungsdiagnostik innerhalb einer Institution erfordert ein klares Statement zugunsten der IPZ, andernfalls kann die Methode ihre Qualitäten nicht (vollumfänglich) entfalten.

## 10.2 Reflexion der Zielsetzung und Vorgehensweise

Die Ausführungen zu den durchgeführten Massnahmen haben gezeigt, dass zur Verbesserung der Effizienz der Fallbesprechungen nach dem Pretest eine deutliche Anpassung der Flipchart-Visualisierungen erforderlich war. Die final gewählte Darstellung ist nur noch bedingt kongruent mit der Gestaltungsdiagnostik, da das psychosoziale Koordinatenkreuz als essentielles Element der Methodik deutlich entfremdet wurde. Es lässt sich fragen, wie sinnvoll es war, sich in der Fragestellung auf die Gestaltungsdiagnostik festzulegen und damit Flexibilität einzubüssen. Mit der Referenz auf die Gestaltungsdiagnostik bekennt sich diese Arbeit klar zu den zugrundeliegenden konzeptionellen Überlegungen als Bezugsrahmen – sie erweisen sich für das Arbeitsfeld als sehr dienlich. Entsprechend wurden die charakteristischen Verfahrensschritte der Gestaltungsdiagnostik von der mehrperspektivischen Anamnese bis zur Evaluation beibehalten. Auch in der Herausarbeitung von Ressourcen und Stressoren und der Ausdifferenzierung der Akteure bleibt die adaptierte Diagnostik der Originalversion treu. Das Pilotprojekt war bewusst darauf ausgerichtet, die nötigen Adaptionen vorzunehmen, um die Methodik «fit» für den Berufsalltag im ZLH zu machen.

Das gewählte Vorgehen, die Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen via zwei Massnahmen zu bearbeiten, entspricht nicht dem üblichen Prozedere. Das Vorgehen zielte darauf ab, die Anpassung an das Arbeitsfeld (d.h. den Rahmen abzustecken) und die Umsetzungsarbeit innerhalb dieses neu gesteckten Rahmens deutlich voneinander

abzugrenzen. Parallel dazu wurden zwei unabhängige Ziele anvisiert. Die Förderung der IPZ seitens der Sozialen Arbeit verfolgt dabei klar einen berufspolitischen Auftrag, die Soziale Arbeit in der Palliative Care respektive in der Praxisorganisation stärker zu verankern.

Ausgehend von den durchgeführten Fallbesprechungen lässt sich vermuten, dass die Gefahr eines Interessen- bzw. Rollenkonflikts der Sozialarbeitenden im ZLH bei der Moderation insbesondere dann auftritt, wenn die Sozialarbeitende ein Informationsmonopol innehat bzw. wichtige Informationsträgerin ist. Zur Vermeidung konfligierender Rollen wäre eine Delegation der Moderation an eine andere Profession vorstellbar. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Routine und gute Moderationskompetenzen den Rollenkonflikt entschärfen, ohne das berufspolitische Ziel per se zur Disposition zu stellen. Die Idee der Delegation im Einzelfall wurde an der Austauschitzung gegenüber der PDL aufgeworfen, sie soll zu einem späteren Zeitpunkt nochmals aufgenommen werden.

### 10.3 Weiterführende Überlegungen

In der Einleitung wurde das Problem der «verlorenen» Informationen formuliert: Biographische Puzzleteile mit Erklärungsgehalt für das aktuelle Leiden am Sterben werden nicht vollumfänglich dokumentiert, sei es aus Zeitmangel, einem Mangel an Bewusstsein für die Relevanz der Information oder um den privaten Charakter der Information zu erhalten, so dass diese nicht für die Hilfeplanung zugänglich sind. Erschwerend kommt hinzu, dass das Dokumentationssystem im ZLH nicht auf die interprofessionellen Bedarfe ausgerichtet ist. Die Problematik ist mit der Einführung der Gestaltungsdiagnostik weiterhin nicht auszuschliessen. Längerfristig wäre es daher wünschenswert im ZLH ein Verfahren zu etablieren, das wertvolle Informationen einfängt, ohne die Bewohnenden mit weiteren Diagnostiken zu überfordern. Vorstellbar wäre die Optimierung der Erfassung biographischer Daten im LOBOS oder über eine Art Zeitbalkendiagramm, das für Kurzeinträge des IPT zur Verfügung steht.

Dass eine gute IPZ in der Palliative Care intensiver Abstimmungen bedarf und entsprechen als sehr ressourcenbindend einzustufen ist, konstatierte bereits Saunders (1993, S. 10). Auch wenn der IPZ eine Schlüsselrolle für eine qualitativ hochstehende Palliative Care zugeschrieben wird, wird der Erforschung der *berufspraktischen* Rahmenbedingungen bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Fördertätigkeit z.B. im Rahmen des SAMW-Awards «Interprofessionalität» seit 2016 bilden eine willkommene Ausnahme.

Stadelmann evaluiert im Rahmen ihres Dissertationsprojekts an der Hochschule Luzern die Situation der Sozialen Arbeit in der Palliative Care. Im persönlichen Gespräch bestätigt K. Stadelmann Handlungsbedarf betreffend das wissenschaftsbasierte Arbeiten der Sozialen Arbeit in der Palliative Care, konkret konstatiert sie den Bedarf der Stelleninhabenden an Vernetzung und fachlichem Austausch (pers. Mitteilung, 29.05.2020). Eine Vernetzung wäre nicht nur förderlich für eine Stärkung der Fachlichkeit der Sozialen Arbeit, sondern auch für ein Sichtbarmachen der Potentiale der Sozialen Arbeit in der Palliative Care. Mit Blick auf die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführte Umfrage zur Sozialen Arbeit in den Schweizer Hospizen bzw. kantonalen Langzeitpflegeeinrichtungen mit Palliative Care Angebot muss angenommen werden, dass diese im Berufsfeld kaum bekannt sind.

Das letzte Drittel der Projektphase wurde von COVID-19 und den pandemiebedingten Schutzmassnahmen überschattet. Mit dem Lockdown wurde die IPZ im ZLH innerhalb von wenigen Stunden weitgehend beschnitten. Ein (Anamnese)Gespräch der Sozialen Arbeit war in der ersten Phase nur bei offensichtlichen finanziellen oder vorsorgebezogenen Anliegen möglich. Die mit dem Lockdown und dem «neuen Alltag» danach verbundenen Erfahrungen veranlassen zu Überlegungen in zwei Richtungen.

Erstens war die Soziale Arbeit ohne den niederschweligen Zugang zu den Bewohnenden nicht in der Lage, deren adäquate Begleitung zu gewährleisten. Bedarfe über die «typischen» Sozialarbeitsthemen hinaus kristallisieren sich erfahrungsgemäss meist erst im Gespräch heraus, ein niederschwelliger Zugang ist daher essentiell für eine umfassende Begleitung. Ausserdem war das Pflorgeteam extrem belastet durch die COVID-bedingte Ausnahmesituation, d.h. auch dadurch, dass die psychosozialen Dienste nahezu nicht für die Psychohygiene oder in beratender Funktion im Pflegealltag verfügbar waren. War der Unterbruch des intensiven Austauschs mit dem IPT im ZLH COVID-bedingt, ist dies in anderen Institutionen Alltag, wenn die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit von aussen eingekauft werden. Ohne Zweifel stellt der Zugriff auf externe Ressourcen eine wertvolle Unterstützung für das Team dar. Allerdings ist das Engagement Externer letztlich abhängig davon, ob das interne Team die zu bearbeitenden Themen als solche erkennt und das Mandat zur Bearbeitung nach aussen gibt. Die Rückmeldungen in der durchgeführten Umfrage lassen aufhorchen. Dort waren viele der zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit nicht als solche benannt, im Besonderen auch die Dienstleistungen für das IPT. Dass diese von externen Sozialarbeitenden übernommen werden, muss bezweifelt werden – zumal sie meist nicht abgerechnet werden können. Selbst wenn also sozialrechtliche Bedürfnisse Sterbender adressiert werden, leidet die Qualität der angebotenen Palliative Care mehrheitlich, weil die psychosoziale Begleitung

und die von der Sozialen Arbeit für das IPT angebotene Leistung bei einem externen Bezug wegfällt. Häufig werden einzelne Themen von der Seelsorge abgedeckt, sie ist in der Palliative Care i.d.R. sehr viel besser verankert.

Zweitens steht die IPZ über den Austausch der Pflege mit dem ärztlichen Dienst hinaus auch nach Beendigung des Lockdowns zur Disposition wie vermutlich noch nie in der Geschichte der Palliative Care. Die Entwicklung im ZLH nur auf COVID-19 zurückzuführen, wäre vereinfacht. Bereits Anfang des Jahres wurden mehrere Fachgespräche abgesagt. Die interprofessionelle Beteiligung ist zudem durch andere Gesprächsgefäße gefährdet. Es werden wiederholt Rundtischgespräche in das Fachgesprächszeitfenster terminiert, so dass die Teilnahme der Ärztin – und eventuell anderer Professionen – verunmöglicht wird. Die Wertigkeit von Fachgesprächen respektive die interprofessionelle Beteiligung an Rundtischgesprächen steht offenbar zur Diskussion. Es wäre interessant zu untersuchen, welche treibenden Kräfte hinter dieser Entwicklung stehen. Insgesamt setzt die Entwicklung Teamdynamiken frei, die der IPZ und dem Palliative Care Gedanken abträglich sind.

---

## Literaturverzeichnis

---

- Abt-Zegelin, A. (2017). Patientenedukation in Palliative Care. In Steffen-Bürgi, B.; Schärer-Santschi, E.; Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3., vollst. überarb. Auflage), (S. 157-169). Bern: Hogrefe Verlag.
- Altilio, T. & Otis-Green, S. (Hrsg.). (2011). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford: Oxford University Press.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- Bartkowski, J. (2012). *Die strukturelle Einbindung der Sozialen Arbeit in Palliative Care Teams*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Becker, S. (2014). Komplexe Bedürfnisse und Gestaltungsoptionen. Eine gerontologische Perspektive auf das Sterben. In George, W. (Hrsg.). *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen* (S. 29-34). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Bengel, J. & Strittmatter, R. (2001). Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese. In Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann R. (Hrsg.), *Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (S. 140-151). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beutel, H., Grom, I.-U., Silberzahn-Jandt, G., Roser, T., Gratz, M., Kunze-Wünsch, E. & Nau, H. (2014). Psychosoziale Begleitung von Sterbenden und Angehörigen. In Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung* (5., akt. und erw. Auflage), (S. 35-72). Heidelberg: Springer.
- Beywl, W., Kehr, J., Mäder, S. & Niestroj, M. (2017). *Evaluation Schritt für Schritt: Planung von Evaluationen* (3. Auflage). Münster: Hiba.

- Bieger, E.; Mügge, J.; Höller, C. & Müller, S. (1999). *Den Ton treffe. Kompetenz für Gesprächsleitung*. Hamburg: E.B.-Verlag.
- Blome, C. (2016). Lebensqualität als radikal subjektives Wohlbefinden: methodische und praktische Implikationen. In Kovács L., Kipke R., Lutz R. (Hrsg.), *Lebensqualität in der Medizin* (S. 223-236). Springer VS, Wiesbaden.
- Borasio, G. D. (2014). *Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen* (2. überarb. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Brandl-Thür, L. (2007). Kompetenz Sozialer Arbeit nutzen. Eine qualitative Studie zeigt das Aufgabenspektrum Sozialer Arbeit in der stationären Palliativmedizin. *Forum Sozialarbeit und Gesundheit*, 3 (4), 16-18.
- Bundesamt für Gesundheit (2016). *Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende*. Bern: BBL.
- Bundesamt für Gesundheit; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren & palliative.ch (2012). *Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz*. Bern: palliative.ch, BAG und GDK.
- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2009). *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*. Bern: BAG und GDK.
- Buttner, P.; Gahleitner, S. B.; Hochuli Freund, U. & Röh, D. (2018). *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Hand- und Arbeitsbücher (H 24). Cottbus: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Cadell, S.; Johnston, M; Bosma, H. & Wainright, W. (2010). An overview of contemporary social work practice in palliative care. *Progress in Palliative Care Vol. 18, No. 4, 205-211*.

- Calderari, G. & Kopp, I. (2002). *Leben bis zum Ende. Hospize in der Schweiz und die Sozialarbeit*. Diplomarbeit, Berner Fachhochschule, Hochschule für Soziale Arbeit HSA. Zürich: Sozialarchiv.
- Chaddock, R. (2018). Integrating early multi-disciplinary advance care planning into core social work practice: social workers' bread and butter. In Richardson, H. & Chowns, G. (Hrsg.), *Social work practice and end-of-life care* (S. 63-72). London: Routledge.
- Cierpka, M. (2008). *Handbuch der Familiendiagnostik*. Heidelberg: Springer.
- Clark, D. (2016). *To comfort always. A history of palliative medicine since the nineteenth century*. Oxford: Oxford University Press.
- Colon, Y. (2012). End-of-Life Care. In Sarah Gehlert & Teri Browne (Hrsg.), *Handbook of Health Social Work* (S. 627-642). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (n. d.). *Psychosoziale Begleitung: Nähe, Zuwendung, Unterstützung*. Verfügbar unter: [http://www.dhvp.de/themen\\_hospiz-palliativ\\_psychosoziale-begleitung.html](http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ_psychosoziale-begleitung.html)
- European Association for Palliative Care (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289.
- Feldmann, K. (1997). *Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse*. Opladen: Leske + Budrich.
- Fleckinger, S. (2013). *Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2019). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge* (4. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

- Forgber, J. (2014). Soziale Diagnostik in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik: Grundlinien und Diskurse. In Gahleitner, S. B.; Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 5* (S. 49-60). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Frahnow, B. (2013). Soziale Arbeit am Lebensende als wichtiger Bestandteil würdevoller Sterbebegleitung im Sinne von Palliative Care. In Jost, A. (Hrsg), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen* (S. 173-205). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Fringer, A. & Lehmann, A. (2016). Ist-Situation der Palliative Care in der Langzeitpflege. In Fringer, A. (Hrsg.), *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität* (S. 57-64). Bern: Hogrefe.
- Fülbier, U. (2007). Behutsame Worte - wichtige Fragen - gezielte Antworten. Die Aufgaben der Sozialarbeit im Palliativ- und Hospizbereich sind vielfältig. *Forum Sozialarbeit und Gesundheit*, 3 (4), 10-12.
- Gahleitner, S. B. (2013a). Biopsychosoziale Diagnostik aus Sicht der Sozialen Arbeit. In Gahleitner, S.B.; Wahlen K.; Bilke-Hentsch, O. & Hillenbrand, D. (Hrsg.), *Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven* (S. 23-32). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. B. (2013b). «Biopsychosozial und integrativ, was ist dran und was nicht? Ein Interview von Silke Gahleitner mit Jürgen Kriz». *Resonanzen, E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, (1), 65–78.
- Gahleitner, S. B.; Hintenberger, G.; Kreiner, B. & Jobst, B. (2014). «Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein «integratives diagnostisches Verstehen»». *Resonanzen, E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, (2), 134–52.

- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2014). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In Gahleitner, S. B.; Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* 5 (S. 61-77). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner S. B., Pauls, H. & Glemser, R. (2018). Diagnostisches Fallverstehen. In Buttner, P.; Gahleitner, S. B.; Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Hand- und Arbeitsbücher (H 24), (S. 117-127). Cottbus: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Gahleitner, S. B. & Röh, D. (2018). Biographie. In Buttner, P.; Gahleitner, S. B.; Hochuli Freund, U. & Röh, D. (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Hand- und Arbeitsbücher (H 24), (S. 55-63). Cottbus: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Geiser, Kaspar (2015). *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung* (6. korr. Aufl.). Luzern: interact.
- George, W. (Hrsg.). (2014) *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Gerster, G. (2017). *Verbesserung des Zugangs für Patientinnen, Patienten und Angehörige zu psycho-sozialer Beratung und spiritueller Begleitung in der Palliative Care*. (Masterarbeit, MAS Psychosoziale Beratung, Hochschule für Soziale Arbeit). Olten: FHNW.
- Giebeler, C. (2008). Perspektivenwechsel in der Fallarbeit und Fallanalyse. In Giebeler, C. ; Fischer W. Goblirsch, M; Miethe, I; Riemann, G. (Hrsg.), *Fallverstehen und Fallstudien. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung* (S. 9-22). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

- Goebel, S. (2012). *Die eigene Sterblichkeit im Blick. Eine biographieanalytische Studie mit Hospizhelfern*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Gohrbandt, C. (2012). *Lebensqualität erfahren - bis zuletzt. Indikatoren der Lebensqualität hochaltriger Menschen in der Langzeitinstitution in einem palliativen Setting* (Masterarbeit, Master of Advanced Studies (MAS FHO) in Palliative Care der FHS St. Gallen). Verfügbar unter: <https://gohrbandt.files.wordpress.com/2012/07/master-thesis-2012-lebensqualitc3a4t-claudia-gohrbandt.pdf>
- Gratz, M., Schwermann, M., & Roser, T. (2018). *Palliative Fallbesprechung etablieren: Ein Leitfaden für die Praxis* (1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Grossmann, N. (2008). *Begrenzte Existenz. Sterbehilfe und Tod als professionelle Herausforderung für die Soziale Arbeit in Deutschland*. Frankfurt a. M.: Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Gruber, W. (2009). Soziale Diagnostik in der palliativen Versorgung. In Pantuček, P. & Röh, D. (Hrsg.), *Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (Soziale Arbeit – Social Issues, Band 5), (S. 399-410). Wien: LIT Verlag.
- Güntert-Dubach, M. B. & Meyer Schweizer, R. M. (Hrsg.), (1995). *ALTERnativen. Brüche im Lebenslauf*. Bern: Paul Haupt.
- Heiner, Maja (2014). Wege zu einer integrativen Grundlagendiagnostik in der Sozialen Arbeit. In Gahleitner, S. B.; Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* 5, (S. 18-34). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Heller, A. & Knipping, C. (2017). Palliative Care – Haltungen und Orientierungen. In Steffen-Bürgi, B.; Schärer-Santschi, E.; Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3., vollst. überarb. Auflage), (S. 50-58). Bern: Hogrefe Verlag.

Hillewerth, K. (2018). *Die Einführung einer interprofessionellen Anamnese und deren Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Ein Praxisprojekt Berufsgruppen: Pflege, Therapie, Sozialberatung und ärztlicher Bereich in einem mittelgrossen Akutspital in der Schweiz.* Praxisprojekt im Rahmen des SAMW-Award «Best Practices» für Interprofessionalität. Abrufbar unter: <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Award/Award-2018.html>

Hollenstein, L.; Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Calzaferri, R. & Babic, S. (2017). *Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems und Prozessgestaltung.* Manual. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit und Gebert RUF Stiftung. Verfügbar unter <https://web.fhnw.ch/plattformen/sozialdiagnostik/aus-und-weiterbildung>.

Hosek, M. (2012). Soziale Diagnostik in der Spitalsozialarbeit. *SozialAktuell* Nr. 10, Oktober 2012.

International Association for Hospice and Palliative Care (n. d.). *Consensus-based definition of palliative care.* Verfügbar unter: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>

Jackson, L. (1993). Team-Aufbau. In Saunders, C. (Hrsg.), *Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können,* (S. 29-40). Aus dem Englischen von Dr. Hannelore Freisfeld. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

Jost, A. (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen.* Stuttgart: W. Kohlhammer.

Katschnig, H. (1994). Wie lässt sich die Lebensqualität bei psychischen Krankheiten erfassen? In Katschnig, H. & König, P. (Hrsg.), *Schizophrenie und Lebensqualität* (S. 1-13). Wien: Springer.

- Knoblauch, H, & Zingerle, A. (Hrsg.). (2005). *Thanatsoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Bd. 27. Sozialwissenschaftliche Abhandlungen der Görres-Gesellschaft. Berlin: Duncker & Humboldt.
- König, O. & Schattenhofer, K. (2017). Einführung in die Fallbesprechung und Fallsupervision. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Krenz, C. (2013). Ein Beweis des Lebens. Grundlagen Sozialer Arbeit im stationären Hospiz. Freiburg i. Br.: Centaurus.
- Krenz, C. & Wasner, M. (2014). Begleitung in einer existenziellen Krise: Klinische Sozialarbeit im stationären Hospiz. In *Psychosoziale Interventionen*, (6), S. 106–21. Klinische Sozialarbeit. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lexa, N. (2015). *Fallbesprechungen in der Palliative Care. Praxiswissen für kompetentes Handeln*. Hannover: Schlütersche.
- Lloyd-Williams, M. (2008). *Psychosocial issues in palliative care* (2. Aufl.). New York: Oxford University Press.
- Lorenz, R. (2005): *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Marckmann, G & Mayer, F. (2009). Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Der Onkologe*. DOI: 10.1007/s00761-009-1695-z
- Meyer Schweizer, R. A. & Güntert-Dubach, M. B. (1995). ALTERnativen: Syntehse der Referate, Diskussionen, Arbeitsgruppenberichte und des Schlussvotums. In Meyer Schweizer, R. A. & Güntert-Dubach, M. B. (Hrsg.), *ALTERnativen. Brücke im Lebenslauf* (S. 19-52). Bern: Verlag Paul Haupt.
- Mühlum, A. (2011). Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care - Soziale Arbeit mit sterbenden und trauernden Menschen. In Bieker, R. & Floerecke, P. (Hrsg), *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit* (S. 304-316). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Mühlum, A. (2014). Hospiz – Palliative Care – Soziale Arbeit. Das Lebensende als finale Herausforderung. *EthikJournal* 2. Jg., 2. Ausgabe.
- Mühlum, A. (2014). Machtlos mächtig - Soziale Arbeit in Grenzsituationen des Lebens (am Beispiel Hospiz und Palliative Care). In Kraus, B. & Krieger, W. (Hrsg), *Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung* (3. überarb. u. erw. Aufl.) (S. 455-467). Magdeburg: Jacobs-Verlag.
- Müller, M. (2017). Total Pain. In Steffen-Bürgi, B.; Schärer-Santschi, E.; Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3., vollst. überarb. Auflage), (S. 406-414). Bern: Hogrefe Verlag.
- Müller-Busch, H. C. (2014). Die Anfänge - Cicely Saunders. In Wasner M. & Pankofer S. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 35-39). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Nau, H. (2007). Den Tagen mehr Leben. Sterben gehört zum Leben - Palliative Care gewinnt an Bedeutung. *Forum Sozialarbeit und Gesundheit* 3 (4), 6-9.
- palliative zh+sh (n. d.). *Leitfaden Fallbesprechungen*. Zürich: palliative zh+sh.
- Pankofer, S. (2014). Soziale Arbeit - ein unverzichtbarer Bestandteil von Palliative Care? In Wasner M. & Pankofer S. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 21-31). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Pantuček, P. (2012). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien: Böhlau Studien Bücher.
- Pantuček, P. (2014). Der Fall, das Soziale und die Komplexität – Überlegungen zur Diagnostik des Sozialen. In Gahleitner, S. B.; Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* 5 (S.94-106). Köln: Psychiatrie Verlag.

- Parker Oliver, D.; Washington, K.; Demiris, G.; Wittenberg-Lyles, E. & Novak, H. (2012). Problem solving interventions: An opportunity for hospice social workers to better meet caregivers needs. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 8(1): 3-9.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pauls, H. & Hüttinger, R. (2005). Klinische Sozialarbeit in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe: Das Behandlungskonzept des IPSG (Institut für psychosoziale Gesundheit) anhand eines Praxisbeispiels. In Geißler-Piltz, B. (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 101-124). Münster: Lit Verlag.
- Phineo (2018). *Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen* (5.Auflage). Berlin: PHINEO gemeinnützige AG. Verfügbar unter: [https://www.phineo.org/uploads/Downloads/PHINEO\\_Kursbuch\\_Wirkung\\_CH.pdf](https://www.phineo.org/uploads/Downloads/PHINEO_Kursbuch_Wirkung_CH.pdf)
- Pleschberger, Sabine (2017). Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In Steffen-Bürgi, B.; Schärer-Santschi, E.; Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3., vollst. überarb. Auflage), (S. 34-39). Bern: Hogrefe Verlag.
- Raischl, S. (2009). Soziale Arbeit in der Palliative Care. *Forum Sozialarbeit und Gesundheit*, 5 (1), 34-38.
- Reich, K. (2008). *Reflecting Team*. Verfügbar unter: <http://methodenpool.uni-koeln.de/download/reflectingteam.pdf>
- Rindlisbacher, A. (2020). *Den «ganzen Elefanten» untersuchen*. Verfügbar unter: <https://arindlisbacher.com/1499-2/>
- Röh, D. (2018). *Soziale Diagnostik – theoretische Grundlagen*. Präsentation an der Fachtagung «Soziale Diagnostik» am 07.11.2018 in Ratzeburg. Hochschule für Angewandte

Wissenschaften Hamburg. Verfügbar unter [https://dvsg.org/fileadmin/dateien/04 Arbeitsgemeinschaften/15Schleswig-Holstein/2018-11-07-Hauptvortrag\\_Soziale\\_Diagnostik\\_Roeh.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/dateien/04_Arbeitsgemeinschaften/15Schleswig-Holstein/2018-11-07-Hauptvortrag_Soziale_Diagnostik_Roeh.pdf)

Saunders, C. (1993). *Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können*. Aus dem Englischen von Dr. Hannelore Freisfeld. Freiburg im Breisgau: Herder Spektrum.

Saunders, C. & Baines, M. (1991). *Leben mit dem Sterben. Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Schmitt-Manhardt, R. (2017). Interprofessionalität in der Langzeitpflege. In Fringer, A. (Hrsg.), *Palliative Versorgung in der Langzeitpflege. Entwicklungen, Möglichkeiten und Aspekte der Qualität* (S. S. 141-148). Bern: Hogrefe.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. *Swiss Academies Communications* 15 (2).

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (n. d.). *Was bedeutet Palliative Care?* Verfügbar unter: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>

Seeger C. (2014). Multidisziplinäres Arbeiten im Team – Grundlage für die Vernetzung von Palliative Care. In Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (Hrsg.). *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*, (5., akt. und erw. Auflage), S. 183-197. Heidelberg: Springer.

Sommerfeld, P.; Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.

- Sozialberatung Universitäts-Kinderkliniken Zürich (2012). *S-FIRST Sozialanamnese. Kurzversion*. Zürich: Kinderspital Zürich.
- Staub-Bernasconi, S.; Baumeler, M.; Bornemann, C.; Harder, U.; Hierlemann, F.; Mäder, E.; Philipp, P.; Rügger, C. & Wegmann, M. (2012). *Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik.
- Steffen-Bürgi, B. (2017). Reflexionen zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care. In Steffen-Bürgi, B.; Schärer-Santschi, E.; Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3., vollst. überarb. Auflage), (S. 40-49). Bern: Hogrefe Verlag.
- Steffen-Bürgi, B.; Schärer-Santschi, E.; Staudacher, D. & Monteverde, S. (2017). (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3., vollst. überarb. Auflage). Bern: Hogrefe Verlag.
- Student, J.-C.; Mühlum, A. & Student, U. (2007). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care* (2., überarbeitete Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Völter, B. (2012). Von der klassischen zur biografie-orientierten Einzelfallhilfe. Konzeptionelle und handlungsrelevante Überlegungen. In Grieshop, H. R.; Rätz, R. & Völter, B. (Hrsg.), *Biografische Einzelfallhilfe. Methoden und Arbeitstechniken* (S. 12–45). Weinheim: Beltz Juventa.
- Völter, B. (2014). Übergänge in Lebensgeschichten. Biographiesensible Zuwendung und Beratung. In Lorenzen, J.-L.; Schmidt, L.-M. & Zifonun, D. (Hrsg.), *Grenzen und Lebenslauf. Beratung als Form des Managements biographischer Übergänge* (S. 262-283). Weinheim: Beltz Juventa.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung 1. Das Grundlagenwissen* (3., unveränderte Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Walther, A. (2013). Beratung im Spiegel von subjektorientierter Übergangsforschung und Sozialpädagogik des Übergangs. In Walther, A. & Weinhardt, M. (Hrsg.), *Beratung im Übergang. Zur sozialpädagogischen Herstellung von biographischer Reflexivität* (S. 16-34). Weinheim: Beltz Juventa.
- Walther, A. & Weinhardt, M. (2013). Einleitung. In Walther, A. & Weinhardt, M. (Hrsg.), *Beratung im Übergang. Zur sozialpädagogischen Herstellung von biographischer Reflexivität* (S. 7-15). Weinheim: Beltz Juventa.
- Wasner, M. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit. In Wasner M. & Pankofer S. (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 161–165). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weinhardt, M. (2013). Übergänge im Spiegel psychosozialer Beratung. In Walther, A. & Weinhardt, M. (Hrsg.), *Beratung im Übergang. Zur sozialpädagogischen Herstellung von biographischer Reflexivität* (S. 35-46). Weinheim: Beltz Juventa.
- Wiethoff, C. (2014). Übergangsmodelle im Wandel. In Lorenzen, J.-L.; Schmidt, L.-M. & Zifonun, D. (Hrsg.), *Grenzen und Lebenslauf. Beratung als Form des Managements biographischer Übergänge* (S. 77-98). Weinheim: Beltz Juventa.
- Willener, A. (n. d.). Evaluationsmethode SEPO. Methoden in Kürze. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Verfügbar unter: [http://ernst.li/pensionierung/pdf-prot/11-12/Fischbowl-LA\\_SEPO/s-sepo\\_evaluationsmethode-2.pdf](http://ernst.li/pensionierung/pdf-prot/11-12/Fischbowl-LA_SEPO/s-sepo_evaluationsmethode-2.pdf)
- World Health Organization (n. d.). *WHO Definition of Palliative Care*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Zapotoczky, G. H. (1994). Psychosoziale Voraussetzungen der Lebensqualität. In Katschnig, H. & König, P. (Hrsg.), *Schizophrenie und Lebensqualität* (S. 15-22). Wien: Springer
- Zirfas, J. & Jörissen, B. (2007). *Phänomenologien der Identität. Human-, sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zürcher Lighthouse (2015a). *Eintritts-Checkliste Sozialdienst*. Internes Dokument. Zürich: ZLH.

Zürcher Lighthouse (2015b). *Stellenbeschrieb Sozialdienst*. Internes Dokument. Zürich: ZLH.

Zürcher Lighthouse (2019a). *Geschäftsbericht 2018*. Zürich: ZLH. Verfügbar unter: <https://www.zuercher-lighthouse.ch/stiftung/geschaeftsberichte/>

Zürcher Lighthouse (2019b). *Informationsveranstaltung*. Powerpoint-Präsentation für Informationsveranstaltungen. Internes Dokument. Zürich: ZLH.

Zürcher Lighthouse (2020a). *Hausführung*. Powerpoint-Präsentation für Hausführungen. Internes Dokument. Zürich: ZLH.

Zürcher Lighthouse (2020b). *Organigramm*. Verfügbar unter: <https://www.zuercher-lighthouse.ch/wp/wp-content/uploads/2020/02/Organigramm-Lighthouse-02-2020-1024x542.jpg>

---

## Anhang

---

### Anhang 1 Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliative Care

Auch wenn die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Palliative Care in der Literatur sehr unterschiedlich gegliedert werden, stimmen die Auflistungen inhaltlich weitgehend überein. Bezugnehmend auf Bartkowski (2012); Brandl-Thür (2007); Cadell, Johnston, Bosma & Wainright (2010); Colon (2012); Frahnou (2013, S. 188-190); Fülbier (2007); Krenz (2013); Krenz & Wasner (2014); Mühlum (2014); Nau (2007); Raischl (2009); Student et al. (2007) und Wasner und Pankhofer (2014, Kp. III.3) lassen sich fünf Aktivitätsfelder identifizieren. Sie werden nachfolgend vorgestellt und jeweils zum Auftrag der Sozialen Arbeit im ZLH gemäss Stellenbeschrieb in Beziehung gesetzt.

#### *Sozialrechtliche Beratung und Fallführung*

Zu den unbestrittenen Aufgaben Sozialer Arbeit gehören die sozialrechtliche Beratung zur existenziellen Absicherung und zur Abfederung sozialer Härten, Hilfen für die Alltagsbewältigung, die Unterstützung bei der privaten Vorsorge oder testamentarischer Angelegenheiten ebenso wie die sozialanwaltschaftliche Vertretung gegenüber Behörden etc. Das Schliessen von Informations- und Verständnislücken trägt wesentlich zum Erhalt der Handlungsfähigkeit der Adressierten und zur Gestaltungsfähigkeit bestehender sozialer Beziehungen bei. Neben der reinen Information und Beratung steuert eine verlässliche Fallführung in der Palliativsituation mit ihren multiplen Problemlagen zur Ressourcenerschliessung und folglich zur Reduktion des Leidens an sozialen Problemen im Sinne von Geiser (2015) bei.

Im ZLH ist grundsätzlich keine Fallführung vorgesehen, die Funktion übernimmt die Pflege im Rahmen des Bezugspflegekonzept bei alltäglichen Bedarfen. Bei Bewohnenden, die länger im ZLH leben, nimmt die Soziale Arbeit allerdings die Fallführung punktuell – spätestens bei konkreten Schwierigkeiten – in Absprache mit der Bezugspflege wahr.

#### *Psychosoziale Begleitung*

Die psychosoziale Begleitung ist als stützende Interaktion zwischen Beratenden und Hilfesuchenden zu verstehen, ausgerichtet auf das Erkennen und Aufzeigen von Wechselwirkungen zwischen Bedürfnissen unterschiedlicher ontologischer Ebenen. Sie zielt also auf eine Sensibilisierung der Betroffenen für das Spezifische in ihren sozialen Beziehungen ab, fördert dadurch die Kommunikation zwischen den Beteiligten und befähigt sie zu einem angemessenen Umgang mit den individuellen Verlusterfahrungen und ermöglicht ausserdem Blockaden im

Beziehungsgefüge aufzulösen. Ressourcen- statt Defizitorientierung stärkt das persönliche Netzwerk der Bewohnenden wie auch deren Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit und gewährleistet so eine möglichst langanhaltende Teilnahme bzw. Teilhabe der Sterbenden in deren sozialen Systemen und hilft zudem, Ängste und Befürchtungen abzubauen.

Die psychosoziale Begleitung ist grundsätzlich als Gemeinschaftsleistung aller involvierten psychosozialen Dienste des IPT zu sehen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Blickwinkel der involvierten Professionen gilt es, den persönlichen Bedürfnissen und Vorlieben der Betroffenen in ihrer Begleitung gerecht zu werden. Dies gilt auch für das ZLH.

### *Trauerbegleitung*

Die psychosoziale Begleitung der Angehörigen über den Tod der bzw. des Kranken hinaus gewährleistet Kontinuität in deren Begleitung bei der Neuorientierung innerhalb ihrer Sozialsysteme (aufgrund veränderter Interaktionsmuster und Positionen) und stärkt so deren Handlungsfähigkeit in der Phase der Trauer.

Im ZLH ist auf Wunsch eine weitere Begleitung möglich, erfahrungsgemäss kommt dies eher nur punktuell zustande. Ist eine intensive Begleitung erwünscht, ist sie i.d.R. psychologischer Natur und wird entsprechend von der Psychoonkologin wahrgenommen. Ein Trauercafé wird ebenfalls von der Psychoonkologin angeboten. Trauerbegleitung wird auf Wunsch auch von der Seelsorge angeboten.

### *Angebote für das interprofessionelle Team*

Die im Zusammenhang mit der Fallführung geleistete interne und externe Koordinations- und Netzwerkarbeit dient als wertvolle Brückenfunktion für das gesamte IPT. Sozialarbeitenden hilft die Kenntnis der spezifischen Interaktions- und Rollenstrukturen der Bewohnenden (und deren Bezugspersonen), bei Rundtisch-Gesprächen oder in interprofessionellen Austauschgefässen bei schwierigen Situationen mit Betroffenen respektive deren Angehörigen als Medierende aufzutreten. Sie liefert zudem Anhaltspunkte für Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit schwierigen Gefühlen gegenüber den Betroffenen sowie bei daraus resultierenden Konflikten im Team.

Auch die Befähigung und Begleitung der ehrenamtlichen Mitarbeitenden liegt üblicherweise im Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Im ZLH obliegt diese Aufgabe seit einigen Jahren der (stellvertretenden) Geschäftsleitung.

### *Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit*

Die Sicherung der Fachlichkeit gelingt auf der Basis des professionellen Austauschs und durch gegenseitige Unterstützung im fachlichen Bezugssystem. Gremienarbeit wie auch die Beteiligung an Vorträgen und Veranstaltungen für die Öffentlichkeit tragen dazu bei, Betroffene bei fortschreitender Erkrankung vor einem vorschnellen Ausschluss aus ihren sozialen Systemen zu bewahren.

Obwohl die Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit nicht im Pflichtenheft des Sozialdienstes im ZLH enthalten ist, nimmt die Sozialarbeiterin in Absprache mit der Geschäftsleitung Vernetzungsaufgaben in relevanten Gremien sowie Vortragsmandate auf Anfrage wahr.

## Anhang 2 Palliativlandschaft Schweiz

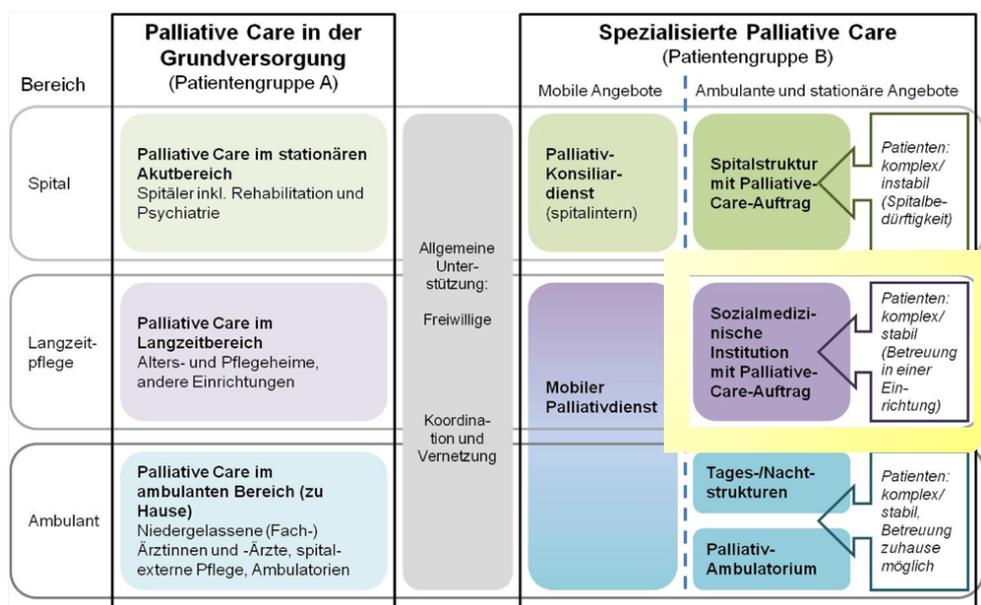
Für den interessierten Leser sind hier die Versorgungsstrukturen der Schweizer Palliativlandschaft dargestellt. Es wird auch ein Blick auf die Ist-Situation der Sozialen Arbeit in der Langzeitpflege mit Palliative Care Angebot geworfen.

### Versorgungsstrukturen der Schweizer Palliativlandschaft

Seit der Lancierung der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2015 findet die Palliative Care in der Schweiz vermehrt Beachtung als neben der kurativen Medizin gleichwertiges Behandlungskonzept (BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2009). Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care wurden unterschiedliche Versorgungsstrukturen definiert, sie sind in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10. Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz

Quelle: BAG, GDK & palliative.ch (2012, S. 6)



Das Angebot der ambulanten Palliative Care greift bei eher geringer Komplexität der Erkrankungen und einem stabilen Zustand der Betroffenen. Zur Betreuung von palliativ Erkrankten in der heimischen Umgebung spielen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige eine zentrale Rolle. Darüber hinaus existieren spezialisierte mobile Palliativ- oder auch Hospizdienste zur Unterstützung der heimischen Betreuung, deren Team häufig vorwiegend durch die Pflege und Medizin besetzt ist. Für ergänzende Leistungen z.B. von Sozialarbeitenden greifen diese Dienste auf externe Kapazitäten z.B. der Krebsliga zurück, die dann direkt mit den Betroffenen in Verbindung treten (BAG, 2016).

Palliativ-Konsiliardienste stellen insofern besondere Beratungsdienste dar, als sie üblicherweise an eine stationäre Einrichtung angebunden sind und ihre Beratungsleistung nicht den Betroffenen selbst, sondern den Fachkräften der ambulanten Palliative Care zur Verfügung stellen. Sie gelten als Bindeglied zu den akutstationären Institutionen.

Palliativstationen von Akutspitälern, Pflege- und Altersheimen mit Palliative Care Ausrichtung (Abbildung 10) wie auch spezialisierte Palliativkliniken und Hospize (letztere werden i.d.R. unter den sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative Care Auftrag gefasst) bilden das Angebot an stationärer Palliative Care in der Schweiz. Das ZLH zählt zu den sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative Care Auftrag.

### *Soziale Arbeit in der stationären Langzeitpflege mit Palliative Care Angebot*

In der Literatur konnten keine Angaben gefunden werden, in welchem Ausmass die Soziale Arbeit in der stationären Langzeitpflege mit Palliative Care Angebot in der Schweiz vertreten ist und welche Diagnostiken allenfalls genutzt werden. Dass sich Schmitt-Mannhart (2016, S. 142) betreffend IPZ vornehmlich auf den Austausch zwischen ärztlichem Personal, der Pflege und «weiteren Therapeuten» bezieht und sich ausserdem in Fringers (2016) Standardwerk zur «Palliativen Versorgung in der Langzeitpflege» zwar diverse Hinweise zu Spiritualität und spiritueller Begleitung finden, man aber im Sachwortverzeichnis vergeblich nach Hinweisen auf die Soziale Arbeit sucht, scheint symptomatisch für die Schweiz. Bezeichnenderweise ist die Soziale Arbeit auch in den einschlägigen Fachgesellschaften wie z.B. palliative.ch faktisch unsichtbar.

Um empirische Daten zur Sozialen Arbeit in Langzeitpflegeeinrichtungen mit Palliative Care Angebot sowie zu deren Aufgaben- und Methodenportfolio zu erhalten, hat die Schreibende im Herbst 2019 eine standardisierte Fragebogenerhebung durchgeführt. Angeschrieben wurden alle 15 gemäss Palliativkarte.ch (betrieben von Palliative.ch) und Heiminfo.ch (CURAVIVA) im September 2019 betriebenen Hospize in der Schweiz. Aus logistischen Gründen wurde auf eine Vollerhebung der Langzeitpflegeheime mit Palliativbettenangebot der Schweiz verzichtet. Dem geographischen Schwerpunkt der Arbeit entsprechend wurden aber 53 gemäss obengenannten Quellen im Kanton Zürich gelistete Pflegeheime mit Palliativbettenangebot in die Umfrage einbezogen. Die Mustervorlage der Umfrage findet sich am Ende dieses Anhangs in Abbildung 11.

Die Rücklaufquote bei den Hospizen liegt bei 2/3 (10 Rückmeldungen). Von 15 Pflegeheimen mit Palliativbettenangebot liegt eine schriftliche Antwort und von 2 Pflegeheimen eine telefonische Auskunft vor – insgesamt entspricht das einem Anteil von rund 32% aller angefragten Pflegeheime.

Das Ergebnis ernüchtert. Kaum eines der Pflegeheime, die sich gemeldet haben, und nur die Hälfte der antwortenden Hospize verfügen zum Erhebungszeitpunkt über einen internen Sozialdienst mit Fachausbildung. Konkret bieten nur 50% der antwortenden Hospize einen hausinternen Sozialdienst an, der (zumindest teilweise) von Sozialarbeitenden besetzt ist. Bei den Hospizen ohne interne Fachkräfte der Sozialen Arbeit wird der Aufgabenbereich gemäss deren Angaben entweder von der Geschäftsleitung oder von Pflegenden (allenfalls mit Zusatzausbildung in sozialversicherungsrechtlichen Themen) übernommen. Von den 17 Pflegeheimen, die eine Rückmeldung auf die Erhebung gegeben hatten, verfügt nur ein eher grosses Pflegeheim über einen internen Sozialdienst (Stelleninhaber\_in mit Bachelorniveau). Alle anderen decken allenfalls wahrgenommene Aufgaben durch die Geschäftsleitung oder Pflegende ab.

Aus den Rückmeldungen lässt sich ausserdem vermuten, dass das Verständnis für die Aufgaben der Sozialen Arbeit deutlich von den in der Literatur beschriebenen Aufgaben abweicht. Das Dienstleistungsangebot des internen Sozialdienstes umfasst am häufigsten das Eintrittsmanagement, Finanzierungsberatung sowie sozialrechtliche Beratung.

Diagnostikmethoden werden laut Erhebung nur sehr beschränkt eingesetzt. Das Genöökogramm wird am häufigsten als Diagnostikmethode genannt, gefolgt von der Netzwerkkarte und biographischen Interviews. Sozialdiagnostische Methoden werden von den fachfremd bedienten Sozialdiensten nur im Ausnahmefall eingesetzt (eine Nennung Genöökogramm, eine Nennung Lebenspanorama).

Vor diesem Hintergrund kann das ZLH, das mindestens seit 2002 über einen internen Sozialdienst mit Fachausbildung verfügt, als Pionier angesehen werden (Calderari & Kopp, 2002).

Abbildung 11. Fragebogenerhebung zur Sozialen Arbeit in der Palliative Care

Quelle: eigene Darstellung



#### Fragen zur Organisationsstruktur

1. Bietet Ihre Organisation einen hausinternen Sozialdienst an?
- Ja
  - Nein: Wer übernimmt die Aufgaben der Sozialarbeit innerhalb der Organisation?
2. Welche Qualifikation/en hat/haben der/die Stelleninhaber\_innen?
- Jeweils der höchste erreichte Bildungsabschluss. Bei mehreren Stelleninhaber\_innen mit unterschiedlichen Abschlüssen kreuzen Sie bitte ALLE zutreffenden Abschlüsse an.
- Bachelor Soziale Arbeit FH
  - Master Soziale Arbeit FH
  - Master interdisziplinär
  - andere tertiäre Ausbildung:
  - andere Ausbildung:
3. Wieviel Stellenprozent stehen dem Sozialdienst (Vollzeitäquivalenzen) zur Verfügung?
4. Anzahl Betten Palliative Care in Ihrem Haus:

#### Fragen zum Auftrag des Sozialdienstes

5. Gehört die Betreuung der Palliative Care Patient\_innen zum Aufgabenbereich des hausinternen Sozialdienstes?
- Ja
  - Nein
6. Mit welchen Anspruchsgruppen seitens der Betroffenen steht der Sozialdienst in der Regel im Kontakt?
- Patient\_innen
  - Angehörige
  - Gesetzliche\_r Vertreter\_in
  - andere

7. Das Dienstleistungsangebot des Sozialdienstes Ihrer Organisation umfasst ....

- Eintrittsmanagement
- Finanzierungsberatung
- sozialrechtliche Beratung
- psychosoziale Beratung
- Trauerbegleitung
- Koordination Freiwillige
- andere:

8. Welche Methoden der (Sozialen) Diagnostik kommen in Ihrer Organisation zum Einsatz und wer erstellt die Diagnostiken (Autorenschaft)?

- |  | <b>Autorenschaft</b>                       |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ICD 10                                | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Geno(öko)gramm                        | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Netzwerkkarte                         | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> S-First                               | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Lebenspanorama                        | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Zeitbalken                            | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Inklusionscharts                      | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> narrative Interviews                  | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> weitere Methoden sowie deren Autoren: |  |
|  | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
|  | <input style="width: 250px;" type="text"/> |
|  | <input style="width: 250px;" type="text"/> |

9. Ergänzungen / Anmerkungen:

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte senden Sie ihn bis am **15.10.2019** mit dem beigelegten Antwortcouvert zurück, danke!

## Anhang 3 Projektablaufplan

Tabelle 3. Projektablaufplan

Vorprojektphase	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Dez 19	Jan 20	Feb 20	Mär 20	Apr 20	Mai 20
Besprechung Projektidee mit PDL, ZLH	KW29										
Themeneingabe & Rückmeldung		KW33+									
Literatur- und Methodenstudium											
Erarbeitung Problemstellung											
Erstellen Projektkonzept											
Startkolloquium				KW40							
Einreichen, Rückmeldung und Besprechung Disposition				KW43	KW45+						
Ressourcenplanung											
Schreibprozess Rohfassung											

Projektphase 1: Planung/Vorbereitung	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Dez 19	Jan 20	Feb 20	Mär 20	Apr 20	Mai 20
M1, M2, M3: Interprofessionelles Team: Vorstellung Pilotprojekt			KW40								
M1, M2, M3: ZHAW Projektwerkstatt					KW45		?		abgesagt		
M1: Entwicklung Anamnesebogen Sozialmatrix											
M2: SWOT-Analyse zur Gestaltungsdiagnostik in der Palliative Care			KW40								
M2: Umfrage Palliativlandschaft CH/ZH											
M2: Konzeption Fachgespräch «palliative Komplexsituationen»											
M3: Entwicklung Moderationsleitfaden & visuelle Gestaltung Fachgespräch «palliative Komplexsituation»											
M2, M3: Terminierung Fachgespräch «palliative Komplexsituation»						1x pro Monat					

Projektphase 2: Durchführung Pilot	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Dez 19	Jan 20	Feb 20	Mär 20	Apr 20	Mai 20
M1: Nutzung Anamnesebogen Sozialmatrix						1x pro Monat					
M2, M3: Auswahl Bewohnende*r für Fachgespräch «palliative Komplexsituation» in Absprache mit Pflorgeteam						1x pro Monat					
M3: Vorbereitung Fachgespräch «palliative Komplexsituation» (Moderationskarten, Personalisierung Flip. etc.)						1x pro Monat					
M2, M3: Durchführung Fachgespräch «palliative Komplexsituation»						1x pro Monat					
M2, M3: Austauschsitungen PDL							?				

Projektphase 3: Evaluation/Abschluss	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Dez 19	Jan 20	Feb 20	Mär 20	Apr 20	Mai 20
M1, M2, M3: Entwicklung Evaluationskonzept											
M1: Summative Evaluation Sozialmatrix											
M2, M3: Entwicklung Fragebogen zum Fachgespräch «palliative Komplexsituation»											
M2, M3: Formative Evaluation Fachgespräch «palliative Komplexsituation»						1x pro Monat					
M2, M3: Summative Evaluation Fachgespräch «palliative Komplexsituation» (SWOT-Analyse?)											
Erstellen Kp. 9+10: Evaluation & Schlussbetrachtung											

Quelle: eigene Darstellung

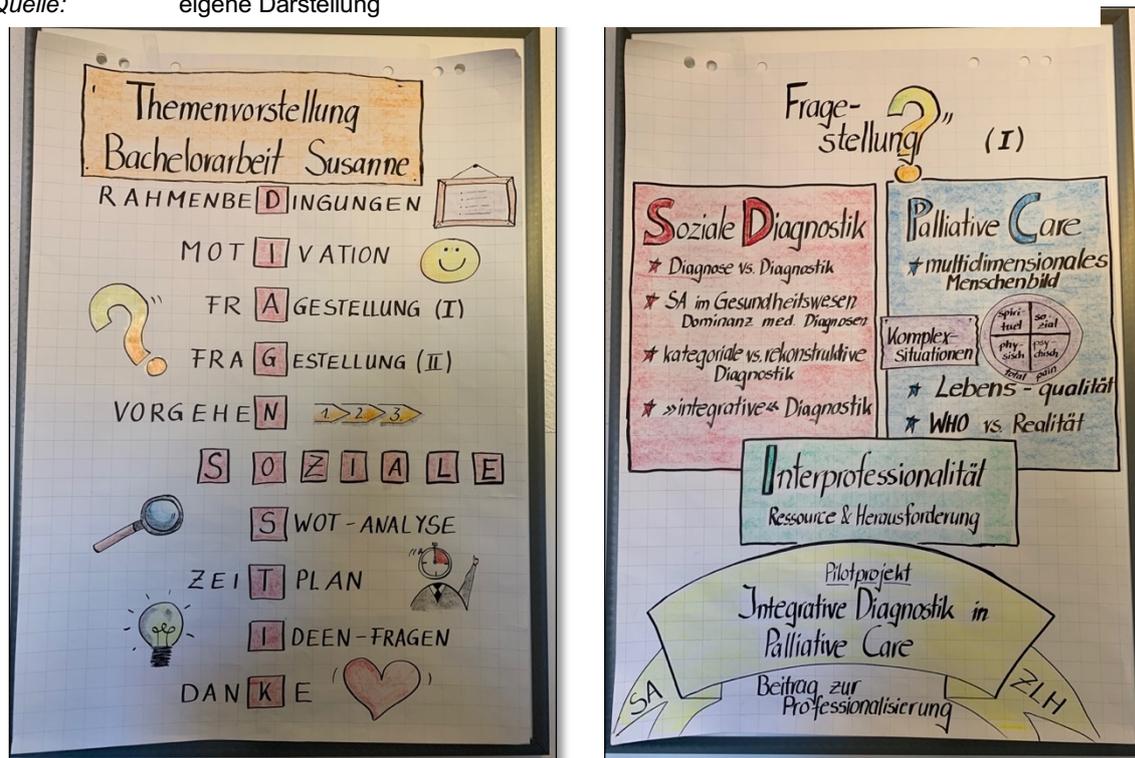
## Anhang 4 Bachelor-Themenpräsentation im ZLH

Die Themenpräsentation der Bachelorarbeit im ZLH fand im Rahmen eines Fachgesprächs im Oktober 2019 statt. Die Präsentation erfolgte noch vor dem Startkolloquium an der ZHAW und vor Einreichung der Disposition. Im Nachgang zur Dispositionsbesprechung erfolgten noch einzelne inhaltliche Anpassungen, die in der Präsentation entsprechend noch nicht enthalten sind.

In der abschliessenden SWOT-Analyse wurden die Interessen, Bedenken und Anliegen gegenüber dem Projekt evaluiert (zur SWOT-Analyse siehe Willener, n. d.). Im Zentrum standen einerseits Befürchtungen, die Bewohnenden durch eine überbordende Diagnostik bzw. eine zu grosse Anamnesetätigkeit zu überfordern sowie Doppelspurigkeiten mit den Assessmentgesprächen der Pflege zu generieren. Andererseits wurden die Vorzüge eines strukturierten Verfahrens (mit kompetenter Leitung) und der Stärkung des multiperspektivischen Arbeitens zur Vertiefung des Fallverstehens herausgestrichen.

Abbildung 12. Themenpräsentation im ZLH (vor Überarbeitung der Disposition)

Quelle: eigene Darstellung



## Fragestellung (II)

Welche Chancen bietet die «integrative» Diagnostik im Umgang mit Sterbenden und wo stösst die Methode an ihre Grenzen?

- ★ «Integratives» diagnostisches Fallverstehen:  
Worum geht's?
- ★ Spezialisierte Palliative Care:  
Warum «integrative» Diagnostik?
- ★ Anwendung im Lighthouse:  
Welche Erfahrungen stellen sich ein?

## Vorgehen

Integratives diagnostisches Fallverstehen

<b>Stufe I</b> <b>Anamnese</b> • z.B. JCD 10 • biographische Interviews	<b>kategoriale Diagnostik</b> <b>narrative Diagnostik</b> • Genöökogramm • Netzwerkkarte	<b>lebensweltliche Diagnostik</b> • Genöökogramm • Netzwerkkarte
--	---	--

**Stufe II** Koordinaten »integrativer« Diagnostik

**Stufe III** Ziele & Interventionsplanung

**Stufe IV** kontin. Diagnostik d. Feedbackschleifen

## SWOT-Analyse

**HEUTE**

**Stärken/Erfolge**

**Struktur**

- gute Fachpersonen zur Unterstützung
- Einbringung der Angehörigen
- teamworking
- Verständnis für den Bew. (Bewusstsein)
- förderbar für den Bew. → Kommunikation
- Individualität "hoch" helfen zu gehen
- Überforderung
- zu grosser Aufwand
- komplexitätsbewusst
- Anteilnahme
- Sambit
- Überschneidungen mit anderen Gesprächs-Überforderung
- den anderen 3 Bereichen
- Wenig Zeit für Assessment

**Opportunitäten**

- Einbringung der Angehörigen
- teamworking
- Verständnis für den Bew. (Bewusstsein)
- förderbar für den Bew. → Kommunikation
- Individualität "hoch" helfen zu gehen
- Überschneidungen mit anderen Gesprächs-Überforderung
- den anderen 3 Bereichen
- Wenig Zeit für Assessment

**Stärken/Erfolge**

**Struktur**

- gute Fachpersonen zur Unterstützung
- Einbringung der Angehörigen
- teamworking
- Verständnis für den Bew. (Bewusstsein)
- förderbar für den Bew. → Kommunikation
- Individualität "hoch" helfen zu gehen
- Überschneidungen mit anderen Gesprächs-Überforderung
- den anderen 3 Bereichen
- Wenig Zeit für Assessment

**Opportunitäten**

- Einbringung der Angehörigen
- teamworking
- Verständnis für den Bew. (Bewusstsein)
- förderbar für den Bew. → Kommunikation
- Individualität "hoch" helfen zu gehen
- Überschneidungen mit anderen Gesprächs-Überforderung
- den anderen 3 Bereichen
- Wenig Zeit für Assessment

# Anhang 5 Von der Eintritts-Checkliste zur Sozialmatrix

Abbildung 13. Eintritt-Checkliste Sozialdienst (inkl. Gesprächsvorlage Sozialanamnese)

Quelle: ZLH (2015a)

**ZÜRCHER LIGHTHOUSE**  
Interprofessioneller  
Beratungsdienst

**Eintritts-Checkliste Sozialdienst**

BewohnerIn: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_

Eintritt: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Vor Erstgespräch**

Finanzierung Wohnplatz	Ja/Nein	Bemerkungen
Subsidäre Kostengutsprache eingeholt?		
Aufenthalt LH	Ja/Nein	Bemerkungen
Definitiver Heimeneintritt? (Rückkehr nach Hause nicht mehr möglich)		
Vertretungsberechtigte Person vorhanden?	Ja/Nein	Bemerkungen/Wer?

**Sozialanamnese/Erstgespräch**

Vorstellen des Aufgabenbereichs und Angebot des Sozialdienstes (Beratung und Vermittlung in finanz/admin./sozialversicherungsrechtlichen Aufgaben, Ansprechperson für Angehörige, etc.)	Erledigt	Bemerkungen
Info Anwesenheit und Erreichbarkeit der SozialarbeiterIn		
Information betreffend Finanzierung		
Aufenthalt ZLH		

Finanzen	Ja/Nein	Zu beantragen?		Bemerkungen
Rente vorhanden?				
AHV/IV				
Vermögen vorhanden?				
Ergänzungsleistungen vorhanden?				
EL-Abitretung/Info				
Anderer Einkünfte (Bsp. Lohnfortzahlungen, PK, etc.)				

**ZÜRCHER LIGHTHOUSE**  
Interprofessioneller  
Beratungsdienst

**2.1 Aufnahme**

Hilflosenentschädigung zur AHV/IV					
Unterstützung durch Sozialhilfe					

Erledigung admin./finanz./Angelegenheiten	Ja/Nein	Bedarf	Bemerkungen
Erledigt Bewo seine admin./finanz./Angelegenheiten selbstständig?			
Wer unterstützt Bewo dann (BZP)? Darf Kontakt aufgenommen werden?			
Was macht BZP?			
Welche Vollmachten sind vorhanden?			
Wer ist Rechnungsempfänger?			
Wer unterstützt Bewo wenn Gesundheitszustand sich verschlechtert?			
Bedarf an professioneller Unterstützung vorhanden? (Beistandschaft, Treuhändlendienst, Büro Spitex etc.)			

Wohnsituation	Ja/Nein	Bemerkungen
Wohnung noch vorhanden?		
Muss Wohnung gekündigt und/oder aufgelöst werden?		
Wer unterstützt bei der Wohnungsauflosung?		

Freizeitgestaltung	Ja/Nein	Bedarf
Pro/Mobil-Gutscheine vorhanden?		

Erfassen von Kontakten	Ja/Nein	Bemerkungen
Müssen relevante Kontaktadressen im Lobos ergänzt werden?		

Version: 08.07.20 Freigegeben:HL Seite: 2 (2)

**ZÜRCHER LIGHTHOUSE**  
Interprofessioneller  
Beratungsdienst

**2.1 Aufnahme**

BewohnerIn: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_

Eintritt: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Vor Erstgespräch**

Finanzierung Wohnplatz	Ja/Nein	Bemerkungen
Subsidäre Kostengutsprache eingeholt?		
Aufenthalt LH	Ja/Nein	Bemerkungen
Definitiver Heimeneintritt? (Rückkehr nach Hause nicht mehr möglich)		
Vertretungsberechtigte Person vorhanden?	Ja/Nein	Bemerkungen/Wer?

**Sozialanamnese/Erstgespräch**

Vorstellen des Aufgabenbereichs und Angebot des Sozialdienstes (Beratung und Vermittlung in finanz/admin./sozialversicherungsrechtlichen Aufgaben, Ansprechperson für Angehörige, etc.)	Erledigt	Bemerkungen
Info Anwesenheit und Erreichbarkeit der SozialarbeiterIn		
Information betreffend Finanzierung		
Aufenthalt ZLH		

Finanzen	Ja/Nein	Zu beantragen?		Bemerkungen
Rente vorhanden?				
AHV/IV				
Vermögen vorhanden?				
Ergänzungsleistungen vorhanden?				
EL-Abitretung/Info				
Anderer Einkünfte (Bsp. Lohnfortzahlungen, PK, etc.)				

**ZÜRCHER LIGHTHOUSE**  
Interprofessioneller  
Beratungsdienst

**2.1 Aufnahme**

Hilflosenentschädigung zur AHV/IV					
Unterstützung durch Sozialhilfe					

Erledigung admin./finanz./Angelegenheiten	Ja/Nein	Bedarf	Bemerkungen
Erledigt Bewo seine admin./finanz./Angelegenheiten selbstständig?			
Wer unterstützt Bewo dann (BZP)? Darf Kontakt aufgenommen werden?			
Was macht BZP?			
Welche Vollmachten sind vorhanden?			
Wer ist Rechnungsempfänger?			
Wer unterstützt Bewo wenn Gesundheitszustand sich verschlechtert?			
Bedarf an professioneller Unterstützung vorhanden? (Beistandschaft, Treuhändlendienst, Büro Spitex etc.)			

Wohnsituation	Ja/Nein	Bemerkungen
Wohnung noch vorhanden?		
Muss Wohnung gekündigt und/oder aufgelöst werden?		
Wer unterstützt bei der Wohnungsauflosung?		

Freizeitgestaltung	Ja/Nein	Bedarf
Pro/Mobil-Gutscheine vorhanden?		

Erfassen von Kontakten	Ja/Nein	Bemerkungen
Müssen relevante Kontaktadressen im Lobos ergänzt werden?		

Version: 08.07.20 Freigegeben:HL Seite: 1 (2)

# Abbildung 14. Sozialmatrix ZLH

Quelle: eigene Darstellung

**Sozialmatrix**  
Kurzversion

Kompetenzzentrum palliative  
Pflege und Medizin ZLH AG

Admin-Check	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Datum:
	Eintrittsdatum:	Rufname:	Zimmer-Nr.:	Kürzel:
<input type="checkbox"/> KoGu <input type="checkbox"/> KK-Karte <input type="checkbox"/> Zusatzvers. KK <input type="checkbox"/> Heimvertrag <input type="checkbox"/> Depot <input type="checkbox"/> Badzuschlag  <input type="checkbox"/> Präsenzzeiten SOD <input type="checkbox"/> Schweigepflicht  <input type="checkbox"/> Zuweisende Stelle  <input type="checkbox"/> Heimortort  <input type="checkbox"/> Rechnungs- adresse  <input type="checkbox"/> Ärztl. Attest Angehörige <input type="checkbox"/> minderjährige Kinder <input type="checkbox"/> Haustier	<b>Ausgangslage / Organisatorisches</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diagnose / ED</li> <li><input type="checkbox"/> kognitive/körperliche Einschränkungen</li> <li><input type="checkbox"/> Zivilstand: ledig / Konkubinät / verheiratet / getrennt / geschieden / verwitwet</li> <li><input type="checkbox"/> Sprache / Religion</li> <li><input type="checkbox"/> Migrationsgeschichte / Aufenthaltsstatus</li> <li><input type="checkbox"/> Privates Inventar bei Eintritt</li> </ul>	<b>Genokogramm / Ergänzungen</b>	<b>Sozialvers. / Finanzen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Krankentagegeld</li> <li><input type="checkbox"/> AHV / IV / WSH</li> <li><input type="checkbox"/> EL / Hilflosenentschädigung</li> <li><input type="checkbox"/> PK-Rente / Auszahlung</li> <li><input type="checkbox"/> Immobilien / Vermögen</li> <li><input type="checkbox"/> Bankvollmacht</li> <li><input type="checkbox"/> Taschengeldauszahlung</li> </ul>	
	<b>Heilfersystem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Psycholog. / Seelsorge / Krebsliga</li> <li><input type="checkbox"/> Treuhanddienst / Beistand: Mandat</li> <li><input type="checkbox"/> Vertretungsberechtigte(r) Angehörige(r): PV, VA, GV</li> <li><input type="checkbox"/> Freunde / Familie als Unterstützung</li> <li><input type="checkbox"/> Gesundheit: Familienmitglieder</li> <li><input type="checkbox"/> Räumliche Distanz Unterstützende</li> </ul>	<b>Sozialvers. / Finanzen</b>	<b>Palliativ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Effektenliste</li> <li><input type="checkbox"/> Testament</li> <li><input type="checkbox"/> Bestattungswunsch / Grabsstätte</li> <li><input type="checkbox"/> Zahlungsregelung nach Versterben</li> </ul>	
	<b>Wohnen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wohnsitz</li> <li><input type="checkbox"/> vorl. Aufenthalt</li> <li><input type="checkbox"/> Wohnungsaufösung</li> <li><input type="checkbox"/> Postumleitung</li> <li><input type="checkbox"/> Pro/Mobil</li> </ul>			

ZLH Sozialmatrix Kurzversion | genehmigt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
Version 1 vom 24.11.2019 | ersetzt 30.03.2020
1/2

**Sozialmatrix**  
Kurzversion

Kompetenzzentrum palliative  
Pflege und Medizin ZLH AG

	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
<b>Biographisches</b> Biüche / Herausforderungen Prägende Lebensereignisse	<b>Person</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kindheit / Jugend</li> <li><input type="checkbox"/> Erwachsenenalter → Beruf</li> <li><input type="checkbox"/> Seit Krankheitsbeginn</li> <li><input type="checkbox"/> biographisch bedingte Bedürfnisse</li> </ul>	<b>Umfeld</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beziehungsabbrüche</li> <li><input type="checkbox"/> Integration / Desintegration Familiensystem</li> <li><input type="checkbox"/> Inklusion / Exklusion Funktionssysteme</li> </ul>		
<b>Resilienz – Vulnerabilität</b> Ressourcen / Stressoren Coping / Bewältigungsstrategien	<b>Person</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wertesystem</li> <li><input type="checkbox"/> Spiritualität / Kraftquellen</li> <li><input type="checkbox"/> empfundene Sinnhaftigkeit, Kontrollierbarkeit</li> <li><input type="checkbox"/> in-/externalisierendes Problemverhalten</li> <li><input type="checkbox"/> Substanzkonsum</li> </ul>	<b>Umfeld</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wertesystem Bezugspersonen</li> <li><input type="checkbox"/> Spiritualität / Kraftquellen</li> <li><input type="checkbox"/> in-/externalisierendes Problemverhalten</li> <li><input type="checkbox"/> Substanzkonsum Coping / Bewältigungsstrategien</li> </ul>		

ZLH Sozialmatrix Kurzversion | genehmigt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
Version 1 vom 24.11.2019 | ersetzt 30.03.2020
2/2

## Anhang 6 Moderationsmaterialien

Abbildung 15. Pretest:  
Flipcharts zur Visualisierung  
Quelle: eigene Darstellung

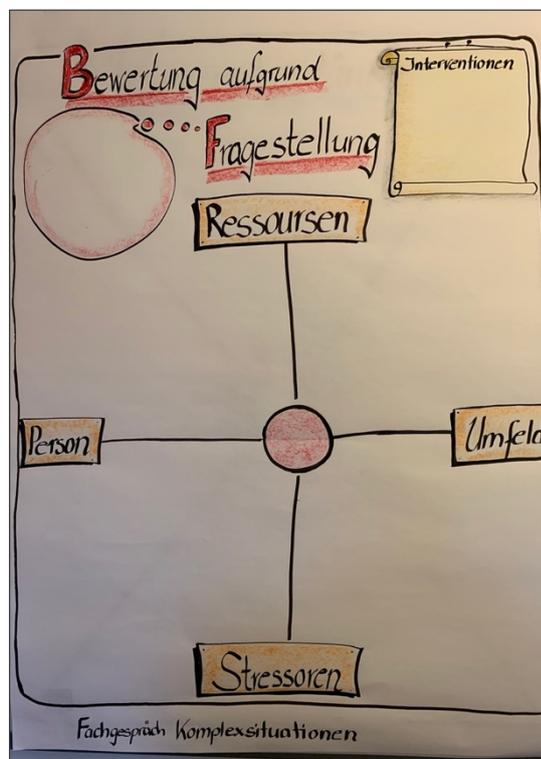
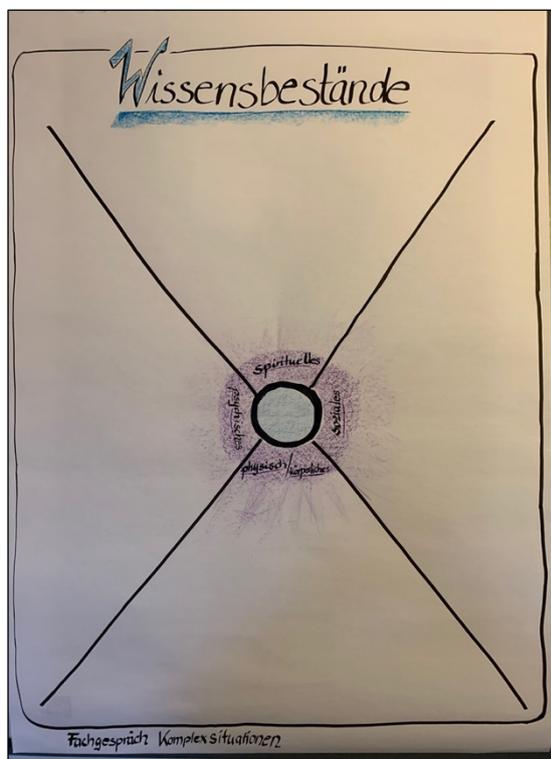


Abbildung 16. Flipcharts zur Fallbesprechung, finale Version

Quelle: eigene Darstellung und Phineo (2018) adaptiert

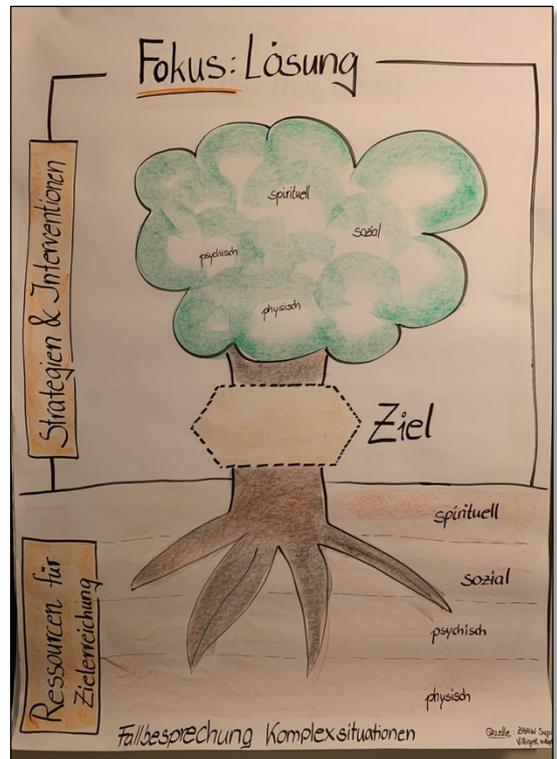
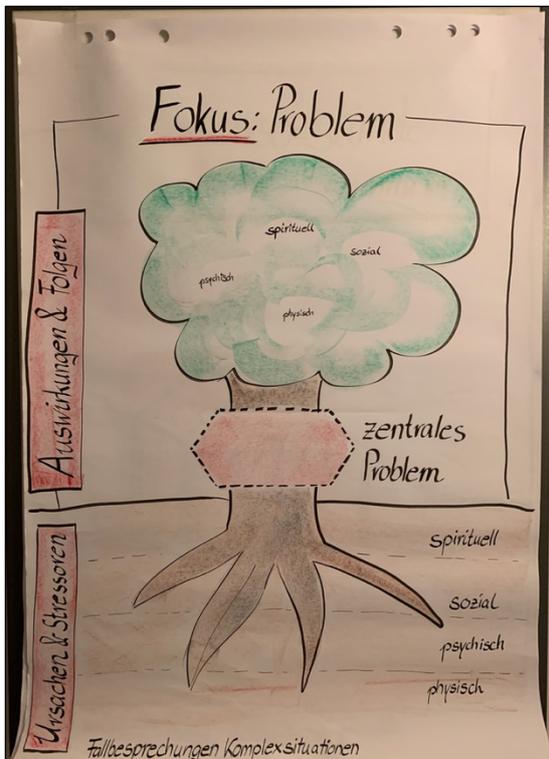
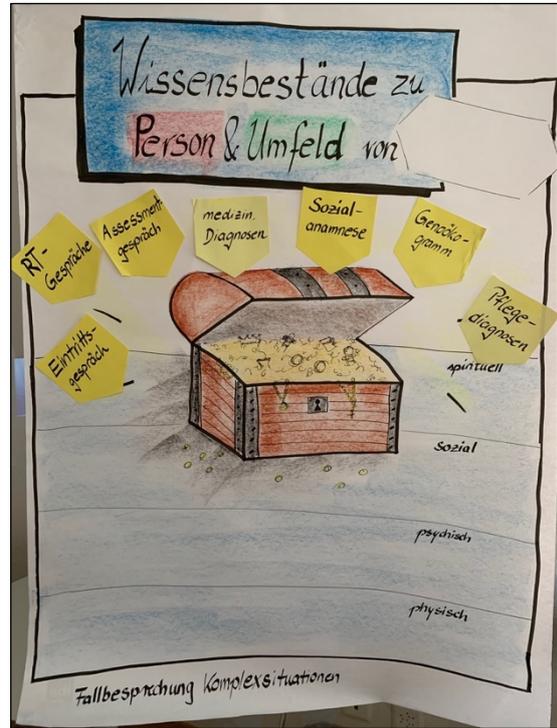


Abbildung 17. Protokollvorlage Fallbesprechung palliative Komplexsituation  
 Quelle: eigene Darstellung

ZÜRCHER LIGHTHOUSE Palliative Komplexsituationen	
<b>Fokus: Problem</b>  Person und soziales Umfeld	
10'	(evidente) Fragestellung / zentrales Problem nötig?
<b>Fokus: Lösung</b>  Person und soziales Umfeld	
10'	To do: Welche Massnahmen werden vom Team festgelegt?
5'	Verantwortlich:

2018 Elisabeth Uebler, Elisabeth Schürch, Sabine Komplexsituationen | Lernbegleitung von Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
 Version 1 vom 24.11.2018 | überarbeitet: 20.02.2020

ZÜRCHER LIGHTHOUSE Palliative Komplexsituationen	
<b>Bewohner:in</b> Zeitvorgaben max. 45'	<b>Zimmer-Nr.:</b> Teilnehmende:
<b>Einleitung</b>	Verständnissfragen?
10'	Liegt bereits eine konkrete Frage vor?
<b>Ausstattung BW Wissensbestände</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ärztdienst</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnose</li> <li><input type="checkbox"/> Tagessupport</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegedienst</li> <li><input type="checkbox"/> Genesungsweg</li> <li><input type="checkbox"/> Palliativmedizin</li> <li><input type="checkbox"/> Assessment</li> </ul> Interprof. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ernährungsrat</li> <li><input type="checkbox"/> RT/Cooperative</li> </ul> Kunsttherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>Psychologie</li> <li>SOP</li> <li>Sozialanamnese</li> </ul> Seelenge	
10'	

2018 Elisabeth Uebler, Elisabeth Schürch, Sabine Komplexsituationen | Lernbegleitung von Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
 Version 1 vom 24.11.2018 | überarbeitet: 20.02.2020

Abbildung 18. Moderationsleitfaden Fallbesprechung palliative Komplexsituation  
 Quelle: eigene Darstellung



**Moderationsleitfaden Fallbesprechung**  
Palliative Komplexsituationen

**Zimmer-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_  
gesamt: 45 min

---

**BewohnerIn:** \_\_\_\_\_

**Organisatorisches**

Klären

**Einleitung**

- Fachgespräch einleiten
- Ablauf skizzieren
- Konkreter Anlass?

**Zelwächter\*in:** \_\_\_\_\_

Protokollierende\*in:

→ Testphasen im Rahmen meiner Bachelorarbeit (bis Ende April)

→ strukturiertes Vorgehen zur Interventionenplanung bei komplexen Fallkonstellationen, wenn etablierte Gefässe (Fachinjur AD oder PD zu Symptommanagement bzw. FzP) die vorliegende Problematik nicht so recht „bedienen“ / nicht so recht passen wollen

FLIP → Vorgehen

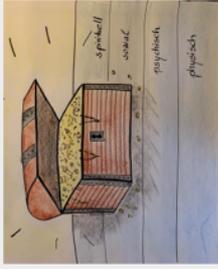
Liegt bereits eine konkrete Frage / zentrales Problem vor?

Fallsituation vorstellen → Fallbringer\*in, sehr kurz → **Verständnisfragen?**

---

**Wissensbestände Ausstattung BW**

- Arztbrief
- Medikation
- Tagesreport
- Phlegmen
- Phlegmen
- Phlegmen
- Assessment
- Integriert
- RT-Gespräche
- Kurztherapie
- Psychologie
- Seelische
- SOO
- Sozialanamnese



→ **Brainstorming**

→ was darf bei der/dem BW nicht übersehen werden (unabhängig von der Fragestellung)

→ nicht vollständig? → bei Bedarf ergänzen

**Fragen: systemische Denkfikur**

- Welche Charakteristika der/des BW sieht Ihr angesichts Ihrer persönlichen Begegnungen als bedeutend/besonders wichtig an?
- Welche Merkmale betont die/der BW – sind Ihr/Ihm besonders wichtig?
- Welche Ressourcen erkennen wir bei der/dem BW? Was ist gut, wenn es gut läuft?
- Welche Ausstattungsmerkmale sehen wir als Ressourcen, an die wir vermutlich anknüpfen können.....?
- Gibt es Lebens-/Verlustereignisse bei BW, die für die aktuelle Situation (besonders) relevant sind?
- Gibt es verbale oder non-verbale Äusserungen der/des BW, die sich als Willensäußerung interpretieren lassen, was sie/er sich in einer solchen Situation wünscht?

**Hypothesenbildung**

- Was erwarten wir im weiteren Verlauf an Symptomlast?

---



**Moderationsleitfaden Fallbesprechung**  
Palliative Komplexsituationen

**Zimmer-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

---

**Vorbereitung**

**Vormittag**

- Mit Tagesverantwortung Pflege oder PDL Auswahl Bewohnersituation besprechen
- Fallbringer\*in und zentrale Fragestellung festlegen
- Moderationskärtchen auf der Basis der Lobos-Daten (med. Diagnose, Pflegediagnosen, Sozialanamnese, Eintrag Therapeuten) vorbereiten mit
  - Namen BW
  - Infos betr. Ausstattung der/des BW: Ressourcen / Stressoren
  - Infos zum sozialen Umfeld: Ressourcen / Stressoren
- Fallbringer\*in informieren oder an Tagesverantwortliche\*in delegieren

**Vor 14 Uhr**

- Flipcharts in Sitzungszimmer aufhängen
- Flipcharts (soweit möglich) mit Moderationskärtchen bestücken
- Evaluationsbögen auflegen
- Protokollvorlage bereitstellen
- Moderationsmaterial (Kärtchen, Stifte, Kleber) bereitstellen
- Tablett bereitstellen
- Genoökogramm via Beamer verfügbar?

**Bei Start Fachgespräch**

- Pflege: wer geht auf Glocke?
- Leere Moderationskärtchen und Stifte verteilen
- Evaluationsbogen herumgeben
- Protokollführende\*in und Zeitwächter\*in festlegen

**Sammeln der Wissensbestände**

- alle 4 Dimensionen betrachten

**Zuordnen der Ausstattungsmerkmale**

- Auffordern zum Verteilen der Ausstattungsmerkmale zwischen Ursachen/Stressoren – Auswirkungen – Ressourcen
- wenn nicht eindeutig, bitte erklären!!!!

**Wissensbestände Ausstattung BW**

- Arztbrief
- Medikation
- Tagesreport
- Phlegmen
- Phlegmen
- Phlegmen
- Assessment
- Integriert
- RT-Gespräche
- Kurztherapie
- Psychologie
- Seelische
- SOO
- Sozialanamnese

---



**Moderationsleitfaden Fallbesprechung**  
Palliative Komplexsituationen

**Zimmer-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

---

**Vorbereitung**

**Vormittag**

- Mit Tagesverantwortung Pflege oder PDL Auswahl Bewohnersituation besprechen
- Fallbringer\*in und zentrale Fragestellung festlegen
- Moderationskärtchen auf der Basis der Lobos-Daten (med. Diagnose, Pflegediagnosen, Sozialanamnese, Eintrag Therapeuten) vorbereiten mit
  - Namen BW
  - Infos betr. Ausstattung der/des BW: Ressourcen / Stressoren
  - Infos zum sozialen Umfeld: Ressourcen / Stressoren
- Fallbringer\*in informieren oder an Tagesverantwortliche\*in delegieren

**Vor 14 Uhr**

- Flipcharts in Sitzungszimmer aufhängen
- Flipcharts (soweit möglich) mit Moderationskärtchen bestücken
- Evaluationsbögen auflegen
- Protokollvorlage bereitstellen
- Moderationsmaterial (Kärtchen, Stifte, Kleber) bereitstellen
- Tablett bereitstellen
- Genoökogramm via Beamer verfügbar?

**Bei Start Fachgespräch**

- Pflege: wer geht auf Glocke?
- Leere Moderationskärtchen und Stifte verteilen
- Evaluationsbogen herumgeben
- Protokollführende\*in und Zeitwächter\*in festlegen

**Sammeln der Wissensbestände**

- alle 4 Dimensionen betrachten

**Zuordnen der Ausstattungsmerkmale**

- Auffordern zum Verteilen der Ausstattungsmerkmale zwischen Ursachen/Stressoren – Auswirkungen – Ressourcen
- wenn nicht eindeutig, bitte erklären!!!!

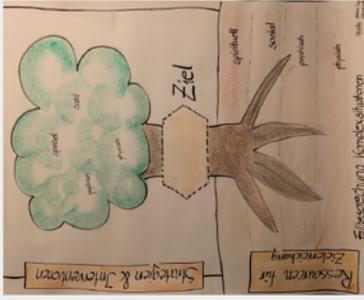
**Wissensbestände Ausstattung BW**

- Arztbrief
- Medikation
- Tagesreport
- Phlegmen
- Phlegmen
- Phlegmen
- Assessment
- Integriert
- RT-Gespräche
- Kurztherapie
- Psychologie
- Seelische
- SOO
- Sozialanamnese

Moderationsleitfaden Fallbesprechung  
Palliative Komplexsituationen

Fokus: Lösung

Person und  
soziales Umfeld



Ressourcen sammeln aus  
Wissensbestand / Ergänzungen

10

Fragen → Was ist *gut*, wenn es gut läuft? Coping-Strategien? Ressourcen?

Interventionsplanung

1. Einstieg in die Interventionsplanung
  - Was können wir tun, um die **Probleme** für die involvierten Personen zu **verstärken**?
  - Was passiert, wenn wir uns fürs **«Nichts-tun»** entscheiden?
  - Wofür stellt das **geschilderte Problem** eine **Lösung** dar?
2. Prozess am Laufen halten
  - Was denkt ihr, wie sieht die Situation aus der **Perspektive der/des BW/Angehörigen** aus? Was **denkt/fühlt** sie/er in der Situation? Werden ihre/seine Anliegen ernstgenommen? Welche Intervention würde die/der BW wählen?
  - Auf welchen **Annahmen** beruhen unsere Handlungsempfehlungen? Sind diese **begründet**?
  - Welche **äusseren Faktoren** beeinflussen unsere Handlungsempfehlungen?
  - Wird durch die Handlungsempfehlung die **Autonomie** der/des BW (bestmöglich) **gewahrt**? Steht die **Lebensqualität** (mutmassliche Willen) der/des BW im Zentrum?

To do: Welche Massnahmen werden vom Team festgelegt?

Verantwortlich:

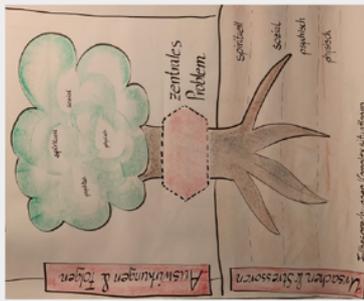
→ Pflegeplanung anpassen!

5

Moderationsleitfaden Fallbesprechung  
Palliative Komplexsituationen

Fokus: Problem

Person und  
soziales Umfeld



- Ad hoc inputs zu Ursachen/Auswirkungen
- Rückgriff auf Wissensbestände
- Im Blick behalten: Was ist **wichtig** Ursache des zentralen Problems, was ist **Auswirkung**/Folge?

(revidierte) Fragestellung / Anpassung zentrales Problem nötig?

Fragen:

- Was ist das **Problematische** an dem zentralen Problem?
- Was sind **Ursachen** – was sind Folgen des zentralen Problems?
- Perspektivenwechsel**: Würde die/der BW das gleich beurteilen?? Wie würde BW die Situation beschreiben??
- Was löst das **problematische Verhalten/Problem** bei uns aus?
- Was wissen wir über die **persönlichen Coping-Strategien**?
- Welche **Hoffnungen/Bedürfnisse** hegt die/der BW? Welche **Angster/Nöte** plagen sie/ihn?
- Gibt es **Zweifel**, ob es richtig ist, die Entscheidung der/dem BW zu überlassen? Muss ein **Beistand** beigezogen werden?

Hypothesenbildung

- Was erwarten wir an **Problematiken** (4 Dimensionen: körperlich, seelisch/psychisch, betr. soziale Rollen/Deintegration, Sinnfindung und Werterhaltung), wenn nichts unternommen wird?
- Wie reagiert die/der BW, wie ihr/sein Umfeld auf diese Entwicklung? Was wäre das Problem bei einer solchen Reaktion?

10

# Anhang 7 Dokumentation der Durchführung

Abbildung 19. Sozialmatrix, Beispiel 1 anonymisiert

Quelle: eigene Darstellung

*heute sammeln*

**ZLH Sozialanamnese**  
Kurzversion

**Admin-Check**

- KoGu
- KK-Karte
- Heimvertrag
- Depot
- Badzuschlag
- Präsenzzeiten
- SOD
- Schweigepflicht
- Zuweisende Stelle
- USZ
- Heimatort
- Finanz
- Rechnungsadresse
- Arzt, Attest
- Angehörige
- minderjährige Kinder
- Haustier

Name: [redacted] Vorname: [redacted]

Eintrittsdatum: [redacted] Rufname: [redacted]

*Aspirationspneumonie  
COPD, Goldstaub 2*

Diagnose / ED *met. Adeno-Carcinom 8/2016*

kognitive/körperliche Einschränkungen

Sprache / Religion

Migrationsgeschichte / Aufenthaltsstatus

Privates Inventar bei Eintritt

**Heftersystem**

- Psycholog. / Seelsorge / Krebsliga
- Treuhändlerservice / Beistand: Mandat
- Vertretungsberechtigte(r) Angehörige(r)
- Freunde / Familie als Unterstützung
- Gesundheit Familienmitglieder
- Räumliche Distanz Unterstützende

*Wohnsituation → tragbar?*

Wohnsitz

vorl. Aufenthalt

Wohnungsauflösung

Postumleitung

Pro/Mobil

Geburtsdatum: *12.12.1960* Datum:

Zimmer-Nr.: *33* Kürzel:

**Genoökogramm / Ergänzungen**

*3 Lebensde. Gesundheits  
Trennung von [redacted]  
Freud am Jenseits?  
wie Lhasa wärs bedient  
→ Kaktus rappe / Spirit Kurappe*

*100% berufstätig  
Freiwilligerin*

*Sohn 13J. [redacted] // Ehefrau [redacted]*

**Sozialvers. / Finanzen**

- Krankentagegeld
- AHV (IV) WISH
- EL / Hilflosenentschädigung
- PK-Rente
- Immobilien / Vermögen
- Bankvollmacht
- Taschengeldauszahlung

*Einkaufswahung  
Kundenmeister*

**Palliativ**

- Effektenliste
- Testament
- Bestattungswunsch / Grabstätte
- Zahlungsregelung nach Versterben

ZLH Sozialanamnese Kurzversion | genehmigt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
Version 1 vom 24.11.2019 | ersetzt: 30.03.2020 1/2

**ZLH Sozialanamnese**  
Kurzversion

**Biographisches**  
Lebenslauf  
Prägnant Lebensgeschichte

**Resilienz – Vulnerabilität**  
Ressourcen / Stressoren  
Coping / Bewältigungsstrategien

Name: [redacted] Vorname: [redacted]

Geburtsdatum: [redacted]

*Information bis vor 1.7.*

*Fußball spielen + Tennis!  
Sohn spielt jetzt in 1. Liga (Klausur)*

*Reisen => Intensiv  
Musik gemacht (Keyboard)  
↳ konnte organisiert*

**Person**

- Kindheit / Jugend
- Erwachsenenalter → Beruf
- Seit Krankheitsbeginn
- biographisch bedingte Bedürfnisse

**Person**

- Wertesystem
- Spiritualität / Kraftquellen
- empfundene Sinnhaftigkeit, Kontrollierbarkeit
- in-/externalisierendes Problemverhalten
- Substanzkonsum

**Umfeld**

- Beziehungsabbrüche
- Integration / Desintegration Familiensystem
- Inklusion / Exklusion Funktionssysteme

**Umfeld**

- Wertesystem Bezugspersonen
- Spiritualität / Kraftquellen
- in-/externalisierendes Problemverhalten
- Substanzkonsum Coping / Bewältigungsstrategien

ZLH Sozialanamnese Kurzversion | genehmigt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
Version 1 vom 24.11.2019 | ersetzt: 30.03.2020 2/2

Abbildung 20. Sozialmatrix, Beispiel 2 anonymisiert  
 Quelle: eigene Darstellung

**ZLH Sozialanamnese**  
 Kurzversion

**ZÜRCHER LIGHTHOUSE**  
 Kompetenzzentrum palliative Pflege und Medizin ZH AG

**Admin-Check**

- KoGu Waid
- KK-Karte
- Helmstrahl
- Depot
- Besuchsblatt
- Präsenzzellen
- SOD
- Schweigepflicht
- Zuweisende Stelle
- Wohnort
- Heimatort
- Rechnungsadresse
- Ärztl. Attest Angehörige
- minderjährige Kinder
- Haustier

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: 30.10.1964 (57) Datum: 15.5.20  
 Eintritsdatum: \_\_\_\_\_ Rufname: \_\_\_\_\_  
 Zimmer-Nr.: 33 Kürzel: \_\_\_\_\_

**Ausgangslage / Organisatorisches**

- Ösophaguskarzinom → paraneoplast. Em.
- Lymphknotenmetastasen
- Hepatische Metastasen → Lebermetast. 3/20
- Tuberkuloseherd
- ausgeprägte Beinödeme → Lymphdrainage
- Diagnose / ED 3/2019
- kognitve Körperliche Einschränkungen
- Sprache / Religion ref.: gläubig, offen f. Kontakt
- Migrationsgeschichte / Aufenthaltsstatus
- Privates Inventar bei Eintritt

**Genoökogramm / Ergänzungen**

**Sozialvers. / Finanzen**

- Krankentagegeld
- AHV / IV / WSH
- EE / Hilflosenentschädigung
- PK-Rente
- Immobilien / Vermögen
- Bankvollmacht ist vergeben
- Taschengeldauszahlung

**Wohnen**

- Wohnsitz → gemeinsame Wohn. Nein!
- vorl. Aufenthalt
- Wohnungsauflosung → 3. arg. durch Scheidung
- Postumilung → W. wird renoviert → noch nicht gelöst!
- ProMobil

**Wohlfühlfaktoren**

- Psycholog. / Seelsorge / Krebsliga
- Treuhänddienst / Beistand: Mandat
- Vertretungsberechtigter Angehöriger
- Freunde / Familie als Unterstützung
- Gesundheit Familienmitglieder
- Räumliche Distanz Unterstützende → Wohnung getrennt !!

**Palliativ**

- Effektliste ? 2. & 3. sind in Zi. bei längerem Aufenthalt überlebensfähig
- Testament
- Bestattungswunsch / Grabstätte
- Zahlungsregelung nach Versterben

**Sozialvers. / Finanzen (Handwritten notes):**  
 2017. 6. 25. Schwere Krankheit  
 Zusage von SVA Grundrentel. vorzuziehen  
 Frau: Zusage von vj. Therapie?  
 079

**Wohnen (Handwritten notes):**  
 W. wird renoviert → noch nicht gelöst!  
 → Begrenzung mit Kita am Wohnort  
 → via Steuer?!

ZLH Sozialanamnese Kurzversion | genehmigt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
 Version 1 vom 24.11.2019 | ersetzt 30.03.2020

1/2

**ZLH Sozialanamnese**  
 Kurzversion

**ZÜRCHER LIGHTHOUSE**  
 Kompetenzzentrum palliative Pflege und Medizin ZH AG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Biographisches**  
 Brüche / Herausforderungen  
 Prägende Lebensereignisse

**Resilienz - Vulnerabilität**  
 Ressourcen / Stressoren  
 Coping / Bewältigungsstrategien

**Person**

- Kindheit / Jugend
- Erwachsenenalter → Beruf Umstürmer
- Seit Krankheitsbeginn
- biographisch bedingte Bedürfnisse

**Umfeld**

- Beziehungsabbrüche
- Integration / Desintegration Familiensystem
- Inklusion / Exklusion Funktionssysteme

**Person (Handwritten notes):**  
 Hebräer: Kalte Wohnung, starke Metast. Panikgruppe  
 Wohnsituation in Flaach  
 Natur  
 geht dir nicht ganz alles  
 Corona 4  
 Kaufkraft? möglich?  
 Corona 4  
 → zweite Handlung möglich

**Umfeld (Handwritten notes):**  
 Vater (Pfg.) leidet an schwerer Erkrankung  
 sein Schmerz

**Umfeld**

- Wertesystem Bezugspersonen
- Spiritualität / Kraftquellen
- in-externalisierendes Problemverhalten
- Substanzkonsum Coping / Bewältigungsstrategien

ZLH Sozialanamnese Kurzversion | genehmigt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürcher Lighthouse  
 Version 1 vom 24.11.2019 | ersetzt 30.03.2020

2/2

Abbildung 21. Photodokumentation Pretest, anonymisiert

Quelle: eigene Darstellung

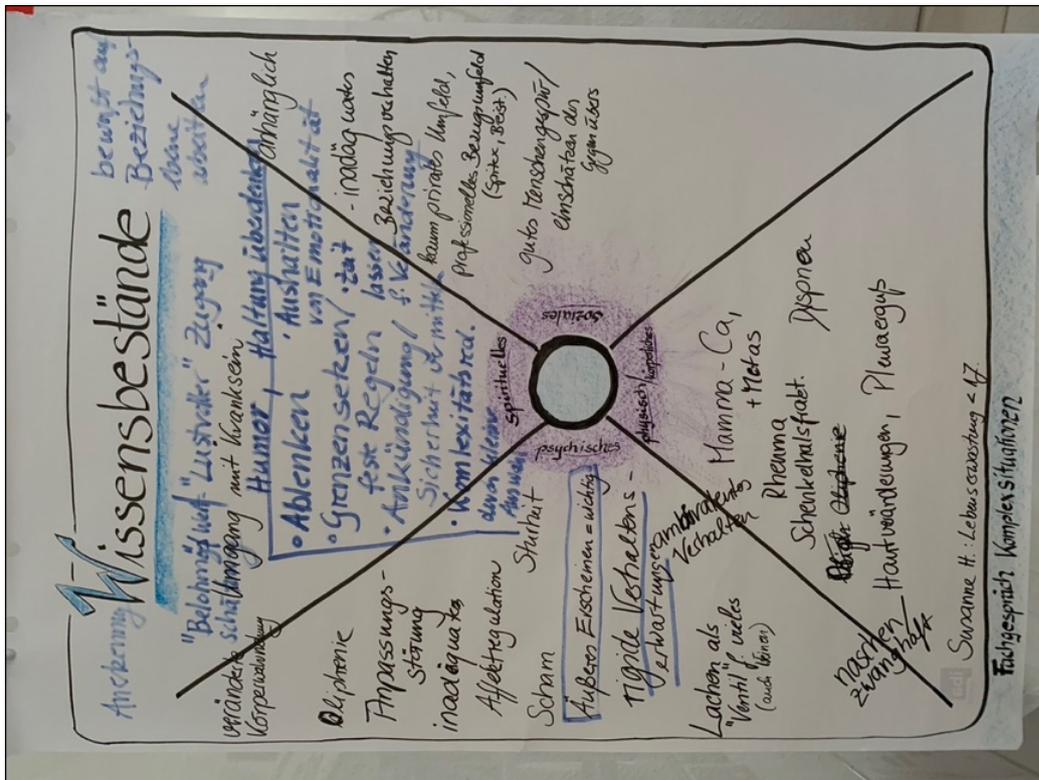
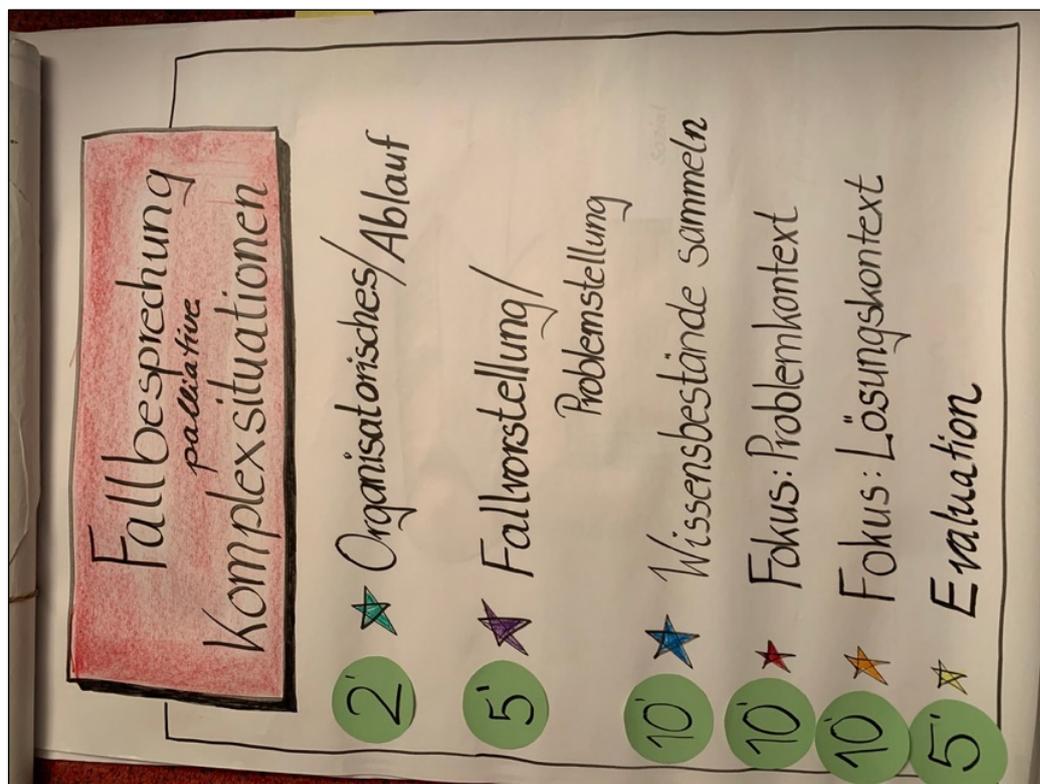
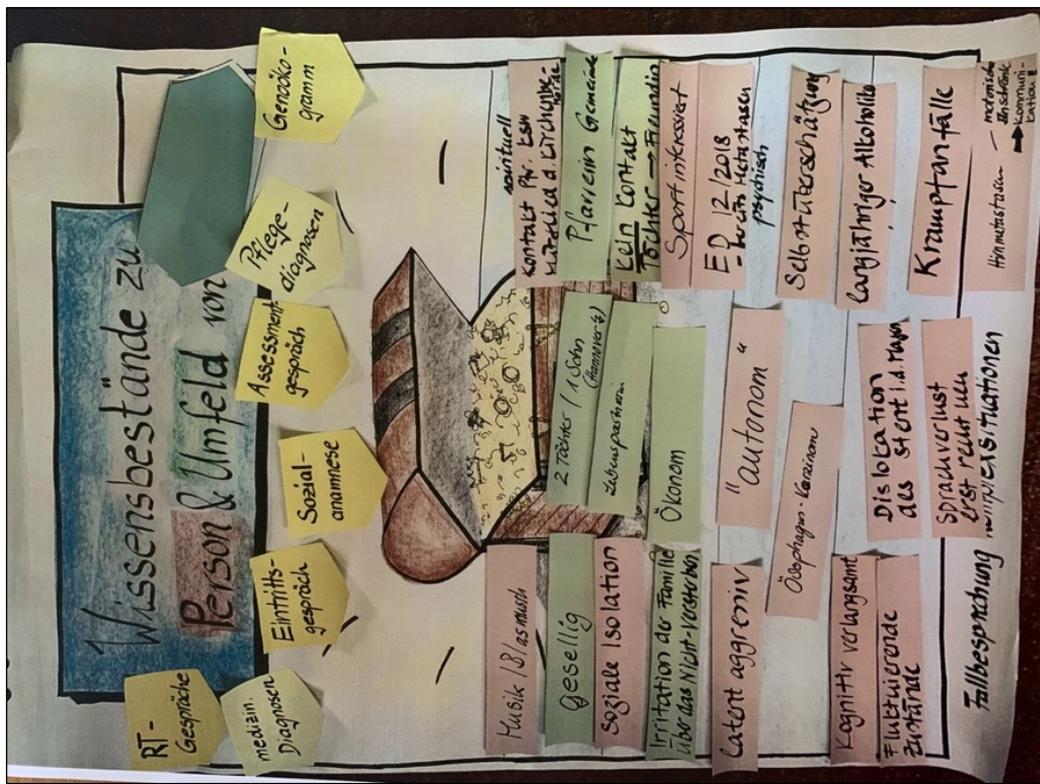


Abbildung 22. Photodokumentation Fachgespräch vom 04.02.2020, anonymisiert  
 Quelle: eigene Darstellung und Phineo (2018) adaptiert



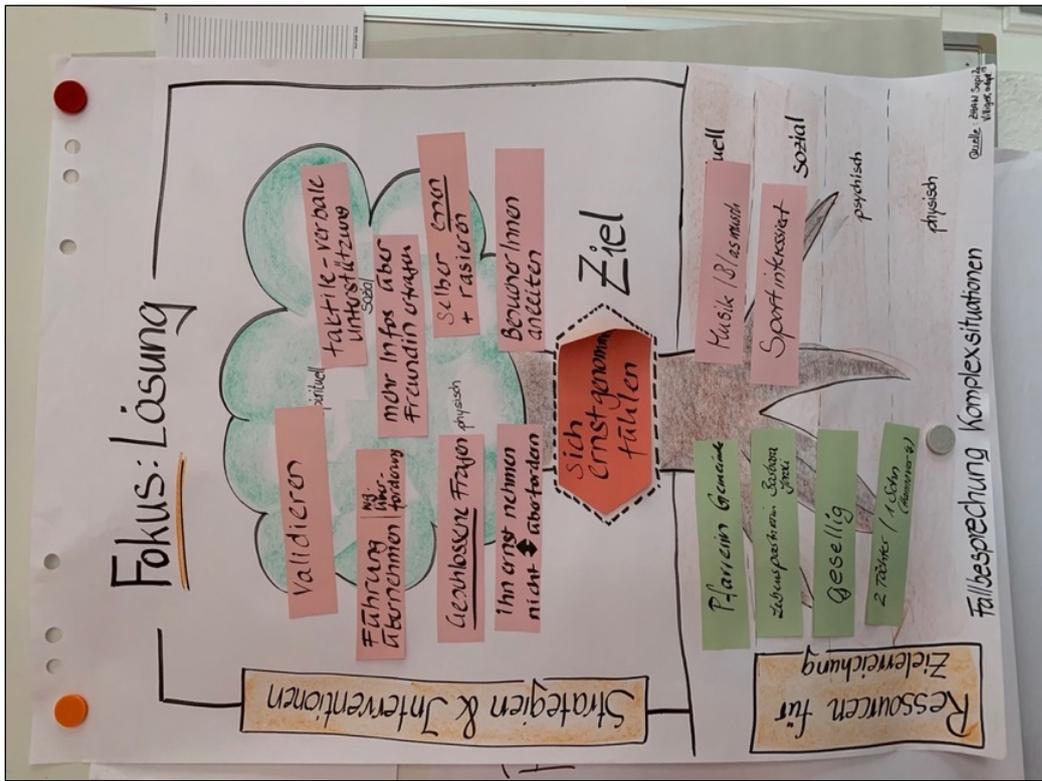
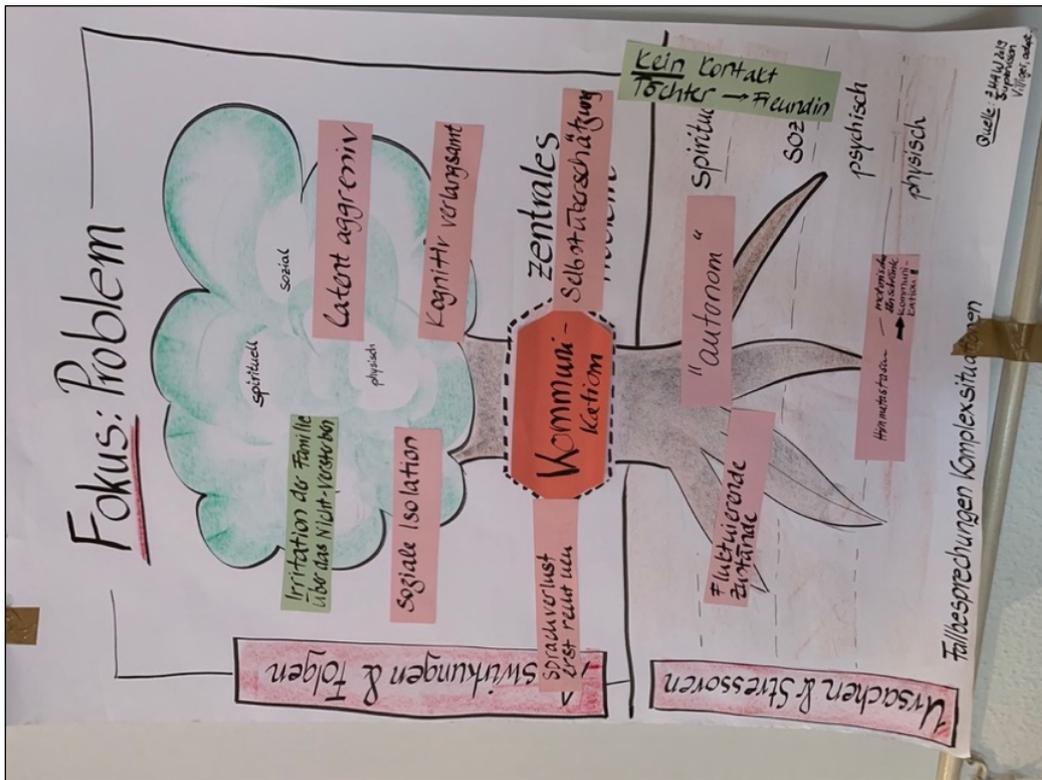


Abbildung 23. Photodokumentation Fachgespräch vom 31.03.2020, anonymisiert  
 Quelle: Phineo (2018) adaptiert

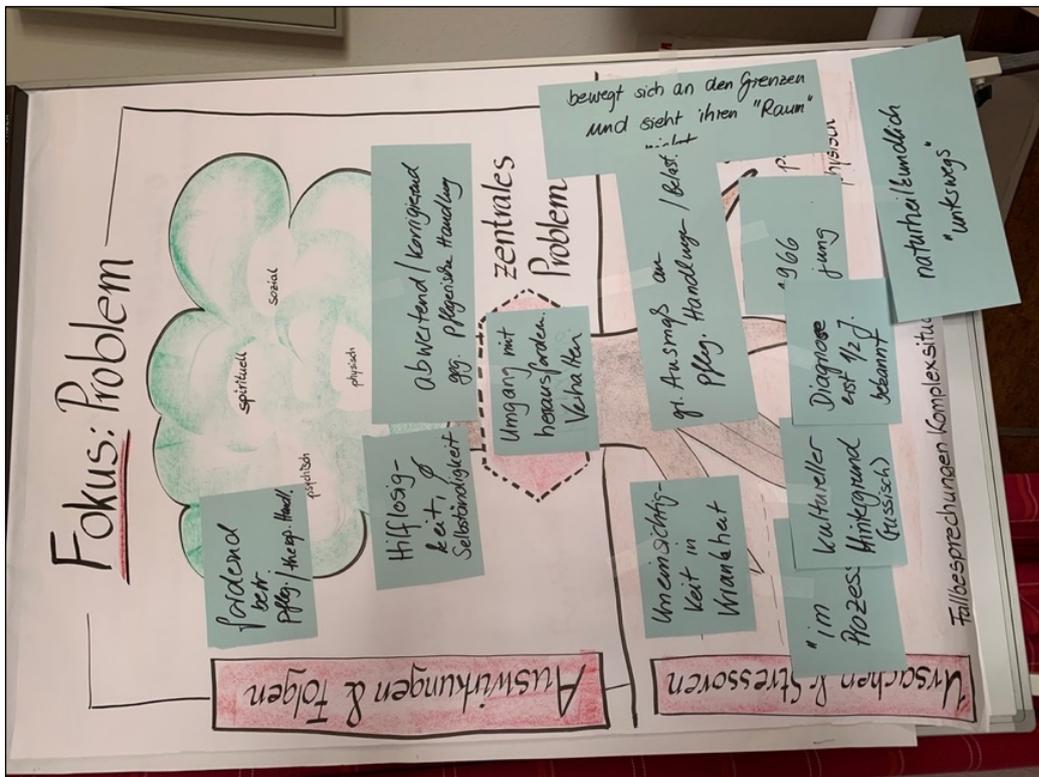
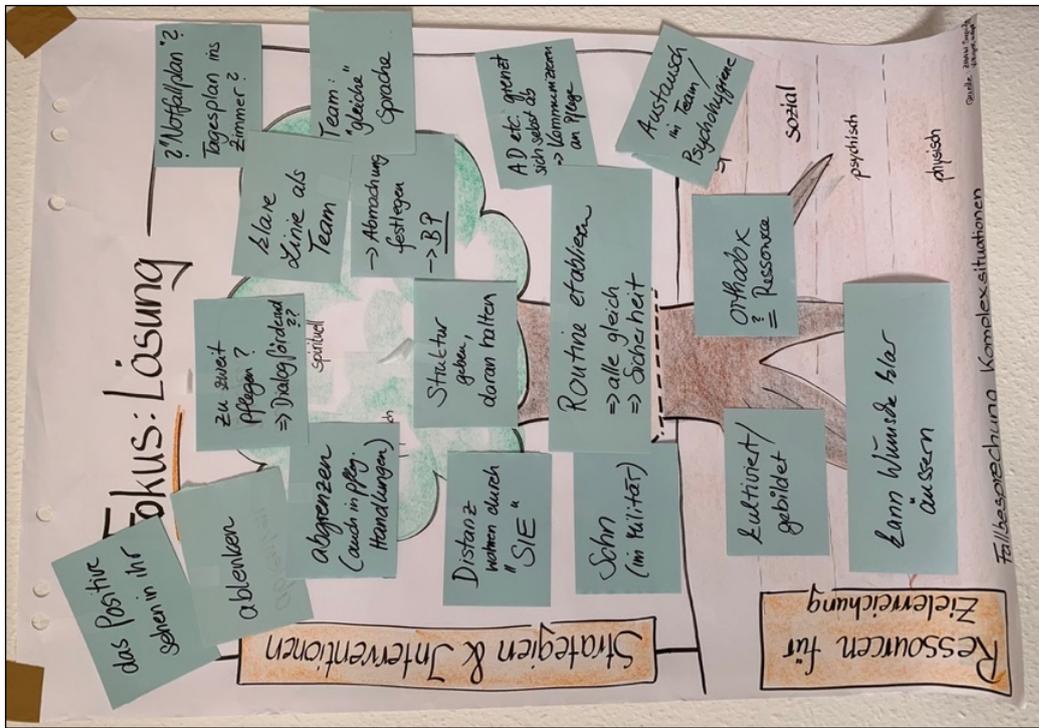
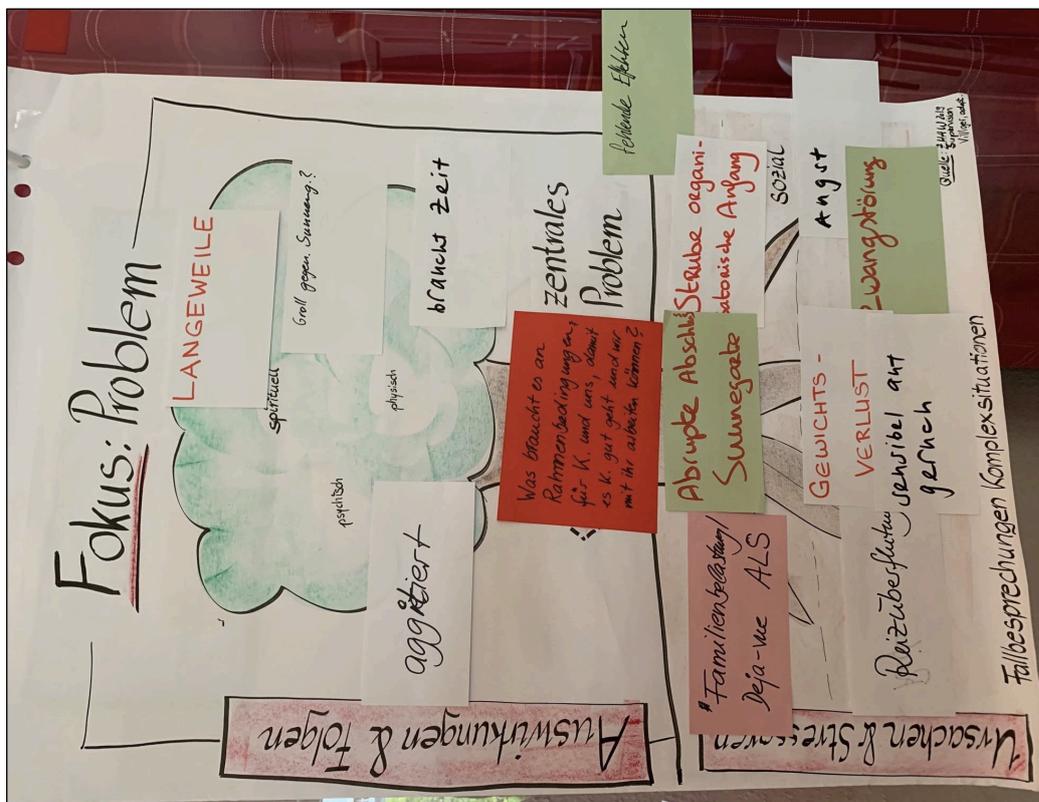
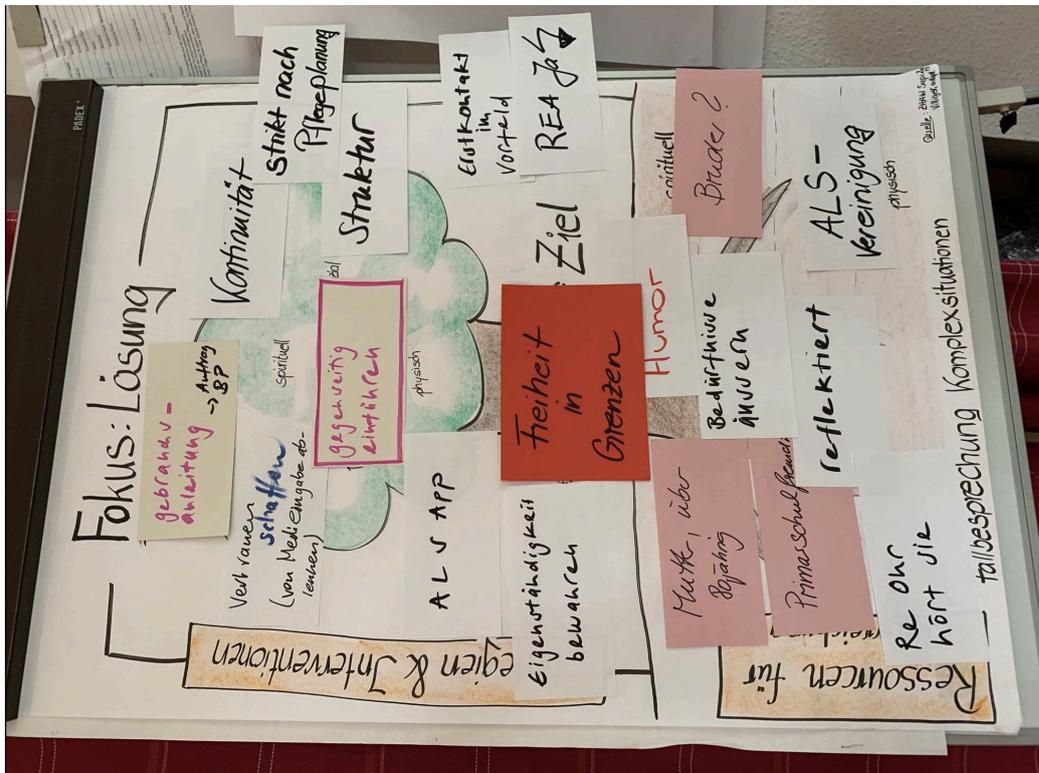


Abbildung 24. Photodokumentation Fachgespräch vom 09.06.2020, anonymisiert  
 Quelle: Phineo (2018) adaptiert



## Anhang 8 Projektevaluation: ergänzendes Material

Die Ausführungen beziehen sich ausschliesslich auf die Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen, die Sozialmatrix fungiert primär als Arbeitsinstrument für die Sozialarbeitende im ZLH und ist damit nicht Gegenstand einer Fremdevaluation. Es werden die leitenden Überlegungen zur Evaluation der Fallbesprechungen dargelegt und der standardisierte Fragebogen präsentiert. Die Überlegungen zum Evaluationskonzept basieren auf Beywl, Kehr, Mäder und Niestroj (2017).

### *Evaluationskonzept*

Um die Interessen und Bedürfnisse, Erwartungen und Befürchtungen der *Beteiligten* identifizieren zu können, wurde im Rahmen der Bachelor-Themenvorstellung eine SWOT-Analyse bei Angehörigen der primären Projektzielgruppe durchgeführt (siehe Anhang 4). Zu berücksichtigen ist, dass mit diesem Vorgehen die Professionellen der sekundären Zielgruppe gemäss Abbildung 7 trotz ihrer Betroffenheit z.B. von allfälligen Nebeneffekten (von den in einer Fallbesprechung beschlossenen Interventionen) von der Evaluation ausgeschlossen wurden. Eine Erhebung und Auswertung allfälliger Effekte auf diese Professionellen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Auch die zweite sekundäre Zielgruppe, namentlich die Bewohnenden des ZLH, als direkt *Betroffene* der Hilfeplanung finden in der Evaluation kein Gehör. Da sie an den Fallbesprechungen nicht zugegen sind, könnten sie die Wirkung der Fallbesprechungen auf das Fallverstehen des IPT nur mittelbar beurteilen. Ausserdem wird eine diesbezügliche Befragung Sterbender aus ethischen Überlegungen als sehr heikel betrachtet. Schliesslich würden sich bei der Umsetzung derartiger Erhebungen einige praktische Probleme ergeben aufgrund der sehr volatilen Gesundheitssituation der Bewohnenden.

Die Evaluation der Fallbesprechungen zu palliativen Komplexsituationen ist auf Erkenntnisgewinn ausgerichtet. Als *Evaluationszweck* ist die Entscheidungsfindung für eine längerfristige Nutzung und Verbesserung der eingeführten Fallbesprechungen nach Abschluss der Pilotphase zu sehen. Insbesondere der erste Durchlauf als Pretest ist auf Verbesserung ausgerichtet, entsprechend wird dieser über eine gezielte Befragung einzelner Teilnehmenden evaluiert. Die Feedbacks sowie die Selbstevaluation ermöglichen eine Anpassung der Methode.

Die *Fragestellung der Evaluation* entspricht (oft) der Zielsetzung des Programms bzw. der Methode. Grundsätzlich kann sowohl der Output (qualifizierte Interventionsplanung) wie auch Outcome (verbessertes Fallverstehen / Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität) im Fokus stehen. Im vorliegenden Projekt ist die Evaluation auf den Outcome ausgerichtet, die Evaluationsfrage lautet: Trägt die Fallbesprechung zu palliativen Komplexsituationen

zu einem verbesserten Fallverstehen bei? Die Zielerreichung ist folglich mit einem Wirkungsnachweis gleichzusetzen. Das *Evaluationsdesign* ist mittels Programmbaum in Abbildung 24 dargestellt.

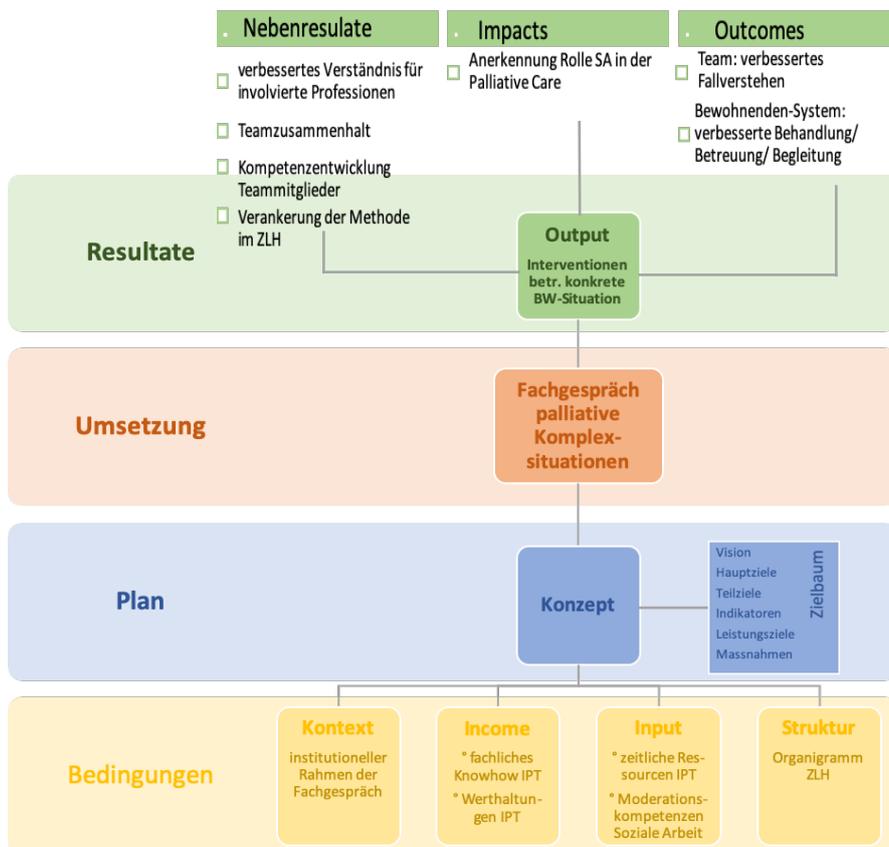
### Statistische Angaben zu den Fallbesprechungen

Es besuchten 12 Teilnehmende die erste Fallbesprechung (Pretest), davon vertraten neben der Moderatorin zwei Anwesende die psychosozialen Dienste, alle anderen Teilnehmenden gehörten der Pflege an.

Bei der Fallbesprechung zu G. waren 12 Teilnehmende zugegen, darunter die Ärztin und beide Seelsorgenden. Bei der Fallbesprechung zu S. nahmen pandemiebedingt 10 Personen ausschließlich aus dem Pflegedienst teil – abgesehen von der Moderatorin.

Abbildung 25. Programmbaum

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Beywl et al. (2017, S. 23).



### *Standardisierter Fragebogen zur Evaluation der Fallbesprechungen*

Ausgehend davon, dass sich die Grundgesamtheit der Fachgesprächsteilnehmenden üblicherweise im untersten zweistelligen Bereich bewegt, die Zusammensetzung des Pflorgeteams darüber hinaus als «zufällig» (gemäss Dienstplan) bezeichnet werden muss – eine Befragung der immer gleichen Personen also nicht realisierbar ist – wurde ab der zweiten Fallbesprechung ein standardisierter Fragebogen zur Evaluation genutzt. Aufgrund der geringen Anzahl der Teilnehmenden wurde eine Vollerhebung durchgeführt, dies ohne eine Ausdifferenzierung der Antworten nach Professionen, um die Anonymität der Antworten zu gewährleisten.

Da nicht die Beurteilung der eingeführten Fallbesprechung per se im Vordergrund der Evaluation steht, sondern die Adaption derselben zugunsten einer besseren Passung zum Arbeitsfeld, weicht das Vorgehen in der Konzeption des Fragebogens vom Standard ab. Konkret wurde die Reihenfolge von offenen und geschlossenen Fragen bewusst umgestellt, um die Richtung der Beantwortung nicht mit geschlossenen Fragen zu beeinflussen, sondern möglichst unvoreingenommen einen ersten Eindruck betreffend die Fallbesprechung abholen zu können. Die Gestaltung des Fragebogens (Seitenwechsel nach den offenen Fragen) soll dieses Ziel unterstützen.

Mit Blick auf die Heterogenität der Fachgesprächsteilnehmenden wurde der Begriff des „methodengeleiteten“ Vorgehens als möglicherweise missverständlich angesehen und daher durch „strukturiertes“ Vorgehen als begriffliche Annäherung ersetzt.

Abbildung 26. Vorlage Evaluationsbogen, Fallbesprechung palliative Komplexsituation  
 Quelle: eigene Darstellung

**ZÜRCHER  
LIGHHOUSE**  
Komplexsituationen palliative  
Pflege und Medizin (Zürich)

**Evaluationsbogen Fallbesprechung**  
Palliative Komplexsituationen

**Wie beurteilst Du folgende Aussagen (bitte zutreffendes ankreuzen):**

<b>Die Aussage ...</b>						
Die Fallbesprechung „Palliative Komplexsituationen“ bietet ein strukturiertes Vorgehen zur Interventionenplanung.	... trifft voll und ganz zu	... trifft mehrheitlich zu	... trifft teilweise zu	... trifft kaum zu	... trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>
Die Aussage ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fallbesprechung „Palliative Komplexsituationen“ fördert ein verbessertes Fallverstehen.	... trifft voll und ganz zu	... trifft mehrheitlich zu	... trifft teilweise zu	... trifft kaum zu	... trifft nicht zu	<input type="checkbox"/>
... trifft voll und ganz zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was ich noch zur Methode „palliative Komplexsituationen“ sagen möchte:**

**Freies Feedback**

Bitte umgehend zurück an Susanne P. (SOD) oder ins Sozialdienst-Fachli im Sekretariat ☺

Herzlichen Dank für Dein Feedback!

Zürcher Lighthouse Palliative Komplexsituationen | Genehmigung von: Sozialdienst Zürich Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürich Lighthouse  
 Version 1 vom 24.11.2019 | überarbeitet 2021/2020

2/2

**ZÜRCHER  
LIGHHOUSE**  
Komplexsituationen palliative  
Pflege und Medizin (Zürich)

**Evaluationsbogen Fallbesprechung**  
Palliative Komplexsituationen

<b>BewohnerIn:</b>	<b>Zimmer-Nr.:</b>	<b>Datum:</b>						
<p><b>Evaluationszweck</b></p> <p>Das Fachgespräch im Zürcher Lighthouse fokussiert i.d.R. medizinische Themen (Fachinput Arzt/Infer, das Symptommanagement (Pflegeteam), familienbezogene Fragestellungen (FZP, Reflecting Team) oder Interventionsthemen (Seelsorge). Ausserdem ist das interprofessionelle Team regelmässig mit Komplexsituationen konfrontiert, die den jeweiligen Fokus der etablierten Methoden sprengen.</p> <p>Im Rahmen meiner Bachelor-Projektarbeit gehe ich der Frage nach, inwieweit für das Lighthouse die Einführung einer alternativen Vorgehensweise zur Besprechung von Komplexsituationen („Fallbesprechung „Palliative Komplexsituationen“) hilfreich wäre.</p> <p>Euer Feedback mit dem vorliegenden Kurzfragebogen hilft mir massgeblich, die Vor- und Nachteile der vorgestellten Methode zu identifizieren und im Rahmen meiner Bachelorarbeit zu bewerten. Eure Antworten sind mir ausserdem Grundlage für die Diskussion mit der PUL, inwieweit die vorgestellte Methode nach Abschluss der Testphase weiterhin für komplexe Fallkonstellationen herangezogen werden soll.</p> <p>In diesem Sinne danke ich Euch schon jetzt herzlich für Euer Feedback!</p>								
<p><b>Zu den Rahmenbedingungen:</b></p> <p>Die Fallbesprechung „Palliative Komplexsituationen“ habe ich ....</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>... heute zum ersten Mal besucht</td> <td>... heute zum zweiten Mal besucht</td> <td>... schon mehrfach besucht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			... heute zum ersten Mal besucht	... heute zum zweiten Mal besucht	... schon mehrfach besucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... heute zum ersten Mal besucht	... heute zum zweiten Mal besucht	... schon mehrfach besucht						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p><b>Die Fallbesprechung „palliative Komplexsituationen“ hat wie alle Methoden Vor- und Nachteile. Mit Blick auf die bearbeitete Fallsituation fand ich folgende Aspekte förderlich/hinderlich .... (bitte ausfüllen):</b></p>								
1.	An der Fallbesprechung „palliative Komplexsituationen“ fand ich schwierig, dass:							
2.	An der Fallbesprechung „palliative Komplexsituationen“ fand ich hilfreich, dass:							

Zürcher Lighthouse Palliative Komplexsituationen | Genehmigung von: Sozialdienst Zürich Lighthouse | erstellt von: Sozialdienst Zürich Lighthouse  
 Version 1 vom 24.11.2019 | überarbeitet 2021/2020

1/2

---

## Persönliche Erklärung zur Bachelorarbeit, Einzelarbeit

---

Studierende: Schmidtchen Pauli, Susanne

(Name, Vorname) .....

Bachelorarbeit: Chancen und Grenzen einer integrativen Sozialdiagnostik im Umgang  
(Titel) mit Sterbenden. Ein Beitrag der Sozialen Arbeit zur interprofessionellen  
Zusammenarbeit in der stationären Palliative Care.

Abgabe 20. August 2020 (Deadline: 24.08.2020)  
.....

(Tag, Monat, Jahr)

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannte Bachelorarbeit selbständig verfasst habe.  
Wörtliche Zitate und Paraphrasierungen sind durch die Angabe der entsprechenden Quellen  
gekennzeichnet.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Zürich, den 20.08.2020