

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

RESEARCH

Karin A. Stadelmann

Die Sorge um Andere am Lebensende als Beruf

Eine empirische Rekonstruktion des
professionellen Selbstverständnisses
der Sozialen Arbeit in der Palliative
Care

OPEN ACCESS



Springer VS

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung

Reihe herausgegeben von

Andreas Hanses, Institut für Sozialpädagogik, Sozialarbeit, TU Dresden, Dresden,
Sachsen, Deutschland

Henning Schmidt-Semisch, FB 11: Human- und Gesundheitswissenschaften,
Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung untersucht gesellschaftliche Verhältnisse auf der Makro-, Meso- und Mikroebene in ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. Im Fokus der Betrachtung stehen die staatlichen und sozialen, die kulturellen und gemeinschaftlichen, die individuellen und biographischen Be- und Verarbeitungen von Gesundheit und Krankheit sowie von gesundheitlichen Risiken und Krisen. Dabei nimmt eine sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung sowohl die sozialen und psychosozialen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft in den Blick als auch das Verhältnis von individuellem Handeln und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Besondere Bedeutung kommt hier den gesellschaftlichen und diskursiven Aushandlungsprozessen von Gesundheit und Krankheit und den damit verbundenen sozialen Konstruktionen von Normalität und Abweichung zu. In der Reihe erscheinen gleichermaßen theoretisch wie auch empirisch orientierte Bände.

Karin A. Stadelmann

Die Sorge um Andere am Lebensende als Beruf

Eine empirische Rekonstruktion des
professionellen Selbstverständnisses
der Sozialen Arbeit in der Palliative
Care

Karin A. Stadelmann
Luzern, Schweiz



ISSN 2523-854X ISSN 2523-8558 (electronic)
Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung
ISBN 978-3-658-45030-4 ISBN 978-3-658-45031-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-45031-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2024. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.

Open Access Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geographische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Marija Mann
Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Einleitende Gedanken

Das berufliche Selbstverständnis von Fachkräften der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care steht im Mittelpunkt der von Karin Stadelmann vorgelegten Dissertationsschrift. Anhand einer präzisen Fragestellung bietet sie hier eine systematische Analyse eines bisher unterforschten Feldes, das zudem selber in einer dynamischen Entwicklung begriffen ist. Mit einer klar in der Sozialen Arbeit verorteten professionstheoretischen Herangehensweise und unter Hinzuziehung ökonomischer und dienstleistungstheoretischer Perspektiven geht sie vor dem Hintergrund der sowohl gesellschaftlichen wie auch professionellen Bedeutsamkeit des Themas Sterben und Tod der Frage nach, wie Fachkräfte der Sozialen Arbeit ihr berufliches Handeln im Feld der Palliative Care beschreiben. Mit ihrer Analyse macht Karin Stadelmann den spezifischen Beitrag der Sozialen Arbeit im gesellschaftspolitisch in hohem Masse bedeutsamen Kontext des Lebensendes beschreibbar und erklärbar. Dies tut sie in einem doppelten Ansatz, der zum einen professionstheoretisch und zum anderen gesellschaftspolitisch justiert ist und der dabei die Soziale Arbeit als gesellschaftlich relevanten Akteur im Feld des Sozialen positioniert. Damit gelingt es Karin Stadelmann, institutionelle und politische Bedingungen herauszuarbeiten, um die Soziale Arbeit in ihrer professionellen Eigenständigkeit in der Palliative Care nicht nur in der Schweiz zu stärken.

Die vorliegende Dissertationsschrift greift einen für die Schweiz bisher nur sehr wenig etablierten Professionsbereich auf – die palliative Versorgung in der Sozialen Arbeit. Und so erstaunt es auch nicht, dass kaum empirische Studien vorliegen. Dieser Sachverhalt unterstreicht nachdrücklich die Notwendigkeit von Forschung in diesem sehr sensiblen professionellen Feld. Und die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen eindrücklich, wie im Kontext des Sterbens

die professionellen Bearbeitungen andere „Formen“ von professionellem Handeln bedürfen. Es geht eben nicht zentral um eine professionell strukturierte Bearbeitung des Problems, sondern um grundlegende offene Begegnungen zwischen Sterbenden und Professionellen. Auch methodisches Denken hat nur eine begrenzte Reichweite. In diesem Arbeitsfeld besitzt das subjektiv erlebte Alltägliche den Vorrang in der professionellen (palliativen) Begegnung. Und wie es die Verfasserin pointiert beschreibt, ist das Unbekannte als wesentliche Orientierung im beruflichen, professionellen Umgang eine der zentralen Ausrichtungen der palliativen Versorgung. Damit stimmt diese Studie grundlegend mit Ergebnissen anderer Studien in der BRD überein. Allerdings wäre es sehr verkürzt betrachtet hier zu unterstellen, dass nur Vertrautes entdeckt worden wäre, wie es in anderen Ländern schon beschrieben worden ist. Vielmehr zeigt sich bei dem vorgestellten empirischen Material, wie fragil es für die Professionellen sein kann, neue Wege zu gehen, im Kontakt zu sein mit den Sterbenden und unter Umständen, die offene Begegnung als das eigentlich Bedeutsame der professionellen Hilfe zu entdecken und zu evaluieren. Die Dissertation verdeutlicht, wie schwer es für Professionelle sein kann, das eigene berufliche Handeln zu hinterfragen und das Dasein und Zuhören für die Sterbenden unter den palliativen Organisationsbedingungen als eine zentrale professionelle Strategie zu erkennen. Insofern kann die Dissertation immer auch als eine Entdeckungsgeschichte einer „neuen“ Professionalität gelesen werden.

Prof. Dr. Catrin Heite
Universität Zürich
Zürich, Schweiz

Prof. Dr. Andreas Hanses
TU Dresden
Dresden, Deutschland

Danksagung

Intensive Jahre, Monate, Tage und Nächte liegen hinter mir und auch hinter meinen Liebsten. Ich durfte in der längeren Zeit auf vielfältige Art und Weise Unterstützung erfahren. An dieser Stelle möchte ich folgenden Personen meinen tiefempfundenen Dank widmen.

Ich danke meinen Eltern und meinem Bruder für all ihr Verständnis und ihre aufbauenden Worte in der gesamten Phase meiner Dissertation. Ich danke meinem Partner, Joachim, für seine mentale Unterstützung und sein stetiges Verständnis für mein Vorhaben. Obwohl er selbst keinen akademischen Weg eingeschlagen hat, hat er stets versucht, sich in das Vorhaben hineinzudenken, meine sonntäglichen Fragen oder Erörterungen, die oftmals für ihn aus dem Kontext herausgelöst erscheinen mussten, sich dennoch anzuhören, und Verständnis aufzubringen. Ich danke meinen besten Freundinnen Carmen und Vera, die stets Folgendes wussten: Jetzt gilt es, mich aufzubauen oder abzulenken. Das alles leisteten sie, auch wenn sie selbst im Strudel des beruflichen Karrierealltags eigene Projekte zu stemmen hatten. Meiner Patentante danke ich ganz besonders für die Unterstützung im Endspurt.

Meiner Doktormutter und Erstbetreuerin Prof. Dr. Catrin Heite danke ich für das grossartige Vertrauen, das sie in mich gesteckt hat. Sie hat in unseren Gesprächen stets gemerkt, wann die strukturierte und klare Person, die ich sein kann, infolge aktueller Unsicherheiten einen fachlichen Support braucht. Meinem Zweitbetreuenden, Prof. Dr. Andreas Hanses, spreche ich den gleichen Dank aus. Er hat sich auch nach einer zu Beginn längeren stillen Phase meinerseits stets bereit erklärt, mir mit Rat und Hinweisen beizustehen, insbesondere, als es um die Ergebnisse bzw. die dazugehörigen Formulierungen ging.

Sein Zuspruch, besonders bei der Ergebnisinterpretation noch mutiger zu werden, spornte mich zusätzlich an. Ich danke an dieser Stelle auch den Doktorierenden aus dem Kolloquium an der Universität Zürich, welche sich in den einzelnen Veranstaltungen jeweils inhaltlich stets mit grossem Interesse eingebracht hatten und mich mit ihren Rückmeldungen dazu anregten, meine Argumentationen, meine Theoriepositionen oder die Begrifflichkeiten zu schärfen.

Ebenso möchte ich mich bei meinen Gesprächspartnerinnen und -partnern bedanken. Sie nahmen sich freiwillig Zeit für mein Vorhaben und liessen mich durch ihre Bereitschaft an ihrem Alltag in der Palliative Care auf vielfältige und gewinnbringende Weise teilhaben.

In den letzten Jahren eröffneten sich mir durch das gewählte Forschungsfeld einige Türen zu wunderbaren Hospizen und Palliative Stationen, den dort tätigen Menschen und deren eindrücklichem und würdevollem Wirken. Zudem durfte ich einige öffentliche Podien besuchen und Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen aus der Politik und dem Gesundheitswesen führen, welche mich dazu motivierten, der Begleitung am Lebensende zukünftig auch weiteres Wirken zu widmen. Auch die Kunst fand ihren Platz und hier danke ich Urs Heinrich für seine wertvolle Geste mir für diese Publikation ein Werk aus einem Workshop anzuvertrauen.

Das Jahr, in welchem ich nun meine Forschung vorlegen konnte, wird für mich persönlich ein wegweisendes. Den ersten Meilenstein habe ich nun hinter mir – und damit werde ich mich mit Zuversicht und gestärkt sowie mit dem Leitgedanken «Mit Mut beginnen die schönsten Geschichten» auf meinen weiteren Weg begeben und die nächsten Meilensteine anvisieren.

Luzern
Ende Juni 2023

Karin A. Stadelmann

Persönliche Gedanken

Sich mit dem Sterben und dem Tod auseinanderzusetzen, verlangt Mut, wenn man parallel mitten im Leben steht, alles um einen pulsierend ist, man die Karriereleiter erklimmt und vieles im Fluss ist. Mir war jedoch von Anfang an Folgendes klar: Die Themen Sterben, Tod und Trauer gehören genauso zu unserem Leben wie Geburten, Hochzeiten, Feste und weitere freudige Ereignisse. Die einen werden womöglich mit den Themen erst spät, die anderen leider auch früher konfrontiert. Ausschuchen können wir uns den Zeitpunkt nicht: weder jenen, wo wir mit den Themen in Kontakt kommen, noch jenen, wo wir selbst uns einmal über das eigene Lebensende Gedanken machen müssen. Den Themen gemein ist aber, dass uns alle eine Angst verbindet: die Angst vor dem Ungewissen und auch die Angst, einmal vielleicht allein sein zu müssen. Warum also diese Angst nicht teilen? Oder gar zum Thema machen? Genau das sagte ich mir und entschloss mich dazu, das Thema Begleitung am Lebensende aus der Perspektive der Sozialen Arbeit näher anzusehen. Sie erlangt im Sinne der Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen ihre Relevanz. Durch ihr Wirken in stationären, ambulanten, teilstationären Institutionen und den dortigen unterschiedlichen Zielgruppen erlangt die Soziale Arbeit einen unterschiedlichen Stellenwert in der Sterbe- und Trauerbegleitung. Ein Fokus kann dabei auf die subjektorientierten Zugänge (Krüger, 2017) gelegt werden. Ein anderer Fokus lautet, sich die Handlungsweisen und damit das professionelle Wirken der Sozialen Arbeit im Feld von Sterben und Tod näher anzusehen. Genau das wird vorliegend gemacht.

Sich mit dem Sterben und dem Tod selbstgewählt auseinanderzusetzen, dafür erntet man keineswegs nur wohlwollende Blicke. Die ersten Reaktionen waren oft verhalten, doch nach einer Weile legte sich das, und so bin ich heute dankbar

für die intensive Zeit und die Fülle an Gefühlen, die mir das Forschungsvorhaben beschert hat. Eine Dissertation zu verfassen, eigene Forschung anzustellen, das verlangt nebst einer wissenschaftlichen Ausbildung auch Leidenschaft für ein Thema. Mir war von Anfang an wichtig, dass meine Forschungsergebnisse aus meiner Dissertation dazu beitragen, die Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende zu verbessern und den professionellen Umgang damit zu stärken und auszubauen. Das Sterben und der Tod gelten als Querschnittsaufgabe (Krüger, 2017), was es gerade für die Soziale Arbeit nicht einfacher macht, ihren Gegenstandsbereich in dem Feld festzulegen. Das Handeln der Sozialen Arbeit am Lebensende lässt sich nur bedingt methodisieren (Galuske, 2009, S.16). Interessanter ist es deshalb, sich mit den Begründungen und Orientierungsmustern von Seiten der Fachpersonen, bezogen auf ihr alltägliches Handeln, auseinanderzusetzen und diesen Weg wählte ich. «*Dasein und sich sorgen als professionelle Elemente des Handelns*» und «*die Unbestimmbarkeit als wesentlicher Aspekt im Alltag*», sind für mich zwei Ergebnisse, welche mir immer wieder vergegenwärtigen, dass der Tod zwar eine Grenze markiert, aber dass die tagtägliche Arbeit eine immense Anpassungsleistung, hohe und adaptive ja bis fast grenzenlose Flexibilität von Seiten der Sozialen Arbeit kennen muss. Um diese und weitere Ergebnisse zu erreichen, durfte ich auf ein grossartiges persönliches Umfeld zählen, das mich ermutigte, unterstützte und manchmal teils auch ebenso etwas erduldet. Danke dafür!

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
1.1	Zugang zum Thema	1
1.2	Zentrale und klärende Vorbemerkungen	7
1.3	Aufbau der Forschungsarbeit	11
1.4	Erkenntnisinteresse und leitende Fragestellung	13
2	Das Lebensende in der (heutigen) Gesellschaft	19
2.1	Gesellschaftlicher Umgang mit Sterben und Tod	21
2.2	Wunsch und Wirklichkeit am Lebensende	26
3	Von Cure zu Care: Begriffs- und Verhältnisklärung im Feld von Sterben und Tod	29
3.1	Paradigmenwechsel von Cure zu Care	29
3.2	Hospiz und Hospizarbeit	34
3.3	Palliative Care	37
3.4	Verhältnisklärung von Palliative Care und Hospizarbeit	40
4	Professionstheoretischer Bezugsrahmen	43
4.1	Kursorischer Überblick zum professionstheoretischen Potenzial der Sozialen Arbeit	44
4.2	Strukturtheoretischer und interaktionistischer Ansatz als favorisierte Zugänge	51
4.3	Reflexiv-habituellder Ansatz als ergänzender Zugang	58

4.4	Dem eigenen Tätigsein bewusst werden	60
4.4.1	Professionelles Handeln und Handlungskompetenzen	63
4.4.2	Professionelles Selbstverständnis als Kernbegriff	70
5	Die Sorge um Andere am Lebensende	77
5.1	Medizin, Pflege und Spiritual Care als unbestrittene Akteurinnen in der Palliative Care	80
5.2	Soziale Arbeit als «bestrittene» Akteurin in der Palliative Care	85
5.2.1	Arbeitsprinzipien der Sozialen Arbeit am Lebensende	89
5.2.2	Berufsprofil der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	95
5.3	Soziale Arbeit am Lebensende: Situation in der Schweiz	100
5.4	Zwischenfazit zur Sorge um Andere am Lebensende	105
6	Die Methodologie des Forschungsprozesses	107
6.1	Bescheidene Konzeptanalysen als «Field-Opener»	109
6.1.1	Ergebnisse aus den Konzepten	110
6.2	Datenerhebung	112
6.2.1	Expertinnen bzw. Experteninterviews	112
6.2.2	Konstruktion und Handhabung des Interviewleitfadens	117
6.2.3	Operationalisierung des Kernbegriffs «Selbstverständnis»	118
6.2.4	Feldzugang und Rekrutierung des Samplings	120
6.3	Auswertungsprozess	123
6.3.1	Ergebnisauswertung mit der dokumentarischen Methode	124
6.3.2	Von der Leistbarkeit der dokumentarischen Methoden zur vorliegenden Leistung	132
6.4	Reflexion der eigenen Rolle als Forscherin	135
7	Empirischer Teil: Rekonstruktionen von Orientierungsmustern und Begründung des eigenen Tätigseins der Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care	139
7.1	Das Private, das professionelle Interesse oder der Zufall als Begründung für das Tätigsein	140

7.1.1	Das professionelle Interesse als prozesshafte, das Private als bewusste Begründung für die berufliche Tätigkeit	141
7.1.2	Das professionelle Interesse als prozesshafte und bewusste, das Private als unbewusste Begründung	145
7.1.3	Der Zufall als professionelle Begründung für das berufliche Tätigsein	148
7.2	Die Suchbewegung als professioneller Akt	153
7.2.1	Die Suchbewegung als Türöffner für das eigene Tätigsein	154
7.2.2	Die Suchbewegung im multiprofessionellen Team	162
7.3	Die eigenen professionellen Kompetenzen benennen, betonen und stärken	167
7.4	Das «Dasein» und die «Präsenz» als fassbares Tätigsein	179
7.5	Die eigene Sinnhaftigkeit in der täglichen Arbeit	182
7.6	Die Unbestimmbarkeit im Alltag als beruflicher Standard	186
7.7	Zugewiesenes oder Fremdes als produktives Potenzial für das eigene Tätigsein	193
7.8	Realität und Wunsch als Differenz- und Abgrenzungserfahrung	198
8	Diskussion der Ergebnisse: Soziale Arbeit als Spezialistin für das Unbekannte	205
8.1	Suchbewegungen als bilanzierende Aspekte für die Soziale Arbeit am Lebensende	205
8.2	Das Private und das Persönliche als professionelle Stärke	208
8.3	Vom Können, Müssen und Wollen – professionelles Handeln darf das alles	211
8.4	Nichtstandardisierung als Eigenheit des Arbeitsfeldes	217
8.5	Alltägliche, aber nicht banale Tätigkeiten	220
9	Schlussbetrachtung: das Unbekannte als Orientierungshilfe im beruflichen Alltag am Lebensende	225
	Literaturverzeichnis	233

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1	Dieses Bild wurde gemeinsam an einem Workshop in der Palliative Care erarbeitet. Es entstand unter der Leitung von Urs Heinrich (2017)	2
Abbildung 4.1	Auszug eines Funktionsfokus für die professionelle Bearbeitung von Krisen (vgl. Oevermann, 2013, S. 125)	54
Abbildung 4.2	Handlungstypen und dazugehörige Kontexte (vgl. Heiner, 2012, S. 614 f.)	65
Abbildung 4.3	Professionsverständnis der Sozialen Arbeit nach Engelke et al. (2009) S. 419)	69
Abbildung 6.1	Übersicht über die Einbettung der Sozialen Arbeit in recherchierten Konzepten von Institutionen	111
Abbildung 6.2	Überblick über das Sampling bzw. über die Interviewpartnerinnen und den Interviewpartner	122



«Da kommen so viele Themen am Lebensende auf. Es ist wie ein Bild für oder mit jemandem kreieren. Daran müssen wir denken. Es braucht diese Offenheit für unsere Arbeit».

(Frau Christen, Z. 90–92)

1.1 Zugang zum Thema

«Es ist unsere Aufgabe, konkret zu werden, warum es uns hier braucht.» (Frau Pereira, Z. 1017)

Sich mit dem Sterben und dem Tod professionell auseinanderzusetzen, ist für gewisse Berufe Alltag. Sich über das Sterben und den Tod jedoch zu unterhalten, gilt noch immer als Privatsache. Und sich Gedanken darüber zu machen, wer die Begleitung am Lebensende zu übernehmen hat und was es dann benötigt, wird erst dann thematisiert, wenn unmittelbar Betroffenheit vorhanden ist. Es besteht ein Mangel an Konkretisierung, sowohl auf professioneller als auch privater Ebene. All die Themen, die aufkommen brauchen eine gemeinsame und interprofessionelle Zusammenarbeit (Abbildung 1.1).

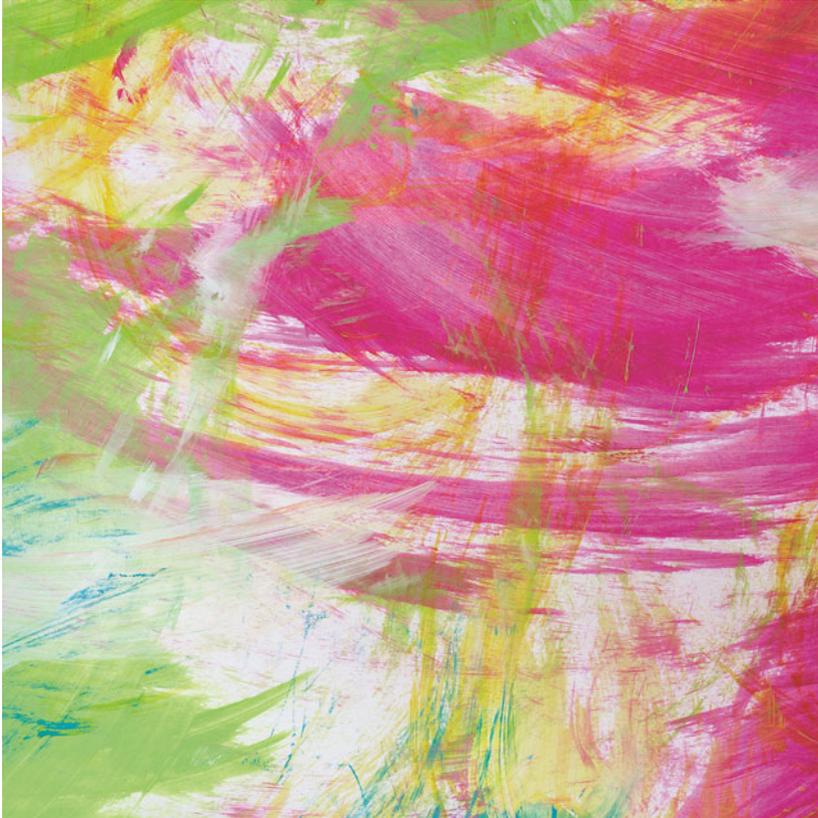


Abbildung 1.1 Dieses Bild wurde gemeinsam an einem Workshop in der Palliative Care erarbeitet. Es entstand unter der Leitung von Urs Heinrich (2017)

Natürlich gibt es Berufe und Orte, wo das Sterben tagtäglich präsenter ist – so bei Medizinerinnen und Medizinern, Pflegefachpersonen oder Seelsorgenden. Gesellschaftlich haben wir es jedoch immer noch mit einer Tabuisierung bzw. Skandalisierung des Sterbens zu tun (Ariès, 1982). Daran haben auch die vergangenen zwei Jahre, geprägt von der weltweiten Corona-Pandemie, wenig geändert. Unabhängig davon, ob das wirtschaftliche – wie auch das soziale – Leben zwischendrin gar zum Stillstand kam: Der Tod und das Sterben sind Randphänomene geblieben und deren professionelle Bearbeitung, aus Sicht der Sozialen Arbeit,

gilt ebenfalls als marginales Gebiet. Grosse Teile der vorliegenden Forschung, insbesondere die Erhebungen, wurden inmitten der Corona-Pandemie umgesetzt. Diese sorgte dafür, dass das Sterben und der Tod Allgegenwärtigkeit sowie Präsenz erlangte. Der Fokus der Medien, der Wissenschaft, der Politik, aber auch der gesamten Gesellschaft lag auf den zu Beginn wöchentlichen, später täglich publizierten Fall- und Sterbezahlen in der ganzen Schweiz. Der teils als skandalös bezeichnet Umgang mit älteren Menschen in den Alters- und Pflegeinstitutionen wurde zum brisanten Thema, da Schutzkonzepte, um das Virus einzudämmen, an ihre Grenzen stiessen. Das Verbot von Nähe sowie generelle Kontaktverbote trafen insbesondere die sonst schon als vulnerabel geltenden Personen, zu welchen ältere und alte Menschen, Personen, die auf externe Unterstützungsleistungen und Betreuung angewiesen sind, sowie Menschen – unabhängig ihres Lebensalters –, die am Lebensende angelangt sind, gehören.

Wir müssen über das Sterben und das Leben vor dem Lebensende professionell nachdenken, fordert Markus Leser (2021) in einem Gastkommentar in der Neuen Zürcher Zeitung. Hiermit meint er die Betreuung und die Unterstützung aus dem sozialen Bereich, welche Menschen am Lebensende zuteilwerden müsste, es aber offensichtlich nicht wird. Diese Ansicht teile ich und gehe gar noch einen Schritt weiter, indem ich Begleitung und Betreuung als essentielle Leistungen betrachte, die auf professioneller Ebene von verschiedenen Berufen zu erbringen sind.

Nicht nur seit Corona, sondern schon länger gibt es wissenschaftliche und statistische Motive, um über das Sterben und den Tod zu forschen und die Betreuung systematischer zu erfassen. Hochrechnungen gehen für die Schweiz davon aus, dass wir im Jahre 2050 eine Zunahme von 63 % älteren Menschen über 60 Jahre und im Bereich der Hochaltrigen, womit über 80-Jährige gemeint sind, eine Verdoppelung zu heute mit rund 16 % haben werden. Die Zahlen des Bundesamtes für Statistik (Bfs, 2022) zeigen zudem, dass 62 % der 2021 verstorbenen Personen älter als 80 Jahre sind. Damit sind das Sterben und der Tod eher eine Angelegenheit im Alter. Auch der Aspekt, dass jährlich rund 38 % jüngere Menschen an einer Krankheit versterben, welche eine längere Begleit- und Sterbephase mit sich bringen, muss uns sowie insbesondere die Sozialwissenschaften dazu anregen, über den Umgang mit dem Tod öffentlich zu sprechen und zum Bedarf an Begleitung am Lebensende systematisch und multiprofessionell zu erforschen. Der Tod wird zukünftig kein Randphänomen bleiben – im Gegenteil: Er ist ein zu bearbeitendes und zu bewältigendes soziales Problem (Engelke et al., 2009), das ebenso mit einem Generationenmix einhergeht und unseren Generationenvertrag auch auf die Probe stellt. Das ruft die Soziale Arbeit auf den Plan. In der Tat beschäftigt sie sich bereits in bestimmten Tätigkeitsbereichen mit dem Tod, wie

beispielsweise in der Suchtbewältigung oder auch in der Begleitung von Menschen mit Behinderungen. Das Sterben bzw. der Sterbeprozess bildet dabei kein einzelnes Momentum, die Zeit davor mit einer Diagnose, die Sterbephase und die Zeit danach ist eine Lebensphase, welche medizinisch, pflegerisch, spirituell sowie ebenso sozial, individuell und würdevoll auszugestalten ist.

Die Betreuung wird somit in sozialer und ökonomischer Hinsicht relevant und erfordert daher eine ganzheitliche gesellschaftliche und professionelle Auseinandersetzung. Der Auftrag der Sozialen Arbeit scheint hier gerade zu zugeschnitten zu sein: Wenn die Zeit endlich wird, ist es höchste Zeit, um über die verbleibende Zeit nicht nur nachzudenken, sondern diese Zeit so lange wie möglich mit Lebensqualität, Handlungsfähigkeit, Selbstbestimmung und würdevollen Momenten zu füllen (Wasner, 2010, S. 7). Diese Aspekte bilden subjektorientierte Zugänge der Sozialen Arbeit und deshalb wird vorliegend über die professionelle Betreuung am Lebensende aus Sicht der Sozialen Arbeit nicht nur nachgedacht, sondern – in Anlehnung an Thole (2012) und Krüger (2022) – deren handlungsspezifischen Logiken zu diesen und weiteren subjektorientierten Aspekten erforscht.

Wenn die Frage nach individueller Lebensqualität bis an das Lebensende im Zentrum steht, gilt es, die Begleitungen nach den genannten und wo möglich noch weiteren Maximen auszugestalten. Die Soziale Arbeit ist dafür bekannt, individuelle und soziale Unterstützung zu bieten und dabei die Ressourcen sowohl der betroffenen Personen als auch ihres sozialen Umfelds freizulegen. Sie kümmert sich somit ganzheitlich um die ihr anvertrauten Personen und deren Umfeld (Brandsen, 2005, S. 48; Wasner, 2010, S. 7). Doch wie realisieren sich diese Aspekte am Lebensende?

Der Gesichtspunkt der Lebensqualität taucht oft dann auf, wenn es um die Linderung physischer Schmerzen geht und wird daher mit medizinischen Leistungen verknüpft. Das Sichtbarmachen und das Sicherstellen psychosozialer Bedürfnisse tritt erst in einem zweiten Schritt in den Vordergrund. Die Soziale Arbeit ist nicht nur prädestiniert, als Profession im Feld der am Lebensende Tätigen wahrgenommen zu werden, sondern sie ist, wie Wasner & Pankofer formulieren, ein unabdingbarer Bestandteil (2021), wenn wir die psychosoziale Begleitung umfassend bearbeitet wissen wollen. Davon zeugen die sich in den letzten Jahren international und national weiter ausdifferenzierten palliativen Versorgungsstrukturen im Bereich der Medizin und der Pflege. Als Beispiel dafür können die ambulante mobile Palliative Care (AMPC), das Advanced Care Planning (ACP) und die Neugründungen von Hospizen in verschiedenen Kantonen der Schweiz

genannt werden.¹ Auch die sich weiter ausbreitende Tendenz der rechtlich geregelten Inanspruchnahme von Sterbehilfe gehört dazu.² Obwohl viel in Bewegung ist, wird die Soziale Arbeit noch nicht systematisch als eine gewichtige Expertin in der Arbeit mit Menschen am Lebensende wahrgenommen. Daher wird vorliegend eine weitere empirische Fundierung für den spezifischen Beitrag von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care geliefert. Ein Aspekt, warum dieser Beitrag aktuell wenig präzisiert ist, sei hier vorweggenommen: das Handeln am Lebensende, die Ausgestaltung der Beziehungen und die Vorgehensweisen der Professionellen lassen sich methodisch schwer fassen. Daher gilt die von Borasio 2011 getätigte Aussage «die Soziale Arbeit gehört zu den wichtigsten und zugleich am meisten unterschätzten Berufen in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender» (S. 83) auch noch heute – 12 Jahre später – als wahrhaftig. Wenngleich vorliegend weitere empirische Evidenz für das professionelle Handeln geliefert wird.

Immer wieder werden kritische Stimme von Angehörigen sowie von Professionellen laut, dass eine Hospitalisierung oder die Unterbringung in einem Alters- oder Pflegeheim für Menschen am Lebensende eigentlich der «falsche Ort» zum Sterben sei. Wenn es allerdings darum geht, schwerstkranken Menschen und deren Angehörigen eine umfassende Betreuung und Begleitung am Lebensende zu bieten, wenn die Aussicht auf Heilung nicht mehr besteht, sind *Hospize* eine wichtige alternative Versorgungsstruktur zu Spitälern und Alters- bzw. Pflegeheimen. Diese Institutionen versuchen, in einer möglichst persönlichen Atmosphäre eine Begleitung und Betreuung am Lebensende für Klienten sowie deren Angehörigen zu gewährleisten. Der schwerstkranke Mensch befindet im Zentrum – und mit ihm auch das ganze soziale Umfeld. Die Hospizarbeit wird daher als ein hoffnungsvoller Ansatz gehandelt, welcher die Themen Sterben, Tod und Trauer wieder «rehumanisieren und resolidarisieren» kann (Mühlum, 2014, S. 6). Wie sich später zeigen wird, befindet sich die Schweiz dazu gerade im Umbruch und die Gründungen von Hospizen nehmen zu.

Das Arbeitsfeld in einem Hospiz ist gekennzeichnet durch eine hohe multi-professionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Fachkräften aus der Pflege, der Psychologie, der Seelsorge bzw. der Spiritual Care sowie Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit. Sie alle leisten wesentliche Beiträge für die

¹ Die Situation der Schweiz wird in Abschnitt 5.3 näher ausgeführt.

² An dieser Stelle sei auf den Entscheid des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 verwiesen, wonach die Sterbehilfe in Deutschland besser und liberaler geregelt werden muss. Aktuell befinden sich mehrere Gesetzesentwürfe in Bearbeitung (vgl. Beitrag in der NZZ vom 13.06.2023, verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/international/das-recht-auf-einen-selbstbestimmten-tod-deutschland-muss-sterbehilfe-neu-regeln-ld.1742307?reduced=true>).

Begleitung am Lebensende, um den verschiedenen Bedürfnissen und auch Wünschen der schwerstkranken Menschen am Lebensende gerecht zu werden. Neben Professionellen übernehmen freiwillige Helferinnen und Helfer ebenso zahlreiche Aufgaben bei der Begleitung am Lebensende. Beide Aspekte, jener der «Multiprofessionalität» sowie jener der «Freiwilligkeit», stellen die Soziale Arbeit mehrfach vor die Herausforderung, sich gut sichtbar in diesem Tätigkeitsfeld zu positionieren und darzulegen, welche Aufgaben sie für sich beansprucht und wie sie diese in das multiprofessionelle Arbeitsfeld einbringt. Aktuell zeigt sich, dass im Feld der Hospizarbeit sowie der Palliative Care eine starke Engführung und Reduktion der Sozialen Arbeit auf «finanziell-administrative Tätigkeiten» (Berthod & Magalhaes de Almeida, 2022) vorhanden ist. Die vorliegenden Ergebnisse aus den Gesprächen mit den Fachpersonen der Sozialen Arbeit bestätigen diesen Umstand. Doch sie zeigen auch weiteres Potenzial und Konkretisierungen auf.

Von Seiten anderer Professionen wird der Sozialen Arbeit immer wieder eine fehlende Aussendarstellung sowie eine ungenügende Selbstdarstellung (Student et al., 2016, S. 155) vorgeworfen. Zahlreiche Fachpersonen der Sozialen Arbeit, gerade in unseren Nachbarländern, sind seit vielen Jahre in Hospizen tätig – und sie sind es, folgt man der neueren Bewertung von Student et al. (2020, S. 154), offenbar ohne, dass sie ihr Berufsprofil sichtbar nach aussen tragen. Wie einschlägiger Fachliteratur zu entnehmen ist, wird Soziale Arbeit zwar als «key provider» (Wasner, 2011, S. 116; Pankofen, 2021, S. 28; Krüger, 2017) für die Versorgung von psychosozialen Bedürfnissen Sterbender und deren Angehöriger gehandelt, denn in keiner anderen Fachdisziplin wird derart Gewicht auf den professionellen Umgang mit psychosozialen Aspekten gelegt und gleichzeitig versucht, das soziale Umfeld einzubinden. International wird die Bedeutung von «Social Work» für den Hospizbereich gar als «unbestritten» (Student et al., 2016, S. 150) bezeichnet – daher wird viel von der fachlichen Eignung der Sozialen Arbeit für den Bereich Palliative Care bzw. Hospizarbeit ausformuliert (exemplarisch Schütte-Bäumner, 2015; Wasner & Pankofer, 2014 / 2021; Borasio, 2013). Reith und Payne (2009) sind der Meinung: «all social workers, whatever their specialty, help people with end-of-life issues» (p. 1). Die genannten Argumentationen basieren mehrheitlich darauf, dass die Soziale Arbeit Kompetenzen hat, sich im Feld der Palliative Care und der Hospizarbeit zu bewegen und zudem über eine hohe Kooperationsbereitschaft verfügt. Aber was tut eigentlich die Soziale Arbeit bzw. eine Sozialpädagogin oder ein Sozialpädagoge tagtäglich in der Begleitung am Lebensende, wenn sie oder er selbst danach gefragt wird?

Die eigene Perspektive der Fachkräfte der Sozialen Arbeit auf ihr berufliches Handeln im Feld der Palliative Care fehlt noch immer. Genau deshalb stehen

vorliegend Narrationen von Seiten der Fachpersonen über ihr eigenes Tun im Feld der Palliative Care im Zentrum. Bewusst sollen sie über ihre Alltagserfahrungen, ihr tägliches Wirken sowie die damit verbundenen Herausforderungen erzählen können. Ihnen wird so der Raum als Expertinnen und Experten zu teil, damit sie sich frei über ihr berufliches Tun äussern können. Im Fokus der Analyse stehen dann die dazu herangezogenen Begründungen und Orientierungen für das eigene Tun. Die Erzählungen sowie die damit hoffentlich ausgelösten reflexiven Momente bilden den Gegenstand meiner vorliegenden Analyse.

1.2 Zentrale und klärende Vorbemerkungen

Bereits zu Beginn möchte ich vier mir als wesentlich erscheinende Vorbemerkungen, die für die Leserschaft und für deren besseres Verständnis wichtig sind, hier darlegen. Ein Grund für diese Vorbemerkungen liegt im Umstand, dass die Forschungsarbeit sich mit einem – insbesondere für die Schweiz – noch jüngeren Arbeitsfeld befasst. Wie später ersichtlich wird, blickt die Schweiz noch nicht gleich lange auf eine Hospizarbeit zurück, wie dies umliegende Länder, wie Deutschland, Österreich oder Grossbritannien, kennen. Ferner sollen die Vorbemerkungen auch Klarheit schaffen, wie ich mich in der theoretischen (Begriffs-) Diskussion um Soziale Arbeit, Palliative Care bzw. Hospizarbeit und der für die Schweiz wichtigen gesellschaftlichen Debatte zu «Sterbehilfe» positioniere.

Erste Vorbemerkung: Die Frage, ob wir von Sozialarbeit, Sozialpädagogik oder Sozialer Arbeit (auseinandergeschrieben) sprechen, ist nicht nur berechtigt, sondern angezeigt, wenn eine professionstheoretische Debatte und damit ein wissenschaftlicher Anspruch eingenommen werden. Für die vorliegende Forschung wird der Terminus «Soziale Arbeit» in Kombination mit «Fachpersonen» verwendet. In Anlehnung an Müller (2012, S. 956) kann Soziale Arbeit als «Sammelbegriff für berufliche Tätigkeiten im sozialen Feld» genutzt werden, ohne dass eine Differenz, womit er auch auf eine Wertigkeit anspricht, zwischen «pädagogischen oder sozialarbeiterischen Aufgaben» vorgenommen wird. Dieser Offenheit wird vorliegend ebenso gefolgt. Zudem stellte sich in der systematischen Literaturrecherche zu Sozialer Arbeit und Palliative Care heraus, dass insbesondere in literarischen Werken und wissenschaftlichen Studien aus England, den USA aber auch in Deutschland keine markanten Differenzierungen zwischen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialer Arbeit vorgenommen werden. Die sozialarbeiterische und sozialpädagogische Theorie und Praxis lassen sich, so auch in Anlehnung an Kessel et al. (2017), mit dem im wissenschaftlichen

Diskurs breit akzeptierten Begriff «Soziale Arbeit» gut abbilden. Im internationalen Sprachgebrauch wird Soziale Arbeit mit «social work» übersetzt – und dieser Begriff, so formuliert es Thole (2002), steht «(...) in der Regel für die Einheit von Sozialpädagogik und Sozialarbeit» (S. 14). Da vorliegend auch englischsprachige Literatur verwendet wurde, bot es sich an, von Sozialer Arbeit zu sprechen. Ferner lässt sich hie und da feststellen, dass die Diskussion um die Frage der Bezeichnungen, insbesondere der Differenzierung von Sozialpädagogik und Sozialarbeit, von Praktikerinnen und Praktikern «häufig als unnützlich, der praktischen Arbeit wenig zuträglich und damit als überflüssig betrachtet» (S. 454) wird. Diese Feststellung von Karges & Lehner (2005) ist pointiert, doch sie entlastet, gerade wenn es darum geht, das professionelle Wirken von Fachpersonen in das Zentrum eines jüngeren Handlungsfeldes zu stellen – und das verfolge ich.

Zweite Vorbemerkung: In Kapitel 3 wird ausführlich auf die Begrifflichkeiten Hospizarbeit, Hospice Care, Palliative Care, Sterbebegleitung und Sterbehilfe eingegangen. Steffen-Bürgi (2017) schreibt, dass die Begriffe Palliative Care, Palliativversorgung beziehungsweise Palliativbetreuung nicht einheitlich verwendet werden und stets in ihren historischen Anfängen sowie den in einem Land vorherrschenden Versorgungsstrukturen zu betrachten sind (S. 40). Die eigene durchgeführte Literaturrecherche meinerseits bestätigt dies. Teils werden Hospizarbeit und Palliativversorgung sogar synonym verwendet. Die Deutsche Gesellschaft für Palliative Care (DGP) hält auf ihrer Website fest, dass Palliative Care synonym mit den Begriffen Hospiz- und Palliativversorgung, Palliativ- und Hospizarbeit verwendet wird.³ Zudem kann festgehalten werden, dass sich die Rezeption der Begriffe auch jeweils an die in einem Land vorherrschenden sozialen und gesundheitssystemischen Bedingungen knüpfen lässt. So etablierten sich in Deutschland in den 1970er Jahren zahlreiche Hospize als Häuser – und damit verbunden erstarkte auch eine Bürgerinnen- und Bürgerbewegung mit Fokus auf Hospizarbeit. In den USA wurde auf die ambulante Versorgung gesetzt; und mit der 1983 erfolgten Aufnahme von «Hospice Care» in die staatliche Versicherung «Medicare» gab es eine der ersten gesetzlichen Grundlagen (vgl. Pleschberger, 2002). Mittlerweile haben sich in verschiedenen Ländern stationäre, teilstationäre und ambulante Hospizversorgungen durchgesetzt, wenngleich die Angebote nicht flächendeckend sind und von unterschiedlicher Leistung geprägt sind. In den 1990er Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre 1980 vorgelegte Konzeption zu «Palliative Care» mit der Definition der Hospizarbeit verbunden;

³ Vgl. <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-geistes-und-sozialwissenschaftliche-berufsgruppen.html>.

und der «National Hospice Council» (NCHSPCS) hat 1995 dargelegt, dass Palliative Care dem Verständnis nach mit «Hospice Care» synonym behandelt werden kann.

In der Schweiz lässt sich insbesondere durch die 2010 vom Bund angestossene nationale Strategie zu Palliative Care⁴ erkennen, dass sich Palliative Care als Begriff und Konzept durchgesetzt hat. Es ist deutlich zu spüren, dass dabei im schweizerischen Kontext mehrheitlich auf die Medizin als Leitdisziplin abgestellt wird. Diese Entwicklung gilt es im Blick zu haben, denn es geht vorliegend nicht nur um eine medizinische und physische Versorgung von Klientinnen und Klienten, sondern es stehen die soziale, die psychische sowie die spirituelle Begleitung am Lebensende im Fokus. Auch wenn Gronemeyer & Heller (2007) eher der Meinung sind, dass mit dem Ausdruck «Palliative Care» diese in der Tradition zu verstehenden hospizlich geprägten Anteile schwinden, so wird vorliegend dennoch der Terminus Palliative Care gewählt. Ich attestiere diesem Begriff die Qualität, als vollumfängliches Konzept im Sinne der von der WHO 1980 vorgelegten Definition, womit die psychosoziale Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende genauso integriert sind wie die medizinisch-pflegerische Versorgung, zu gelten. Für die Schweiz spielt meines Erachtens eher eine andere Differenzierung eine gewichtigere Rolle, nämlich jene der Sterbebegleitung und der Sterbehilfe.

Dritte Vorbemerkung: Der Diskurs um die Entstehung der Hospizbewegung ist eng verbunden mit dem Wirken der Sozialen Arbeit in Bezug auf die freiwilligen und ehrenamtlichen Arbeiten. Die Soziale Arbeit als Wohlfahrtspflege bringt auch einen engen historischen Konnex dazu mit. Pleschberger (2012) führt in Anlehnung an Heller et al. (2017) aus, dass die Hospizbewegung sich insbesondere in Deutschland als Bürgerinnen- und Bürgerbewegung, getragen von ehrenamtlichen Vereinen etablierte. Die neuere Studie von Fink & Schulz (2021), ebenfalls mit Fokus auf Deutschland, grenzt die Ehrenamtlichkeit in der Sterbebegleitung von der professionellen Arbeit in Hospizen ab. Ihre Studie zeigt eindrücklich, dass sich das Selbstverständnis von ehrenamtlichen Sterbebeleiterinnen und -begleitern zwar in der Praxis und im alltäglichen Tätigsein nicht kategorisch vom professionellen Selbstverständnis aus Medizin oder Pflege abgrenzt, doch sie vertreten dennoch die Haltung, dass Professionalisierungsprozesse im Bereich der Begleitung am Lebensende nötig sind (vgl. S. 11). Vorliegend soll es nicht um die Ehrenamtliche Arbeit und deren Abgrenzung im Bereich der Begleitung von

⁴ Vgl. Dokumentation zu Nationalen Strategie der Palliative Care verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html#-163315092>.

Menschen am Lebensende gehen, sondern um eine professionelle und damit verberuflichte Arbeit. Deshalb wird auch nicht weiter auf die Freiwilligenbewegung bzw. Ehrenamtliche Bewegung in der Hospizarbeit eingegangen.⁵

Vierte Vorbemerkung: Der aktuelle Mangel an Plätzen bzw. Orte, wo das Sterben enttabuisiert ist, führt dazu, dass Betroffene am Lebensende den Weg über Sterbehilfeorganisationen wie Exit in Betracht ziehen (Walser, 2018). Es gibt zwar keine systematischen und vom Bund dazu erfassten Zahlen, doch die provokante Vermutung von Walser lässt aufhorchen. Im Zusammenhang mit dieser Vermutung wird auch in der Schweiz die Frage nach Hospizen und Altersheimen und deren Berechtigung zur Sterbehilfe diskutiert. Es ist vorliegend wichtig, dass *Sterbehilfe und Sterbebegleitung* voneinander abgegrenzt werden. Die Schweiz erlaubt unter gewissen Voraussetzungen einerseits Selbsttötung bzw. eine Suizidbeihilfe, die auch als Sterbehilfe bezeichnet werden kann. In Art. 115 des schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) heisst es:

«Wer aus selbststüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft» (StGB, Art. 115).

Das bedeutet, die freiverantwortliche Selbsttötung steht in der Schweiz nicht unter Strafe. Die sog. akzessorische Teilnahme von Dritten ist nur dann strafbar, wenn die Voraussetzungen, wie Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord, aus selbststüchtigen Gründen entstehen. Selbststüchtige Beweggründe können persönliche materiell oder formelle Vorteile sein (Tag, 2016, S. 76). Die Suizidbeihilfe als eine Form der Sterbehilfe ist somit zwar erlaubt, aber nicht gleichzusetzen mit der Hospizarbeit bzw. der Palliative Care und der dort geleisteten Sterbebegleitung. An dieser Stelle ist auch zu betonen, dass die von EXIT oder Dignitas angebotene Sterbehilfe, welche auch als «Freitodbegleitung»⁶ bezeichnet wird, nicht in Hospizen durchgeführt wird. Für die Altersheime in der Schweiz gelten von Kanton zu Kanton unterschiedliche Regelungen.⁷

⁵ Auch in der Schweiz gibt es seit ein paar Jahren stärkere Entwicklungen, die Ehrenamtliche Sterbebegleitung auszubauen. So bietet die Krebsliga Schweiz oder die Caritas Kurse an. Auch sog. Sitzwachen am Bett sterbender Menschen werden vermehrt von freiwilligen Personen übernommen (vgl. dazu <https://caringcommunities.ch/cc/ehrenamtliche-sitzwachen-am-bett-sterbender-menschen>).

⁶ Vgl. <https://www.exit.ch/>

⁷ Exemplarisch: Der Kanton Zürich hat eine Ausnahmeregelung beschlossen. Die Gesetzesänderung trat am 1. Juli 2023 in Kraft.

Der wichtigste Unterschied zwischen Sterbehilfe und Sterbebegleitung liegt somit in der Absicht und Handlung. Sterbehilfe zielt darauf ab, den Tod aktiv herbeizuführen, während Sterbebegleitung den Fokus auf die Pflege und Begleitung des sterbenden Menschen legt, ohne zum Tod beizutragen. Selbstbestimmtes Sterben ist nicht Sterbehilfe. Selbstbestimmtes Sterben kann gar insbesondere, wenn eine umfassende bio-psycho-soziale Begleitung am Lebensende zur Verfügung steht, Sterbewünsche und Wünsche nach dem Freitod minimieren. Bereits Karusseit (2006) und dann Mennemann (2011) haben sich darin versucht, über den Begriff der «Sterbebegleitung» die Anschlussfähigkeit von Sterben und Tod für die Soziale Arbeit zu etablieren (zit. in Colla&Krüger, 2013, S. 263). Besonders mit dem Ausdruck «Begleitung» wird ein sorgendes Verhältnis auf Augenhöhe impliziert, weshalb auch vorliegend ich diesen Ausdruck anwende, da er für mich eine Verbindung der Leistungen von Seiten der Professionellen sowie ein Begleiten im Sinne einer Unterstützung und nicht im Sinne einer vorgeschriebenen Hilfe auf ein Ziel, den Tod an sich, ist.

1.3 Aufbau der Forschungsarbeit

Wie einleitend und später in Abschnitt 1.4 erwähnt, liegt der Fokus der vorliegenden Forschung auf der Rekonstruktion von Orientierungsmustern und Begründungen für das berufliche Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld der Palliative Care.

Die Arbeit beginnt mit einer Metaebene in Form eines kurzen gesellschaftlichen Einblicks in den Diskurs um die Verhandlung von Sterben und Tod in der (heutigen) Gesellschaft. Das Kapitel 2 macht dabei deutlich, dass das Sterben und der Tod noch immer Privatangelegenheiten bilden, welche insbesondere auch den offenen Umgang innerhalb einer Gesellschaft – aber ebenso bezogen auf die Arbeit von verschiedenen Professionen – erschwert: der Tod als etwas Unausweichliches, als etwas Negatives, jedoch auch als «sozialer Tod» (Schneider 2006), welcher dem physischen Tod in unserer Gesellschaft oft vorausgeht.⁸ Zum sozialen Tod zählt der dauerhafte oder marginalisierte Ausschluss vom sozialen bzw. gesellschaftlichen Leben.

Daran anschliessend folgt in Kapitel 3 eine Begriffs- und Abgrenzungsklä- rung, so dass der Leserschaft eingängig und zugleich verständlich dargelegt

⁸ Sudnow skizziert 1973 das Konzept des «social death». Dieser tritt in dem Augenblick ein, wo die sozialen Attribute für das Klientel im Umgang keine Rolle mehr spielen und dieses im Wesentlichen als tot betrachtet wird, obwohl der Tod im physischen Sinne noch nicht eingetreten ist (S. 98).

werden kann, was Palliative Care und Hospiz bzw. Hospizarbeit meinen und wie sich diese auch zur in der Schweiz erlaubten Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung verhalten. In diesem Kapitel erfolgt ebenso ein kurzer theoretischer Exkurs zur sog. «Care-Debatte» – nicht mit dem Fokus auf die Genese der Sozialen Arbeit, sondern in Form einer Gegenüberstellung zwischen Cure und Care, womit der Wandel von Heilung zu Fürsorge gemeint ist. Dieser Wandel hat auch die Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Feld von Sterben und Tod vorangetrieben.

In Kapitel 4 folgt die Erörterung des professionstheoretischen Bezugsrahmens, welcher vorliegend in Form eines Konglomerates sich aus ausgewählten professionstheoretischen Zugängen speist. Es wird auf strukturtheoretischen nach Oevermann sowie den interaktionistischen Zugang nach Schütze rekurriert. Der Ansatz, dass aus dem Handel von Seiten der Fachpersonen in der Palliative Care innewohnende Strukturen und Orientierungen herausgeschält werden sollen, legt einen Zugang zu Oevermanns (1996; 2013) Professionstheorie nahe. Da diesem Handeln auch gewisse Interaktionen zwischen Professionellen und Klientel innewohnen, gilt es diese Perspektive mit Schütze und seinen Paradoxien (1996; 2021) ebenfalls mitzubeachten. Da so dann auch gewisse Haltungsfragen eine grosse Rolle spielen bei der Bewältigung von Lebensfragen am Lebensende wird in Ansätzen auch ein reflexiv-habituierender Ansatz relevant. Die spätere Analyse der Gesprächsdaten sowie die Diskussion der Ergebnisse werden offenbaren, dass sich dieser Zugang für das Rekonstruieren des beruflichen Handelns im Feld der Palliative Care als lohnend erweisen wird, es jedoch zukünftig noch mehr an Forschung bedarf. Für die Weiterentwicklung im Feld der Palliative Care, das zu dem grossen Arbeitsfeld der Gesundheit gezählt wird, bedarf es ebenso eine ökonomische und damit wirtschaftlich relevante Perspektive. Diesem Umstand werde ich ansatzweise gerecht.

Die Aufarbeitung des Forschungsstandes erfolgt unter dem Titel «Die Sorge um Andere am Lebensende», welcher zugleich in seiner Weiterentwicklung den Titel der vorliegenden Arbeit bildet. In Kapitel 5 werden aktuelle und für die vorliegende Fragestellung als relevant erachtete Erkenntnisse aus Forschungen und einschlägiger Fachliteratur rezipiert. Zudem wird nochmals deutlich, welches Desiderat herausgearbeitet werden soll. Sodann wird die Leserschaft in das forschungsmethodische Vorgehen eingeführt. Da es sich vorliegend um ein für die Schweiz noch eher junges Handlungsfeld für die Soziale Arbeit handelt, wird in Kapitel 6 eine dem Untersuchungsgegenstand angemessenen Vorbereitung zur Untersuchung, beginnend auf einer einfachen Konzeptanalyse, dargelegt. Sodann erfolgt die Begründung, wieso die erhobenen Gesprächsdaten in Form

von Expertinnen- und Experteninterviews mittels dokumentarischer Methode ausgewertet werden. Zum Abschluss des methodischen Kapitels lege ich meine eigene Rolle als Forscherin sowie die damit meinerseits bezogene Positionierung dar.

Der daran anschliessende empirische Teil in Kapitel 7 geht ausführlich auf die aus den selbst erhobenen Gesprächsdaten rekonstruierten Orientierungen und Begründungen von Seiten der Fachpersonen ein und bietet einen fundierten, durch ausgewählte Zitate sehr praxisnahen Einblick in die Gespräche der Expertinnen bzw. der Experten.

In Kapitel 8 werde ich, basierend auf dem professionstheoretischen Zugang, die mir als wichtig und zentral erscheinenden Ergebnisse in Bezug auf Begründungen und Orientierungsmustern diskutieren. So dass das professionelle Selbstverständnis geschärfter im Feld der Palliative Care dargestellt werden kann.

Meine Arbeit schliesst in Kapitel 9 damit ab, basierend auf dem professionstheoretischen Zugang und der Anreicherung durch ökonomische Perspektiven darzulegen, wie sich das berufliche Selbstverständnis zusammenfassend konturiert. Abschliessen werde ich dieses Kapitel mittels einer Anreicherung durch eine dienstleistungsorientierte Perspektive, so dass der vielfach im Forschungsstand und später in den Daten sichtbar gewordene Umstand der «fehlenden professionellen und finanziellen Anerkennung» ansatzweise Rechnung getragen werden kann.

Ich erlaube mir zum Schluss einen Ausblick, welcher zukünftigen wirkungsorientierten Forschung und diesbezüglicher Unterstützung es bedarf, bzw. welche institutionellen und politischen Bedingungen nun hergestellt werden müssen, um die Soziale Arbeit und ihr Wirken in der Palliative Care für die Schweiz weiter zu stärken.

1.4 Erkenntnisinteresse und leitende Fragestellung

In Hospizen und Palliativabteilungen von Spitälern oder Heimen kümmern sich unterschiedliche Berufsgruppen sowie Ehrenamtliche um Menschen in der letzten Lebensphase. Die Versorgung und Begleitung umfassen medizinische, pflegerische, psychosoziale sowie seelsorgerische Aspekte, womit deutlich wird, dass Palliative Care bzw. Hospizarbeit in einem multiprofessionellen Arbeitsfeld geschieht. So stehen bei den einen Klientinnen und Klienten medizinische und schmerzlindernde Therapien im Vordergrund, wieder andere haben das Bedürfnis nach sozialer Nähe und Kontaktpflege, weil sie allein sind, sich niemand mehr

um sie kümmern kann oder die Organisation der sozialen Kontakte eine Herausforderung wird. Dazu können Ängste und psychische Erkrankungen, die in Verbindung mit Krankheiten auftreten und es bedarf nebst medizinischer insbesondere auch psychologischer oder psychoonkologischer Unterstützung. Oftmals besteht zudem ein grosses Bedürfnis nach alltäglichem Support, wozu Aspekte wie die Organisation eines Pflege- oder Hospizplatzes, Transporte zu Therapiemassnahmen sowie das Abklären von sozialrechtlichen Belangen oder das Gestalten des (Familien-)Alltags gehören können. Generell lässt sich festhalten, dass die Begleitung und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase gekennzeichnet sind von zahlreichen und sehr unterschiedlichen Bedürfnissen, vielen Unsicherheiten und einer gewissen bis sogar stetige Unplanbarkeit. Was heute für die Klientin oder den Klienten gut ist, kann morgen oder schon in ein paar Stunden später ganz anders aussehen. All diese genannten Aspekte stellen besonders hohe Anforderungen an die Professionellen und insbesondere an die Soziale Arbeit. Interpretiert man die Soziale Arbeit als einen an «an den Lebenslagen und Lebensaltern sowie an der subjektiven Lebensbewältigung» orientierte Profession, wird das Sterben und der Tod zu einer Querschnittaufgabe (Krüger, 2017 S. 129).

In einem multiprofessionellen Arbeitsfeld mit sich stetig verändernden und emotional belastenden Situationen arbeiten zu wollen, verlangt einerseits nach einem hohen Mass an Flexibilität von Seiten der darin tätigen Fachpersonen. Es verlangt nach einer Gabe, Situationen schnell erfassen zu können und dennoch genügend Zeit und Raum für Entwicklungen und Emotionen bereitzustellen. Es erfordert ebenfalls, dass interprofessionell zusammengearbeitet wird und Zuständigkeiten klar sein, aber auch ausgehandelt werden können. Ebenso, dass der Klient oder die Klientin im Zentrum steht, aber zugleich auch das soziale Umfeld und die Angehörigen einbezogen werden. Den Menschen ganzheitlich zu erfassen und die letzte Lebensphase an der Maxime von «Lebensqualität bis ans Lebensende» (Steffen-Bürgi, 2017) auszurichten, ist eine vielschichtig verwobene, komplexe und herausfordernde Arbeit. Diese Unsicherheiten und diese Unplanbarkeit machen es für die Professionellen in diesem Arbeitsfeld nicht einfach, ihre tagtägliche Arbeit in Worte zu fassen und nachvollziehbar zu machen. Die in der Fachwelt genannten «handlungsspezifischen Logiken» (u. a. Thole, 2012; Farrenberg & Sulz, 2020), welche sich für andere Handlungsfelder ausmachen lassen, sind im vorliegend ausgewählten Handlungsfeld der Palliative Care sehr diffus. Aus diesem Umstand resultiert sodann auch Unsicherheit bis hin zu Unklarheit, was die «eigene berufliche Ein- und Wertschätzung» (Karges & Lehner, 2005, S. 450) anbelangt. Es kann sogar so weit gehen, dass nicht einmal die Berufsgruppen selbst eindeutig ihr Arbeitsfeld beschreiben und damit fassbar

machen können. Dies gilt insbesondere für die Soziale Arbeit, um die sowie um deren Handlungskompetenzen es vorliegend geht.

Was wird von der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care geleistet? Welche Handlungskompetenzen brauchen die darin professionellen Tätigen? Diese – womöglich auf den ersten Blick bescheidenen Fragen – sind Anstoss des vorliegenden Forschungsvorhabens und meines Erkenntnisinteresses. Soziale Arbeit spielt im Feld der Palliative Care und Hospizarbeit noch immer eine ungewisse und teils undefinierte Rolle – obwohl international die Bedeutung von «Social Work» in Hospizen unbestritten ist und namhafte Forschende, wie Saunders (2002), Wasner (2010;2016;2021) und Wasner & Pankofer (2014), Mühlum (2009; 2014) oder Borasio (2016), schon lange betonen, wie unverzichtbar der Beitrag der Sozialen Arbeit bei der Begleitung schwerstkranker Menschen ist. Student et al. (2016/2020) sprechen hier von einer «eigentümlichen Diskrepanz» zwischen Anspruch und Wirklichkeit (S. 150/S. 156). Man wisse zwar um die Stärken der Sozialen Arbeit bei der Verarbeitung von Verlusterfahrungen, persönlichen Krisen und der Gestaltung von schwierigen Lebensübergängen, aber dennoch sei genau das im Feld der Palliative Care und Hospizarbeit «zu wenig präsent» und «zum Teil auch selbstverschuldet» (ebd., 2016, S. 151). Dieser starke Vorwurf veranlasste mich dazu, mich vertieft einer Forschung zu widmen, welche die Perspektive und die Handlungen von Seiten der Sozialen Arbeit am Lebensende in das Zentrum stellt. Es gilt somit, einerseits die bereits im Feld der Palliative Care geleisteten Tätigkeiten der Sozialen Arbeit besser sichtbar zu machen und andererseits den Fachpersonen die Möglichkeit einzuräumen, sich selbst zu ihrem Tätigsein zu äussern.

Vorweg: Die generell von Student et al. (2016) formulierte Kritik der Nicht-präsenz lässt sich – zumindest auf den ersten Blick – auch im schweizerischen Kontext erkennen. Im Zuge der Entwicklungen, die sich hierzulande seit 2010 durch die vom Bund lancierte «nationale Strategie zu Palliative Care»⁹ etablierten, entwickelt sich zwar ein verstärkter Ausbau der Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung am Lebensende im Palliative-Care-Bereich. Auch die Wissenschaft befasst sich vermehrt mit dem Thema, doch die grosse Mehrheit der Projekte fokussiert die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen am Lebensende. Im NSPCI-Bericht aus dem Jahr 2015 ist zwar ersichtlich, dass insbesondere die Verankerung von Palliative Care im Bildungs- und Forschungsbereich bei «nicht-universitären Gesundheits- und Sozialberufen» (Kurzfassung NSPCI Bericht, S. 8) gestärkt werden soll, doch gerade, was die Soziale Arbeit

⁹ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html> (Stand: 13.05.2021).

in der Ausbildungspraxis in Bezug auf das Feld Sterben und Tod anbelangt, ist diesbezüglich bis heute – 2023 – in der Schweiz wenig sichtbar.¹⁰

So erstaunt es nicht, dass die Soziale Arbeit wenig öffentliche Präsenz im Feld von Sterben, Tod und Trauer genießt und sich der Frage stellen muss, warum sie denn im besagten Feld überhaupt benötigt wird. Ein Schritt, um diesbezüglich eine Änderung zu erwirken, kann in der Stärkung des eigenen Selbstbewusstseins für das eigene Tun der bereits engagierten Professionellen im Feld der Palliative Care liegen. Sich über die eigene Berufsrolle bewusst klar zu sein. Mitgefühl und Wärme auszustrahlen, aber diese Elemente auch als fachliche Kompetenzen anzuerkennen sowie das eigene Wirken spürbar in einem multiprofessionellen Arbeitsfeld vertreten zu können, das bedarf einer hohen Reflexivität für die eigene Rolle. Es verlangt nach Sichtbarmachung der eigenen fachlichen Besonderheiten, aber auch nach einem starken Selbstbewusstsein gegenüber den eigenen sowie gegenüber weiteren Fachpersonen in einem multiprofessionellen Arbeitsfeld. Es verlangt zudem danach, dass auch einmal ein Gefäss vorhanden ist, diese Aspekte offen auszusprechen und darüber nachzudenken – denn als professionell zu gelten, hat auch viel damit zu tun, wie man sein eigenes berufliches Handeln selbst beschreibt. Nach Müller (2013, S. 959) gelingt es sozialen Berufskreisen deutlich schlechter, zu beschreiben, worin ihr Expertentum liegt. Er rekurriert in seinen Ausführungen auf Luhmann/Schorr (1982) und darauf, dass die sozialen Berufe ein sog. «Technologiedefizit haben». Technisches Denken und Handeln im Feld von Sterben und Tod auszumachen, ist nicht unbedingt mein das Ziel, aber es gilt, die Vorgehensweisen, die Leistungen und das Handeln, welches umgesetzt wird, erkennbarer zu machen.

Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind zudem in ihrem alltäglichen Handeln und in unterschiedlichen Handlungsfeldern gewohnt, vielschichtige und teils auch nicht planbare Aufgabe wahrzunehmen. Dies führt dazu, dass sich ihr Wirken und ihr Tätigsein in einem stetigen Wandel und womöglich im Konflikt mit der Gesellschaft, deren Vorstellungen und den Bedürfnissen der Klientin bzw. des Klienten befinden. Sie müssen sich in unterschiedlichen Situationen selbst auch immer bewusst werden, dass sie für ihre Klientel das Bestmögliche versuchen können, aber womöglich das dann eben nicht immer mit dem übereinstimmt, was sich die Klientel wünscht oder was in der Situation, auch gemeinsam mit weiteren

¹⁰ Dieser Umstand zeigt sich auch in den sehr schlechten Verankerungen der Thematik Sterben und Tod an schweizerischen Ausbildungsstätten. Vereinzelt sind Modultage oder sog. Proseminare vorhanden, eine systematische Verankerung und Bearbeitung der Inhalte bei der Sozialen Arbeit ist jedoch nicht ersichtlich, wenn man die Lehrpläne von ausgewählten Institutionen online konsultiert.

Professionellen, machbar ist. Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen also einiges aushalten können und sind in ihrer täglichen Arbeit mit vielen subjektiven Momenten konfrontiert, die wertvoll sind, das professionelle Handeln womöglich prägen, aber eben schwierig zu erfassen und zu explizieren sind.

Man tut etwas, ohne sich dabei bewusst zu sein, dass man dafür einerseits die richtige Fachperson ist und andererseits auch Kompetenzen hat oder umgekehrt, man übernimmt eine Aufgabe und merkt womöglich erst danach, dass man dafür allein zuständig ist – oder eben nicht – oder eventuell eine Vermittlungsrolle innehat. Das eigene Bewusstsein für seine Tätigkeit hängt zudem davon ab, welches milieuspezifisches Handeln man hierfür mitbringt, um die in der Begleitung am Lebensende zu gestaltenden Beziehungen anzugehen.

Das Forschungsvorhaben bietet Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Möglichkeit, über ihr alltägliches Tätigsein in Hospizen und Palliativabteilungen einmal ausführlich zu sprechen. Im Zentrum steht deshalb die Frage:

Wie beschreiben Fachkräfte der Sozialen Arbeit ihr berufliches Handeln in der Palliative Care?

Es geht vorliegend darum, empirisches Wissen zu Aspekten des Einbringens in den Arbeitsalltag, sog. Alltagshandeln, sowie das Vorgehen bei der Übernahme von Aufgaben/Tätigkeiten und diesbezügliche Aushandlungsprozessen und Entscheidungslogiken von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu rekonstruieren. Ziel ist es, Orientierungen sowie Begründungen bezogen auf Handlungspraktiken und Vorgehensweisen herauszuarbeiten. Es geht um das darlegen, wie Herangehensweisen expliziert werden (Nohl, 2017, S. 35). Die eigene Sicht auf das eigene berufliche Handeln steht im Zentrum. Durch gezieltes Fragen nach dem beruflichen Alltag, den aktuellen Gestaltungs- und Wirkungsmöglichkeiten sowie über Wunsch und Realität, was die eigenen Tätigkeiten betrifft, werden Wissensbestände der Befragten zu ihrem beruflichen Selbstverständnis generiert. Die Ergebnisse dazu werden in Verbindung mit ausgewählten professionstheoretischen Grundlagen gestellt und zu den in der Fachliteratur gemachten Zuschreibungen gesetzt. Das anvisierte Ziel: Ein Beitrag zur weiteren Konturierung des professionellen Handelns aus Sicht der Sozialen Arbeit im Kontext von Sterben und Tod zu leisten.

Bevor mein Vorhaben in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet wird und diesbezügliche Lücken aufgezeigt werden, erfolgen in Kapitel 2 eine gesellschaftliche Einordnung der Themen Sterben und Tod. Anschliessend werden in Kapitel 3, die zentralen Begrifflichkeiten und deren Verhältnissen zueinander geklärt.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Das Lebensende in der (heutigen) Gesellschaft

2

Wie Menschen mit Sterben und Tod umgehen, ist immer ein Spiegelbild der gesellschaftlichen Verhältnisse und der Verankerung dieser Themen. Es erstaunt nicht, dass auch in der vorliegenden Arbeit auf den gesellschaftlichen Diskurs rund um das Lebensende eingegangen wird, denn gerade die Soziale Arbeit gilt als eine Profession, welche ihr Wirken aus den gesellschaftlichen Spannungen und Problemlagen direkt bezieht. Sie bezieht sich, in Anlehnung an Roth (1960, zit. nach Krüger, 2017, S. 40) «in der theoretischen Beschreibung ihrer Tätigkeiten, ihrer Funktionen, ihrer Handlungsfelder und Institutionen auf sozialwissenschaftliche Analysen der Gesellschaft». Hierbei hat sich die Soziale Arbeit zwischen Gesellschaft und Subjekt bzw. Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen und diesbezüglichen Spannungen zu positionieren. Diese Spannungen in Form von rasanten Entwicklungen, Rosa spricht hier von «Beschleunigung als zentrales Phänomen postmoderner Gesellschaften» (2013, S. 93 f.), haben direkte Einflüsse auf die Lebensentwürfe und Lebensbedingungen von Menschen. Letztere sind stark dem Erfordernis ausgesetzt, diesen wachsenden und verändernden Bedingungen ständig gerecht zu werden und in ihre eigene Lebensgestaltung aufzunehmen. Das Gelingen diesbezüglich hängt massgeblich von der Person selbst, von ihrem Selbstverständnis zur eigenen Lebensgestaltung und von den Lebensumständen bzw. dem gesellschaftlichen Umfeld ab. Menschen müssen somit nicht nur ihre individuellen Vorstellungen und Überzeugungen, sondern zugleich auch den aus der Gesellschaft vorhandenen Erwartungen, Haltungen, Denkmustern bis hin zu Umgangsformen zu Sterben und Tod gerecht werden.

Winkler und Colla (2017) sind der Auffassung, dass «die Soziale Arbeit, allzumal die Sozialpädagogik sich das eigentlich nicht leisten kann», sich nicht mit der Thematik des Sterbens und dem Tod auseinanderzusetzen (S. 12). Student et al. (2007) hielten schon früher fest, dass sich das Sterben und der Tod auch zu einer eigenen Lebensphase entwickeln, mit spezifischen Bedarfen und dazugehörigen Kriterien. Auch neuste wissenschaftliche Modelle im Bereich Betreuung im Alter zeigen beispielhaft auf, dass die Phase des Sterbens durchaus als gestaltbare Lebensphase bezeichnet werden kann (vgl. dazu Knöpfel et al., 2020). Winkler und Colla gehen gar so weit, dass für sie die Thematik zukünftig die Soziale Arbeit «mehr herausfordert als die in der sozialpolitischen und sozialpädagogischen Auseinandersetzung üblicherweise vertrauten Themen» (2017, S. 13) und Debatten. Die Aussage war wohl 2017 ein erster Hoffnungsschimmer, dass sich die Soziale Arbeit eine fachliche sowie eine theoretische Positionierung zum Umgang mit Sterben und Tod erarbeiten sollte. Keiner der Autoren hatte an eine später Realität werdende Pandemie gedacht, welche den professionellen und gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod derart in das Zentrum stellt. Was diese Erlebnisse aus der Pandemie längerfristig für den aktuellen Diskurs von Seiten der Gesellschaft und für die Soziale Arbeit bedeuten, ist schwierig abschätzbar. Was jedoch klarer ist, ist die Tatsache, dass sich die harte Kruste der Tabuisierung um den Tod und v. a. um den Umgang mit dem Sterben und dem Tod in unserer Gesellschaft aufzuweichen beginnt. Die Pandemie brachte das Lebensende wieder zurück in öffentliche Debatten und macht das Reden darüber salonfähiger. Auf diesen Umstand geht das nachfolgende Kapitel am Ende nochmals ein. Beginnen tut es nun mit einem historischen Abriss über den Umgang mit dem Sterben und dem Tod im Mittelalter. In dieser Zeit hat sich nicht nur die Hospizbewegung begonnen zu etablieren, sondern diese Epoche bis hin in die Neuzeit war geprägt von sichtbaren Todesszenarien, wie Kreuzzügen, der Pest und einem christlichen Verständnis vom «Leben im Diesseits», womit der Tod allgegenwärtig war. Eigentliche Institutionen, wie Hospize und Palliativstationen im heutigen Sinne begannen sich erst im 20. Jahrhundert zu etablieren. Für die Schweiz kann gar erst in den letzten zehn Jahren von einer institutionellen Bewegung gesprochen werden. Diese Entwicklungen werden nachfolgend ausgeführt und daran anschliessend wird über eine Differenzierung nachgedacht, die heute nicht aktueller sein könnte: jene zwischen *Wunsch und Wirklichkeit am Lebensende*.

2.1 Gesellschaftlicher Umgang mit Sterben und Tod

Historisch betrachtet waren das Sterben und der Tod einmal viel präsenter in der Gesellschaft verankert als heute – wobei dies sich heute seit der weltweiten Corona-Pandemie natürlich verändert hat. «Der Tod ist das einzig gesicherte Faktum menschlichen Lebens», schreibt Krüger (2017) in seinen einleitenden Bemerkungen (S. 17). Und obwohl wir diese Sicherheit haben, dass dieses Ereignis des Todes irgendwann eintreten wird, sei es bei einem selbst oder bei anderen Menschen in den engeren persönlichen Kreisen, ist der Tod heute gesellschaftlich ein Tabuthema.

Das Mittelalter stellt diesbezüglich einen – auf unterschiedlichen Ebenen – sichtbaren Kontrapunkt dar. Die Vergänglichkeit des irdischen Lebens war ein viel bewussteres Momentum – man spricht hierbei von den sog. «Vanitasmotiven», wozu die lateinischen Sätze «memento mori» und «contempus mundi» aber auch der Satz «mors certa, hora incerta» gehören. Übersetzen lassen sich diese lateinischen Sätze mit «Gedenke dem Sterben», «Verachtung der irdischen Welt» und «der Tod ist sicher, die Stunde nicht» (ebd., Krüger, 2022, S. 25; Ohler 1990, S. 265). In diesen Motiven zeigt sich, dass sich der Mensch stets an seine eigene Vergänglichkeit erinnern soll und sein Leben auf Erden begrenzt ist. Die Motive waren in vielen Dörfern und städteähnlichen Strukturen, sichtbar für jede und jeden, an unterschiedlichen Bauten angebracht (Krüger, 2022, S. 28). Die im Mittelalter vorherrschende und allgemeingültige christliche Prägung war ebenfalls ein weiteres Element dafür, dass sich die Vanitas motive sowie auch der Umgang mit Tod in der Gesellschaft in dieser Form der Diesseits-Lehre verbreiten und halten konnten. Damals waren diese Momente auch stark mit der Angst und dem Willen verbunden, das Leben auf Erden als Bewältigungsmoment für das Leben im «Jenseits» anzusehen (ebd., 2022, S. 29).

Das Sterben und der Tod im Mittelalter haben jedoch, aus der heutigen Perspektive gesprochen, einen gemeinschaftlich verankerten Stellenwert. Aries (2005) spricht von einem «gezähmten» Phänomen. Tod und Sterben sind keine «isoliert zu bewältigende Geschehen, sondern vollziehen sich in Gemeinschaft.» (Aries, zit. nach Student et al., 2020, S. 134). Beispielsweise Auf Friedhöfen, welche auch als «Orte des Soziallebens» (Krüger, 2017, S. 24) und damit der Gemeinschaft bezeichnet werden können. Die insbesondere an den Friedhöfen vorhandenen Darstellungen von Totentänzen, Skeletten mit schwarzen Augen und grossen Schädeln, nackt, nur die Knochen sichtbar sorgte dafür das bildliche Momente stetig präsent sind. Mit der Aufklärung erfolgen ein Umbruch in der Gesellschaft, eine Auflösung der Ständegesellschaft und damit ein Weg, der

Zugang zu Bildung und später auch Wissenschaft ermöglichte. Diese Entwicklung hatte einen direkten Einfluss auf den gesellschaftlichen Umgang und die Verankerung von Sterben und Tod. Die Zeit der Aufklärung sowie insbesondere die rasanten technischen Entwicklungen ab dem 19. Jahrhundert führten dazu, dass der Tod nicht mehr «mitten im Leben» (Krüger, 2017, S. 49) und damit fast unausweichlich präsent war, sondern eher in den Hintergrund trat. In diese Zeit fällt die sog. Institutionalisierung, worunter ein Prozess verstanden werden kann, der dazu führte, dass sich «soziale und personengebundene Dienstleistungen» als bestimmte «Einrichtungstypen» etablierten (Niemeyer, 2012, S. 136). Hierzu zählen die heutigen Einrichtungen der Sozialen Arbeit wie stationäre Kinder- und Jugendheime, ebenso Kliniken, heutige Spitäler, Alters- und Pflegeheime (Wolff, 2021, S. 26). Auch Hospize wurden in dieser Zeit vermehrt gegründet, mit dem Ausdruck, spezifische Einrichtungen für sterbende Menschen zu sein (vgl. Pleschberger 2011 und 2017). Die Etablierung von Einrichtungen unterschiedlicher Arten zeugte damals von einer postmodernen Gesellschaftsentwicklung, welche sich ein institutionelles Sterben immer bewusster wurde. Diese Entwicklung sieht auch Gadamer (1987), der aus philosophischer Perspektive argumentiert, dass u. a. mit der Institutionalisierung und der so voranschreitenden Entwicklung von modernen Kliniken auch eine Anonymisierung des Sterbens eintrat, die dann nicht nur die Darstellung des Todes in der Öffentlichkeit beeinflusste, sondern ebenso «die Herauslösung des Sterbenden und seiner Angehörigen aus der häuslichen und familiären Umwelt» betraf (1987, S. 288). Die insbesondere im 20. Jahrhundert fortschreitende Spezialisierung von Institutionen liess die Versorgungsstrukturen im Bereich Sterben und Tod nicht unberührt. Abteilungen für Sterbende bzw. Palliative-Stationen wurden eingerichtet.

Wirklich von einem Forschungsgegenstand bzw. Forschungsfeld «Sterben und Tod» aus geisteswissenschaftlicher bzw. soziologischer Perspektive zu sprechen, kann erstmals mit dem Artikel von Gorer «The Pornography of Death» (1956) sowie dem Buch von Feifels «The Meaning of Death» (1959) assoziiert werden. Beide verorten sich in einer christlich geprägten Debatte um die Vorstellungen und Verleugnung des Todes in der Gesellschaft.

In den 1970er Jahren gewinnt die Medizin und damit die gesundheitliche Versorgung an sichtbarer Präsenz und Deutungshoheit in der Gesellschaft. Weil die Pest fast keine Rolle mehr spielt und andere Krankheiten, welchen sich die Menschheit vorher ausgeliefert sah, mittlerweile eingedämmt und behandelt werden konnten (Naphy & Spicer, 2006, S. 181). Durch das Erstarken der Wissenschaft und das damit einhergehende Verdrängen bzw. Erodieren von metaphysischen bzw. religiösen Glaubensinhalten in der Gesellschaft bildet sich ein anderes Verständnis gegenüber dem Sterben. Religion wurde weitgehend in das

Privatleben verschoben, während die wissenschaftlichen Erkenntnisse und vernunftbegründete bzw. rational begründbare Aspekte in den Vordergrund traten (Lager, 2009, zit. nach Krüger, 2017, S. 50–51). Der Tod wurde damit nicht mehr zu einem sofortigen Risiko, welcher bei einer Krankheit drohte, sondern zu einem Umstand, welcher sich hinauszögern oder gar verhindern lassen konnte. Dadurch das soziale und physische Probleme zunehmend durch medizinische Ansätze betrachtet und behandelt werden konnten, gewann die Medizin bzw. die Medikalisierung an Bedeutung (Student et. al, 2021, S. 71). Gesundheit und Krankheit wurden vornehmlich in Bezug auf den Körper betrachtet, während psychische und soziale Prozesse in den Hintergrund traten. Die Medizin und die Pflege begangen auch gewisse Verhaltensweisen zu pathologisieren.

Obwohl man sich mit einer Genauigkeit und Wissenschaftlichkeit dem Körper und der Krankheit nähern konnte, war der Tod zugleich weiterhin ein unkontrollierbares Faktum. Ariès bezeichnet dieses Faktum « von zahmen zum wilden Tod» (2009, S. 42). Mit «wild» meint er dabei, dass sich der Tod trotz Wissenschaft und Medizin nicht verbannen lässt und, so formuliert es Krüger in Anlehnung an Ariès, «das letzte Überbleibsel des schicksalsbestimmten Lebens» bleibt (2017, S. 50). Obwohl die Wissenschaft vieles ergreifbarer machen konnte, bleibt der Tod weiterhin unbezähmbar. Auch Fulton beschreibt dies anschaulich:

«Death no longer is viewed as the price of moral trespass or as the result of divine wrath; rather in our modern secular world death is frequently regarded as the consequence of personal neglect or untoward accident. (...) Death, like a noxious disease, has become a taboo subject, and as such it is at once the object of much disguise and denial as well as of raucous and macabre humor» (Fulton, 1964, S. 359–360).

Der Tod wird nicht mehr moralisch als Zäsur oder gar Voraussetzung für das Diesseits angesehen, sondern als persönliches Momentum bis hin zu einem Unfall, womit Fulton darauf anspielt, der Tod sei ein Umstand der eigentlich nicht passieren sollte. Diese Sichtweise auf den Tod führt dazu, dass die Gesellschaft den Tod als Tabuthema weiter verinnerlicht. In Anlehnung an Fulton (1964) formuliert Krüger, dass der Tod und das Sterben sich «objektivierbare Regeln» entziehe, und darin kann ein weiterer Umstand für den tabuisierten Umgang gelesen werden (2017, S. 50). Der Tod lässt sich objektiv nicht beschreiben, deshalb kommt es gemäss Ariès auch zu einer «Verwilderung des Todes» (2005), womit er auf die gesellschaftliche Individualisierung und die damit verbundene Erodierung von kollektiver Anteilnahme am Tod eines Menschen anspielt. Im Mittelalter und der Neuzeit war der Tod in das Sozialeben der Menschen integriert. Heute werden zwar Todesanzeigen noch öffentlich publiziert, doch die Anteilnahme am

Tod geschieht im Verborgenen. Student et al. (2020) konkretisieren diese Ansicht und zu dieser Entwicklung drei Aspekte aus:

Erstens würde der Tod heute mehrheitlich vor der Öffentlichkeit isoliert und verheimlicht. Man stirbt im Spital oder Alters- bzw. Pflegeheim, teils fern ab der Öffentlichkeit. So umschreibt Ariès, «die physiologischen Begleiterscheinungen des menschlichen Lebens sind aus der Alltagswirklichkeit ausgebürgert (...)» (2009, S. 729). Zweiten würden die Sterbenden selbst nicht vollumfänglich über ihren bevorstehenden Tod aufgeklärt. Dies meinen die Autoren nicht bezogen auf rechtliche Tatsachen oder auf fehlende Urteilsfähigkeit von Seiten des Sterbenden, sondern bezogen auf die Umstände, dass den Sterbenden selbst nicht zugestanden wird, dass sie auch selbst erfassen können, dass ihr eigener Tod bevorsteht. Drittens hätte das Sterben, besonders die Trauer, in der Öffentlichkeit keinen akzeptierten Raum mehr – denn das Ziel, möglichst rasch nach einem Verlust wieder zu einer gewissen Normalität zurückzukehren, würde diesen Raum erheblich schmälern, wenn nicht gar «abschaffen». Dies alles münde darin, den Tod möglichst schnell aus dem Bewusstsein zu verdrängen (Student et al., 2020, S. 135). Mit diesen Argumentationen stehen Student et al. nicht allein da. Baumann (2005), der die gegenwärtige Gesellschaft als «fluide Gesellschaft» bezeichnet, spricht in Anlehnung an Nassehi & Weber (1989) von «einer Verdrängung des Todes» (S. 15) und einem weitverbreiteten vorhandenen Wunsch nach Unsterblichkeit. Die genannten drei Gründe bilden exemplarisch ab, was Sterbende bereits in den 1960er Jahren und auch heute noch äussern: Viele Sterbende fühlen sich einsam, frühzeitig verlassen und teils an falschen Orten untergebracht. Abgeschottet vom übrigen Leben, führen sie einen sehr isolierten Kampf gegen oder mit dem Tod.

Betrachtet man den heutigen gesellschaftliche Umgang mit dem Sterben und dem Tod, so wird vielfach davon gesprochen, dass der *soziale Tod* dem wirklich *physischen Tod* vorausgeht (Krüger 2017 in Anlehnung an Feifel 1963; Sudnow, 1967). Damit ist gemeint, dass Menschen am Lebensende schon ab Krankheitsbeginn bzw. ab der Diagnosestellung mit Entmündigung oder entwürdigenden Situationen konfrontiert sind, welche zu Stigmatisierungen bis hin zu sozialem Ausschluss führen können, bevor der Tod überhaupt wirklich eintritt. Das Konzept der sog. «Death Education» (Krüger, 2017, S. 75 in Anlehnung an Pine, 1997) kann als ein Weg gelesen werden, das Sterben und den Tod in den Alltag zurückzuholen, da dieses Konzept eine Kritik am medizinischen Fortschritt und der Verlagerung des Sterbens in bestimmte Institutionen formuliert (Krüger, 2017, S. 74). Das Konzept verweist darauf, dass Menschen am Lebensende in ihrer persönlichen Situation nicht nur zu unterstützen, sondern zugleich auch mit ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen zu konfrontieren sind (ebd., S. 82).

Überzeugender ist es daher heute, das Sterben, unabhängig davon, in welchem Alter dieses sich ereignet bzw. ereignen kann, als eigene Lebensphase mit eigens zu bearbeitenden Bedürfnissen anzusehen. In diese Richtung argumentierte 1967 bereits Sudnow mit seinem Konzept des «Social Death (S. 72)», welches zeigt, dass es möglich ist, Sterbende ausserhalb von Institutionen respekt- und rücksichtsvoll zu begleiten. Betrachtet man zudem die professionellen Haltungen der bekannten Gründungsfiguren der Hospizbewegung, Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders, so legten diese beide schon früh eine Einteilung des Sterbens in einzelne Phasen vor (1969), welche das Sterben nicht ins Private verbannen, sondern den Prozess nachvollziehbar und öffentlicher machen. Das Sterben verläuft gemäss Kübler-Ross entlang von fünf Phase: Nicht-wahrhaben-wollen und Isolierung (1), Zorn (2), Verhandlung (3), Depression (4) und Akzeptanz (5) (1969, S. 82 f.). Vergewenwärtig man sich diese Phasen, sei es aus beruflicher oder privater Perspektive, wird das Sterben begleit- und gestaltbar.

Für die gegenwärtige Zeit lässt sich festhalten, dass wir heute als moderne Gesellschaft einen doch zwiespältigen Umgang mit dem Sterben und dem Tod pflegen. Die Individualisierung steht der Institutionalisierung entgegen. Durch den medizinischen Fortschritt und die stärkere Medikalisation geht eine intensivere Institutionalisierung der letzten Lebensphase voran. Heilung und das Therapieren stehen im Mittelpunkt und so kommt es denn auch, dass viele Menschen ihre letzten Tage nicht mehr zu Hause, sondern in sozialmedizinischen Einrichtungen (Zimmermann et al. 2019) vornehmlich Spitäler gefolgt von Alters- und Pflegeheimen, vereinzelt auch Hospizen verbringen. Das Sterben zu Hause ist Rarität. Auch die aktuellen Todeszahlen der Schweiz zeigen, dass rund 2/3 der Menschen in Institutionen versterben.¹ Dies ist zwar nicht negativ, weil damit eine stärkere Professionalisierung für diverse Fachdisziplinen in Institutionen einhergeht und die medizinische und pflegerische Versorgung auf höchstem Niveau gewährleistet ist. Auf der anderen Seite können durch dieses «Institutionalisierte Sterben» individuelle Wünsche und die persönliche Wirklichkeit am Lebensende diametrale auseinandergehen, was besonders für Sterbende und auch für ihr soziales Umfeld zur persönlichen Belastung werden kann.

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/todestaelle.html>.

2.2 Wunsch und Wirklichkeit am Lebensende

Wunsch und Wirklichkeit klaffen insbesondere am Lebensende weit auseinander, sowohl in Bezug auf die Sterbeorte als auch auf die gewünschte oder erlebte professionelle Begleitung seitens Sterbender und deren Angehörigen.

Ulrich Beck (1986/2016) sowie Robert Castel (2005) stellen beide die These auf, dass wir heute zwar in einer individuellen Gesellschaft mit vielen Freiheiten und auch sozialen Sicherungssystemen leben, diese Freiheiten aber zunehmend für jedes einzelne Individuum zur Bedrohung werden. So wünschen sich gemäss einer 2009 erstmals und 2017 erneut wiederholten Studie des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (BAG) 73 % der befragten Schweizerinnen und Schweizer zuhause, in der Geborgenheit der eigenen vier Wände und im Kreise der Familie, zu sterben (GfK-Schweiz, 2009/2017). Die Realität zeigt sich deutlich anders: die meisten Personen in der Schweiz versterben in Pflege- bzw. Altenheimen sowie in Spitälern (Bfs, 2022).² Wunsch und Wirklichkeit werden zu Kontrahenten. Auch von Seiten der Professionellen existiert diese Differenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Besonders die sozialen Berufe würden gerne mehr Aufgaben in der Begleitung und Fürsorge der Klientel und des sozialen Umfeldes aktiv übernehmen, doch genau diese Aufgaben werden ihnen wenig bis gar nicht zugestanden.

Ein interessantes Konzept, welches sich mit der Differenz zwischen «Wunsch und Wirklichkeit am Lebensende» befasst, ist jenes der «Death Education».³ Das Konzept basiert nicht auf einem erzieherischen Fokus im klassischen Sinne mit einem bzw. einer zu Erziehenden und einem Erzieher bzw. einer Erzieherin. Vielmehr geht es um die Vermittlung einer gesellschaftlich anzuerkennenden Position, welche das Sterben als Teil des Lebens betrachtet sowie die Lebensqualität jedes Einzelnen am Lebensende in das Zentrum rückt – und das begründet auf der «Individualisierung, Globalisierung und Multikulturalisierung modern-westlicher Gesellschaften» (Krüger, 2017, S. 67). Zudem steht ein interdisziplinärer Ansatz im Fokus, welcher auf Sozialem, Physischem, Theologischem bzw. Spirituellem fusst (Pine, 1977, S. 57 f.). Das Konzept setzt die Individualität in das Zentrum und setzt auf die sog. „spirituell-religiöse“ Sinnfindung. Das bedeutet,

² Hier gilt zu beachten, dass sich diese 2/3 auch durch die Corona-Pandemie nicht stark verschoben haben, da die Todesfälle wegen Corona nicht mitgezählt wurden.

³ Heute wird «Death Education» als ein eigenständiges Forschungs- und Lehrgebiet an diversen Universitäten in den USA und Kanada gelehrt – so z. B. an der University of Wisconsin (vgl. <https://www.uwlax.edu/center/grief-and-death-education/>, Stand 07.10.2022). Vorläufer für dieses Institut war das von Fulton 1969 gegründete «Center for Death Education and Research».

dass subjektive Vorstellungen und Glaubensfragen weiterhin ihren Platz haben, sie bleiben gar ein Fundament, auch für das menschliche Handeln (ebd., 2017, S. 68). Sie bilden aber nicht mehr den alleinigen metaphysischen Standpunkt ab, mit dem Fokus, sich auf Erden für ein Leben im Jenseits vorzubereiten, sondern setzen auf eine Verbindung zwischen der in der Postmoderne vorherrschenden biologisch-physischen Sichtweise und der spirituell-philosophisch-sozialen Perspektive auf den Tod (Krüger, 2017, S. 74). Das Konzept befruchtet damit auch die Hospizbewegung, denn es entsteht zu einer Zeit, wo das Sterben von einer Privatisierung und Verdrängung bis hin zu einer Negierung umgeben ist. Wo also Wunsch und Wirklich in Bezug auf das eigene Sterben und den Sterbeort stark auseinanderdriften, gibt die „Death Education“ eine Antwort. Mit der zunehmenden Etablierung der Hospizbewegung stellen sich Fragen nach der öffentlichen Darstellung des Todes und nach der Sinnhaftigkeit des Todes auf eine ganz andere Art, auf eine lebensbejahende und nicht lebenslimitierende Art. Normalisierung, Entstigmatisierung sowie das Entkräften von negativen Bewältigungsmustern am Lebensende stehen im Zentrum. Das Sterben wird zu einer eigenen Phase mit Wünschen, Bedürfnissen, verschiedenen Vorgehensweisen. Es bildet Lebensrealitäten von Menschen am Lebensende ab und sterbende Menschen werden in ihrer Ganzheit erfasst. Damit der Gedanke der Death Education oder neuzeitlicher gesprochen der «umfassenden Versorgung» in der palliative Begleitung umgesetzt werden kann, braucht es finanzielle und personelle Ressourcen sowie solide und ausdifferenzierte Strukturen in den Gemeinden und Kantonen (Borasio, 2013, S. 38 f.). Auch hier tut sich eine erneute Differenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit auf, welche in der Schweiz dringend bearbeitet werden muss. Wer über intakte Familienverhältnisse und solide Finanzen verfügt, kann sich einer Begleitung zu Hause, auch in Kooperation mit Professionellen und Angehörigen, noch etwas sicherer sein. Zukünftiges Ziel sollte es jedoch so sein, das Wunsch und Wirklichkeit im Feld von Sterben und Tod sich annähern und alle Menschen am Lebensende die Begleitung zu Teil wird, welche sie sich wünschen. Dies kann in einem weiteren Schritt durch eine verstärkte Klärung der beruflichen Aufgaben und Tätigkeiten seitens der Sozialen Arbeit realisiert werden. Es gilt deshalb diesen Fokus für die Schweiz in den Blick zu nehmen damit Wunsch und Wirklichkeit sich annähern.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Von Cure zu Care: Begriffs- und Verhältnisklärung im Feld von Sterben und Tod

3

Die im vorangegangenen Kapitel erörterte und noch immer bestehende öffentliche Tabuisierung des Sterbens sowie das damit einhergehende Privatisieren und Verdrängen des Todes lassen sich mit der Hospizbewegung und der Palliative Care endlich etwas brechen. Grossen Einfluss dabei hatte die WHO in den 1980er Jahren, denn sie legte ein erstes umfassendes Konzept zu Palliative Care vor (Pleschberger, 2017, S. 34). Diese Definition und die damit einhergehend stärkere Ausdifferenzierung von Hospizarbeit in verschiedenen Ländern sowie in verschiedenen Formen, wie ambulant und stationär, führten dazu, dass das Sterben und der Tod zurück in die öffentliche Wahrnehmung gelangten. Wichtig dabei erscheint, nun nicht nur auf die medizinischen und pflegerischen Massnahmen und Behandlungen zu schießen, sondern die Begriffe *Hospiz* und *Hospizarbeit* genauer zu umreissen und diese gegenüber der Palliative Care verständlicher werden zu lassen. Zudem gilt es das Verhältnis zwischen Hospizarbeit und *Sterbebegleitung* bzw. *Sterbehilfe* zu klären. Das vorliegende Kapitel führt dies aus.

3.1 Paradigmenwechsel von Cure zu Care

Da sich die Palliative Care an den Menschen mit einer lebenslimitierenden Diagnose, ihren Bedürfnissen und der Unterstützung für sie und deren Angehörigen orientieren soll, gilt es einen Diskurs zu erwähnen, welcher einerseits für die Entwicklung der Hospizarbeit bzw. der Palliative Care und andererseits eigens

für die Rolle der Sozialen Arbeit in Palliative Care essenziell ist. Gemeint ist die Entwicklung bzw. der Paradigmenwechsel von *Cure zu Care*.

Die Gründerin der Hospizbewegung, Cincerly Saunders, betonte stets, dass alles, was in der Hospizarbeit geleistet wird, mit persönlicher Fürsorge und Beziehung verbunden sein muss (1999, S. 16). So liegt es nahe, dass der Begriff «care», der aus dem Englischen stammt und sich mit «Sorge», «Fürsorge» bzw. «Sorgearbeit» übersetzen lässt, im pflegerischen und medizinischen Bereich für die Versorgung von Menschen am Lebensende wesentlich ist. Er ist gar im Kontext der Hospizarbeit als Gegenbegriff zur im Gesundheitssystem vorherrschenden «durchtechnisierten Apparatedizin» zu verstehen, wie Junker & Lohner (2021, S. 121) treffend schreiben. Care bzw. Fürsorge bzw. Sorge-Arbeit ist in der Sozialen Arbeit ein fast immanenter Begriff. Wie Wendt ausführt, verweist Care auf die Konnotation von Sorge und Fürsorge zugleich (2011, S. 214). Der Ausdruck Care kann Lebenssorge (Klinger, 2018) oder Sorgsamkeit (Aulenbacher & Dammayr, 2014) bezeichnen. Sich um andere sorgen, sich um sich selbst sorgen, Hilfestellungen leisten und/oder eine solche für andere übernehmen, das alles ist Care-Arbeit.¹

Vorliegend geht es um den Care-Begriff, welcher sich, wie in Abschnitt 3.3 später ausgeführt, im Fachterminus «Palliative Care» befindet. Care nimmt allerdings nicht nur in Bezug auf das professionelle Wirken der Sozialen Arbeit, sondern auch im Hinblick auf die Interprofessionalität in der Betreuung von Menschen am Lebensende einen grösseren Stellenwert ein, als man ihm in den letzten Jahrzehnten in anderen Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, z. B. in der Jugendhilfe oder der Frühen Förderung, zuschrieb.²

Dabei wird Care als gemeinsam gestaltete soziale Praxis verstanden, der signifikante Machtdifferenzen innewohnen (Conradi, 2001; Kohlen 2005). Kastenbaum (1977) führt aus, dass sich die Kritik, dass die medizinische Betreuung von Sterbenden allein nicht ausreiche, um ein ethisch würdevolles Sterben zu ermöglichen, bereits in den 1950er Jahren in den USA etablierte. Es dauerte fast 20 Jahre, bis 1970 diese Kritik erstmals eine breite Resonanz fand und Care in Bezug auf das Sterben diskutiert wurde. Cincerly Saunders führte den Ausdruck

¹ Vorliegend wird sich von der Diskussion um unbezahlte Care-Arbeit im Sinne unbezahlter Familienarbeit abgegrenzt. Care umfasst «die Gesamtheit der familiären Sorgearbeit als auch Erziehungs- und Betreuungstätigkeiten in Institutionen wie Kindergärten, Schulen und Altersheimen» (Winker, 2011, S. 336).

² In der stationären Jugendhilfe hat sich die Sozialpädagogik von Care im Sinne von Fürsorgearbeit eher distanziert, um nicht an dem paternalistischen Begriff festzuhalten und damit ein sog. negatives Abhängigkeitsverhältnis zwischen Jugendlichen und Sozialpädagogen bzw. Sozialpädagogin zu zementieren.

«Hospice Care» (Junker & Lohner, 2021, S. 123 in Anlehnung an Saunders, 1999) ein und versuchte damit der Komplexität der umfassenden Versorgung am Lebensende gerecht zu werden. Diese Diskussion führt sodann zu einem Paradigmenwechsel oder – im Englischen – zu einem «challenging shift» (Brosky, 2015)³ von Cure zu Care, also von Heilung hin zu Fürsorge oder Sorgearbeit. Dieser Paradigmenwechsel kann auch im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel, welcher sich in den 1970er Jahren mit dem Fokus auf mehr Individualität und auch mit einer offeneren Haltung gegenüber dieser Individualität und Pluralität der Lebensstile zeigte, verbunden werden. Wie später ersichtlich, hatten die 1970er Jahren auch einen grossen Einfluss auf die professionstheoretische Entwicklung der Sozialen Arbeit.

Betrachtet man die theoretischen und praxisnahen Diskussionen um den Care-Begriff in der Sozialen Arbeit, so gilt es den Care -Begriff sich auf drei Ebenen zu manifestieren. Rerrich & Thiessen (2021, S. 48 f.) führen diese drei Ebenen wie folgt aus:

- Care als *Fürsorgebegriff/Sorgebegriff* für Erziehungsarbeit und jegliche Betreuungs-/Begleitungsleistungen für andere, die sich auch in asymmetrischen Beziehungen darstellen; auch mit Fokus auf die Diskussion bezüglich Wertschätzung und Anerkennung;
- Care als *professionstheoretischer Begriff* in der Sozialen Arbeit und für deren professionelles Handeln;
- Care als *Abgrenzungsbegriff* für alles, was nicht Pflege, Medizin oder Seelsorge betrifft, sondern unter dem Sammelbegriff «Betreuung» gefasst werden kann.

Die Heilung von Krankheiten und damit der Aspekt von Cure ist zwar noch immer das Erfolgsmodell in der Medizin. Daran werden ihr Wirken und Können gemessen. Doch Cure tritt in Bezug auf die sozialen Berufe in den Hintergrund. Ist oder wird die Heilung nicht mehr realisierbar, so geht es um Fürsorge bzw. Sorge. Student et al. (2016/2020, S. 32) formulieren in Anlehnung an Brauswein (2015), dass sich durch die Hospize bzw. die Hospizarbeit eine «neue Fürsorgekultur für Schwerstkranke, Sterbende und ihre Zugehörigen» entwickelte (S. 12). Dieser Wandel von Cure zu Care lässt sich als ein Paradigmenwechsel lesen, welcher insbesondere für die Soziale Arbeit eine entscheidende Wende für ihre Tätigkeit bringt. Bei der Medizin oder, wie Colla & Krüger es in Anlehnung

³ Vgl. <https://healthcare-in-europe.com/en/news/a-challenging-shift-from-cure-to-care.html>.

an Brückner (2011) formulieren, beim bio-medizinisch-technischen Verständnis steht «cure», die Heilung, an erster Stelle. Bei «care» steht, phänomenologisch betrachtet, die «Fürsorge» oder die «Sorge» im Zentrum – da spielt es in erster Linie keine Rolle, ob das Fürsorge zur Heilung oder eben Fürsorge auf dem letzten Weg bedeutet (2013, S. 257).

Für die Begleitung am Lebensende steht aber dieser Paradigmenwechsel von Cure zu Care als ein gewichtiger Marker, welcher dazu führt, dass die psychosoziale und spirituelle Begleitung stärker in den Vordergrund des professionellen Wirkens rücken. Die medizinische Versorgung bleibt zwar relevant, aber nicht zwingend in der führenden Rolle (ebd., 2013, S. 258). Dieser Paradigmenwechsel lässt sich auch nachskizzieren, wenn das Versorgungskonzept der Palliative Care, wie nachfolgend in Abschnitt 3.3 erläutert, nicht gleichbedeutend mit der letzten Lebensphase oder dem unmittelbaren Lebensende bzw. der Sterbephase verbunden wird.⁴ Palliative Care kommt nicht nur dann zur Anwendung, wenn jemand sich in der letzten Phase des Sterbens befindet, sondern sie setzt ab der Diagnose der sog. Unheilbarkeit ein – und damit beginnt auch die Sorgearbeit in Form von Care.

Betrachtet man die Entwicklungen im Bereich Betreuung im Alter und somit z. B. die dort vorherrschenden normativen Vorstellungen über das Alter wie auch über das Älter-Werden, so zeigt sich, dass sich dies seit den 1970 Jahren ebenfalls stark gewandelt hat und sich durchaus Parallelen zur Entwicklung von Cure zur Care ziehen lassen. War es früher die Orientierung an einem defizitären Blickwinkel, so geht es heute um die Kompetenzorientierung und das Zugestehen der Individualität in jedem Altersabschnitt bzw. jeder Altersphase (Meyer, 2019). Care umfasst dann im Alters- und Pflegeheimbereich die kompetenzorientierte Betreuung von Beginn bis zum Lebensende und mit der Trauerarbeit gar noch für die Angehörigen darüber hinaus. Care wird so auch als etwas Prozesshaftes, Fortwährendes angesehen und sich in unterschiedlichen Phasen manifestierendes (Colla & Krüger, 2013, S. 258). Das Sterben entwickelt sich so zu etwas Prozesshaftem und erzeugt auch eine je individuelle Begleitung und Betreuung, es geht um individuelle Leistungen und das Ermöglichen von Lebensqualität oder – in den Worten von Saunders – «der Tugend des Wachens», welche die Sorgen und

⁴ Zur Diskussion, ob Palliative Care mit «End of Life Care» gleichzusetzen ist, sei an dieser Stelle auf die Ausführungen von Steffen-Bürgi (2017 S. 45 f.) in Anlehnung an Nauck (2003) verwiesen.

Nöte des Sterbenden und die Achtung vor denen gleichermaßen erfasst und als eine Art «Wachen über jemanden» gelesen werden kann (2009, S. 39). Care im Sinne von Fürsorge kann vieles beinhaltet. «Eine ideale Arbeitsbeziehung in der Sozialpädagogik dreht sich auch nicht ausschließlich um eine konkrete Problemlage, sondern um Begriffe wie Freundschaft, Verantwortung, Subjektivität und auch Liebe» (Colla & Krüger, 2013, S. 267). Das ist vorliegend auch wichtig.

Diese soeben skizzierte Entwicklung lässt sich ebenso an der Terminologie «terminal care», «hospice care», «palliative care» und dem neuzeitlichen Begriff «supportiv care» bzw. «comfort care» skizzieren. Mit der sich im europäischen Raum ab den 1970er Jahren stark etablierenden Hospizbewegung wurde der Ausdruck «terminal care» sodann durch «hospice care» abgelöst (Student et al., 2016, S. 138; Saunders 1999). Die Begleitung unmittelbar am Lebensende stehender Menschen wurde durch die Betreuung und Begleitung sterbenskranker Menschen in unterschiedlichen Phasen und mit unterschiedlichen Bedürfnissen weiteretabliert. Es ging nicht mehr nur darum, Sorge unmittelbar am Lebensende zu leisten, der Sorgebegriff wird weiter gefasst und lehnt sich damit auch an die oben ausgeführte drei Ebenen an. Mit Palliative Care münden die Begleitung und Betreuung in ein noch umfassenderes Konzept mit Fokus auf Lebensqualität und Selbstbestimmung für Menschen mit unheilbaren Krankheiten noch lagen bevor der Tod unmittelbar bevorsteht. Der Ausdruck «comfort care» bezeichnet ebenfalls einen Übergang von kurativen Behandlungen hin zu einer auf Wohlbefinden ausgerichteten Versorgung (Steffen-Bürgi, 2017, S. 46), wobei dieser Begriff sich bei weitem in Fachdiskursen nicht durchgesetzt hat, teils auch, weil damit eine subjektive Bewertung in Bezug auf „comfort“ verbunden ist.

Wesentlich ist, dass sich Care und insbesondere Care-Aufgaben heute in verschiedenen Feldern durchgesetzt haben und als Teil einer öffentlichen Kultur des Sorgens, ohne zwingenden Paternalismus, aufgefasst werden – insbesondere in nicht ehrenamtlichen, sondern in Form einer professionellen und institutionell gestützten sowie geschützten Rahmung (vgl. dazu Brückner, 2021). Der Paradigmenwechsel von Cure und Care ist damit gerade in der Sozialen Arbeit vollzogen. Hospize und Palliativinstitutionen bilden zudem einen institutionellen Rahmen für Care-Arbeit am Lebensende.⁵ Mit der Hospizarbeit bzw. der Palliative Care ist eine professionelle (Für-)Sorgekultur für Menschen am Lebensende

⁵ An dieser Stelle sei erwähnt: Aus Sorge, jemandem zur Last zu fallen, aber auch aus Angst, in einer Institution nicht diejenige Betreuung am Lebensende zu erhalten, die man sich wünschen würde, veranlasst kranke aber auch generell ältere Menschen dazu, eine Patientenverfügung zu erstellen. Diese Schriftlichkeit kann gemäss Foucault (1989) auch als eine Form der «Selbst-Sorge» ausgelegt werden, die somit Care, aber auch individuelle Entscheide verbindet.

und deren Angehörige verbunden, welche sich eben nicht mehr Heilung sondern am sich sorgen in einem professionellen Rahmen orientiert. Diese Sorge soll nun nachfolgend mit den entsprechenden Begrifflichkeiten konkretisiert werden.

3.2 Hospiz und Hospizarbeit

Das Wort Hospiz ist ursprünglich abgeleitet von dem lateinischen «hospicium» und bedeutet «Herberge». Im Mittelalter wurden sog. Hospize von kirchlichen Orden gegründet und mit dem Ziel geführt, Pilger und Wallfahrende auf der Durchreise zu beherbergen, ihnen eine Unterkunft sowie «Rast, Pflege und Stärkung» anzubieten (Student, 1999, S. 21; Colla 2011; Colla & Krüger, 2013). Diese Häuser kümmerten sich aber nicht nur um Wandernde, sondern damals schon um sterbenskranke Menschen, in Folge der Kreuzzüge, aber auch bedingt durch die Entwicklung der Pest wurden Menschen am Lebensende beherbergt. Das «Selbstverständnis der Hospize im christlichen Mittelalter ergab sich, ebenso wie die Begründung des *memento mori*, aus biblischen Geboten» (Krüger, 2017, S. 27) – und diese Tradition hielt sich bis zum Beginn der Neuzeit. Dass es aber überhaupt einer Bewegung, wie derjenigen der Hospize, gelang, seit dem 11. Jahrhundert sich in Form von Häusern und später organisierten Institutionen zu halten, beschreibt Krüger zu Recht als eindrucksvoll. War es doch im Mittelalter schon auch so, dass Familien in sog. Grossfamilien zusammenlebten und aufgrund dieser Strukturen, welche ebenfalls Betreuungs- und Begleitungsfunktionen am Sterbebett übernahmen, nicht nötig, dass sich Einrichtungen wie Hospiz weiterentwickelten (ebd., 217, S. 62).⁶

Menschen zu beherbergen und zu pflegen, sie vollumfänglich mit allen ihren Bedürfnissen zu versorgen, das bildet bis heute das Grundprinzip von Hospizen und Hospizarbeit. Das erste Hospiz, welches in diese Traditionslinie gehört und internationale Bekanntheit erlangte, wurde 1967 in Grossbritanniens Hauptstadt London eröffnet, und zwar von Cincerly Saunders. Sie gilt als eine der wichtigsten Gründungs- und Leitfiguren in der Hospizbewegung und war ausgebildete Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin (Student, 1999, S. 21). Mit ihrem beruflichen Hintergrund stand sie ein für das später auch vorliegend als wichtig erachtete multiprofessionelle Wirken und Tätigsein im Bereich von Sterben und Tod. Die Medizin sei zwar wichtig, doch ihr allein gehöre keine Monopolstellung

⁶ Diese Tendenz zur Übernahme von Begleitung und Betreuung am Lebensende von Seiten des sozialen Umfeldes lässt sich auch heute erkennen – mit der Thematik «pflegende Angehörige».

(Pleschberger, 2017, S. 36 in Anlehnung an Saunders, 1970). Etwa zur gleichen Zeit begann sich auch in den USA Elisabeth Kübler-Ross mit dem Sterben von Menschen intensiver auseinanderzusetzen und fokussierte dabei die letzten Wünsche und Bedürfnisse von am Lebensende stehenden Personen. Sie, als ausgebildete Psychiaterin, wagte das Vorhaben, in einer gesellschaftlich noch sehr konservativen Zeit Interviews mit Sterbenden zu führen und deren Wünsche und Bedürfnisse wissenschaftlich aufzuarbeiten und machte diese erstmals in Form eines Buches mit dem Titel «On Death and Dying» (1971) sichtbar. Darin konnte sie nicht nur aufzeigen, welche Phasen Menschen am Lebensende durchlaufen (Nichtwahrhabenwollen; Zorn; Verhandeln; Depression; Zustimmung; Hoffnung), sondern zugleich eine Tabuisierung aufbrechen, indem endlich über die Angst vor dem Tod systematisch gesprochen werden konnte.

Die Hospizbewegung war v. a. als Gegenbewegung zur zunehmenden Institutionalisierung des Sterbens zu verstehen. Hospize gelten zwar auch als Häuser doch sie verfügen über eine eigenständigen Organisationskulturen. Sie grenzen sich von Palliativstationen in dem Sinne ab, dass zwar eine medizinische Versorgung angeboten wird, aber nicht im gleichen Umfang, wie in einem Spital (Colla & Krüger, 2013, S. 260).

In der Medizin gilt der Tod noch immer als Niederlage, da die Gesundheit nicht wiederhergestellt werden kann. Diese Denkweise führt einerseits zu vermehrten Forschungsaktivitäten in der Medizin, um die Gesundheit so lang wie nur möglich erhalten oder wiederherstellen zu können und entsprechende Therapien dafür zu generieren: Gesundsein um jeden Preis, so lange wie möglich, Intensivmedizin und vollumfängliche Therapien bis zum Schluss. Borasio selbst sagt dazu, dass diese Entwicklung gar darin mündet, dass der Tod als Feind und das Eintreten als Niederlage angesehen wird (2016, S. 27). Auf der anderen Seite erstarkte so aber auch die Hospizbewegung, welche die Versorgung kranker und sterbender Menschen aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachtet. Psychischen, physische und sozialen Bedürfnisse des Menschen am Lebensende werden als gleichwertig angesehen. Für diese ganzheitliche Betrachtung setzt sich allmählich auch das Konzept «active total care» durch. Steffen-Bürgi bezeichnet es als in dem Sinne holistisch, in dem ein umfassendes Versorgungskonzept in Zentrum gestellt wird, dass sowohl individuelle wie krankheitsbezogene Bedürfnisse und Wünsche beachtet. Ein ressourcenorientiertes und zugleich gesundheitsbezogenes Arbeiten ermöglicht, sowie partizipative und selbstbestimmende Begleitung umsetzt (2017, S. 42). Diese ganzheitliche Betrachtung macht deutlich, dass die Hospizarbeit sich beziehungsgestaltend versteht, der medizinische Aspekte zwar

vorhanden, aber nicht mehr in einer hegemonialen Stellung zu betrachten ist, sondern sich in das umfassende Konzept mit der ganzheitlichen Behandlung sowie der Pflege und Betreuung einfügt.

Hospizarbeit ist als Leitidee zu begreifen und kann daher institutionsunabhängig funktionieren. Das bedeutet, Hospizarbeit muss nicht zwingend in einem Hospiz oder in einer anderen Institution des Gesundheitswesens geleistet werden. Die Hospizarbeit gründet seit Beginn auf der Tatsache, dass es um die vollumfängliche und bedürfnisgerechte Unterstützung und Begleitung von Menschen am Lebensende geht; der Ort, wo das geleistet wird, war und ist auch heute noch sekundär. Gemäss Graf ist Hospizarbeit somit auch kein «in sich geschlossenes System, sondern entsprechend ihrem ideellen Ansatz nach allen Seiten offen» (2009, S. 16). Sie gründet auf folgenden vier Säulen:

- (1) psychosozialer Begleitung
- (2) spiritueller Begleitung
- (3) palliativer Pflege
- (4) palliativer Medizin

Diese vier Säulen verdeutlichen, dass der Mensch als Ganzes mit und in seiner Umwelt betrachtet wird – und zugleich, dass Hospizarbeit eine Tätigkeit ist, wo interprofessionelle Zusammenarbeit eine wichtige und eigentlich gar grundlegende Voraussetzung ist. Diese vier Säulen bildeten schon gemäss Student & Zippel (1987) die vier Dimensionen unseres Lebens und Sterbens ab und lassen sich in Verbindung mit Bedürfnissen und Wünsche weiterentwickeln, was wie folgt zu lesen ist:

- (1) (psycho-)soziale Dimensionen: Wunsch, nicht allein zu sterben, sondern in Geborgenheit.
- (2) spirituelle Dimensionen: Sinnfragen stellen zu können, Sinn des Sterbens thematisieren zu können und Ängste zu äussern.
- (3) psychische Dimensionen: letzte Dinge erledigen zu können, Offenheit und Unterstützung dafür zu erhalten und Ängste abzubauen
- (4) körperliche Dimensionen: keine Schmerzen oder andere gesundheitliche Beschwerden zu haben und/oder physisch leiden zu müssen

Auch in dieser Leseart zeigt sich: Die umfassende Begleitung ist zentral, womit wir wieder bei «total care» angelangt sind. Dieser Ansatz ist auch eine Antwort auf das 1967 von Cincerly Saunders konzipierte Konzept «total pain» (Junker &

Lohner, 2013, S. 123), welches physische, psychische bzw. mentale und spirituelle Komponenten gleichermaßen gewichtet. Jeffrey führte 2003 aus, dass das Konzept des «total pain», welches körperliche Schmerzen den seelischen und sozialen Komponenten in der Versorgung sterbender Menschen gleichstellt, als das Kernstück in der Versorgung am Lebensende gilt und damit zur Hospizarbeit gehört. Daran hat sich auch bis heute nichts geändert – und «total care» und «total pain» gelten als Maxime in der Begleitung von Menschen am Lebensende. Die Wahrnehmung der Leiden am Lebensende als «umfassende Schmerzen» eröffnet einen weiten Handlungsspielraum. Die kommunikativen Zugänge, das In-Erfahrung-Bringen von noch intakten Ressourcen, ungelösten Problemen oder das Filtern oder Ordnen von Gefühlszuständen gehören genauso zur Begleitung wie die medizinische und pflegerische oder spirituelle Versorgung (Müller, 2017, S. 408). Diese Betrachtungsweisen der Hospizarbeit mit dem Konzept «total pain» verlangt nicht zwingend danach, nach formalen Strukturen, wie den Orten, wo diese umfassende Versorgung stattfindet, zu suchen, sondern nach deren inhaltlichen Umsetzung. Es ist aber klar, dass Orte, wie ein Hospiz, diese Konzeption und damit die umfassende Begleitung umsetzen – und somit auch nach aussen sichtbar wird, was am Lebensende für Leistungen erbracht werden.

Mittlerweile hat sich das Angebot der Hospizarbeit weiter ausdifferenziert zu ambulante Hospizdiensten, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) bzw. SAPPV (Fokus Pädiatrie) (Student et al. 2020, S. 33 f., Schütte-Bäumner, 2015). Zudem existieren auch sog. Tageshospize. Diese fokussieren auf die Entlastung und die Unterstützung der Klientel und deren Angehörigen im Alltag. Ein Aufenthalt in einem Tageshospiz ist möglich, ohne dass eine stationäre Unterbringung angezeigt ist (Colla & Krüger, 2013, S. 261). Hospizarbeit kann sich somit in unterschiedlichen institutionellen Facetten zeigen, ortsgebunden, aber auch ortsunabhängig umgesetzt werden.

3.3 Palliative Care

Eigentlich beginnt die Diskussion bereits vor der Begriffsbestimmung zu Palliative Care, denn die eigens gemachte Recherche zum Forschungsstand offenbart, dass Palliative Care einerseits als Begriff und andererseits als Konzept verstanden wird. Zudem ist mit der Entwicklung der Palliative Care ein Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem eingetreten, welcher den Tod nicht mehr als Niederlage und als Versagen der Medizin ansieht, sondern als Teil eines umfassenden Versorgungskonzept, welches in einem frühen Stadium der Diagnose bis ans Lebensende greift. Der aus dem englisch stammende Begriff «Palliative Care»

begann sich im medizinischen Bereich ab den 1980er Jahren durchzusetzen. Die weltweite Etablierung des Begriffs in der Medizin und darüber hinaus ist der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu verdanken, welche 1980 erstmals und 2002 in Erweiterung folgende Definition von Palliative Care vorgelegt:

«Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.» (WHO, 2002)

«Palliativmedizin dient der Verbesserung von Lebensqualität der Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch die Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.» (deutsche Übersetzung, DHPV, 2002)⁷

Die Übersetzung in das Deutsche mit «Palliativmedizin» greift etwas kurz. Der Ausdruck impliziert eine starke Fokussierung auf das Medizinische. Graf (2009) ist zwar der Meinung, dass dennoch «die ganzheitliche Betreuung sterbender Menschen» mitgemeint sei, da sich der Ausdruck aus der Entwicklungsgeschichte der USA ergebe und die Hospizarbeit dort ebenfalls integrierte (S. 15–16) – doch mit der Übersetzung wird erneut deutlich: Palliative Care wurde und wird in der Öffentlichkeit mit medizinischen Aspekten erörtert; man kann gar kritisch anmerken, teils darauf verengt. Diese Ansicht verstärkt sich noch, wenn man die Palliativstationen in den Spitälern und deren Tätigkeiten betrachtet. Colla & Krüger (2013) führen an, dass die Zielsetzung von Palliativstationen v. a. in der Schmerz- und Symptomlinderung wie auch -kontrolle liegt, damit Patientinnen und Patienten möglichst bald in eine häusliche Umgebung oder einen schmerzfreien Tod entlassen werden können (S. 260). Graf führt an, dass auf Palliativstationen die Versorgung der Menschen am Lebensende in erster Linie durch ärztliches Personal und die Pflege gewährleistet wird (2009, S. 17). Auch Heller (2000) führt aus, dass der Begriff Palliative Care es gerade für andere Berufsgruppen, wie jene der Sozialen Arbeit, schwieriger macht, sich zu etablieren. Die WHO hat mit ihrer begrifflichen Weiterentwicklung im Jahre 2002 einen wichtiger Meilenstein in der Öffnung der Begleitung am Lebensende für andere Professionen geschaffen.

⁷ Vgl. Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf.

«Addressing suffering involves taking care of issues beyond physical symptoms. Palliative care uses a team approach to support patients and their caregivers. This includes addressing practical needs and providing bereavement counselling. It offers a support system to help patients live as actively as possible until death.» (Who, 2002)

Bei der überarbeiteten Version – welche heute noch gilt – auffällt ist, dass die palliative Versorgung ein Team, bestehend aus unterschiedlichen Fachpersonen, bedarf, das sich gemeinsam um die schwerstkranke Person und ihr soziales Umfeld kümmert.⁸ Folgt man diesem Begriffsverständnis, so kann in Anlehnung an Heller & Pleschberger formuliert werden, dass Palliative Care als ein umfassendes Versorgungskonzept gelesen werden kann, welches einen funktionalen Charakter bekommt und gleichzeitig mit einer Säkularisierung einhergeht (2015, S. 62–63). Es geht um physische, psychische, soziale und spirituelle Themen, welche alle für die sterbende Person und ihre Angehörigen bearbeitet werden müssen. In dem Sinne ist es auch folgerichtig, von Palliative Care als umfassendem Betreuungskonzept zu sprechen, welches auf die physischen bzw. krankheitsbedingten und die psychischen bzw. psychosozialen Aspekte am Lebensende gleichermassen setzt (Pleschberger, 2002; Buckley, 2002).

Die Definition der WHO beschreibt die Grundprinzipien von Palliative Care – und dahinter stehen verschiedene Umsetzungsaspekte für die in der Praxis tätigen Berufsgruppen. Durch den umfassenden Ansatz wird deutlich, dass nicht eine defizitorientierte Sichtweise, sondern eine ressourcenorientierte Perspektive, welche auf die individuellen Möglichkeiten der Person am Lebensende und deren Selbstbestimmung verweist, favorisiert wird. Menschen, die mit dem eigenen Lebensende konfrontiert sind, erleben nicht nur physischen Schmerz. Sie erleben mentale und psychosoziale Schmerzen, insbesondere, wenn der soziale Tod dem physischen Tod vorausgeht (vgl. Abschnitt 2.1). Der soziale Ausschluss infolge der Krankheit, aber auch der Ungewissheit kann stärkere Leiden auslösen als der eigentliche Schmerz infolge der Krankheit. Das Prinzip des «total pain» findet in der Palliative Care damit auch seine Beachtung, nämlich im subjektiven Erleben (Steffen-Bürgi, 2017, S. 42). Diese umfassende Ansicht von Palliative Care wird auch heute vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) und von der Schweizerischen Ärztgesellschaft (FMH) propagiert.

«Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie (...) beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende.» (BAG, 2011/2014)⁹

⁸ Vgl. Website der WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

⁹ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>. Die Version wurde 2014 aktualisiert.

Die Schweiz orientiert sich nicht nur an dem umfassenden Verständnis der WHO, sondern legt diesem auch nationale Leitlinien (2011) zugrunde. Es wurde festgestellt, dass unterschiedliche Auffassungen von Seiten der verschiedenen Professionen, welche in die Begleitung am Lebensende involviert sind, über die Definition von Palliative Care existieren. Diese Unterschiede müden nicht selten in Diskussionen um professionelle Zuständigkeiten. Die nationalen Leitlinien sollen dafür sorgen, dass die Begleitung von hoher Qualität ist, diese sicherstellt und Kooperationen fördert. In den Leitlinien finden sich deshalb auch klare Prinzipien betreffend die Erbringung von Leistungen in der Palliative Care (2011, S. 11 f.):

- Gleichbehandlung aller Menschen
- interprofessionelle Vernetzung und Kontinuität
- offene und angemessene Kommunikation
- Unterstützung bei Entscheidungsprozessen
- Einbezug des persönlichen Umfelds
- Multidimensionalität in körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Dimension

Mit der Nennung dieser Prinzipien versucht die Schweiz, auch das Wirken der Professionen in der Palliative Care näher zu fassen und dieses auf der methodischen, systemischen bzw. sozialen und individuellen Ebene zu verankern. Die Leitlinien können als wichtige Grundlagen angesehen werden, doch sie führen noch nicht zu der nötigen Konkretisierung, welche die Soziale Arbeit braucht um ihr Wirken sichtbarer zu machen.

3.4 Verhältnisklärung von Palliative Care und Hospizarbeit

Wie in den vorangegangene Begriffsdefinitionen ersichtlich, meinen Hospizarbeit und Palliative Care nicht zwei grundsätzlich verschiedene Konzepte. Die beiden Begriffe können als miteinander verwoben betrachtet werden – und die nicht zuletzt auch teils mediale undifferenzierte Berichterstattung sorgt dafür, dass nicht immer trennscharf gesagt werden kann, wie Hospizarbeit zu Palliative Care steht oder wo Unterschiede liegen. Student et al. (2020, S. 32) zeigen auf, dass Hospizarbeit sich aus der Bürgerbewegung etablierte. Der Fokus liegt mehrheitlich auf der psychosozialen Begleitung und Unterstützung, die teils auch ehrenamtlich erbracht werden kann. Bei der Palliative Care liegt der Fokus auf der medizinischen schmerz- und symptomlindernden Behandlung, gefolgt von

sozialer und psychologischer Unterstützung. Zusammen seien sie «fester Bestandteil im Gesundheitswesen» (S. 32) und werden teils auch unter dem Fachbegriff «Hospiz und Palliative Care» gemeinsam verwendet. Mit dem in Abschnitt 3.1 erwähnten Paradigmenwechsel von Cure zu Care öffnet sich eine Möglichkeit, für eine «neue Kultur des Helfens» (Colla & Krüger, 2013, S. 257). Es entsteht ein Raum, der die Fürsorge und die psychosoziale sowie die spirituelle Begleitung in das Zentrum stellt, gerade dann, wenn Heilung nicht mehr möglich ist. Hospizarbeit und Palliative Care sowie deren Umsetzung bedingen sich und stehen wechselseitig in Verbindung. Student et al. (2020) meinen dazu, es könne «in der Summe von hospizlich-palliativer Versorgung» (S. 34) gesprochen werden.

In der aktuellen Forschungsdebatte sowie auch im schweizerischen Diskurs setzt sich allerdings der Begriff «Palliative Care» als umfassendes und verständliches Konzept durch (Gfs, 2017). Darunter werden alle Begleitungs- und Unterstützungsangebote, seien diese stationär, teilstationär oder ambulant mitumfasst. Gemäss der nationalen Strategie im Jahre 2012, sollen sich mit dem Begriff Palliative Care auch alle darin tätigen Professionen gleichermaßen angesprochen fühlen (NFP, 67). Es stehen Versorgungs- und Begleitungsaufgaben am Lebensende gleichermaßen im Fokus. Um diesem umfassenden Blick gerecht zu werden, habe ich mich vorliegend für den Begriff Palliative Care entschieden.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäss nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Professionstheoretischer Bezugsrahmen

4

Sich in der Debatte zu Professionalisierung bezogen auf die Soziale Arbeit zu verorten, ist – ehrlicherweise gesagt – kein einfaches Unterfangen. Denn die Diskussion, ob Soziale Arbeit eine Profession ist, wird seit Jahrzehnten hartnäckig und zugleich kontrovers geführt. Professionsforschung allgemein betrachtet untersucht das Handeln und Wirken und wie dieses in vorhandene institutionelle und organisationale Strukturen eingebettet ist. Das soll vorliegend ebenso geschehen. Wie einleitend erwähnt, gehe ich davon aus, dass die Soziale Arbeit als Profession gilt, dabei orientiere ich mich an einem Verständnis, dass Soziale Arbeit als eine «integrative Handlungswissenschaft» verstanden werden kann (Mühlum, 2009, S. 93) und lege folglich den Fokus auf das professionelle Handeln und die diesbezüglich vorhandenen und benötigten Handlungskompetenzen.

Um die Leserschaft an meine professionstheoretische Positionierung heranzuführen, folgt zuerst eine kursorische Übersicht zu ausgewählten professionstheoretischen Debatten. Es geht mir um die grösseren Linien und das Nachskizzieren von professionstheoretischen Ansätzen, welche dabei helfen, meinen professionstheoretischen Zugang einordnen zu können. Danach folgt die ausführliche Darlegung des ausgewählten professionstheoretischen Standpunktes, von welchem aus ich mich der Forschungsfrage und folglich dem beruflichen Verständnis in Felde der Palliative Care nähere.

In der Forschungslogik gilt es, der Empirie ihren Raum zu lassen und die Daten für sich und objektiv sprechen zu lassen. Auch wenn vorliegend hauptsächlich eine professionstheoretische Perspektive eingenommen wird, so wird trotzdem versucht, die wichtigen Diskussionen rund um die Effektivität und Nützlichkeit der Sozialen Arbeit in der Palliative Care zumindest ansatzweise im Schlusskapitel darzulegen. Denn wie sich später herausstellen wird, bieten die erhobenen Daten nicht nur viel Analysepotenzial für einen professionstheoretischen Zugang. Infolge des sich vornehmlich in Deutschland und Österreich entwickelnden Berufsprofils der Sozialen Arbeit in Palliative Care und den jüngst durch die Pandemie angestossenen internationalen und nationalen Debatten über die Effektivität von Sozialer Arbeit im Felde von Sterben und Tod zeigt sich, dass ebenso eine Analyse des Datenmaterials mit einem ökonomischen und utilitaristischen Zugang (exemplarisch Kant 1779, Bentham, 1789) angezeigt ist. Die aktuell noch offenen Aspekte betreffend des Qualitätsnachweises und der Wirkung von Sozialer Arbeit in der Palliative Care (Schumacher, 2021, S. 284 f.) sowie die Haltung nach einer gesteigerten Nutzung für die Gesellschaft, untermauern, dass diese Zugänge sich ebenfalls als ertragreich für das professionelle Handeln erweisen. Ich werde das gegen Schluss andiskutieren, der Hauptfokus bleibt auf dem professionstheoretische Zugang und dieser wird nun ausgeführt.

4.1 Kursorischer Überblick zum professionstheoretischen Potenzial der Sozialen Arbeit

Einen ersten Grundstein für die Professionalisierungsdebatte legte 1915 Abraham Flexner mit einer Keynote, welche später als Aufsatz mit dem Titel «Is Social Work a Profession?» erschien. Darin findet sich die Aussage, dass «(...) all the established and recognized professions have a definite and specific end: medicin, law, engeering – one can draw a clear line of demarcation about their respective fields» (Flexner 1915, in Knoll, 2010, S. 87). Professionen verfügen nach Flexner über eine klare Markierung (line of demarcation) und können so ihr Feld, womit das Tätigkeitsfeld gemeint ist, eingrenzen. Für die Soziale Arbeit stellt er wenige Sätze später in seiner Rede klar, dass diese sichtbare und deutliche Markierung bei ihr fehle. Diese Ansicht ist für die Soziale Arbeit in der Palliative Care aktueller denn je, da bei ihr genau diese Markierung ebenfalls (noch) fehlt.

Rund 50 Jahre nach Flexner nahm die Professionalisierungsdebatte der Sozialen Arbeit einen breiten aber auch misslichen Verlauf. Blau (2018) führt in Anlehnung an Bommers & Scherr (2000) aus, dass sich die Debatte um die

Professionalisierung zwischen «Inanspruchnahme eines Selbstverständnisses als Profession, der Kritik dieses Anspruches und einer Beschreibung der Sozialen Arbeit, als ein Beruf, der sich noch im Prozess der Professionalisierung befindet» bewegt (S. 236). Überblicksmässig dazu werden seit den 1970er Jahren folgende professionstheoretische Ansätze wissenschaftssoziologisch und -theoretisch bezogen auf die Soziale Arbeit diskutiert:

Merkmals- bzw. kriteriengeleiteter, funktionsbezogener, systemtheoretischer, machtheoretischer, interaktionistischer sowie krisentheoretischer- bzw. auch bekannt als strukturtheoretischer Ansatz (Blau, 2018 S. 14 f.; Knoll, 2010 S. 69 f., Dewe & Otto, 2018). Knoll führt noch einen weiteren Ansatz ins Feld, jenen des «reflexiven Professionsansatz[es] und der Habitualisierung» (S. 99). Dieser Ansatz bezieht Argumentationen von Dewe, Ferchoff & Scherr (2002) und Bourdieu (1970) mit Fokus auf den Habitusgedanken, sowie von Oevermann (1996; 2002) mit dem Arbeitsbündnis mit ein und legt den Fokus besonders auf das Momentum der Professionalität als Metareflexivität.

Seit den 1970er Jahren wird aber nicht nur über die professionelle Verortung der Sozialen Arbeit theoretisch nachgedacht wird, sondern es werden immer wieder Vergleiche mit anderen Professionen, vornehmlich der Rechtswissenschaft und der Medizin, als Grundlage herangezogen werden, um Soziale Arbeit als Profession zu beweisen bzw. ihr diesen Status abzuerkennen. Etzioni (1969) legt dar, dass Soziale Arbeit als «Semi-Profession» gilt, weil sie nicht alle Merkmale erfülle, die zu einer Profession gehören würden. Er reiht sich damit einerseits in eine Argumentationsschiene ein, die später auch von Schütze (1992) und Dewe & Otto (2018) ansatzweise vertreten wird. Schütze spricht von sog. «bescheidenen und stolzen» Professionen und bezeichnet die Soziale Arbeit als «bescheidene Profession» (1992). Die Medizin sowie die Rechtswissenschaft werden als sog. «höhere Professionen» bzw. «old-established-professions» (Dewe & Otto, 2018, S. 1199) betitelt. Diesen Professionen wird ein hoher Status verbunden mit grösserem beruflichem Ansehen und weitgehendster Autonomie in ihrem Handlungsfeld zugeschrieben, weshalb sie argumentativ vielfach als Kontrastierungsfolien für die Soziale Arbeit dienen und teils dafür sorgen, dass theoretische Diskussionen in End- oder Deprofessionalisierungsdebatten für die Soziale Arbeit müden. In Anlehnung an Dewe & Otto (2018) kann hier angemerkt werden, dass diese «old established-professions» die Bedingungen, unter denen sie ihre «Relevanzkriterien» für ihr Handeln und Wirken realisieren, internalisiert haben, ohne diese kritisch zu hinterfragen (S. 1198).

Ebenso zeigt sich, dass in den letzten Jahrzehnten der öffentliche Diskurs um die Soziale Arbeit so weit geführt wird, dass einerseits von einer Minderwertigkeit des Berufes an sich und des Berufsbildes spricht, welcher teilweise auch

durch eine Selbstdemontage von Seiten der Sozialarbeitenden ausgeht. Andererseits wird von einer starken, sich stetig noch mehr etablierenden Anerkennung und Wertschätzung der Sozialen Arbeit gerade für neuere Handlungsfelder und diesbezüglichen Zielgruppen gesprochen. So z.B für Menschen mit einer Beeinträchtigung, suchtabhängige Personen, traumatisierte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche (Mühlum 1996, S. 115) oder für ältere und alte Menschen (Meyer, 2019). Besonders das Alter und das Lebensende im Alter werden immer stärker als professionell gestalt- und bearbeitbare Lebensphase anerkannt (Stadelmann & Kessler, 2021). In dem Sinne erlagt die Soziale Arbeit eine immer stärkerer Relevanz in gewissen Gebieten und dort auch für die gesellschaftliche Problembearbeitung.

Schütze, welcher später als ein favorisierter Zugang von mir behandelt wird, spricht der Sozialen Arbeit, im Gegensatz zu Etzioni, klar ein Potenzial zur Professionalisierung zu. Etzioni verbleibt bei seinem merkmalsorientierte Professionsmodelle und stellt spezifische und herausragende Merkmale in das Zentrum, über welche eine Profession verfügen bzw. nach welchen sie auch handeln muss. Knoll (2010) führt die gesamte Merkmalsliste mit 14 Punkten im Detail aus.¹ Im Folgende nur eine Auswahl von sechs Punkten:

- (1) Grundlage ist eine theoretische, wissenschaftlich fundierte Ausbildung
- (2) wissenschaftliches, systematisches Fachwissen wird mittels spezieller Verfahren vermittelt und angeeignet
- (3) ein abgegrenztes Handlungsproblemfeld, das eine herausragende Bedeutung für die Gesellschaft hat und mit eigenen fachlichen Standards bearbeitet wird
- (4) professionelles Handeln ist nicht standardisierbar
- (5) Professionsautonomie ohne Weisung durch andere Berufe
- (6) hohes soziales Ansehen

Jeder Beruf muss die genannten sechs und die neu weiteren Merkmale aufweisen, um im merkmalsorientierten Verständnis als Profession zu gelte (2010, S. 89–90). Die nun von mir genannten Merkmale sind schwierig bis gar nicht für die Soziale Arbeit auszumachen. Ihr deswegen des Statuts als Profession abzusprechen, greift aber deutlich zu kurz und das möchte ich betonen. Exemplarisch seien die Punkte (6) und (12) genannt: Die Soziale Arbeit hat aufgrund ihrer Zielsetzung, einen gelingenden Alltag für ihre Klientel herzustellen bzw. diese zu einem solche hinführen und in der Bewältigung zu unterstützen, verschiedentlich in einen Dialog mit anderen Berufen wie der Medizin, Psychologie oder der Rechtswissenschaft bis hin zur Gesellschaft als solcher, womit v. a. normative Vorstellungen gemeint

¹ Die vollständige Liste findet sich bei Knoll auf S. 89 f.

sind, zu treten. In diesem Dialog, welcher durchaus spannungsreich sein darf, kann es zu An- und Zuweisungen durch andere Berufsgruppen kommen. Müller (2012) zeigt hierzu nachvollziehbar auf, weshalb merkmalsorientierte Professionsmodelle sich nicht zur Bestimmung von Professionen wie jene der Sozialen Arbeit eignen. Er führt trefflich aus, dass diese zu deskriptiv sowie theoretisch wenig fundiert sind und die gesellschaftliche Bedeutung der Entwicklung von Professionen nicht ausreichend zu erklären vermögen (S. 957). Für die Soziale Arbeit ist aber die gesellschaftliche Komponente von immenser Bedeutung, denn sie fusst auf einem reflexiven Verhältnis zur Gesellschaft und zum Staat und zu den diesbezüglichen Entwicklungen. Sie braucht diese Kontextualisierung und wie vorliegend auch ersichtlich wird, sie braucht diese gesellschaftliche Komponente auch im Bereich der Palliative Care.

In die gleiche Epoche wie das Merkmals- gehört auch das Expertenmodell. Dieses vielfach für die Soziale Arbeit kritisierte Modell greift zwar zu kurz, denn es setzt Professionalität mit Expertentum gleich (Müller, 2012, S. 956). Dadurch, dass Menschen in einer Gesellschaft auf spezifisches Wissen und deren Dienstleistungen angewiesen sind, wird dieser Konnex auch begründet und auf den ersten Blick nachvollziehbar. Soziale Berufe können sodann auch von Expertinnen und Experten ausgeführt werden, doch ihnen ist eine spezifische Reflektiertheit des Wissens immanent, denn es gilt, sich mit ungewissen und unbestimmten Problemen auseinanderzusetzen. Blau führt hier in Anlehnung an Schützeichel (2007) aus, dass diese Probleme in ihrer Sozial-, Sach- und Handlungsdimension unbestimmt, komplex und nicht zwingend routiniert und standardisiert ablaufen (S. 13 bzw. S. 567). Aber genauso könnte man wie folgt argumentieren: Das Expertenmodell ermöglicht, sich der Diskussion rund um Professionsautonomie zu stellen und diese mit einer weiteren Perspektive anzureichern – nämlich jener der Positionierung in einem Feld mit der Orientierung am eigenen Expertinnen- bzw. Expertenstatus, welcher ursprünglich anderen (Leit-)Professionen zugeschrieben wird.

Ein weiterer Ansatz, als jener über die Merkmale oder den Expertenstatus findet sich über die Darlegung von methodischen Vorgehensweisen. Die Supervision als professionelles Reflexions- und Kontrollgefäß, die Lebensweltorientierung (Grunwald & Thiersch, 2011) sowie die Biografearbeit (Miethe, 2017) gelten als essenzielle Methoden, welcher sich die Soziale Arbeit systematisch bedient und was ihr eigentlich zu einer starken professionellen Anerkennung verhilft. Motzke spricht hierbei von Praxistheorien, zu welcher sie zusätzlich noch das Case-Management und die klientenzentrierte Gesprächsführung zählt (2014, S. 54). Folglich verfügt die Soziale Arbeit eigentlich über eine Exklusivität hinsichtlich ihres Handlungsbereichs, was ihre Anerkennung als Profession rechtfertigt. In

den 1980er und frühen 1990er Jahren begannen sich die professionstheoretischen Diskussionen deshalb auf das Wirken und Tun von Seiten der Sozialen Arbeit zu konzentrieren. Dewe & Otto sprechen davon, dass das zentrale Thema nun die «*Qualität der Zuständigkeit*» und nicht mehr die «*Exklusivität der Zuständigkeit*» sei (2018, Hervorhebung im Original, S. 1195). So gewinnen strukturtheoretische und interaktionistische Ansätze an Bedeutung, denn diese fokussieren auf mögliche und zu realisierenden Handlungsspielräume und -möglichkeiten. Die «*Logik sozialarbeiterischen Handelns*» (Knoll, 2010, S. 88) und damit die Praxis und die verschiedenen Handlungsfelder rückten in das Zentrum. In diese Zeit sind die theoretischen Arbeiten von Schütze (1992/1996) und Oevermann (2002, 2009) einzuordnen. Sie sprechen beide von einem Orientierungs- und Handlungsbereich und das dort die Soziale Arbeit « (...) wissenschaftlich als auch praktisch ausgebildete Berufsexperten gesellschaftlich lizenzierte Dienstleistungen für ihnen per gesellschaftlichem Mandat anbefohlene Klienten bzw. Abnehmer [...]» (1992, S. 135) erbringt. Lizenz und Mandat erhalten im interaktionistischen Ansatz wesentliche Bedeutung, denn über das Mandat bekommen die Professionen die Definitionsmacht über ihre Sachverhalte und Dienstleistungen in ihrem Bereich. Unter Lizenz wird die formale Berechtigung verstanden, Handlungen auszuführen, die an eine Fachausbildung geknüpft sind (Blau, 2018, S. 19). In Anlehnung an Blau (2018), welche sich auf Motzke (2014) bezieht, bedeutet das weiterführend:

Mit dem Fokus auf diese ausgewählten professionstheoretische Zugänge rückt die innere Logik des professionellen Handelns in das Zentrum (S. 27). In dem den Professionellen die Möglichkeit geboten wird, über ihre Tätigkeiten und über ihre eigene Idee des Tätigseins zu sprechen, steht das professionelle Handeln im Zentrum – und auf dieses Wirken sollen verschiedene, aber nicht willkürliche professionstheoretische Perspektiven gelegt werden. Der strukturtheoretische Ansatz setzt, wie später im Detail beschrieben wird, auf die stellvertretende Deutung von Krisen und deren Bewältigung durch Professionelle. Der interaktionistische Ansatz fokussiert die Anforderungen des professionellen Wirkens in vorhandenen Strukturen – und unter diesem Gesichtspunkt kann professionelles Handeln auch, wie Schütze (1992) es formuliert, sog. «*Paradoxien*» unterliegen, die es mit besonderer Sensibilität anzugehen gilt. Nebst diesen beiden Ansätzen bekommen auch das Wirken und Tun von Seiten der Sozialen Arbeit in den 1990er Jahren ein Gewicht. Diese orientieren sich an einem Dialog zwischen der Klientin bzw. dem Klienten und der Fachperson selbst. Dieser Dialog, welcher sich auch unter dem Stichwort «*Beziehungsarbeit*» manifestiert, bedarf eines fachlichen und wissenschaftlichen, aber zugleich ebenso eines empathischen und – wo möglich – nicht

standardisierbaren Vorgehens und Verstehens. Die Verbindung zwischen Fachlichkeit bzw. Theorie und Praxis bekommt sodann im «reflexiv habituisierenden Professionsansatz» ein grösseres Gewicht und ist an die Erwartung geknüpft, dass die Agierenden in ihrem Handlungsfeld eine «fachliche Haltung» haben müssen (Knoll, 2010, S. 101; Otto & Dewe, 2011b).

Fast parallel, jedoch, wie sich heute herausstellt, mit deutlich grösseren Folgen für die aktuelle Professionsdebatte der Sozialen Arbeit, verfolgte Staub-Bernasconi in den 1990er Jahren erstmals ihre Argumentation, dass Soziale Arbeit, gerade weil sie aus den sozialen Bewegungen in Not- und Krisenzeiten entstanden sei, und die vorherrschenden gesellschaftlichen Strukturen hinterfrage, sich als Menschenrechtsprofession verorten lasse. Das Credo «Entstehen von sozialer Gerechtigkeit durch professionelles Tun» (1995, S. 67) lässt sich, so Staub-Bernasconi, nur dann verwirklichen, wenn generelle und spezielle Fachkompetenzen der Sozialen Arbeit immer im Lichte der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen betrachtet werden. Die Soziale Arbeit verfügt demnach über einen zentralen Auftrag, nämlich als «Menschenrechtsprofession» die Wahrung, aber auch die Durchsetzung der Menschenrechte für die Gesellschaft. Diesen Auftrag kann und muss sich die Soziale Arbeit selbst geben, sie muss nicht warten, bis «ihr nationale oder lokale Auftraggeber die Legitimation zum Denken und Handeln geben» (ebd., S. 68). Die dazu nötigen wissensbasierten Handlungstheorien und -praktiken hat sie entsprechend selbst zu entwickeln. Staub-Bernasconi zeigt hiermit einerseits deutlich auf, dass die Soziale Arbeit ohne Platzanweisungen auskommt bzw. sich diese selbst geben kann und andererseits orientiert sie sich, so deutet ich dies, an einem reflexiven Professionsverständnis. Das wiederum kann vorliegend insbesondere in Verbindung mit dem «reflexiv-habituisierenden Professionsverständnis», wie es Knoll (2010) und auch Otto & Dewe (2011) favorisieren, verbunden werden.² Auf den strukturtheoretischen bzw. krisentheoretischen Professionsansatz nach Oevermann (2009; Parsons 2005) sowie den interaktionistischen Ansatz nach Schütze (1992) wird vorliegend detailliert Bezug genommen, ebenso auf den in der Professionsforschung von Knoll benannten reflexiv-habitualisierenden Ansatz (2010). Mit dieser Auswahl wird sich an Dewe & Otto orientiert, die davon ausgehen, dass mit diesen Ansätzen eine «Differenzierung und zugleich eine Empirisierung» der Professionsdebatten gegenständlicher und reflexiver zu untersuchen seien (2018, S. 1191).

² Aus diesem Grund wird nicht auf die theoretischen Grundlagen von Staub-Bernasconi verwiesen, sondern Knolls Ansatz in Verbindung mit Oevermann und Schütze favorisiert.

Vorliegend wird somit nicht eine theoretische Positionierung im Professionalisierungsdiskurs eingenommen, von der aus den Analysen getätigt werden, sondern es werden ausgewählte professionstheoretische Positionierungen verbunden. Dieses eklektische Vorgehen (Zierer, 2009, S. 929, Wipert, 2001) kann ein ambitioniertes Wagnis sein³, denn das Vorgehen bildet Denk-, Arbeits- und zugleich Vorgehensweise in einem. Das ich das nicht alles leisten kann, soll hier betont werden. Doch ich habe mich bezogen auf die Auswahl geeigneter Professionstheorie eklektisch orientiert: Nach Prüfung von verschiedenen Inhalten oder Teilen bzw. Auszügen davon wurde eine Auswahl getroffen und diese miteinander verbunden. Das Zusammentragen von verschiedenen Ideen und Positionen birgt die Gefahr, sich in den späteren Analysen des Datenmaterials schwieriger festlegen zu können und verschiedene Lesearten zuzulassen. Genauso kann jedoch argumentiert werden, dass dieses Vorgehen sich für Handlungsfelder, die für die Soziale Arbeit noch von jüngerer Existenz sind, starke Inter- und Multi-professionalität besitzen und strukturell noch nicht gefestigt sind, anbietet. Das vorliegend ausgewählte Arbeitsfeld der Palliative Care, welches die psychosoziale Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende in das Zentrum stellt, erfüllt diese Beschreibung. Zudem kann mit dem Vorgehen dem Umstand besser Rechnung getragen werden, dass über die theoretischen Zugänge auch genügend interpretativer Raum geschaffen wird, welcher für eine fachliche Diskussion um das Ergründen und Explizieren des beruflichen Handelns nötig ist. In Anlehnung an Zierer (2009), welcher Eklektizismus argumentativ mit hermeneutischem Vorgehen gleichsetzt, zeigt sich zudem gut, dass gerade in den Sozialwissenschaften diese Methode bezogen auf theoretische Erörterungen weiterverbreitet ist, als angenommen wird. Ferner wird vorliegend mittels der dokumentarischen Methode rekonstruktiv und deutend gearbeitet (Nohl, 2017), was ebenfalls als weiteres Indiz für eine deutenden Positionierung ist. Nach dem soeben aufgeführten Überblick zum Potenzial von Professionstheorien gilt es nun, die theoretische Fokussierung auf die auserwählten professionstheoretischen Ansätze zu erläutern.

³ «Eklektisch» stammt aus dem Griechischen. Das Adjektiv «εκλεκτικός» und das Verb «εκλεγείν», die mit „auswählend« bzw. «auslesen, auswählen» übersetzt werden. Beide lassen sich zurückführen auf das Verb «λεγείν» in der Bedeutung von «lesen, auslesen, sammeln» und dem Präfix «εκ» in der Bedeutung von “aus» (vgl. dazu Zierer, 2009, S. 929).

4.2 Strukturtheoretischer und interaktionistischer Ansatz als favorisierte Zugänge

Wie in der Einleitung ersichtlich, liegt das Erkenntnisinteresse auf der Rekonstruktion des professionellen Handelns und auf dem Selbstverständnis von im Feld tätigen Fachpersonen der Sozialen Arbeit in Palliative Care. Nachfolgend werden auch die professionstheoretischen Positionen dargelegt, welche mit einem Fokus auf das berufliche Handeln einhergehen. Denn das Handeln an sich und das Handeln-Können haben nicht nur einen Einfluss auf die professionelle Identität, sondern ebenso darauf, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit ihren Tätigkeits- und Wirkungsbereich selbst beschreiben und somit sich auch zu ihrem beruflichen Selbstverständnis äussern.

Für die vorliegende Forschung bedarf es eines professionstheoretischen Zugangs, welcher auf Vorgehensweisen, Handlungen und zu erbringenden Leistungen im Handlungsfeld abstellt und die Rekonstruktion von Begründungen und Handlungsmustern zulässt. Wie Knoll (2010) in Anlehnung an Schütze (1992) bezogen auf Professionstheorien formuliert, bietet ein professionstheoretischer Zugang «Aufschluss darüber (...), wie die Komponenten konkreter Professionalität in direkten Kernaktivitäten und Handlungssituationen rekonstruktiv zu thematisieren sind» (S. 88). Dabei ist es das Ziel, herauszufinden, ob in unterschiedlichen «Handlungs- und Berufsfeldern der Sozialarbeit eine spezifische Einheit im sozialarbeiterischen Handeln ausgemacht werden kann» (ebd. 89). Da vorliegend für das Handlungsfeld der Palliative Care das spezifische berufliche Handeln für die Soziale Arbeit aus Sicht der Fachpersonen selbst näher bestimmt wird, braucht es Überlegungen aus den bisherigen professionstheoretischen Debatten und eine Festlegung, welcher professionstheoretischer Zugang wohl am anschlussfähigsten ist. Wie bereits erwähnt, sind Dewe & Otto (2018) der Meinung, dass es bei professionstheoretischen Diskursen nicht nur um das Belegen der Zuständigkeit einer Profession für bestimmte Tätigkeiten, sondern um deren Qualitäten der Zuständigkeit gehen muss. Das Agieren einer Fachperson in einem Feld und die dort vorhandenen strukturellen bzw. institutionellen Rahmenbedingungen gewinnen an Bedeutung und Einfluss. Daraus folgt, dass nun auch die Logik und Binnenstruktur «sozialpädagogischen Handelns im Spannungsfeld von allgemeiner Wissensapplikation und Fallverstehen» gewichtig werden (S. 1195). Dieses Spannungsfeld führt zu den von Schmidt (2008) in Anlehnung an Parson dargelegten Paradoxien. «Handlungsanforderungen und –ziele sind in Widersprüche verstrickt, welche – aufgrund ihres strukturellen Charakters – *nicht auflösbar*, wohl aber *bewältigbar sind*» (Hervorhebung im Original, S. 844). Die in der Praxis Tätigen sind mit diesen Paradoxien konfrontiert

und müssen damit umgehen – und das wirkt sich auf das professionelle Handeln aus. Aus den bekannteren professionstheoretischen Ansätzen kommen für die vorliegende Forschung der strukturtheoretische (Oevermann) sowie der interaktionistische (Schütze) Ansatz in Frage. Beide stellen eine Handlungsorientierung in der Praxis in den Vordergrund – und um diese geht es mir.

Die strukturtheoretische Professionstheorie nach Parsons (1968) ist vorliegend als Grundlage zum strukturtheoretischen Zugang zu lesen. Denn Parson stellt die Frage ins Zentrum, welche Aufgaben ein bestimmter Beruf übernimmt. Ist dieser in der Gesellschaft relevant und wenn ja, welche Funktionen werden, nur durch diesen Beruf ausgeübt bzw. welche «Funktionen werden durch dessen Professionalisierung sichergestellt?» (Knoll, 2010, S. 90 in Anlehnung an Parsons). Parson geht somit von einem in der Gesellschaft vorhandenen Bedürfnis nach Spezialistinnen und Spezialisten aus, welche bestimmte Aufgaben bzw. Funktionen über ihr Handeln wahrnehmen, die von Individuen nicht selbst ausgeführt werden können. Wie später Schütze (1984/2021) fokussiert sich auch Parson auf Personen, welche spezifische Aufgaben oder eben Funktionen ausüben, was ihnen eine Relevanz verleiht. Ebenfalls wird dann der Profession durch die Gesellschaft selbst eine sog. «Professionsautonomie verliehen, die mit eigenen Organisationsstrukturen (z. B. Kammern, Berufsverbände) sich selbst mittels Aus- und Weiterbildung, Berufsethik mit Standesgerichten kontrollieren und so in der Gesellschaft Integrität und Fachkompetenz zusichern soll» (ebd., 2010, S. 91). Parsons strukturfunktionalistischer Ansatz kommt – zumindest auf den ersten Blick – ohne machttheoretische Positionierung aus. Im Fokus steht, dass eine Profession nachweisen kann, dass sie eine zentrale Funktion für bzw. in der Gesellschaft einnimmt, die von keiner anderen Profession so eingenommen werden kann und in Anlehnung an Knoll «ohne die das Funktionieren dieser Gesellschaft nicht mehr sichergestellt werden kann» (2010, S. 91). Eine Profession mehrheitlich oder nur über die wahrgenommene Funktion zu definieren, hat auch Klüsche (1990) versucht. Für ihn übernimmt die Soziale Arbeit verschiedene Dienste, die entweder «soziale Stützfunktion», «Kriseninterventionsfunktion» oder «Erziehungsfunktion» bezeichnet werden können (S. 51). Als abschliessend sei die Aufzählung nicht zu verstehen, führt Klüsche weiter aus, womit er meint, dass weitere Funktionen hinzukommen können. Wendt kritisiert, dass keine einzelne Funktion von Klüsche als identitätsstiftendes Merkmal betrachtet werden kann (1995, S. 22), womit er nicht ganz unrecht hat. Auch die Psychologie beispielsweise übernimmt Kriseninterventionsfunktion, wenngleich auf einer therapeutischen und eben nicht psychosozialen Ebene. Besonders in der heutigen Zeit ist die Frage der Macht und damit auch des Einflusses für

ein bestimmtes bzw. in einem bestimmten Wirkungsfeld für eine Profession zentral. Es wird nicht nur danach gefragt, welche Rolle und damit welche Funktion eine Profession einnimmt, sondern ob sie einen Einfluss auf das gesamte Gesellschaftssystem hat – und ob sie diesen Einfluss auch beweisen und so für sich reklamieren kann (Knoll, 2010, S. 92). Gelingt es einer Profession, eine Machtposition für sich zu definieren und einzunehmen, gelingt es dieser Profession auch, sich Einfluss auf gesamtgesellschaftliche Bereiche zu sichern. Wie sich später zeigt, spielen Machtpositionierungen im Feld der Palliative Care eine bedeutendere Rolle, insbesondere, wenn es um die Akzeptanz der Begleitung und auch der damit in Zusammenhang stehenden zu bewältigenden Aufgaben am Lebensende geht. Die Medizin ist im Felde der Betreuung sterbenskranker Menschen eine unumstrittene Profession und hat sich nebst einem Wissensvorsprung ebenfalls eine gesellschaftlich akzeptierte Machtvorstellung gesichert. Diese schwindet auch nicht, sondern, im Gegenteil, mündet gar teils noch immer in ein Monopol der Zuständigkeit (ebd., 2010, S. 93). Parson kann somit, gerade wenn es um das Verhältnis zwischen der Medizin und der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld der Palliative Care geht, herangezogen werden, doch um das professionelle Handeln gegenständlicher zu beschreiben, reichen seine Position nicht aus.

Oevermann (2009/1996), welcher sich auf Parson bezieht, priorisiert die Praxis bzw. die Handlungspraxen der Fachpersonen. Er geht damit einen wesentlichen Schritt weiter in Bezug auf das alltägliche Tätigsein. Motzke führt aus, dass das Professionalisierungsmodell nach Oevermann als das einflussreichste für die Soziale Arbeit bezeichnet werden kann (2014, S. 203), womit sie nicht unrecht hat. Oevermann verfolgt den Ansatz, die dem professionellen Handeln innewohnenden Elemente und die Struktur dahinter zu thematisieren. Es geht nicht darum, die Funktion, Vorgehensweisen oder Methoden, wie es Parson macht, zu fokussieren, sondern, wie es Olk (1986) in Anlehnung an Oevermann formuliert, «die widersprüchliche Einheit von universalisierter Regelanwendung auf wissenschaftlicher Basis einerseits und hermeneutischem Fallverstehen andererseits» (S. 24) zu ergründen und später zu etablieren. Übersetzt werden kann das wie folgt: Einerseits gibt es Regeln bzw. allgemeine Grundsätze, welche wissenschaftlich geprüft sind und generell ihre Gültigkeit entfalten und wichtig sind. Andererseits sind ein fallspezifisches Verstehen und Vorgehen dem Handeln immanent. «Es geht hier also sowohl um das Verallgemeinerte der Theorie als auch um das Konkrete der Lebenspraxis» (Knoll, 2010, S. 95). Oevermann stellt damit die Strukturlogiken von professionellem Handeln in den Mittelpunkt (1996, S. 71). Ausgangspunkt für ihn bilden Krisen, welche vom Individuum nicht mehr selbst bewältigt werden können und die sodann an Professionelle zur Bearbeitung delegiert werden. Oevermann (2013, S. 125) differenziert dabei drei sog. «Foci»,

womit er Gründe meint, welche überhaupt erst zur Delegation der Krisenbewältigung führen. Einer dieser Foci bzw. ein Funktionsfokus lässt sich besonders gut auf das Arbeitsfeld der Palliative Care transferieren (Abbildung 4.1).

Fokus	Aufrechterhalten und Wiederherstellen von somato-psycho-sozialer Integrität
Arbeitsform in der Praxis	Arbeitsbündnis
Erfahrungsmodus	Natur- und Leiberfahrung

Abbildung 4.1 Auszug eines Funktionsfokus für die professionelle Bearbeitung von Krisen (vgl. Oevermann, 2013, S. 125)

Der Fokus Aufrechterhaltung- und Wiederherstellung liefert eine Struktur, welche sich im Dilemma um «Hilfe und Kontrolle» manifestiert (Motzke, 2014, S. 204). Ein Arbeitsbündnis zwischen Klientel und Professionellen ist geprägt von diesem Dilemma, sich zwischen Hilfestellungen und Kontrollmechanismen und Kontrollanwendung zu bewegen. Ein für die Soziale Arbeit besonders herausfordernde Situation, zumal bei ihr auch gewisse Leistungen von immaterieller Wertigkeit vorhanden sind und es somit nicht einfach wird, zwischen Hilfeleistung und Kontrolle zu unterscheiden. Eine Hilfeleistung kann sein, die «leibliche und/oder psychosoziale Integrität» wiederherzustellen, aufrechtzuerhalten oder zu erzeugen (Oevermann, 2009, S. 118 und Motzke, 2014, S. 94). Diese passt zur Profession der Medizin genauso wie zur Sozialen Arbeit. Beide haben das Ziel der Wiederherstellung der Autonomie in der Lebenspraxis der Klientel (ebd., 2014). Allerdings differenzieren sich die beiden Professionen in ihren Vorgehensweisen zur Bewältigung der Krisen, was sodann auch ihr je spezifisch professionelles Handeln ausmachen soll. Die spezifische Vorgehensweise von Seiten der Sozialen Arbeit zeigt sich in den jeweilig vorhandenen Problemlösungstypen (Nagel, 1997, S. 52, in Anlehnung an Oevermann, 1996).

Die Klientel ist aufgrund von aktuellen oder bereits länger andauernden Krisen nicht mehr selbst in der Lage, nach eigenen Problemlösungen zu suchen und/oder Lösungen auch umzusetzen. Für dieses Vorgehen hat sich bei Oevermann der Ausdruck «stellvertretende Deutung» manifestiert.⁴ Es geht damit um eine Vermittlung zwischen Wissenschaft und Praxis bzw. Lebenspraxis – und

⁴ Schütze führte bereits 1992 aus, dass das Konzept der «stellvertretenden Deutung nur *eine* (*hervorgehoben im Original*), wenn auch eine ganz zentrale, Kernaktivität professionellen Handelns» ist (S. 133).

mit der stellvertretenden Deutung wird diese Vermittlung, wie Knoll ebenso ausführt, für das professionelle Handeln konstitutiv (2010, S. 95). Allgemeines und zugleich Individuelles müssen sich aufeinander beziehen können. Die Soziale Arbeit versucht stets, die Lebenswelt ihrer Klientinnen und Klienten zu verstehen und in eine Fachsprache zu transferieren und somit das Individuelle anzugehen sowie zugleich die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Expertisen in die Lebenswelt ihrer Klientinnen und Klienten zu übertragen. Dabei müssen einerseits fachspezifisches Handeln und Wissen, aber ebenso wissenschaftlich überprüfbares Vorgehen und auch fallübergreifende Vorgehensweise beachtet werden. Andererseits bedarf es nicht standardisierter, wo möglich auch nicht routinierter Vorgehensweisen, um die Probleme zu lösen (Oevermann, 2009, S. 115 f.; Motzke, 2014, S. 94–95).

Die spezifischen Vorgehensweisen für eine Profession realisieren sich im Arbeitsbündnis, welches Oevermann als Kern des professionalisierten Handelns ansieht (1996, S. 115) und das Klient bzw. Klientin sowie Professioneller bzw. Professionelle gemeinsam eingehen. In diesem Bündnis realisieren sich Handlungen, aber eben auch spezifische Handlungsproblematiken. Dadurch, dass die Soziale Arbeit sich mit Krisen, deren Deutungen sowie mit verschiedenen Lösungsmöglichkeiten und natürlich verschiedenen Zielgruppen auseinandersetzt und sodann auch Entscheidungen fällen muss, steht sie ständig in einem Dilemma, was ihre professionellen Handlungen, Zielsetzungen und die Bedürfnisse der Klientel anbelangt. Für Oevermann lässt sich dieses Dilemma über die stellvertretende Deutung lösen, indem die Professionellen ein Verstehen anwenden, was über das reine Fallverstehen hinausgeht und gleichzeitig empathie- und abstraktionsfähig bleibt (Knoll, 2010, S. 96). Die Anforderungen sind komplex, doch gerade diese lassen bilden wesentliche Abgrenzungsmerkmale von der Profession der Medizin.

Genau diese stellvertretende Deutung und das damit nötig werdende regelgeleitete Verhalten basierend auf Wissen und Kompetenzen von Seiten der Sozialen Arbeit in Kombination mit einem Fallverstehen sorgt dafür, dass Oevermanns Modell wichtige Grundlagen für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit liefert.⁵ «Die stellvertretende Deutung ist *eine*, wenn auch eine ganz zentrale Kernaktivität der Sozialen Arbeit» (1992, S. 133, hervorgehoben im Original) so formuliert es Schütze. Da Oevermann wie auch ich in meiner Forschung das alltägliche Handeln ins Zentrum stellen, nehme ich seine Position als Basis und

⁵ Es ist richtig, Oevermann selbst spricht in seinem Modell der Sozialen Arbeit die Professionalisierbarkeit ab (Oevermann, 1996; Blau, 2018, S. 32).

reichere diese mit jener von Schütze an, welcher das professionelle Handeln und die damit verbundene Interaktion verbindet.

Schütze spricht von sog. unaufhebbaren Dilemmata, welche sich auch als professionelle Paradoxien lesen lassen (Schütze, 2021, S. 242). Im Grunde hat sich jede Profession mit Paradoxien bezogen auf das professionelle Handeln zu befassen. Definieren lassen diese sich nach Schütze (2021, 2000 sowie in Anlehnung an Riemann 2000 und Gildemeister 1983) wie folgt:

«Professionelle Paradoxien sind unaufhebbare Schwierigkeiten bzw. Dilemmata des Handelns in professionellen Arbeitsbereichen, die auf diesem Handeln innewohnenden, widerstrebenden, sachlogischen Anforderungen beruhen». (2021, S. 242)

Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind in ihrer Praxis oftmals damit konfrontiert, Prognosen oder Handlungspläne, wie auch Strategien zur Bewältigung der Problemlagen ihrer Klientinnen und Klienten, auf vager bis unsicherer «empirischer Basis» zu formulieren. Es ist nicht zweifelsfrei möglich, Verhaltensweisen oder Entwicklungspotenziale von Klienten im Detail abzuschätzen. Daraus folgert Schütze, dass die Paradoxien nicht aufgehoben, aber umsichtig bearbeitet werden können (2021, S. 243). Nicht nur die Soziale Arbeit hat mit solche du weiteren Paradoxien und unsicherer Prognosen zu kämpfen, sie ist aber in besonderem Masse betroffen, da sie in ihrer alltäglichen Praxis oft «gezwungen ist, eine Prognose auf schwankender empirischer Basis zu formulieren» (ebd., 2021, S. 243) und Lösungsansätze abzuleiten. An dieser Stelle sei bereits erwähnt, dass im Feld von Sterben und Tod Prognosen gegenüber Klientinnen und Klienten besonders grossen Schwankungen unterliegen. Tagtägliche Unsicherheiten in der Begleitungsdauer, ständiges hin und her bezogen auf den Entscheid Intervention oder Zurückhaltung sowie das Anwenden von Routineverfahren versus Handlungssensibilität für den Einzelfall, sind an der Tagesordnung. Diese wie auch weitere Paradoxien zählt bezüglich des Wirkens der Sozialen Arbeit auf (ebd., 2021, S. 244). Welche Paradoxien sich im professionellen Handeln von Seiten der Sozialen Arbeit in der Palliative Care finden lassen, dazu soll die vorliegende Forschung einen Beitrag leisten.⁶

Wichtig zu erkennen ist, dass die Soziale Arbeit durch ihre zahlreichen Paradoxien veranlasst wird, ihre Reflexionsfähigkeit in Form von Supervision voranzutreiben (2021, S. 242). Schütze – als Vertreter des interaktionistischen

⁶ An dieser Stelle wird auf die vollständige Nennung der 15 Paradoxien des professionellen Handelns verzichtet. Die Leserschaft sei auf die Auflistung von Fritz Schütze (2021, S. 247 f.) verwiesen.

Ansatzes – kann somit bereits jetzt als weiterer gewinnbringender professionstheoretischer Zugang angesehen werden, da er nicht nur das Benennen von Paradoxien in den Vordergrund stellt, sondern ebenso das vielschichtige und selbstkritisch bearbeiten ebendieser.

Bei Schütze verfügen Professionen über einen definierten «Orientierungs- und Handlungsbereich» (1992, S. 135). Zu diesem Bereich gelangen die Berufsgruppen, indem sie eine bestimmte Dienstleistung erbringen, für die sie eine Lizenz und ein Mandat erhalten. Letzteres erhalten sie, wenn die Dienstleistung an bestimmten Menschen erbracht werden und sie dafür über die Eingangsvoraussetzungen, wozu eine spezifische Ausbildung gehört, verfügen. Die Lizenz wird verliehen, wenn nachgewiesen werden kann, dass für die Dienstleistung, welche erbracht wird, ein abgrenzbarer Orientierungs- und Handlungsbereich besteht. Dieser wird mit der Gesellschaft und anderen Handlungsbereichen ausgehandelt (1992, S. 132). Als Beispiel: Ein Arzt bzw. eine Ärztin hat den Auftrag, Dienstleistungen für die Gesundheit an der Bevölkerung zu erbringen. Dafür bekommt er bzw. sie von der Gesellschaft eine Lizenz, z. B. eine Praxis zu gründen, und mittels Mandats werden ihm bzw. ihr die Patientinnen und Patienten anvertraut (Knoll, 2010, S. 97). Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass Schütze der Sozialen Arbeit zuschreibt, dass sie keine «stolze Profession», dafür eine mit hohen Professionalisierungschancen sei. Etwas abschätzig nennt er sie in einem Aufsatz 1992 «bescheidene Profession» und formuliert: «Den Grund dafür sehe ich in den Paradoxien, welche «sich in der Sozialen Arbeit zu «besonders hartnäckigen und Handlungs- und Interpretationsproblemen» entwickeln können (Knoll, 2010, S. 98, zit. nach Schütze, 1992, S. 137). In seiner Positionierung nimmt die Soziale Arbeit einen (noch) nicht vollständig autonomen und eigens kontrollierbaren Sinnbezirk ein. Sie hat jedoch ein Mandat und eine Lizenz für die Problembearbeitung und orientiert sich an berufsethischen Grundlagen. Zudem ist die Soziale Arbeit auch von sozialstaatlichen Rahmenbedingungen geprägt und abhängig, wenn sie ihren Aufgaben und der Problembearbeitung nachgeht. Sie kann sich davon nicht freisprechen und hat Leistungen zu erbringen, über welche andere Instanzen entscheiden (Blau 2018, S. 27 in Anlehnung an Müller 2012, S. 961). Auch das kann dazu führen, dass das Bearbeiten von Paradoxien erschwert ist. Die Soziale Arbeit muss sich dabei nicht davon lösen, staatliche Aufgaben zu übernehmen. Sie begibt sich damit auch nicht zwingend in ein Abhängigkeitsverhältnis, sondern sorgt eher dafür, dass das System der Sozialstaatlichkeit auch funktioniert.

Was nun aber noch weiter auffällt ist, dass im Zusammenhang mit der Interaktion und dem Erbringen von lizenzierten Dienstleistungen sowie der Mandatierung dafür an das professionelle Handeln selbst hohe Ansprüche gestellt

sind. Damit Fallverstehen und Wissensapplikation gleichzeitig und zielführend passieren kann und die Adressatinnen und Adressaten davon auch profitieren können, braucht es nicht nur ein professionelles Agieren, sondern auch eine Haltung, die sich diesen Umständen bewusst ist. Ein Weg dafür kann in der ständigen «Selbstvergewisserung und Selbstreflexion» (Schütze, 1992, S. 163) gesehen werden. Professionelles Handeln und fachliche Haltung erhalten so einen Konnex. Diesen Konnex nehme auch ich vorliegend zum Anlass, um meine bisherige theoretische Position, welche aus der Verbindung von struktur- und interaktionstheoretischen Ansätzen besteht mit einer weiteren professionstheoretischen Perspektive anzureichern.

4.3 Reflexiv-habituellem Ansatz als ergänzender Zugang

Es wurden bereits ein strukturtheoretischer sowie ein interaktionistischer Professionsansatz skizziert. Beide liefern bezogen auf das professionelle Handeln wegweisende Eckwerte, um dieses gegenständlicher sowie auch professionstheoretischer zu fassen. Die gewählte Fragestellung soll wird damit mit der «stellvertretenden Deutung» (Oevermann, 1996) und den «Paradoxien» (Schütze, 2021) des sozialarbeiterischen bzw. sozialpädagogischen Handelns bearbeitet. Der Leserschaft könnte somit der Gedanke kommen, mittels der dargelegten professionstheoretischen Perspektiven liessen sich nachfolgend das Datenmaterial und die Fragestellung ausreichend beantworten. Das ist korrekt, wenn der Fokus in erster Linie auf das eigenen und professionelle Fallverstehen sowie auf das Bearbeiten von alltäglichen Paradoxien wie den Umgang mit unbestimmten fallspezifischen Prognosen ausgerichtet ist. Da es mir vorliegend auch um das Reflektieren der eigenen Praxis von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit geht, stellen sich ebenso Fragen bezogen auf die fachliche Haltung bzw. den erworbenen *Habitus*. Dieser Begriff stammt ursprünglich aus dem lateinischen und kann allgemein mit Haltung bzw. einer erworbenen ethischen oder fachlichen Haltung übersetzt werden kann (Gebauer, 2022, S. 41).

Die Profession bzw. die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen vielschichtig denken und handeln können; es kann sein, dass sich Antworten auf fallspezifische Fragen überraschend, unklar oder erst im Nachhinein finden lassen. Dennoch muss gehandelt werden – Knoll spricht hier vom «Handlungszwang», dem alle Professionen unterliegen. Die Soziale Arbeit ist diesem besonders ausgeliefert, hat sich doch ständig zwischen staatlichen geforderten und individuell zu ermöglichenden Leistungen zu vermitteln. Dabei kann es sein, dass sie mit

Haltungsfrage konfrontiert wird, die diametral zu ihren eigenen professionellen Wert- und Haltungseinstellungen stehen. Insbesondere bei grosser Unsicherheit werden professionelles Denken und Handeln, Praxis und Theoriedenken, aber genauso individuelles Erfahrungswissen, Empathie und womöglich auch Intuition zentral (2010, S. 100). Das bedeutet: Es geht in der Praxis nicht nur darum, formales, durch die Aus- oder Weiterbildung erworbenes Wissen anzuwenden, sondern bewusst einen Theorie-Praxis-Transfer herstellen zu können, welcher in der Interaktion praktische Tätigkeiten und theoretisches Wissen sowie eine Haltung verbindet (ebd., S. 101). Oevermann bedient sich unter Bezugnahme auf Pierre Bourdieu (1970) nicht nur dem Ausdruck Habitus, sondern benennt ihn als «zentralen Strukturort der Vermittlung von Theorie und Praxis» (1996, S. 80). Hierin wird auch vorliegend eine wichtige Verbindung gesehen, dass der strukturelle Ansatz sich auch mit einem reflexiv-habituellen Ansatz ergänzen lässt. Der Begriff Habitus definiert sich als

«(...) durch Lernen erworbene, aufeinander bezogene und in der Regel unbewusste Wahrnehmungs-, Denk-, Urteils- und Handlungsmuster, die den spontanen Praktiken sozialer Akteure im Rahmen sozialer Strukturen und Institutionen zugrunde liegen» (Eckhart, 2014, S. 155).

Unter Habitus lässt sich somit eine fachliche Haltung verstehen, die durch Erzeugung der Praxis hergestellt wird. Es geht um «einverlebte Gewohnheiten und Routinen, also [um] die subjektiven Grundlagen der selbstverständlichen Alltagspraktiken» (ebd., S. 155, in Anlehnung an Bourdieu, 1974). Hierin findet sich bereits ein erster Eckpunkt in Bezug auf die vorliegend angewendete Methode zur Auswertung der Daten. Die dokumentarische Methode legt ihren Fokus auf das «atheoretische Wissen», welches sich in der Herstellung von handlungspraktischen Sinneinheiten eröffnet, den Akteurinnen und Akteuren jedoch meist nicht im Bewusstsein selbst zugänglich ist und somit auch nicht von diesen expliziert wird (Przyborski & Slunecko, 2020, S. 5). Gewohnheiten und Routinen bilden solche inkorporierten Sinneinheiten – und diese gehören ebenfalls zum professionellen Selbstverständnis nebst Fachwissen. Der Habitus bezieht sich auf folglich auf die ganze Person – und nicht nur auf ihr professionelles Handeln und ihr damit verbundenes Fachwissen. Es geht darum, all das, was womöglich im Verlaufe des bisherigen Lebens verinnerlicht wurde, wozu Umgangsformen, Sprache, eigener Lebensstil, Lebenserfahrung sowie berufliche Einbettung gehören, zu erfassen. All diese Dinge führen auch dazu, dass in jedem sozialen Handeln sich «subjektive Anteile» finden lassen, die als inkorporierte Struktur von den

«Existenzbedingungen geprägt sind, unter denen Subjekte ihren Habitus erworben haben» (Gebauer, 2022; S. 42; Effinger, 2021, S. 208 f.). Professionen bzw. Orte, wo Professionen hegemonial oder auch in Kooperation gemeinsam wirken, können solche Existenzbedingungen bilden und damit sich direkt auf das professionelle und das eigene, womöglich persönliche Handeln auswirken. Die Soziale Arbeit ist ständig gefordert, fall- und situationsbezogenes Verstehen anzuwenden; hierbei ist der erworbene Habitus bedeutsam und damit wird auch die Überleitung zum professionellen Handeln und später zum professionellen Selbstverständnis nachvollziehbar.

4.4 Dem eigenen Tätigsein bewusst werden

«Erst wer die eigene Arbeit als professionelle Soziale Arbeit versteht, kann diese auch selbstbewusst als Profession vertreten» (Karges & Lehner, S. 452).

Dieser Satz findet sich in einem 2005 veröffentlichtem Fachartikel von Karges & Lehner. Ob sich die Autorinnen der Stärke dieses Satzes für die Soziale Arbeit damals bewusst waren, verbleibt offen. Für die vorliegende Forschung und für das Erkenntnisinteresse ist er zentral, denn über das Verstehen der eigenen Tätigkeit und der damit verbundenen Begründungen und Orientierungsmuster soll vorliegend besser verständlich werden, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit ihre Arbeit in der Palliative Care verstehen. Damit das erreicht wird, beschreite ich den Weg, aus den ausgewählten Professionstheorien und dem damit zusammenhängenden theoretischen Verständnis von Sozialer Arbeit Anhaltspunkte für das professionelle Handeln abzuleiten. Damit die Handlungsperspektive klar verständlich ist, wird nun das professionelle Handeln gegenüber der Profession, der Professionalität und der Professionalisierung dargelegt und dann auf das Handeln bzw. die Handlungslogiken und das professionelle Selbstverständnis eingegangen.

In der Berufssoziologie wird unter *Profession* eine «besondere Klasse von Berufen» verstanden (Müller, 2012, S. 955). Diese Berufe haben gewisse Standards erreicht und über diese lassen sie sich als Profession definieren. Freidson (1988) führt aus, dass Profession als Synonym für Beruf verwendbar sei. Eine Profession führt nach ihm eine Art von Arbeit aus, die nur durch sie sich vollbringen lässt und zugleich «komplex und nach Ermessen zu erledigen» sei. Die Arbeit, welche von Professionellen ausgeführt wird, sei zudem wichtig für «das Wohlergehen von Individuen oder der Gesellschaft» und von «besonderem Wert für ihre Klienten» (Freidson zit. nach Wendt, 1995, S. 23). Dewe & Otto formulieren es allgemeiner und zeigen auf, dass «Professionen als Instanzen einer

Begründung von Entscheidungen der Lebenspraxis» bezeichnet werden. Gemeint ist damit, dass Professionen dort wirken und Begründungen für lebenspraktische Entscheidungen liefern, wo Subjekt selbst nicht mehr in der Lage sind oder sein können, die für sich nötigen Entscheidungen zu fällen, oder in denen ihnen als Laien diese nicht zugestanden werden bzw. zwar zugänglich sind, aber sie nicht über die eigene Fähigkeit verfügen, Entscheide zu fällen (2018, S. 1192). Profession meint somit «die Sphäre der Berufspraxis», in welcher sich «das berufspraktische Handeln vollzieht» (Becker-Lenz & Müller, 2009a, S. 195). Für dieses berufspraktische Handeln können sich je nach eingenommener Theorieposition unterschiedliche Professionsverständnisse ergeben, wie später ausgeführt wird.

Professionalisierung hingegen meint, dass für gewisse «Berufsgruppen spezifische Handlungsprozesse» existieren, die zur Etablierung einer Profession gehören (Müller, 2012, S. 955). Professionalisierung bezeichnet demnach einen Prozess, welcher den Fokus auf die «Verberuflichung einer Tätigkeit» legt (Müller, 2015, S. 242). Diese Prozesse können auch ambivalent verlaufen, was sich in den Ausdrücken De-, Entprofessionalisierung oder Semi-Profession zeigt. Wird Profession definiert als Beruf mit hochgradig spezialisiertem Wissen, einer längeren zu absolvierenden Ausbildung sowie verbunden mit hohem Prestige und Einkommen, wie es Büschges (2007a, S. 514) ausführt, so kann das für die Soziale Arbeit gemessen an diesen Merkmalen problematisch sein. U. a. führen diese Aspekte sodann auch zur Bezeichnung «Semi-Profession» (Motzke, 2014, S. 73). Die Prozesse führen aber auch dazu, dass sich bestimmte Berufsgruppen für die Ausübung ihres Tätigkeitsbereichs ein «staatlich lizenziertes Kompetenzmonopol» und auch eine sog. «Berufsdomäne» sichern (Dewe & Otto, 2018, S. 1198). Die wohl bekanntesten Vertreter sind die Medizin und die Juristerei.

Unter *Professionalität* kann ein Zustand «gesteigerter Berufsförmigkeit» (Schmid, 2008, S. 842) verstanden werden. Es ist ein Agieren, welches unter gewohnheitsbedingten, szenischen, komplexen und situativen Anforderungen zustande kommt. Dewe & Otto definieren Professionalität als «habituierten, szenisch-situativ zum Ausdruck kommenden Agierens unter typischerweise sowohl hochkomplexen wie auch paradoxen Handlungsanforderungen» (2018, S. 1191). Müller (2012) führt aus, dass «Professionalität» zu beschreiben danach verlange, Eigenschaften oder Merkmale auszumachen, die sowohl als «Legitimation fachlicher Ansprüche» und als «selbstkritische Massstäbe» gelten können (S. 955). Zudem gehört nach Freidson auch die «Eigenkontrolle» als zentrales Prinzip zur Professionalität (1994, S. 173) – womit gemeint ist, dass Professionelle ihre eigene Arbeit auch selbst kontrollieren können. Diese beiden Aspekte sind für die Soziale Arbeit nicht einfach auszumachen, denn gerade ihr fällt

es schwer, ihre Tätigkeiten und Wirkungen über die ganze Lebensspanne so in Worte zu fassen, damit einerseits verständlich wird, was ihr Wirkungsfeld ist, und andererseits, worin genau ihr Expertentum besteht. Dieser Umstand kann in Anlehnung an Müller im Vergleich zu anderen Berufen zu «Legitimationsschwierigkeiten» führen. Und diese wiederum können auch machttheoretische Diskussionen nach sich ziehen, welche sodann auch in Wertigkeitsdebatten müden. Wendt führte 1995 aus, dass Professionalität sich «in der Wahrnehmung der Gelegenheiten und in der personen- und situationsgerechten Anwendung des Könnens» zeige (S. 23). Pantucek geht gar noch einen Schritt weiter in der Diskussion um Professionalität in der Sozialen Arbeit und bezeichnet die Frage danach als «Evergreen, die professionelle Identität bleibt notorisch theoretisch ungeklärt» (2007, S. 38). Auch Müller hielt 2012 fest, die Frage, ob die Soziale Arbeit sich als Profession etablierte und damit Professionalität innehat, sei umstritten (S. 955), obwohl er selbst nicht diese Position vertritt.

Was nun in der Theorie und auch in der Praxis immer wieder spannungsreiche fachliche Diskussionen sorgt, ist der Begriff des «Berufs». Dieser ist, in Anlehnung an Motzke (2014), als «vielschichtige Begrifflichkeit» (S. 74) bekannt, wird aber jeweils nicht immer professionstheoretisch benutzt. Bei den «Berufen» kann es sich um Professionen handeln, doch insbesondere, wenn es um die Bestimmung von gewissen Kriterien in Bezug auf Berufe geht, kann es problematisch werden. Diese Thematik wurde bereits beim merkmalsorientierten Ansatz (vgl. 4.1), welcher Merkmale oder eben Kriterien vorlegt, die ein Beruf zu erfüllen hat, ausgeführt.

Die Diskussion um die Frage nach der *Professionalisierung* ist von der Bezeichnung Profession und Professionalität abzugrenzen. Die Professionalisierung meint einen Prozess, welcher dazu führt, dass «menschliche Arbeit sich die Attribute eines Berufs zulegt» (Biermann, zit. in Motzke, 2014, S. 75) und beginnt, «ethische Verantwortung sowie sich ihrer gesellschaftlichen Bedeutung bewusst» (ebd., S. 76) zu werden. Dieser Prozess kann als Verberuflichung bezeichnet werden, welcher sich an keiner statischen Professionsdebatte, sondern an Entwicklungen orientiert. Das führt dazu, dass die Begriffe zwar nicht direkt als Synonyme gehandelt werden, doch eng verbunden sind. Professionalisierung meint, dass Berufe als «funktionalistisch und (...) zwingend notwendig» angesehen werden und als Antwort auf heranwachsenden «Leistungsanforderungen» (Motzke, 2014, S. 77; Biermann, 2006) einer modernen, oder in den Worten von Beck (1980), einer risikoreichen Gesellschaft angesehen wird. Die Tatsache, dass wir in dieser risiko- und spannungsreichen Gesellschaft leben, führt zur ständigen Ausdifferenzierung neuer Aufgaben und gleichzeitig zu einem Gefühl der Kollektivität, da jeder bzw. jede in der Gesellschaft diesen Risiken ausgesetzt ist

oder zukünftig sein kann. Diese Risiken können als Motor für die Entwicklung und damit für die voranschreitende Professionalisierung angesehen werden.

Die Professionalisierung ist auch mit bekannten Gründungsfiguren, die eng mit der Entstehungsgeschichte der Sozialen Arbeit bzw. Sozialpädagogik verbunden sind, verknüpft. So lässt sich festhalten, dass A. Salomon der Soziale Arbeit die Kompetenz zuschreibt, «Verschiedenes für verschiedenartige Menschen zu tun» und sich somit am Einzelfall orientiere (1925, S. 60) – und genau darin ihre Spezialität auch liegt und sie eben keine standardisierte und routinierte Vorgehensweise abspult. Auch G. Bäumer (1962), die den Fokus auf die Schaffung von verschiedenen Institutionen und die «Verstaatlichung von sozialen Aufgaben» (Müller, 2012, S. 960) legte, beschreibt, warum sich Soziale Arbeit durchaus als Beruf etablierte und weiter auch als Profession zu gelten habe. Nach Bäumer hat dieser Ausbau eines Staates zum Sozialstaat der Sozialen Arbeit an Wichtigkeit verliehen und dazu geführt, dass sie ihre Strukturen ausbaute und noch mehr professionalisierte. Diese sowie auch die oben erwähnten Ansichten führen dazu, dass man Professionalisierung auf der Ebene der gesellschaftlichen Entwicklungen und der Berufsentwicklung an sich betrachten kann, was meint, dass eine Entwicklung vom Laien- zum Expertenwissen und damit auch zu einem Erbringen von Dienstleistungen erfolgt. Ebenso lässt sich Professionalisierung auf der Ebene des individuellen Agierens und damit der Ausübung der Berufsrolle konturieren – und das ist vorliegend auch von Interesse. Pfadenhauer (2003) beschreibt diesen Prozess als «berufsbiografische Herausbildung eines bestimmten professionellen Habitus» (S. 15), womit sie auf die praxisbezogenen handelnden Ebenen und damit auf die Aspekte des Tätigseins und dessen Reflexion verweist. Pfadenhauer führt verständlich aus, dass Berufe somit auch über ihr eigenes, für sich definiertes autonomes Handeln eine Professionalisierung durchmachen und damit als Profession bezeichnet werden können (2003, S. 30). Dieses Handlungswissen ist aber nicht immer zugänglich und womöglich auch erst auf den zweiten Blick professionell, weshalb es nun zuerst gilt, das professionelle Handeln theoretisch und an den wissenschaftlich recherchierten Verständnissen zu umreißen.

4.4.1 Professionelles Handeln und Handlungskompetenzen

Wenn von einem professionellen Umgang oder Handeln in der Praxis der Sozialen Arbeit gesprochen wird, so lässt sich damit assoziieren, dass das Handeln bzw. die Tätigkeit ganz spezifische Kriterien und Kompetenzen zu erfüllen hat – was umgangssprachlich, aber auch fachlich als Expertise bezeichnet wird. In der

Sozialen Arbeit unterliegt das professionelle Handeln einer doppelten Kontextgebundenheit. Einmal ist es das Situative, womit Ziel und Zweck einer Handlung gemeint sind, und zum anderen ist es der Kontext, die institutionelle Eingebundenheit (Heiner, 2012). Liegen diese beiden Aspekte vor oder lassen sich diese bestimmen, so kann im Sinne der aristotelischen Handlungstheorie von Handlungskompetenz gesprochen werden, die das professionelle Handeln strukturieren (Motzke, 2014, S. 85). Diese Handlungskompetenzen bestimmen gemäss Wildfeuer (2009, S. 48) auch das Anforderungsprofil von Fachpersonen. Wie jedoch an vorangegangener Stelle bereits ausgeführt, reicht der merkmalsorientierte Ansatz, wonach eine Profession gewisse Merkmale oder Kompetenzen zu erfüllen hat, für die Soziale Arbeit und damit für ihr Wirken definitiv nicht aus. Es fehlen wichtige Kontextualisierungen. Damit ist nicht nur die institutionelle gemeint, sondern zugleich die historisch-gesellschaftliche Dimension (Knoll, 2010, S. 90) sowie das sich in der Beziehung zwischen Klientel und Fachperson manifestierende Bündnis, in Anlehnung an Oevermann (1996) auch «Arbeitsbündnis» genannt. Es geht um das strukturbedingte bzw. um spezifisches anforderungsbedingtes Handeln (vgl. Motzke, 2014 in Anlehnung an Parsons) – oder in Anlehnung an Feth (2003) und sein Konzept der Lebensführung: Ein «angemessenes berufliches Handeln», das die Voraussetzung zur professionellen Anerkennung erfüllt (vgl. auch Student et al., 2020, S. 121). Handlungskompetenzen tragen zu einer gelingenden professionellen Praxis bei bzw. stellen diese auch in einem gewissen qualitativen Masse sicher. Heiner (2012, S. 614) legt für die Soziale Arbeit eine übersichtliche Einteilung vor, welche sich an vier Handlungstypen und dazugehörigen Handlungskontexten orientiert. In Abbildung 4.2 sind diese zusammenfassend dargestellt.

Es zeigt sich, dass von Seiten der Sozialen Arbeit sehr unterschiedliche Unterstützungsleistung erbracht werden, umso auch die unterschiedlichen Lebenslagen von Adressatinnen und Adressaten gerecht zu werden. Die Handlungstypen bewegen sich auf unterschiedlichen Ebenen und setzen bei individuellen, aber auch generellen Themen, wie Bildung und Erziehung an. Es zeigt sich weiter, dass an Handlungskompetenzen sehr heterogene Anforderungen gestellt werden (Heiner, 2012, S. 622). Dieser Konnex bedeutet, Handlungskompetenzen und professionelles Handeln sind und müssen eng verwoben, damit Handlungen auch ihr volles Potenzial ausschöpfen können. Das Wissen bezogen auf den Handlungstyp und die dazugehörige Anwendung gilt es nicht nur zu verbinden, hier manifestieren sich auch in der Umsetzung die bereits erwähnten Paradoxien. Wie später in Abschnitt 5.4 ausgeführt, verfügt die Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care zwar über ein Tätigkeits- bzw. Berufsprofil, die darin aufgelisteten Fähigkeiten und Kompetenzen gleichen aber eher einer einem Katalog

Handlungstyp	Handlungskontext
Koordinierende Prozessbegleitung	Vernetzungs- und Vermittlungsarbeit bei breitem Problem- bzw. Aufgabenspektrum, direkter und indirekter Kontakt mit der Klientel
Fokussierte Beratung	Breites Spektrum an Beratungsleistungen, hoher Formalisierungsgrad, direkter mit der Klientel
Begleitende Unterstützung und Erziehung	Fokus auf Lebenswelt, stationär oder ambulant, formalisierte Settings bis hin zu verordneten Settings
Niedrigschwellige Förderung und Bildung	Fokus auf Lebenswelt, eher ungeplante Settings, Niederschwelligkeit in Form von Freiwilliger Teilnahme

Abbildung 4.2 Handlungstypen und dazugehörige Kontexte (vgl. Heiner, 2012, S. 614 f.)

mit einer fast zufällig wirkenden Aufzählung und nicht einer gegenständlich, für das vorliegenden Handlungsfeld spezifisch bezogenen und empirisch untermauerten Benennung von Handlungskompetenzen. Es wird deshalb wichtig sein, die vorliegend generierten empirischen Ergebnissen vor diesem Hintergrund des Berufsprofils ebenfalls zu deuten umso auch den Paradoxien und der Bearbeitung dieser näherzukommen.

Was nun für die vorliegende Forschung von zentraler Bedeutung ist, ist die Tatsache, dass soziale Berufe und insbesondere die Soziale Arbeit kein physisches Produkt herstellen. Ihre Handlungskompetenzen und die damit verbundene Qualität zeigen sich nicht an einem sichtbaren Fabrikat, sondern sie beziehen sich auf den Handlungsvollzug als solchen. Das Vollziehen und damit das Sicherstellen professioneller Praxis müssen demnach über Handlungskompetenz geschehen, die im besten Falle einen positiven Effekt auf das Gegenüber bzw. die Klientel haben (Wildfeuer, 2011, S. 1795 f.). Mögliche positive Effekte können exemplarisch die selbstständige Lebensgestaltung, das Erlangen von Lebensqualität, Reintegration in die Gesellschaft sowie Wiedererlangung eines positiven Selbstwerts sein. Motzke (2014), welche in ihrer Forschung den Fokus auf die sozialhistorische Rekonstruktion der Sozialen Arbeit als Profession legt, führt aus, dass unter Bezugnahme auf die aristotelische Handlungstheorie sich «bestimmte Tätigkeitstypen der Handlungen» für die Soziale Arbeit ausmachen lassen. Diese Tätigkeitstypen weisen bezogen auf das professionelle Handeln Merkmale auf, wie «Personalität, Situationsabhängigkeit, Hyperkomplexität und Unwiederholbarkeit» (S. 45). Die für die Umsetzung dieser Merkmale benötigten Fähigkeiten und Kompetenzen lassen sich als spezifische Handlungskompetenzen für die

Professionellen der Sozialen Arbeit ausmachen (S. 46). In Anlehnung an die soeben gemachten Ausführungen bedeutet das, dass professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit zugleich methodisches Handeln ist (Heiner, 2012).

Auch Parson wirft bei seinem strukturfunktionalistischen Ansatz die Frage nach dem professionellen Handeln und den dafür benötigten Kompetenzen auf. Indem Probleme, welche für die Gesellschaft bzw. das Individuum relevant sind, durch professionelles Wirken bzw. Handeln bearbeitet werden, wird eine Profession überhaupt (erst) relevant. Es kommt gar so weit, dass ihr durch diese Problemlösefähigkeit, welche nur sie erreichen kann, der Status der Professionsautonomie zugesprochen wird (Knoll, 2010, S. 91). In der strukturfunktionalistischen Professionstheorie wird, so unterstellen Otto & Dewe, das professionelle Handeln allerdings stark durch «Erfolge» legitimiert, womit gemeint ist, dass es Professionen gelungen ist, die Öffentlichkeit zu überzeugen, dass nur sie gewisse Tätigkeiten kompetent oder eben professionell, wie es auch in der Umgangssprache heisst, ausüben können und sie selbst zudem die Standards für ihre Kompetenzen festlegen (2018, S. 1198). Erfolge könnten in der Palliative Care und insbesondere in Situationen mit zeitlich beschränkter Dauer schwer erkennbar sein, der Begriff «Erfolg» stellt sich damit eher als schwierig anschlussfähig dar.

Eingänglicher ist es, wenn die Zusammenarbeit zwischen Klientel und Professionellen in das Zentrum des Handelns rückt. Die Sozialen Arbeit hat zwar ihre eigenen Standards, welche sie auch festlegen kann, aber bei ihr ist professionelles Handeln kontextgebunden und immer auch in Kooperation bzw. in Koproduktion mit dem Gegenüber, der Klientin bzw. dem Klienten, zu realisieren. In dem Sinne wird sozialpädagogisches Handeln auch als Aushandeln vollzogen – und dabei ist das Ausmachen von Erfolgen alles andere als simpel.⁷ Dieses Allianz zwischen Klientel und Professionellen stellt, wie bereits erwähnt, Oevermann mit dem Arbeitsbündnis in das Zentrum (1996, S. 115). Dieses Bündnis oder auch ganz einfach diese Beziehung zwischen Klientel und Professionellen ist geprägt von Individualität, Fallspezifität, Ungewissheit und Unbestimmbarkeit, womit hohe Anforderungen an die Handlungskompetenzen und damit an das professionelle Handeln in der Praxis gestellt werden. Schützeichel geht gar so weit, dass er in Anlehnung an Abbott (1988) aufzeigt, dass die Unbestimmbarkeit den Kern des

⁷ Diese Ansicht findet sich v. a. im symbolischen Interaktionismus wieder. Soziale Rollen sind hier nicht determiniert, sondern werden ausgehandelt. Insbesondere, wenn Soziale Arbeit in Verbindung mit kooperativem und partizipativem Handeln gebracht wird, ist dieser Ansatz wesentlich (vgl. dazu u. a. Grunwald & Thiersch, 2016). Vorliegend wird aber dieses Aushandeln nicht weiterverfolgt.

professionellen Handelns ausmacht. Der Grund dafür, dass professionelles Handeln schwer kontrollier-, standardisier- und messbar ist, liegt darin, dass auch die Praxis und die damit verbundenen Umstände diffus, vielschichtig und unspezifisch sein können (2007, S. 567). Wie später in meinen Ausführungen ersichtlich, wird die Unbestimmbarkeit insbesondere für das Feld der Palliative Care bedeutend. Nur schon die Zielsetzung – und damit das Realisieren von Erfolgen auf nicht zukünftig Geschehnisse, sondern unmittelbar auf den Moment – kann das professionelle Handeln von Seiten der Fachpersonen sehr fordern.

Im Zusammenhang mit den Handlungskompetenzen ist auch die Frage nach Möglichkeiten und Orten zu stellen, wo diese Handlungskompetenzen ausgeübt werden können. Für Juristinnen und Juristen kann so ein «Ort» beispielsweise das Gericht oder als Möglichkeit das Verfassen von Gerichtsurteilen sein. Im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit ist es deutlich schwierig, einen Ort oder gerahmte Möglichkeiten auszumachen, was auch Müller (2012) ausführt. Damit wird erneut deutlich, dass nicht nur die Vielfalt der Tätigkeiten, sondern auch die dafür nicht vorhandenen oder speziell auszumachende Orte dazu führen, dass der Sozialen Arbeit, wie dies bereits Karges & Lehner 2005 formulierten, etwas «Unspezifisches und auch Naturwüchsiges» anhaftet, was dazu führt, dass «Grenzen zu benachbarten Berufen, aber auch zu Laien- oder Ehrenamtsarbeit als fließend wahrgenommen werden» (S. 450). Dieser Umstand lässt sich wohl auch für das Handlungsfeld der Palliative Care nicht wegdiskutieren.

Folgt man Oevermann (2009/1996), so verbindet er nicht nur das professionelle Handeln mit den Handlungskompetenzen, sondern er stellt die stellvertretenden Deutungen von Problemen und die Bewältigung dieser in das Zentrum und benennt damit auch einen Ort des Geschehens von professioneller Praxis (S. 79). Nach ihm ist das Ziel professionellen Handelns der Sozialen Arbeit die Wiederherstellung von Autonomie der Lebenspraxis von Adressatinnen und Adressaten – oder in den eigenen Worten von Oevermann:

«Professionelles Handeln ist wesentlich der gesellschaftliche Ort der Vermittlung von Theorie und Praxis unter den Bedingungen der verwissenschaftlichen Rationalität, das heisst unter Bedingungen der wissenschaftlich zu begründenden Problemlösung in der Praxis» (1996, S. 80).

Knoll führt in Anlehnung an Oevermann aus, dass bei Oevermann eine Gleichzeitigkeit von Entscheidungs- und Handlungszwang mit einem erhöhten Begründungszwang umgesetzt werden muss. Deshalb braucht es hierfür eine Umsetzungsmöglichkeit, welche in der sog. Kunstlehre gesehen werden kann. Unter Kunstlehre kann die Methoden bzw. das methodische Vorgehen der Sozialen

Arbeit verstanden werden, welches sich beispielsweise in individuellen und gruppenspezifischen Beratungsleistungen, präventiven Angeboten sowie Reintegrationsmassnahmen zeigt (2010, S. 96). Wie sich später in der Analyse der Gesprächsdaten zeigt, finden sich Belege für die Anwendung der sog. Kunstlehre und es lassen sich Begründungen für das professionelle Handeln herleiten.

Das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit an sich bedarf besonderen Könnens, um auch dann handlungsfähig zu bleiben, wenn der Fall einer Klientin oder eines Klienten besonders prekär, schwierig, unter Zeitdruck oder gar von grosser Unsicherheit und tagtäglichen anderen Vorkommnissen geprägt ist. Dies stellt hohe Anforderungen an die Professionellen und auch an die Profession selbst – und insbesondere die Professionellen zugleich auch Übersetzungsleistungen und damit ein ausgeprägtes Fallverstehen erbringen (Knoll 2010, S. 98, in Anlehnung an Heiner, 2004, S. 19). Die «stellvertretende Deutung» nach Oevermann (2009), welche auch als Kunstlehre zu bezeichnen ist, sowie ein spezifisches Fallverstehen werden zu gleichen Teilen für das professionelle Handeln unersetzlich. Beides hat zur Folge, dass dieses Handeln damit weder einfach beschreibbar, geschweige denn standardisierbar wird. Was ebenso feststellbar ist, ist die Tatsache, dass sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit zum einen auf wissenschaftliches Wissen und professionelle Handlungsmethoden stützen, zum anderen aber, dass sie, wohl mehr als andere Professionen, sich auch bewusster und unbewusster Alltagstheorien und des Erfahrungswissens bedienen, wenn sie die Bearbeitung von sozialen Problemlagen ihrer Klientel angehen. Engelke (2004) spricht hier vom sog. Interdependenzmodell. Das Modell wird vorliegend nicht näher ausgeführt, aber der Verweis, welchen Engelke macht. Das Alltagswissen, welches sich aus Wissensbeständen aus anderen Berufsgruppen, wie Pflege, Psychologie, Pädagogik oder Medizin nährt, kann und darf genauso für die Bearbeitung von sozialen Problemen herangezogen werden, wie jenes der professionellen Handlungs- und Methodenkompetenzen und damit der in der Ausbildung vermittelten Inhalte. Die Soziale Arbeit ist stets gefordert, eine Vermittlungsrolle einzunehmen.

Persönliche Wissensbestände können zudem auch ein gewisses Kriterium für das professionelle Handeln entfalten. Es hat sich im Verlaufe der Professionalisierung der Sozialen Arbeit die Überzeugung durchgesetzt, dass personale Fähigkeiten und Kompetenzen ebenso zu den Schlüsselqualifikationen für das professionelle Handeln gehören wie ausbildungstechnische. So schreiben Becker-Lenz & Müller (2009) in Anlehnung an v. Spiegel (2008), dass «die wesentliche[n] Kompetenzmerkmale, die von hoher Ethik durchdrungene Persönlichkeit des Sozialarbeiters [...], dessen technisch-instrumentelle Fertigkeiten, eher Ausdruck seiner Persönlichkeit sind als Techniken im engeren Sinne» (S. 98). Die

eigene Persönlichkeit, die Einstellungen zu bestimmten Themen, womöglich das Milieu bzw. die Umgebung, wo man sich privat und beruflich bewegt, sowie die sich im Verlaufe des Lebens und der Aus- und Weiterbildung angeeignet Selbstkonzept haben einen direkten Einfluss auf das professionelle Handeln (Effinger, 2021 S. 209). Transferiert auf das vorliegende Feld kann das Folgendes bedeuten: Das Sterben, damit verbundene persönliche Ansichten, Einstellungen und Erlebnisse wirken auf das Verständnis der professionellen Begleitung ein, obwohl zugleich auch eine offene, fachlich verständnis- und fürsorgliche sowie ethisch professionell legitimierbare Haltung gefordert wird.

Engelke, Spatscheck und Borrmann liefern vier Modelle bezogen auf das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit bzw. das Professionsverständnis – und eines davon ist meiner Meinung nach besonders anschlussfähig für die soeben ausgeführte Diskussion. Das «normativ-ontologischen Modell», welches die Autoren auch als «traditionell-altruistisch» und als auf Fürsorge (2009, S. 419) basierend ausgerichtetes Modell bezeichnen. In Abbildung 4.3 sind diese zusammenfassend dargestellt.

Normativ-ontologisches Modell	
Generelle Ausrichtung des Professionsverständnisses	Traditionell-altruistisch und fürsorglich
Ausbildungsverständnis	Berufung
Quellen des professionellen Selbstverständnisses	Lebenserfahrung und Weisheit, Berufswissen
Mandat	Eigenes und durch den Auftraggebenden erhaltenes
Professioneller Habitus	Altruistisch und helfend, problemdeutend und -lösend, mit Rat und Tat
Zielsetzung / Wirkung	Soziale Integration/Linderung und Heilung
Orientierung bezogen auf die Tätigkeiten	Ganzheitlich, Individuum-orientiert (Einzelfall)
Ethik/Haltung	Werttranszendental

Abbildung 4.3 Professionsverständnis der Sozialen Arbeit nach Engelke et al. (2009) S. 419)

Bei diesem Modell zeigt sich, dass die Professionellen sich nicht nur durch die Ausbildung, sondern infolge einer individuellen Berufung für ihren Beruf entscheiden, sowie ebenso ihr Tätigsein selbst mandatieren, nebst dem, dass sie

durch den Auftraggebenden mandatiert werden – dies im Gegensatz zu Modellen, wo die durch die Ausbildung erworbene Eignung sowie ein fremdes, durch den Auftraggebenden erhaltenes Mandat für das Tätigsein bestehen. Dies ist z. B. beim kritisch-rationalen Modell vorhanden (vgl. ebd., 2009, S. 420 f.). Mit der ethischen Ausrichtung an einer «Werttranszendenz» zeigen Professionelle, dass sie Erfahrung jenseits der eigenen Erfahrungsräume und den empirischen Rationalitäten und der Wertigkeit an sich anerkennen. In Anlehnung an Kant (1781) werden Bedingungen anerkannt, derer es bedarf, damit Erfahrungen überhaupt gemacht werden können.⁸ Mit dem professionellen Habitus der Problemdeutung und -lösung lehnt sich das normativ-ontologische Modell an sinnadäquate Vorgehensweisen an, was meint, dass es darum geht, Deutungen von Problemen und der Suche nach Lösungen mehr Raum zu geben (Kurz, 2007, S. 500). Hier zeigt sich erneut die Anschlussfähigkeit von Oevermann mit der stellvertretenden Deutung.

Da ich in den Gesprächen mit den Fachkräften der Sozialen Arbeit nach deren individuellen und womöglich kollektiven Begründungen suche, um ihr professionelles Handeln besser zu konturieren, muss auch geklärt werden, wie sie dieses herstellen und was sie darunter verstehen. In dem Sinne orientiere ich mich nebst dem professionellen Handeln am Begriff des beruflichen Selbstverständnisses.

4.4.2 Professionelles Selbstverständnis als Kernbegriff

Von Anfang an betonte ich die Auffassung, dass das berufliche und damit professionelle Selbstverständnis ein wesentlicher Bestandteil der professionellen Identität von Fachkräften der Sozialen Arbeit ist. Dies ergibt sich insbesondere aus, einer Gleichstellung von Beruf und Profession, was darauf hinweist, dass berufliche und professionelle Aspekte als deren Umsetzung betrachtet werden können. Zudem und in Anlehnung an Albert (2006) orientiere ich mich daran, «unter professioneller Identität die Gesamtheit der persönlichen Merkmale im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit» zu verstehen. Über die reflexive Wahrnehmung der eigenen Rolle und über das eigene Handeln wird das professionelle Selbstverständnis ständig weiter geschärft. Zu dieser Annahmen haben mich insbesondere die empirisch untermauerten Ausführungen von Karges & Lehner (2005), die Ausführung von Mühlum (1994) sowie jene von Gerull (2009) gebracht. Gerull versteht den Aspekt, das eigene Handeln als professionelle Soziale Arbeit zu verstehen, als Voraussetzung dafür, damit überhaupt von professioneller Identität gesprochen werden kann (S. 130).

⁸ Vgl. weiterführend Cohen H. (1926): Kants Theorie der Erfahrung, 4. Aufl., S. 66.

Den Fachpersonen die Möglichkeit zu bieten, sich selbst über ihr eigenes Tun und damit auch über die Idee des eigenen alltäglichen Tätigseins zu äussern, kommt einer Bestandsaufnahme gleich. Mühlum führt aus, dass eine Bestandsaufnahme zugleich «Wegweisung in Identitätsfragen der Sozialen Arbeit» sein könne (1995), aber ebenfalls zu einer Stärkung eines positiven Selbstbildes führe (S. 115–116). Die Soziale Arbeit hat mit Fremdwahrnehmungen, die teils abwertend bis hin zu platzanweisend sind, zu kämpfen. Mit platzanweisend ist gemeint, dass ihr Tätigkeiten und Rollen von Seiten der Gesellschaft bzw. deren Entwicklung wie auch von Seiten anderer Professionen als gegeben betrachtet oder zugeschrieben werden. Fremddefinitionen bzw. Vorstellungen über das Tätigsein und den Wirkungsbereich von Sozialer Arbeit werden in der Praxis und der Öffentlichkeit Selbstdefinitionen vielfach vorgezogen. Dies führt einerseits bei den Fachpersonen selbst zu problematischen Situationen; sie bekunden Mühe, ihr eigenes Tätigsein Dritten gegenüber zu erklären. Wie an anderer Stelle ausgeführt, kann das in wissenschaftlichen oder professionstheoretischen Debatten gar in Diskussionen zu «De- bzw. Entprofessionalisierung» (Dewe & Otto, 2018, S. 1195) münden. Die von Mühlum (1995) eingangs erwähnte Bestandesaufnahmen und das soeben ausgeführte Bewusstwerden zeigen einen Konnex zwischen dem professionellen Selbstverständnis und der Identität als Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter – und zwar in dem Sinne, dass über das professionelle Selbstverständnis und die damit verbundenen Erzählungen von Tätigkeiten, fachliche und auch persönliche Kompetenzen, Aushandlungsprozesse, das Definieren des eigenen Wirkungsbereiches und die kritische Selbstreflexion die berufsspezifischen Anforderungen nicht nur benannt, sondern explizit erkannt werden. Das wiederum zeigt, dass das professionelle Selbstverständnis im vorliegenden Handlungsfeld bewusster gemacht und gestärkt werden kann. Für Mühlum (1995) hängt «die professionelle Identität ja nicht zuletzt von der Wahrnehmung – durchaus auch im Sinne der Bewusstwerdung, sowie davon, sie selbstbewusst und methodensicher anzuwenden, statt sich selbst zu entwerten», ab (S. 124). Diesem Gedanken wird auch vorliegend gefolgt. Der Fokus liegt zwar auf dem Selbstverständnis, aber um dafür eine nachvollziehbare Begriffsbestimmung für die vorliegende Forschung zu liefern, wird hier dennoch auf die Identität eingegangen, damit eine ausgewogene Definition vorgelegt werden kann.

Das Definieren der eigenen beruflichen oder professionellen Identität ist für die Soziale Arbeit Herausforderung und fast schon Daueraufgabe zugleich. So formuliert Kleve (2000) etwas pessimistisch, dass sich die Soziale Arbeit in einem «permanenten Übergang» befindet und diese damit verbundenen ständigen Ambivalenzen gar zu einem «Kennzeichen für ihre Identität der Identitätslosigkeit»

würden (S. 138). Karges und Lehner (2005) halten ebenfalls fest, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit sich «überwiegend über Beschreibung ihres alltäglichen Handelns» definieren (S. 449) und somit praxisbezogene Tätigkeiten als zum Berufsbild dazugehörend definieren. Sie machen sodann später in der Konklusion ihrer Ergebnisse deutlich, dass die Frage nach der beruflichen Identität eng an das eigene Handeln und die Existenz eines Berufsbildes geknüpft ist.

«Die berufliche Identität kann verstanden werden als das Gefühl der Zugehörigkeit zu und der Einigkeit mit einer bestimmten Berufsgruppe, als das Bewusstsein des eigenen berufsspezifischen Könnens, das Wissen um die Fähigkeit zur Bewältigung berufsspezifischer Anforderungen sowie berufsbezogener perspektivischer Überlegungen.» (Karges & Lehner, 2005, S. 450)

Diese Aussage ist geleitet von der These, dass ein definiertes Berufsbild zu einer «grösseren Stattsicherheit und zu einer besser ausgeprägten beruflichen Identität» beiträgt (S. 450). Übersetzen lässt sich dies wohl damit, dass es auch um eine Image-Frage geht. Zudem kann die Suche nach der beruflichen Identität immer auch geprägt sein von Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie individuellem und kollektivem Selbstbild (Mühlum, 1995, S. 117). Bereits 1994 stellte Mühlum an einer Fachtagung die Frage, wovon sich denn junge Sozialarbeitende im Beruf leiten lassen und ob es so etwas wie ein übergreifendes Selbstverständnis der in der Sozialen Arbeit Tätigen überhaupt gäbe.⁹ Bourmer (2012) greift diese Frage Jahre später wieder auf und betont, dass berufliche Identität ein Konstrukt bzw. ein Kunstbegriff sei (S. 20). Das Arbeitsfeld, worin die Fachpersonen tätig sind, sowie deren Arbeitsformen und Haltung seien aber der Beschreibung ihrer Identität immanent und hier tut sich oftmals auch ein grösseres Problem auf (Nodes 2001, zit. in Bourmer, 2012). Diese Vielfalt an Aufgaben in der Sozialen Arbeit, welche sich ständig (weiter-)entwickeln und wandeln, weil sie mit dem Wandel der Gesellschaft und deren Individualisierung bzw. in Anlehnung an Ulrich Beck (1980) oder Robert Castel (2003) mit der Pluralisierung von Lebensstilen und deren vermehrten gesellschaftlichen Risiken zusammenhängen, bedeutet, dass die vielfach kritisierte «Allzuständigkeit» der Sozialen Arbeit Realität ist. Die Grenzen zu anderen Berufen und deren Tätigkeiten, aber auch zur Ehrenamtlichkeit oder, wie wir in der Schweiz sagen, Freiwilligenarbeit, werden bzw. sind unklar

⁹ Vgl. Mühlum, A. (1994): Zur Notwendigkeit und Programmatik einer Sozialarbeitswissenschaft. In: Wendt, W. R. (Hrsg.) (1994): Sozial und wissenschaftlich arbeiten. Status und Positionen der Sozialarbeitswissenschaft. Freiburg i. Br., S. 45.

und fliessend.¹⁰ Dieser Umstand führt nicht nur zu Unsicherheit bezogen auf die eigenen beruflichen Tätigkeiten und damit auf die eigene Praxiszuständigkeit, sondern es führt auch zu einer Unsicherheit bezogen auf die eigene «berufliche Ein- und Wertschätzung» (ebd.). Und das kann dazu führen, dass jede Generation von Tätigen in der Sozialen Arbeit sich auf die Suche nach einer jeweiligen «eigenen Selbstvergewisserung» mache und deshalb auch die Soziale Arbeit mit einer jeweiligen «*erneuerten Professionalität* (Hervorhebung im Original)» konfrontiert werde (Wendt 1996, S. 28; Mühlum 1995, S. 115).

Das bei den Professionellen der Sozialen Arbeit eine grosse Unsicherheit hinsichtlich der eigenen beruflichen Zuständigkeit vorhanden ist und diese eigentlich nie ganz abgelegt werden kann, zeigt sich auch darin, dass die eigene Identität nicht immer klar und deutlich beschrieben werden kann. In der Studie von Karges & Lehner (2005) wurden die Teilnehmenden u. a. zum Berufsbild und zu dessen Merkmalen befragt. Es stellt sich heraus, dass mehr als ein Drittel das Berufsbild über die eigenen Tätigkeiten und deren Vollzug an Aufgaben erläutern. Hierbei machen die Sozialarbeitenden aber in ihren Angaben keine Differenzierung zwischen Leitzielen, bzw. in Anlehnung an Heiner (2010) wie auch von Spiegel (2011) könnte man sagen, zwischen Arbeitsprinzipien und tag-täglichen Handlungen. So werden Förderung der Selbstbestimmung, Hilfe zur Selbsthilfe und täglichen Aufgaben, wie «individuelle Beratung, Netzwerk- oder Gremienarbeit sowie finanzrechtlichen Abklärungen», aufgezählt bzw. benannt, ohne spezielle Kontexte. Folgt man Heiner (2010), so erstaunen die Ergebnisse eher nicht, weil Arbeitsprinzipien «durch ihre grundlegenden Aussagen zugleich Sicherheit und Orientierung (...) und Leitlinien für berufliches Alltagshandeln» sind (S. 41). Gemäss v. Spiegel müssen diese aber «zusätzlich über Handlungsregeln situations- und fallbezogen konkretisiert werden» (S. 249). Übersetzt bedeutet dies, dass das Nennen von Arbeitsprinzipien nachvollziehbar im Sinne der Sicherheit ist, aber erst das Realisieren, womit die Interaktion zwischen Klientinnen und Klienten, Institutionen und das Handeln nach berufsethischen Aspekten gemeint sind, dazu führt, dass die Tätigkeiten beschreibbarer werden und diese auch zu einem geschärften Selbstverständnis beitragen.

Die Daten von Karges & Lehner zeigen weiter, dass sich «das Berufsbild je nach Schwerpunkt und Zielgruppe» unterscheidet – und darin sehen beide eine Bestätigung dafür, dass sich das berufliche Selbstverständnis «zielgruppen- und arbeitsfeldspezifisch» ausbildet (S. 451). Hier lässt sich auch eine Verbindung

¹⁰ Der Autorin ist bekannt, dass es theoretische Diskussionen um die Differenz von Ehrenamtlichkeit und Freiwilligenarbeit gibt. Im schweizerischen Kontext und v. a. umgangssprachlich werden die Begriffe als Synonyme verwendet. Mittlerweile setzt sich gar der Ausdruck «Freiwilligenarbeit» in der Schweiz durch.

zu Wendt (1995) erkennen. Im Zusammenhang mit der Identität bzw. der professionellen Identität betonen Karges & Lehner im Fazit, dass diese sich darin zeigen kann, den «spezifisch sozialarbeiterischen Beitrag für soziale Tätigkeiten» herauszustellen, womit gemeint ist, dass das deutlich sichtbar gemacht werden soll, «weshalb Sozialarbeit nicht von anderen Berufsgruppen und auch nicht von Laien geleistet werden kann», gleichzeitig plädieren aber beide am Schluss auch dafür, stärker herauszuarbeiten, was «arbeitsfeldübergreifend identitätsstiftend» sein kann (Karges & Lehner, 2005, S. 455). Karges und Lehner stellen nie ganz klar, wie sie das professionelle Selbstverständnis von der professionellen Identität wirklich abgrenzen. Dies passt auch zu den Ergebnissen, was Bourmer in seiner Analyse aufzeigt. Die Begrifflichkeiten «professionelle Identität» sowie «berufliches Selbstverständnis» werden häufig als Synonyme verwendet (2012, S. 28). Auch Staub-Bernasconi (1995) wirft die Frage auf, ob eine Profession eigentlich ein «professionelles Selbstverständnis» brauche und sie sich über diese «Introspektion», was übersetzt werden kann mit «auf das eigene Bewusstsein gerichtet» (Duden online), definiere, oder ob es noch andere Aspekte gäbe. Sie stellt im Weiteren fest, dass insbesondere für die Soziale Arbeit nicht nur das eigene, sondern auch das «professionelle Fremdverständnis», welche sie weiter als «fremdverordnete Bescheidenheit» bezeichnet (S. 57–58), konstitutiv ist. Mit «fremd» meint Staub-Bernasconi die gesellschaftlichen Bewegungen, Krisen und Nöten, welche auf die Soziale Arbeit von aussen (ein-)wirken und ihr auch Felder für das Tätigsein eröffnen. Mit «Bescheidenheit» verbindet sie zudem eine Entwicklung, welche infolge der steigenden globalen Krisen der letzten Jahrzehnte durch Migration, Kriege, Sucht und Armut – heute könnte auch eine Pandemie dazu zählen – die Soziale Arbeit massgeblich dahingehend beeinflusste, dass sich auf diese bzw. auf deren Wirken eine bescheidener und vorgeschriebener Sichtweise etabliert (S. 59). Es zeigt sich somit, dass das professionelle Selbstverständnis von Fachpersonen immer wieder Gegenstand von Empirie, aber auch theoretischen Diskussionen ist.

Nach diesen Ausführungen ist es alles andere als einfach, darzulegen, welcher Begriffsbestimmung zum professionellen Selbstverständnis nun gefolgt wird. Wie eingangs von Kapitel 4 erwähnt, orientiere ich mich an strukturtheoretischen, interaktionistischen und reflexiven Ansätzen – letzter Ansatz daher, weil zunehmende berufliche Erfahrung zu einem Habitus führen können oder professionelle bereits einen eigenen Habitus in Form von persönlichen Haltungen einbringen und der Habitus somit „eine Mischung aus Wissen, Berufsroutine und reflektierten Wertvorstellungen“ (Heiner, 2007, S. 215) darstelle. Für Heiner sind die im Arbeitsfeld bzw. im Beruf gemachten Erfahrungen zentral – diese beeinflussen massgeblich die Entstehung eines Habitus und dieser wiederum ist abhängig vom

professionellen Handeln und dem diesen innewohnenden Selbstverständnis. Diese drei von mir gewählten professionstheoretischen Ansätze dienen dazu, Begründungen und Orientierungsmuster einzuordnen, damit die genannten Handlungen und Tätigkeiten besser in Bezug auf das professionelle Selbstverständnis verortbar werden.

Damit das gelingt, versuche ich, persönliche und berufliche Merkmale in den Erzählungen, eigene Einschätzungen über die eigene Rolle und die tagtäglich ausgeführten Tätigkeiten und Erfahrungen, persönliche Werthaltungen, vorgegebenen und/oder eigene Zielsetzungen, aber auch Erfahrungen im Verlaufe der beruflichen Tätigkeit in Hospizen oder Palliativ-Institutionen zu betrachten. Dabei lasse ich mich von der Erzählung als Bestandsaufnahme (vgl. dazu u.a. Mühlum, 1995), der Selbst- und Fremdwahrnehmungen sowie der allgemeinen und fachspezifischen Wissensapplikation leiten.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Die Sorge um Andere am Lebensende

5

Unter diesem Kapitel wird der Forschungsstand über die Soziale Arbeit im Feld von Sterben und Tod bzw. in der Palliative Care aufgearbeitet – dies basierend auf der eigens durchgeführten Literaturrecherche, welche insbesondere zwischen 2018 und 2021 umgesetzt und seit 2021 bis zum März 2023 mit einzelnen neueren Publikationen ergänzt worden ist. Die Darlegung des Forschungsstandes nimmt folglich den gegenwärtigen Stand der fachwissenschaftlichen Debatte in diesen Jahren auf und geht auf deutschsprachige sowie partiell auf internationale Publikationen ein.

Befasst man sich mit der Genese der Sozialen Arbeit bzw. der Sozialpädagogik und fokussiert zudem eine professionstheoretische Perspektive, so lässt sich erkennen, dass sich das Arbeits- und Handlungsfeld der Sozialen Arbeit seit ihrer Entstehung im 19. Jahrhundert stark gewandelt hat. Bedingt durch die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung und die damalige Industrialisierung entstand der Fokus der Sozialen Arbeit bzw. der Sozialpädagogik zuerst auf Kinder- und Jugendliche und deren fürsorglichen Unterbringung und Unterstützung im Bereich Bildung, Erziehung und Betreuung. Mitte des 20. Jahrhunderts haben die Soziale Arbeit und damit ihr Wirkungsfeld stark expandiert. Dies war mitunter bedingt durch die gesellschaftliche Weiterentwicklung zur Dienstleistungs- bis hin zur Wissensgesellschaft. Münchmeier (1992) hält fest, dass sich seit den 1960er Jahren eine klare Tendenz zur Erweiterung von Aufgabenfeldern für die Soziale Arbeit erkennen lässt. Im Fokus stehen somit nicht mehr nur Kinder und Jugendliche sowie von Sucht betroffene Personen, sondern ebenso generell Erwachsene bis hin zu älteren und alten Menschen, welche in unterschiedlichen Lebenslagen mit individuellen und sozialen Problemen zu kämpfen haben bzw. mit Krisen konfrontiert sind. Kessler et al. (2017) formulieren in Anlehnung an Klein, Landhäuser und

Richter, dass sich die heutige Soziale Arbeit bezogen auf ihr Handlungs- und Wirkungsfeld mit viel Heterogenität zeigt (S. 8). Schon länger lässt sich das Tätigsein nicht mehr nur auf sozialrechtliche, beraterische und institutionell bezogene Tätigkeiten im Kindern- und Jugendheimen reduziert, sondern hat sich weiter ausdifferenziert. Soziale Arbeit folgt heute dem Ziel, unterschiedliche Zielgruppen und deren individuellen und sozialen Problemen über die ganze Lebensspanne bis an das Lebensende zu bearbeiten.

Für das Themenfeld Sterben und Tod ist mittlerweile unbestritten, dass die Soziale Arbeit sich beteiligt und aktiv in der Betreuung von Schwerkranken und Sterben sowie deren Angehörigen einbringt. Allerdings ist sie, und das hat Borasio trefflich formuliert, noch immer eine der «am meisten unterschätzten Professionen» (2016, S. 83) im Feld der Betreuung von Sterbenden. Genau diese Aussage hat auch mich dazu bewogen, mir insbesondere mittels eines professionstheoretischen Zugangs vertiefter anzusehen, wie sich Soziale Arbeit aus der Perspektive der Sozialen Arbeit bzw. der tätigen Fachpersonen im Feld von Sterben und Tod weiterausdifferenziert und was sich daraus für ihr professionelles Handeln erkennen lässt. Diese Einnahme der Perspektive verweist darauf, dass die Soziale Arbeit noch immer als eine «bestrittene Akteurin» gilt, einerseits im Vergleich zu anderen Professionen im Feld der Palliative Care und auch infolgedessen, dass dieses Tätigkeitsfeld eine hohe Inter- und Multiprofessionalität aufweist und es anspruchsvoll ist, Leistungen der Sozialen Arbeit in dem Feld für sich selbst zu beanspruchen. Der Umstand der Multiprofessionalität führt zwar ebenso zu einer Mehrperspektivität, welche es auch bedingt, dass verschiedene Berufsbilder einbezogen werden, doch genau deshalb können auch verschiedene professionellen Haltungen vorliegen, was es nicht einfacher macht, das Wirken der Sozialen Arbeit zu konturieren. Positiv ist aber, dass genau diese Interdisziplinarität dazu führt, dass im Feld von Sterben und Tod keine Engführung auf die körperliche Versorgung vorherrscht (Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care, 2012, S. 3). Zugleich führt sie aber dazu, dass sich gewisse Professionen, und dazu zählt die Soziale Arbeit, nicht zwingend in einem gefestigten, gut beschreib- und abgrenzbaren Arbeitsumfeld bewegen und eine eigene «Notwendigkeit» (Borasio, 2016) beanspruchen können. Wie später im empirischen Material deutlich wird, muss die Soziale Arbeit nicht zwingend ein Feld für sich allein beanspruchen, viel gewinnbringender ist ihre Art, *wie* sie sich in dem Feld überhaupt einbringt.

Colla und Krüger zeigen auf, dass die Lebensqualität bis an das Lebensende entscheidend geprägt wird von sozialer Teilhabe und Würde und gerade am Lebensende oftmals eine «alltagsweltliche Sensibilität im professionellen Handeln» gefragt sei (2013, S. 256). Ferner führen sie auch aus, dass zwar die

Thematik Sterben und Tod durch die demografische Entwicklung an Bedeutung gewinne, eingangs finden sich auch meinerseits infolge der Coronakrise Bemerkungen dazu, doch dass sich die Soziale Arbeit immer noch mehrheitlich auf die Gestaltung des Settings konzentrierte, damit «Menschen möglichst lange selbstbestimmt leben können». Es fehlt gemäss deshalb noch immer eine Auseinandersetzung mit dem Sterben als sog. «letztes Aneignungsproblem» (Colla & Krüger, 2013, S. 263).

Bezogen auf die Vergegenständlichung und die Fachdiskussion der Sozialen Arbeit in Palliative Care hat sich einiges getan, insbesondere die Werke von Wasner & Pankofer (2016/ 2021), Student & Mühlum & Mühlum (2020) sowie Krüger (2017/2021) und Bitschnau (2017) zeugen davon und werden vorliegend auch rezipiert. In den USA sowie in Grossbritannien, Deutschland und Österreich verfügt die Soziale Arbeit zudem über ein Berufsprofil, welches nicht nur (Kern-)Aufgaben und Schlüsselkompetenzen, sondern zugleich eine Verbindung zwischen dem gesellschaftlichen Auftrag der Sozialen Arbeit im Sinne der IFSW¹ und bezogen auf ethisch-moralische Grundhaltungen darlegt, die in der Betreuung von Menschen am Lebensende bedeutungsvoll sind. Folgt man dem im IFSW bzw. dem von Seiten der Avenir Social im Berufscodex dargelegten gesellschaftlichen Auftrag der Sozialen Arbeit, so gelten die Bearbeitung von sozialen Problemen, die Partizipation, das Stärken von Ressourcen und das Fördern von Selbstbestimmung als gegenständlich (Pankofer, 2016, S. 27). Wie dies sich auf der Handlungs- und Reflexionsebene sowie bezogen auf das berufliche Selbstverständnis der Fachpersonen der Sozialen Arbeit zeigt, wird später empirisch in Kapitel 7 expliziert.

In diesem Kapitel wird dargelegt, was in Bezug auf die verschiedenen Professionen im Feld der Palliative Care bekannt ist, und was bezogen auf die Profession der Sozialen Arbeit im Feld von Sterben und Tod diskutiert wird. Der Transfer von Cure zu Care bzw. Heilung zu Fürsorge löste einen ersten Meilenstein in der Betreuung und Begleitung von Menschen am Lebensende aus. Dieser Meilenstein wird in diesem Kapitel zum Anlass genommen, über die Rolle der Sozialen Arbeit als «bestrittene» Akteurin zu sprechen und dabei auf die aktuellen

¹ Die International Federation of Social Workers (IFSW) und die International Association of Schools of Social Work (IASSW) haben 2000 anlässlich einer Konferenz in Montreal (Kanada) die Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit definiert. Auch der schweizerische Verband «Avenir Social» und die Aus- und Weiterbildungsinstitutionen (Höhere Fachschulen/Fachhochschulen, Universitäten) beziehen sich auf diese Definition und fassen sie als Berufscodex (2010) zusammen.

Zuschreibungen in Sachen Kompetenzen, Leistungen und Wirkungsbereich einzugehen. Danach schliesst das Kapitel mit aktuelleren Befunden in der Schweiz bezogen auf die Palliative Care und die Soziale Arbeit ab.

5.1 Medizin, Pflege und Spiritual Care als unbestrittene Akteurinnen in der Palliative Care

Die Hospizbewegung war ausgehen von Grossbritannien und der USA zu spüren, sie war dort aber ganz klar als umfassende Versorgung von Beginn an angedacht und wurde so auch umgesetzt. So vermag es auch nicht zu erstaunen, dass in den USA nebst der Medizin die Psychologie bzw. die Psychoonkologie², die Seelsorge sowie die Soziale Arbeit zur Grundausrüstung in einem Hospiz gehören (Student et al., 2016, S. 156). In Deutschland, weiteren Teilen von europäischen Ländern und in der Schweiz sieht das anders aus. Hier dominieren in erster Linie die Medizin und die Pflege, gefolgt von seelsorgerischen Tätigkeiten, die sich neuzeitig unter Spiritual Care fassen lassen. Zudem hat auch die Ehrenamtlichkeit ihren klaren Platz. Über den Tod reden zu können oder sich über den eigenen Tod mit jemand anderem zu unterhalten, stellt Anforderungen an die jeweiligen Kommunikationskompetenzen. Die Medizin hat hier teils gar einen Vorteil – wie eine Studie von Borasio belegt, ziehen es Klientinnen und Klienten vor, mit Ärztinnen und Ärzten zu sprechen, wenn es um den eigenen Tod geht, weil sie diesen zuschreiben, objektiver zu urteilen (2016, S. 93). Für Menschen am Lebensende scheint es damit einfacher zu sein, über das Medizinische anstelle über psychologische oder soziale Momente zu sprechen. Die Medizin ist zwar nicht die Profession, welche genuin besonders in der Kommunikation hochspezialisiert ist, doch der Status als «objektive Instanz» (ebd., S. 93) räumt ihr diese Fähigkeit und die damit verbundene Akzeptanz ein.

Das Sterben kann aber auch, so wie es Heuer, Paul und Hanses in Anlehnung an Schmelting-Kludas (2006) formulieren, «diametral zu professionellen Berufskonzeptionen liegen» (2015, S. 260). Gemeint ist damit, dass in der Medizin z. B. die Heilung als Erfolg gewertet wird und Erfolge eng mit der professionellen Praxis verbunden werden. Das Sterben und den Tod als Erfolg zu werten, kann

² An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass ich in meiner Forschung auf eine Erörterung des beruflichen Handelns der Psychologie und Psychoonkologie verzichte. Es ist richtig, dass die Psychologie eine Bezugsdisziplin für die Soziale Arbeit bildet, doch das Bearbeiten von psychologischen Symptomen bedürfe einer eigenen fachlichen Diskussion auch mit Fokus auf Therapien. Es wird exemplarisch auf die Werke von Steginga et al. (2008) sowie Weis und Sellschopp (2007) verwiesen.

für die Medizin besonders problematisch sein. Der Tod wird, insbesondere in der heutigen Gesellschaft, welche stark auf lebenserhaltenden Massnahmen und eine damit einhergehende Tabuisierung des Sterbens ausgerichtet ist, als Versagen des eigenen professionellen Wirkens gewertet. Für die Medizin mag das insofern erstaunen, weil die Sterbebegleitung als eine ursprüngliche Aufgabe gewertet wird. Es gibt gar einen Leitsatz aus dem Jahre 1967, der besagt: «Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer» (Payen, 1967). Die Orientierung der Medizin liegt hier nicht mehr nur am Erfolg und damit am Leben, sondern ebenso an der Linderung und im Bereich der Fürsorge, doch dieser Gedanke geht aktuell oftmals unter.

Dass die Medizin als eine Profession, teils gar als «stolze Profession» (Schütze, 2021), wahrgenommen und akzeptiert wird, hat auch viel damit zu tun, dass sie sich mittels des merkmalsorientierten Ansatzes gut verorten lässt. Eigener Berufsstand, spezielle Prüfverfahren (vgl. Numerus Clausus, Staatsexamen), Fachsprache, Autonomie in einem spezifischen Berufsfeld, auch bezogen auf die Kompetenzen sowie hoher sozialer Status bzw. hohe Anerkennung (vgl. u. a. Knoll, 2010, S. 89) – das alles sind nur einige der grundlegenden Merkmale, welche eine Profession benötigt. Die Medizin erfüllt diese und sie ist damit, wie es Dewe & Otto (2018, S. 1198) schreiben, nicht nur eine «old established-profession», sondern auch eine klassische ausdifferenzierte Profession bzw. ein Beruf, welcher die Öffentlichkeit davon überzeugt hat, zu zeigen, dass nur sie «spezifische Tätigkeiten kompetent ausüben» und damit auch die eigenen Standards für diese Kompetenzen festlegt kann (ebd.). Dass die Medizin im Feld der Palliativ Care bzw. der Hospizarbeit ihre Akzeptanz fand, war bzw. ist zudem dem Ausdruck «Palliativmedizin» zu verdanken.³

Der Ausdruck «Palliativmedizin» wird in Fachjargon für die Leistung der Medizin am Lebensende verwendet. Dieser beschreibt dabei den Bereich der ärztlichen palliativmedizinischen Massnahmen – und dieser hat sich zu einem Teilgebiet der Medizin entwickeln (Berke, 2021, S. 39). Im Zentrum der Versorgung stehen die Schmerztherapie sowie das Erbringen von Leistungen, welche schmerzlindernd oder auch lebenserhalten wirken können, wie Chemotherapie, Morphinabgabe oder Bestrahlung (ebd., S. 8). Den Fokus bildet das Reduzieren oder bestmögliche Lindern von körperlichen Beschwerden, wobei dabei auch von Seiten der Medizin ein ganzheitlicher Therapieansatz verfolgt wird und die Bedürfnisse von psychischen, sozialen und spirituellen Aspekten mitbeachtet werden (Cremer-Schaeffer & Radbruch, 2012, S. 231). Diese Aspekte bilden aber

³ Für weiterführenden Angaben sei auf die Ausführungen von Borasio (2016, S. 177f) zu Dr. Balfour Mount verwiesen.

nicht den Kernbestandteil, der Fokus der zu erbringenden Leistungen liegt auf der medizinischen Versorgung, was auch in der Praxis von Seiten der Medizin und anderen Professionen bestätigt wird. Borasio zeigt hierzu zwar auf, dass es sich bei der Palliativmedizin nicht nur um Schmerztherapie handeln darf – das sei gar realitätsfern (2016, S. 184). Er visualisiert dies mit einem Kreisdiagramm, dass der Anteil der psychosozialen und spirituellen Begleitung rund 50 % beträgt. Die anderen 50 % lassen sich aufteilen auf Schmerztherapie, internistische Symptome und neuropsychiatrische Symptome. Beim genaueren Betrachten zeigt er hier aber nicht den Aufgabenteil der Palliativmedizin, sondern gemäss seiner Beschriftung denjenigen der Palliativ*betreuung* (vgl. S. 185 Abbildung 10.2). Unabhängig davon zeigt sich auch in der schweizerischen Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2017 zum Thema Palliative Care, dass sich die Befragten hierfür klar an die Medizin und namentlich gar die Hausärztinnen und Hausärzte (72 %), gefolgt von der Pflege (22 %), wenden würden. Die Aussenwahrnehmung und damit auch die Zuschreibung von Angeboten und Leistungen sind stark auf die Medizin fokussiert bzw. gar verengt.

Zentrale Funktionen, welche von Seiten der Medizin im Feld der Palliative Care ebenfalls wahrgenommen werden, sind die Diagnosestellung sowie später die Feststellung des Todes. Die Feststellung des Todes kann als exklusive Aufgabe der Medizin betrachtet werden. Hierfür steht der Medizin als einer der Leistungserbringenden im Bereich des Gesundheitswesens eine Klassifikation nach ICD-10 bzw. in der Schweiz der ICD-10-GM zur Verfügung. Mittels dieser Klassifikation können Krankheiten eingeordnet und systematisch erfasst werden. Das Instrument ermöglicht eine klare Darlegung von Massnahmen, Indikationen sowie Erfahrungswerten und sorgt damit dafür, dass das erbrachte professionelle Handeln in Form von messbaren Werten erkenntlich wird.

So erstaunt es nicht, dass die Palliativmedizin für sich eine hohe Professionalität verbunden mit einem starken Grad an Institutionalisierung und Standardisierung sowie klarer Finanzierungsströme reklamiert (Borasio, 2016, S. 179). Die Diskussion darüber wird auch in Abgrenzung zu Hospizarbeit geführt, die durch ihre historische Prägung und ihre wohlfahrtsstaatliche und ehrenamtliche Entwicklung als weniger professionell wahrgenommen wird, da ihr Wirken weniger standardisier- und institutionalisierbar ist. Wie wir aber bereits an andere Stelle gesehen haben, muss Hospizarbeit auch nicht institutionsbezogen ausgeführt werden, sondern sie proklamiert für sich die Haltung, welche hinter der Arbeit steht – und diese lautet «Lebensqualität bis zum Lebensende zu ermöglichen und dem Menschen ein würdiges Dasein» (Mühlum, 2014 in Anlehnung an Wasner, 2010).

Nebst der Medizin gilt auch die Pflege als eine unbestrittene Akteurin im Feld der Palliative Care. Zwischen den beruflichen Tätigkeiten der Pflege und der Medizin kommt es zu den meisten Überschneidungen. Die beiden Berufsgruppen werden gar als Kernteam verstanden, wenn es um die Begleitung und Betreuung von schwerstkranken Menschen geht. Bei der Pflege sind der physische und psychische Teil hoch, gefolgt vom sozialen Begleitungsanspruch. Bei der Medizin ist es grossmehrheitlich der biologische, gefolgt von dem psychologischen und dem sozialen. Die Medizin sowie die Pflege haben auch eine gewisse Nähe zur spirituellen Begleitung, wobei hier klar die Seelsorge – gefolgt von der Sozialen Arbeit – vertreten ist (vgl. Modell im Bericht Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care, 2012, S. 5). Zentral ist, dass die Pflege wohl den intensivsten Kontakt zu den Klientinnen und Klienten hat. Besonders was die Kontaktqualität in Form von Gesprächen anbelangt, muss das nicht zwingend sein – wobei hier nicht eine Abwertung stattfinden soll. Es zeigt sich aber, dass die Gesprächsqualität bei der Sozialen Arbeit und der Seelsorge höher sein könnten, aber weniger genannt wird (vgl. u. a. Krüger, 2017). Wasner führt aus, dass die Pflegefachpersonen sich insbesondere um das körperliche Wohlbefinden von Klientinnen und Klienten kümmern (2021, S. 162). Dazu können die Wundversorgung, die Körperhygiene, Messung von Blutdruck, Reinigen von Kanülen sowie das An- und Ausziehen gehören. «Sie gewährleisten ungehindert den Ablauf des medizinischen Leistungsprozesses, dabei haben sie aber keine eigenständigen, therapeutisch wirksamen Handlungsauftrag, sondern sind *Hilfskräfte* der Mediziner» (ebd., kursiv im Original).

Wasner hat hier einen sehr defizitären bis gar abwertenden Blick auf die Leistungen, welche von der Pflege erbracht werden. Eine mögliche Begründung dafür findet sich in ihrer Vorstellung, dass die Medizin als Taktgeberin im Gesundheitswesen fungiert. Sie geht gar soweit und formuliert, dass die Medizin andere Berufsgruppen als «Erfüllungshilfen» ansieht. Sie lehnt sich dabei an einer Studie von Leipzig et al. (2002, S. 1141 f.) an, welche Studierende der Medizin und der Sozialen Arbeit nach ihrer jeweiligen Semantisierung für die Pflege fragten. Was sicherlich wichtig ist: Die Fachpersonen der Pflege verfolgen klar einen ganzheitlichen Pflegensatz. Wie für die Profession der Medizin die Palliativmedizin setzt sich für die Pflege die *Palliativpflege* durch. Die Europäische Gesellschaft für Palliativpflege (EAPC) hat ein wissenschaftliches Papier verfasst, in welchem sie zehn wichtige Kompetenzen aufzählt, wonach sich die Palliativpflege zu orientieren habe. Folgende Kompetenzen verdeutlichen m.E besonders gut, die Schnittstelle zur Sozialen Arbeit:

- Palliativpflege soll in dem Umfeld angewendet werden, in dem die Patienten und Familien für gewöhnlich leben.
- Berücksichtigen Sie die psychologischen Bedürfnisse des Patienten.
- Befriedigen Sie die sozialen Bedürfnisse des Patienten.
- Befriedigen Sie die spirituellen Bedürfnisse des Patienten.⁴

Die Seelsorge kümmert sich ebenfalls in erster Linie um die Klientinnen und Klienten. Wenn es um Frage betreffend Trost, Halt oder ethische Haltungen sowie Vorstellungen am sowie zum Lebensende geht, bekommen die Angehörigen ebenfalls eine zentrale Rolle. Insbesondere am Lebensende nehmen die Fragen zum eigenen (noch) Dasein, zu sinnstiftenden Handlungen und deren Machbarkeiten, aber auch ganz existenzielle Fragen und Ängste zu. Die von der Seelsorge geleistete spirituelle Begleitung ist nicht zwingend gleichzusetzen mit Religiosität. Das Konzept der Palliative Care geht davon aus, dass Menschen zwar spirituelle Wesen sind, aber dabei spielt die Einstellung zu einer Religion eine untergeordnete Rolle (Wasner, 2021, S. 163, in Anlehnung an den Arbeitskreis Spirituelle Begleitung, 2007). Spiritualität umfasst dabei verschiedene Glaubensrichtungen, aber auch Richtungen wie Agnostizismus und Atheismus. Insbesondere das Durchführen von Ritualen, unabhängig von der Religion oder auch bezogen auf religiöse Segnungen, Krankensalbungen, das Ablegen von Beichten bis hin zu einfach einem schlichten Gespräch über letzte Wünsche und das Deponieren von Schriftstücken für die Hinterbliebenen, können bei der Seelsorge ihren Platz finden. Demzufolge sind die Tätigkeiten der Seelsorge nur bedingt eigrenz- und definitiv beschreibbar, was auch Borasio aufzeigt mit «Art und Spektrum der Seelsorge sind (...) starkem Wandel unterworfen, der auch mit einer Ausweitung der geforderten Kompetenz im interreligiösen und multiprofessionellen Dialog einhergeht» (2016, S. 96).

In den letzten Jahren hat sich vermehrt der Begriff «Spiritual Care» durchgesetzt – dies bewusst, um die Glaubensrichtungen offener zu gestalten, da mit der Bezeichnung «Seelsorger/Seelsorgerin» noch immer eine sehr starke katholische Wahrnehmung verbunden ist. Ferner zeigen Heller & Heller (2018) auf, dass mit der Spiritualität eine gewisse Offenheit verbunden sein muss, Wünschen und Bedürfnissen zum bevorstehenden Tod fragend entgegenzutreten. Die Person muss sich bewusst sein, dass ihr viele Fragen gestellt werden, worauf sie als Fachperson keine Antwort hat (Heller & Heller, 2018 zit. in Student et al., 2020, S. 25). Diese offenen Fragen können nicht nur bei der Person

⁴ Weiterführende Informationen finden sich auch beim Schweizerischen Verband Pallnetz. <https://www.pallnetz.ch/die-zehn-kernkompetenzen-in-der-palliativpflege.htm>.

am Lebensende, sondern auch bei der Spiritual-Care-Fachperson sog. «spirituelle Schmerzen» auslösen (ebd., 2020, S. 42) – womit gemeint ist, die offenen, nicht direkt beantwortbaren Fragen können eine gewisse Unsicherheit bis hin zu Ohnmacht auslösen und das berufliche Handeln in einen gewissen Zustand der Schwebelage oder gar Ziellosigkeit versetzen. Das Bewusstsein, dass auch Handlungen falsch oder misslingen können ist bei der Seelsorge im Gegenzug zur Medizin zwar höher vorhanden, aber es löst Unsicherheiten in Bezug auf das eigene professionelle Wirken aus (Effinger, 2021, S. 209).

Auch Fachpersonen der Sozialen Arbeit kennen diese Unsicherheiten, insbesondere dann, wenn sie sich nicht nur auf das Individuum, sondern zugleich auf dessen System und Lebenswelt zu konzentrieren haben. Diese Vermittlungsrolle ist nicht nur anspruchsvoll, sie sorgt auch für ein Spannungsfeld und stellt hohe Ansprüche an das professionelle Handeln. Professionelle der Sozialen Arbeit «sollten in der Lage sein, die Mehrdimensionalität von Wirklichkeit» erkennen zu können (Effinger, 2021, S. 209). Da die Soziale Arbeit zudem als Generalistin gilt (Wasner, 2010), bildet das eine weitere Hürde, die spezifischen Kompetenzen von ihr zu erfassen.

5.2 Soziale Arbeit als «bestrittene» Akteurin in der Palliative Care

Die Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care ringt noch um ihre Stellung, wobei ich betonen möchte, dass es dabei um Aspekte der Arbeitsweisen und der zu erbringenden Leistungen geht – und nicht um die generelle Berechtigung, im Handlungsfeld von Sterben und Tod tätig zu sein. Wie an vorangegangenen Stellen kursiv ausgeführt, war die Soziale Arbeit von Beginn an einen integralen Bestandteil von Hospizarbeit (Wasner, 2016, S. 54; Heller & Pleschberger, 2012). Saunders, selbst Sozialarbeiterin, setzt dazu bereits ein frühes Zeichen in ihrem Wirken und zeigte auf, dass Symptom- und Schmerzbehandlungen essenziell seien, jedoch die soziale Dimension bzw. soziale Probleme und das eigene Wohlbefinden gleichwertig essenzielle Aspekte seien und in der Betreuung am Lebensende mitbearbeitet werden müssten (Clark, 2018). Die Soziale Arbeit gehörte daher für sie zu einer der Kerndisziplinen des 1967 gegründeten St. Christophers Hospiz und prägte das psychosoziale Verständnis des Hospizes sowie die damit angestossene Hospizbewegung – deshalb zu Beginn der Zusatz, die Soziale Arbeit ringt nicht in allen Belangen um ihre Berechtigung. Sie wird – wie allerdings nachfolgende Unterkapitel zeigen – teils auf gewisse Aspekte reduziert, die zwar genuin als sozialarbeiterisch bzw. sozialpädagogisch aufgefasst werden

können, doch genau diese Reduzierung führt zu einer gewissen Hemmung ihres Entwicklungs- und Aufgabenpotenzials. Sie wird zudem als Bestandteil des interdisziplinären Betreuungsteams gehandelt, jedoch ringt sie auch innerhalb dieses Teams um ihren Platz (Student et. al, 2020, S. 43).

Folgt man Student et al. (2020), so gilt die Soziale Arbeit heute insbesondere für administrative und organisatorischen Belange, wie bezogen auf Koordination sowie für sozialrechtliche Fragen und damit auch den Kontakt zu den und mit den Behörden (z. B. der KESB, den Institutionen zu Wirtschaft, Arbeit und Soziales (WAS), oder AHV/IV), am Lebensende als unverzichtbar (S. 153) und zugleich auch verankert. Weder die Pflege noch die Medizin oder die Spiritual Care decken diese Aufgaben ab. Sie beanspruchen diese aber auch nicht für sich. Dieses Verständnis führt dazu, dass die Soziale Arbeit im Bereich der Spitalversorgung bzw. auf dortigen Palliativabteilungen besonders ihre Wirkung entfaltet und auch akzeptiert ist. Allerdings ist sie dort als sog «Spitalsozialarbeit» bekannt – und dies auch mit einem rechtlich klar abgegrenzten Aufgabengebiet. Der Fokus der Spitalsozialarbeit liegt auf sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen und deren Klärungen, der Bettenorganisation, der Organisation von Über- und Austritten von Spitälern in Langzeit- bzw. Altersinstitutionen sowie in ambulanten Settings bzw. im Übergang nach Hause. Die Spitalsozialarbeit und ihr Wirkungsradius sowie ihr Tätigkeitsgebiet sind institutionell an ein Spital angebunden. Der Schweizerische Fachverband für Gesundheitswesen in der Sozialen Arbeit (SAGES) definiert die Spitalsozialarbeit als einen Teil der klinischen Sozialarbeit und weist auf ihr «methodengeleitete Arbeitsweise», welche auf eine «zeitnahe, nachhaltige und bedarfsgerechte Beratung sowie auf eine Vernetzung von ambulanten, teilstationären und stationären Patientinnen und Patienten mit Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens», eingeht.⁵ Die methodischen Vorgehensweisen der Spitalsozialarbeit müssen sich nicht zwingend von der Sozialen Arbeit in Hospizen differenzieren – dies erscheint auch unter der Prämisse der Ausbildung als nachvollziehbar. Dennoch ist klar, dass sich ihr Auftrag in einem Hospiz und ihre Zuständigkeitsbereiche sich markant unterscheiden – und zwar mit dem Fokus auf «psychosoziale Begleitung». Damit wird der Blick viel umfassender; es gilt Klientel, Angehörige, aber auch das Team umfassend zu involvieren. Und um diese Begleitung zu erfüllen, werden auch die Ansprüche an die Kooperation, Teamfähigkeit und Kommunikation höher (Student et al., 2020, S. 43).

⁵ Vgl. Definition der Spitalsozialarbeit der SAGES verfügbar unter: <https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2020/04/Definition-Spitalsozialarbeit-SAGES-2020.pdf>.

Die Rolle der Sozialen Arbeit in Hospizen, teilstationären und ambulanten hospizlichen bzw. mobilen palliativen Dienstleistungen und damit in der ganzen Palliative Care liegt, so formuliert es Monroe (2005), im Erfüllen von «nichtmedizinischen Zielen» – doch nur schon diese zu erkennen, kann für die Soziale Arbeit zur Problemstellung werden. Kann am Lebensende von Zielen gesprochen werden, die (noch) erreicht werden können, wenn die unheilbare Krankheit es mit sich bringt, dass die Zukunft ja nicht mehr gestalt- und erlebbar wird und ein Einwirken auf die Zukunft unmöglich wird?

Heuer, Paul und Hanses haben in ihrem Forschungsprojekt den Fokus auf die professionelle Sinnhaftigkeit in der Unterstützung und Begleitung sterbenskranker Menschen von Seiten der Sozialen Arbeit gelegt. Sie werfen die berechtigte Frage auf, wie Sinnhaftigkeit in Situationen, wo der Tod unausweichlich ist, von Professionellen in Hospizen und Palliativstationen hergestellt wird – dies vor dem Hintergrund und der Annahme, dass Handlungspraxen diametral zur eigenen «professionellen Berufskonzeption» stehen können (Heuer et al., 2015, S. 259). Sie legen bei ihrer Untersuchung den Fokus auf alle im Feld der Palliative Care tätigen Fachpersonen. Die Soziale Arbeit fokussiert z. B. auf die Reintegration in die Gesellschaft, die Möglichkeit, mit den eigenen Ressourcen zukünftig das eigene Leben besser meistern zu können, Krisen zu überstehen oder durch gezielte und ergänzend zur medizinischen, pflegerischen und psychologischen Tätigkeit persönliche Krisen zu meistern. Das Sterben bzw. der Prozess dazu und der Tod markieren eine Endlichkeit, stellen Arbeitsprinzipien und Zukunftsaussichten in Frage – und das berechtigt ebenfalls zur folgenden Frage: Wie gehen Professionelle damit um, wenn ihre Tätigkeiten sich nicht mehr mit einer Zukunftsperspektive verbinden lassen? Sie also im Hier und jetzt agieren müssen, ohne je zu wissen, ob das, was sie tun je umsetzbar wird oder einen Effekt hat. Die Untersuchung zeigt interessante Ansätze bezogen auf Handlungskompetenzen auf, weshalb im nachfolgenden Unterkapitel 5.2.1 darauf eingegangen wird.

Mit «nichtmedizinischen Zielen» lässt sich auch ein Verweis auf die Bewältigung von psychosozialen Aspekten machen. Im palliativen Arbeitsumfeld ergeben sich einige Aufgaben, welche sich darunter subsumieren lassen. Die Sektion Soziale Arbeit bei der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) definiert diese Zielsetzungen zusammenfassend wie folgt:

- Unterstützung bei der eigenen Auseinandersetzung mit der Krankheit, dem Sterben und dem Tod sowie Integration dieses Prozesses in die Behandlungsplanung;
- Herstellung und Förderung von Teilhabe und sozialer Gerechtigkeit;

- Minimierung von Gefahren der Stigmatisierung und der Isolation;
- Achtung der Menschenwürde, Förderung der Solidarität.

Was sich ebenfalls zeigt, ist, dass das Wirken der Sozialen Arbeit sich in kleinen und alltagspraktischen Dingen manifestiert. Wer organisiert für die Klientin die persönlichen Gegenstände oder wer entsorgt diese später? Was passiert mit meinem Sohn, welcher aktuell in meiner Wohnung lebt, wenn ich nicht mehr da bin, oder mit wem kann ich über die organisatorischen Dinge für das Begräbnis sprechen? Hefel (2019) zeigt beispielhaft auf, dass viele dieser alltagspraktischen Aspekte in der Aus- und Weiterbildung der Sozialen Arbeit nicht thematisiert werden. Und Berthod & Magalhães de Almeida (2022) führen aus, dass genau diese alltäglichen Herausforderungen zwingend mehr eruiert und materiell in die Ausbildung integriert werden müssen, da die Soziale Arbeit Arbeitsweisen und Methoden kennt, sich hier koordinativ und inhaltlich einzubringen. So liegt es ihr, Themen oder Aspekten, welche «zwischen den Zeilen eines Pflichtenhefts» und damit über Vorgeschiedenes sich hinwegbewegen, zu antizipieren (S. 13–14).

Fachpersonen der Sozialen Arbeit werden zudem in ihrer eigenen Reflexionsfähigkeit intensiv geschult – und diese Fähigkeit bildet einen wesentlichen Gesichtspunkt im Umgang mit dem Sterben und dem Tod. Hier kommen persönliche und berufliche Einstellungen zusammen; es gilt diese zu differenzieren und es bedarf einer geschickten Verbindung zwischen eigenen Einstellungen, womöglich auch fürsorglichem Denken, fachlicher Reflexion und zugleich auch einer gewissen Spontanität, da insbesondere am Lebensende vieles der jeweiligen Situation angepasst werden muss. Krüger spricht hier davon, dass es in der Ausbildung somit nicht nur um individuelle Aspekte, sondern zugleich um eine kollektive Auseinandersetzung mit dem Tod gehen muss (2015, S. 38). Diese Kollektivität war bereits im Abschnitt 2.2 mit «Wunsch und Wirklichkeit am Lebensende» sichtbar. Obwohl jetzt hier einiges aufgezählt wurde, welches das professionelle Wirken der Sozialen Arbeit in der Palliative Care ausmacht, ist sie als Akteurin in dem Feld bestritten. Der generalistische Ansatz macht es schwierig, die spezifischen Kompetenzen zu fassen (Wasner, 2021, S. 164) – und so fehlt es auch an empirisch gesichertem Wissen zu spezifischen Fähigkeiten der Sozialen Arbeit in der Palliative Care. Wasner und Pankofen gehen gar so weit und sagen, es gehe nicht nur um die Kompetenzen, sondern es lasse sich ein Übergewicht beschreibender Aussagen zur Sozialen Arbeit und – ich ergänze – auch zu ihrer Praxis erkennen, aber der Grad an Theoretisierung sei noch zu gering (2021, S. 250–251). Somit gilt es nebst der Kompetenzdarstellung auch die Professionalität stärker zu beweisen.

5.2.1 Arbeitsprinzipien der Sozialen Arbeit am Lebensende

Menschen am Lebensende zu betreuen und zu begleiten, verlangt nach Unterstützung und nach Angeboten, welche die Lebensqualität, die Selbstbestimmung und die Würde bis an das Lebensende ins Zentrum stellen, zugleich aber das soziale Umfeld des Klienten bzw. der Klientin mitbedenken. Die Dimensionen Lebensqualität, Selbstbestimmung, Lebenswelt sowie Teilhabe gelten in Anlehnung an Heiner (2010) als wesentliche Arbeitsprinzipien im Wirken der Sozialen Arbeit über die ganze Lebensspanne und damit auch in unterschiedlichen Handlungsfelder. Das eigene professionelle Handeln an der Lebensqualität der Klientinnen und Klienten auszurichten, deren subjektives Erleben und die Befindlichkeit mit-einzubeziehen, Selbstbestimmung zu ermöglichen und zu respektieren, zugleich aber auch Unterstützung und – wo nötig – fürsorgerische Pflichten stellvertretend, unter der Wahrung der gesetzlichen, aber auch partizipativen Prinzipien, wahrzunehmen, gehört zum Wirken der Sozialen Arbeit. Jeffrey führt aus, dass auch die Medizin die Patientin bzw. den Patienten als Experten bzw. Expertin ansieht, wenn es um die eigene Lebensqualität geht (2003). Das wird vorliegend auch nicht in Frage gestellt, im Gegenteil, diese Ansicht gilt wohl für alle Disziplinen, welche in die Begleitung am Lebensende involviert sind. Betrachtet man jedoch die Profession Soziale Arbeit und ihre sich über die Jahre hinweg entwickelten Arbeitsprinzipien, so wird deutlich, dass diese Profession sich der Bearbeitung von sozialen, existentiellen, praktischen sowie sinnbezogenen Fragen sehr bewusst ist. Sie unterstützt nicht nur, sondern sie ist es sich gewohnt, bei der Problembewältigung im Alltag aktiv mitzuwirken. Steffen-Bürgi führt aus, dass es zur Orientierung an der Lebensqualität erforderlich ist, «persönliche Bedürfnisse und Werte stets individuell und patientenbezogen zu erfassen und das im körperlichen, seelischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bereich» (2017, S. 43). Das allein bietet eine Orientierung – im Weiteren muss auch danach gehandelt werden und hier kommen Entscheidungsfindungsprozesse ins Spiel, welche zugleich Klienten-, familien- bzw. angehörigen- und ressourcenorientiert sein müssen; dies stets mit der obersten Maximen, den Menschen am Lebensende und deren Angehörigen eine würdevolle, bedürfnisgerechte psychosoziale Unterstützung zu geben. Heuer et al. (2015) beziehen sich hierfür auf Feldmann und beschreiben, dass das professionelle Handeln im Feld von Sterben und Tod zu einer «diskrepanten Herstellungspraxis» wird (S 260).

Es geht dabei nicht nur um das Bearbeiten von offenkundigen Schwierigkeiten, welche mit der Krankheit und dem Lebensende verbunden sind, sondern

darum, existenzielle Fragen oder Probleme, welche die Klientel oder die Angehörigen infolge der terminalen Erkrankung ereilen, erstmal sichtbar zu machen. Eine erste grössere Studie dazu führte schon Kübler-Ross 1969 durch. Damit Unterstützung geleistet werden kann, bedarf es einer Problembestimmung, so ihre Annahme. Kübler-Ross legt in ihrer Publikation «On Death and Dying» (1971) dafür ein Modell vor. Dieses Modell, welches einer ihrer ersten Forschungsarbeiten entstammt, fokussiert sich auf den Umgang mit Menschen am Lebensende in verschiedene Phasen. Diese Phase können einerseits dazu genutzt werden, den Menschen in seiner Situation besser einzuschätzen, und andererseits dafür, Aufgaben und Leistungen gewisser Professionen zuzusprechen. Gemäss ihrem Phasenmodell durchläuft ein Mensch am Lebensende folgende Phasen:

- Phase 1: Hoffnung auf Irrtum/Nicht-Wahrhaben-Wollen: Die Person hofft darauf, dass die Diagnose, welche sie erhielt und zum Tode führt, nicht korrekt ist und einem Irrtum unterliegt.
- Phase 2: Frage nach dem Warum: Die Diagnose wurde angenommen, doch jetzt reagiert die betroffene Person negativ auf die Umwelt, ist wütend und fragt sich, warum es ausgerechnet sie traf.
- Phase 3: Wunsch nach Aufschub: Mit Aufschub ist ein Zeitgewinn gemeint. Der betroffene Mensch versucht, sich mit Therapien, kooperativem Verhalten, spirituellen Mittel noch etwas Zeit zu verschaffen, um allfällige wichtige Ereignisse im Leben seiner Mitmenschen noch mitmachen zu können.
- Phase 4: Trauer um vergebene Chancen: Die betroffene Person verfällt wie in eine «Depression» (nicht nur im diagnostischen Sinne). Er trauert um vergebene Chancen im Leben, um das eigene Leben, das er verlieren wird. Sterbende hätten ein grosses Mitteilsbedürfnis in dieser Zeit und würden sich auch darum kümmern, wichtige Fragen zu klären, wie es für die Angehörigen nach dem Tod weitergehen wird.
- Phase 5: Abkopplung von der Umwelt: Diese Phase würde gemäss Kübler-Ross nicht alle Sterbenden erreichen. Der Sterbende hätte sein Schicksal voll und ganz akzeptiert. Er würde sich langsam von der Umwelt abkoppeln und keine grösseren Wünsche mehr äussern (vgl. 1971, S. 59 ff).

Diese Systematisierung in fünf Phasen kann für das professionelle Handeln für verschiedene Professionen eine Orientierungshilfe sein. Wegen der fehlenden wissenschaftlichen Fundierung wird es aber stark kritisiert und – wie Krüger (2017) in Anlehnung an Niemeyer (2015) formuliert – in der «gegenwärtigen Literatur weitgehend verworfen» (S. 77 bzw. S. 309). Beide beziehen sich dabei auf eine Studie von Schulz und Adermann (1974), die aufzeigte, dass die Behauptungen

von Kübler-Ross, dass unheilbare Patienten kurz vor ihrem Tod diese fünf Stadien durchlaufen, so nicht belegbar ist.

«Their data show the process of dying to be less rigid and even stageless. There is some consensus among all researchers that terminal patients are depressed shortly before they die, but there is no consistent evidence that other affect dimensions characterize the dying patient» (1974, S. 137).

Es ist richtig: Der Sterbeprozess verläuft weniger starr und kann gar stufenlos sein. Das Sterben geht nicht in systematisierbaren Phasen von statten, sondern in unbestimmten, eben gerade nicht systematisierbaren Phasen (1974, S. 145). Dieser Umstand machte es insbesondere für Professionen, wie die Soziale Arbeit eine ist, erneut schwierig, ihr professionelles Handeln an gewissen Eckwerten darzulegen. Es mag sein, dass die Phasen so nicht von allen Klientinnen und Klienten systematisch durchlebt werden und weitere empirische Fundierung benötigen, dennoch zeigt sich, dass existentielle Fragen, Grenzbearbeitungsproblematiken, psychologische bzw. psychische Belastungen und grosse Unsicherheiten die Begleitung und Betreuung am Lebensende prägen. Schwerkranke Personen und deren Angehörige erleben immer wieder emotional anspruchsvolle Momente, unplanbare Situationen und in diesen auch ein grosses Gefühl der Ohnmacht. Diese Momente stellen hohe Ansprüche an die Fachlichkeit sowie die Kommunikation und stellen die Beziehung zwischen erkrankter Person, Angehörigen und der Fachperson bzw. der jeweiligen Fachpersonen vor grosse Herausforderungen. Die Herausforderung bewegt sich oftmals zwischen der Frage, wie viel Nähe und menschlicher Zuwendung und wie viel Fachlichkeit, welche zugleich auch als Distanz wahrgenommen werden kann, es bedarf und wer diese Fachlichkeit wie herstellen kann. Müller führt aus, dass «der Kern der Begleitung in der Solidarität des Unterstützenden, das heisst in seiner Bereitschaft, den Kranken nicht alleinzulassen, an seiner Geschichte teilzunehmen und ihm Anteil entgegenzubringen» liegt (2017, S. 409). Hiermit orientiert sich Müller sehr an einem altruistisch-fürsorglich geprägten Professionsverständnis, welches auch ich im normativ-ontologischen Modell (vgl. Abschnitt 4.3) ausführte. Er verwirft damit auch nicht die Phasen von Kübler-Ross, bezieht sich aber auch nicht direkt auf diese. In einer anschaulichen Grafik in vier Teilen⁶ mit dem Titel «das Chaos psychosozialer Nöte I–IV» zeigt Müller auf, welche vielfältigen Herausforderungen Menschen am Lebensende äussern und ereilen. Zusammenfassen lassen sich diese wie folgt (vgl. dazu S. 412 f.):

⁶ Die Leserschaft sei hier auf die Grafiken auf S. 410–411 der Publikation von Müller (2017) verwiesen.

- Unsicherheit, Panik vor dem Nicht-sein und vor dem Alleinsein;
- Angst, sich mitzuteilen, Angst vor Schmerzen;
- Wut und Reue;
- Abhängigkeit, Verlust von Autonomie und Entscheidungskompetenz;
- Scham, Ekel;
- Glaubens- und Gewissensfragen, spirituelle Unruhe;
- Familienprobleme, Verlust sozialer Stellung und Prestige;
- Erbfragen, Finanzen und administrative/rechtliche Regeln nach dem eigenen Tod.

Die Aufzählung zeigt: Es sind existenzielle Fragen auf unterschiedlichen Ebenen – und nicht alle Fragen und Nöte beschäftigen Menschen am Lebensende gleich intensiv. Was aber auffällt: Diese Fragen und Nöte sind nicht immer offenkundig, sei es für die Klientel selbst, Angehörige oder insbesondere für die Professionellen – deshalb gilt es, diese erst einmal zu erfragen oder zu erueiren, die Mitteilung des Gegenübers aufzunehmen und sodann gemeinsam mit dem Klienten bzw. der Klientin zu ordnen. Müller spricht hier von einem Vorgehen, das «kühl klingen mag», doch dieses Entwirren der Sorgen und Gefühle bietet die Chance, sich dem Gefühlszustand und somit den psychosozialen Aspekten anzunähern und später dafür Ziele abzuleiten (2017, S. 410). Wasner ist der Ansicht, dass es genau dafür auch ein gewisses Grundkenntnis im Beziehungsaufbau und der Gesprächsführung benötige (2011, S. 652), welche nicht von angestammten Professionen wie der Medizin oder Pflege übernommen werden können.

Insbesondere Gespräche über die Zielformulierung würde im Bereich der psychosozialen Aspekte noch zu wenig angewendet. Versteht man sich jedoch als Profession, so wie es die Soziale Arbeit tut, welche die Lebenswelt der Klientinnen und Klienten und deren Lebensanschauung miteinbezieht, führt das dazu, dass diese Lebenswelt auch seinen Platz im alltäglichen Umgang finden muss. Genau wie der Arzt bzw. die Ärztin mittels Anamnese versucht, Faktoren für den Gesundheitszustand und die Krankheit zu ermitteln, setzt sich die Soziale Arbeit gleichermassen mit einer *Sozialanamnese bzw. Psychosozialen Anamnese* (Fischer, 2014) auseinander bzw. wendet diese an. Durch gezieltes Erfragen und Nachfragen wird versucht, dem Gegenüber Raum für das Erzählen der Sorgen und Ängste einzuräumen, das soziale Netzwerk, in welches die Klientin bzw. der Klient eingebunden ist, zu erfassen, eigene Lebenseinstellungen sowie wichtige Elemente, über die sich das Gegenüber definiert, zu erfragen. Doyle (1999) spricht hier vom Schaffen eines Raumes, wo Wachstum trotz zeitlicher Begrenzung möglich wird. All diese Aspekte sichtbar zu machen, aufzuarbeiten und gar zulassen, kann heftige Gefühlsreaktionen bis hin zu mentaler Ohnmacht auslösen.

Das Gefühl von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit, welches auch in soziale Isolation münden kann, sowie Entfremdung von eigenem Umfeld sind Schwierigkeiten, mit welchen die Klientinnen und Klienten am Lebensende häufig zu kämpfen haben. Fachlich wird hier vom sog. «Demoralisierungsproblem» gesprochen, denn die Betroffenen verhalten sich passiv, distanziert und ziehen sich immer mehr zurück (Bitschnau, 2017, S. 115, in Anlehnung an Kissane & Clarke, 2001). Für Angehörige sind diese Entwicklungen sehr belastend – und der Umstand, dass teils ja die Perspektive auf eine Zukunft nicht mehr vorhanden ist, erschwert den Zugang zum Angehörigen.

Eine Methode, um die psychosoziale Anamnese umzusetzen, ist die Biografiearbeit. Hierbei geht es darum, dass der Klient bzw. die Klientin nicht nur seine Stationen im Lebenslauf aufzählt, sondern, dass ein Herstellen einer «Erinnerungsarbeit über das gelebte Leben» (Fischer, 2014, S. 117) oder, wie es Mieth formuliert, ein «strukturiertes, angeleitetes erinnern» (2011, S. 23) initiiert wird. So soll erreicht werden, dass die eigene Geschichte nochmals erzählt oder womöglich davon Abschied genommen werden kann. Durch das Erzählen der eigenen biografisch relevanten Momente lassen sich auch Ressourcen oder gar vorhandene Copingstrategien der Klientel ermittelt (Fischer, 2014, S. 118). Die Biografiearbeit kann auch sogenannte unerledigte Dinge sichtbar machen, denn das systematische Erfragen von Stationen oder das Anregen zur eigenen Erzählung kann Ungelöstes oder auch bisher Unausgesprochenes aufdecken.

Die vorher skizzierte Vorgehensweise mit dem Erfragen und der Schaffung eines Raumes kann einen Weg und damit einen Zugang bieten, der sterbenden Person einen für ihn bzw. für sie stimmigen Prozess des Abschiednehmens anzu-gehen. Durch das Formulieren von Zielen, das Umlenken der Sinnlosigkeit in einen Prozess des individuellen «Angehens» und damit auch des individuellen Bewältigens des Sterbens, kann ein Vorgehen geschaffen werden, das den sterbenden Menschen und seine Angehörige in eine aktive Rolle versetzt (Müller, 2017, S. 409). Das Sterben wird so zu einem individuellen und bewusst gestaltbaren Prozess.

Was in der Debatte um die Soziale Arbeit in der Palliative Care etwas Irritation auslöst, ist die Feststellung von Oliviere (2001), dass sie eine «exzentrische Rolle» einzunehmen hat. Damit fokussiert er sich aber nicht auf einen negativen Aspekt, wie jenen der Extravaganz oder Überspanntheit gegenüber anderen Professionen. Das Exzentrische bezieht sich darauf, dass die soziale Dimension in der Betreuung in der Praxis zu oft nur am Rande interessiert, jedoch einen grossen Einfluss auf die körperliche Dimension der Klientel am Lebensende hat. Fachpersonen der Sozialen Arbeit tragen hier die Aufgabe und zugleich auch die Verantwortung, diese Perspektive der sozialen Dimension sichtbar zu machen,

zu bearbeiten und diesen als «Stressor und Ressource zugleich» zu betrachten (Bitschnau 2017, in Anlehnung an Oliviere, S. 116).

Wie Heuer et al. (2015) in ihrer Studie zeigen konnten, spielen die Sinnlogiken, welche Fachpersonen für ihr professionelles Handeln heranziehen, auch eine grosse Rolle, um das Handeln an sich verständlicher und nachvollziehbarer zu machen. Ihre Studie fokussiert das «Erschliessen professioneller Konstruktionsleistungen» im Feld von Sterben und Tod (S. 262) – und dabei wurden verschiedene Professionen in den Blick genommen. Für die Soziale Arbeit konnten die Forschenden u. a. empirische Belege bezogen auf das Dienstleistungsverhältnis und die Transformation des professionellen Handelns ausmachen. Dabei zeigte sich, bezogen auf das professionelle Handeln bzw. Selbstverständnis von Fachpersonen der Sozialen Arbeit, ein markanter Unterschied zwischen Fachpersonen, welche in Hospizen arbeiten, und solchen, welche auf Palliativstationen in Spitälern oder Langzeitabteilungen tätig sind. Um es vorwegzunehmen: In Anlehnung an Foucault (1967) formulieren Heuer et al. (2015), dass Hospize als sog. «Heterotopien», was übersetzt werden kann mit anderen Orten, welche nach eigenen Regeln funktionieren und in besonderer Weise gesellschaftliche Entwicklungen repräsentieren, gedacht werden können (vgl. Foucault, 1967, S. 317 f.).

Für die Soziale Arbeit auf Palliativstationen scheint die zeitliche Begrenzung bedingt durch den unmittelbar bevorstehenden Tod keine nicht zu überwindbare «Grundsituation für das professionelle Handeln» zu sein (S. 266). Die Soziale Arbeit richtet ihr Handeln auf ein zielorientiertes Problemlöseverständnis, gerade in Anbetracht der zeitlichen Dimension. Sie differenziert ihr Handeln auch nicht, im Gegenteil, sie kann ihr Handeln «irritationslos in die Situation des baldigen Sterbens ihrer Klientinnen und Klienten» (S. 268) übertragen. Die Begleitung an den Lebensenden wird somit nicht als ein Sondersetting betrachtet, sondern erscheint der handelnden Fachperson, vorliegend der Sozialarbeiterin, als Arbeit, welche zwar individualisierte Aspekte beinhalten muss, jedoch dennoch als «standardisierten Prozess» vor sich gehen kann (ebd., S. 268). Für die Soziale Arbeit in Hospizen konnte ein Loslösen von professionellem Selbstverständnis von Problembearbeitungslogiken in dem Sinne rekonstruiert werden, dass einerseits keine festen Strukturen oder Abläufe in der Begleitung vorhanden waren und es so zu «amorphen Aufgabenbereichen» für die Soziale Arbeit kommt, womit unbestimmte Zuständigkeiten und gestaltlose Aspekte gemeint sind. Auf der anderen Seite zeigte sich, dass die Beziehungsgestaltung einen höheren Stellenwert erhält und diese sich auch noch mehr auf persönliche Aspekte und Kenntnisse bezieht, als es für ein professionelles Setting normalerweise der Fall

ist. Damit ist gemeint, dass beispielsweise «Nähe und Distanz» noch mehr ineinander übergehen können – oder aber auch, dass das Erfüllen von persönlichen Wünschen der Klientinnen und Klienten einen hohen Stellenwert erhält (S. 271). In Anlehnung an Peter (2010) formulieren Heuer et al. (2015), dass die Orte somit einen Einfluss auf die Konstruktion der Professionalität einnehmen und zugleich Unterstützung und Handlungsspielraum, aber auch Herausforderung und Grenzen für das professionelle Handeln mit Sterbenden bergen (S. 272).

Die Beschränkung der zur Verfügung stehenden Zeit löst auch bezogen auf das professionelle Handeln ein Moment der Irritation und Unsicherheit aus. Heuer et al. (2015) führen hierzu das Konzept der Alltagszeit in Anlehnung an Alheit (1988) ein. Für die Soziale Arbeit spielt die Alltagsgestaltung per se schon eine wesentliche Rolle, doch infolge der zeitlichen Begrenzung von Personen am Lebensende erscheint nicht mehr die Perspektivität, sondern der gegenwärtige Moment, welcher sich in der Alltagszeit manifestiert, als wesentlich. Genau diese zeitliche Komponente kann einen Einfluss auf die selbst erlebte Handlungsfähigkeit der Professionelle haben. Die Planung von Massnahmen und deren Umsetzung können nicht nur plötzlich gegenstandslos werden, sie können auch die Handlungslogiken unterwandern, da plötzlich ein unsystematisches Vorgehen oder gar eines, das diametral zur eigenen Professionslogik steht, gewählt werden muss. Das Spannungsfeld für Professionelle der Sozialen Arbeit richtet sich, in Anlehnung an Heuer et al. (2015, S. 274), hier jeweils daran aus, dass «klassische Bearbeitungslogiken» plötzlich von individuellen Bedürfnissen und Vorgehensweisen unterwandert werden. Dies führt dazu, dass an das Handeln bzw. die Handlungspraxen der Sozialen Arbeit sehr hohe Anforderungen in Bezug auf das Agieren, das Kommunizieren und zugleich das Reagieren gelten (ebd., S. 275). Dies gilt womöglich auch für das Koordinieren von Hilfeleistungen mit und gegenüber anderen Professionen.

5.2.2 Berufsprofil der Sozialen Arbeit in der Palliative Care

Wie an anderer Stelle angesprochen, existiert einerseits aus dem Jahr 2002 ein Berufsprofil vom Dachverband Hospiz Österreich und andererseits eines aus dem Jahr 2012 von der Deutschen Gesellschaft für Palliative Care (DPG). Das von der DPG verfasste Berufs- bzw. Tätigkeitsprofil für die Soziale Arbeit in der Palliative Care wird auch in der Schweiz angewendet. Dieses verfasste Profil legt Auftrag, Aufgaben und Handlungsmethoden dar – und zusätzlich werden fachliche und persönliche Voraussetzungen für das Tätigsein im Feld für die Soziale

Arbeit definiert.⁷ Es werden darin sechs Grundprinzipien definiert, worunter sich jeweils weitere Aspekte, bezogen auf die damit verbundenen Umsetzung in der Praxis, befinden – wobei angemerkt sei, dass das sechste Grundprinzip mehr ein perspektivischer Blick in die Zukunft und somit kein Beschrieb einer beruflichen Tätigkeit bzw. einer Voraussetzung ist. In dem Sinne spreche ich auch nachfolgend von 5 Grundprinzipien. Augenfällig ist, dass es sich teils um eine doch grössere Ansammlung von Arbeitsprinzipien und Fachtermini handelt, ohne diese im Speziellen auf das Handlungsfeld Sterben und Tod zu beziehen. Es entsteht auch hier der Eindruck, in Anlehnung an Wasner (2021), dass die Aufzählung eher beschreibender als empirisch fundierter Natur ist. Fischer (2014) spricht gar von einer Inhaltsliste, die «summarisch, aber nicht systematisch» das Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit abgebildet (S. 241). Das Berufsprofil formuliert zwar Qualitätserwartungen, welche für das berufliche Verständnis wichtig sind, doch für das professionelle Handeln an sich wären diese in «Qualitätszusagen» umzuwandeln (ebd.).

Um einen fachlichen Einblick zu geben, wird das Berufsprofil aus dem Jahr 2012 vorliegend zusammenfassend dargestellt. Die Grundprinzipien werden übernommen, die darunter gefassten Tätigkeiten und Beschreibungen werden kurzorisch ausgeführt. Aufgrund dieses Vorgehens zeigt sich das Berufsprofil wie folgt.

1) Grundprinzip: Inter- und Multiprofessionalität

Dieses Prinzip ist geprägt von der Ganzheitlichkeit der Begleitung am Lebensende. Um die Lebensqualität der Klientinnen und Klienten bis an das Lebensende zu garantieren, bedarf es eines mehrperspektivischen und multiprofessionellen Ansatzes.

2) Grundprinzip: Auftrag

Ausgehend vom Verständnis, dass Soziale Arbeit Menschen in besonderen sozialen Problemlagen unterstützt, soziale Teilhabe fördert sowie Ressourcen stärkt und Selbstbestimmung fördert, ergeben sich für die Sozialen Arbeit in der Palliativ Care folgende schwerpunktmässige Aufgaben:

- Unterstützung bei der Diagnoseverarbeitung;
- Förderung von Teilhabe und Vermeidung von sozialem Ausschluss;
- Vermeidung von Stigmatisierung;
- Unterstützung bei der Wahrung und Ermöglichung von Selbstbestimmung;

⁷ Gemäss Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der dortigen Sektion Soziale Arbeit befindet sich das Profil aktuell in Überarbeitung. Vgl. <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-soziale-arbeit.html> (letzter Stand: 16.03.2023).

- Förderung von solidarischem, mitmenschlichen Verhalten.

3) Grundprinzip: Kernaufgaben und Handlungsmethoden

Es wird zwischen *Beratungs-, Begleitungs- und Koordinationsleistungen* unterschieden, welche auch als Kernaufgaben zu lesen sind, und es werden verschiedenen Methoden ausgeführt.

Zu den *Beratungsleistungen* gehören Beratungen bezogen auf

- die Krankheit und diesbezüglichen Unterstützungsleistungen,
- soziale, ökonomische oder rechtliche Fragestellungen,
- Pflege und Versorgung bzw. Unterbringung,
- Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung,
- ethische Fragestellungen.

Begleitungsleistungen betreffend die Klientel und die Angehörigen. Hierbei wird ein Fokus auf bio-psycho-soziale Begleitung gelegt. Körperliche, psychische bzw. seelische sowie spirituelle und soziale Bedürfnisse stehen gleichermaßen im Zentrum.

Zu den Koordinationsleistungen zählen

- das Eruiieren von ethisch-rechtliche Entscheidungsprozesse betreffend Behandlungen sowie die Regel von gesetzlichen Vertretungen sowie Patientenverfügungen,
- interne und externe Netzwerkarbeit zu andere professionellen Fachpersonen und/oder Ehrenamtlichen,
- Koordination und Steuerung von unterschiedlichen Hilfsangeboten von Seiten der Professionellen und der Ehrenamtlichen,
- Vernetzung zwischen Professionellen und Ehrenamtlichen.

Methodisches Vorgehen:

- Förderung der Kommunikation zwischen Klientinnen und Klienten und Professionellen sowie weiteren Fachpersonen aus dem multiprofessionellen Team;
- Moderation von Teamgesprächen, kollegiale Beratung;
- Moderation von Fallbesprechungen;
- Wissenssicherung mittels Inter- und Supervisionen.

4) Grundprinzip: Qualifizierung/fachliche Kompetenzen

Betreffend die Qualifizierung für die Tätigkeit wird ein Bachelor oder Master in Sozialer Arbeit bzw. ein Abschluss der höheren Fachschule (HF) oder Fachhochschule (FH) vorausgesetzt. Es wird sodann zwischen persönlichen und fachlichen Voraussetzungen differenziert:

- persönliche Voraussetzungen: Bereitschaft, sich mit Krankheit, Tod und Sterben auseinanderzusetzen und in einem multiprofessionellen Team zu arbeiten;

- fachliche Voraussetzungen: besonderes fachliches Verständnis für Schnittstellenkompetenz zur Zusammenarbeit mit anderen Professionen und besondere Kompetenzen in der umfassenden Beratung im Bereich psychosoziale Unterstützung.

Interessant ist, wie das Berufsprofil der DGP bei den fachlichen Kompetenzen im Weiteren auf die sog. Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit nach Maus et al. (2010) rekurriert. Diese gelten nicht spezifisch für das Handlungsfeld Sterben und Tod, sondern wurden von den Autoren als generell wichtige Kompetenzen für das berufliche Handeln der Sozialen Arbeit definiert, die wie folgt lauten:

- systemische Beratung und dazugehörige Sichtweise;
- spezifische Methodenkompetenzen in der Krisenintervention und Netzwerkarbeit;
- sozialrechtliche Kompetenzen betreffend gesetzliche Grundlagen der Finanzierung und anwaltschaftliches Handeln;
- sozialadministrative Kompetenzen, administrative Tätigkeiten

5) Grundprinzip: ethische Grundhaltung

Bereits bei den fachlichen und den persönlichen Voraussetzungen war erkenntlich, dass Fachpersonen über eine ausgeprägte ethische Grundhaltung verfügen und diese auch reflektieren können. Dazu gehört es, den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu betrachten und Menschen am Lebensende mit Würde zu begegnen.

Ein abschliessender Blick auf das von der DPG erstellte Berufsprofil für die Soziale Arbeit verdeutlicht, dass sich das Handlungsfeld mit zahlreichen Aufgaben zu befassen hat, die teils sich nicht zwingend von andere Handlungsfelder der Sozialen Arbeit unterscheiden. Das Grundprinzip 1) der Multi- und Interprofessionalität wird sehr rudimentär beschrieben. Leipzig et al. (2002) wie auch Hart & Matorin (1997) legen hier eine klarere Positionierung dar – und das gar auf die Funktion der Sozialen Arbeit zugespielt: «Eine Stärke von Fachkräften der Sozialen Arbeit ist es, die Kommunikation im Team nachhaltig zu fördern und die andere Teammitglieder beim Umgang mit schwierigen Gefühlen und Krisensituationen zu unterstützen» (S. 1141 bzw. S. 1549). Die Soziale Arbeit wird als besonders kompetent diesbezüglich beschrieben und besitzt die Fähigkeiten, einerseits Ressourcen von Teammitgliedern offenzulegen sowie die Arbeit auf viele Schultern verteilen zu können.

Die Soziale Arbeit besitzt gemäss Student et al. (2020) die «fundierteste psychosoziale Fokussierung und die breiteste Ausgestaltung» (S. 153) – und kann daher als eine wichtige Ergänzung zu den anderen Berufsgruppen gesehen

werden. Student et al. sind weiter der Meinung, dass medizindominierte Berufsgruppen soziale Kompetenzen wie Wärme, Mitgefühl, Empathie zwar mitbringen, aber weniger darin geschult sind, diese auch umfassend einzusetzen, sowie ferner gar eher dazu geneigt sind, mit Aktivismus auf Leid zu reagieren, als mittels des Zuhörens, des Freilegens von Wünschen und eines bedürfnisorientierten Vorgehens diese Kompetenzen anzuwenden. Das Berufsprofil der DPG geht zwar auf das Koordinieren von Hilfeleistungen ein, doch wird es dabei nicht spezifisch. Die Aussage und die Feststellung im Berufsprofil, dass sich Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care auf die Tätigkeit als «Case-Managerin» fokussieren sollte, macht es nötig, sich den Begriff nochmals in Erinnerung zu rufen. Gemäss Wendt (2018) kann unter Case-Management ein Prozess der Zusammenarbeit verstanden werden, in welchem «eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen» (S. 203). Neuffer fasst sich kürzer und fokussiert sich darauf, dass Case-Management v. a. Fall- und Systemsteuerung mache und dafür «personelle und institutionelle Netzwerkarbeit» einbinde und so den «Aufbau eines professionellen und nicht professionellen Unterstützungssystems» umsetze (S. 22). Case-Management ist in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wie aber auch in der Arbeitsintegration stark verbreitet. Die Gründe liegen oftmals in der Komplexität der Fälle bzw. der Problemlagen der Klientinnen und Klienten. Die zu eruiierende Unterstützung bedingt, dass viele Handlungsschritte aufeinander abgestimmt werden müssen und mehrere Personen bzw. Organisationen in die Fallführung zu integrieren sind. Oberstes Ziel ist es, eine sinnvolle sowie angemessene Steuerung und Koordination der Versorgung für die Klientel bzw. und sein soziales Umfeld zu erreichen (Wendt, 2018, S. 173). Es ist erstaunlich, dass das Berufsprofil von Seiten der DPG nicht auf diesen Fachterminus nicht eingeht, es reicht jegliche für eine Umschreibung im Sinne der Koordination.

Was im Berufsprofil der DPG, bei Student et al. (2020) sowie bei Wasner (2010) als Kernauftrag jeweils genannt wird, ist die psychosoziale Beratung. Diesen Ausdruck verwendet auch die bereits erwähnte WHO-Definition von Palliative Care. Folgt man Forster (2014), so zeigt sich, dass der Übergang von sozialer Beratung zu psychosozialer Beratung fließend sein kann. Ferner entwickelt dieser sich auf drei Ebenen: der sachlichen (1), der emotionalen (2) und der appellbezogenen (3) Ebene (S. 130). Auf der ersten Ebene geht es darum, Fakten, Anliegen und Gründe zu klären – für die aktuelle Situation sowie womöglich für die nächsten Schritte. Bei der zweiten Ebene liegt der Fokus auf der Klientin bzw. dem Klienten selbst. Welche Ängste, Gefühle und emotionalen Zustände liegen

vor? Bei der dritten Ebene wird der genaue Bedarf ermittelt und überlegt, was von Seiten der Fachperson übernommen wird und was womöglich auf weitere Personen verteilt bzw. weiterkoordiniert werden kann (ebd. 2014, S. 130). Wichtig zu sehen ist, dass das Eruiere von psychosozialen Bedürfnissen auch dazu führen kann, dass spirituelle oder sinnbezogene Themen an Bedeutung gewinnen bzw. später durch eine weitere zuständige Profession bearbeitbar werden. In dem Sinne können psychosoziale und spirituelle bzw. moralisch-ethische Fragestellung eng verknüpft sein, weshalb es auch in der Praxis vorkommt, dass die Soziale Arbeit sich eng mit der Seelsorge bzw. Spiritual Care vernetzt. Nestmann (2008) legt eine Definition der psychosozialen Beratung vor, welche sich nebst der Information und der Freilegung von Optionen zur Bewältigung von Problemen bzw. Krisen auch daran orientiert, «Anregung zur Entfaltung von Kräften zur Entwicklung im Lebenslauf» zu sein (S. 72). Wie später im Kapitel 7 ersichtlich wird, orientieren sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit besonders am Potenzial des Freilegens von Kräften, Bedürfnissen und Optionen für ihre Klientel am Lebensende, womit die Definition Nestmanns auch auf das Lebensende hin sein Potenzial entfaltet.

5.3 Soziale Arbeit am Lebensende: Situation in der Schweiz

Bereits einleitend sowie zu Beginn des vorliegenden Kapitels 5 wurde deutlich, dass die Schweiz (noch) über keine flächendeckende Hospizversorgung verfügt. Die Umsorgung am Lebensende wird mehrheitlich über die palliative Versorgung von Spitälern oder spezifischen Palliativstationen sowie die sich im Aufbau befindenden mobilen Palliative Care Dienste sichergestellt.

In den umliegenden Ländern haben sich bereits seit 1970er Jahren Hospize und professionelle Versorgungsstrukturen etabliert, exemplarisch Deutschland und Österreich. Fast zeitgleich hat sich auch die ambulante Hospizarbeit weiterentwickelt, um die Versorgung von Menschen am Lebensende ebenso für ländlichere und periphere Bevölkerungskreise sicherzustellen und auch um dem Wunsch «zu Hause zu sterben» als umfassendes Konzept zu ermöglichen (Pleschberger, 2007). In der Schweiz trat die Entwicklung mit der Gründung von Hospizen erst in den 1980ern und so dann ab den 2010er Jahren verstärkt ein. Eine Institution, welche in der Zeit der 1980er Jahren schweizweite Bekanntheit erlangte, ist das Lighthouse in Zürich, ursprünglich für Aids-krankte Menschen

gegründet, und heute eines der grösseren Hospize. Es gilt heute als ein Kompetenzzentrum, welche die Soziale Arbeit seit Beginn zu ihrem Leistungsangebot zählt.⁸

Seit den 1980er Jahren haben sich so dann in verschiedenen Kantonen nur sehr zögerlich weitere Hospize entwickelt und von einer wirklichen Hospizbewegung kann erst seit den 2010er Jahren gesprochen werden. Zu dieser Zeit wurde die Nationale Strategie für Palliative Care (2010 – 2015) vom Bund bzw. vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit den Kantonen etabliert. Der Fokus lag auf einer Bedarfsanalyse und einer ersten Strategieentwicklung.

Im Vergleich zu Deutschland oder Österreich sind das rund 40 Jahre später. Erklären lässt sich dies damit, dass die Schweiz zuerst vornehmlich auf den Ausbau der Palliative Care und diesbezügliche Palliativstationen gesetzt hat. Medizinische und Therapeutische Massnahmen wurden favorisiert, ausgebaut und intensive Forschung, besonders zu Krebstherapien betrieben. Dieser Entwicklung steht eine starke Hospiztradition gegenüber. Sie fokussiert auf die bio-psychosoziale Begleitung und Betreuung am Lebensende. In dem Sinne zeigt sich für den Schweizer Kontext in Anlehnung an Pleschberger (2007) eine eher gegensätzliche bzw. dialektische Entwicklung. Ich fasse diese wie folgt auf: Die Schweiz hat zuerst den Forschungs- und damit verbundenen Entwicklungsbedarf für den Themenkomplex Sterben, Tod und Trauer in der Medizin und Pflege analysiert und ausgebaut und schafft nun nachgelagert Strukturen in der Versorgung in Form von Hospizen und weiteren mobilen Versorgungsstrukturen. Diesem Umstand ist es geschuldet, dass die Soziale Arbeit nicht von Beginn an einen hohen Stellenwert zukam und dass sie auch heute noch, eher stiefmütterlich in gewissen Institutionen und in der Öffentlichkeit verankert ist.

Eine erste wichtige Forschungsstudie, welche sich mit der palliativmedizinischen – nicht mit der Verankerung der Sozialen Arbeit in der Palliative Care – Begleitung auseinandersetzt, geht auf das Jahr 2008 zurück. Darin zeigte sich, dass die Versorgungsstrukturen in den Kantonen sehr unterschiedlich ausgestaltet sind und es deshalb grössere multiprofessionelle Teams benötige, um die Versorgung umfassender sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund wurde vom Bund die erste «nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012» verabschiedet. Sie befasste sich generell mit einer umfassenden Versorgung und Vernetzung von Angeboten am und für das Lebensende (Eychmüller et al., 2010, S. 409 f.). 2011 startete diese nationale Strategie für Palliative Care und daraufhin 2012

⁸ Vgl. Geschichte des Lighthouse, zugänglich auf der Website <https://www.zuercher-lighthouse.ch/lighthouse/geschichte/>

das nationale Forschungsprojekt «Lebensende» (NFP 67)⁹, welches 2018 bzw. 2019 abgeschlossen wurde. Das Forschungsprojekt des Nationalfonds umfasste 33 Projekte mit Fragestellungen zur Versorgung (medizinisch und pflegerisch), zu den Orten und Formen des Sterbens in der Schweiz, betreffend Entscheidungsfindungen am Lebensende sowie zu ethischen, rechtlichen, finanziellen und sozialen Fragestellungen um das Sterben. Bezogen auf die Soziale Arbeit gab es zwei Projekte, wo u. a. die Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit bezogen auf die Verarbeitung eines Verlustes eines Elternteils sowie im Hinblick auf die Entscheidungsfindung am Lebensende näher angesehen wurden (vgl. Synthesebericht, 2019). Weitere empirische Arbeiten finden sich im NFP 67 zur Sozialen Arbeit und ihrer Rolle in der Palliative Care nicht. Im Bericht wird darauf verwiesen, dass der Bund vier Themenfelder ausmacht, welche für die Begleitung und Betreuung am Lebensende angegangen werden müssen. Im Bereich der psychosozialen Unterstützung müsse unbedingt das Themenfeld «Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer komplexen Symptomatik in der letzten Lebensphase» verbessert werden. Was dies in der Umsetzung und somit bezogen auf konkret Massnahmen für einzelne Professionen im Feld der Palliative Care bedeutet, verbleibt im Synthesebericht aber auch in der erneuten Positionierung vom Bundesrat unklar. Einzig der Aspekt der Finanzierung über eine Neuregelung einer Tarifierung von Leistungen am Lebensende erscheint im Bericht als klare Vorgabe (vgl. S. 6). Der Synthesebericht schliesst mit insgesamt 11 Impulsen und der letzte Impuls zeigt deutlich auf, die Sterbeforschung in der Schweiz ist erst in ihren Anfängen, doch «angesichts des demografischen Wandels wird die Betreuung und Begleitung Sterbender an Bedeutung gewinnen» (2019, S. 53). Mittlerweile haben sich weitere Forschungsprojekte etabliert, allerdings nicht mit Fokus auf das Sterben, sondern auf die Altersforschung bzw. die Gute Betreuung im Alter im Allgemeinen.¹⁰

Von Seiten der Caritas Luzern, der Age-Stiftung und der Hochschule Luzern wurde 2013 eine Begleitforschung zum Thema «Begleitung in der letzten Lebensphase» umgesetzt (Jenny, 2013). Der Fokus dabei war auf die koordinierten Hilfeleistungen gelegt, vermittelt von Freiwilligen und Fachleuten der ambulanten Palliative Care. Ziel war es, den Nutzen von Freiwillig und professionell Erbrachten Dienstleistungen für Betroffene und Angehörige sichtbar zu machen. Es stellte sich heraus, dass Freiwillige nicht nur für Angehörige und Betroffene

⁹ <https://www.snf.ch/de/yTuRPqG8sTYCYCL3B/seite/fokusForschung/nationale-forschungsprogramme/nfp67-lebensende>.

¹⁰ Die Paul Schiller Stiftung hat sich zum Ziel gesetzt, bei der Forschung zu Guter Betreuung im Alter eine aktive und vernetzende Rolle einzunehmen. Welche Projekte vorliegen findet sich unter: <https://www.gutaltern.ch/>

unterstützend und entlastend sein können, sondern für die Fachleute selbst. Die Stärke der Beziehung bzw. deren Ausgestaltung und die Kontaktaufnahmen mit den Klientinnen und Klienten sowie die Unterstützung dabei für andere Professionen waren wichtige Ergebnisse. Auf der anderen Seite stellte die Studienautorin fest, dass die Professionelle Soziale Arbeit kaum von anderen Fachpersonen, geschweige denn von den Angehörigen wahrgenommen wird (Jenny, 2013, S. 29). Die Gründe dafür konnte sie jedoch nicht spezifizieren. Exemplarisch gibt es noch die Studie von Zimmermann et. al. (2019) mit Fokus auf gesellschaftliche, rechtliche und individuelle Perspektiven auf das Lebensende in der Schweiz und die PELICAN Studie von Bergsträsser et al. (2016)¹¹ zur Versorgungssituation von Eltern mit einem terminal erkrankten Kind. Diese Studie nimmt indirekt die Aufgaben der Sozialen Arbeit als Vermittlerin auf, wenn es um die spitalbedingte und stationäre Unterstützung von Eltern mit einem Kind mit einer lebensverkürzenden Diagnose geht. Seit dann bin ich auf keine weiteren Studien in der Schweiz gestossen, welche die Soziale Arbeit bzw. ihr Handeln in der Palliative Care direkt adressieren und ins Zentrum einer grösseren Forschung stellen. Studien zu Wirkungsmessungen der Sozialen Arbeit scheinen damit nicht nur in anderen Ländern, sondern in der Schweiz ebenfalls zu fehlen.

Im Herbst 2020 hat der Bundesrat, gestützt auf verschiedene Parlamentarische Vorstösse im National- und Ständerat¹² eine erneute Positionierung und Zielsetzung zur Palliative Care in der Schweiz abgegeben. Dies auch in Anlehnung an die nationale Palliative Care-Strategie (2010 bzw. 2012–2015) und deren Ergebnisse aus dem NFP 67. In einem Statusbericht aus dem Jahre 2020 zur Erfüllung des Postulats wird aufgezeigt, dass es einer stärkeren Koordination und Interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich Begleitung am Lebensende brauche und das hierfür die Soziale Arbeit wesentliche Kompetenzen mitbringen. Zudem sei die Vorausplanung von Prozessen sehr wichtig, damit Bedürfnisse, Versorgungsanforderungen spezifisch ermittelt und frühzeitig geplant werden können (S. 28–29). In dem Bericht werden am Schluss fünf Handlungsempfehlungen ersichtlich und eines davon zeigt auf, dass das Angebot der Palliative Care nicht ausreichend in die Grundversorgung aufgenommen ist und es deshalb auch zu Ungleichheiten im Zugang zu diesen Angebote komme und dieser ungleiche Zugang ebenfalls weitere Ungleichheiten in der Versorgung von Klientinnen und Klienten am Lebensende bedeuten (S. 65).

¹¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/palliative-care-bei-kindern.html>.

¹² Vgl. Postulat 18.3384 ««Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»»

Es werden aber keine direkten Bezüge zu einzelnen Professionen und deren Handlungs- bzw. Wirkungsfeld gemacht. Während der Coronapandemie war man sich zwar einig, dass die Pflege und die Betreuung zu den sogenannten systemrelevanten Berufen gehört. Neuste Diskussionen rund um die zunehmende Hochaltrigkeit zeigen zudem auf, dass der Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonen stark ansteigen wird und damit auch die Soziale Arbeit gefordert wird, ihre Unterstützungs- und Betreuungsleistungen als systemrelevante Tätigkeiten zu erbringen (Aner & Karl, 2020)¹³, doch auch dieses Ergebnis hat bis jetzt noch nicht dazu geführt, dass professionelle über das Sterben nachgedacht wird bzw. das Sterbeforschung auch von Seiten der Sozialen Arbeit betrieben wird.

Aktuelle Beiträge zum Thema Sterben und Tod bzw. Palliative Care und Soziale Arbeit in der Schweiz finden sich zwar im Herbst 2022 in der schweizerischen Zeitschrift SozialAktuell und deren veröffentlichten Themenreihe «Tod und Trauer». Gemäss Fernandez & Probst-Barroso (2022) werden 20 % der Menschen mit palliativer Situation in spezialisierten Palliativstationen und 80 % in sog. Allgemeiner Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen, sozialpädagogischen Institutionen (Kinder- und Jugendheimen, heilpädagogischen Institutionen) oder Spitälern betreut. Ob mit spezialisierten Palliativstationen Hospize gemeint sind, bleibt leider unklar. Die Autorinnen halten aber eine interessante Differenzierung bezogen auf das Tätigsein der Sozialen Arbeit in diesen Institutionen fest. Sie argumentieren, dass sich in der spezialisierten Palliative Care die Fachpersonen der Sozialen Arbeit fachlicher und bewusster mit dem Lebensende auseinandersetzen, während in der allgemeinen Palliativ Care im Alltag zwar Berührungen in diese Richtung vorhanden seien, diese Berührung mit der Palliative Care aber «aufgrund fehlender Sachkenntnis oft gar nicht als solche erkannt wird» (S. 16). Auf welche Empirie sich hier die Autorenschaft stützt, bleibt offen. Die Argumentation deutet aber darauf hin, dass sich eine stärkere Auseinandersetzung mit dem beruflichen Handeln in der Palliative Care von Seiten der Sozialen Arbeit weiter lohnt.

Neuesten Entwicklungen in der Forschung in der Schweiz zeigen, dass vermehrt Kosten-Nutzenanalysen zu Palliative Care angefertigt werden. Dabei werden monetäre (eingesparte Gesundheitsausgaben) als auch nicht-monetäre Nutzenkomponenten (z. B. bessere Lebensqualität und Selbstbestimmung) berücksichtigt (z. B. Machbarkeitsabklärung im Bereich Palliative Care, Telser et al, 2014; Streck, 2016). Zudem unternehmen die Kantone individuelle Bestrebungen, die mobile Palliative Care Versorgung (MPCD) in ihren Regionen auszubauen. Aktuell findet eine erneute politische Debatte über die Tarifierung von hospizlichen Leistungen

¹³ Vgl. Aner & Karl (2020). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag.

statt. Jedoch fehlen immer noch namhafte Forschungsvorhaben, die die Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit im Kontext der Betreuung am Lebensende sowie deren Auswirkungen auf die Klientel beleuchten. Daher überrascht es nicht, dass die Finanzierung der Leistungen, die von der Sozialen Arbeit in der Betreuung am Lebensende erbracht werden, kein Thema sind.

5.4 Zwischenfazit zur Sorge um Andere am Lebensende

Es besteht kein Zweifel daran, dass die Soziale Arbeit in der Palliativ Care von großer Bedeutung ist. Jedoch ist ihre genaue Rolle umstritten. Student (2020, S. 18) spricht von einer Klärungsbedürftigkeit, wie es kaum eine andere Profession im Gesundheitsbereich auszuhalten hat. Er hat recht, doch dieser Prozess, der zu dieser Klärung führt, kann auch als Stärke gelesen werden, insbesondere, wenn man sich wie hier, professionsbezogen der Thematik nähert und das berufliche Selbstverständnis in das Zentrum stellt. Wasner bezeichnet die Soziale Arbeit als «spezialisierte Generalistin» (2010/2011, S. 653) – diese Bezeichnung ist so ungenau und genau zugleich. Spezialisiert sein für etwas, was man nicht generalisieren kann – so stellt sich auch der Alltag der Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care dar. Die Vermittlung zwischen gesellschaftlichen, institutionellen, persönlichen bzw. individuellen Gegebenheiten sowie das Ermöglichen von Teilhabe, Lebensqualität, Autonomie und Würde bis zur letzten Sekunde sind anspruchsvoll, doch nur auf dieser Grundlage gelingt die Umsetzung der Hospizarbeit bzw. Palliative Care auf psychosozialer Ebene.

Bitschnau (2017) formuliert in Anlehnung an die Forschungsarbeiten von Wasner (2010; 2011; 2014), dass die Soziale Arbeit gerade durch ihr unterschiedliches Wirken und ihre nicht immer zuordenbaren Aufgabenbereiche für andere Professionen nicht leicht einzuschätzen ist (S. 116). Nicht einschätzbar heisst aber nicht, nicht relevant zu sein. Versteht man das Sterben als einen individuell zu bewältigenden Prozess, so liegt es nahe, dass bei diesem Bewältigungsprozess die Soziale Arbeit beteiligt sein muss. Böhnisch, als wohl bekanntester Vertreter, versteht Lebensbewältigung als Streben nach psychosozialer Handlungsfähigkeit, was bedeutet, dass der Selbstwert, die soziale Anerkennung und die Selbstwirksamkeit im Einklang sein müssen (2016). Insbesondere in Krisensituationen kann es zu Ungleichgewichten kommen. Neben Unterstützung für die Lebensbewältigung zu leisten, geht es auch um die Übernahme von Querschnittsaufgaben, sei es bezüglich anderer Professionen im Feld von Sterben und Tod oder aber auch

bezogen auf die Vermittlung zwischen Gesellschaft und Individuum, Hilfe und Kontrolle oder Integration bzw. Segregation (Student et al., 2020, S. 17).

Wichtig ist mir, nochmals darauf hinzuweisen, dass ich nicht davon ausgehe, dass Palliative Care und Hospizarbeit nur in Hospizen oder Palliativstationen geleistet werden können. Wenn man Palliative Care als Konzept versteht, das die Lebensqualität bis an das Lebensende in das Zentrum stellt, dann geht es darum, diese Denk- und Handlungsweisen in verschiedene Institutionen, wozu auch Alters- und Pflegeheime gehören können, einzubringen. Fernandez & Probst-Barroso formulieren, dass noch wenig empirisches Wissen über die Kompetenzen und die Erfahrungen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der palliativen Begleitung vorhanden sei (2022, S. 17). Diese wie auch an anderer Stelle deutlich gewordenen Feststellungen (z. B. bei Wasner & Pankofer, 2021) deuten darauf hin, dass es mehr als angezeigt ist, Aspekt der «Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Palliative Care» empirisch zu fassen.

Wie ausgeführt, gibt es Einschätzungen von anderen Fachpersonen im Feld der Palliative Care über die Aufgaben für die Soziale Arbeit in Palliative Care (exemplarisch Student et al., 2020; Wasner & Pankofer, 2021; Wasner 2010; Allert, 2010; Bitschnau, 2017). Wie jedoch die Fachpersonen der Sozialen Arbeit ihr berufliches bzw. professionelles Handeln und damit ihren Tätigkeitsbereich selbst in der Palliative Care beschreiben und wahrnehmen, darüber ist fast nichts bekannt. Genau hier setzt die vorliegende Forschung an und wie ich methodisch vorgehe folgt im Kapitel anschliessend.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Die Methodologie des Forschungsprozesses

6

Die Qualität für ein Forschungsvorhaben erwächst aus der besonderen Sorgfalt in der Vorbereitung, Analyse und Interpretation von Daten (Tuma, Schnettler & Knoblauch & 2013, S. 586). Auch ich habe mich an diesen Maximen orientiert, um die wissenschaftliche Zielsetzung der vorliegenden Forschung zu realisieren. So wurden im Vorfeld sorgfältige Überlegungen im Hinblick auf das methodische Vorgehen und den Auswertungsprozess angestellt.

Im Zentrum der Forschung steht die Rekonstruktion des beruflichen Selbstverständnisses von Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care. Es gilt die Orientierungsmuster und -rahmungen sowie die gemachten Äusserungen und Beschreibungen des beruflichen Tätigseins als Begründungen zu erkennen sowie professionstheoretisch zu verorten. Um dieses Ziel zu erreichen, wird qualitativ gearbeitet – das vor dem Hintergrund, dass vorliegend dem Verständnis von Kergel (2018) in Anlehnung an Flick und Kardoff & Steinke (2013) gefolgt wird und ein «deutendes und verstehendes Vorgehen als Zugang zu einer durch Interaktionsgeschehen konstruierten sozialen Wirklichkeit als ein Merkmal, das qualitative Sozialforschung auszeichnet», im Zentrum steht (S. 14). Qualitativer Forschung liegt die erkenntnistheoretische Annahme zu Grunde, dass soziale Systeme ihre Bedeutsamkeit durch das Handeln, Deuten und Interpretieren von in diesen Systemen lebenden Individuen erhalten. Wirklichkeit bzw. die soziale Wirklichkeit wird in der Interaktion hergestellt, konstruiert sowie rekonstruiert. Bennewitz formuliert, dass sich die soziale Wirklichkeit somit «als Ergebnis von sinnhaften Interaktionsprozessen» in vorhandenen Strukturen darstellt (2013,

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann
https://doi.org/10.1007/978-3-658-45031-1_6.

S. 45). So gilt es vorliegend, den Sinn und das Sinnhafte in den Erzählungen über die gemachten Handlungen und erfahrenen Interaktionen von Seiten der Gesprächspartnerinnen und -partner herauszulesen. Marotzki (2006) akzentuiert und adressiert noch deutlicher die in den sozialen Systemen lebenden Subjekte und formuliert als Zielsetzung qualitativer Forschung das «Aufdecken von Strukturen des Verhältnisses des Subjekts zu sich und seiner Lebenswelt» (S. 113). Zusammengefasst fokussiert sich qualitative Forschung darauf, herauszufinden, wie Subjekte ihr Handeln selbst erleben und beschreiben, welchen Sinn und womöglich welchen Wert sie ihrem eigenen Handeln beimessen und wie sie selbst die sozialen Interaktionen deuten und für sich entwerfen (Bennewitz, 2013, S. 45). Um das Beschreiben, das Deuten und das Sinnhafte in den gemachten Erfahrungen über das eigene Tätigsein der Fachpersonen in der Palliative Care geht es vorliegend.

In der qualitativen Sozialforschung wird zudem zwischen deskriptiver und rekonstruktiver Sozialforschung unterschieden. Letztere steht hier im Vordergrund, denn das forscherscher Erkenntnisinteresse liegt auf dem «wie», was meint, dass das Zusammenwirken von Faktoren und das Zuweisen von Bedeutungen und Begründungen interessieren – und nicht das «was», womit Beschreibungen von sozialen Phänomenen gemeint sind, in denen sich das Deskriptive zeigt (Kergel 2018, S. 48). Auf meine Forschung transferiert bedeutet das: Es geht mir um das Sichtbarmachen von Deutungs- und Orientierungsmuster sowie von Begründungen, welche Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care selbst heranziehen, um ihr Tätigkeits- bzw. Arbeitsfeld sowie ihre Eingebundenheit darin generell und bezogen auf die für sie vorhandenen Strukturen zu beschreiben. In dem Sinne fokussiere ich das Sichtbarmachen von handlungsleitendem Wissen, welches sich womöglich später in der Analyse als habituelles Handeln von Fachpersonen verorten lässt.

So soll das berufliche Handeln im ausgewählten Feld über das Erkennen von Orientierungs- und Handlungsmuster fassbarer werden und damit ein Beitrag zur weiteren Professionalisierung in einem sich zukünftig noch stärker etablierenden Handlungsfeld geleistet werden. Um hierfür Ergebnisse zu generieren, wird mit qualitativen Einzelinterviews gearbeitet. Die Interviewdaten werden anschliessend mit der dokumentarischen Methode ausgewertet (vgl. Przyborski & Slunecko, 2020; Nohl, 2017). Weshalb dieses Vorgehen und das Auswertungsverfahren gewählt wurden, wird fortfolgend beschrieben.

6.1 Bescheidene Konzeptanalysen als «Field-Opener»

Wie eingangs erwähnt, gilt es, den Vorbereitungen im Hinblick auf eine geplante Erhebung grössere Beachtung einzuräumen. Das wird hiermit gemacht, indem ein vorbereitendes Kennenlernen des Feldes in Form einer Konzeptanalyse angefertigt wurde. Wie in der Einleitung und in Kapitel 3 erwähnt, hat die Schweiz eine junge Hospiztradition; das Wirken der Palliative Care ist stark auf das Medizinische fokussiert, bezogen auf die psychosoziale Begleitung in Institutionen, aber auch generell in Bezug auf verschiedene Angebote und Dienstleistungen sowie im Hinblick auf die Soziale Arbeit noch diffus. Da vorliegend mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit Interviews geführt werden, welche in Hospizen oder für diese in ausgewählten Kantonen arbeiten, gilt es, sich einen Überblick über die vorhandenen Institutionen, deren Angebot und Tätigkeitsbereich, personelle Zusammensetzung sowie mögliche weitere zentrale Eckwerte in Bezug auf die Soziale Arbeit zu verschaffen. Um das zu erreichen, wurden zwischen Dezember 2018 und März 2019 mit der Unterstützung des Dachverbandes Hospize Schweiz¹ alle damals bekannten und registrierten Institutionen mit einem Schreiben bedient. In diesem Schreiben war die Zielsetzung des Forschungsprojekts ersichtlich sowie die Bitte platziert, man möge das Leitbild sowie wichtige Konzepte der Institution der Forschenden zustellen und ebenfalls den Kontakt der zuständigen Fachpersonen der Sozialen Arbeit nennen, sofern es eine Person und/oder eine Institution gibt, mit welcher man im Bereich psychosoziale Begleitung oder sozialarbeiterische Unterstützung zusammenarbeite.

Ich möchte an dieser Stelle festhalten, dass keine detaillierte Analyse der Konzepte und Unterlagen in Bezug auf deren Qualität, Glaubwürdigkeit oder Authentizität erfolgt ist. In dem Sinne und in Anlehnung an Scott (1990) wird vorliegend auch keine inhaltliche und qualitativ umfassende Konzeptanalyse vorgenommen. Die Konzepte und Leitbilder der Institutionen werden lediglich daraufhin untersucht, welche Aussagen sich darin bezogen auf die Soziale Arbeit und

- deren Team- bzw. Berufszusammensetzungen,
- deren Tätigkeits- und Aufgabenbeschreibungen,
- sowie der generellen Aufgabenverteilung in der Institution und
- allenfalls bezogen auf weitere Spezifika/Eckwerten/Eigenheiten finden lassen.

¹ <https://www.dachverband-hospize.ch/>

Mit diesem Vorgehen wurden erste Erkenntnisse über das «Feld» und die Rolle der Sozialen Arbeit in den jeweiligen Institutionen, basierend auf den vorhandenen Dokumentationen, gewonnen. Anschliessend wurde geschaut, ob und – wenn zutreffend – wie lange die Soziale Arbeit Teil der Institution ist. Vor dem Hintergrund, der sich in der Schweiz erst stärker etablierenden Hospizbewegung und der unterschiedlichen Sprachregionen erwies sich das als nicht ganz einfach, da teils noch keine oder nur rudimentäre Angaben zur Sozialen Arbeit in den Konzepten gemacht werden.² Dem Umstand, dass gewisse Hospize sich erst in der Gründungsphase befinden, teils noch sehr klein sind und wenig Personal haben, wird in Form einer Übersicht Rechnung getragen. Diese Übersicht verhält mir dazu, die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner einordnen zu können.

Die Ergebnisse aus der kursorischen Dokumentenanalyse fanden zudem Eingang in die Entwicklung der Leitfragen für die qualitativen Expertinnen- bzw. Experteninterviews. Insbesondere präzise Nachfragen zur Verankerung wie auch zur Entwicklung der Stelle im Allgemeinen konnten dank der Konzeptanalyse besser erfragt werden. Zusammenfassend wurden die Konzepte somit als «Field-Opener» benutzt, indem über die Anfrage zu den Konzepten auch Informationen zu möglichen Interviewpartnerinnen bzw. -partnern eruiert wurden. Da später auch mit drei Personen gesprochen wurden, wo Konzepte vorgängig vorlagen, wurden die in den Konzepten gemachten Aussagen über die Soziale Arbeit zur Kontextualisierung von Aussagen aus den Interviews in der Auswertung herangezogen.

6.1.1 Ergebnisse aus den Konzepten

Auf die schriftliche Bitte nach den Konzepten und Kontaktdaten erfolgte von 14 angeschriebene Institutionen von 9 eine Zustellung diverser Unterlagen. Was ein Rücklauf von 65 % bedeutet. Die Unterlagen wurde zwischen März 2019 bis Juli 2019 gesichtet und auf die in der nachfolgenden Tabelle ersichtlichen Kategorien hin systematisiert. Die Ergebnisse beziehen sich alle auf die Sozialen Arbeit bzw. deren möglichen Verankerung in der Institution (Abbildung 6.1).

² Die Institutionen in der französischen Schweiz und in den rätoromanisch sprechenden Regionen wurden ebenfalls über das Forschungsprojekt informiert. Der Italienischsprechende Teil verfügt aktuell über kein Hospiz, wo die Soziale Arbeit enthalten ist.

Team- bzw. Berufszusammensetzungen	In allen 9 Institutionen multiprofessionell, wobei die Soziale Arbeit nur in 4 Institutionen entweder als Sozialarbeit, Spitalsozialarbeit oder Soziale Arbeit (2) ausgewiesen wird.
Tätigkeits- und Aufgabenbeschreibungen	Zwei Institutionen lehnen sich an das Berufsprofil der DGP an. Eine Institution zeigt auf, dass sie sich für Dienstleistungen im Sozialversicherungsbereich auf die Soziale Arbeit beruft. Die anderen 6 Institutionen weisen keinen eigenen Tätigkeitsbeschrieb für die Soziale Arbeit aus.
Anstellungsmodelle	Kein Konzept weist eine genaue Beschreibung betreffend Anstellungsmodell für die Soziale Arbeit aus.
Besondere Spezifika/Eckwerten/Eigenheiten finden lassen	In zwei Konzepten wird das Casemanagement ausführlich beschrieben und damit auch die Ein- und Austrittsplanung. Es wird kein Verweis auf die Soziale Arbeit gemacht. In 4 Konzepten wird auf die sozialen Berufe verwiesen. Dabei folgt eine Nennung von Psychologie, Seelsorge / Spiritual Care. Die Soziale Arbeit wird nicht explizit ausgewiesen.

Abbildung 6.1 Übersicht über die Einbettung der Sozialen Arbeit in recherchierten Konzepten von Institutionen

Die Tabelle zeigt das, dass die Soziale Arbeit noch nur sehr rudimentär und sehr unterschiedlich eingebunden ist. Ferner zeigt sich auch, dass nicht alle vorliegenden Konzepte eine konkrete Tätigkeitsbeschreibung für die Soziale Arbeit aufweisen. Im Gegenteil sie verweisen auf das Berufsprofil der DPG. Im Gegenzug dazu stellen sie aber die medizinischen und pflegerischen Leistungen sehr detailgetreu dar.

Die Dokumentenanalyse offenbart zudem, dass sich die Soziale Arbeit teils in sehr kleinen Anstellungspensen von 5–10 % bewegt. Das höchste Pensum liegt aktuell bei 60 %, was auch dem Umstand zugeschrieben wird, dass diese Institution einerseits mit mehr als 12 Betten die grösste Institution und zugleich die am längsten existierende ist. Fünf Institutionen arbeiten mit der Krebsliga Schweiz³ bzw. deren regionalen bzw. kantonalen Einheiten zusammen und beziehen die sozialarbeiterischen bzw. soziale Beratung und Unterstützung als Dienstleistung (mittels Vertrag oder Leistungsvereinbarung) über die Krebsliga.

³ <https://www.krebsliga.ch/>

Die kursorische Konzeptanalyse und die Ausführungen dazu zeigen, dass sich das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit sehr vielschichtig und heterogen zeigt. Der Umstand, dass teils keine Soziale Arbeit in die Begleitung und Betreuung involviert ist, stimmt nachdenklich. Es zeigt aber zugleich auch das Entwicklungspotenzial auf. Damit nun auf möglichst viel Erfahrungswissen von Seiten der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care zurückgegriffen werden kann, wurde versucht die neun Fachpersonen der Sozialen Arbeit in den Hospizen für ein Interview zu gewinnen.

6.2 Datenerhebung

Ziel der vorliegenden Forschung ist es, die Praxis der Fachpersonen der Sozialen Arbeit und ihre Sichtweise auf ihre eigene Praxis sowie die damit zusammenhängenden haltungsleitenden Orientierungen und Begründungen zugänglich zu machen. Es sollen Selbstbeschreibungen, Wissensbestände und die eigene Idee vom eigenen Tätigsein als Fachperson der Sozialen Arbeit im Palliative-Care-Bereich rekonstruiert werden. Daher liegt der Hauptfokus der Datenerhebung auf den Gesprächen bzw. den Narrationen von Seiten der Fachpersonen selbst.

6.2.1 Expertinnen bzw. Experteninterviews

Wenn es um die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen in einem spezifischen Bereich oder, wie hier vorliegend, in einem spezifischen Handlungsfeld von Seiten der darin Tätigen geht, bieten sich Interviews bzw. Expertinnen- und Experteninterviews an (Flick, 2016, S. 219). Wie eingangs in diesem Kapitel erwähnt, liegt eine qualitative bzw. rekonstruktive Sozialforschung vor – und diese verlangt nach einer sog. «Offenheit der Kommunikation» (Hoffmann-Riem, 1980, zit. in Nohl, 2017, S. 17). Über Gespräche seien diese unter Kolleginnen und Kollegen im beruflichen oder privaten Umfeld, werden persönliche, sachliche bzw. fachliche Meinungen, Einstellungen, Ansichten oder Vorgehensweisen erläutert und diskutiert. Die Themen können dabei frei gewählt oder vorgegeben sein. Die Kommunikation kann, muss sich aber nicht an einer Rahmung orientieren, wichtig ist allerdings, dass die Antworten nicht vorgegeben sind, sondern frei erzählt werden kann. Über das Durchführen von Interviews und das Erheben von Gesprächsdaten sowie den Umstand, dass bei diesem Erhebungsverfahren keine Vorgaben bezogen auf die Antworten gemacht werden, kann ebenfalls der Voraussetzung der offenen Kommunikation genügend Rechnung getragen werden. Bei

Experteninnen- und Experteninterviews ist allerdings das Thema vorgegeben – und mittels diesbezüglichen Fragens wird dieses eingegrenzt. Die interviewten Fachpersonen können jedoch frei auf die Fragen antworten, womit ein Erzählmodus generiert wird. In Anlehnung an Schütze sollten leitfadengestützte Interviews zudem «prinzipiell narrativ fundiert» (1978, S. 1) sein, damit der Erzählmodus überhaupt erreicht wird, was meint, dass die Fragen so gestellt sein sollten, dass ein offenes bis hin zu einem freien Erzählen für die befragte Person möglich wird.

Ich habe vorliegend besonders darauf geachtet, dass die Fachpersonen in einen möglichst freien Erzählmodus kommen und ihre eigenen Schilderungen zu ihrer Arbeit sowie zu den Beschreibungen ihrer Tätigkeiten in der Palliative Care frei erzählen können. Es wurden deshalb Fragen gestellt, die unmittelbar bei der eigenen Praxis und der Erfahrung ansetzen. Da der Fokus später auf Begründungs- und Deutungsmuster von Seiten Professioneller gelegt wird, interessiert vorliegend auch das sog «implizite Wissen». Helfferich spricht vom «Tacit Knowledge»⁴ (2022, S. 571), welches durch Erzählungen und damit einen möglichst offenen Erzählmodus und ein entsprechendes interpretatives Auswertungsverfahren offengelegt werden kann. Um diesen Erzählmodus auch vorliegend herzustellen, wurden alle Fachpersonen der Sozialen Arbeit in einer E-Mail über den Ablauf informiert und gebeten, sich eine gute und ruhige Atmosphäre zu schaffen, wo sie sich frei äussern können. Ebenfalls wurde zu Beginn der Interviews nochmals nachgefragt, ob Unklarheiten zum Ablauf oder Vorgehen bestehen, und es wurde darauf verwiesen, dass es gewünscht sei, wenn die Fachperson einfach frei erzähle. Falls Namen oder allfällige Informationen zu Klientinnen oder Klienten im Gespräch genannt würden, wurde versichert, dass diese in anonymisierter Form in die Analyse einfließen.

Zwei Interviews konnten vor Ort in der jeweiligen Institution in einem Sitzungszimmer durchgeführt werden. Da der Erhebungszeitraum mitten in die erste und später zweite Welle der Coron-Pandemie fiel, wurde für die fünf weiteren Gespräche auf die Interviewführung mittels Zoom⁵ umgestellt. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden vorgängig angefragt, ob sie mit der digitalen

⁴ Tacit Knowledge kann übersetzt werden mit etwas können und wissen, wie etwas geht, es aber nicht in eigenen Worten erklären können. Das Können kann nicht so expliziert werden kann, dass jemand anderes es versteht, womit das Können zu etwas Implizitem wird (vgl. Helfferich Cornelia (2022), Handbuch der empirischen Sozialarbeit. Springer Verlag: Wiesbaden.).

⁵ Zoom ist ein Online-Videokonferenz-System, welches Bild und Ton zulässt. Die Software ist zudem über ein Programm, aber auch über den Browser zugänglich. Somit mussten die Interviewteilnehmenden keine weiteren Aufwände übernehmen.

Durchführung einverstanden seien. Für keine Interviewperson war dies problematisch – im Gegenteil: zu Beginn oder auch zum Ende des Gespräches wurde ohne Nachfrage meinerseits erwähnt, dass diese Interviewführung angenehm und zeitlich besser in den Arbeitsalltag integrierbar war. Die in der Vorbereitung gemachten Überlegungen, ob das Gespräch durch die digitale – anstelle physischer – Anwesenheit negativ beeinträchtigt werden könnte, z. B., indem der Erzählfluss weniger entsteht oder eine distanziertere Atmosphäre dazu führen könnte, dass die Interaktionssituation beeinträchtigt und deshalb weniger offen erzählt würde, bewahrheitete sich nicht. Im Gegenteil, die Gesprächssituationen waren gleichsam offen, praxisnah und detailliert – und wie sich später zeigte, konnten keine negativen Unterschiede bezogen auf das Interview vor Ort oder in digitaler Form festgestellt werden.

Da es vorliegend um Selbstbeschreibungen des eigenen Tätigseins und des Alltages sowie das Herausarbeiten von Orientierungen und Begründungen geht, sind – wie Nohl es treffend beschreibt – die Erfahrungen im «*eigenen Handlungsfeld* (kursiv im Original)» (2017, S. 16) gewichtig. Deshalb wurde das Gespräch mit sog. Expertinnen und Experten gesucht. Somit gilt es zu klären, was vorliegend unter einer Expertin bzw. einem Experten bzw. einem Expertinnen- oder Expertenstatus verstanden wird. In der Methodologie existieren unterschiedliche Ansichten darüber, wer als Experte bzw. als Expertin gelten kann. Deeke (1995) ist der Meinung, «als Experten könnte man diejenigen Personen bezeichnen, die in Hinblick auf einen interessierenden Sachverhalt als Sachverständige in besonderer Weise kompetent sind» (S. 7–8). Diese Definition lässt meines Erachtens die Handlungsperspektive ausser Acht – und da für die vorliegende Untersuchung insbesondere das tagtägliche Handeln und die Sichtweise der Interviewten darauf im Vordergrund steht, erscheint die Definition von Bogner & Menz (2002) deutlich passender. Ihrer Ansicht nach verfügt ein Experte bzw. eine Expertin

«(...) über (...) Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein [ihr] spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern weist das Expertenwissen (...) zu grossen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen. Das Wissen des Experten [der Expertin] weisen zudem – und das ist das entscheidende – die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontexte hegemonial zu werden, d.h. der Experte [die Expertin] besitzt die Möglichkeit zur Durchsetzung seiner [ihrer] Orientierung» (S. 46).

Bogner & Menz verbinden den Status des Experten bzw. der Expertin mit seiner bzw. ihrer Vormachtstellung und einem gewissen Einfluss, dass durch das Agieren

als Expertin bzw. Experten auch das Handlungsspektrum bzw. der Handlungsraum anderer Akteurinnen und Akteuren im Feld beeinflusst werden kann (vgl. Flick, 2016, S. 215, in Anlehnung an Bogner & Menz). Das Feld der Palliative Care gilt als ein multiprofessionelles Arbeitsfeld – in dem Sinne bewegen sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in einem Handlungs- und Wirkungsraum, welche von verschiedenen Professionen bedient sowie aktiv mit- und ausgestaltet wird. Sie selbst sind daher im Alltag und ihrer Praxis einerseits beeinflusst von anderen Berufsgruppen, beeinflussen diese aber andererseits ebenso.

Schütze (1972) formuliert, dass unter dem Expertentum eine besondere Qualität an Wissen verstanden werden kann, was sich auf ein «beschränktes Gebiet» (S. 87) bezieht. Für ihn muss sich nicht jede und jeder, der über ein Expertenwissen verfügt, diesem sich auch beruflich bedienen. Damit macht Schütze eine Differenz zwischen Wissen besitzen und Wissen anwenden. Vorliegend werden Fachpersonen für ein Gespräch angefragt, die nicht nur Wissen über das Feld, sondern auch vor Ort in den jeweiligen Institutionen ihr Wissen, Wirken und Handeln einbringen. Ob ihnen dabei ihr eigenes Wissen auch immer zugänglich ist oder eben in Form von «Tacit Knowledge» vorliegt, wird sich in der Analyse zeigen. Klar ist aber, dass die Kompetenz in der Anwendung und im Wissen im Zentrum steht – und natürlich kann es sein, dass es eine Differenz gibt zwischen Kompetenzen anwenden können und Kompetenzen zukünftig anwenden wollen sowie zwischen die eigenen Kompetenzen bewusst selbst erkennen oder eben nicht. Losgelöst davon stehen jedoch der Alltag und die eigene Praxis – sei sie womöglich begrenzt – für alle Fachpersonen im Vordergrund – und über diesen gemeinsam geteilten Erfahrungsraum können Rückschlüsse auf Orientierungen und Begründungen gezogen werden.

Die Frage, welche man sich berechtigterweise stellen kann, ist, ob bezogen auf das Erreichen der Fragestellung Expertinnen- und Experteninterviews ausreichen oder damit ein zu begrenzender Fokus auf das Wissen einer spezifischen Zielgruppe gelegt wird (Flick, 2016, S. 219/270; Helfferich, 2022, S. 570 f.). Vorliegend wird in einem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit geforscht, das sich insbesondere im schweizerischen Kontext erst beginnt, verstärkter zu etablieren, und zudem durch eine grosse Interprofessionalität gekennzeichnet ist. Wie in Abschnitt 5.2 ausgeführt, werden der Medizin und der Pflege im Feld der Palliative Care hegemoniale Rollen zugestanden, womit die anderen Berufsgruppen, wie jene der Seelsorge, der Psychologie und der Sozialen Arbeit, nicht nur in den Hintergrund, sondern teils auch als in dem Feld nicht gleichgewichtige Professionen beachtet werden. Die Konzentration auf eine Expertin oder einen Experten oder, in Anlehnung an Flick (ebd., S. 215) formuliert, an eine Sachverständige bzw. einen Sachverständigen ist vorliegend angezeigt, weil spärlich

empirisch gesichertes Wissen über das Wirken der Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care vorhanden ist. Wie an andere Stelle ausgeführt, ist beispielsweise rare Erkenntnis darüber vorhanden, welche methodischen Konzepte im Umgang mit dem Sterben zur Anwendung kommen, welches explizite und implizite Wissen aus der Sicht der Sozialen Arbeit dabei zum Tragen kommen und wie sich die Soziale Arbeit generell im Feld des Sterbens professionsbezogen positioniert (vgl. u. a. Mühlum, 2014; Krüger, 2017; Wasner & Pankofer, 2021). Vorliegend wird deshalb die Position der Sozialen Arbeit in das Zentrum gestellt und somit den Professionellen in dem Feld den Expertenstatus zugestanden. Damit soll ein weiterer Schritt unternommen werden, empirisches Wissen zur Rolle der Sozialen Arbeit in der Palliative Care zu erhalten. Ferner wird mit der Rolle als Expertin bzw. als Experten den Interviewten nicht eine Vormachtstellung im Sinne einer hegemonialen Rolle, sondern ein «Funktionskontext» verliehen, indem die Äusserungen in den Interviews von Beginn an «im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen» verortet werden (Meuser & Nagel, 2009). Dieser, wie ich es formuliere, gemeinsam geteilte Kontext bzw. Wirkungs- und Handlungsraum sorgt für die Vergleichbarkeit der gemachten Äusserungen der verschiedenen Interviewpartnerinnen bzw. -partner. Das ist vorliegend zentral, denn wie später in der Darstellung des Samplings sichtbar wird, verfügen die Expertinnen und Experten über sehr unterschiedliche Aus- bzw. Weiterbildungen, Anstellungsgrade, Erfahrungswerte und insbesondere institutionelle Verankerungen. Mit dem Verständnis des «gemeinsam geteilten Erfahrungsraumes» (vgl. Mannheim, 1980) kann zwar der in der qualitativen Forschung geforderten Varianzmaximierung genügend Rechnung getragen werden. In Anlehnung an Merrens (1997) wird so auch eine grosse Breite an relevanten Informationen und Daten erhoben werden, aber in der Analyse kann es sich als herausfordernd erweisen, eine gewisse Vergleichbarkeit bzw. der in der dokumentarischen Methode geforderte Typenbildung zu entsprechen (Nohl, 2021; Bohnsack et al. 2019). Das Verleihen eines Expertenstatus erweist sich somit nicht als sichere Bedingung für die spätere Typologie, sondern als Hürde, weshalb an dieser Stelle schon erwähnt sei: Der vorliegende Hauptfokus liegt auf den kollektiven Orientierungsmustern und möglichen Rahmungen von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit – und nicht auf einer umfassenden Typenbildung. Bevor wir jedoch zu der Datenanalyse und der Ergebnisdarstellung kommen, gilt es, die Erhebung und damit die Konstruktion des Interviewleitfadens für die Gespräche mit den vorliegend definierten Expertinnen und Experten näher zu explizieren.

6.2.2 Konstruktion und Handhabung des Interviewleitfadens

Gemäss Flick (2017), in Anlehnung an Meuser & Nagel (2002a), verhilft ein Leitfaden dazu, dass «das Gespräch sich nicht in Themen verliert, die nichts zur Sache tun, und erlaubt zugleich dem Experten [der Expertin] seine [ihre] Sicht der Dinge zu extemporieren» (S. 77). Diesem Vorgehen wird vorliegend gefolgt, indem Offenheit gegenüber den Erzählungen gewünscht und unterstützt wird, das Gespräch jedoch durch sieben Hauptfragen auf gewisse Aspekte, welche später auch als *Tertia Comparationis* (Nohl 2017) verwendet werden, gelenkt wird. Was die Strukturierung durch die Fragen betrifft, wird der Position, wie sie Nohl formuliert, nicht nur gefolgt, sondern viel Positives abgewonnen. Ein leitfadengestütztes Interview gibt mehrere Themen vor, so dass die interviewten Personen nicht mehr frei das Thema wählen, sondern «sich an den Vorgaben und artikulierten Untersuchungsinteresse der Forschenden orientierten müssen» (Nohl, 2017, S. 16–18). Meuser & Nagel (2002a, S. 77) und Nohl bewerten diesen Umstand nicht negativ, sondern zeigen auf, dass eine Orientierung an einem Leitfaden die Gefahr eindämmt, dass sich das Interview in Themen verliert, die nichts mit dem Untersuchungsgegenstand zu tun haben. Vorliegend wird dieser Vorteil auch erkannt, und der Leitfaden dient dazu, dass der Experte bzw. die Expertin durch die Fragen seine bzw. ihre Sicht auf das Tätigsein noch konziser extemporieren kann.

Die Fragen im Leitfaden wurden eigenständig entwickelt. Die im Vorfeld gemachte Literaturrecherche, die recherchierten Konzepte von Hospizinstitutionen in der Schweiz sowie die vorhandenen Berufsprofile aus Deutschland und Österreich waren für das Generieren der Fragen leitenden. Folgende Themen/Aspekte wurden durch die Fragen abgedeckt:

- Einstieg in den Beruf vor Ort;
- Beschreibung des eigenen Tätigseins im Alltag;
- Herausforderungen im Alltag generell und als Profession;
- eigene Beschreibung und Bewertung der eigenen Rolle als Fachperson innerhalb des Teams;
- Beschreibung des eigenen USP (Unique Selling Proposition);
- Möglichkeit der offenen Rückmeldung am Schluss.

Der eigens entwickelte Leitfaden findet sich im Anhang (vgl. Anhang A). Dieser gibt eine thematische und inhaltliche Strukturierung vor. Es wurde bei der Anwendung des Leitfadens jedoch darauf geachtet, den Interviewleitfaden nicht

als «starres» Instrument im Gespräch, sondern als erzählgenerierendes Instrument einzusetzen. Kam die interviewende Person in den Erzählfluss, so wurden dafür Raum und Zeit gelassen und es wurde versucht, parallel zu kontrollieren, ob in den frei gemachten Äusserungen sich womöglich Themen befinden oder angeschnitten werden, welche in später folgenden Fragen ebenfalls untergebracht waren. Das Erzählen-Können und -Lassen sind vorliegend, auch bezogen auf die dokumentarische Methode, mit welcher die Gesprächsdaten analysiert werden sollen, gewichtig. Für das Erzählen ist nämlich einerseits die Artikulation «atheoretischen Wissen[s]» (Mannheim, 1980, S. 73) wichtig, womit implizite Wissensbestände gemeint sind, die das Denken sowie das Handeln strukturieren und beeinflussen. Andererseits ist das Schaffen- bzw. das Belegen-Können eines «konjunktiven Erfahrungsraum[s]» (Nohl, 2012, S. 16) für das Erzählen ebenfalls wesentlich. Beides führt dazu, dass sich vorliegend aus den Gesprächsdaten «atheoretische[s] Wissen», worunter ich die nicht bewusste Selbstbeschreibungen und Orientierungsmuster der Handelnden im Feld der Palliative Care verstehe, gegenständlicher herausarbeiten lassen. Da meine Forschung einen Beitrag zur weiteren Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld von Sterben und Tod und somit der Palliative Care leisten soll, steht nicht nur die Profession an sich, sondern ebenso das «Selbstverständnis» der darin Tätigen im Zentrum.

6.2.3 Operationalisierung des Kernbegriffs «Selbstverständnis»

In der qualitativen Forschung geht es darum, Phänomene, Begriffe oder Vorgehensweisen semantisch fassbarer und inhaltlich beschreibbarer zu machen. Den Prozess dazu lässt sich als Operationalisierung benennen – und dieser Prozess soll dazu führen, dass Ausdrücke sowie Orientierungs- bis hin zu Verhaltensmuster, welche implizit vorhanden sind, dargelegt werden und daraus bestimmt werden kann, mit welchen Begriffen der bezeichnete Sachverhalt vorliegt (Reicherzt, 2016). Vorliegend wird den Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Möglichkeit eingeräumt, ihr eigenes berufliches Handeln im Alltag im Rahmen von Interviews zu erzählen. Über diese Selbstbeschreibungen soll das berufliche Selbstverständnis im Handlungsfeld der Palliative Care rekonstruiert werden. Das generelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit wird von der Definition des International Federation of Social Work (IFSW) und der International Association of Schools of Social Work (IASSW) aus dem Jahr 2014 determiniert. Ebenfalls sind verschieden Verbände, exemplarisch für die Schweiz die Schweizerische Gesellschaft für Soziale Arbeit (SGSA) sowie der Berufsverband der Sozialen

Arbeit «AvenirSocial», prägend und sorgen dafür, dass diese Definition nach außen und damit in die Praxis getragen wird. Vorliegend geht es aber nicht um eine allgemeine Definition der Profession, sondern um ein spezifisches berufliches Selbstverständnis im Handlungsfeld der Palliative Care.

Wie bereits an verschiedenen Stellen deutlich wurde, zeichnet sich das Handlungsfeld der Palliative Care durch eine hohe Multiprofessionalität aus. Verschiedene Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Professionen sind gemeinsam gefordert, mit der jeweiligen Fachkompetenz und dem Knowhow die bestmögliche Begleitung und Unterstützung für Menschen am Lebensende in ihrer Organisation bzw. Institution zu realisieren. Jeder Tag kann anders sei, jede Stunde kann sich eine Situation ändern – und dies erfordert hohe Flexibilität. Dies bedingt, dass jede bzw. jeder sich seiner bzw. ihrer fachlichen Kompetenzen und Fähigkeiten sowie der eigenen Zielsetzung der Arbeit bewusst ist. Um diese Aspekte für die Soziale Arbeit in der Palliative Care besser zu ergründen und zu stärken, wird sich vorliegend auf das berufliche Selbstverständnis fokussiert und dieses wie folgt operationalisiert:

- Wie erleben und beschreiben Fachpersonen der Sozialen Arbeit ihr Tätigsein in der Palliative Care? Was erzählen sie über ihren Alltag?
- Welche Kompetenzen und Fähigkeiten schreiben sie sich selbst zu und warum?
- Was für Orientierungen ziehen sie für sich heran, um ihr berufliche Rolle zu beschreiben? Welche beruflichen Erlebnisse sind damit verknüpft?
- Welche Erwartungen haben sie an sich selbst und an ihr aktuelles, aber auch zukünftiges Tätigsein?

Zusammenfassend geht es darum zu eruieren, wie sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit selbst im Feld der Palliative Care als Berufstätige bzw. Berufstätiger sehen. Das Vorgehen mittels der Interviews soll die Türe dafür öffnen, dass das Sprechen über das eigene berufliche Tun entsteht und zudem Vertrauen und Verständnis für die eigene Arbeit erzeugt werden. Das Sprechen über die eigenen Tätigkeiten kann dazu führen, dass das eigene Handeln reflektiert und womöglich besser eingeschätzt werden kann. Bekanntlich besitzt jede Profession auch ein sog. «inkorporiertes Erfahrungswissen» (Pzsyborsky & Sluneco 2020) – Wissen, welches einem selbst nicht oder nicht mehr auffällt, jedoch für das eigene Tätigsein und das damit verbundene professionelle Handeln höchst bedeutsam ist.

Durch die Positionierung auf das Selbstverständnis wird vorliegend nicht auf die Selbstdarstellung von Seiten der Sozialen Arbeit in der Palliative Care eingegangen. Es ist zwar richtig, dass das Handlungsfeld und die Multiprofessionalität in dem Feld auch Fragen bezüglich der eigenen Rolle gegenüber anderen

Professionen zulassen würden, doch davon grenzt sich das Vorhaben ab. Vorliegend interessiert nicht, wie sie die Fachpersonen der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Professionen in der Palliative Care präsentieren, sondern, welche Rahmungen für sie und ihr Wirken handlungsleitend sind und wie sie selbst ihr Handeln beschreiben. Diese Positionierung verweist zudem darauf, dass vorliegend ein rekonstruktiver Forschungsansatz favorisiert wird, der es ermöglicht, «die Konstruktion der Wirklichkeit zu rekonstruieren, welche die Akteure [und Akteurinnen] in und mit ihren Handlungen vollziehen» (Meuser, 2006, S. 140). Wie Meuser weiter ausführt, kann man Akteure und Akteurinnen aber nicht einfach dazu auffordern, ihre eigenen Maximen oder Orientierungsmuster, welche sie im Alltag bzw. der täglichen Praxis anwenden, in Worte zu fassen und darüber zu erzählen (ebd., S. 141). Vieles davon ist implizit, unbewusst und leitet womöglich das Handeln, aber wird erst bewusst, wenn es erzählt wird oder die Erzählungen mit einer Methode ausgewertet werden, die diese verinnerlichten Komponenten sichtbar macht. Um genau das Ziel erreichen zu können, dieses «inkorporierte Erfahrungswissen», welches in Anlehnung an Mannheim (1980) den Fachpersonen im Handlungsfeld bewusst oder unbewusst sein kann, in Erfahrung zu bringen, werden die erhobenen Interviewdaten mit der dokumentarischen Methode, wie sie Nohl (2017) in Anlehnung an Bohnsack (2013) vorlegt, verarbeitet. Bevor die Auswertung erfolgt, bedarf es konsequenterweise eines Samplings – und wie dafür vorgegangen wurde, folgt nun.

6.2.4 Feldzugang und Rekrutierung des Samplings

Um den Feldzugang im Hinblick auf die Erhebungen sicherzustellen, wurden über den Sommer 2019 insgesamt 16 Hospizinstitutionen in der ganzen Schweiz schriftlich um Unterstützung bzw. Vermittlung von Kontakten zu ihren Fachpersonen der Sozialen Arbeit angefragt.⁶ Die Schreiben dazu wurden auf Französisch bzw. auf Italienisch übersetzt. Ursprüngliches Ziel war es, dass auch Gespräche mit einer Fachperson aus der Romandie sowie aus dem Tessin hätten stattfinden können. Leider liess sich das nicht realisieren, da zum Zeitpunkt der Erhebungen

⁶ Die Anzahl der Institutionen mit 16 entstammte der 2019 erstellten Übersicht, welche der Forscherin von Seiten des Dachverbandes Hospize Schweiz zur Verfügung gestellt wurde. Darunter waren auch Hospize, die nicht dem Dachverband beigetreten sind bzw. sich in der Planung befinden. Die aktuelle Übersicht zu den Hospizen in der Schweiz bzw. auch zu den sich im Aufbau oder in der Planung befindenden Institutionen findet sich unter: <https://www.dachverband-hospize.ch/mitglieder-hospize-schweiz/> (Stand: 23.04.2023).

nur eine kleine Institution im Wallis bereits in Betrieb war; das Hospiz «La Maison Azur» war zwar in Planung, aber ist erst seit Sommer 2022 in Betrieb.⁷ Im Tessin war es ähnlich bzw. bis Stand heute (2023) gibt es im Tessin nicht eine klassische Hospizinstitution, sondern eine Hospizversorgung, aufgeteilt in vier Regionen (Region Bellinzona und Tre Valli; Locarno und Umgebung; Lugano und die Region Malcantone; Mendrisio bis zur Grenze Italiens), wo entweder ein ambulantes Angebot oder eine intensive Zusammenarbeit mit einem Spital bzw. Pflegeheim umgesetzt wird.⁸ Die Erhebung bezieht sich somit auf die Deutschschweiz.

Von den angeschriebenen Hospizinstitutionen verfügten 7 Institutionen über eine Fachperson der Sozialen Arbeit bzw. über Zugang zu Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit. 4 Institutionen arbeiten dafür eng mit der Krebsliga Schweiz bzw. mit deren regionalen Vertretungen, welche teils mehrere Kantone umfassen können, zusammen.⁹ Dies bedeutet, dass sie die Leistungen von Seiten der Sozialen Arbeit über diese Krebsligen bzw. das dortige Personal beziehen. Hierfür werden individuelle Leistungsvereinbarungen abgeschlossen.

Die gesamte Erhebungsphase dauerte von November 2019 bis Winter 2021/22. Die Kontaktaufnahme mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit in einzelnen Hospizen und die dortige Verortung, verliefen zügig – so konnten 3 Interviews im Zeitraum Herbst 2019 bis März 2020 durchgeführt werden. Die parallel verlaufende Suche nach weiteren Fachpersonen erwies sich umständlicher, da die Kontaktaufnahme teils über die Institutionen selbst und dann in Form einer Weiterleitung verlief. Die Corona-Pandemie sorgte zusätzlich dafür, dass die interne Weiterleitung über mehrere Monate dauerte. Die 2 Interviews konnten im Frühsommer 2020 und 2 weitere Interviews im Winter 2021/22 durchgeführt werden. Vor bzw. teils auch nach dem Gespräch wurden ein paar soziodemografische Daten sowie ein paar Angaben zu den Fachpersonen der Sozialen Arbeit erfragt. Aus der Abbildung 1.1 wird ersichtlich, dass die Interviewpartnerinnen und -partner unterschiedliche Aus- und Weiterbildungen aus dem Sozialbereich sowie sehr unterschiedliche Anstellungsgrade haben. Die Berufserfahrung bewegt sich zwischen 2 bis 20 Jahren, was ein weiter, aber in Anbetracht der Altersklassen der Fachpersonen kein erstaunlicher Wert ist. Auch wenn die vorliegende Forschung qualitativ angelegt ist und «eine qualitative Studie sich dem Prinzip

⁷ <https://www.lamaison-azur.ch/fr/>

⁸ <https://hospiceticino.ch/>

⁹ Die Krebsliga Schweiz verfügt über 16 regionale Krebsligen. Teils sind diese zugleich auf den Kanton fokussiert oder es existiert ein regionaler Zusammenschluss, exemplarisch Region Zentralschweiz oder Ostschweiz.

Interview-Partner: in	Alter und Aus-/Weiterbildung	Institution / Tätigkeitsort	Berufserfahrung	Pensum	Finanzierung der Anstellung
Interview 1 Frau Klein	27 Jahre FH-Ausbildung Soziale Arbeit	Hospiz (Spitalstatus)	2 ½ Jahre im Hospiz (vorher Spitalsozialarbeit in einem Spital)	80% (wovon 60% für die Stelle und 20% für Weiterbildung). (Institution hat 2 Fachpersonen mit insgesamt 140 Stellenprozent)	Anstellung über Institution inkl. Gemeindefinanzierung
Interview 2 Frau Matter	66 Jahre Primarlehrerin, später Ausbildung zu Psychiatrie-Onkologie, CAS Case Management und div. Weiterbildungen im Bereich Soziale Arbeit.	Hospiz (Spitalstatus)	10 Jahre mit Fokus nur Hospiz / Palliative Begleitung (war in 2 Hospizen tätig). Vor Tätigkeiten in Hospizen zuständig für Beratertätigkeiten bei der Krebsliga und in Spitalern (Sozialpsychiatrie)	20 bis 30 % (Anstellung über Pensionierung hinaus)	Über die Stiftung, keine Finanzierung über die Gemeinde / den Kanton
Interview 3 Frau Pereira	49 Jahre Ökonomin, aktuell in der Ausbildung Soziale Arbeit	Hospiz	3 Jahre auf dem Bereich Soziale Arbeit und Palliative Care	40 bzw. 50 % (angestellt als Mitarbeiterin in Ausbildung)	Anstellung über die Institution, keine Finanzierung über die Gemeinde / den Kanton
Interview 4 Frau Schumacher	37 Jahre FH Soziale Arbeit, CAS systemische Beratung	Dienstleisterin für Hospiz im Kanton	2 Jahre im Bereich Begleitung am Lebensende	60% (davon 20 – 30 % psychosoziale Beratung und Betreuung)	Anstellung über Krebsliga inkl. Gemeinde- und Kantonsfinanzierung
Interview 5 Herr Kölli	61 Jahre Sozialarbeiter FH, Fokus Flüchtlingswesen und später Sozialberatung, Onkologie	Dienstleister für zwei Hospize im Einzugsgebiet	20 Jahre auf dem Arbeitsgebiet Begleitung am Lebensende	90% (davon ca. 60 % psychosoziale Beratung und Betreuung, 30 % Leitungsfunktion)	Anstellung über Krebsliga inkl. Gemeinde- und Kantonsfinanzierung
Interview 6 Frau Christen	41 Jahre Ersausbildung Pflegefachfrau, dann Ausbildung FH Soziale Arbeit mit Fokus Beratung	Dienstleisterin für Hospiz und Spital/Palliative Abteilung mit Hospizcharakter	seit 7 ½ Jahren im Feld mit Menschen am Lebensende tätig	60% (davon 30 % palliative Begleitung und Betreuung)	Anstellung über Krebsliga inkl. Gemeinde- und Kantonsfinanzierung
Interview 7 Frau Bender	45 Jahre Ersausbildung Pflegefachfrau FH und jetzt Soziale Arbeit FH	Dienstleisterin für Hospiz und Palliativ Abteilung im Kanton	6 ½ Jahre im Feld mit Menschen am Lebensende tätig	70 % (20% Palliative Bereich an sich)	Anstellung über Krebsliga inkl. Gemeinde- und Kantonsfinanzierung

Abbildung 6.2 Überblick über das Sampling bzw. über die Interviewpartnerinnen und den Interviewpartner

der Offenheit verpflichtet» (Hoffman-Riem, 1980, zit. in Flick, 2016, S. 174), ist es wichtig, sich über deren Bedingungen für die Vergleichbarkeit Gedanken zu machen. Obwohl die beruflichen Hintergründe und die Berufserfahrungen stark divergieren, kann festgehalten werden, dass alle interviewten Fachpersonen über direkten Kontakt zu Klientinnen und Klienten am Lebensende und deren Angehörigen verfügen und damit einen Zugang zu einem «gemeinsamen Handlungs- und Erfahrungsraum» haben. Wie in Abschnitt 6.2.1 erwähnt, kann der geforderten Varianzmaximierung zudem vorliegend entsprochen werden. Die 6 Expertinnen und der Experte verfügen über unterschiedliche Berufserfahrung sowie Anstellungsgrade und sind in verschiedene Altersklassen einzuteilen. Die nachfolgende Übersicht zeigt das gesamte Sampling der vorliegenden Forschung (Abbildung 6.2).

Die Anonymität der Interviewpartnerinnen und -partner in der Transkription und später in der Auswertung sowie der Ergebnisdarstellung wurde mittels der Vergabe von Pseudonymen (anderen Nachnamen) sichergestellt. Die Altersangabe, die Berufserfahrungen und der Anstellungsgrad entsprechen der Realität. Die Nennung der Institution sowie des Kantons erfolgt nicht, da auch dann, wenn der Nachname der Gesprächspartnerinnen und -partner geändert wurde, Rückschlüsse gezogen werden könnten und damit die Anonymität nicht mehr im vollen Umfang gewährleistet wäre.

6.3 Auswertungsprozess

Im Zentrum der vorliegenden Forschung steht die Rekonstruktion des beruflichen Handelns von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care. Dabei spielen handlungspraktische sowie handlungsleitende Erfahrungen, diesbezügliche individuelle und – wo möglich – kollektive Orientierungen, basierend auf Regeln oder Erfahrungsmustern, eine zentrale Rolle. Die in den Interviews gemachten Äusserungen werden daraufhin untersucht, Orientierungsmuster und Sinnkonstruktionen aufzudecken, zu analysieren und darzulegen, wie diese von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit hergestellt und für ihr Wirken herangezogen werden. So gelingt es, den Sinngehalt in den gemachten Äusserungen zu rekonstruieren – bzw. diesen, welcher den Äusserungen zum eigenen beruflichen Handeln unterliegt. Damit wird nochmals deutlich, dass ein professionstheoretischer Zugang vorliegend angezeigt ist, denn die Fachperson und das, was sie im Alltag als ihr berufliches Wirken ansehen, werden gegenständlich. Zur Auswertung des Datenmaterials wird mit der dokumentarischen Methode

gearbeitet. Obwohl diese Methode ursprünglich für die Interpretation von Gruppendiskussionen entwickelt wurde und vornehmlich für die Auswertung von Bildern und Videos (Bohnsack, 2009, 2013) herangezogen wird, bietet es sich gemäss Nohl (2017,2005) ebenso an, Gesprächsdaten bzw. Expertinnen – und Experteninterviews damit auszuwerten. Insbesondere, wenn es das Ziel der Forschung ist, Handlungspraxen und fachliche Orientierungsmuster in Erfahrung zu bringen. Wie in Abschnitt 6.2.3 zur Operationalisierung des beruflichen Selbstverständnisses ausgeführt, ermöglicht es die dokumentarische Methode zudem, ein vertieftes Verständnis für die Bedeutungsgebung des Alltagswirkens von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu erhalten. Das habituelle und – wo möglich – haltungsleitende Vorgehen kann so sichtbar gemacht werden, und das entspricht auch der vorliegend vorgestellten Zielsetzung.

6.3.1 Ergebnisauswertung mit der dokumentarischen Methode

Das Erkenntnisinteresse liegt in dem vertiefteren Verständnis, der Sichtbarmachung von Erfahrungen und damit zusammenhängenden Orientierungsmustern für das eigene berufliche Handeln von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care. Um dieses Interesse zu verfolgen, werden Rekonstruktionen von subjektiven Sichtweisen auf das eigene Tätigsein der Fachpersonen im Feld der Palliativ Care aus dem Datenmaterial herausgearbeitet und unter dem Begriff «Selbstverständnis» professionstheoretisch diskutiert. Das Selbstverständnis dient dabei als Analysefolie für den immanenten Sinngehalt, welcher sich über den Prozess der Deutung und Interpretation des Materials ergibt.

Es liegen sieben vollständig transkribierte Interviews mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care vor. In einem ersten Schritt wurde der thematische Verlauf in diesen Gesprächen aufgearbeitet, mit der Intention, ein besonderes Augenmerk zu Beginn auf das Erkennen von Themen zu legen, welche womöglich bei allen Interviews ähnlich oder konträr beantwortet wurden. Der eigens entwickelte Leitfaden gibt dafür bereits eine thematische Struktur vor. Diese thematische Struktur wird später bereits zur formulierenden Interpretation gezählt. Sodann wurde im Datenmaterial nach Äusserungen von Seiten der Fachpersonen gesucht, die andeuten, dass ein Gedanke oder ein Inhalt erst durch die Frage selbst reflektiert und/oder unterbrochen wurde bzw. bis hin zu einem Themenwechsel sich entfaltet hat. Als Indiz dafür wurden in den Interviews folgende Aussagen und darauffolgende Gesprächsdaten näher angesehen:

- «(...) ah (...) das ist eine gute Frage» (Z. 57, *Frau Klein*)
- «(...) das habe ich mich noch nicht so, also, nicht so direkt in der Tiefe selbst gefragt.» (Z. 518, *Frau Pereira*.)
- «(...) ich weiss nicht, brauche ich das? (...) stimmt, wir haben vorher über die Frau und den Fall (...) gesprochen, jetzt merke ich gerade (...)» (Z. 420, *Herr Rölli*)
- «(...) ja eben, das sind so Themen, wo glasklar ist, ja da ist etwas (...)» (Z. 947, *Frau Pereira*.)
- «(...) „atmet tief“ (...) das ist wirklich schwierig. Ich glaube (...)» (Z. 1249, *Frau Matter*.)
- «(...) das kommt mir jetzt gerade in den Sinn, jetzt, wo sie diese, also ja, diese Frage stellen.» Z. 605–606, *Frau Schumacher*)

Zudem wurde darauf geachtet, den thematischen Verlauf zu einer Frage bis dahin zu verfolgen, wo davon ausgegangen werden kann, dass ein Thema als «abgeschlossen» betrachtet werden kann. Diesen Auszug sowie auch die weiteren Auszüge, welche für die formulierenden und reflektierende Interpretation hinzugezogen wurde, habe ich als Passagen bezeichnet. Mannheim legt für die thematischen Aspekte, welche als Passagen bezeichnet werden, und insbesondere die danach folgenden weiteren Explizierungen das Konstrukt des «atheoretischen Wissens» (1980) vor, was meint, dass Fachpersonen über sog. alltagstheoretisches Wissen verfügen, welches sie anwenden oder in routinierten Handlungen, welche Bohnsack als «habituelle Handlungen» bezeichnet, umsetzen, ohne dies jeweils im Alltag selbst erklären zu müssen.¹⁰ Diese auch praxeologischen und damit für die Fachperson zwar als rational erscheinenden Handlungen können erfasst werden, obwohl die Fachpersonen diese nicht selbst explizieren (Pryziborski & Sluneko, 2020). Dieses Handeln bzw. die dahinter sich verbergenden Vorgehensweisen oder Orientierungen sind meist unbewusst und der eigenen Reflexion nur in wenige Fällen zugänglich, was aber nicht zwingend heisst, dass diese Vorgehensweisen als nicht professionell gelten. Wenn genau diese Aspekte erzählt und erklärt werden müssen, dann wird dieses atheoretische Wissen gemäss Nohl (2017) «in alltagstheoretische Begrifflichkeiten übertragen» (S. 6) – und das ist vorliegend von Interesse. Der Mehrwert der dokumentarischen Methode liegt dann gerade darin, einen «Zugang zur Handlungspraxis und(sic) zu der dieser Praxis zugrunde liegenden (Prozess-)Struktur, die sich der Perspektive der

¹⁰ Natürlich verfügen nicht nur Fachpersonen über atheoretisches oder – wie es Bourdieu (1993) nennt – «praktisches Wissen». Wir alle haben Wissen und dazugehörige Handlungen verinnerlicht, welche wir intuitiv ausführen, ohne dass wir diese jedes Mal hinterfragen, reflektieren oder jeweils dem Gegenüber explizieren.

Akteure selbst entzieht» herzustellen (Bohnsack, 2013, S. 13). So erlangen die sich dahinter verbergende Orientierungsmuster eine Sichtbarkeit, welche das Handeln und deren Praxis womöglich strukturiert. Es wird so eine Differenz zwischen dem explizierten Wissen einerseits und der handlungspraktischen Herstellung von Wirklichkeit im Alltag andererseits sichtbar. Die ausgewählten Passagen in den Gesprächsdaten sowie weitere Passagen im gleichen Interview sowie in weiteren Interviews sind später Gegenstand der komparativen Analyse. Bevor dieser Schritt vollzogen wird, gilt es jedoch zuerst, die Sinnebenen in den Gesprächsdaten zu untersuchen.

Mannheim (1964/1980) unterscheidet zudem zwischen zwei verschiedenen Sinnebenen, die vorliegend für die Analyse der ausgewählten Gesprächspassagen relevant und in den Auswertungsprozess in Form von zwei zentralen Arbeitsschritten integriert werden. Zum einen ist das die Ebene des *immanenten Sinngehalts*, womit die in den Gesprächen geäußerten wörtlich explizierten Aspekte gemeint sind. Diese erste Ebene wird im methodischen Vorgehen der dokumentarischen Methode als «formulierenden Interpretation» bezeichnet (Nohl, 2017, S. 29). Es geht darum, ausgewählte Passagen in den Interviews in eigene Worte zu fassen und sich dabei einer klaren, analytischen Sprache zu bedienen. Ferne hilft hier auch, zu erfassen, ob es sich um eine Erzählung, Beschreibung, Argumentation oder Bewertung handelt.¹¹ Ich habe mich bei der Analyse von Interviewpassagen bezogen auf die formulierende Interpretation an der von Przyborski & Slunecko dargelegten Ansicht orientiert, «was kompetente Mitglieder einer Sprachgemeinschaft darunter verstehen» (2020, S. 10), um so die Themen, welche von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit angesprochen werden, zu erfassen. Beispielsweise habe ich Textstellen gewählt, wo die interviewte Person von sich aus intensiv in die erzählende Rolle gekommen ist, auch Bezüge zu vor- oder nachher gemachten Aussagen selbst herstellt und somit eine intensive Gesprächsinteraktivität zeigt. Nohl spricht – in Anlehnung an Schütze – solchen Passagen einen engen Zusammenhang zwischen erzählter und erlebter Erfahrung zu, welche in die Haltung des Erzählenden eingebettet sein können (2017, S. 32). In der Logik der dokumentarischen Methode heisst das, dass der immanente bzw. kommunikative Sinngehalt erfasst werden kann. Die Auswahl erfolgte ebenfalls mit der Intention, dass in diesen Stellen womöglich zahlreiche Schilderungen zu Vorgehensweisen, Erfahrungswerten, Herausforderungen sowie Grenzen im beruflichen Handeln zu finden sind, welche selbst im Alltag erlebt

¹¹ Nohl legt für jeden dieser Begriffe in Anlehnung an Schütze (1987) eine Definition vor, die auf S. 32 nachgelesen werden kann. Auch Przyborski & Slunecko (2020) führen diese Einteilung aus.

werden, womöglich erst durch das eigene Explizieren sichtbar werden und das eigene Handeln beeinflussen. Als ertragreich stellte sich für mich das Vorgehen heraus, für die Auswahl der Interviewpassagen insbesondere nach Themenwechseln oder Unterbrüchen in der Argumentation von Seiten der Interviewten zu suchen – dies auch in Anlehnung an den weiteren Schritt, eine *formulierende Feininterpretation* anzufertigen, wo Themen in Ober- und Unterthemen geordnet werden (Nohl, 2017, S. 31). Da teilweise eher längere Abschnitte für die Analysen in Frage kamen, bot es sich an, auch Unterthemen zu generieren. Ebenfalls habe ich mich darauf konzentriert, diejenigen Textpassagen zu analysieren, in welchen die Fachperson sich einer bildlichen bzw. verbildlichten Sprache in Form von Metaphern bedient. Metaphern werden oft verwendet, um dem Gegenüber ein Inhalt, eine Position oder ein Sachverhalt beschreibbar zu machen oder Probleme sowie Schwierigkeiten verständlicher darzulegen. Nohl spricht gar davon, dass diese als Korrektiv zu den Themen der Forschenden gelten können (2017, S. 30). Da vorliegend Orientierungsmuster herausgearbeitet werden, welche das berufliche Handeln am Lebensende verständlicher machen sollen, erweisen sich Metaphern, wie später im Ergebnisteil ersichtlich, als ertragreich in der Analyse, allerdings nicht zwingend als Korrektiv, sondern als Botschaften von Seiten der Fachpersonen, um das alltägliche Wirken und die eigene Rolle sinnbildlicher zu erklären.

Die zweite Sinnebene, welche herausgearbeitet wird und den zweiten Schritt in der dokumentarischen Methode bildet, ist das Eruiere des «Dokumentsinns» bzw. des dokumentarischen Sinngehalts, worin die gemachten Äusserungen als «Dokument einer Orientierung» rekonstruiert werden. Diese Ebene wird in der dokumentarischen Methode als *reflektierende Interpretation* bezeichnet (Nohl, 2017, S. 6, in Anlehnung an Bohnsack, 2007a, S. 135). Gemeint ist damit, die Rahmungen oder Orientierungen, die in den Gesprächen für Problemstellungen herangezogen werden, für die darin beschriebenen Handlungen zu rekonstruieren. Etwas simpel ausgedrückt geht es um einen Wechsel der Analyseebenen von «was gesagt wird» zu «wie wird es gesagt». Deutung und Interpretation werden nun gewichtig. In diesem Schritt wird auch eine sog. Textsortendifferenzierung oder Textsortentrennung vorgenommen, womit eine Einteilung der Interviewpassagen in Erzählung, Beschreibung, Argumentation oder Bewertung gemeint ist (ebd. 2017, S. 65). Es stellte sich insbesondere für die mir vorliegenden Gesprächsdaten teils herausfordernd dar, zwischen Beschreibung bzw. Erzählung oder Bewertung zu differenzieren, weil die Gesprächspartnerinnen und der -partner vielfach zwischen ihrer aktuellen Rolle, der eigenen Tätigkeiten und der für sie wünschenswerten Aufgabe in den Gesprächen hin- und herwechselten. Ich habe mich deshalb insbesondere an folgenden Elementen in den Gesprächen

orientiert, um diese Differenzen nachvollziehbarer zu machen bzw. Momente zu finden, die insbesondere Erzählungen und Bewertungen belegen.

- «(...) ja, im Moment ist es so, (...)» (Z. 25, Frau Christen)
- «(...) weil es halt (...) so ist.» (Z. 389, Herr Röllli)
- «(...) ich fühle mich dafür kompetent, also (...) ich habe da Kompetenz» (Z. 485, Frau Pereira)
- «(...) ich finde, das ist total meine Aufgabe und da bin ich auch sehr gerne bereit» (Z. 281, Frau Bender)
- «(...) das ist so ein bisschen meine Haltung.» (Z. 325, Frau Matter)
- «(...) ob jetzt das die Pflege macht (...), das spielt jetzt in meiner Vorstellung nicht so eine Rolle.» (Z. 480–481, Frau Bender)
- «(...) ich finde, ich kann das, es liegt aber nicht nur an mir, dass (...)» (Z. 487, Herr Röllli)

Etwas ertragreicher war es, die Differenzierung «Wunsch und Wirklichkeit» einzuführen, denn in allen sieben Gesprächen kam zum Vorschein, dass bezogen auf das eigene Tätigsein und das Tätigsein-Können bzw. -Wollen im Bereich des Alltages eine Diskrepanz besteht und sich wohl mit dieser Differenzierung bessere Orientierungs- und Begründungsmuster erarbeiten lassen. Folgende Elemente konnten diesbezüglich in den Gesprächsdaten eruiert werden

- «Es ist mehr so manchmal ein Wünschen, ja so (...)» (Z. 771, Frau Bender)
- «(...) ich fühle mich nicht so richtig verankert, (...)» (Z. 1097, Frau Pereira.)
- «(...) die Arbeit erlebe ich als sinnvoll, auch wenn ich noch mehr Themen bearbeiten könnte, wie zum Beispiel (...)» (Z. 1021, Herr Röllli)
- «(...) ich habe recht gekämpft, dass ich da, also ähm dabei sein kann.» (Z. 222–223, Frau Schumacher)
- «(...) ich könnt, doch ich glaube, ich könnt da schon noch mehr leiste, aber (...)» (Z. 1032, Frau Pereira)
- (...) dieses Steuern, ja ich könnte das schon übernehmen, es bleibt momentan aber nnklar (Frau Christen, Z. 889)

Die von mir generierte Differenzierung «Wunsch und Wirklichkeit» entspricht nicht einer Textsortendifferenzierung; dessen bin ich mir auch bewusst. Sie verhilft jedoch dazu, Textstellen und in Bezug auf Erzählung und Beschreibung besser deuten zu können.

Der Prozess der reflektierenden Interpretation ist fortlaufend und ich habe diesen auf die weiteren ausgewählten Gesprächsdaten im gleichen Gespräch, später auch mittels Kontrastierung auf die anderen Gespräche übertragen.

«Indem auch andere Abschnitte desselben Interviews herangezogen werden, fungiert der Text als Beleg für eine vom [von der] Forschenden vorgenommene Synopsis, mit der der «gesamtgeistige Habitus» der interviewten Person herausgearbeitet wird» (Nohl, 2012, S. 3, in Anlehnung an Mannheim, 1964, S. 108).

Der im Zitat beschriebene Prozess nennt sich *komparative Sequenzanalyse*. Da die dokumentarische Methode davon ausgeht, dass die gemachten Anschlussäusserungen an eine erste Interviewpassage der interviewten Person «wissensmässig in athoeretischer Form» bekannt sind, können auch die nachfolgenden Äusserungen in dieser Form gelesen werden. Nohl formuliert dazu, dass «der Rahmen bzw. Orientierungsrahmen, in dem mit dieser Anschlussäusserung das im ersten Erzählabschnitt gesetzte Thema oder Problem behandelt wird [auch] der Orientierungsrahmen darstellt, der die [ausgewählte] Sequenz an sich überstreift (2012, S. 6)». Dieser setzt sich aber nicht nur innerhalb einzelner Interviewpassagen und der darin gemachten Aussagen von einer Fachperson um, sondern auch in Verbindung mit anderen Interviewpassagen andere Fachpersonen, welche sich zum gleichen Thema ebenfalls gleich oder in gegenteiliger Weise äussern. Vergleiche zwischen verschiedenen Interviews bzw. darin ausgewählten Passagen zu gleichen oder ähnlichen Themen, wie auch Aussagen zu Themen, die konträr sind, sind für die dokumentarische Methode substanziell. Das Vorgehen ist aufwändig, doch gerade im Suchen von Vergleichshorizonten in den Interviewdaten, welche minimal oder maximal kontrastierend zueinander und den darin genannten Themen sind und zudem parallel verlaufen sollte, verwirklicht sich die komparative Sequenzanalyse. Bevor ich mich der minimalen bzw. maximalen Kontrastierung widmete, habe ich mich darauf konzentriert, die in meinem Leitfaden bereits vordefinierten Themen in den Transkripten zu identifizieren, da diese den gemeinsamen Fokus – oder wie Nohl es nennt – die «Tertia Comparationis (2017, S. 40)»¹², den thematischen Verlauf, bilden und ich auch davon ausgehe, dass sich über diesen geäußerten, gemeinsam geteilten Erfahrungsraum, der sich in Form des Alltags zeigt, Orientierungen für das berufliche Handeln

¹² Nohl verwendet den Begriff «Tertium Comparationis» einerseits bei der formulierenden Interpretation und später erneut bei der Bildung von sinn genetischen Typen (2017, S. 41). Er führt allerdings keine genaue Definition ins Feld. Vorliegend wurde sich daran orientiert, diesen Begriff so zu verstehen, dass der Begriff die einem Vergleich innewohnende gemeinsame Eigenschaft meint.

gegenständlicher zeigen. Mittels meines Fragekatalogs habe ich dazu bereits Themen vorgelegt, welche von besonderer Relevanz sind und in die formulierende Interpretation eingeflossen sind.

Das Vorgehen der minimalen Kontrastierung bedingt, dass ausgewählte Interviewpassagen bezogen auf ihre homologe und funktional äquivalente Äusserung zu einer weiteren Interviewpassage aus einem im Vergleich unterschiedlichen, aber ähnlichen anderen Fall gesetzt werden – was vorliegend meint, dass nach Fällen gesucht wird, wo Arbeitsweisen oder Thematiken im beruflichen Alltag auf eine «strukturgleiche Art und Weise» (Nohl, 2017, S. 37) von Seiten der Fachpersonen der Palliative Care bearbeitet werden. Das wird fallintern- aber auch fallübergreifend gemacht. Sodann erfolgt bezogen auf diese ausgewählten Fälle bzw. Passagen und bezogen auf weitere Passagen auch eine maximale Kontrastierung. Es geht darum, zu rekonstruieren, wie und auf welche Art und Weise divergierende bzw. abweichende Orientierungen bzw. Vorgehensweise festgestellt werden bzw. welche sich bezüglich der gemachten Äusserungen heranziehen lassen (ebd., S. 38–39, vgl. ebenso Bohnsack et al., 2019, S. 32). In Anlehnung an Oevermann kann hier von der sog. «Reproduktionsgesetzlichkeit»¹³ (2000, S. 97) gesprochen werden, indem nach wiederholenden, aber auch divergierenden Orientierungen im Material gesucht wird. Die zwei essenziellen Auswertungsschritte der dokumentarischen Methode, die formulierende und die reflektierende Interpretation, sowie der soeben beschriebene Prozess zu den Kontrastierungen ausgewählter Interviewpassagen führten dazu, dass aus dem Datenmaterial die in der Praxis bzw. im Alltag von Seiten der Fachpersonen gemachten Erfahrungen in der Palliative Care als Orientierungsmuster sowie erste mögliche Handlungspraktiken pro Fall und damit als Orientierungsmuster pro Fall rekonstruiert werden konnten (vgl. Kapitel 7).

Die Kontrastierung und damit die komparative Analyse dienen in der dokumentarischen Methode zugleich auch der Generierung von Typologien (Nohl, 2017, S. 41, in Anlehnung an Bohnsack, 2014 und 2019). Die Typenbildung bildet der dritte Schritt der dokumentarischen Methode – und hierbei wird zwischen zwei Arten der Typenbildung differenziert. Die eine Art bildet die *sinngenetische* Typenbildung. Ein ausgewähltes Thema, also ein Orientierungsmuster, das aus einem vorangegangenen Vergleich für einen Fall besonders konturiert wurde und dort ein Tertium Coparationis bildet, wird zu einem sinngenetischen Typen verortet, indem dies nun fallübergreifend betrachtet wird. Bis anhin wurde in

¹³ Pryziborski und Sluneko erklären dieses Vorgehen so, dass es sich um einen forschungslogischen Schritt handelt. Einerseits wird im selben Diskurs nach Orientierungsrahmen gesucht und andererseits geht es darum, den ursprünglichen Rahmen zu bestätigen bzw. dessen Reproduktion nachzuweisen (2020, S. 12).

einem Interview (Fall) durch die komparative Analyse mit anderen Interviews (Fällen) für ausgewählte Passagen ein Orientierungsmuster für diesen Fall bzw. die Passage herausgearbeitet. Mittels der sinngenetischen Typenbildung wird nun dieser komparative Orientierungsrahmen in Bezug zu anderen Orientierungsrahmen, aus anderen Interviews und dortigen Fällen bzw. Passagen zum gleichen Thema, gestellt.

Als Beispiel habe ich die Interviewpartnerinnen und -partner zu Beginn aufgefordert, von ihrem Einstieg in das berufliche Feld zu erzählen. Hierbei konnte ich verschiedene Orientierungsmuster bzw. Begründungen pro Fall ausarbeiten. Mittels der sinngenetischen Typenbildung erhalten diese – kontrastierenden – Orientierungsmuster nun eine eigenständige Bedeutung, denn sie werden in «ihrer eigenen Sinnhaftigkeit» betrachtet (Nohl, 2017, S. 42). Auf das Datenmaterial angewendet bedeutet das, die rekonstruierten Orientierungen und Begründungen werden vom einzelnen Fall abgelöst und in den Kontext zu anderen Fällen aus den weiteren Interviews verortet. Mit diesem Vorgehen gelingt es, die unterschiedlichen Orientierungsrahmen auf das berufliche Handeln und exemplarisch bezogen auf den Entscheid, in der Palliative Care tätig zu sein, welche in den einzelnen sieben Fällen vorgekommen sind, zu beschreiben. Ebenso gelingt es so, unterschiedliche Orientierungsrahmungen herauszulösen und diese zu einem Typus zusammenzubringen. Wie später in Abschnitt 7.1 erörtert, konnte beispielsweise der Typus «Privates als professionelle Stärke» erarbeitet werden. Damit entspricht die sinngenetische Typenbildung auch einer Abduktion, weil damit die Orientierungen im Alltag «in unterschiedlichen Bereichen in homologer Weise strukturiert» werden (Bohnsack et al., 2019, S. 34). Die so ermittelten Abduktionen werden von mir in Form von Basistypiken in Kapitel 7 rekonstruiert und in Kapitel 8 anhand des von mir vorgängig beschriebenen professionstheoretischen Zugangs verglichen, ausgelotet sowie reflektiert.

Die zweite Art der Typenbildung in der dokumentarischen Methode, nebst der sinngenetischen, bildet die *soziogenetische* Typenbildung. Diese setzt die Typiken in einen sozialen Kontext und fragt danach, in welchem sozialen Zusammenhang die Typenbildung gebracht werden kann (Nohl, 2017, S. 43–44). Die Begriffe Sinn- und Soziogenese gehen auf Mannheim (1980) zurück, welcher darin einmal vom Erfahrungsraum selbst (Sinn) und zum anderen Mal von einem Blick hinter diesen Erfahrungsraum (Sozio) spricht. Letzterer bildet die Soziogenese – und «dieses Verstehen besteht darin, dass man durch die Gebilde hindurch in den existentiellen Hintergrund eines Erfahrungsraumes einzudringen trachtet» (S. 276). Es geht somit in diesem Schritt der Soziogenese darum, den Hintergrund bzw. die Struktur der aus dem Orientierungsmuster generierten Typologien, die mittels des sinngenetischen Vorgehens rekonstruiert wurden, aufzudecken. Soziologische

und damit gesellschaftliche Entwicklungen und Bewegungen bis hin zu Stereotypen erhalten hier besondere Relevanz. Vorliegend wird dieser methodische Schritt nicht geleistet – und die Begründung dazu liefert das anschliessende Kapitel.

6.3.2 Von der Leistbarkeit der dokumentarischen Methoden zur vorliegenden Leistung

Nohl (2017), aber auch Przyborski & Slunecko (2020) vertreten die Ansicht, dass es keiner vollständigen Transkription der Interviewdaten bedarf, um mit der dokumentarischen Methode zu arbeiten. Sie begründen das einerseits damit, dass vieles im Interview erzählt wird, das nicht unmittelbar mit der Forschungsfrage zusammenhängt, und andererseits mit dem ökonomischen Mehraufwand, den eine vollständige Transkription mit sich bringt. In Anlehnung an Bohnsack (2014) schlagen sie vor, dass vor der Transkription beim Hören der Audioaufnahme eine «zeitliche Abfolge der Themen» notiert werden soll, welche für die Forschung relevant ist (Nohl, 2017, S. 30). Insbesondere die reflektierende Interpretation und die darin zu tätige komparative Analyse verlangen meines Erachtens danach, sich den Erzählverlauf des gesamten Interviews anzusehen. Ferner formuliert gerade Nohl in Anlehnung an Mannheim (1964) und Bohnsack (2005/2012), dass verschiedene Interviewausschnitte für die Erarbeitung des «gesamtgeistigen Habitus» relevant sein können (2012, S. 121). Dies gelingt ebenfalls deutlich nachvollziehbarer, wenn der Gesamtverlauf des Interviews einmal als Transkript vorliegt und man so auch innerbezüglich Textpassagen bei der Analyse präsenter hat. Dass der Aufwand grösser ist, wird nicht wegdiskutiert, der Ertrag erscheint mir aber in Kapitel 7 sichtbar. Das vorliegende Datenmaterial lässt sich bezogen auf die Forschungsfrage mit der dokumentarischen Methode insbesondere mit den Schritten der formulierenden und reflektierenden Interpretation eigenständig verarbeiten und bringt Rekonstruktionen zum Vorschein. Folglich konnte die Herausarbeitung von acht Aspekten bezogen auf Orientierungsmuster sowie Begründungen auch dank einer vollständigen Transkription der sieben Interviews gelingen (vgl. Kapitel 7).

Es existieren aber auch Grenzen bei der Umsetzung der dokumentarischen Methode, dessen ich mir erst im Verlaufe deren Anwendung bewusst wurde. Vorweg: Die soziogenetische Typenbildung wird vorliegend nicht geleistet. Da alle Interviews mit dem gleichen, eigens entwickelten Interviewleitfaden durchgeführt wurden, sind die Interviews bezogen auf die Themen und auf die Erzählungen auch vergleichbar. Der Leitfaden gibt gar die strukturelle Form bzw. das Bilden von Oberthemen vor. Durch das Erfragen der vorher meinerseits definierten

Aspekte wurde so auch versucht, dem gemeinsamen «konjunktiven Erfahrungsraum», in Anlehnung an Mannheim (1980, S. 220), in der palliativen Praxis von Seiten Sozialer Arbeit möglichst nahe zu kommen. Um das Handeln und dessen Orientierungsmuster in der Praxis sichtbarer zu machen, führt der Weg über das diesem Handeln zugrunde liegende Sichtbarmachen «impliziten oder inkorporierten Wissen[s]», was zugleich auch handlungsleitendes Wissen sein kann (Bohnsack, 2012, S. 120; 125). Dieser gemeinsam geteilte Erfahrungsraum gilt zudem als Voraussetzung in die Analyse von Typenbildung einzusteigen. Vorliegend interessieren auch die darin vorhandenen Orientierungsmuster, welche ihre Relevanz bezogen auf das alltägliche Wirken und Handeln von Seiten der Sozialen Arbeit in der Palliative Care entfalten und so professionstheoretisch gelesen werden können. Die durch das Interview bzw. die Fragen vorgegebenen Themen können nicht nur als Tertium Comparationis gelten, sondern zudem auch in die Typenbildung aufgenommen werden. Dennoch reicht dies nicht, um einer soziogenetischen Typenbildung zu entsprechen. Es wird keine soziale Genese der rekonstruierten Orientierungsmuster aus den Daten geleistet.

Nohl führt aus, dass die dokumentarische Methode nicht nur auf die Rekonstruktion des «gesamtgeistigen Habitus», sondern ebenfalls für das Herausarbeiten vom «kollektiven Habitus» (Bourdieu, 1991) sowie bezogen auf Verbindungen zwischen dem Habitus und vorhandenen gesellschaftlichen Strukturen ihre Anwendung findet. Als Erinnerung – in Kapitel 4 wurde der als relevant angesehene professionstheoretische Bezugsrahmen erörtert; und bereits da wurde sichtbar, dass vorliegend eine Engführung auf die Fachpersonen und ihre Herstellungsleistungen des eigenen beruflichen Handelns favorisiert wird.

Es ist zudem offensichtlich, dass sieben Gesprächsdaten einer kleineren Fallzahl entsprechen und das Datenmaterial damit begrenzt ist. In dem Sinne konnten zwar Orientierungsmuster für das berufliche Handeln von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care dargelegt werden, dem Schritt zur Typenbildung wird damit sinngenetisch ansatzweise entsprochen, aber soziogenetisch nicht gerecht. Übersetzt bedeutet das: Die Interviewdaten bzw. Passagen daraus werden auf ihre Herstellungsprozesse bzw. die impliziten Wissensbestände hin rekonstruiert, um so den dokumentarischen Sinngehalt zu erarbeiten, welcher sich in Form von Orientierungen und Begründungen für das professionelle Selbstverständnis zeigt. Es geht somit um individuelle Orientierungsmuster und das – soweit möglich – professionelle Verorten dieser für das Handlungsfeld der Palliative Care in der Sozialen Arbeit, nicht um deren soziogenetische Verortung. Vordergründig war es nicht der Anspruch, eine vollumfängliche Typenbildung gemäss Typologie der dokumentarischen Methode umzusetzen, weil auch mit

einer nicht vollständigen Typologie den Gütekriterien an qualitative Forschungsvorhaben entsprochen werden kann. Die Herausarbeitung von sinngenetischen Typen erachte ich deshalb als nicht nur bezogen auf das Herausarbeiten von handlungsleitendem Wissen, sondern ebenso bezogen auf eine Form der Herstellung von Objektivität nebst Validität als korrekt (Nohl, 2017, S. 41). In einem Forschungsprozess ist immer zu klären, wie den Gütekriterien, welche an ein Forschungsvorhaben gestellt werden, entsprochen werden kann. In der quantitativen Forschung sind die Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität nicht nur von grosser Wichtigkeit, sondern sie lassen sich oft nachvollziehbar im Forschungsprozess nachweisen und trennen. In der qualitativen Forschung ist die Umsetzung der Gütekriterien etwas komplexer. Dass die Objektivität mit der Validität in der qualitativen Forschung zusammengedacht werden muss, ist bekannt – fragt doch Validität danach, ob das gemessen wird, was gemessen werden muss, und um diese Frage zu beantworten, bedarf es eines geeigneten Auswertungsverfahrens, welche die Zielsetzung der Objektivität erfüllen kann. In der qualitativen Forschung kann Objektivität mit der sog. intersubjektiven Auseinandersetzung von Datenmaterial hergestellt werden. Wie Kergel (2018) ausführt, können dafür verschiedene Strategien, wie das Interpretieren in Gruppen (Interpretationsworkshop) oder Diskutieren der Ergebnisse in Gruppen (Validierungsworkshop), eingesetzt werden (S. 51). Bei der dokumentarischen Methode kann die komparative Sequenzanalyse, die in der interpretierenden Formulierung ihre Anwendung findet, als ein Weg gelesen werden, der diesem Prozedere nahekommt. Indem die Interviews bzw. die darin ausgewählten Textpassagen minimal und maximal kontrastiert werden, also Vergleichs- und Gegenhorizonte skizziert und Rückbezüge hergestellt werden, wird nicht nur der interpretatorische Zugriff ermöglicht, sondern ebenso Intersubjektivität nachvollziehbar hergestellt (Bohnsack, 2007a; Nohl 2017, S. 39).

Auch das Erarbeiten von Typen kann als weitere Form der Validität gelesen werden, doch genau setze ich zwar bei der sinngenetischen Typenbildung an, gehe aber nicht über in die soziogenetische Typenbildung hinaus – erstens wegen der Begrenztheit der Fallzahl: Es ist aktuell noch ein Fakt, dass nicht jedes Hospiz bzw. nicht jede nicht spitalähnliche Palliativinstitution eine Fachperson der Sozialen Arbeit beschäftigt. Zudem verlangt die dokumentarische Methode bei der Generierung von Typologien, folgt man Nohl (2017) oder auch Przyborski & Slunkeo (2021) in Anlehnung an Oevermann (2009), nach einer gewissen Reproduktionsgesetzlichkeit. Diese wird dann erreicht, wenn ein Mehr an Fällen keine weiteren Erkenntnisse zutage bringt, was in der Forschung auch als «Prinzip der empirischen Sättigung» (Strübing et al., 2018) bekannt ist. Vorliegend ist zwar die Fallzahl klein, aber durch das intensive Durchforsten

des Datenmaterials mittels formulierender und reflektierender Interpretation wird dem Prinzip Rechnung getragen. Zudem führt dieses Vorgehen zu einer intensiven, detailgetreuen und aufwändigen Datenanalyse des erhobenen Materials. Es reicht aber nicht aus, um eine soziogenetische Verortung vorzunehmen. Für die soziogenetische Typenbildung braucht es nicht nur eine reziproke, sich wiederholende Struktur in den Daten und damit eine kollektive Orientierung, sondern es gilt der Vielschichtigkeit des beruflichen Handelns im Palliative Care Bereich mittels verschiedener Orientierungsmuster eine deutlichere Konturierung des professionellen Handelns zu verleihen. Soziogenetische Aspekte, beispielsweise biografisch gemeinsame Erfahrungsräume von Migration/Generation, Alter oder Geschlecht, könnten hier eine wesentliche Rolle spielen und eine besondere Logik zur Praxis der Handelnden im Feld aufweisen. Amling & Hoffmann halten hierzu fest, dass «die soziogenetische Interpretation insofern einen angemesseneren Zugang zur Logik der Praxis der Akteurinnen darstellt und über das Erkenntnispotenzial der korrespondenzanalytischen Arbeitsschritte [sinngenetische Typenbildung] hinausweist» (2013, S. 191). Mein Ziel ist es aber, die Rekonstruktion von Orientierungsrahmungen und damit ansatzweise auch habituellen Gemeinsamkeiten der Handelnden darzustellen und hierfür empirisch Ergebnisse zu liefern – und nicht die Genese dieser Orientierungsrahmungen auf milieuspezifischen Erlebnisschichtungen und Erfahrungsdimensionen (S. 192). Was an dieser Stelle abschliessend angemerkt sei: Die soziogenetische Typenbildung lässt sich besonders in Gruppendiskussionen und in der Analyse von Bildmaterial besser umsetzen, da deutlichere Konturierungen von Gesprächsverläufen und darin enthaltenen Diskrepanzen sowie gegenseitigen Bezügen zueinander hergestellt werden können und Bildmaterial es ferner zulässt, soziale Szenen sowie deren «Ikonizität» (Bohnsack, 2005) zu erkennen.

6.4 Reflexion der eigenen Rolle als Forscherin

Der gesamte Forschungsprozess dauerte von der ersten Forschungsskizze im Herbst 2018 bis zur Verarbeitung und Verschriftlichung der Ergebnisse im Frühling 2023 insgesamt rund 5 Jahre. In dieser Zeit war und ist es auch rückblickend zentral, die eigene Rolle als Forscherin im Forschungsfeld zu reflektieren – auch, um eine entsprechende kritische Distanz zum Forschungsfeld, zum methodischen Vorgehen und zur Interpretation der Daten zu gewinnen. Flick führt aus, dass bei der qualitativen Forschung «die Kommunikation des Forschers [oder der Forscherin] mit dem jeweiligen Feld und den Beteiligten zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis» wird (2016, S. 29). Da ich selbst in verschiedenen Rollen im

Forschungsfeld beruflich und ehrenamtlich involviert bin und das, was ich selbst erlebte und erlebe, jeweils beim Interpretieren der Daten nicht vollständig ausblenden kann, war ich bemüht, die Reflexion auf den Forschungsprozess sowie auf meine eigene Rolle auf unterschiedlichen Ebenen herzustellen. Geleitet haben mich dabei folgende Kriterien:

Kritische und reflexive Distanz zum Forschungsfeld

Über die Rolle als Dozentin zum Themenfeld Sterben und Tod erhielt ich einen erleichterten, aber zugleich auch systematischen Zugang zum vorliegenden Handlungsfeld. Der Dialog mit Studierenden in der Aus- sowie auch Weiterbildung über das Tätigsein im Feld von Sterben und Tod, mit Fokus auf die Begleitung vor dem Eintreten des Todes und nicht bezogen auf die Trauerarbeit, ermöglicht es mir, fachlich und mit einer gewissen Beständigkeit im Themenfeld präsent zu bleiben. Ich war stets gefordert, jeweils den aktuellen Forschungsstand sowie Entwicklungen in der Praxis grossmehrheitlich im Blick zu haben. Über die Rolle als Stiftungsrätin im Hospiz Zentralschweiz durfte ich über 4 Jahre hinweg hautnah miterleben, wie eine Hospiz-Organisation erbaut sowie in Betrieb genommen wird und was vor Ort Interprofessionalität bedeutet. Diese Zeit war geprägt von intensiven Diskussionen bezogen auf die Finanzierung und deren Einfluss auf die personelle Ausstattung einer solchen Institution. Dass ein Aufenthalt in einem Hospiz nicht vollumfänglich von der Krankenkasse gedeckt ist, stellt für viele Klientinnen und Klienten, deren Angehörigen, aber auch für die Professionellen in solchen Institutionen eine Herausforderung dar. Im besonderen Masse betrifft das die Leistungen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care, denn vor allem die von ihr zu erbringenden Betreuungsleistungen bzw. psychosozialen Unterstützungen und die Begleitung von Familienangehörigen sind im Leistungskatalog der Krankenkassen bezogen auf das Sterben und den Tod weder ausreichend erfasst noch werden diese vollumfänglich finanziert. Die Debatte, welche Leistungen bezahlt bzw. abgegolten werden und welche Leistungen von Seiten der Freiwilligenarbeit erbracht werden können, stellt die Soziale Arbeit nicht nur, aber besonders im Feld der Palliative Care vor Herausforderungen. Um die nötige Distanz zum Forschungsfeld und später zur Datenanalyse halten zu können, vergegenwärtigte ich mir stets meine eigene Rolle. Erfasste und analysierte ich die Daten, so versuchte ich, so Objektivität auch in Gesprächen mit anderen Personen über meine Analysen herzustellen. Sprach ich öffentlich über die Thematik an Podien oder Lehrveranstaltungen, so versuchte ich, die mit mir geteilten Erfahrungen von Seiten des Publikums systematisch mitzunehmen.

Interpretation der Daten und das Herstellen von Reliabilität und Validität

Bei der Interpretation der Daten versuchte ich, mir mehrmals zu vergegenwärtigen, dass mein Erkenntnisinteresse auf dem Herausarbeiten von Orientierungsmuster und damit auf dem Verorten des Selbstverständnisses von Seiten der Fachpersonen auf ihr eigenes Tun liegt. Das erhobene Datenmaterial der Interviews musste dafür reduziert werden. Da eine Reduktion von Material immer auch zugleich einen Einfluss auf das Ergebnis haben kann, orientierte ich mich daran, die Interviews mehrmals durchzugehen und diese nach dem Leitfaden thematisch zu ordnen und nach einer längeren Pause die Transkripte nochmals vollständig zu lesen sowie bezogen auf mögliche, sich aus dem Material ergebene Themen zu durchforsten. So konnte sichergestellt werden, dass zumindest auf den ersten Blick nicht erkennbare Themen dennoch in einem zweiten Durchgang aufgenommen werden konnten.

Die dokumentarische Methode verlangt, sog. Gegenhorizonte zu ausgewählten Interviewpassagen zu skizzieren. Dieses Vorgehen kann als Stärkung der Reliabilität und der Validität in qualitativen Forschungsvorhaben gelesen werden und findet sich auch beim offenen Kodieren in Anlehnung an Strauss (1991). Um die Reliabilität einer Interpretation zu überprüfen, sollte die ausgewählte Interpretation einer Textstelle mit anderen Abschnitten im selben Interviews oder in den weiteren zum Thema gemachten Interviews verglichen werden (Flick, 2016, S. 492, in Anlehnung an Strauss). Mittels des Suchens nach Gegenhorizonten kommt man dieser Kontrastierung nahe. Indem ich Überlegungen zu gegenteiligen Ansichten, Einstellungen, Vorgehensweisen oder gar Diskursen zum Thema zu skizzieren versuchte, konnte ich gewisse Orientierungsmuster konturierter herausarbeiten. Ebenfalls führte ich in meinem Freundschaftskreis stichprobenmässige Diskussionen zur Thematik «Wann werden Metaphern angewendet?» oder «Woran orientiert ihr euch denn, wenn ihr diese Aufgabe ausführt?». Das Nachdenken über gegenteilige Aspekte und die Fragen meinerseits an meinen Freundeskreis sorgten dafür, dass ich meine persönliche Comfort-Zone und somit auch mein angeeignetes Wissen und die berufspraktischen Hintergründe gedanklich verlassen musste. Dieses Einnehmen einer anderen Perspektive bewahrte mich auch davor, Schlussfolgerung womöglich nur zu replizieren oder gar Konstruktionen herzustellen, welche womöglich meinen eigenen – und nicht denjenigen der Befragten – sind.

Was die Grenzen des Forschungsvorhabens angeht, so wurden bereits im vorangegangenen Unterkapitel 6.3.2 Überlegungen dazu ausgeführt – womit es nun keiner weiteren Ausführungen zur Limitierung bedarf, sondern nun das Darlegen von Ergebnissen angezeigt ist.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Empirischer Teil: Rekonstruktionen von Orientierungsmustern und Begründung des eigenen Tätigseins der Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care

7

Berufliches Handeln zeigt sich nicht nur im Tun und manifestiert sich in der Handlungspraxis, sondern ebenfalls in der Narration und damit in der Form, wie über das eigene berufliche Handeln gesprochen und gedacht wird. Wie beschreiben Fachpersonen der Sozialen Arbeit ihr berufliches Handeln im Feld der Palliative Care? Dies ist die zentrale Frage der vorliegenden Forschung. Um darauf empirisch fundierte Antworten zu finden, wurden mittels rekonstruktiven Verfahrens aus den sieben Interviews Orientierungsmuster und Begründungen, welche von Seiten der Fachpersonen selbst bezogen auf unterschiedliche Aspekte im Arbeitsalltag herangezogen wurden, herausgearbeitet. Die Ergebnisse werden nachfolgend basierend auf acht Unterkapitel (vgl. 7.1–7.8) dargelegt und später vor dem Hintergrund der ausgewählten professionstheoretischen Positionierung sowie bezogen auf den Kernbegriff «professionelles Selbstverständnis» im Feld der Palliative Care verortet.

Sich als Fachperson der Sozialen Arbeit über das eigen Tätigsein äussern zu können, bildet das zentrale Momentum der vorliegenden Forschung – und es war zugleich auch Anstoss für das Erkenntnisinteresse. Wie bereits erwähnt, wurde das Verfahren der dokumentarischen Methode (nach Nohl, 2017) bei der Analyse der Gesprächsdaten angewendet, da dieses sich als besonders ertragreich bezogen auf das Ergründen von Orientierungsmustern erweist. Der Modus Operandi, womit vorliegend die Art und Weise gemeint sind, wie über das eigene berufliche Tun erzählt wird, wird nicht nur in das Zentrum gesetzt, sondern ebenso handlungstheoretisch analysiert.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt basierend auf den aus dem Material rekonstruierten Begründungen und Orientierungsmustern und beginnt bei dem Berufseinstieg sowie der Deutung ihrer eigenen Tätigkeit als Fachperson selbst, geht über die Alltagsbeschreibungen und die Umsetzungsmöglichkeiten der Aufgaben

und Tätigkeiten sowie die diesbezüglichen Herausforderungen in praxeologischen Verankerung hinweg und findet in der Form der Wunsch-Realität-Differenzierung ihren Abschluss. Um die Interpretationen der gemachten Aussagen und die damit rekonstruierten Orientierungsmuster bzw. Begründung der Fachpersonen nachvollziehbarer zu machen, werden diese mit aussagekräftigen Zitaten untermauert.

7.1 Das Private, das professionelle Interesse oder der Zufall als Begründung für das Tätigsein

Einen Beruf zu wählen oder sich für einen Job zu bewerben, wird allgemein als individueller, sehr bewusster und auch an gewisse Voraussetzungen geknüpfter Entscheid beschrieben. Die späteren beruflichen Entwicklungsprozesse und die weiteren Karriereverläufe im Beruf können mehr oder weniger geplant oder ungeplant, fließend bzw. stockend sowie schnell oder weniger schnell verlaufen. Zu erzählen, wie der Berufseinstieg sich ereignete, lässt Rückschluss darauf zu, welche Rahmungen oder Orientierungen für den Entscheid, im beruflichen Feld überhaupt wirken zu wollen, vorhanden waren bzw. sind.

Vorliegend zeigt sich, dass insbesondere der Berufseinstieg der interviewten Fachpersonen nicht nur unterschiedlich, sondern grösstenteils teilstrukturiert, mit fließenden bzw. prozesshaften Übergängen bis gar mit unbewusstem Beginn verliefen. Ein Blick auf das Sampling verdeutlicht, dass auch die bisher angestammte Berufserfahrung und die Altersklassen sehr unterschiedlich sind, womit sich gewisse Begründungen von Seiten der Fachpersonen bezogen auf den Berufseinstieg kontextualisieren lassen.

Die Begründungen, welche zum heutigen Tätigsein im Handlungsfeld der Palliative Care von Seiten der Fachpersonen herangezogen werden, bewegen sich zwischen beruflich begründeten und bewussten Entscheidungen, über persönliche Erlebnisse, welche teils klar für den Berufseinstieg oder dann eher im Verlaufe des Gesprächs ex- bzw. implizit als Begründung herangezogen werden, bis hin zu einem zufälligen Tätigsein im heutigen Feld der Palliative Care. Teils erwähnen die Fachpersonen selbst, dass es aus ihrer Sicht keinen bewussten Entscheid für den Berufseinstieg im Feld der Palliative Care gab, doch insbesondere die reflektierende Interpretation von ausgewählten Passagen zur Frage betreffend den Berufseinstieg zeigt, dass sich etwas Prozesshaftes und Systematisches in den Erzählungen findet und zwei Fachpersonen so eine für sie «atheoretische» Nähe zum Gesundheitswesen mitbringen. Diese Nähe lässt sich erst im Verlauf der Erzählungen rekonstruktiv entfalten. Aus den sieben Interviews lassen sich drei

Begründungspraxen für den eigenen Berufseinstieg bzw. den heutigen Beruf und das professionelle Wirken rekonstruieren. Das Herausgearbeitete Momentum ist jenees des *bewussten bzw. unbewussten oder zufälligen Interesses*. Dieses wird nun ausgeführt und später nicht nur in Bezug auf den Einstieg in das Berufsfeld, sondern auch in Bezug auf die Kompetenzen und das Dasein verdichtet.

7.1.1 Das professionelle Interesse als prozesshafte, das Private als bewusste Begründung für die berufliche Tätigkeit

Der Umgang mit Menschen, die dem Lebensende nahe sind, legt immer auch die eigene Endlichkeit sowie Bezüge zu Verlust und Tod in der eigenen Biografie nahe. Dass die privaten Erlebnisse mit dem Tod von nahestehenden Personen sowie das Interesse an Gesundheitsfragen in einer engen und bewussten Verbindung stehen, lässt sich bei Frau Matter und Frau Pereira rekonstruieren. Beide führen bewusst und von sich aus entweder zu Beginn oder im Verlauf des Gesprächs aus, welche privaten Verlusterfahrungen sie gemacht haben und wie diese ihre Sicht auf den Tod und das Sterben, aber auch auf die heutige Tätigkeit in der Palliative Care prägten. Frau Pereira beginnt beim Interesse für den Gesundheitsbereich und grenzt sich sprachlich sogleich von der Medizin sowie der Pflege ab und bezeichnet ihre Tätigkeit als «in die soziale Begleitung gehen» (Z. 21). Dieses «Gehen» zeigt sich dann in einem Prozess über ein Vorpraktikum, welches dazu führte, dass sie Ferienvertretungen übernahm und – weil man sie so «näher kennenlernte» – sich auch als Angestellte in der Ausbildung im Hospiz etablieren konnte. Dies bezeichnet sie als «Spezialsetting» (Z. 52), womit sie andeutet, dass ihr Berufseinstieg für sie nicht einem normalen Verlauf mittels des Bewerbungsverfahrens entspricht, sondern einem fließenden, auf Vertrauen beruhenden Übergang. Die Norm bzw. das «normalerweise» bezieht sie auf den Umstand einer abgeschlossenen Ausbildung in der Sozialen Arbeit, welche ihr Vorgänger hatte, sie jedoch noch nicht besitzt und dennoch den Job, nebst dem Studium, übernehmen konnte. Dass sich diese «Tür» öffnete, beschreibt Frau Pereira als «eher untypisch, da das Hospiz sonst niemanden neben dem Studium angestellt hat» (Z. 248), doch dadurch, dass «man sich kannte», womit Frau Pereira erneut auf das Praktikum und die Ferienvertretung verweist, hätte das funktioniert. Dieses Kennen antizipiert sie mit einem Vertrauensverhältnis, welches sie zwar nicht offensichtlich darlegt, doch sie zieht die Rahmung des «gegenseitigen Vertrauens und Kennens» heran. Dieses sorgte, wie später ersichtlich

wird, auch für ein Fundament an guter Kooperation mit weiteren Berufssparten im Hospiz.

Frau Pereira grenzt ihr Interesse für das Gesundheitswesen, welches sie für den Berufseinstieg motivierte, deutlich erkennbar von der Medizin ab. Es sei «nicht im Sinne von Medizin», sondern der Berufseinstieg sei in «einem anderen Sinne» gewesen, womit sie sich auf ein anderes Tätigsein im Feld der Palliative Care fokussiert und dieses als «soziale Begleitung» benennt.

«(...) Und dann war eigentlich relativ schnell klar, dass es wie nicht wirklich im Gesundheitsbereich, also im Sinne von Pflege oder Medizin war, sondern dass es, eben ja so in eine soziale Begleitung geht. Ja, also genau, ich würde das *glaubs* so beschreiben.» (Frau Pereira., Z. 16–18).

Hier wird deutlich, dass sie eine differenzierte Sichtweise zu ihrer eigenen Tätigkeit und zu den Tätigkeiten der Medizin und Pflege besitzt und ihr diese Differenz auch wichtig ist. Sie expliziert jene an dieser Stelle nicht weiter, allerdings nimmt sie eine genauere Differenzierung später in Bezug zur Muliprofessionalität vor (vgl. Abschnitt 7.2.2).

Frau Pereira führt im Gesprächsverlauf von sich aus ihre persönlichen Erfahrungen mit einem Verlust in jungen Jahren in das Feld. Diese scheint sie retrospektiv betrachtet zu prägen, denn sie bleibt ihr ambivalent in Erinnerung, da sie den Verlust als schwierig und schön zugleich beschreibt. Den «Begegnungen» mit Menschen am Lebensende spricht sie allerdings positive Emotionalität zu und diese Begegnungen würden sie auch noch «heute» berühren, denn obwohl der Tod bei ihr nun alltäglich sein kann, hat sie sich diese Emotionalität offensichtlich bewahrt.

«Ich habe es ja vorher schon angetönt gehabt, ich habe ähm Erfahrungen aus jungen Jahren, (...), mit krebserkrankten Personen, sterbenden Personen, ähm, das war eine schwierige Zeit, verständlicherweise, aber auch eine sehr schöne Zeit. Die menschliche Begegnung ist *öppis* (etwas) das mich heute noch berührt. (...). Das sind sehr schöne Erfahrungen und ähm, also schöne, sehr wertvolle Erfahrungen und das ist die eine Sache.» (Frau Pereira, Z. 213–218; Z. 221–224)

Das Private spielt sich für Frau Pereira stark auf der Begegnungs- und Beziehungsebene ab. Sie betrachtet dies nicht nur «damals» im Privaten und beim Berufseinstieg als wichtig, sondern sie skizziert mit «heute» gedanklich die Gegenwart und legt dar, dass dieses «Begegnen» bzw. die Begegnungen an sich ein wesentlicher Teil ihrer Tätigkeit ausmachen und sie sich, obwohl diese alltäglich sind, eine Gefühlsbetontheit bewahrt. Sie verfällt damit nicht in eine

routinemässige Abhandlung, sondern gesteht jeder Begleitung eine Individualität und zugleich auch eine neuartige Emotionalität zu.

Frau Matter zeigt im Gespräch auf, dass ihr heutiges Tätigsein für sie eine «logische (Ab-)Folge» von beruflich prozesshaften, strukturellen und privat bedingten Erlebnissen war. Sie betont zu Beginn sowie in den weiteren Ausführungen, dass es immer einen «roten Faden» und eine «Prozessbegleitung» (Z. 14; Z. 80) in allen ihren beruflichen und privaten Tätigkeiten gab. Sie stellt damit für sich fest, dass sie jeweils einer bestimmten Idee oder Handlung, die sich durch etwas hindurchzieht, das ihr Wirken auch verbindet und ihr Tätigsein zusammenhält sowie dieses als schrittweise erscheinen lässt, orientiert. Frau Matter stellt damit auch etwas Prozesshaftes in den Vordergrund, wie es bei Frau Pereira der Fall war, doch bei ihr wird deutlicher erkennbar: Sie war und ist an dieser Entwicklung bzw. dem Prozess stets beteiligt.

«Hm (bejahend). Also für mich ist es eine logische Folge gewesen, von der ganzen Berufstätigkeiten *wo* (die) ich gehabt habe, der rote Faden ist immer eine Prozessbegleitung gewesen, ähm, in der Sozialpsychiatrie, bei den traumatisieren Leuten, in der Onkologie ist es immer um Prozesse gegangen, also Mensch *wo* (die) in einem Prozess sind, die *wo* (die) unterstützen in dem Prozess oder rausfinden an der Schwelle, was brauchen sie an Unterstützung, damit sie den nächsten Schritt machen können.“ (Frau Matter, Z. 10–18).

Frau Matter ist dieses Prozesshafte nicht nur bezogen auf ihren heutigen Beruf, sondern genauso für sich selbst und ihr Tätigsein im Alltag wichtig.

«Dann auch ein bisschen vorausplanen, ist immer ein Thema gewesen, und so ist die logische Folge eigentlich, oder, de /, so quasi, dass zweitletzte und das letzte Kapitel von einem Lebensprozess, ähm, strukturieren und zu überlegen, wo möchte ich gepflegt werden und wo möchte ich sein, wenn ich sterbe. Oder wer unterstützt mich in dem Prozess, was brauche ich aufgrund von meiner individuellen Situation.» (Frau Matter, Z. 22–27)

Die Prozesse, die sie hier expliziert, ereignen sich nicht ungeplant oder spontan, sondern eher strukturierend und führen zu einer Unterteilung von am Lebensende sich ereignenden Abschnitten. Diese Unterteilung auf das «zweitletzte» und «letzte Kapitel» verbindet Frau Matter auch mit ihrem bisher angestammten beruflichen Wirken. Für sie geht es einerseits um die Vorausplanung und andererseits um die Prozessbegleitung. Sie benennt es aber nicht explizit, sondern deutet es mit «immer» an. Dass Frau Matter im Weiteren die «Ich»-Perspektive wählt, lässt sich so deuten, dass ihr hier direkte Subjektivität zu dem von ihr Gesagten

wichtig ist. Dieses Vorgehen ermöglicht eine persönliche Verbindung zum Gesagten oder Geschriebenen und verleiht den ihr gemachten Aussagen eine stärkere Authentizität und Individualität. Sodann schliesst sie selbst an ihre persönlichen Verusterlebnisse in jungen Jahren und die dort gemachten Erfahrungen an. Der Verlust beider Elternteile innert kurzer Zeit, während der Phase, selbst Mutter zu werden, führt dazu, dass sie sich an der Dimension der «Gleichzeitigkeit von Tod und Geburt» orientiert. Diese Gleichzeitigkeit habe ihr auch gezeigt, wie sie nicht gehen möchte. Die Gleichzeitigkeit von Tod und Sterben und die damit sich auch ergebende Ambivalenz zwischen «wie möchte man selbst sterben bzw. was wünscht man sich für seine Angehörigen?» und «wie wird gestorben bzw. wie zeigt sich das Sterben?» sei für sie ein wichtiges Momentum gewesen, sich generell für andere und später im Gesundheitsbereich beruflich zu engagieren. Die Gleichzeitigkeit und die damit verbundene Ambivalenz lösen sich bei ihr nicht auf, indem sie sich von dem Erlebten distanziiert, sondern, im Gegenteil, indem sie das Erlebte in ihre Praxis transferiert, macht Frau Müller dies zu ihrem eigenen Auftrag.

Es fällt auf, dass bei beiden Fachpersonen ihre privaten Erlebnisse von sich aus schildern, diese sogleich auch selbst in den Kontext ihrer Fachlichkeit und zu ihrem Verständnis von «Sterben und gehen können» setzen. Für Frau Pereira wie auch für Frau Matter sind die gemachten Erfahrungen einerseits wichtig, um zu verstehen, wie eine soziale Begleitung für Angehörige ausgestaltet sein muss, dass sie auch als «soziale Unterstützung» für das Gegenüber, womit die Klientel gemeint ist, annehmbar werde. Es würde um Fragen gehen, welche die Zukunft betreffen, wie jene, «Welche Unterstützung braucht der Klient bzw. die Klientin?» oder «Welche Unterstützung wünscht sich jemand, sei es der kranke Mensch selbst oder der Angehörige?». Andererseits können über die eigenen Erfahrungen gewisse Phasen im Sterbeprozess und im Abschiednehmen für die betroffene Person und deren Angehörigen frühzeitiger erkannt sowie vorausschauend skizziert werden und dementsprechend kann eine spezifischere Unterstützung geboten werden. Dass Frau Pereira und Frau Matter zudem ein persönliches Interesse am Gesundheitsbereich, aber bewusst nicht an der Medizin äussern, zeigt, dass beide über ein differenzierteres Berufsverständnis verfügen, welches sie von der Medizin abgrenzen und für sie beide gewisse soziale aber eben auch persönliche Elemente umfasst.

7.1.2 Das professionelle Interesse als prozesshafte und bewusste, das Private als unbewusste Begründung

Das Interesse am Gesundheitsbereich wird von Frau Christen und Herr Röllli zu Beginn und ganz bewusst für den heutigen Beruf ins Feld geführt. Bei beiden hat sich ebenfalls ein prozesshafter Vorgang für das heutige Tätigsein ereignet – und dieser lässt sich so auch rekonstruieren. Allerdings war der Einstieg in den Beruf ein sehr bewusster Entscheid. Interessant ist sodann, dass auch private Ver-lusterlebnisse von grösserer Relevanz bezogen auf den Entscheid, im Feld tätig zu sein, waren, diese aber von Frau Christen und Herrn Röllli implizit und erst später im Gesprächsverlauf in das Feld geführt werden. Obwohl beide der Meinung sind, sie hätten sich bewusst für den heutigen Beruf, aber nicht zwingend aus privaten Gründen dafür entschieden, bringt die reflektierende Interpretation von ausgewählten Textstellen bezüglich des Argumentationsprozesses Gegenteili-ges hervor. Herr Röllli und Frau Christen entfalten verschiedene Argumentationen, welche auf private Bezüge hindeuten, die ihnen wohl so selbst nicht bewusst sind. Sie beginnen damit, dass der Entscheid nicht «gesteuert, sondern eine Umschu-lung» (Herr Röllli, Z. 8) oder «bewusst» gewählt sei, aber das fachliche Interesse klar vorhanden war. Wie sich später zeigt, entfaltet Frau Christen private Argu-mentationen für ihren heutigen Beruf – und obwohl sie zu Beginn selbst ausführt, dass es «kein gesteuerter Entscheid» (Z. 7) war, bedient sie sich verschiedener Begründungen für den heutigen Job. Sie beginnt einen sachlichen Grund, das Interesse an der Gesundheit, zu explizieren, deute so dann an ein «gewisses Defi-zit an Begleitung» (Z. 12) für sich entdeckt zu haben und gegen Ende führt sie von sich aus einem privaten Grund aus, welcher den Entscheid für den heuti-gen Beruf mit «es ist wichtig, die Menschen und vor allem das Umfeld dann zu begleiten» (Z. 21) abrundet. Was für Frau Christen selbst wortwörtlich «kein gesteuerter Entscheid» ist, lässt sich im Gespräch deutlich anders entfalten.

«Es war kein gesteuerter Entscheid. Eben ich habe die Ausbildung gehabt als Pflege-fachfrau. Ich habe mich dann sehr bewusst für Sozialarbeit entschieden. Weil mir als Krankenschwester immer vorgeworfen wurde, ich spreche zu viel mit den Patienten. Und ich habe ein gewisses Defizit gesehen oder ein gewisses Defizit an Begleitung/nicht nur medizinisch, sondern dass diese Menschen auch auf der anderen Ebene psychosozial Unterstützung brauchen und Fragen haben, die geklärt werden müs-sen. (...). Irgendwann habe ich dann diesen Job gesehen, als Sozialarbeiterin bei der Krebsliga. Und (...) mir war es einfach immer wichtig, dass ich Medizin und Sozialarbeit verknüpfen kann.» (Frau Christen, Z. 7–21).

Frau Christen hat sich bewusster für die Ausbildung als Sozialarbeiterin und später auch für den aktuellen Job entschieden als sie dies selbst (an)erkennt. Es war kein prozesshaftes «sich-Erschliessen des heutigen Arbeitsfeldes» über Praktika oder Ferienvertretungen, sondern ein bewusstes Bewerben auf die Stelle. Der Grund dafür liegt im Momentum «Zeit haben für andere» und «gewisses Defizit (...) auf anderen Ebenen gesehen». Diese Aspekte waren für Frau Christen Anlass genug, weil sie es am vorangegangenen Beruf als Krankenschwester auch nicht umsetzen konnte, obwohl sie den Bedarf dafür bei der Klientel auf professioneller Ebene erkannte. Diese Diskrepanz hat sie für sich mit einem Jobwechsel aufgelöst. Sich Zeit für andere zu nehmen, zeigt, dass Interesse und Sorge für die Bedürfnisse und Anliegen anderer Menschen als Auftrag angesehen werden. Bereit sein, sich Zeit zu nehmen, um dem Gegenüber zuzuhören, Unterstützung anzubieten oder auch zu leisten, ist damit nicht nur eine private Angelegenheit, sondern vorliegend auch eine berufliche. Frau Christen betont, dass sie diesen Bedarf besonders in Bezug auf die «psychosoziale Unterstützung» (Z. 13) erkannte. Diesen Fachterminus führt sie selbst aus. Probleme im psychosozialen Bereich lassen sich nicht unmittelbar erkennen. Sie zieht hier ein sehr professionell begründbares Momentum heran, ohne sich wohl dessen ganz bewusst zu sein, dass dieses auch in der Sozialen Arbeit als wesentlich gilt. Mit dem «irgendwann» leitet Frau Christen den Jobwechsel ein, den sie nach absolviertem Studium der Sozialen Arbeit vorgenommen hatte. Sie bleibt damit zwar unbestimmt bezogen auf den zeitlichen Horizont, offensichtlich spielte dieser für sie keine Rolle, sie stellt dafür aber das berufliche Interesse mit der Verbindung von Medizin und Sozialer Arbeit in den Vordergrund. Erst zum Ende ihrer Ausführungen betreffend den Berufseinstieg kommt Frau Christen auf ihre persönliche Verlufterfahrung zu sprechen. Dadurch, dass ihr erster Freund an Krebs verstarb, sei ihr bewusst geworden, dass insbesondere das Begleiten und «Sich-Zeit-Nehmen» wichtige Elemente am Lebensende seien. In ihrer Rückbetrachtung war das bei ihrem Freund nicht in dem Umfang vorhanden, wie «es doch sein sollte, so mit Erinnerungen und auch mal darüber sprechen können» (Z. 238). Frau Christen orientiert sich hier an zwei Dingen: einerseits verfügt sie heute über die Erfahrung, sagen zu können, dass eine gewisse Zeit, ohne eine spezifische Zeitdauer zu nennen, für eine gute und professionelle Begleitung essenziell ist. Den zeitlichen Aspekt macht sie später nochmals deutlich, als sie sich zu den Aufgaben in ihrem Alltag äussert: «Es sei ganz ganz wichtig, Zeit zu haben, nicht nur für die Klärung von Sozialversicherungen» (Z. 109). Andererseits benennt sie das «Darüber-Sprechen-Können» als gleichwichtige Komponente.

Auch bei Herrn Röllli begann seine Tätigkeit im Palliative Care Bereich prozesshaft und schrittweise, zuerst war er zehn Jahre lang Betreuer im Flüchtlingswesen, kam dort erstmals mit «Gesundheit der Asylsuchenden» in Kontakt, wie er selbst sagt. Er hatte damals (1999) keine Ausbildung im Sozialbereich, doch für ihn war «immer klar» (Z. 68), dass er die Sozialarbeiterausbildung machen will. Der Einstieg in den Bereich war für ihn geplant und ein von ihm bewusst gesteuerter Entscheid, denn er absolvierte mehrere Praktika im Spitalsozialbereich, weil auch er, wie Frau Christen, die Soziale Arbeit und die Gesundheit verbinden wollte. Nach dem Studium erhielt Herr Röllli «gleich im Anschluss eine Stelle» (Z. 73). Was bedeutete, dass er ohne Unterbrechungen nach Abschluss des Studiums im Spital auf der Palliativabteilung angestellt wurde, wo er zehn Jahre tätig war. Da es damals noch kein Hospiz gab, hatte er sich viele Kontakte zur Spitex und zu Krebsligen aufgebaut – und so wurde er dann später angefragt, ob er die Leitung des Beratungsteams für Palliative Care bei der Krebsliga übernehmen möchte. Mit dem «so hat sich das dann ergeben, ja, so ungefähr (...)» (Z. 78) deutet Herr Röllli hier nicht eine Zufälligkeit für seinen Berufsstart im Palliativbereich an, sondern reflektiert den Prozess seines Berufseinstiegs und die verschiedenen Stationen selbst für sich. Sodann bezieht er sich nochmals auf die eigenen Erlebnisse im Asylwesen, welcher er auch als Freiwilliger dort machte, und sagt, «ja, da hatte ich auch mit dem Tod zu tun» (Z. 90), und führt sodann weiter aus, das wäre nicht einfach gewesen, damals so als junger Mann. Ohne dies bewusst zu explizieren, macht Herr Röllli in Bezug auf das Sterben eine Differenzierung zwischen dem Alter. In jüngeren Jahren fehlen Erfahrungswerte mit dem Tod. Obwohl Herr Röllli es nicht weiterexpliziert, lässt sich hier ein Bezug zu Beginn des Gesprächs mit ihm herstellen. Er hat zwar nicht unmittelbar eigene familiäre Verlusterfahrungen dargelegt, doch der Rückbezug am Schluss auf die Erfahrung im Asylwesen macht deutlich: Persönliche Erlebnisse im Asylwesen prägten ihn, wenngleich er nicht konkret darauf eingeht, was für ihn als «junger Mann» schwierig war. Die Betonung auf «jung» erzeugt, dass es ihm heute, als älterer Mann offenkundig einfacher fällt, über das Sterben und den Tod zu sprechen.

«Über das Thema Tod sprechen, hängt primär sehr fest mit meiner eigenen Position zudem zusammen. Wo stehe ich im Ganzen. Habe ich mich damit auseinandergesetzt oder noch nicht» (Herr Röllli, Z. 132–133).

Der Einstieg in das Feld der Palliative Care war bei Frau Christen und Herr Röllli über das fachliche Interesse am Gesundheits- und Sozialbereich entstanden

und entfaltet sich systematisch über Praktika, absolvierte Ausbildung und Stellenantritt im Spital bzw. in der Krebsliga. Der weitere Gesprächsverlauf zeigt jedoch, dass die Fachpersonen zwar eher fachliche und berufskarrieretechnische Begründungen für den heutigen Job ins Feld führen, in einem weiteren Schritt aber auch «private (Verlust)erlebnisse» angeführt werden, was den Entscheid für den heutigen Beruf abrundet und damit alles andere als «keinen gesteuerten Entscheid» darstellt. Der Berufseinstieg folgte sodann einer Argumentationslogik, welche sich teils ihrer eigenen Bewusstheit entzieht. Dieser wird aber strukturiert durch eigene Erfahrungen, wie jene der «Zeit», des «Defizits» oder auch des «Sprechen Könnens» sowie jene der Erfahrung als jüngerer bzw. erfahreneren Mensch skizziert.

7.1.3 Der Zufall als professionelle Begründung für das berufliche Tätigsein

Beruflich im Feld von Sterben und Tod tätig zu sein, muss nicht zwingend einer eigenen und individuellen Entscheidung und Planung entstammen. Ebenso bedarf es auch keiner zwingenden privaten Verlusterlebnisse, welche den Entscheid, im Feld tätig zu sein, begründen oder strukturieren. Wie die Gespräche mit Frau Klein, Frau Schumacher und Frau Bender verdeutlichen, ist es möglich, im Handlungsfeld der Palliative Care durch Zufall tätig zu sein und sich dieses Arbeitsfeld so zu erschliessen. Diese «Zufälligkeit» wird nicht abschätzig oder beliebig dargestellt, sondern als eine Tatsache bzw. ein Weg, über welchen sich schrittweise das heutige berufliche Wirken ergab bzw. das weitere ergeben kann. Der Zufall wird so nicht als etwas Unberechenbares für das eigene berufliche Handeln dargestellt, sondern eher als eine Perspektive, die sich öffnet und die danach verlangt, dass man sich auf diese Perspektive und das damit sehr offen gestaltbare Tätigkeitsfeld als Fachperson einstellt. Durch diese Offenheit wird hier auch erst das Potenzial des Tätigsein-Könnens und -Wollens entfaltet.

Frau Klein erhielt vor den Sommerferien eine spontane Anfrage betreffend eine Ferienvertretung in einem Hospiz. Da sie aktuell keine «weiteren beruflichen Verpflichtungen hatte» (Z. 15) und erst nach den Sommerferien eine neue Anstellung im Sozialbereich suchen wollte, entschied sie sich für die Annahme der Ferienvertretung, ohne sich vertiefere Gedanken zum Arbeitsfeld an sich zu machen, wie sie im Gespräch selbst ausführt. Dies erstaunt, wird doch der Entscheid für einen Job normalerweise damit assoziiert, dass Vor- und Nachteile sowie mögliche Karriereperspektiven vorgängig abgewogen werden. Da es sich im Fall von Frau Klein aber um eine zeitlich beschränkte Tätigkeit handelte,

erscheint es nachvollziehbar, dass sie sich – zumindest auf den ersten Moment hin – keinen weiteren vertieften Gedanken machte.

«(...) ich dachte, ich hätte dann in diesem Zeitraum Zeit, um diese Ferienvertretung zu machen und habe mir eigentlich gar nicht gross überlegt, wo ich arbeiten gehe, in welches Umfeld, dass ich da hineingehe. Also in das palliative Umfeld, ähm, und eigentlich erst dann, so ein paar Tage vorher, ist mir *sochli* (so ein wenig) bewusst worden, so, *hmm* vielleicht sollte man sich einmal noch *bitz* (ein bisschen) genauer Gedanken machen, ob man mit dem umgehen kann oder nicht.» (Z. 19–25).

Frau Klein tat es dann ein paar Tage vor Arbeitsbeginn dennoch und insbesondere in dem Moment, als sie vor der Eingangstüre des Hospizes stand und mit gewissen Emotionen wie «das Herz hat recht geklopft» (Z. 29) konfrontiert wurde, wurde sie sich zudem einer gewissen Tragweite bewusst, was sie in dem Arbeitsfeld erwarten könnte. Sie hatte «plötzlich», wie sie später ausführt, zwei spezifische Erwartungen im Kopf: einmal, dass der Tod gleich nach dem Öffnen der Türe sich «im Eingangsbereich» in Form eines «toten Körpers» (Z. 67) sichtbar vor ihr zeige und zum anderen Male, dass es in der Institution «nach irgendetwas riechen» könnte. Die Präsenz, das Unmittelbare und Sichtbare des Todes, weil es ja sonst im Alltag eben nicht sichtbar ist, das «Riechen», weil bekannt ist, dass die Verwesung eines Körpers einen Geruch hat. Beide Aspekte, welche sich Frau Klein vorstellte, bewahrheiten sich nicht, was sie später auch deutlich macht – doch es zeigt, dass sich Frau Klein gewisser Aspekte, sei es aufgrund von privatem oder beruflichem Wissen, bewusst war, die mit dem Tod zusammenhängen und auch dazugehören, dass sich diese aber nicht unmittelbar bei Stellenanfrage vergegenwärtigten. Interessant ist dann die in der Erinnerung eigens gemachte Feststellung, «(...) dass man im ersten Moment weniger gerochen hat» (Z. 70) als dort, wo Frau Klein vorher gearbeitet hat.

Für Frau Klein war der Eintritt in die Institution ein wichtiges, aber auch sinnbildliches Moment. Sie beschreibt diesen Moment rückblickend als «überdramatisiert» (Z. 75). Das Eintreten in das Hospiz und ihre damit zusammenhängenden Gefühle skizziert Frau Klein mit einer übertriebenen Darstellung nach, um ihre – zu Beginn betonten Emotionen – zu erklären. Sie löst die Situation aber unmittelbar selbst auf, indem sie betont, dass dies in ihrer Erinnerung nur «etwa eine halbe Minute» in ihrem Kopf war und sie danach «einfach die Türe aufmachte» (Z. 77) und eintrat. Dieses Momentum des Eintritts in die Institution äussert Frau Klein wie folgt:

«Ähm, aber ich bin eigentlich einfach in die Situation *ine* (rein) und habe dann aber schon gemerkt so der erste Schritt in das Haus *ine* (hinein), das Herz hat recht geklopft und dann *wo* (als) ich nachher dringestanden bin, habe ich so gemerkt, hey so schlimm ist es gar nicht. Ist gar nichts passiert jetzt. Also ist re / ist-ist wirklich so gewesen. Nachher habe ich einfach, eigentlich meine Arbeit gemacht wie vorher im Spital auch.“ (Frau Klein, Z. 79–88).

Mit dem «einfach in die Situation hinein» wird erneut ein zufälliges Moment deutlich, durch welches der damalige Stellenantritt als nicht für sie selbst geplant erscheint. Dennoch betont Frau Klein eine gewisse Entschlossenheit, jetzt nicht aufgrund ihrer spontanen Zusage oder ihrer eigenen Vorstellungen die Stelle nicht anzutreten. Dass sich dann nichts Weiteres, also nichts, was zu ihrer vorherigen Arbeit in Spital diametral anders gewesen wäre, ereignete, liess sie, wie dann auch später ausgeführt wird, ihre Arbeit unkompliziert aufnehmen und keine weiteren Zweifel aufkommen. Frau Klein zeigt damit ebenso auf, dass sie nicht daran dachte, zu wenig kompetent für die neue Arbeit im entsprechenden Handlungsfeld zu sein, sie konnte «sofort» (Z. 89) einsteigen, wie sie selbst es benennt.

Auch Frau Schumacher hat sich als bereits ausgebildete Fachpersonen der Sozialen Arbeit nicht bewusst für das heutige Handlungsfeld der Palliative Care und den direkten Kontakt zur Klientel am Lebensende entschieden, jedoch bewusst für die Anstellung bei der Krebsliga. Dass die Beratung von Klientinnen und Klienten «natürlich eine unmittelbare Nähe zu Palliative Care habe» (Z. 12), habe sie erst später so realisiert. Allerdings sei die Stelle mit Fokus auf sozialrechtliche Abklärungen und entsprechendem Koordinieren von Anmeldungen ausgeschrieben gewesen – und nicht bezogen auf ein Tätigsein in einem Hospiz oder einer palliativen Abteilung. Sie führt daher, wenngleich es ihr nicht bewusst ist und sie es auch nicht nennt, einen Bewerbungsgrund auf, der nicht ihren heutigen Tätigkeiten entspricht. Dass sie sich nun im Feld der Palliative Care in der Praxis verortet sowie nur selten Abklärungen für Finanzielles mache, sei ihrer Vorgängerin «geschuldet» und sei zufällig so. Diese hätte ein Pilotprojekt für eine psychosoziale Beratungsstelle aufgebaut und sie hätte das nach der Kündigung der Kollegin «zuteilt bekommen» (Z. 38). Diese Zuteilung hätte ihrer Meinung nach auch anders verlaufen können, denn es gab keine spezifischen Anforderungen, um die Tätigkeiten zu übernehmen, und das Pensum dafür wurde mit 5 % dotiert.

Frau Schumacher macht sodann deutlich, dass sie für das Hospiz erst «angefangen habe, nachdem [sie] die Stelle da übernommen habe» (Z. 46–47). Es war also ein zufälliger und gar fließender Prozess. Mit dem Ausdruck «ähm ja also eben, nachdem ich angefangen hatte» (Z. 57) verdeutlicht sie nochmals, dass sie

hier zwischen Praxis im Sinne von psychosozialer Beratung vor Ort und Beratung im Sinne von sozialrechtlichen Abklärungen differenziert und letzteres nicht zufällig, ersteres aber schon bei ihr verankert ist.

«Ich habe dann das halt einfach übernommen. Es ist nur ein kleines Pensum. Habe mich dann angefangen, vermehrt zu vernetzen mit dem Spital, den Sozialdiensten, mit den Ärzten, mit den Onkologen auch und habe so Zugang gefunden auf die palliative Abteilung, und das ist jetzt *amigs* (jeweils) jeden Mittwochnachmittag.» (Frau Schumacher, Z. 45–49)

Dieses zufällige Übernehmen der Tätigkeit löst bei ihr den Drang aus, sich mit den Spitätern, den Ärztinnen und Ärzten, den Pflegenden sowie der Seelsorge und weiteren umliegenden Sozialdiensten zu vernetzen, um so, wie sie zuerst sagt, «(...) einen Zugang zu palliativem Arbeiten zu erhalten» (Z. 49). Später im Gespräch wird deutlich, dass dieses Vernetzen zu anderen Fachpersonen für sie ganz wesentlich dafür war, sich fachlich intensiver mit weiteren Aufgaben in der psychosozialen Beratung und Begleitung auseinanderzusetzen. Dieser Aspekt wird ihr erst später im Gespräch bewusst, dass sie eigentlich durch die Erweiterung ihrer Tätigkeit die psychosoziale Beratung stärkt.

«Und das kommt mir jetzt grad in den Sinn, wo Sie diese Frage stellen. Wir als Sozialarbeiterinnen sollten uns mit der psychosozialen Beratung, (...) ich denke da haben wir auch eine Stärke, also in der Beratung, vernetzten und so stärker beraten. Ich habe es einfach übernommen» (Frau Schumacher, Z. 605–610).

Vorderhand stellt sie selbst das «einfach übernommen» in das Zentrum, womit sie verstärkt, dass sie sich nicht wirklich bewusst mit den Aufgaben oder den Tätigkeiten auseinandergesetzt hat und sich auch nicht bewusst für die Tätigkeiten interessierte. Sie betont aber zugleich, «es ist gut, dass ich jetzt im Haus bin» (Z. 148). Hier orientiert sie sich nicht unmittelbar an der Örtlichkeit, sondern das Haus gewinnt einen metaphorischen Charakter, denn es verkörpert das Gefühl, sich jetzt – auch wenn es Zufall war – an einem richtigen Ort zu fühlen. Für sie ist die Passung somit vorhanden und das wird auch später bei ihren Ausführungen zur eigenen professionellen Kompetenz (Abschnitt 7.3) deutlich.

Auch Frau Bender begründet ihre heutige Anstellung selbst als «zufällige Entwicklung» (Z. 9). Sie war ursprünglich, wie Frau Schumacher, bei einer Krebsliga angestellt und hat sich auch auf diese Stelle beworben. Da jedoch im Kanton vor kurzem ein Hospiz eröffnet hat, übernimmt sie im Rahmen von 10 % verschiedene Aufgaben im Beratungsbereich für Menschen am Lebensende und deren Angehörige, allerdings nicht vor Ort. Womit sie ihre Tätigkeit nicht in Hospiz

selbst ausführt, sondern als externe Dienstleisterin ohne Ortspräsenz. Sie betont bewusst und klar, die Stelle «sei halt auf 10 % beschränkt» (Z. 38) – und das sei «im Moment» (Z. 40) so. Womit sie andeutet, dass dies nicht so bleiben muss.

«Wir haben wie einmal gesagt, wir starten jetzt einmal so, mit dem, mit dieser Vereinbarung und dass wir schon, längerfristig dann auch anschaut, was gibt es für Veränderungen? Oder Was braucht es zusätzlich und ich denke schon auch längerfristig, also es wäre einfach auch zum Wohl der Bewohner, wenn dort ein breiteres Angebot wäre, aber im Moment ist es noch auf die zehn Prozent beschränkt.» (Frau Bender, Z. 46–52).

Dass sie jetzt dafür zuständig sei, hätte sich in Rücksprache mit der Leitung ergeben, weil man dem Hospiz eine Unterstützung zugesichert hätte – mit dem klaren Ziel, man würde «jetzt mal schauen, was es dann längerfristig, (...) also zum Wohle der Bewohner brauche» (Z. 49–50). Dieses «im Moment» ist für Frau Bender sehr wichtig, denn sie sieht sich selbst nicht in einer aktiven Rolle, Beratungen vor Ort im Hospiz anzubieten, und sie macht damit darauf aufmerksam, dass ihre Tätigkeit zeitlich beschränkt ist. Sie begründet dies damit, dass vieles noch unklar sei und sie ihre eigene Rolle auf das Abklären von finanzrechtlichen Fragen beschränke, weil sie «mit den anderen» (Z. 110–111), womit sie auch die Klientinnen und Klienten im Hospiz meint, vor Ort nicht «in Berührung» komme. Dass sie «berühren» wählt, deutet auf eine Emotionalität hin, welche sie den Begegnungen und dem Kontakt vor Ort potenziell einräumt, selbst aber aktuell nicht erlebt. Es wird somit deutlich, dass sich Frau Bender damit in einer für sie weniger emotional geprägten Anstellung befindet. Das «Nicht-Präsent-Sein» im Hospiz ist für sie zwar nicht problematisch, wie später aber deutlich wird, möchte sie gerne mehr Aufgaben und v. a. eine «offenere und flexiblere Rolle in der Beratung ausfüllen» (Z. 162). Sie ist sehr ambivalent in ihren Aussagen bezogen auf die eigene Herleitung ihrer heutigen Anstellung. Die nicht vorhandene Präsenz vor Ort bzw. der fehlende Zugang ins Hospiz scheint bei ihr mehr in Bezug auf ihr Tätigsein auszulösen als ihr selbst bewusst ist. Das im Gegenzug zur für sie «als Zufall» erhaltenen Aufgabe, psychosoziale Beratungen von Extern aus zu übernehmen.

Bezogen auf die Begründungen für die heutige Stelle zeigt sich, dass bei allen drei Fachpersonen eigentlich kein bewusstes fachliches Motiv für den Stelleneintritt vorhanden war, dies sich aber nicht als beliebigen Entscheid für die heutige Tätigkeit lesen lässt, sondern eher als Offenheit gegenüber dem gewählten Handlungsfeld der Palliative Care. Der Tod, das Sterben und möglich assoziierte und auch in den Köpfen vorhandene Erwartungen, was den Tod oder deren Sicht- und Riechbarkeit anbelangt, wirken nicht abschreckend oder verminderten gar

die – durch Zufall – entstandene berufliche Tätigkeit. Im Gegenteil, die Offenheit erwies sich offenbar als Potenzial die Anstellung auch gestalten zu können. Auch die Fachlichkeit wird dadurch auch nicht beschnitten, sondern insbesondere angeregt. Gerade durch das sich noch in Entstehung befindenden Anstellungsverhältnis oder durch die Offenheit der Anstellung und deren Ausgestaltung werden individuelle Gestaltungsprozesse bezogen auf das Aufgabenfeld und das Pensum sowie eine Bewegung ersichtlich. Dies lässt sich zudem deuten als ein Handeln in Form von «das Feld sich selbst erschliessen», womit ein Akt beschrieben wird, der von den Fachpersonen selbst verlangt, sich ihre Tätigkeit zu erschliessen.

7.2 Die Suchbewegung als professioneller Akt

In allen sieben geführten Gesprächen mit den Fachpersonen zeigen sich in unterschiedlichem Ausmass und unterschiedlicher Intensität sog. *Suchbewegungen* in Bezug auf das eigene Tätigsein bzw. das Eruiere von Aufgaben, Beratungs- und Unterstützungsleistungen sowie auf die Übernahme von Tätigkeiten gegenüber weiteren Fachpersonen im multiprofessionellen Team.

Damit dieses Suchbewegung überhaupt entstehen kann, braucht es eine grosse Offenheit und Flexibilität sowie ein eigens gewähltes Vorgehen im Kontaktherstellen von Seiten der Fachpersonen. In dem Sinne ist es auch einleuchtend, dass die Suchbewegung mit einer gewissen professionellen Kompetenz, wie der Fähigkeit, Fragen gezielt und systematisch zu stellen, einhergeht. Das Fragen-Stellen-Können ist und war bereits bei Wasner (2011/2021) ein zentraler Aspekt in der professionellen Haltung von Fachpersonen. Konkret sorgt die Einnahme einer Fragenden Haltung für den benötigten Raum, um Unsicherheiten und Ängste zu thematisieren. Angehörige aber auch die erkrankte Person selbst neigen dazu, ihre Ängste und Bedürfnisse «völlig in den Hintergrund zu stellen» (Wasner, 2011, S. 652). Viele Menschen am Ende ihres Lebens verspüren das Bedürfnis, offene Fragen und ungelöste Themen zu klären. Dabei benötigen sie Unterstützung bei der Entscheidungs- und Lösungsfindung.

Die Suchbewegung ist vorliegend somit nicht als professionelle Unsicherheit von Seiten der Fachpersonen, sondern als Unsicherheit bezogen auf «was anstehen könnte» bzw. «was zu tun bzw. was getan werden kann» zu deuten.

Aus den Gesprächsdaten lassen sich zwei Arten von Suchbewegungen herausarbeiten, welche sich nachfolgend einmal als Suchbewegung «für das eigene Tätigsein» und einmal für das «Tätigsein im multiprofessionellen Team» zeigen.

7.2.1 Die Suchbewegung als Türöffner für das eigene Tätigsein

Die Suchbewegung, welche für das Tätigsein an sich bzw. die sich dahinter befindenden Aufgaben umgesetzt wird, zeigt sich besonderes bei Frau Bender, Schumacher, Pereira, Herrn Röllli sowie ansatzweise bei Frau Christen und Frau Matter.

Frau Bender berichtet, dass ihr Auftrag von Seiten der Krebsliga und für das Hospiz zwar «wirklich auf das Finanzielle bzw. die finanzrechtlichen Abklärungen» (Z. 119) vorgegeben und definiert sei, sie aber dennoch immer wieder mit Fragen konfrontiert werde, die sie dazu veranlassen würden, sich auf die Suche nach Alternativen zu machen. Die Suche strebt sie von sich aus an, sie legt damit eine eigene Motivation zu Grunde und sie empfindet das nicht als nachteilig, sondern als «ergibt sich *halt* so» (Z. 122). Dass diese Fragen überhaupt auftauchen, begründet Frau Bender auf zwei Arten – und diese lassen sich beide als eine Form der Voraussetzungen für die Suchbewegung lesen. Die finanzrechtlichen Abklärungen seien der Grund, dass sie mit der Klientel überhaupt direkt Kontakt aufnehme bzw. in direkten Kontakt komme, was sie dann auch benennt als das «Eingangstor». Dieses Tor, welches sinnbildlich für den Beginn eines Gespräches mit ihrer Klientel gelesen werden kann, würde viele Themen beherbergen, welche «sich erst ergeben» (Z. 256), nachdem sie danach gefragt hat. Frau Bender geht somit nicht mit einem bestimmten Verständnis oder einem konkreten Thema in das Beratungsgespräch, sondern sie tritt mit einer ergebnisoffenen Haltung an.

Diese offene und auf den ersten Blick planlos wirkende Haltung führt sie zu vielen Themen, die die Klientel betreffen, jedoch, wie sie selbst sagt, keinen wiederholenden Charakter haben müssen. Auch nach 4 ½ Jahren beruflicher Tätigkeit würden stets neue Themen in den Gesprächen mit der Klientel auftauchen, so dass sie nicht eine Art «Repertoire» oder standardisiertes Frageprogramm entwickle. Frau Bender versucht sich dann, auf ihre Erfahrung rückzubeziehen – bzw. in dem Sinne, dass sie sich einerseits an ihren bisherigen gemachten Erfahrungen orientiert bzw. diese ihr helfen, einen fragenden, aber nicht unsystematischen oder forsch wirkenden Dialog zu generieren. Zugleich zeigt sie sich offen, indem sie für sie «banal» (Z. 145) wirkende Fragen, wie «Wie geht es Ihnen damit?», stellt, um so ihr Gegenüber zur Gesprächsaufnahme oder -weiterführung zu bewegen und den Dialog zu initiieren. Sie sei «sehr offen, was da sonst noch komme im Gespräch»(Z. 316), und betont Folgendes:

«(...) das ist auch meine Haltung, ich bin offen, ähm eigentlich ja, für das was alles kommt. Das ist sowieso in meiner normalen Tätigkeit auch (...), i-ich, also, die Leute können mit allem zu mir kommen und dann schauen wir weiter.» (Z. 316–321)

Hier wird deutlich, dass genau diese Offenheit in ihrer eigenen Haltung es überhaupt erst ermöglicht, dass danach andere oder weiterführende Themen von Seiten der Klientel auffindbar, sichtbar und/oder bearbeitbar werden. Frau Bender nimmt im weiteren Interview nochmals selbst einen Rückbezug auf diese offene Haltung und betont, es dürfe dann nicht unterschätzt werden, dass durch diese Offenheit viele Themen genannt werden, in welchen auch sie sich nicht auskenne. Sie betont deutlich, dass sie sich auf die Suche danach mache, wer «denn geeignet dafür ist» und «wer es dann auch macht oder ja eben machen muss» (Z. 1347). Der Suchprozess bildet für sie keine Hürde, er untergräbt auch nicht ihr professionelles Wirken; eher hat Frau Bender diesen Prozess für sich selbst verinnerlicht und betont erneut, es sei eine grosse Flexibilität von ihrer Seite gefordert und auch vorhanden. Sie orientiert sich hier auch an der internen Zusammensetzung im Team und einer sog. interprofessionellen Haltung, die sie dazu bewegt, andere Fachrichtungen zu involvieren. Wie Frau Bender hier vorgeht und was dies weiter bedeutet, werde ich unter Abschnitt 7.7 näher explizieren.

Auch Frau Schumacher erzählt an zwei Stellen im Gespräch, dass sie für die finanzrechtlichen Abklärungen zuständig sei, dies sich «im Moment gar noch auf Steuererklärungen ausweite», bzw. sie diese «von der Klientel erhalte» (Z. 497). Ihr Aufgabenbereich wird damit aber nicht erschöpft. Es wird an dieser Stelle wie auch an weiteren Stellen deutlich, dass sie selbst ihren Auftrag nicht wirklich auf diese Aspekte fokussiert sieht, «mach ich nicht immer so gerne» (Z. 520). Sie betont, dass später nochmals, aber fügt sodann ein «eigentlich, ja (...)» «oder, ja nur teilweise, *öppe so*?» an (Z. 499/Z. 545). Mit dieser für sie selbst gestellten rhetorischen Frage beginnt sie, weitere Überlegungen anzustellen, und betont, «(...) ja jetzt, wo Sie da sind, also ja die Frage stellen, ich mache schon mehr.» (Z. 524). Frau Schumacher beginnt, sich zu überlegen, warum sie die finanzrechtlichen Dinge nicht gerne tut, und meint, sie verstehe die Wichtigkeit dieser Anliegen, doch sie fühle sich nicht nur für das zuständig: «eigentlich ja, mach ich das schon, aber (...) es muss nicht immer sein. Ich denke auch an die Beratung» (Z. 532). Dieses «nicht immer» bezieht sich auf die administrativen Tätigkeiten und es wird erneut spürbar, dass sie ihren Auftrag nicht nur auf diesen Aspekt erkennt.

Es lässt sich bei Frau Schumacher an zwei Stellen ein Vorgehen bezogen auf ihr Tätigsein rekonstruieren, das systematischer und strukturierter umgesetzt wird, als Frau Schumacher dies selbst vorkommt. Frau Schumacher beginnt «meistens»,

wie sie selbst sagt, mit einer Kontaktaufnahme, indem «sie vorbeigeht», womit sie meint, dass sie vor Ort im Hospiz oder auf der Palliativabteilung den direkten Kontakt mit der Klientel sucht und sich das wohl schon öfters so abgespielt hat. Diese Kontaktaufnahme erfolgt diskret und wirkt – zumindest auf den ersten Blick – nicht planmässig oder systematisiert. Sie stellt Fragen wie «Kann ich mal reinkommen?», «Wie kann ich Sie unterstützen?» (Z. 298) «Gibt's etwas, was ich machen kann für Sie?» (Z. 312). Sie fügt sodann aber gleich an, dass dies «nur so Einstiegsfragen sind» und es ihr um das «Zuhören gehe» (Z. 313) – und irgendwann würde sie sagen, «okay, ja gut, wir schauen es einmal miteinander an» (Z. 315). Diesen Moment, wann sie sich entscheidet, gewisse Dinge vertiefter anzusehen, kann sie nicht inhaltlich oder zeitlich festmachen. Wie sich zeigt, ist das aber auch nicht nötig; durch die offene Herangehensweise und das einfache, eher lockere Gespräch gelingt es ihr, herauszufinden, «was da noch ganz viel mehr *ume* (vorhanden) ist» (Z. 375), und dann höre sie weiter zu. Es wirkt wie ein innerliches Orientierungsmuster, welches sie auch wiederholt schon länger anwendet. Zudem ist ihr bewusst: ihre Klientel hat ganz viele Themen und Aspekte, die noch nicht oder bisher noch nie angesprochen wurden.

«(...) mir immer wieder überlegen, ja, was, was (ähm), was kann ich jetzt da anbieten, was braucht dieser Klient, was i-ist wichtig, braucht er jetzt nur ein Gespräch oder braucht er noch was mehr, braucht er Unterlagen, geht's um die Tochter, um die Beerdigung, Testament geht es um so was (...), oder will er über das Sterben sprechen, ja i-ist ein schwieriges Thema“ (Frau Schumacher, Z. 393–398).

Obwohl die Kontaktaufnahme und das Zuhören auf den ersten Blick nicht planmässig und durchdacht erscheinen und auch ohne vorgängige Zielsetzung auskommen, was Frau Schumacher selbst betont, erreicht sie so einen Zugang zu der Klientel und zu gewissen Themen, welche nicht unmittelbar offenkundig sind. Es sind aber Themen, die den Sterbenden seit längerem oder unmittelbar belasten und in der aktuellen Situation oft noch unsichtbar sind. Sie betont, dass dann «viel gesagt wird» (Z. 435), wenn der Klient bzw. die Klientin allein ist, und sie «das schön findet», womit sie eine positive und wertschätzende Haltung einnimmt, welche sich von der Bewertung der Öffentlichkeit, dass der Tod als etwas Unangenehmes angesehen und somit in Gesprächen oft gemieden wird, deutlich abgrenzt.

Etwa in der Mitte des Gesprächs erzählt Frau Schumacher erneut, dass sie sich auch als Suchende versteht. Jeder Mensch hätte andere Bedürfnisse, auch wenn eine ähnliche Diagnose vorläge und meint: «man muss ja dann einmal zuerst schauen, was sind denn da für Ressourcen und Bedürfnisse (...)» (Z. 1433).

Erneut zeigt sich, es gibt keine repetitiven Muster. Jeder Klient bzw. jede Klientin bringe ihr eigenes Familiensystem mit, wobei sie einen sehr systemischen Blickwinkel einnimmt und zuerst einmal herausfinden will, wie dieses «System aufgestellt sei» und «was das System für Unterstützung braucht» (Z. 1438). Damit fokussiert sie sich nicht nur auf die Ressourcenfragen, sondern zugleich auf das gesamte System um den betreffenden Klienten bzw. die Klientin. Die Suche sei aber nicht nur problem-, sondern auch lösungsorientiert. Ohne es explizit zu nennen, orientiert sie sich an einem systemischen Blick und legt damit eine professionelle Arbeitsweise vor.

Die Suche können sich in zwei Richtungen entwickeln, dem sei sie sich mittlerweile bewusster als am Anfang. Damit deutet Frau Schumacher einen beruflichen Entwicklungsprozess an, den sie auch dank ihrer Bereitschaft, sich auf den Suchprozess einzulassen, erreicht habe. Ohne es zu merken, spricht Frau Schumacher von einer Fähigkeit, welche sie sich selbst zuschreibt und welche für das weitere professionelle Vorgehen in der Begleitung und Betreuung ihrer Klientel höchst relevant wird. Die eine Richtung, wo sich die Suche hin entwickeln könne, sei jene, «mögliche Lösungen finden [zu] können» (Z. 1445), die andere Richtung sei, «wir können nur anbieten, dass wir einfach da sind und zuhören» (Z. 1446). Diese beiden Richtungen offenbaren, dass es eben nicht immer um die Suche nach einer Lösung oder gar um eine Entwicklung geht bzw. eine solche auch nicht immer angeboten oder umgesetzt werden, sondern dass die Suche sich auch auf den Moment und das simple «Da-Sein» beziehen kann. Professionelles Handeln zeigt sich damit auch nicht immer im aktiven Tun, in einer aktiven Handlung oder einem zu initiiierenden Prozess, sondern ebenso in einer Präsenz. Nur schon die Präsenz an sich stellt ein Kontakt dar, welcher nach dem National Council for Hospice and Specialist Palliative (1997) als sozialer Kontakt in Form einer Unterstützungsleistung gesehen werden kann. Was unter diesem Kontakt weiter verstanden werden kann, wird in Abschnitt 7.4 ausführlicher diskutiert.

Mit der Suchbewegung verbindet auch Frau Pereira eine für sie selbst wahrgenommen positive Offenheit, auch wenn damit eine Ungewissheit für die später folgenden Tätigkeiten einhergeht. Am Anfang, insbesondere, wenn man gar «nichts oder wenig» (Z. 1310) über das Klientel wisse, sei es «schwierig, man kann es so schlecht greifen» (Z. 1397), was später zu bearbeiten ist. Dass Frau Pereira «greifen» erwähnt, deutet darauf hin, dass für sie, obwohl etwas nicht direkt im Sinne eines Gegenstandes ergreifbar ist, es sich bei den für sie relevanten Themen um etwas Gegenständliches handelt, das für sie er- bzw. begreifbar gemacht werden kann. Dieses Ergreifen bildet auch die Voraussetzung, damit sie das Thema bearbeiten kann. Frau Pereira betont zudem, dass diese Ungewissheit sie nicht abschrecke, sich auf die Suche nach Unterstützungsbedürfnissen zu

machen. Sie führt – im Gegensatz zu Frau Bender und Frau Klein – aus, wie sie vorgeht, wenn sie «diese Dinge», womit sie die Themen und Herausforderungen von Seiten der Klientel meint, eruiert. Ihr expliziertes Vorgehen ist fragend und damit ebenfalls sprachlich doch ihr geht es darum, «in Erinnerung [zu] rufen» (Z. 1404) was sein könnte. Sie fokussiert auf verschiedene Aspekte:

«(...) ähm ja, es geht um, also es sind Perspektiven zu öffnen für etwas anderes. Am Schluss weiss niemand mehr, woher er jetzt die Idee hat, dass man die Perspektive geöffnet hat, aber man hat die Ressource, also die Information. Ich frage deshalb danach» (Frau Pereira, Z. 1408–1411).

Mit dem Vorgehen des In-Erinnerung-Rufens, was wiederholend und mehrmals durchgeführt wird, wie sie später betont, gelingt es ihr, die für sie wichtige «Perspektive zu öffnen» (Z. 1408), womit sie das Freilegen von möglichen Bedürfnissen und Wünschen meint. Interessant ist hier, dass sie dies nicht zwingend als ihre eigene Aufgabe und als ihren Verdienst ansieht. Es spielt für Frau Pereira keine Rolle, wer «die Ressource bzw. die Idee» gefunden hat, die Suche danach, nach den Themen, steht für sie im Zentrum. Frau Pereira scheint das Vorgehen als festen Bestandteil zwar verinnerlicht zu haben, doch ob sie es für sich als professionelles Vorgehen deutet, verbleibt offen.

Die Suchbewegung findet sich auch bei Herr Rölli, wobei er sich an einer eigens entwickelten «inneren Checkliste» (Z. 225) orientiert und diesen Begriff selbst im Gespräch aufbringt. Er, und wie später auch Frau Christen, haben ein eigenes Instrument entwickelt, wie beim Erstkontakt vorzugehen ist. Herr Rölli betont, «ich suche oft nach Gründen» (Z. 218), das Suchen gehört für ihn als ebenso zum Tätigsein. Er bezeichnet sich, bevor er auf diese Checkliste und das Suchen von Gründen zu sprechen kommt, selbst als «extremer Praktiker» (Z. 212). Durch seine praktische Erfahrung, womit er sich an seinem Wissen durch die Praxis im Bereich Migration anlehnt und ausführt, dass er zwar schon «Theorien kenne», ihm es aber «schwerfalle, diese dazu zu ziehen» (Z. 214), erklärt er sein Verständnis von Praxis. Dieses basiert v.a auf der Umsetzung von Tätigkeiten, ein empathischer, motivierender und zeitlassender Zugang und sogenannten «soft skills»¹, wofür aber Herr Rölli keine weiteren Beschreibung vorlegt. Mit dem Zusatz «extrem» macht er deutlich, dass er in einem höheren Masse bzw.

¹ Eine gute Definition von “soft skills” legen Haselberger et al. (2012) vor: “Soft Skills represent a dynamic combination of cognitive and meta-cognitive skills, interpersonal, intellectual and practical skills. Soft skills help people to adapt and behave positively so that they can deal effectively with the challenges of their professional and everyday life.” (p. 67). Vgl. Haselberger et al. Mediating Soft Skills at Higher Education Institutions, *Handbook of*

mit einer höheren Intensität sich praxisbezogen einbringt, als es seiner Ansicht nach der Norm entspricht. Die Bewertung nimmt er selbst vor, womit diese subjektiv ist und somit von seiner individuellen Wahrnehmung abhängt. Sie ist nicht negativ konnotiert, denn Herr Röllli zieht eine sachliche Begründung heran. Er orientiert sich an dem durch seine langjährige (Anmerkung: 20 Jahre) praktische Erfahrung erworbenen Vorgehen und transferiert dieses in die bevorstehenden Gespräche in Form einer selbst hergestellten Checkliste. Auf seine Kompetenzen, auch durch die Ausbildung und die ihm dort vermittelten Theorien und Methoden, kommt er erst später im Gespräch zu sprechen und diese werden vorliegend auch unter Abschnitt 7.3 näher ausgeführt. Herr Röllli konkretisiert seine Erzählungen bezogen auf die Checkliste:

«Also, eigentlich gehe ich mit einer inneren Checkliste in ein erstes Treffen. Also innere Checkliste, ich habe diese auch schriftlich. Äh ja, ich habe sie auf einem Blatt Papier, da habe ich mir verschiedene Punkte aufgeschrieben, die ich zum Treffen mitnehme, wenn ich den Eindruck habe, es ist wirklich wichtig, einmal im Gespräch alles zu erfassen (...) und das was so brennt müssen wir zuerst lösen» (Herr Röllli, Z. 225–229).

Herr Röllli hat sich damit zusätzlich zur für ihn prozesshaften Suchbewegung, welche er eigentlich bei jedem Klienten vornimmt, wie er später betont, mit der Checkliste ein Hilfsmittel, ein physisches Instrument erschaffen, woran er sich jeweils orientiert. Diese Checkliste biete ihm aber nicht nur Orientierung, sondern unterstützt auch sein Vorgehen, «alles zu erfassen» und Prioritäten zu setzen «was brennt müssen wir zuerst lösen» (Z. 229). Damit lehnt er sich an die Funktion einer Checkliste im Allgemeinen an. Diese dienen im Allgemeinen dazu, die Kommunikation und die später zu organisierenden Tätigkeiten zwischen der Klientel, deren Angehörigen und der Fachperson zu erleichtern und einen Überblick über mögliche Themen zu erlangen sowie eine gemeinsame Basis für alle Beteiligten herzustellen und Prioritäten zu setzen. Ferner sind Checklisten auch Instrumente, um einen systematischen Ablauf zu gewährleisten bzw. einen solchen einzuhalten, um so nicht Gefahr zu laufen, etwas zu übersehen. Herr Röllli stellt somit eine gemeinsame Basis über seine innerliche Checkliste ebenfalls her, betont aber sodann, dass er dennoch Offenheit zulässt, weil es diese ganz klar benötige, « (...) das ist diese Offenheit, die es zudem braucht» (Z. 233). Die Checkliste diene als Basis und teils halte er diese auch in der Hinterhand, denn er beginne, jeweils beim Erstkontakt, «auf einem weissen Blatt». Für ihn ist das aber

kein Widerspruch und er orientiert sich auch nicht an einem widersprüchlichen Vorgehen mit Checkliste und/oder weissem Blatt. Die «Offenheit braucht es, weil jede Situation unterschiedlich ist» (Z. 235) – und hier macht Herr Röllli nochmals deutlich, er sei offen, und begibt sich auf eine Suche, um «alles zu erfassen». Mit diesem «alles» gibt Herr Röllli keine Eingrenzung vor, es sollen bewusste alle Gedanken, Themen oder Sorgen von Seiten der Klientel geäußert werden können. Durch die langjährige Praxis hat Herr Röllli mögliche weitere Themen und Aspekte in der Hinterhand, um reagieren zu können, bzw. umso das Gespräch bei Bedarf lenken zu können.

Herr Röllli benennt in seiner Checkliste zentrale Aspekte, welche er jeweils in den Gesprächen auch versucht zu erfragen, wenn sie nicht von Seiten der Klientel geäußert werden. Diese Aspekte lauten: aktueller medizinischer und pflegerischer Bedarf, Alltag und Begleitung zu Hause oder in der Institution, vorhandenes soziales und familiäres Netz, finanzielle Situation und Ernährung. Letzteres sei besonders wichtig, weil hier auch oft «Kalorienbedarf und Gelüste» sich widersprechen können. Was er zudem immer erfragen würde, sei, ob ein Notfallplan bestehe «denn das ist ganz wichtig, dass man im Notfall weiss, ja wer oder was braucht es». Für ihn sei das zentral, weil man so die Angehörigen auch längerfristig miteinbeziehen und unterstützen könne. Herr Röllli orientiert sich damit nicht nur an einem Verständnis, der aktuellen Versorgung und dem Erbringen von Unterstützungsleistungen, sondern agiert proaktiv und will auf plötzliche und unerwartete Ereignisse vorbereitet sein. Er legt somit eine vorausschauende Haltung an den Tag.

Auch Frau Christen macht deutlich, dass sie sich besonders im Erstgespräch, später aber auch bei unerwarteten Wendungen in einen suchenden Prozess für die Begleitung begibt, wo sie mittels Fragen-Stellen durch «alle Felder hindurch» (Z. 60) geht. Sie hat damit auch eine Art Checkliste, benennt diese aber nicht explizit. Mit der Aussage «alle Felder» verweist sie auf die Ebene von bio (1) psycho (2) soziale (3) und spirituelle (4) Ebene. Hierfür wählt sie aber einen etwas unkonventionelle Einstieg: In ihrer Wahrnehmung eröffnet sie die Fragerunde jeweils mit den Finanzen als Einstiegsfrage, so benennt sie es selbst. Sie würde sodann über diese Einstiegsfrage insbesondere weitere Fragen zu den vier Feldern stellen, wenn sie mehr zur aktuellen Situation der Klientel wissen möchte, «damit ich so weiss, woher er kommt» (Z. 68). Wie Frau Christen dafür vorgeht, beschreibt sie dann aber nicht mehr als Suchprozess oder Suchbewegung, sondern sie orientiert sich klar an einem methodischen und systematischen Vorgehen und benennt Kompetenzen, die sie durch ihre Aus- und Weiterbildungen erlangte. Woran sie sich bei der Umsetzung dieser Kompetenzen und beim Vorgehen orientiert und wieso sie diese heranzieht, wird in Abschnitt [7.3](#) näher erörtert.

Auch bei Frau Matter findet sich eine Suchbewegung, die allerdings nicht ganz so ausgeprägt und intensiv stattfindet. Frau Matter erzählt, dass sie nach dem «Erstkontakt» ein «Assessment», welches sie «im Kopf» hat, durchführt (Z. 316–317). Den Fachterminus «Assessment» bringt sie von sich aus, allerdings relativiert sie dessen generelle Bedeutung als Beurteilungsbogen bzw. diagnostisches Instrument, indem sie darlegt, dass sie «nicht ein Raster» (Z. 321) dafür hat. Sie orientiert sich damit nicht an dem normalerweise üblichen Vorgehen bei der Anwendung eines Assessments, das auf einer systematischen Bewertung oder einem einheitlichen Vorgehen mittels eines Instruments oder Bewertungsbogens fusst. Sie versucht aber so, «wirklich herauszufinden, wo der Schuh drückt, im Prinzip, ja, so etwa mach ich es» (Z. 390). Das «wirklich» bezieht Frau Matter darauf, dass sie Klientinnen und Klienten zugewiesen bekomme, die zuerst andere Probleme im Erstkontakt äussern würden, die nicht immer zwingend die wirklich realen Probleme seien. Einige Klientinnen und Klienten würden zwar den physischen Schmerz, welchen sie haben, sehr gut erfassen und kommunizieren können, aber «der Rest der *druckt* (schmerzt)» (Z. 402), womit Frau Matter auf psychische und soziale Probleme verweist, könne oft nicht kommuniziert bzw. in Worte gefasst werden. Hier sei es dann wichtig, nicht nur nach dem «Assessment» vorzugehen, sondern zu «überlegen, was stört». Frau Matter zeigt hier indirekt auf, dass sie mit «überlegen» und «im Prinzip» ein sehr offenes, aber zugleich dennoch prinzipiengeleitetes Vorgehen sich angeeignet hat. Sie orientiert sich auch am Prinzip der Offenheit in der Kommunikation. Diese führt sie dann auch an ihr –erst etwas später angedeutetes – Ziel, offenzulegen, welche Probleme wirklich da sind – «so kann ich es dann *aufbrösmeln* (herausarbeiten), was ist» (Z. 412).

Frau Matter weist somit eine nicht ganz so offenkundige Suchbewegung aus, es geht ihr mehrheitlich um ein schrittweises Annähern. Sie recherchiert und versucht, Herausforderungen und Probleme sukzessive anzugehen. Sie schafft es durch ihre Zurückhaltung, dass ein Suchprozess in Gang gesetzt wird, welchen sie systematischer bearbeitet, als es ihr wohl selbst bewusst ist. Ihre professionelle oder womöglich auch persönlichen Haltung hat hier einen grossen Einfluss auf die weitere Bearbeitung von Problemen oder Krisen, und auch das ist ihr nicht direkt bewusst. Wie sich später zeigt, nimmt sie nach dieser Initialisierung und dem Suchprozess einen Bewertungsprozess sowie verschiedene Abklärungsschritte vor, die auf vier theoriebezogenen Feldern fussen (vgl. Abschnitt 7.3). Der Suchprozess an sich ist für Frau Matter zugleich der erste Schritt, ihr weiteres Vorgehen in Gang zu setzen und die Begleitung aufzugleisen. Sie macht unmittelbar deutlich, dass dieses Vorgehen «noch nicht formalisiert» (Z. 868) ist, stark abhängig von «einzelnen Personen», womit sie ihre Klientel, aber auch

weitere Personen im Team meint und wie diese zusammenarbeiten, sowie von den Strukturen der Institution und davon, «sich selbst sehr [zu] bemühen» (Z. 869), abhängig sei. Frau Matter legt auf vier Ebenen Voraussetzungen fest, welche es nach ihr für einen gelingenden Start bezogen auf den Suchprozess und die darauffolgende Begleitung braucht. So sind dies die Ebene (1) der Mensch an sich und sein Menschenbild; Ebene (2) soziales Netzwerk, Ebene (3) krisenhafte Momente und Ebene (4) spirituelle Einstellung. Diese vier Ebenen lassen sich als Gelingensbedingungen lesen, um die mit der Suchbewegung verbundene Prozessbegleitung erfolgreich umzusetzen. Dass sie diese vier Ebenen nennen kann, läge an ihrer langjährigen Erfahrung und den verschiedenen Einblicken, wie sie selbst feststellt. Frau Matter entfaltet hier nicht nur ein reflexives Moment, sondern für jede Ebene auch eine Begründung und orientiert sich hierbei einerseits an der Interprofessionalität und andererseits am Bewusstsein für das eigene berufliche Tun. Die Prozessbegleitung ist für sie eine wichtige Aufgabe, allerdings stellt sie in Frage, «wie stark das im Bewusstsein der Sozialarbeiter dafür ist», sie ist sich unsicher, ob diese «sagen, das ist unsere Profession, da sind wir gut (...)» (Z. 902). Sie geht dann auf die eigene Rolle und die damit zusammenhängenden Bestrebungen von Seiten der Sozialen Arbeit ein. Mit «sich selbst bemühen» nimmt Frau Matter sich und ihre eigenen Berufskolleginnen und -kollegen aus der Sozialen Arbeit in die Pflicht und zeigt auf, dass es von deren Seite grösser Anstrengung und auch Einsatzbereitschaft bedarf. Dies sei aber «nicht immer im Bewusstsein der Sozialarbeiter» (Z. 903). Für Frau Matter ist dieses Bewusstsein eine weitere Gelingensbedingung, sie orientiert sich damit aber am subjektiven Moment und schreibt ihrem eigenen Berufsstand einerseits zu, sich mehr bemühen, und andererseits auch ein Verständnis für mögliche Implikationen oder Vorgehensweisen mitbringen zu müssen. Der Sozialen Arbeit muss gemäss Frau Matter also zuerst etwas auffallen oder sie muss sich etwas vergegenwärtigen, damit sie dann weiter handeln und Massnahmen ergreifen kann. Wie später in Abschnitt 7.8 ersichtlich, hat Frau Matter hier einen differenzierte und auf Erfahrung basierende Ideen, welche sich sodann auch mit Ansichten von Frau Christen und Herrn Röllli verbinden lassen.

7.2.2 Die Suchbewegung im multiprofessionellen Team

Dass die Suchbewegung nicht nur bezogen auf das Eruiieren und Bearbeiten von individuellen Bedürfnissen von Seiten der Klientel, sondern auch bezogen auf das Tätigkeitsein im Team wesentlich ist, lässt sich besonders anhand der Gespräche mit Frau Christen und Frau Klein rekonstruieren. Bei Frau Bender und Frau

Pereira zeigt sich, dass sich die Suchbewegung für das und mit dem Team in Abhängigkeit zum Bedürfnis von Seiten der Klientel mehr oder weniger realisiert. Zudem wird bei Frau Matter aber auch Klein und Christen ersichtlich, dass die Suchbewegung im interprofessionellen Team oft um Statuts- und Kompetenzfragen kreisen und diese teils die Unterstützungsbedürfnisse gar überschatten können. In Anlehnung an Waser (2011) kann an dieser Stelle bereits ausgeführt werden, dass dies auch daran liegen kann, dass in der Begleitung am Lebensende jede Berufsgruppe für sich proklamiert, die Klientel und die Angehörigen ganzheitlich und zu betreuen – mit all seinen Nöten (S. 652).

Auf die Frage nach ihren Aufgaben im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen betont Frau Christen, dass sie «sehr interdisziplinär» denke und gerade das, bezogen auf den «Zeitpunkt» der Involvierung von anderen Fachdisziplinen, wichtig sei.

«Und ich habe das Gefühl ich kann einschätzen, wann der Zeitpunkt da ist auch andere Fachdisziplinen ins Boot zu holen. (...) das ist was, was ich am Anfang auch sage, dass wir die Situation auslegen, wir machen die Analyse miteinander und wir schauen, was sind Aufgaben, die ich übernehmen und was sind die Aufgaben wo wir andere Personen sicher noch hinzuziehen müssen» (Frau Christen, Z. 168–173).

Frau Christen beschreibt hier ein sehr systematisches Vorgehen und betont auch ihre eigene fachliche Stärke. Sie kommt später selbst nochmals auf diese zu sprechen – deshalb werde ich das unter Abschnitt 7.3 noch näher analysiert. Mit dem Ausdruck «ich habe das Gefühl, ich kann einschätzen», deutet Frau Christen eine innere Resonanz an, welche sie darin bestärkt, sich nicht nur auf ihr Gefühl und die eigenen Aufgaben zu fokussieren, sondern zugleich auch andere Disziplinen zu involvieren. Zudem nimmt sie die Klientel mit auf diesen Weg und zeigt früh auf, dass es Aufgaben geben wird, die sie übernehmen kann, und andere Aufgaben, wo es für sie klar ist, dass «sicher noch» weitere Fachpersonen hinzukommen müssen. Sie lässt dabei aber noch offen, um welche Fachpersonen es sich handelt und für welche Aufgaben sie sowie die anderen Fachpersonen zuständig sind. Sie stellt damit eher unbewusst den Suchprozess und das Vorgehen in den Vordergrund, dass ein aktiver Akt von ihr aus ist.

Auf die Frage, wie sich die Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonenvorstellen ereignet, kommt Frau Matter erneut auf einen Suchprozess zu sprechen, der für sie wichtig und auch wiederkehrend ist.

«Und dann schauen wir wie hat sich / oder bei wem hat sich die medizinische Situation verändert und dann schauen wir, ja was heisst das für die anderen Professionen» (Frau Christen, Z. 245–247).

Insbesondere dann, wenn sich medizinische Situationen bei Klientinnen und Klienten verändern, was teils schnell, teils aber auch erst nach Monaten eintreten kann, sei es wichtig, dass immer wieder «mit dieser Person» (Z. 249) ein Austausch stattfindet und geklärt werde, «wie müssen wir jetzt den Weg umlenken» (Z. 252). Mit «wir» adressiert Frau Matter sich selbst und schliesst auch ihre eigene Profession, also eigentlich ihre anderen Berufskolleginnen und -kollegen von Seiten der Sozialen Arbeit, welche wie sie im Feld der Palliative Care tätig sind, mit ein. Gleichzeitig adressiert sie aber auch andere Berufsgruppen. Sie versteht sich nicht allein verantwortlich für diesen Suchprozess, sondern sie macht diesen damit eher zu einer kollektiven Aufgabe für sich und für andere Berufskolleginnen und -kollegen. Sie sieht sich selbst aber in der Rolle der suchenden und fragenden Person, welche damit einerseits sichtbar machen kann, wo die Klientin oder der Klient steht, und andererseits genau dieses Ergebnis dann auch weitervermittelt. Diese Weitergabe findet in ihren Erzählungen an andere Professionen dann statt, wenn klar sei, wie bzw. worauf sich die Unterstützung neu fokussieren muss. Das gelingt dann besonders gut, wenn sie als Sozialarbeiterin «mit der Situation mitgehen kann» (Z. 253), womit sie darauf anspielt, dass es wichtig sei, dass andere sie über weitere Entwicklungen informieren. Als Beispiel zieht Frau Matter die Ärzteschaft heran, diese haben sie «auch etwas erzogen», dass sie ihr «Entwicklungen in Situationen melde» (Z. 258), mit der Begründung, nur so können sie auch in einer neuen Situation nach Lösungen suchen. Für Frau Matter aber auch Frau Christen ist nicht wichtig, wer die Aufgaben übernimmt, sondern, dass die Aufgaben und die Arbeit für den Klienten bzw. die Klientin so übernommen werden, dass diese für den Klienten stimmen. Sie legten beide damit einen sehr personenzentrierten Ansatz dar.

Frau Klein zeigt deutlich auf, dass sie sehr gefordert ist, wenn die Begleitung für einen Klienten bzw. eine Klientin komplex wird. Sie hatte vor rund einem Jahr einen Fall, in welchem sieben Professionen involviert waren, und sie bezeichnet das später im Gespräch als «recht viele Leute, *wo* (die) so einem Klienten *umeinander* (umher) sind» (Z. 952). Frau Klein führt schon früher im Gespräch etwas zu diesem Fall aus, insbesondere, weil zu Beginn wenig über die private Situation bekannt war und es sich um eine junge Klientin handelte, «dort kam einfach sehr viel zusammen bei der jungen Frau» (Z. 499). Man merkt Frau Klein an, dass dieser Fall sie besonders bewegt hat. Ohne weiter ins Detail zu gehen, zeigt Frau Klein auf, dass sie zwar über ein grosses Netzwerk verfüge und das «ja auch extra aufbaue», aber insbesondere sie dann spürte, dass die anderen wie darauf warten würden, dass jemand jetzt hier ein Fallmanagement übernehme und nach Bedürfnissen suche. Sie sei dann sehr gefordert gewesen, weil sich schon alle anderen darauf verlassen hätten, dass sie «»*ome* (da) sei und Frage stelle»,

um die Situation der Klientin besser zu unterstützen. Frau Klein betont, das hätte sie auch gemacht, sie hätte sich aber dabei v. a. darauf fokussiert, zuerst alle Informationen zusammenzusuchen, bevor sie direkt auf die Klientin zuing. Sie begründet dieses Vorgehen mit ihrem Studium, in welchem sie so ein Vorgehen insbesondere bei zahlreichen unklaren Informationen «*sochli*» mitgenommen hätte.

«Ich stelle mir das *amigs sochli* (so) vor, wie wir mit denen zusammen, mit den anderen Professionen sind und wir bringen aber ab und an wieder auch einmal *öpper* neues hinein in das ganze Gefüge, wo wir denken, der könnte etwas nützen. (...) oder ja auch Informationen, die ich dann bringe, die auch wichtig sind.» (Frau Klein, Z. 524–529)

Diesen Prozess initiiert sie selbst, bzw. sie sieht sich selbst als Initiatorin dieses Prozesses und gibt sich eine sehr aktive Rolle. Frau Klein orientiert sich auch an einem kollektiven Verständnis mit «wir», es bleibt aber etwas unklar, ob sie hier ihre andere Berufskolleginnen vor Ort oder generell die Profession und somit ihresgleichen meint. Was sich rekonstruieren lässt, ist, dass Frau Klein sich im Stande fühlt, komplexe unklare Situationen mit vielen Fragen zu bearbeiten. Das Hinzufügen einer weiteren Person, aus einer anderen Profession, ist für sie unproblematisch und wird nicht als Bedrohung ihrer Selbstwirksamkeit, sondern in Form von neuen Impulsen als Potenzial angesehen.

Auch bei Frau Bender lässt sich ein Suchprozess bezogen auf ihre Rolle innerhalb des Teams erkennen – und dieser führt auch zu einer für sie positiven Distanziertheit gegenüber ihrer eigenen beruflichen Arbeit. Dass sie oft nicht von Beginn an involviert werde, erschwere ihre eigene Arbeit. Wie sich zeigt, ist sie in einer widersprüchlichen Teamsituation unterwegs, «ich bin dabei und doch nicht dabei» (Z. 173). Diese Widersprüchlichkeit macht sie für sich selbst fest an der Thematik, ab wann sie in einen Fall involviert werde. Sie stelle seit 2 Jahren fest, dass sie «oft erst spät oder wenn es *brönnt* (brennt)» (Z. 181) dazu geholt werde. Es sei auch schon vorgekommen, dass sie «vergessen werde» (Z. 190). Dieses zu späte Involvieren hindert Frau Bender daran, sich kompetent in die Begleitung einzubringen. Auf der anderen Seite hätte es aber auch schon Fälle gegeben, wo sie von Beginn an involviert worden sei. Auf die Frage, welche Gründe sie selbst dafür anführe, meint Frau Bender, «wenn es finanzielle Unterstützung braucht, dann rufen sie mich, sonst habe ich recht gekämpft» (Z. 224). Frau Bender macht diese ambivalente Situation mental etwas zu schaffen, sie führt die Uneindeutigkeit in Bezug auf «mal dabei und mal nicht dabei sein» unmittelbar auf ihre Profession zurück, das sei «halt ein wenig überall

das Problem, ähm so von der Sozialarbeit, was sie so kenne» (Z. 230). Zudem wird ersichtlich, dass die anderen Professionen besonders bei den finanziellen Abklärungen den Auftrag klar der Sozialen Arbeit überlassen, währendem andere Fragen oder Unterstützungsleistungen eher ausgehandelt werden.

Für Frau Pereira unterscheidet sich der Suchprozess bezogen auf die Aufgaben im Team je nachdem, mit welchen Herausforderungen oder Bedürfnisse sie von Seiten der Klientel konfrontiert werde. Sie macht hier eine Differenz, basierend auf eigener praxisbezogener Erfahrung, und meint, «bei kleineren Dingen kann es auch bei der Pflege bleiben» (Z. 878) und bei «schwierigeren Dingen», kommt es durchaus auf das «persönliche Engagement an, wie viel möchte man auch übernehmen» (Z. 881). Dass Frau Pereira hier sich selbst einen grossen Handlungsspielraum eröffnet, ist ihr nicht wirklich bewusst. Sie führt ihre Erklärung auf die bisherige Erfahrung in der Institution, ihre eigene Rolle im Hospiz und ihr grösseres Pensum von 50 Stellenprozent zurück. Dies bezeichnet sie als «lukrative Position», währenddessen es bei anderen Institutionen, wie sie es genommen hat, wenn es «hart auf hart kommt» (Z. 920), die Medizin und die Pflege seien, die unbestritten ihre Tätigkeiten aufnehmen. Wenn es jedoch kleinere Unsicherheiten gibt oder es für sie «glasklar ist, dass es etwas Soziales ist» (Z. 949), dann werde sie von sich aus aktiv. Mit «glasklar» meint sie eindeutig – und diese Eindeutigkeit manifestiert sich für sie am Begriff «Sozial». Sie gehe dann auf andere Professionen zu und bringe sich ein mit «los ich gehe einmal *losen* (zuhören), was da ist» (Z. 951). Das mache sie aber nicht, wenn klar sei, dass es um Themen der Seelsorge oder Schmerzen gehe, das mache sie nur dann, wenn unklar sei, welchen Kernbereich es betreffe.

Frau Pereira zeigt hier auf, dass sie auch nicht in fixen Dimensionen oder Themenfeldern denke, sondern, dass sie einfach offen sich auf die Suche nach Themen mache und danach überlege, wer für die weitere Bearbeitung in Frage komme. Dieser Prozess sei aber nicht ganz einfach, denn es hänge stark davon ab, wie man seine eigenen Kompetenzen einschätze (Z. 1230). Frau Pereira zeigt hier eine hohe Bereitschaft zur Kooperation und Triage an weitere Berufsgruppen. Umgekehrt würde sie das nicht oft erleben, womit sie indirekt andeutet, dass die Suchbewegung sich nicht von Seiten anderer Professionen auf sie zubewegt, sondern sie sich mehrheitlich auf die anderen zuzubewegen hat. Dieser Umstand sei nicht nur zu Beginn so, sondern würde sich auch «überall später ein wenig als Problem» (Z. 1235) darstellen. Sie bezieht sich so dann auf die alltägliche Praxis und zeigt auf, dass die Bemühungen ihrerseits deutlich grösser seien, „ich mache das schon länger“ (Z. 1276). Mittlerweile könne sie es zwar in der Teamsitzung aufzeigen, aber besonders von Seiten der Pflege sei kein Verständnis für ihre suchende Rolle vorhanden. Für Frau Pereira ist aber diese Suchbewegung wichtig,

sie meint „ich kann so erst mal überlegen, was ich als nächstes machen muss“ (Z.1299).

Wie angedeutet erfolgt nun die Analyse betreffend die Orientierungsmuster in Bezug auf die eigenen fachlichen Kompetenzen. Dieses Unterkapitel folgt bewusst im Anschluss an die soeben dargelegte Analyse zu Suchbewegungen als professioneller Akt, da diese Suchbewegungen teils eng verbunden sind, mit Äusserungen zu den eigenen fachlichen Kompetenzen, deren Anforderungen und deren Umsetzung.

7.3 Die eigenen professionellen Kompetenzen benennen, betonen und stärken

Berufliches Handeln lässt sich auch aus der Narration deuten. Die Art und Weise, wie über das eigene berufliche Handeln gesprochen und gedacht wird, bietet dafür die Grundlage. Aus den Expertinneninterviews und dem Experteninterview lassen sich einige Begründungen zum beruflichen Handeln im Alltag herausarbeiten, welche sich unter dem Oberbegriff *professionelle Kompetenzen* subsumieren lassen.

Aus den Gesprächsdaten lässt sich erkennen, dass professionelle Kompetenzen einerseits mittels klarer Benennung von Fachtermini, Handlungsprinzipien bis hin zu Handlungsanleitungen von Seiten der Fachpersonen in der Sozialen Arbeit ersichtlich werden. Auffallend oft wurde der Ausdruck «psychosoziale Begleitung» gefolgt von «umfassende bzw. systemische Beratung» genannt. Mit der eigens gestellten Frage nach dem sog. USP (übersetzt: Unique-Selling-Proposition), welche darauf abzielt, dass die Fachpersonen ihre besonderen Fähigkeiten oder gar einzigartigen Merkmale hervorheben, konnte zudem angeregt werden, über ihre eigenen Stärken nachzudenken und diese zu äussern. Durch die Analyse mittels reflektierender Interpretation liessen sich fruchtbare Kompetenzen und Stärken schärfen, aber auch Orientierungen in Bezug auf das berufliche Handeln klarer herausarbeiten. Wie später ersichtlich, lassen sich diese Ergebnisse als weiterführende Konturierung der professionellen Fachkompetenzen im Feld von Sterben und Tod beurteilen. Vorweg geht es darum, die professionellen Kompetenzen analytisch einzubetten.

Frau Schumacher wird durch die Frage nach ihrer Tätigkeit im Alltag zur Selbstreflexion angeregt und nennt einerseits die «psychosoziale Beratung» als zentrale Aufgabe. Sie bezeichnet diese zugleich als «(...) eine klare Stärke von uns» (Z. 609). Frau Schumacher erwähnt diese Form der Beratung somit nicht

unmittelbar bezogen auf ihr eigenes Tätigsein, sondern sie orientiert sich am Kollektiv, am «uns». Sie macht sich selbst ebenfalls diesem Kollektiv zugehörig und schreibt sich, wie auch allen anderen in ihrem Berufsstand, die Kompetenz zu, diese spezifische Beratungsleistung auszuführen. Zudem betont sie, dass sie darin auch eine «klare Stärke» erkennt, womit eine besondere Eignung, besondere Fähigkeiten, aber auch eine besonders gute Umsetzung diesbezüglich gemeint ist. Sie proklamiert mit diesem «klar» einen gewissen «exklusiv-Charakter» für sich bzw. für ihre Berufskolleginnen -und -kollegen. Sie lässt es an dieser Stelle im Gespräch aber offen, was dies genau sein könnte und kommt zur Umsetzung der psychosozialen Beratung. Diese knüpft sie eng an das Absolvieren von ein «paar Weiterbildungen» (Z. 624), denn «wir sind Leute, *wo* (die) viel Erfahrung bringen». Nur allein die Ausbildung als Sozialarbeiterin in der «Soz» (Z. 625), womit sie die ehemalige so benannte Sozialarbeiterinnenschule meint, reiche nicht aus, um die psychosoziale Beratung anzubieten. Es bedinge mehrerer Weiterbildungen, um die Kompetenzen dafür zu erhalten. Frau Schumacher orientiert sich hier an einer Berufskarriere, welche mit formalisierten Weiterbildungsabschlüssen verbunden ist, und stellt dies auch als Anforderung an die psychosoziale Beratung. Nur über praxisbezogene Erfahrungen und die Grundausbildung kann eine Fachperson der Sozialen Arbeit die Kompetenz der psychosozialen Beratung, welche in der Palliative Care gemäss ihr verlangt wird, nicht erlangen. Das bekräftigt Frau Schumacher auch nochmals mit «nachher, finde ich gehört das zu unseren Ressourcen» (Z. 629–630). Mit dem Begriff «Ressource» und der weiteren Aussage «die wir auch anbieten» (S. 631) legt auf Frau Schumacher implizit dar, dass die psychosoziale Beratung nicht einfach eine beliebige Aufgabe ist, sondern einen Wert für sich und für ihr Berufskollegium hat und sich grundlegendes Angebot in der Arbeit mit und für Menschen am Lebensende erweist. Eine Ressource kann allgemein gesprochen einen bestimmten Wert aufweisen, welcher entweder quantifizierbar oder beschreibbar ist. Etwas als Ressource zu bezeichnen, impliziert, dass es Potenzial hat, genutzt, verwaltet oder optimiert zu werden, um einen bestimmten Nutzen zu erzielen. Ressourcen können allgemein betrachtet für die Unterstützung oder Verbesserung von Prozessen sowie für das Initiieren von Projekten gebraucht werden. Mittels Ressourcen können Hindernisse überwunden oder Bedürfnisse erfüllt werden. Dass sich Frau Schumacher des Ressourcenbegriffs bedient, deutet darauf hin, dass sie in der psychosozialen Beratung eine Ressource und damit einen Wert erkennt, welche nicht quantifizierbar, aber klar zur Unterstützung, zur Verbesserung, oder gar zur Überwindung möglicher Hindernisse und sozialer Probleme beiträgt. Ob sie sich selbst dieses eigenen Werts bewusst ist, wird hier nicht offensichtlich. Auf die Nachfrage, was sie sich unter «psychosoziale Beratung» vorstelle, antwortet Frau Schumacher Folgendes:

«Kein therapeutisches Angebot, keine Therapie, aber eine Unterstützung im Prozess von kranken Menschen sei, indem ich Gespräche anbiete, wenn Frage da sind, über das Streben, ähm, auch Fragen über die Krankheit, solange es nicht in den medizinischen Bereich geht. (...) Ich denke all diese Fragen, Alltagsbewältigung, Lebensfragen ja so, ja die kann ich mit ihnen anschauen. Ich habe sicher keine Antwort auf alles, aber einfach schauen und sie unterstützen in dem Prozess.» (Frau Schumacher, Z. 633–640).

Die Abgrenzung, dass psychosoziale Beratung keine Therapie ist, macht Frau Schumacher am Begriff «Unterstützung» fest. Für sie stellt ihr Vorgehen eine Ressource zur Unterstützung dar, welche sich klar von der Medizin und der Psychologie abgrenzt, indem es keine Therapie ist, sich aber dennoch personenzentriert mit all den Bedürfnissen und offenen Fragen von Seiten der Klientel befasst. Frau Schumacher orientiert sich hier an einer ihr in der Aus- und Weiterbildung vermittelten Differenz zwischen Therapie und Beratung. Für Sie, aber wie später auch bei Frau Matter und Christen und Pereira ersichtlich legt die psychosoziale Beratung den Fokus auf Wiedererlangen von Handlungsfähigkeit, unterstützen in den Hilfsprozessen und im Entfalten von Kräften zur eigenen Bewältigung von Problemen.²

Frau Schumacher stellt damit das zwischenmenschliche Netzwerk und die Unterstützung diesbezüglich in das Zentrum, ohne das klar benennen. Sie deutet aber ihre Vorgehensweise an. Sie hört den Fragen zu, welche von Seiten ihrer Klientel geäußert werden. Dieses Zuhören ist für sie essenziell und sie fühlt sich auch fachkundig, «alle Fragen» mit der Klientel anzuschauen. Das «Anschauen» stellt sie aber nicht gleich mit dem Beantworten oder Lösen von Fragen. Sie macht klar deutlich, «keine Antworten» (Z. 632) auf alles zu haben, aber bezieht sich erneut auf die Kompetenz, Unterstützung anzubieten für den «Prozess». Später führt sie dann etwas präziser aus, dass sie «anders berate als die Fachperson Pflege oder der Arzt» (Z. 683), sie würde mehr auf «die Person an sich, also auf die Fragen (...)» (Z. 684), eingehen und nicht spezifisch «die Krankheit oder die Schmerzen» beachten. Mit dieser Differenzierung orientiert sie sich erneut an einem offenen Vorgehen, einem Prozess, den sie mittels Fragenstellen erwirkt, entweder den Menschen dabei hilft, bestimmte Antworten selbst zu finden, oder sie darin und bei den damit verbundenen Herausforderungen weiter unterstützt. Wie Frau Schumacher grenzt sich auch Frau Bender deutlich davon ab, therapeutisch tätig zu sein. «Das ist nicht meine Aufgabe» (Z. 542), allerdings geht Frau

² Vgl. dazu Nestmann (2008, S. 72), welcher auch in Abschnitt 5.2.2 vorliegend Erwähnung findet in Bezug auf die Entfaltung der Kompetenzen am Lebensende.

Bender dann nicht weiter auf diesen Aspekt ein. Sie orientiert sich – wie später ersichtlich – am Auftrag der Vernetzung und an ihrer Rolle im Team.

Auch für Frau Pereira ist die psychosoziale Unterstützung nicht nur ein Fachterminus, den sie benennt, sondern sie zählt dieses Leistungsangebot klar zu ihrem Kernauftrag. Diese Aufgabe könne sie ausführen, weil sie auch über die nötigen Techniken der Befragung verfüge, denn ihre Klientel äussere oft nicht von sich aus, was sie bedrücke oder wo sie Hilfe benötige.

«(...) die Anliegen, die sie [das Klientel] haben sind ja häufig erst im Gespräch deutlich und dann sind es eben vielleicht gar nicht konkret Massnahmen, um die es geht, sondern um ein Reflektieren von ihrer Situation, sichtbar machen können, um welche Verluste oder Ängste es denn gehen wird und wie man damit umgeht, Abschied zu nehmen.» (Frau Pereira, Z. 399–405).

Dieses Erfragen-Können oder Fragen-Stellen-Können ist für Frau Pereira eng mit der Umsetzung der psychosozialen Unterstützung verbunden. Sie orientiert sich damit an einer Befragungstechnik, die ihr erst überhaupt die Möglichkeit gibt, weitere «Dinge im Gespräch» (Z. 475) in Erfahrung zu bringen. Sodann hat Frau Pereira ein klares Ziel, woran sie sich in den Gesprächen orientiert. Sie möchte durch das Erfragen primär die Perspektiven öffnen, damit überhaupt weitere Beratungsleistungen oder Unterstützungsangebote, seien diese von ihr oder auch von anderen Professionen, erfolgen können. Frau Pereira orientiert sich, ohne dies zu explizieren, hier am Prinzip des «Eingangstor», wie es bei Frau Bender und ihrer skizzierten Suchbewegung vorkommt (vgl. 7.2.1). Durch das erstmalige Erfragen und das primäre Vermitteln von Offenheit gelingt es ihr, Perspektiven für die Klientel und deren Probleme überhaupt zu öffnen. Frau Pereira beansprucht aber keine Exklusivität für die Übernahme der Aufgabe der psychosozialen Begleitung, wie dies Frau Schumacher oder auch Herr Röllli tun. Sie selbst orientiert sich an den geäusserten Aspekten von Seiten der Klientel und versteht ihre Rolle nach dem Erstkontakt dann im «Mitinvolvieren» (Z. 528) von anderen Professionen. Für sie ist die Begleitung eine Teamaufgabe. Wie stark sie diese Aufgaben selbst übernehmen will, macht sie für sich davon abhängig, «wie stark man die eigenen Kompetenzen diesbezüglich einschätzt» (Z. 1230). Diese Aussage ist hoch selbstreflexiv, bedeutet aber zugleich auch, dass sie sich zurücknehmen kann und ihr Tätigwerden auch von der eigenen Einschätzung der Fachlichkeit abhängig macht.

Wie sich später herausstellt, orientiert sich Frau Pereira nicht an ihren eigenen Qualifikationen bezogen auf die erbringende Begleitungs- und Unterstützungsleistungen, sondern fokussiert sich auf potenzielle Teamkonflikte, welche entstehen

können, wenn sie sich für die Übernahme der Begleitung entscheidet. Sie stellt damit nicht ihre Fachlichkeit in das Zentrum, sondern macht den Entscheid für oder gegen eine Begleitung abhängig von einem möglicherweise entstehenden Teamkonflikt. Dass sie sich an diesem potenziellen Teamkonflikt und nicht an ihren eigenen fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten orientiert, führt sie selbst auf den Umstand zurück, dass

« (...) vieles, was die Soziale Arbeit tut, irgendwie anmassend ist, weil sie ist ja eine Generalistin. (...) Es ist halt schon einfacher, sich auf eine Profession zurückzulehnen, die seit Jahrhunderten Theorien haben. gut, wieso man da bei der Sozialen Arbeit so ein Problem daraus macht, dass man nicht eine Basis hat, wo alle sich darin finden, ist auch /- ähh ja Item. Eben also sie ist ja die Generalistin, sprich was ich gesagt habe, alles, was man sagt, hört sich für mich so ein *bitzli* (bisschen) anmassend an, weil die anderen Professionen ganz vieles, zumindest in Ansätzen, auch machen (...)» (Frau Pereira, Z. 1256–1274)

Frau Pereira orientiert sich hier an einem Verständnis von Spezialistin versus Generalistin. Dadurch, dass eine Spezialistin für ein spezifisches Fachgebiet zuständig ist, womöglich hierfür auch schon jahrelange theoretische Fundierung besitzt und sich auf ein Gebiet konzentriert, erscheint es für Frau Pereira einfacher, eine Zuständigkeit zu beanspruchen, als das für eine Generalistin der Fall ist. Ohne selbst den Begriff weiter auszuführen, wird deutlich, dass Frau Pereira ein negatives Bild einer Generalistin, die «vieles in Ansätzen» (Z. 1274) kann, vorlegt. Sie erkennt darin – zumindest vordergründig – keine Stärke, sondern betont – später auch mehrmals –, dass sie das «anmassend» (Z. 1317) und auch «schwierig greifbar» findet (S. 1315). Mit der Bezeichnung «anmassend» bringt auch Frau Pereira eine für sie sich negativ anfühlende Überlegenheit zum Ausdruck, von der sie selbst zwar nicht Gebrauch machen will, aber sie gegenüber den anderen Professionen immer wieder in «Legitimierungs- und Formulierungsschwierigkeiten» (Z. 1318) bringe. Sie möchte gegenüber den anderen Professionen nicht vorschreibend oder überheblich daherkommen und nimmt sich vornehm zurück. Aber dennoch erkennt sie in ihrer alltäglichen Praxis, dass sie durch ihr Wesen als Generalistin auch eine professionelle Stärke hat: «Zu schauen, dass gewisse Dinge nicht vergessen gehen, davon profitieren auch die anderen» und «das alles im Blick haben, auch multidimensional» (Z. 1331–1332).

Frau Pereira verweist hier darauf, dass ihre generalistischen Fähigkeiten ein Zugewinn für die anderen Professionen sind, und verstärkt dies mit dem Ausdruck «multidimensional». Sie bleibt gedanklich in der ambivalenten Situation verhaftet und kann für sich die Aspekte, welche ihr berufliches Tun ausmachen, hier nicht klar fassen. Im Gegenteil – sie merkt noch an, «ja, es ist schwierig,

weil jeder sagt, ja, das machen wir ja auch» (Z. 1332). Frau Pereira ortet hier ebenso ein weiteres Problem nicht nur für sich, sondern für die ganze Profession. Gerade weil «am Schluss sich nicht die Soziale Arbeit auf die Fahne schreibt, ha (!), das habe wir gesagt», sei es schwierig, die eingebrachten Kompetenzen sichtbar zu machen. Frau Pereira ist dies aber eigentlich gar nicht so wichtig, sie will diese Exklusivität auch nicht, sie schliesst ihren Ausführungen sodann auch ab mit «eigentlich interessiert es am Schluss keinen mehr, woher es kommt». Damit stellt Frau Pereira einerseits klar, dass sie an einer guten Lösung und Unterstützung mehr interessiert ist als an einer Festlegung, wer für diese Lösung nun massgeblich gewirkt hat. Zudem stellt sie sich andererseits aber auch erneut in den Hintergrund, womit erneut verstärkt wird: die Problemlösung und die Unterstützung für die Klientel stehen im Zentrum, nicht die Frage, wer die Leistung erbringt.

Gegen Ende des Gesprächs komme auch Frau Schumacher, angeregt durch die von mir gestellte Frage nach der USP, auf die Eigenheiten der Sozialen Arbeit zu sprechen. Hier überlegt sie nicht lange und meint, «vernetzt denken» (Z. 1775), «lösungsorientiert sein» (Z. 1780) und «neugierig und offen auf Menschen zugehen, ohne Misstrauen, sich für den Menschen interessieren» (Z. 1789). Frau Schumacher benennt einerseits fachliche Handlungsprinzipien und andererseits eine für sie sehr wichtige Sozialkompetenz, die auch persönlicher Natur sein können. Es ist für sie beides nötig, denn ohne das Interesse für andere Menschen, so ist sie davon überzeugt, «kann man die Arbeit gar nicht machen» (Z. 1798). Sie wird dann dazu sehr konkret:

«Auf den Menschen zugehen, dann realistisch genug, ähm ja, um die Situation einschätzen zu können. Dann transparent sein, ehrlich, im Gegenüber nichts vormachen, sondern halt wirklich auch, mit Fakten belegen können, warum es ist und warum es ja auch / eben, so ja sein wird am Schluss» (Frau Schumacher, Z. 1804–1807).

Frau Schumacher erwähnt weder das Sterben noch den Tod, aber sie orientiert sich implizit an diesem Momentum in der Form der Endlichkeit und führt dafür ein sachliches und objektives Vorgehen aus. Die Objektivität gelingt ihr, indem sie selbst ihr Vorgehen als faktenbasiertes Vorgehen bezeichnet. Obwohl Menschlichkeit und Einfühlungsvermögen wichtig seien, bedarf es Fakten – und diese müssen belegt werden. Das Vorgehen wird damit auch nicht beliebig, sondern sachkundig. Ferner spricht Frau Schumacher davon, für dieses Vorgehen einen «Rucksack mit ganz viel Theorie drin» (Z. 1809) zu besitzen. Dass Frau Schumacher den Rucksack wählt, deutet darauf hin, dass sie einiges an fachlicher Kompetenz, Vorgehensweisen und weiteren Dingen (Arbeitsinstrumenten)

jeweils dabei hat und damit auf verschiedene Ereignisse, welche sie in der täglichen Arbeit im Hospiz erwarten kann, vorbereitet ist. Sie ist somit fachlich gut und vielfältig vorbereitet, ihr scheint das aber weniger bewusst zu sein. Sie skizziert sogleich eine Anwendungsproblematik – «wir haben einfach manchmal Probleme den Rucksack richtig auszupacken und richtig zu sortieren und /(...) ja und, um zu zeigen, was wir können» (Z. 1839–1840). Frau Schumacher setzt hier Fachlichkeit und deren Anwendung mit Sichtbarkeit gleich. Ihre Tätigkeiten seien nicht gleich bestimmbar, wie es die Diagnosen bei den Medizinerinnen sind, die noch nachgelesen werden können. Die Theorie und die Vorgehensweisen, welche sie anwende, seien für sie «wie bei uns drin» (Z. 1913). Sie verweist damit selbst auf sog. inkorporiertes Wissen und Kompetenzen, kann sich dies aber selbst nicht weiter erklären.

Für Frau Matter eröffnet sich ihr Feld des Tätigseins jeweils mit einer Anfrage. Sie werde «(...) immer dort gerufen, wo es kompliziert ist, das ist klar. (...) wenn auch so dunkle Fragen *ome» (da) sind» (Z. 102–105). Dass «immer» und «etwas kompliziert» sein kann, bildet somit eine Voraussetzung für die Aufnahme ihrer Tätigkeiten, allerdings wirkt dieses Potenzial an Komplexität, dass Frau Matter erwarten kann, nicht negativ auf sie. Obwohl Frau Matter nicht weiss, wie gross der Aufwand sein wird, wie komplex und schwierig es werden könnte, nimmt sie sich des Falls an – und das auch «immer gleich», und zwar basierend auf einem «Assessment-Gespräch» (Z. 156). Damit zeigt Frau Matter auf, dass sie jeweils trotz der Unkenntnis der Themen, die auch «dunkel» sein können, ein standardmässiges Vorgehen wählt, in welchem sie eine strukturierte Herangehensweise vornimmt. Diese expliziert sie auch weiter im Gespräch. Sie orientiert sich erstens an ihren eigenen Rollenverständnis als Beraterin: «das ist ganz wichtig, also, ich bin psychosoziale Beraterin und nicht Therapeutin» (Z. 202). Zweitens orientiert sie sich an der Klientel selbst und stellt «jeden Einzelnen» ins Zentrum. In diesem Vorgehen konkretisiert sie auch die bereits im Abschnitt 7.2.1 bei der Suchbewegung erwähnten «vier Felder». Das Spirituelle, Soziale, Physische und Psychische bilden diese vier Felder. Sie orientiert sich hier nicht an einem Dokument, sondern gemäss eigener Aussage an einem Raster, welches sie «im Kopf» hat (Z. 317) und das für sie eine «Hilfestellung» (Z. 321) bietet. Aus bisheriger Erfahrung weiss sie, dass ihre Klientel Schmerzen sehr gut benennen kann, aber das, was «der Rest sei, was sonst stört (...)» (Z. 403), das aufzudecken, dafür verortet Frau Matter sich selbst auch als zuständig. Sie legt hier eine sehr klare Haltung bezogen auf ihr Zuständigkeit da. Sie versteht sich als «Entdeckerin» von Problemlagen, aber verbindet dieses Entdecken nicht damit, danach auch für die weitere Bearbeitung der Probleme zuständig zu sein. Das Weiterleiten oder, wie sie sagt, «Triage-Machen» versteht sich für sie von selbst. Dabei orientiert sie

sich nicht an schriftlichen oder institutsinternen Vorgaben, sondern zeigt auf, dass «psychosoziale Arbeit» (Z. 444) auch bedeutet, sich «abzugrenzen und zu wissen, wie weit mein Kompetenzbereich ist» (Z. 446). Frau Matter verfügt über ein selbstreflexives Denken über ihre eigenen Handlungen und zeigt damit auf, dass sie sich ihres Tätigkeitsfelds sehr bewusst ist und dieses auch für sich definieren kann.

Wie Frau Schumacher führt auch Frau Matter die Differenzierung zwischen Therapie und Beratung ein. Wobei sie nicht näher darauf eingeht. Für Frau Matter sind die Koordinationsfunktion und das Koordinieren-Können sehr entscheidend. Wenn bei einem Klienten oder einer Klientin viel koordiniert werden muss, «dann kommt es dann letztlich doch dazu, dass ich zum Teil eine Fallführungsfunktion übernehme» (Z. 336). Das würde sie aber nur dann machen, wenn die «Komplexität stetig steigt und die Pflege nicht mehr kann» (Z. 338). Ohne sich dessen bewusst zu sein, skizziert Frau Matter hier sog. Anforderungen, die an sie gestellt werden bzw. von denen sie profitieren kann. Sie scheint in der Lage zu sein, eine Netzwerkfunktion einzubringen, damit die Unterstützung für den Klienten bzw. die Klientin gut koordiniert wird. Zudem wird kommt sie zum Einsatz, wenn die Pflege an ihre Grenzen stösst. Dadurch wird deutlich, dass Frau Matter zwar eine nachgeordnete Rolle nach der Pflege inne hat, sich aber um grössere Schwierigkeiten kümmert.

Herr Herr Röllli benennt, im Gegensatz zu Frau Matter und Schumacher, bereits zu Beginn einen wichtigen Aspekt in seiner täglichen Arbeit – «jede palliative Situation von einer Klientel ist immer individuell und komplex» (Z. 94) – und genau das mache es auch aus, dass die Arbeit für ihn «immer anspruchsvoll» sei. Herr Röllli zeigt hier auf, dass es für ihn wenig Routine im Alltag gibt und seine Arbeit von ihm viel Flexibilität verlangt um der Komplexität gerecht zu werden. Er findet auch nach 20 Jahren im Berufsfeld, dass es «eine sehr anspruchsvolle, komplexe» Aufgabe ist und «eine breite Anforderung braucht, um tätig sein zu können» (Z. 96–97). Diese breiten Anforderungen an ihn selbst hätten auch nicht abgenommen, sondern sie fordern von ihm, dass er sich «immer auch die ganze Ethik» (Z. 101) vergegenwärtige. Herr Röllli führt hier einen Aspekt in das Feld, welcher in den Begleitungen von Menschen am Lebensende gewichtig ist, allerdings so von den anderen sechs Gesprächspartnerinnen nicht aufgegriffen wird. Seine tägliche Arbeit lässt Werte und moralische Prinzipien gewichtiger erscheinen. Das er sogleich stark auf die Ethik fixiert, was darauf hindeutet, dass er sich eines Wertekompasses bewusst und sensibel in Bezug auf moralische Fragestellungen ist, deutet an, dass er mit zahlreichen ethischen Fragen von seiner Klientel am Lebensende konfrontiert wird. In seinem Arbeitsalltag spielen, wie er weiter ausführt, moralische Fragestellungen stets eine

grosse Rolle. Sie gelten für ihn als «Merkpunkt» und seien «ziemlich umfangreich» in der Bearbeitung (Z. 106). Hierbei macht Herr Röllli auf eine grössere Herausforderung aufmerksam, die er selbst als «Spannungsfeld» (Z. 119) benennt und so auch erlebt. Auf der einen Seite möchte Herr Röllli eine möglichst offene Haltung an den Tag legen und viel Zeit in Gespräche und Abklärungen investieren, auf der anderen Seite ist genau der zeitliche Aspekt die grösste Herausforderung in seinem Alltag, da die Zeit beschränkt ist und seine Klientel auch darüber oft nicht sprechen möchte. Auf die Frage, wie er denn mit diesem Spannungsfeld umgehe, orientiert sich Herr Röllli stark an seiner Person und an seiner individuellen Haltung. Er führt aus, dass er sich mit der Zeit ein Vorgehen angeeignet hat, «über das Thema Tod offen zu sprechen» (Z. 132), und dabei darauf achtet, «welche Handreichungen» (Z. 138) er von Seiten der Klientel bekommt. Er meint damit kleine Hilfestellungen, die in Form von Äusserungen oder auch Wünschen von Seiten der Klientel an ihn herangetragen werden. Seine Haltung hätte sich insofern auch geändert, dass er sich heute viel offener auf das Thema Tod einlasse und «auch mal weinen muss» (Z. 144). Beides, also die offene und auch emotionalere Haltung sowie das Beachten von Handreichungen, verschaffen ihm heute einen «einfacheren» und auch «befreienden Zugang» zu der Klientel (Z. 148). Interessant ist, wo Herr Röllli insbesondere seinen Einstieg in die Begleitung am Lebensende verortet. Hier wählt er einen fast professionstheoretischen Zugang, indem er ausführt, dass das Sterben sehr prozesshaft sei – und die Soziale Arbeit:

«(...) setzt meistens dort an, wenn es Knicke in der Biografie gibt. Also der Patient gehen und irgendwann kann er es nicht mehr und dann ist die Versorgung nicht mehr gewährleistet, der muss ins Hospiz und dann kommt die Sozialarbeit. Dann geht's irgendwann weiter, vielleicht besser (...) und dann kommt wieder ein Entscheid. Es kann sein, dass ich von jemanden ein halbes Jahr auch mal nichts höre, bis er wieder kommt» (Herr Röllli, Z. 418–425).

Mit «Knicke» meint Herr Röllli Schwierigkeiten, welche sich im Verlaufe einer Erkrankung bzw. am Lebensende ereignen können. Das Sterben ist etwas prozesshaftes. Sodann bleibt er auch nicht kontinuierlich in der Begleitung drin, sondern es kann Unterbrüche geben, welche gar von einer Zeitdauer von einem halben Jahr sein können. Herr Röllli betont, dass dies auch «normal ist, weil die Krankheiten ja unberechenbar» (Z. 428) sind. Für ihn stellen diese Knicke keine Herausforderungen bezogen auf sein Tätigsein dar, sondern eher bezogen auf sein Pensum, der «Arbeitsaufwand ist gegen das Lebensende in der Regel mehr» (Z. 439). Hier orientiert sich Herr Röllli an einem eigenen Erfahrungswert,

er bezieht sich auf den Arbeitsaufwand, der sich üblicherweise verstärkt. Abweichungen schliesst er damit nicht aus, aber er macht deutlich, dass der Aufwand am Lebensende wesentlich mehr als weniger wird. Interessanterweise betrifft dies aber nicht den Kontakt mit der Klientel, dieser «nimmt häufig ab» (Z. 440). Der vermehrte Aufwand bezieht sich auf die Koordination und auf das «Abklären von finanziellen Dingen» (Z. 442).

Herr Röllli kommt im Vergleich mit Frau Matter, Schumacher und Bender sehr später auf die Regelung von finanzrechtlichen Dingen zu sprechen. Er wird aber sehr konkret und meint Folgendes: «Wenn mich also jemand fragt, was machst du von der Krebsliga fürs Hospiz?», dann nenne er jeweils zwei Bereiche: einerseits «dieses Psychoonkologische, bei dem es um die Beratung und Unterstützung geht, nicht therapeutisches Arbeiten aber Beraten, Unterstützung und viel Lebenserfahrung bieten» (Z. 507–508), und andererseits «hard facts, sage ich diesen immer, eben Sozialversicherungen und Finanzen klären» (Z. 509–511). Herr Röllli bedient sich des englischen Wortes «hard facts», was übersetzt «harte Tatsachen» bedeutet. Diese Tatsachen sind meist nachprüfbar und somit höchstwahrscheinlich sehr objektiv. Zudem lassen sie wenig Raum zur Interpretation oder Diskussion. Sie können aber wichtig sein, um einen objektiven Entscheid zu fällen, und vorliegend hat Herr Röllli es offenbar bei Finanzthemen genau damit zu tun. Auf der anderen Seite lässt sich damit aber ebenso feststellen, dass es für Herr Röllli auch so etwas wie «soft facts» gibt. Er nennt diesen Begriff zwar nicht, aber die erwähnte Beratung und das Herstellen einer persönlichen Beziehung «wir beginnen zu reden» (Z. 510) und das Benennen von Lebenserfahrung, stellen solche «soft facts» dar und diese sind meist nicht direkt messbar und somit auch eher auf Meinungen und Interpretation zurückzuführen. Herr Röllli wendet beides in seinem beruflichen Handel an, der Anteil zwischen «hard facts» und «soft facts» könne, aber gemäss seinen Erfahrungen variieren und «abhängig von der Beziehung zum Klienten» (Z. 514) sein. Später führt Herr Röllli auch aus, dass diese Abhängigkeit grösser sei, bei Klientinnen und Klienten mit schweren Diagnosen oder solchen, wo die Lebensdauer stark verkürzt und die Lebensqualität extrem eingeschränkt sei.

Auf die Frage, welche USP Herr Röllli sich für seine Profession und sein Wirken vorstellen könnte, nimmt er zuerst eine Abgrenzung vor. Für ihn sei es nicht «Case-Management, ich tue mich schwer mit dem Ganzen» (Z. 606). Hier grenzt sich Herr Röllli stark von Frau Pereira und Frau Matter ab, welche beide betonen, einerseits möglichst früh in die Begleitung einsteigen zu wollen und diese sowie die Koordination bis zu dem Tod bzw. über die Trauerphase behalten zu wollen. Herr Röllli sieht das anders, für ihn hat es noch zu viele Brüche, welche ihm so eine Begleitung, welcher seiner Meinung nach kontinuierlich und von der

gleichen Person gemacht werden muss, verunmöglicht. Durch die Tatsache, dass er von sich aus den Begriff «Case-Management» ausführt, wird deutlich, dass er sich bewusst ist, dass dieser in Fachkreisen proklamiert und oft verwendet wird.

Mit seiner Aussage bezieht sich Herr Röllli nicht auf die «Knicke», die ihm einen Einstieg in die Begleitung ermöglichen, sondern er meint die fehlenden Schnittstellen zu den anderen Professionen im Feld der Palliative Care. Diese Schnittstelle sei extrem wichtig und er führt weiter aus: «die Koordinationsaufgabe finde ich extrem wichtig» (Z. 624). Doch aktuell mache das die Spitex, doch da kommt «jeden Tag jemand anderes» (Z. 626) und so kann auch «(...) keine Kontinuität in dieser Fallbearbeitung, in dem Case gewährleistet werden» (Z. 628). Auf die Nachfrage, ob er sich denn diese Aufgabe vorstellen könnte, meint Herr Röllli: «Ja, absolut, wenn ich die Möglichkeit hätte, dass ich das auch abrechnen könnte (...)» (Z. 633). Auf den ersten Blick orientiert sich Herr Röllli hier nicht an seinen Kompetenzen, sondern an der finanziellen Abgeltung seiner Arbeit. Er relativiert dies jedoch sogleich und sagt, «ich sehe die Versorgung wirklich gut. Ich bin mir bewusst, es ist komplex, Sozialarbeit ist immer komplex und aufwändig, aber ich kann das uns es muss doch zahlbar sein.» (Z. 641). Herr Röllli ist sich seiner Stärken offensichtlich sehr bewusst, die Komplexität schreckt ihn auch nicht ab, im Gegenteil. Doch für ihn ist es unverständlich, dass genau diese Koordination eben nicht finanziell geregelt bzw. abgegolten werden kann.

Für Frau Christen zeigt sich ihre eigene Fachlichkeit an ihrem «grundsätzlichen Verständnis für Situationen». In diesen Situationen, welche nicht nur Gespräche, sondern auch Begegnungen auf den Gängen oder in den Zimmern beinhalten, orientiert sie sich daran, stets «den ganzen Menschen umfassend zu sehen» (Z. 218). Dieser ganzheitliche Blick für die Klientel, für deren Situation und das Erfragen- sowie Vernetzen-Können anerkennt Frau Christen selbst als eigene Stärke. Sie betont das auch und führt aus: «ich kann sehr gut vernetzen, (...) Dinge organisieren, die sie [die Klientel] brauchen» (Z. 226). Hierbei bedient sie sich einer Metapher, um ihre Funktion zu beschreiben. Sie versteht sich als eine «Plattform», welche sie bietet und worauf «die Menschen zusammenkommen» (Z. 231). Eine Plattform kann übersetzt werden mit einem Ort, wo Austausch oder Interaktion stattfindet. Indem Frau Christen sich als Plattform beschreibt, zeigt sie auf, dass sie einerseits einen Ort bietet, wo sie sich mit ihrer Klientel trifft, aber sich zugleich auch verschiedene andere (Fach)Personen ebenfalls treffen können. Interaktion oder Vernetzung ist möglich, nicht nur mit ihr, sondern auch mit anderen Professionen. Andererseits bietet sie auf dieser Plattform ihre Dienstleistungen an und bleibt dort auch präsent. «Sie können immer wieder auf mich zurückgreifen, wenn sie Fragen haben, ihre Anliegen bringen» (Z. 278). Ganz wichtig für Frau Christen ist, dass sie auf dieser Plattform einen

Ort bieten kann, welche es erlaubt, dass die Klienten über «ihre Krankheit offen sprechen können» (Z. 292). Sie möchte, dass dieser Ort «tabufrei» (Z. 294) ist. Es soll alles angesprochen werden können. Frau Christen will, dass alles, was ihr Klientel womöglich bedrückt, sichtbar wird. Sie versteht sich aber auch hier nicht als für jede Schwierigkeit oder jedes Bedürfnis kompetent, sondern eher als jemand, der auf dieser Plattform auch die weitere Vernetzung zu anderen Berufsgruppen herstellen kann. Man könnte sagen, sie orientiert sich an einer Funktion einer «Kollaborationsgestalterin», sie schafft das Gerüst und somit das Fundament, damit danach auch kooperiert werden kann. «Es zeige sich immer wieder, dass nicht nur eine Disziplin die Situation lösen kann» (Z. 315). Frau Christen setzt hier Disziplin und Profession gleich, was aber nicht so eine grosse Rolle spielt. Viel wichtiger ist, dass sie sich zwar als Koordinatorin auf der Plattform versteht, allerdings aus Erfahrung weiss, dass sie «nie allein die Situation lösen kann» (Z. 324). Hier orientiert sich Frau Christen nicht mehr nur an ihrer Funktion als Plattform, sondern zugleich an einem kooperativen Moment; sie ist sich bewusst, dass sie auch andere Personen involvieren muss. Diese Haltung bekräftigt sie später auch, indem sie aufzeigt, dass sie «das medizinische den Ärzten und das Pflegerische der Pflege überlasse» (Z. 330). Sie stört sich daran auch nicht und sie beansprucht auch keine Exklusivität, gewisse Aufgaben selbst zu übernehmen, sondern sie stellt die Person und all die Bedürfnisse um diese Person herum in das Zentrum: «mir geht es darum, unbedingt die Komplexität zu reduzieren, wo jemand drinsteckt» (Z. 384). Für die Reduktion der Komplexität sieht sie sich zuständig und verstärkt dies, über ihr Vorgehen, «ganzheitlich zu beraten» (Z. 387). Sie könne sicherstellen, dass möglichst viele Bedürfnisse und Herausforderungen sichtbar vorliegen würden, und durch das Koordinieren könne sie «jedem seine Professionalität lassen» (Z. 395). Hier wird deutlich, dass Frau Christen in ihrer Denkweise sehr multiprofessionell, aber nicht hierarchisch agiert. Für sie stehen die Bedürfnisse des Klienten an oberster Stelle – und wer dafür mit wem oder wofür zusammenarbeitet, möchte sie zwar koordinieren, aber nicht vorschreiben. Frau Christen orientiert sich auch hier erneut am Prinzip, einerseits Leitplanken (Z. 89) bzw. Handlungsanleitungen zu liefern, die sie in Kooperation mit der Klientel oder weitere Fachpersonen umsetzt oder sichtbar macht, damit diese umgesetzt werden können. Andererseits nimmt sie für sich nicht in Anspruch gewisse fixe Aufgabe zu übernehmen, sondern sieht sich weiterhin in der Koordinatorin auf der Plattform und bietet ihre Dienstleistungen an.

7.4 Das «Dasein» und die «Präsenz» als fassbares Tätigsein

Berufliches Handeln wird oft mit unmittelbarem, sichtbarem und aktivem Tun verbunden und damit auch gleichgesetzt – der Arzt oder die Ärztin, welcher oder welche aktiv die Medikamente verabreicht, der Pfleger oder die Pflegerin, welcher die Wunde versorgt oder beim Anziehen hilft. Vorliegend lassen sich aus einigen Fachgesprächen das *Dasein* und die damit verbundene *Präsenz* als *aktives Tun* für die Soziale Arbeit rekonstruieren. Das berufliche Handeln von Seiten der Fachpersonen in der Palliative Care bekommt damit eine Komponente zugeschrieben, die sich entgegen einer Aktivität im Sinne einer sicht- und fassbaren Tätigkeit manifestiert. Diese «Nichtaktivität» wird von Seiten der Fachpersonen als Aktivität, ja gar teils als professionelle Aktivität nicht nur gedeutet, sondern selbst so bezeichnet. Dieses zuerst zwar eher schlicht daherkommende, unmittelbare «Dasein» und das Zuhören gehören einerseits für die Fachpersonen selbst zu ihrem Tätigsein und machen zugleich andererseits auch eine gewichtige Komponente in ihrem tagtäglichen Wirken aus. Das «Dasein» wird oftmals initiiert mit einem unspezifischem «reinstolpern» ins soziale Umfeld des Klienten bzw. der Klientin. Rekonstruieren lässt sich dies an nachfolgenden Gesprächen mit Frau Bender, Herrn Rölli, Frau Schumacher, Frau Pereira und Frau Klein.

Bei Frau Bender beginnt der Erstkontakt «eigentlich immer» (Z. 318) mit einer mündlichen oder schriftlichen Anfrage, ob sie vorbeikommen kann. Sie möchte so schnell wie möglich «jemanden sehen». Für sie ist Präsenz somit Sichtbarkeit vor Ort und sie betont, dass sie auch ihre eigene Tätigkeit so versteht, dass

« (...) die Leute können mit allem zu mir kommen und dann schauen wir weiter. Das ist sowieso in meiner normalen Tätigkeit so. Ich stelle dann mal eine Frage oder geh nachschauen (...) Das ist so *bitzli* (ein bisschen) meine Haltung. (...). Oft geht es dann einfach um die Bedürfnisse, die die Leute haben. Das man zuhört oder fragt, ja wie geht es denn ihnen mit all dem, also der Situation» (Frau Bender, Z. 319–345).

Frau Bender führt aus, dass das «halt einfach *mol*(mal) zuhören» (Z. 342) sein kann und auch mit einem generellen Fragen – «Wie geht es Ihnen mit dieser Situation?» (Z. 345) – verbunden ist, welche sie zwar beiläufig fallen lässt, aber, wie sich im Nachgang herausstellt, ihr so Zugang zur Person verschafft. Sie tritt zwar erstmals gegenüber der Klientel fragend in Erscheinung, doch dieses Erfragen, «ein bisschen den Raum [zu] geben» (Z. 352), wie sie es selbst bezeichnet, ist für sie Arbeiten. Sie orientiert sich hier daran, dass zuerst ein Raum verbunden

mit einer grossen Offenheit hergestellt werden muss, der es ihr zugleich ermöglicht, ein Vertrauen und einen Zugang zum Gegenüber herzustellen. Das Schaffen einer Umgebung, wo die Klientel sich frei äussern kann, bildet für sie die Grundlage und sie setzt darauf, auf Anforderungen an diesen Raum zu verzichten und auch keine Grenzen zu setzen. Im Gegenteil, sie möchte, dass ihr Gegenüber sich angenommen und frei fühlt, womit sie ihrer Klientel die grösstmögliche Selbstbestimmung ermöglichen möchte. Für Frau Bender ist «das Zuhören» (Z. 352) ein wichtiges Momentum. Dies untermauert auch die eingangs von ihr erwähnte Äusserung «können mit allem zu mir kommen» (Z. 319). Auch hier wird deutlich: Sie legt keine Themen vor oder setzt Grenzen für das Gespräch. Sie weiss zwar, dass ihre Rolle bezogen auf das Abklären von Finanzen und Vorsorgeaspekte vorgängig von Seiten der Institution oder auch anderen Fachpersonen so gegenüber der Klientel und Angehörigen kommuniziert wird, doch sie beginnt das Erstgespräch bewusst mit einer Offenheit, welche sie in ihrer Haltung und in ihrem Vorgehen widerspiegelt. Sie betont es zwar nicht, aber sie widersetzt sich hier den ihr zugesprochenen Aufgaben, wengleich es nicht ein negatives Dagegen-Auflehnen ist. Wie später ausgeführt, ist für Frau Bender das Erkennen, «dass man sie eben auch sieht» (Z. 359), zentral. Mit «sie» meint sie nicht sich selbst oder eine weibliche Person, sondern ihre gesamte Klientel mit all ihren Bedürfnissen.

Bei Frau Schumacher ist mit Präsenz zuerst auch die physische Präsenz – «vor Ort [zu] sein» – verbunden. Sie ist der Meinung, dass sie dadurch, dass sie vor Ort in der Institution verankert ist, einen einfacheren und «viel schnelleren Zugang» (Z. 144) zu ihrer Klientel hat, als wenn sie als «Externe in das andere Haus» (Z. 145), womit sie ein weiteres Hospiz meint, gerufen wird. Präsenz in physischer Form in der Institution auch dann, wenn sie nicht unmittelbar einen Termin mit einem Klienten hat, ist für Frau Schumacher essenziell. Oft «passiert zwischendurch etwas, das es erst auslöst, dass die Bereitschaft da ist, über Sterben zu sprechen» (Z. 434–435). Hier orientiert sich Frau Schumacher auch am Ermöglichen von Gesprächsräumen durch blossе Präsenz. Das Dasein erfährt so auch bei ihr ein Moment, der ihr auch eröffnet, sich um die Klientel kümmern zu können und weitere Unterstützungsleistungen überhaupt zu eruieren.

Bei Frau Pereira ist die Präsenz auch abhängig von der «Zugänglichkeit der Profession im Zimmer». (Z. 536). Man müsse immer damit rechnen, dass Personen gewisse Professionen ablehnen würden, das hätte viel mit «Antipathie und Vorurteilen» (Z. 539) zu tun. So könne es vorkommen, dass jemand nicht mit der Seelsorge sprechen wolle oder «per Definition eine Psychologin ablehne (Z. 541)» – oder wieder andere würden «zuerst ganz klar sagen, sie würden nichts und somit niemanden benötigen» (Z. 543). Hier sei es dann besonders wichtig, die

Wünsche der Klientel zu beachten, weil sich diese in einer sehr fragilen und auch besonders verletzlichen Situation befindet. Zeit werde dann zu einer Dimension, die zwar nicht mehr unbeschränkt vorhanden sei, aber als Professionelle müssen man «den Leuten zuerst einmal Zeit geben, um anzukommen» (Z. 560). Dieses Zeit-Geben kann auch bedeuten, auf den Gängen schlicht «umherzugehen» und sich in der Nähe der betreffenden Klientel aufzuhalten. Frau Pereira erzählt, dass sie das öfters mache, weil sie so das Gefühl habe, bereits involviert zu sein (Z. 584). Die Präsenz vor Ort, in der Nähe, aber nicht in unmittelbarem Gesprächskontakt mit der Klientel ist für Frau Pereira essentiell. Später im Gespräch greift Frau Pereira dieses Element der Zeit und der Zugänglichkeit im Raum wieder auf und sagt, es sei besonders wichtig, dass man sich in den Anfangssituationen und bei Eintrittsgesprächen diese Situationen, wo man allenfalls auf Ablehnung stosse, auch vergegenwärtige und gut überlege, ob es jetzt «ganz schnell» gehen müsse, dass jemand in das Zimmer hineinkomme und anfangs, Themen abzuarbeiten» (Z. 803) – oder ob man sich Zeit lasse, auch wenn die Patienten diese «logischerweise nicht mehr viel haben» (Z. 808).

Auch Herr Rölli führt einen Moment aus, wo es für ihn ganz klar nicht um eine Tätigkeit, sondern um einen Moment des «Innehaltens» oder darum, «ihm [dem Klienten] in die Augen [zu] schauen und [zu] warten», geht. Diese Momente sind für Herrn Rölli zentral, um sich einen Zugang zu seinem Gegenüber zu schaffen. Hierbei ist er sich bewusst, dass es auch mehrmaliger Anläufe bedarf und er auch nicht unmittelbar «Zugang bekommt» (Z. 205): «vielleicht mag er, vielleicht mag er auch ein anderes Mal lieber darüber sprechen» (Z. 210). Mit dieser Haltung, welche Herr Rölli auch teilweise in der Sozialarbeiterschule gelernt habe, gelinge es ihm «fast immer», Zugang zur Klientel zu erhalten. Er müsse sich dafür aber Zeit nehmen – und genau die, wie er ja aber auch Frau Pereira an anderer Stelle schon ausgeführt haben, fehle oftmals der Klientel. Herr Rölli führt noch eine Präzisierung bezogen auf das Dasein ein. Durch die teilweise führ ihn sich darstellende «stille Präsenz» (Z. 182) schafft Herr Rölli es, einen kommunikativen Zugang herzustellen. Er beschreibt hier Situationen, wo es einfach sei kann, dass sein Gegenüber nichts sagt und diese «Stille» dann gemeinsam aushalte. Sie sei aber manchmal nötig, um den Moment erfassen zu können, ab wann jemand bereit sei, sich zu öffnen: «er mag vielleicht einfach später erst erzählen» (Z. 202).

Frau Klein schreibt ebenfalls der schlichten Präsenz im Zimmer ihrer Klientel viel Bedeutung zu. Sie erfährt sehr viel, «wenn man [sie] so am Bett sitzt» (Z. 282). Diese Situation passiert sehr ungezwungen und ungeplant. Das Zu-jemandem-ans-Bett-Sitzen kann eine Geste der besonderen Anteilnahme oder Fürsorge bedeuten und Frau Klein versucht dies offenbar auch, ihrem Gegenüber

zu vermitteln. Die Handlung des Ans-Bett-Sitzens führt dazu, dass Frau Klein so viele persönliche Geschichten, Schicksalsschläge, aber auch Momente der Freude oder das Mitteilen von Wünschen erfährt. Für sie seien diese Momente sehr wichtig, weil sie so mehr in Erfahrung bringe als n einem Tisch sitzend. Ihre Klientel können das oft auch nicht mehr, «stehen» oder «sitzen». Sie merkt später selbstkritisch an, «ich bin dort schon *chli* (ein wenig) engagierter gewesen, nach Lösungen zu suchen, vielleicht auch, weil ich weiss, dass schon viel Schmerz erlebt wurde» (Z. 449). Sie bezieht sich hier auf die Situationen, wo sie sich am Bett sitzend verschiedene Lebensgeschichten von Klientinnen und Klienten anhörte. Die Geste «am Bett zu stehen» kann mit einer gewissen Emotionalität der Fürsorge und des Mitgefühls einhergehen. Frau Klein ist sich derer bewusst, beschreibt sie aber nicht mit Gefühlen, sondern handlungsorientiert. Die Situationen am Bett löste bei ihr ein aktiveres Tätigsein aus, womöglich weil sie erkennen konnte, dass wenig Zeit bleibt, um gewisse Dinge für ihr Klientel klären oder Unterstützung bieten zu können. So führt sie denn auch später aus, dass sie nicht «nur dasitze» (Z. 270), sondern «zuhöre, wenn eine Patientin, die Krebs hat vor mir im Bett liegt und erzählt, dass sie schon zwei Kinder vor sich verloren hat und das noch niemandem erzählen konnte» (Z. 271–273). Frau Klein macht hier sichtbar, dass sie diejenige ist, welche durch ihre schlichte Präsenz auch an Informationen komme, welche von anderen Berufsgruppen noch nicht entdeckt wurden.

7.5 Die eigene Sinnhaftigkeit in der täglichen Arbeit

Die eigene Tätigkeit als *sinnvoll und sinnstiftend* zu erleben, sorgt für eine berufliche Erfüllung. Von Seiten der Fachpersonen wird immer wieder selbst ins Feld geführt, dass sie ihre Aufgaben als sehr «sinnstiftend» (Herr Röllli), «sinnhafte» (Frau Klein) bzw. «sinnvoll» (Frau Christen und Frau Matter) erleben. Diese Sinnhaftigkeit bekommt am Lebensende eine grosse Bedeutung und sie zeigt sich auf verschiedenen Ebenen: Im Umgang mit den Klientinnen und Klienten, im Umgang mit anderen Professionellen sowie gegenüber Angehörigen oder auch Ehrenamtlichen. Die Sinnhaftigkeit liefert damit nicht nur Begründung, sondern zugleich auch Voraussetzung, um die alltäglichen Tätigkeiten auszuüben. Damit beeinflussen sie ebenso das professionelle Handeln, welches sich im Spannungsfeld zwischen Endlichkeit und Sinnhaftigkeit bewegt.

Herr Röllli führt aus, dass Palliative Care für ihn «noch immer etwas *Gfreuts* (Gefreutes) und sehr sinnvolles» (Z. 85–86) ist. Mit dem «noch» bezieht er sich auf seine über 20-jährige Erfahrung im Bereich der Begleitung von Menschen am

Lebensende und zeigt auf, dass seine Freude am Beruf noch immer vorhanden ist. Er orientiert sich aber nicht nur an seiner eigenen beruflichen Entwicklung, sondern ebenso an der Etablierung der palliativen Szene im Allgemeinen, welche sich seiner Meinung nach «sehr breit entwickelt hat und der Begriff Palliative Care ist in der Gesellschaft ziemlich gut bekannt» (Z. 93). Dass dem so ist, erleichtere auch seinen Job in der Aussenwahrnehmung; einige seiner Kollegen, womit er Freunde und nicht Berufskollegen meint, wüssten mittlerweile, dass er Menschen am Lebensende berate, welche nicht unbedingt kurz vor dem Tod stehen (Z. 99). Herr Röllli skizzierte weiter im Gespräch, dass ethische und moralische Fragestellungen in der täglichen Arbeit wichtig seien und er sich als Sozialarbeiter besonders «sinnvoll» hierzu einbringe. Er könne eine «neutrale Person bzw. Ansprechperson sein» (Z. 157), dies im Gegensatz zur Seelsorge. Er orientiert sich hier an deren religiösen Ausrichtung – und nicht an deren Fachlichkeit. Er wertet dabei die Arbeit der Seelsorge auch nicht ab, «im Gegenteil, sie machen das ausgezeichnet» (Z. 158), es sei aber so, dass er einfach den «bessere[n] Zugang» (Z. 159) bekomme, gerade, weil er «neutral sei», womit er religiös unabhängig meint. Es gäbe Klientel, welches Vorurteile gegenüber religiösen Institutionen haben und diese würden lieber mit einer Person aus der Sozialen Arbeit sprechen. Später im Gespräch nimmt Herr Röllli die Tätigkeit der Seelsorge nochmals auf, grenzt sich aber deutlich von dieser Profession ab. Er biete zwar «Beistand und Begleitung», aber nicht in der Form, «(...) wie es der Seelsorger tut, das überhaupt nicht» (Z. 504). Herr Röllli wird hier allerdings nicht weiter konkret in Bezug darauf, welche Unterstützungsform er von der Seelsorge meint, es wird aber deutlich, dass er eine Differenzierung zwischen seiner und der Tätigkeit der Seelsorge vornehmen möchte.

Wie an anderer Stelle bei Frau Schumacher schon ausgeführt, kann sie ihre Stärke in der psychosozialen Beratung gut konturieren, allerdings «stolpert» sie «die ganze Zeit» (Z. 834), wie sie es selbst nennt, über ihre eigene Sinnhaftigkeit als Fachperson in der Palliative Care. Besonders zum Tragen komme dies, wenn sie jetzt überlege, was sie selbst abdecke in der Begleitung. Auf der einen Seiten stellt sie sich und ihr Wirken mit der «Sinnfrage» (Z. 842) selbst in Frage, es seien schon so viele Fachpersonen an «einer Klientin *dranne*(daran)», da sei die Frage berechtigt, wofür es sie brauche. Diese stellt sie sich dann auch selbst – «was mache ich überhaupt noch *lacht*?». Diese Lachen ist dann eher Ausdruck ihrer inneren Zerrissenheit, die im weiteren Verlauf deutlich wird.

« (...) Wir können dann Familiengespräche moderieren. J, das habe ich ab und an gemacht. Aber ja danach, es ist nicht immer viel, das wir anbieten können. Es biete auch Spitaldienst viel an. (...) Eigentlich wird viel abgedeckt und doch ja, finde ich wir gehören dazu, zu all diesen Angeboten» (Frau Schumacher, Z. 848–857).

Frau Schumacher geht zwar sodann von sich aus auf fachbezogenen Tätigkeiten ein, wie Familiengespräche-Moderieren, Einberufen von Rundtischgesprächen mit anderen Fachpersonen oder auch Austritte-Vorbereiten, und zählt diese als zu ihrer eigenen Arbeit dazugehörig auf, ihr ist dabei aber nicht bewusst, dass sie fachliche Aufgaben heranzieht. Für sie selbst fühlt es sich immer noch so an, als ob «das ja nicht viel sei, aber wir können *öppis* anbieten» (Z. 874). Woher diese Unsicherheit kommt, kann nur vermutet werden. Frau Schumacher erkennt in diesen Tätigkeiten, welche sie selbst ausführt, nicht auf den ersten Blick etwas Sinnhaftes für sich. Sie wirken auf sie eher wie eine zufällige, fast etwas unsystematische Ausübung. Obwohl sie an anderer Stelle klar ein methodisches Vorgehen bzw. Kompetenzen für ihr Tätigsein ausführen kann.

Frau Klein hat sich zu Beginn ihrer Tätigkeit gar gesorgt, ob der tägliche Umgang mit dem Sterben sie emotional zu fest fordern würde. Sie führt aus, dass man auch «heftige Wunden am Körper» sehe (Z. 255). Trotz der Sichtbarkeit von physischen Wunden sei bei ihr die emotionale Belastung nicht eingetreten. Sie begründet es damit, dass sie unmittelbar bei Eintritt direkten Kontakt mit den Klientinnen und Klienten hatte und so von Beginn an eine gute und offene Beziehung aufbauen konnte. Diese Beziehung bzw. den Beziehungsaufbau macht für Frau Klein auch die Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit aus. Sie würde zwar auch sog. «Sachhilfen» (Z. 230), womit sie finanzielle Abklärungen meint, machen, doch die Beziehungsarbeit und das Lösen von Problemen seien das, was ihr helfen würden, die «schweren Momente» (Z. 233) einfacher zu nehmen. Sie hat zudem den Eindruck, dass sie durch die Beziehungsarbeit auch von Seiten der Klientel etwas «zurückbekommen» (Z. 234). Für Frau Klein skizziert sich die eigene Sinnhaftigkeit aber nicht nur in der Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende, sondern auch in der eigenen Rolle im Team vor Ort im Hospiz. Sie und die später dazugekommene Kollegin sind im Lead für das Austrittsmanagement – und hier haben einerseits «die Fäden zusammengehalten» und sich andererseits «ein breites Netzwerk» (Z. 514) aufgebaut. Beides deutet darauf hin, dass Frau Klein sich an einer sinnstiftenden Rolle orientiert, welche für das Team sehr relevant ist, gleichzeitig aber auch ihre Kompetenzen stärkt.

Für Frau Matter stellt sich die eigene Sinnhaftigkeit der Arbeit jeweils über den Prozess dar, welchen sie mit ihrer Klientel von Beginn an geht bzw. mitbegleitet. Dadurch, dass sie, im Gegensatz zu Frau Klein oder auch Frau Christen, von Beginn an in die Begleitung involviert ist und von den anderen Professionen im Team auch wird, nimmt die «Prozessbegleitung» (Z. 614) für sie einen wichtigen Stellenwert ein und ermöglicht es ihr auch, einen umfassenden Einblick zu erhalten. Es ginge am Lebensende nicht um Lösungen, sondern um das Anstossen von Prozessen, «(...) Menschen machen ihren Weg, sie sind einfach froh,

wenn sie mal *öpper* (jemand) unterstützt oder Orientierung gibt» (Z. 628). Frau Matter zeigt hier auf, wofür sie sich zuständig fühlt, und bewertet diese Arbeit als sinnstiftend. Da sie sich vorstellen kann, dass dies, von aussen betrachtet, schwierig fassbar ist, macht sie selbst eine Analogie, um ihre Idee der sinnvollen Tätigkeit verständlicher zu machen.

«Es geht um verschiedene Funktionen, wie auf einem Schiff. Der Heizer ist etwa ganz wichtig, ich könnte das nie, einen Ofen einheizen, aber ich kann vielleicht das ganze Schiff steuern. Dort bin ich gut. *öpper* muss ja den Prozess steuern. Und es heisst dann nicht, der eine ist besser als der andere. Ich bin einfach für den Prozess da.» (Frau Matter, Z. 641–646).

Frau Matter schreibt sich selbst die Rolle der Kapitänin zu. Sie orientiert sich aber nicht an der klassischen Führungsfunktion eines Kapitäns oder einer Kapitänin. Sie will nicht aufzeigen, dass sie für die gesamte Führung eines Schiffes und das dort anwesende Team verantwortlich sei und hier eine Führungsfunktion übernehme. Für sie sind das Steuern bzw. Navigieren sowie das Überwachen von Prozessen die wesentliche Funktion, welche sie übernehmen kann und auch will. Sie grenzt sich von der Führungsfunktion ab – und genau das wird auch nochmals deutlich, als sie nach den Stärken der Sozialen Arbeit in der Palliative Care gefragt wird. Ohne grosses Zögern sagt sie, «wir sind stark auf der Metaebene. (...) das ist sicher eine Kernqualität von der Sozialarbeit» (Z. 1144–1147). Diese Metaebene manifestiert sich für Frau Matter im Überblicken des gesamten Prozesses, der damit einhergehenden einzelnen Teilschritte. Dass sie hier von sich aus dies als «Kernqualität» ansieht, bedeutet, dass sie für sich schon ein ganz spezifisches Aufgabenfeld als ihr eigenes ansieht. Die Sinnhaftigkeit entfaltet sich für Frau Matter aber nicht im Lead der Prozessgestaltung, sondern in der Haltung gegenüber der Klientel. Sie versteht sich als «Dienstleisterin für den Betroffenen» (Z. 1213) – und dabei stehen nicht einzelne, ausdifferenzierte Themen, sondern eben «alle Themen, alles, was beschäftigt» (Z. 1220), im Vordergrund.

Frau Matter orientiert sich an der Funktion einer «Generalistin» (Z. 1223) und führt den Ausdruck auch später ein. Es bedürfe einer Person, welche über alle Prozesse und Vorgehensweisen informiert sei und auch diese Prozesse managen könne. Mit der Funktion einer Generalistin zeigt Frau Matter auf, dass sie eben nicht eine spezifische Leistung erbringt, sondern sie orientiert sich daran, dass ihre Dienstleistungen ein Produkt aus verschiedenen Komponenten sein können: «wir bringen verschiedene Perspektiven auf etwas ein» (Z. 668). Auf der anderen Seite beschreibt sie hier aber auch gleich ihr eigene Vorstellung von sich selbst, in dem Sie aufzeigt «wir können ja auch Werkzeug sein, für andere» (Z. 673). Diese

Aussage mutet zuerst etwas speziell an, doch was Frau Matter hier macht, ist, sie orientiert sich an einer in der Sozialen Arbeit verbreiteten Haltung das berufliche Handeln durch einen reflexiven Einsatz der eigenen Rolle als Werkzeug.³

Sie entwirft hier kein negatives Bild von sich, in dem sie denkt, sie werde von anderen als Werkzeug benutzt. Im Gegenteil sie versteht sich in dem Sinne als Werkzeug, dass sie kriteriengeleitet vorgehen kann und dabei verschiedene Perspektiven berücksichtigt. Sie entwirft dieses Bild auch als Gegenpol zur Generalistin. Genau dieser Umstand stört Frau Matter und sie meint, «Generalistin ist nicht wertschätzend» (Z. 1241). Dadurch, dass, ihre sozialen Leistungen nicht direkt ihr zuzuordnen sind, merken die anderen Professionen oft nicht, welche Arbeiten sie übernehmen. Hier zeigt sich, dass genau dieser Aspekt des Benennen-Könnens für Frau Matter auch einen direkten Bezug zur Sinnhaftigkeit ihrer täglichen Arbeit hat. Für sie ist diese sinnstiftend, für die anderen Professionen nicht, bzw. sie merkt, dass diese ihre Sinnhaftigkeit teilweise nicht anerkennen.

7.6 Die Unbestimmbarkeit im Alltag als beruflicher Standard

Die Begleitungen am Lebensende können nicht nur vielfältig sein, sondern sich, zeitlich gesehen, sehr schnell ändern. Dass jeder Tag oder gar jede Stunde den Beratungs- oder Unterstützungsbedarf verändern kann, sind sich die Fachpersonen in der Palliative Care zwar bewusst, doch die Unbestimmbarkeit löst, bezogen auf das Tätigsein, nebst den oben ausgeführten Suchbewegungen auch Unsicherheiten aus. Diese Unsicherheiten können zu *Unbestimmbarkeiten* werden, welche das eigene berufliche Tun und die Fachpersonen in unterschiedlicher Weise beeinflussen. Aus den Gesprächen mit Frau Pereira und Frau Klein lässt sich aufzeigen, dass beide sich dieser Unbestimmtheit sehr bewusst sind, beide sodann auch einen fachlich sehr kompetenten Umgang darlegen und mit der Unbestimmbarkeit nicht beliebig umgehen. Bei Herrn Röllli sowie Frau Christen und Frau Bender scheint die Unbestimmbarkeit ebenfalls nicht problematisch zu sein, doch dadurch dass sie alle nicht unmittelbar vor Ort in den Hospizen tätig sind, ergeben sich gewisse Herausforderungen.

³ Vgl. dazu exemplarisch: Von Spiegel, Hiltrud (2011). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis*. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Frau Pereira zeigt deutlich auf, dass sie diese Unbestimmbarkeit schon inkorporiert hat und für sie Spontaneität zum Alltag gehört, «natürlich ja, jeder Tag ist unterschiedlich» (Z. 269). Dies führt dazu, dass sie verschiedene Aufgaben übernehme, sei es das Abklären von Finanzen und Vorsorgeregelungen für die Klientel oder das Übernehmen von psychosozialen Begleiten bis hin zu Angeboten für das interprofessionelle Team, wozu sie Vernetzungsarbeit zählt. Damit sie das alles erfüllen können, sei nicht nur Spontaneität, sondern ebenso viel Zeit in Form von «Tür und Angel Gesprächen mit der Pflege und den anderen vor Ort» (Z. 286) wichtig. In diesen Gesprächen erlange sie Orientierung und eine «Ahnung, in welche Richtung es [mit der Klientel oder im Team] gehen könnte» (Z. 294). Besonders Corona hätte jetzt zu Tage gebracht, dass diese Gespräche wichtig seien, da «gewisse Dinge nicht unbedingt in einem Dokumentationssystem niedergeschrieben werden können» (Z. 301). Frau Pereira begründet nicht nur ihre Art der Gesprächsführung, sondern zeigt zugleich auch eine Begründung auf, welche sie durch die aktuelle Situation in ihrem Vorgehen bestärkt. Tür- und Angelgesprächen haftet eigentlich etwas Informelles, Spontanes, gar Unverbindliches an – auch bzw. gerade deswegen, weil sie spontan, nicht geplant und beiläufig sein können. Für Frau Pereira gehören diese Tür- und Angelgespräche zu ihrer beruflichen Praxis. Sie ermöglichen ihr, zu den für sie relevanten Informationen zu gelangen, die sie für ihr weiteres Wirken braucht. Zudem komme sie so auch näher an Teamkolleginnen und -kollegen aus anderen Berufen heran. Auch sie hätten mit einer gewissen Unplanbarkeit im Alltag zu rechnen – und das führe ebenso zu Unsicherheiten. Diese Unbestimmbarkeit im Team sieht Frau Pereira auch als ihren Auftrag an, «die psychosoziale Arbeit wird im Team einfach schlecht gesehen» (Z. 588). Sie bezieht sich hier aber nicht auf eine fehlende Wertschätzung von Seiten des Teams, sondern darauf, dass diese Aufgabe von aussen betrachtet, nicht als Aufgabe angesehen wird. Die Erklärung dafür findet sich in der fehlenden Zielerkennung. Dadurch, dass kein spezifisches Ziel ausgemacht werden kann, erkennt das Team nicht, welche Leistung Frau Pereira erbringen kann, will oder schon erbracht hat. Für sie ist jedoch das Ziel eben nicht entscheidend, sondern die Wege dahin. Ferner führt genau dieses «nicht sehen können» dazu, dass auch ihr Arbeitspensum im Hospiz nicht erhöht wird.

Frau Klein zeigt eindrücklich auf, dass sich in den letzten Jahren ihre Klientel im Hospiz bezogen auf die sozialen Probleme und die Altersstufen ausgeweitet hat und dieses mit immer grösseren «sozialen Koffer», wie sie es nennt, in das Hospiz eintritt. Dieser «Koffer» ist gefüllt mit angestammter Lebenserfahrung und Lebenseigenheiten, mit Problemen, Ängsten sowie weiteren krankheitsbedingten und sozialen Herausforderungen. Der Koffer kann schwer gefüllt und

bei Eintritt überhaupt bezogen auf seinen Inhalt überhaupt nicht bekannt sein – und sich sodann im Verlauf des Aufenthalts, der ja bezogen auf die Zeit sehr unbestimmt sein kann, breit entwickeln. Bei der Bearbeitung dieses sozialen Koffers orientiert sich Frau Klein an einer kombinierten Herangehensweise, welche sich zwischen der Bearbeitung von sachlich-technischen Themen und emotional-beziehungsmässigen Themen bewegt. Mit der Äusserung, dass sie als Fachperson dann diejenige sei, «die das einfach regelt für oder mit dem Klienten. Und ja, das mache ich dann auch *lacht*» (Z. 1570), zeigt sie auf, dass diese Unbestimmbarkeit der Themen und die Themenvielfalt zwar eine Herausforderung ist, sie dies aber «regeln» bzw. bearbeiten kann. Frau Klein stellt hier klar, dass sie die Fähigkeit und die Kompetenz besitzt, die Angelegenheiten, auch wenn diese zu Beginn unklar sind, zu bearbeiten und auf eine bestimmte Weise anzugehen. Sie fühlt sich in der Lage dazu und übernimmt auch die Verantwortung dafür. Infolgedessen, dass sie dann später auch noch aufzeigt, dass genau dieser Aspekt von Seiten des Facharztes vor Ort anerkannt wird, bestärkt sie ihre Position und ihre Handlungsfähigkeit. Sie zeigt aber ebenfalls auf, dass die Vielfalt und die Unbestimmtheit der Themen kein Hindernis darstellen (Z. 1601). Dies zeigt eine sehr selbstbewusste Fachlichkeit auf.

Frau Klein kommt an anderer Stelle nochmals auf die Unbestimmbarkeit im Alltag zu sprechen, dieses Mal aber bezogen auf die Leistungen, welche die Soziale Arbeit erbringt. Sie stellt immer wieder fest, «(...) dass die Soziale Arbeit *nüd* wert sei, weil man den wirtschaftlichen Aspekt (...) nicht so belegen kann, wie bei anderen Berufen» (Z. 1413). Die Unbestimmbarkeit liegt hier somit im Aufzeigen oder Benennen von Aufgaben und auch einer gewissen Nachweisbarkeit. Frau Klein führt aus, dass sie nicht «jemandem sagen kann, die und die Handlung hat das und das bei dem bewirkt und kostet so viel oder ist so viel Geld wert» (Z. 1448). Sie bringt hier eine nachvollziehbare Verkettung zum Vorschein. Dadurch, dass die Effekte der Begleitung und Betreuung nicht unmittelbar sichtbar sind, kann sie auch deren Wirkung nicht nachweisen. Diese fehlende Wirkungsmessung führt gemäss Frau Klein dazu, dass ihre Arbeit und ihre Leistungen dahinter zu wenig bekannt sind und auch zu wenig Anerkennung bekommen. Die fehlende Anerkennung führt sie sodann auch auf sich selbst zurück, sie würde zu wenig über ihren Beruf reden. Zudem sagt sie, wir «regeln halt einfach viel für unsere Klienten» (Z. 1570), was eben nicht oder erst später, teils auch nur noch für die Hinterbliebenen sichtbar wird. Auch Herr Rölli zeigt auf, dass er fast täglich mit neuen oder anderen Situationen beschäftigt ist. Diese neuen Situationen stellen seiner Meinung nach auch immer grosse Anforderungen an ihn selbst, welche er als komplex und sehr breit erlebt. Daran hätte sich auch in den letzten 20 Jahren seiner beruflichen Tätigkeit nicht viel geändert. Er

empfindet das tägliche Arbeiten «noch immer als anspruchsvoll» (Z. 96). Herr Röllli orientiert sich hierbei – wie in Abschnitt 7.3 ausgeführt – aber an dem von ihm selbst entwickelten Leitfaden, um dieser Komplexität zu begegnen und sie auch zu reduzieren.

Frau Christen führt aus, dass sie eine sehr umfassende Begleitung leiste, sie «habe jetzt Klientensituationen zum Teil von der Diagnose bis zum Tod und noch darüber hinaus» (Z. 38). Hier zeigt sich, dass Frau Christen heute in eine längere Zeitspanne der Begleitung involviert ist. Diese Ausweitung hat mit ihrer heutigen Anstellung zu tun, früher war sie in der Spitalsozialarbeit – und da sei es eher «um partielle Begleitung gegangen» (Z. 41). Frau Christen betont mehrmals im Gespräch, dass ihr Arbeitsalltag deshalb «sehr stark variere» (Z. 31), «sehr unterschiedlich ist» (Z. 35) und sich «extrem von einer anderen Situation» (Z. 49) unterscheiden kann. Sie macht hier eine Differenzierung zu einem «früheren Alltag», ohne diesen näher auszuführen. Das Mehr bzw. die höhere Intensität verbindet Frau Christen mit dem erkrankten Menschen an sich, der ja nicht «nur den Krebs mitbringt», sondern «alle Facetten von seiner Persönlichkeit und vom sozialen Leben». Frau Christen orientiert sich hier an einem sehr umfassenden Bild eines kranken Menschen und stellt einerseits die Krankheit sowie andererseits das ganze soziale Umfeld der Person in das Zentrum. Für sie gilt es, beides zu beachten, was sie dann auch in ihren weiteren Vorgehensweisen der Beratung skizziert. Dass dabei sehr viele Themen und Herausforderung von Seiten der Klientel auftauchen können, ist sich Frau Christen bewusst. Sie lässt sich davon aber auch nicht abschrecken, im Gegenteil, sie betont, «es ist sehr, sehr wichtig, strukturiert das anzusehen» (Z. 88). Indem sie einen «Schritt-für-Schritt-Ansatz» wählt, zeigt sie auf, dass sie all die Probleme und Herausforderungen, die auftreten können, in kleinere Einheiten unterteilt und so versucht, einerseits zu systematisieren und andererseits auch bearbeitbar zu machen (vgl. Abschnitt 7.3).

Dieses Vorgehen ermöglicht Frau Christen auch, effektiv vorzugehen, den Überblick zu behalten und «wie ein Bild für jemanden zu kreieren, damit er weiss, in diesem Feld bewegen wir uns» (Z. 91). Frau Christen hat ebenfalls ein sehr systematisches und methodisches Vorgehen entwickelt, um mit den Unsicherheiten umgehen zu können. Sie erfragt zu Beginn jeweils vollumfänglich alle Informationen ihres Gegenübers – mit der Intention, dass es nebst offensichtlichen wie auch bereits geäußerten Ansprüchen «ganz viele Ansprüche gibt, die den Menschen nicht bewusst sind, weil sie wirklich keine Ahnung haben, was auf sie zukommt» (Z. 110). Diese unsichtbaren Ansprüche zu sichtbaren Ansprüchen zu machen, erkennt auf Frau Christen als ihren Auftrag an. Sie orientiert sich dabei daran, «immer einen Schritt vorzudenken und ihr Klientel auf das

vorzubereiten, was als Nächstes kommt» (Z. 115–116). Dieses prospektive Vorausdenken und das damit verbundene Antizipieren von Bedürfnissen von Seiten der Klientel setzt Frau Christen nicht nur systematisch um, sondern sie anerkennt dies auch als wichtige Aufgabe, welche es ihr ermöglicht, Probleme frühzeitig zu erkennen oder auch präventiv Massnahmen zu ergreifen. Dass sie diesen Auftrag sich nicht nur selbst gibt, sondern dieser auch bei ihrer Klientel ankommt, zeigt folgendes Zitat:

«Viele sagen, wenn sie zu mir in die Beratung kommen, dass es das erste Mal ist, dass sie einfach weinen konnten. Also mhm, und auch das erste Mal alles loswerden können, nicht nur das Medizinische, so Blutwerte oder so Bilder, sondern dass der ganze Mensch eben Platz hat. Sie können dann vieles sagen» (Frau Christen, Z. 119–122).

Dieser Umstand der Unsicherheit ist für Frau Christen nicht belastend, im Gegenteil, sie macht deutlich, dass sie sich dafür zuständig fühlt und es auch ist. Diese Kongruenz ist wichtig für Frau Christen.

Frau Matter wird, wie in Abschnitt 7.3 erwähnt, jeweils gleich zu Beginn in die Begleitung involviert – und besonders schnell, wenn eine Situation eines Klienten bzw. einer Klientin besonders kompliziert und unklar ist. Die Ungewissheit, was sie zu bearbeiten hat oder wie hoch der Aufwand sein könnte, hat auf Frau Matter und ihr Vorgehen keinen Einfluss. Im Gegenteil, sie nimmt die Unbestimmbarkeit an – diese motiviert sie gerade zu, sich intensiver mit ihrem Gegenüber auseinanderzusetzen. Dabei orientiert sie sich an einem systematischen Vorgehen. Frau Matter verfügt über die längste berufliche Erfahrung und sie hat sich im Verlauf diese Zeit nicht nur ein systematisches Vorgehen in Bezug auf das Erfragen und Erfassen von Bedürfnissen ihrer Klientel angeeignet, sondern ebenso bezogen auf das Dokumentieren von Begleitungen. Im Gegensatz zu den anderen Professionen gibt es für sie keine Vorschriften, wie sie aktuelle, triagierte oder abgeschlossene Fälle zu dokumentieren hat. Im Hospiz werde vieles in das « interne System» (Z. 1046) eingegeben und dort auch nach einzelnen Leistungen aufgeschlüsselt⁴. Frau Matter führt aus, dass dies für die Begleitungen und die Leistungen ihrerseits nicht in dem Detaillierungsgrad möglich ist zu erfassen; sie bekommt eine Pauschale. Im Gegensatz zu den anderen Professionen kann Frau Matter so nur schwer ihre einzeln erbrachten Leistungen als Ergebnisse oder gar in Form von

⁴ Die Institution von Frau Matter und die anderen Institutionen der Befragten, ausser die Krebsliga, arbeiten nach dem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)-Tarifsystem und rechnen so die stationären Leistungen nach Fallpauschalen ab. Diese Regelung gilt schweizweit und wird in der Medizin sowie der Pflege angewendet. Vgl. <https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg>.

Geldwerten aufzeigen, was ihr berufliches Handeln insofern sehr unbestimmbar macht. Es sind aber nicht nur die Leistungen, sondern diese Unbestimmbarkeit bezieht sich ebenso darauf, dass sie auch nach einem Arbeitstag oder eine längere Begleitung «keine Rechenschaft ablegen kann» über die erbrachten Leistungen (Z. 1052). Sie selbst löst diese Unbestimmbarkeit so auf, dass sie einen eigenen Rapport bzw. eine «Aktennotiz» (Z. 1057) über ihre Massnahmen und Interventionen sowie über die offenen Themen verfasst. Hierbei orientiert sich Frau Matter nicht nur an einem fachlichen Vokabular, sondern ihre erbrachten Leistungen teilt sie in Kategorien ein und stellt diese sowie ihr Vorgehen nachvollziehbar dar. Sie schafft sich so nicht nur eine Übersicht und eine Struktur für das weitere Vorgehen, sondern erleichtert sich auch die Kommunikation über ihre zu erbringenden oder erbrachten Leistungen. Dies hilft ihr dabei, sich gegenüber den anderen Personen im Team besser zu präsentieren und die Leistungen zu beschreiben. Die Dokumentation nutzt Frau Matter zudem, um bei Bedarf Rechenschaft ablegen zu können und ihre Vorgehensweisen nachvollziehbar darzustellen – einerseits für sich selbst, damit sie auch eigene Entwicklungen und Vorgehensweise einordnen kann. Sie stellt hier die Wissensbewahrung für sich selbst und die Zukunft in das Zentrum und leitet damit auch über in den zweiten Grund. Es gibt nebst ihr keine weitere Sozialarbeiterin im Hospiz – somit gehen ihre Erfahrung, ihr Fachwissen, aber auch ihr Vorgehen, welches sich auch mit den Jahren zu Best Practices entfalten konnte, mit der Dokumentation nicht verloren, falls sie mal «in den Ferien» (Z. 1069) ist oder jemand neues, womit sie eine neue Fachperson der Sozialen Arbeit meint, ihre Stelle übernimmt. Hier stellt Frau Matter., ohne es bewusst auszusprechen, auch den Wissenstransfer in das Zentrum.

Ein weiterer Grund für das Erstellen der Dokumentationen sei ihre Weiterbildung im Bereich Case-Management. Hier bezieht sie sich erneut auf ihre Qualitäten als «Prozessmanagerin» (Z. 1057). Damit einhergehend stellt für sie das berufliche Handeln ein Tätigsein in Bezug auf Prozessgestaltung, Analysieren von Bedürfnissen, Umsetzen oder Verbessern dieser Bedürfnisse sowie Triage an weitere Fachpersonen dar. Die Dokumentationen solle diese Vorgehensweisen sichern, dass sie damit auch eine gewisse Qualität oder Konsistenz in ihren Arbeitsabläufen und somit in der Begleitung am Lebensende umsetzt. Das ist Frau Matter sehr bewusst, wie sich später in ihren Ausführungen zur Frage, welche USP die Soziale Arbeit am Lebensende habe, zeigt (vgl. Abschnitt 7.3).

Für Frau Bender ist die Unbestimmbarkeit im Alltag im Umgang mit der Klientel nicht problematisch, aber der Umstand, dass sie sie nicht vor Ort im Hospiz ist, erschwert ihr eigenes berufliches Handeln. Dieses Nicht-vor-Ort-Sein und Nur-auf-Abruf-involviert-Werden ist für sie ein berufliches Hindernis. Es führt dazu, dass sie sich auch «nicht so richtig verankert» (Z. 1097) fühlt. Sie kennt

weder alle Mitarbeitenden im Team noch erlangt sie Zugang zu weiteren Informationen betreffend ihre Klientel – doch genau aus diesen, teils auch «Tür- und Angel-Gesprächen» schöpft auch sie nötige und zusätzliche Informationen, um die Situationen ihrer Klientinnen und Klienten besser einschätzen zu können. Ihre Informationsguthaben beziehen sich aktuell jedoch auf die in den Rapporten oder in der schriftlichen Anfrage an sie gerichteten Inhalte. Frau Bender kann daher oft nur diese Themen bearbeiten, sie würde aber gerne mehr tun, was über ihren «0815-Auftrag» hinausgeht (Z. 1112). Mit der Taxierung «0815» orientiert sich Frau Bender daran, dass ihr Auftrag, welcher hauptsächlich die Abklärungen von finanzrechtlichen Schwierigkeiten und das Koordinieren von Angehörigenarbeit beinhaltet, als etwas Durchschnittliches und Gewöhnliches daherkommt. Es stellt für sie keine besondere Herausforderung an ihr berufliches Handeln, sondern eher ein routinemässiges Übernehmen dar. Sie hat aber noch Kapazität für mehr, was zeigt, dass ihr Potenzial in Bezug auf ihr sozialen Dienstleistungen nicht ausgeschöpft ist. Sie verzichtet sodann darauf, konkrete Aufgaben zu benennen, und verweist auf ihre berufliche Kompetenz des Erfragens und Systematisierens sowie auf die angestammte Erfahrung.

Obwohl Frau Bender mehr als vier Jahre in dem Feld tätig ist, gibt es für sie noch immer Fälle, wo sie denke, «wow, also mit dem habe ich jetzt nicht oder gar nicht gerechnet, das weiss ich jetzt auf Anhieb auch nicht» (Z. 1359). Hier merke sie, dass ihr Auftrag eben dann noch «mehr ist und ich halt schauen muss» (Z. 1366). Die ab und an auftretende Unbestimmbarkeit des eigenen beruflichen Auftrags löst bei Frau Bender zwar eine Unsicherheit aus, aber sie ist sich dieser sehr bewusst und zeigt nicht nur eine hohe Selbstreflexion, sondern formuliert ebenso Voraussetzungen in Form von persönlichen Fähigkeiten und professionellen Kompetenzen, derer es für sie bedarf, damit sie ebenso professionell die Unbestimmbarkeit angehen kann. Belastbarkeit, Aufmerksamkeit, das Kennen der eigenen Grenzen, Interessensvertretung und hohe kommunikative Fähigkeiten bilden für sie unverzichtbare Elemente, um die Unbestimmbarkeit im Alltag auszuhalten, anzugehen und eine gute Begleitung zu eruieren bzw. sicherzustellen. Frau Bender orientiert sich hier einerseits an einem professionellen Auftrag und zugleich andererseits an persönlichen Fähigkeiten. Belastbarkeit, Aufmerksamkeit und das Kennen eigener Grenzen bilden für sie ein sog «Must-have», also unverzichtbare Elemente. Mit der Thematik «seine Grenzen kennen» und «Interessensvertreterin sein» (Z. 1445) orientiert sich Frau Bender stark an sozialpädagogischen Kompetenzen, die sie für ein professionelles Betreuungssetting braucht. Sie orientiert sich damit einerseits an einem theoriegeleiteten und zugleich durch die Praxis erworbenen Begleitungssetting. Dies ist ihr aber selbst erst im Verlauf des Gespräches bewusst:

« (...) und ich merke jetzt im Gespräch mit Ihnen, für mich ist so Vieles selbstverständlich, dass ich manchmal das Gefühl habe, so viel mache ich gar nicht oder so viele Kompetenzen habe ich gar nicht, und auf einmal merke ich dann, aha, doch eigentlich ist es ja viel breiter *lacht* also durchaus gut, wenn man sich dies Mal wieder überlegt.» (Frau Bender, Z. 1411–1417).

Vieles für selbstverständlich zu nehmen, muss nicht zwingend negativ sein. Es kann aber bedeuten, dass Frau Bender entweder wenig über ihre Arbeit spricht, sie also auch nicht gefordert wird, eine Selbsteinschätzung abzugeben, oder generell auch keine Sparringspartnerin oder keinen Sparringspartner hat, mit der oder dem sie ihre Dienstleistungen und Aufgaben vergleichen oder spiegeln kann. So kann es auch schwer sein, seine eigene Leistungsfähigkeit bzw. seine eigenen Kompetenzen einzuschätzen. Frau Bender ist im Hospiz die einzige Sozialarbeiterin – in dem Sinn kann sie sich, wenn, dann nur extern austauschen und vergleichen. Zudem hat Frau Bender gewisse Aspekte ihrer Tätigkeit auch schon sehr verinnerlicht und führt als Beispiel die finanziellen Abklärungen auf, die für sie aktuell immer nach dem «gleichen Vorgehen» ablaufen. Sie fokussiert sich jedoch darauf, es seien noch mehr «Aufträge» (Z. 1434) zu übernehmen. Teilweise kann sie sich diese selbst geben, was sie dann auch bezeichnet mit «das kann passieren» (Z. 1437), und teilweise werden diese ihr auch zugewiesen. Die Zuweisungen haben einen Einfluss auf das sich einbringen können, wollen und müssen, weshalb dieser Aspekt als nächstes analysiert wird.

7.7 Zugewiesenes oder Fremdes als produktives Potenzial für das eigene Tätigsein

Zuweisungen von Aufträgen können bevormunden wirken, insbesondere dann, wenn dies auch mit Vorgaben betreffend die Art, wie die Aufträge ausgeführt werden müssen, einhergehen. *Zuweisungen* von Aufträgen können aber auch dafür sorgen, dass Personen ihr *Potenzial im Tätigsein entfalten* können. Vorliegend zeigen sich beide Tendenzen.

Frau Schumacher betont, dass es bei ihr zu «99 Prozent» jeweils so beginnt, dass sie von Seiten der Institution für diverse Abklärungen bezogen auf die Finanzen und mögliche «finanzielle Engpässe» (Z. 286) gerufen wird. Mit den «99 Prozent» verweist Frau Schumacher darauf, dass sich dieses Vorgehen mit einer sehr grossen Wahrscheinlichkeit ereignet, es nahezu sicher ist und nur eine ganz kleine Möglichkeit vorhanden ist, dass sie für etwas anderes angefragt wird. Dass sie damit einen Auftrag zugewiesen bekommt, stört sie nicht. Im Gegenteil, wie

sie später im Gespräch ausführt, sei ihr das wichtig und es ermögliche ihr, «die Schnittstelle zwischen spitalinternen Sozialdienst, der ja nicht mehr drin ist nachher und keinen Auftrag mehr hat» (Z. 979) zu übernehmen. Die Zuweisung wird für sie essenziell, denn so «komme ich schnellstmöglich in das Familiensystem hinein, und da muss ich auch drinbleiben» (Z. 984). Hier wird deutlich, dass ihre eigene Rolle nicht in Frage gestellt wird – im Gegenteil, die Zuweisung unterstützt ihr Wirken und Frau Schumacher nimmt diese Zuweisung als Potenzial an, damit sie ihr Wirken entfalten kann, was sie auch mit «schnellstmöglich» bekräftigt. Dass hierbei ihr Wirken zuerst auf die Abklärungen zu den finanziellen Belangen beschränkt ist, erwähnt Frau Schumacher nicht mehr. Für sie ist es wichtig, die Zuweisung zu erhalten, damit sie in das Familiensystem eintreten kann. Diese Zuweisung bildet das Eingangstor, denn ohne das darf sie nicht eintreten, wie sie selbst später erzählt.

Diese Zuweisung verbindet sie damit, dass sie dadurch auch eine «exotische Rolle» (Z. 1164) habe. Sie führt aus, «A nicht vom Spital zu sein und B, ähm, ich glaube, weil ich Sozialarbeiterin bin, weil es ja, ich komm ja nur ins Spiel, wenn es um die Finanzen geht» (Z. 1170–1173). Hier zeigt sich, dass Frau Schumacher sich selbst nicht als jemand anerkennt, der sich an einer Norm orientiert. Damit geht aber nicht ein Stauts einher, der «besonderes» ist, sondern eher «andersartig» als die anderen, welche im Hospiz arbeiten. Die anderen können gemäss Frau Schumacher in ihre Aufgaben mit der Klientel oder ihre Leistungen gegenüber der Klientel besser beschreiben. Sie «müsse ja zuerst mal den Zugang bekommen und dann mal fragen» (Z. 1186). Damit verstärkt sie die Bedeutung der Zuweisung nochmals und zudem gibt sie sich – unbewusst – den Stauts der Exotin, ohne diesen aber zu stark negativ zu konnotieren.

Sich selbst als «Exotin oder Exot» zu benennen, kann Ausdruck davon sein, Aufmerksamkeit zu verlangen, sich hervorzuheben, indem etwas Unkonventionelles, etwas, das nicht der Norm entspricht, ausgeübt wird. Es kann auch darauf hindeuten, sich generell einfach andersartig zu fühlen. Frau Schumacher möchte nicht sich selbst hervortun, aber sie versucht, sich und ihr Wirken von anderen so gegenständlicher zu beschreiben und damit wohl auch aufzuzeigen, dass sie anders sei, dass sie aber das keineswegs negativ bewertet. Sie zeigt auf, dass es von ihr einfach verlangt werde, «sich immer wieder einbringen zu müssen, man muss Präsenz zeigen (...) halt fast ein wenig penetrant sein *lacht* und sagen, <hey, ich bin auch da>» (Z. 1290–1293). Präsenz war an anderer Stelle schon eine Orientierung als «Anwesend-Sein» für die Klientel. Vorliegend konturiert sich Präsenz nochmals in einer anderen Dimension, nämlich jener der Sichtbarkeit für andere Berufsgruppen.

Frau Schumacher empfindet die Zuweisung nicht als Begrenzung ihres beruflichen Handelns, aber sie merkt, dass sie sich diese Zuweisung erkämpfen muss und sie gleichzeitig Voraussetzung ist. Sie zeigt hier deutlich auf, dass sie ihr berufliches und damit auch fachliches Potenzial dann produktiv entfalten und ausschöpfen kann, wenn sie wahrgenommen wird. An dieser Wahrnehmung arbeitet sie stetig, und wie sich zeigt, orientiert sie sich dabei auch stark an der Darlegung, dass sie «für psychosoziale Beratung» zuständig sei. Diese Leistung als Begriff und als Angebot mehrmals zu betonen, hätte ihr in den Teamsitzungen geholfen. Sie hätte sich dort zwar von Seiten des Seelsorgers und des Psychoonkologen anhören müssen, «das kannst du ja gar nicht, du bist doch Sozialarbeiterin» (Z. 1350), aber sie hätte es «immer wieder ausdiskutiert» (Z. 1354). Und hierfür sei der Zeitpunkt entscheidend – sie hätte immer wieder aufgezeigt, «die Spitalsozialarbeit macht das [die psychosoziale Beratung] nicht mehr, jetzt bin ich hier, jetzt ist der Zeitpunkt, wo, ähm, wo wir den Einstieg bekommen» (Z. 1356). Mit der Benennung eines Zeitpunkts zeigt Frau Schumacher auf, dass die gegenwärtige Situation einen Moment beinhaltet, welcher ihr Eintreten und damit auch das Eintreten von ihr als Professionelle in die Situation für die Klientel als wichtig erscheinen lässt. Sie wertet damit anderen nicht ab, aber um eine bestimmte Handlung vornehmen zu können, was hier die psychosoziale Beratung ist, sei der Zeitpunkt wichtig. Sie bekräftigt das sodann noch mit «ich kann dann meine Arbeit auch gut aufnehmen» (Z. 1358), womit sie aufzeigt, dass der Zeitpunkt auch dafür sorgt, dass sie mit der Arbeit gewisse Ergebnisse erzielen kann.

Mit dem Wachstum an Betten hätten sich im Hospiz, wo Frau Pereira arbeitet, ebenso der Aufwand an Koordination und der Bedarf an Eintrittsgesprächen erhöht. Früher seien die Gespräche von der Leitung des Hospizes gemeinsam mit der Pflege durchgeführt worden. Heute würde sie selbst auch einen Teil dieser Gespräche führen, insbesondere dann, wenn der Fall einen sehr hohen Koordinationsaufwand bedürfe. Sie merke das dann daran, dass «keine enge und gute Begleitung bis zum Eintritt in das Hospiz» (Z. 732) stattgefunden habe und der Klient oder die Klientin meist eine grössere Leidensgeschichte mitbringe. Ihr würde dann im Vorfeld «gemeldet», dass jemand mit einer grösseren Geschichte eintreten werde. Obwohl sie dann diesen Fall «zugewiesen bekommt, erhält sie «die Fallführung in dem Sinn nicht als offizielles Mandat» (Z. 751), was sie sehr bedauert. Diese fehlende Zuweisung mache sich später auch in der Anerkennung ihrer Tätigkeiten im Team bemerkbar – und Frau Pereira betont, es wäre «ganz praktisch, wenn ich einen Lead hätte» (Z. 756). Praktisch bezieht sich hier auf die Praxis der Anerkennung durch die anderen Professionen, nicht auf die Praxis im Sinne ihres beruflichen Handelns. Letzteres steht für sie ausser Frage, denn

obwohl die Situation der Klientschaft so «volatil ist», kann sie einiges in den Gesprächen in Erfahrung bringen, was sie exemplarisch aufführt:

«Wo steht der Mensch, wo sind vielleicht vorher schon erkennbare Probleme, Themen, und – ähm – gerade im Hinblick darauf, dass der Schritt ins Hospiz gemacht wird, ist es wichtig, alles zu wissen und Raum zu geben, um anzukommen und so komme ich dann zum Zug» (Frau Pereira, Z. 793–797).

Dadurch, dass Frau Pereira keinen Lead und somit keine offizielle Fallführung innehat, erlebt sie die Eintrittsgespräche aus ihrer eigenen beruflichen Perspektive zwar als fachlich gut machbar, zugleich aber auch als belastend für ihre Rolle im Team. Sie betont zwar, dass die anderen Professionen froh seien, wenn sie diese Aufgabe übernehme und alle wichtigen Informationen zum Fall in den ersten Gesprächen sammle, sodann sei es aber auch «keine Frage für die anderen», dass sie die weitere Begleitung wieder abgebe. Womit sie meint, dass die anderen Professionen unausgesprochen erwarten, zuständig zu werden.

Herr Röllli skizziert von sich aus einen interessanten Wandel in der Zuweisung von Seiten der Medizin und der Pflege, welche er insbesondere als Stärkung für die Soziale Arbeit, generell aber auch in Bezug auf seine Position im Hospiz und im Spital, so erlebt. In seinen Anfangsjahren hätte er im Spital regelmässig von Seiten der Ärztinnen und Ärzte eine «hierarchische Haltung» (Z. 372) erlebt – und die wurde ihm gegenüber auch sprachlich geäussert, «was will mir jetzt ein Sozialarbeiter sagen, was ich zu tun habe (...)» (Z. 374). Teilweise sei es weiter gegangen mit «ich bin der Arzt und du kleiner *Piepser* kannst das [die Begleitung] sicher nicht für mich übernehmen» (Z. 380). Herr Röllli sagt rückblickend, er hätte sich damals einerseits wenig in seiner Position gefestigt gefühlt und auch sein «Knowhow» nicht einbringen können, womit er andeutet, dass er sein Potenzial nicht ausschöpfen konnte. Heute könnte er dies viel besser, auch dank einer verbesserten Akzeptanz, es sei «in den Köpfen etwas passiert» (Z. 377). Hier verweist Herr Röllli einerseits auf die stärkere Etablierung eines Verständnisses für das Multiprofessionelle. Diese Etablierung hätte jedoch nicht wegen ihm, sondern aufgrund der Pflege stattgefunden, weil sie vermehrt Aufgaben abgegeben haben und sich «grundsätzlich die Zusammenarbeit verbessert» hätte, auch mit dem Fokus auf mehr «Miteinander und schnellere Absprachen» (Z. 381). Er selbst hätte sich durch dieses Vorgehen von Seiten der Pflege stärker in den Teamsitzungen eingebracht und auch von sich aus zum Telefon gegriffen und den zuständigen Arzt angerufen. Für Herrn Röllli waren es aber nicht nur die Gespräche oder die besseren Absprachen, sondern es hätte sich auch die Ansicht über das Sterben verändert, womit er eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung

anspricht. In der Medizin gehe es darum, Erfolge vorzuweisen, «die machen die Patienten dann häufig etwas besser als sie sind» (Z. 390) oder «der Professor stellt sie [die Klientin] so gut dar, dass man sagen muss, ja, aber der schreibt ja jetzt nicht tatsächlich das hin, was ist» (Z. 398). Dies hätte sich verändert, nicht nur, aber auch, weil er den Fokus stark auf den Klienten oder die Klientin lege und solche Dinge merke und direkt dem Arzt auch mitteile. Herr Röllli zeigt hier ein sehr aktives Vorgehen und man spürt, dass er auch eine gewisse Selbstsicherheit in diesem Vorgehen beherrscht. Beispielsweise führt er an, dass, «wenn der Patient dann immer schläft» (Z. 406), dann leite er das weiter und rede mit dem zuständigen Arzt. Möglich sei das geworden, weil ihm mittlerweile die Aufgaben nicht mehr zugewiesen werden, sondern er von sich aus sich melde und «wesentlich besser akzeptiert werde als noch vor zehn Jahren» (Z. 410).

Bei Frau Pereira findet sich im Zusammenhang mit dem von ihr in Abschnitt 7.2 skizzierten Vorgehen zum Suchprozess eine gleichzeitige Benennung einer Zuweisung für eine Aufgabe, welche unmittelbar mit dem Suchprozess zusammenhängt (vgl. 7.2.1). Auch wenn sie selbst proaktiv und, wie sich zeigt, systematisch vorgeht, um die prozesshafte Begleitung zu übernehmen, so stellt die Zuweisung, welche sich «immer» (Z. 919) durch die Medizin ereignet, eine Voraussetzung und Herausforderung zugleich dar. Sie stellt fest, dass sie von Seiten der Ärzteschaft jeweils nicht eine Zuweisung auf Augenhöhe, sondern eine «hierarchisch sehr direkte» (Z. 924) Zuweisung von Aufgaben erlebt. Dass sie von Seiten der «Primär-Funktionen», womit Frau Pereira die Medizin und die Pflege meint, Aufträge bekommt, ist für sie nicht störend, aber einengend. Dieser «interne Chef» verlangt von ihr eine hohe Bereitschaft zur Akzeptanz. Wenn die Zuweisung mit einer Hierarchie und damit auch einer Rangfolge bezogen auf die für sie anstehenden Tätigkeiten und Aufgaben einhergeht, übernimmt Frau Pereira zwar die Aufgaben, aber es fällt ihr deutlich schwerer, eine «Prioritätenliste» (Z. 1007) bezogen auf die «aktuellen Themen bzw. diejenige, die sich zuspitzen», zu erarbeiten. Vielfach seien dann Themen wie «Sedierung oder Schmerzmedikation viel wichtiger, (...) als ob jetzt eine Ehefrau noch durchschlafen kann» (Z. 1013–1015). In dieser Passage zeigt sich, dass Frau Pereira ihr professionelles Potenzial und damit ihre personenzentrierte Begleitung dann besonders gut und zielführend aufnehmen sowie umsetzen kann, wenn sie auch selbst eine gewisse Entscheidungsfreiheit bezogen auf das Eruiere von Problemen und Bedürfnissen hat. Die Zuweisung wirkt bezogen auf das professionelle Potenzial einschränkend anstatt ermächtigend und ermöglichend. Dies steht auch diametral zum Berufsverständnis von Frau Pereira. Sie betont an mehreren Stellen im Gespräch, dass sie für das Eruiere von Problemen und Ansprüchen da sei und nicht nur für die Bearbeitung von zugewiesenen oder vermeintlich zugewiesenen Aufgaben. Frau

Pereira nimmt dieses Beispiel auf, um damit auch einen eigenen Gegenhorizont zu schildern. Dass man auf sie «zukommt» und sagt, «kannst du mal dich kümmern und schauen» (Z. 1012), wirkt nicht beschränkend, sondern so könne sie «die Prioritätenliste» (Z. 1013) viel bedürfnisgerechter ausgestalten und damit ihre Arbeit produktiver entfalten.

7.8 Realität und Wunsch als Differenz- und Abgrenzungserfahrung

Alle Gesprächspartnerinnen sowie der Gesprächspartner kamen im Verlauf des Interviews auf Wünsche bezogen auf ihre eigenen Tätigkeiten zu sprechen. Diese Wünsche waren teils auch eng verbunden mit aktuellen oder zukünftigen professionsbezogenen Ansprüchen an oder für die Sozialen Arbeit in der Palliative Care. Die Äusserungen sind verschiedentlich auch von einer gewissen «Zerrissenheit» in positiven und negativen Sinnen geprägt. Was meint, dass sich die Gesprächspartnerinnen und der -partner einerseits an Potenzialen gedanklich abarbeiten, die sie nicht erfüllen können, es aber gerne würden und andererseits Aufgabebereiche skizzieren, die sie gerne erfüllen möchten und auch in der aktuellen Anstellung könnten, es aber nicht dürfen. Beides hat einen Einfluss auf das jeweilige Begründen bezüglich der eigenen Praxis und des eigenen Tätigkeitswerdens und eröffnet Potenzial für das weitere professionsbezogene Wachsen. Deshalb wird der Differenz zwischen *Realität und Wunsch* eine vertiefte Analyse gewidmet.

Frau Matter bringt die längste berufliche Erfahrung in der Begleitung von Menschen am Lebensende mit – und aufgrund dieser betont sie deutlich, dass sie der Sozialen Arbeit und damit der «psychosozialen Profession» den «gesamten Lead für die Fallführungen» (Z. 557) zukünftig zuweisen würde, denn so könne genau das «Case-Management» (Z. 561) umgesetzt werden, welches von Seite der Leitung aber auch aus der Fachcommunity gefordert werde. Sie orientiert sich hier an einer Forderung, die im Berufsprofil vom DGP so nicht direkt aufgeführt ist, allerdings Wasner (2021) und auch Student et al. (2021) unter dem Stichwort „Koordinatoren“ verhandeln. Bei Frau Matter deutet sich bezogen auf ihre Anerkennung im Team und im Hinblick auf ihr berufliches Handeln eine gewisse Zerrissenheit an. Sie selbst sieht ihre Rolle klar darin, für das sog «Mehr» (Z. 493), was es nebst der Medizin und der Pflege braucht, zuständig zu sein. Dieses «Mehr ist für mich psychosoziale Begleitung und der Lead, also für die Fallführungen» (Z. 555) expliziert sie im Gespräch. Ersteres und die dazugehörigen Aufgaben hätte sie sich in den letzten Jahren stark erkämpft – und das

«Verständnis» von den anderen Professionen für ihr Wirken sei nun da. Damit bezieht sie sich auf ihren Stellenwert im Team, der sich über die Jahre steigerte. Sie macht zudem erneut deutlich, dass es ihr nicht um eine Vormachtstellung geht, vielmehr orientiert sie sich an der Multiprofessionalität sowie dem gemeinsamen und effektiven Hinwirken auf die bestmögliche Begleitung und Unterstützung für die Klientel. Sie stellt sich mit dem Lead nicht in das Zentrum. Wie an anderer Stelle ausgeführt ist sie es, welche ihre Rolle mit jener einer Kapitänin auf einem Schiff vergleicht. Die Steuerung bzw. Koordination von Aufgaben sowie die Fallführung gehören zählen für sie zu essenziellen Aufgaben.

Frau Pereira hat sich insbesondere, als es um die Benennung und das Einbringen ihrer eigenen fachlichen Stärken ging, in der Praxis zu Beginn sehr zurückgenommen und gleichzeitig das persönliche Engagement erwähnt. Darauf kommt sie am Schluss nochmals zu sprechen und zeigt auf, dass «mit persönlichem Engagement für die Profession» (Z. 1518) sich dennoch einiges erreichen lässt – und «es lohnt sich wirklich (...) es ist so ein Aufruf zum Durchhalten» (Z. 1521). Mit diesem fasst appellartigen Vorgehen zeigt Frau Pereira auf, dass es sich in ihrem alltäglichen Feld noch immer auch um ein Durchbeißen handelt, wobei sich dieses insbesondere in der Anerkennung von Seiten der anderen Professionen positiv niederschlägt. Sie wünscht sich, dass dieses Durchhalten auch andere Fachpersonen an den Tag legen, womit sie ihre Kolleginnen und Kollegen im Team adressiert. Dass von der Sozialen Arbeit noch immer mehr Anstrengung bezogen auf das Tätigsein-Können erwartet wird, als von anderen Professionen sei zwar «nicht immer einfach und mache müde» (Z. 1533) aber es lohne sich durchzuhalten.

Herr Rölli bringt einen Aspekt im Gespräch auf, welcher in der Theorie oftmals als Ausgangspunkt beschrieben wird, wenn es um den Start einer Begleitung am Lebensende geht. Es geht um die sogenannte «Unterversorgung» (Wasner, 2021, S. 54) bzw. den «bedarfsgerechten Zugang zu Palliative Care» (palliative ch, 2022). Er ist jedoch der Meinung, dass die Schnittstellen zwischen Sozialer Arbeit und Pflege sowie Medizin noch nicht ausreichend geklärt sind und es deshalb auch im Prozess der Begleitung zu dieser Herausforderung kommen kann. Er stellte immer wieder fest, dass «Löcher entstehen – und so auch Unterversorgung» (Z. 543). Diese Löcher beziehen sich auf die finanziellen, aber auch psychosozialen Unterstützungsleistungen. Er wünscht sich deshalb klar eine stärkere Kooperation und ein viel früheres Zusammensetzen mit der Pflege und der Medizin, um auch eine «sozio-ökonomische Anamnese» (Z. 553) durchzuführen. Der Grund für diese Fachterminus sei ein aktuelles Pilotprojekt, welches sich mit Berechnungen von finanziellen Risiken von Patientinnen und Patienten am Lebensende befasse. Herr Rölli ist der Meinung, dass dieses Instrument auch

ihm die Arbeit erleichtern könnte, weil er so frühzeitiger von Schwierigkeiten erfahre und selbst «affin werde für gewisse Themen oder Abklärungen» (Z. 567). Weiterführend zeigt er aber auch auf, dass er sich und seiner eigenen Profession zutraut, genau für diese «Löcher in der Versorgung» professionelle Unterstützung bieten zu können. Es gelte aber genau dies auch sichtbarer zu kommunizieren.

Bei Frau Christen wurde bereits deutlich, dass sie sich frühzeitig und sehr kompetent in die Beratung einbringen kann, insbesondere dann, wenn sie ausreichend Zeit dafür hat. Für sie ist es aber nicht nur essenziell, ausreichend Zeit zu haben, sondern frühzeitig in die Beratung und die Begleitung involviert wird. Je frühzeitiger das passiere, desto qualitativer könne sie ihre Beratungsleistungen anbieten und nach Lösungen suchen. Diesen Wunsch adressiert sie gegenüber der Medizin sehr deutlich, sie möchte das « (...) mehr Edukation auch von der Medizin kommt» (Z. 487). Hier würde noch viel Potenzial nicht ausgeschöpft und besonders die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und -ärzten soll intensiviert werden.

«Mein Wunsch wäre, dass man das Feld öffnet. Weil man nichts verliert, man gewinnt nur dazu, wenn man gut interdisziplinär zusammenarbeitet. (Frau Christen, Z. 536–538).

Auch Frau Klein äussert, dass es wichtig sei, «viel früher» mit dem Angebot der Beratung im Team anzusetzen, z. B. schon bei Übertritt in ein Hospiz. Sie führt sodann aus – «mit der Sozialen Arbeit und nicht mit irgendeinem anderen Beruf» (Z. 553) soll der Beginn gemacht werden. Für sie hat hier die Soziale Arbeit eine gewisse hegemoniale Stellung und für sie kommt auch kein anderer Beruf in Frage. Sie führt dafür eine sehr fachliche Begründung an, nämlich die vielseitige Beratungskompetenz und das Erarbeiten von Lösungen – und nicht das «Vorgeben von Lösungen» (Z. 557). Frau Klein verweist hier auf die Art und Weise, wie Beratung umgesetzt werden kann und zeigt auf, dass die systemische Beratung genau an dieser Anfangsstelle das grösste Potenzial entfaltet. Sie setzt die gemeinschaftliche Lösungsfindung mit allen Involvierten in das Zentrum – denn das Klientel sei genauso als Ressource für die eigene Arbeit zu betrachten, wie sie selbst es für das Klientel sei. Und diese Perspektive bringe die Soziale Arbeit bewusster ein.

Für Frau Bender haben ihr eigenes Wirken und die Akzeptanz ihres eigenen beruflichen Handelns viel mit der Präsenz vor Ort im Hospiz zu tun. Diese Präsenz deutet Frau Bender bezogen auf konkrete Aufgaben, aber am Schluss des Gesprächs (Z. 1614) auch generell bezogen auf die Präsenz im Hospiz an. Diese Präsenz und damit auch ihr Pensum möchte sie weiterausbauen, weil das

auch dabei helfen könnte, ihre Aufgabenbereiche sichtbarer und genauer auszu-differenzieren. Aktuell ist sie nur zu rund 5 % wirklich vor Ort und stellt sich vor, dass sie insbesondere, wenn sie öfters vor Ort ist, gewisse «Themenbereiche» besser einschätzen kann (Z. 415). Insbesondere die Angehörigenbegleitung geht «erfahrungsgemäss oft auch ein bisschen unter» (Z. 420). Diese sei im Zusammenhang mit der psychosozialen Beratung jedoch zu ihrem Kernbereich zu zählen, auch wenn «es schwierig ist, da von Mensch zu Mensch unterschiedliche Bedürfnisse da sind. (...) doch die abholen zu können, um das geht es» (Z. 426–428). Frau Bender erweitert hier einerseits ihren Tätigkeitsbereich und ihre Zielgruppe und zeigt auf, dass sie sich für die Angehörigenbegleitung genauso zuständig fühlt wie andererseits für die Beratungstätigkeiten mit der Person am Lebesende selbst. Sie fühlt sich nicht nur zuständig, sondern macht die Angehörigenbegleitung zu einem weiteren Teil ihrer Aufgaben und signalisiert mit dem Ausdruck «Kernbereich», dass sie diese Aufgabe nicht zufällig für sich entdeckt oder erschliesst, sondern diesen Bereich als weitere Hauptaufgabe ansieht und von anderen, weniger wichtigeren Bereichen trennt. Es sei zwar «gut, wenn die Steuern einer Person gemacht sind» (Z. 518) aber sie hätte Kapazitäten für die Arbeit mit Angehörigen. Bei der Kapazität lassen sich zwei Aspekte erkennen. Einmal geht es Frau Bender um Kapazität im Sinne von «leisten» könnte (Z. 873), womit sie auf das Pensum anspricht. Und andererseits zeigt Frau Bender hier auf, dass sie sich fachlich in der Lage sieht und kompetent fühlt, Angehörigenbegleitung auszuführen. Hier zeigt sie ein selbstsicheres Verständnis in Bezug auf den Auftrag der Angehörigenbegleitung. Diese Selbstsicherheit schöpft sich auch aus ihrem angestammten beruflichen Können. Sie orientiert sich damit an ihrer eigenen Fachlichkeit und der Praxiserfahrung. Später führt Frau Bender aus, dass sie ebenso für die Öffentlichkeitsarbeit «offen ist» (Z. 659). Damit signalisiert sie, dass sie sich diesbezügliche Aufgaben vorstellen kann, aber sie spezifiziert diese nicht weiter. Ein Blick in das Berufsprofil der DGP zeigt, dass Öffentlichkeitsarbeit eine Aufgabe der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care sein kann, doch bei Frau Bender bleibt eher unklar, wie sie diesen Auftrag für sich selbst herleitet und sie bezieht sich nicht auf spezifische Tätigkeiten, welche zur Öffentlichkeitsarbeit zählen könne. Frau Schumacher hingegen benennt einen solchen Aspekt. Sie sieht sich auch in der Rolle, Schulungen zu geben und öffentlich mehr über die Soziale Arbeit in der Palliative Care zu sprechen. Sie hätte am letzten nationalen Palliative Care Kongress in der Schweiz gemerkt, dass die Soziale Arbeit noch immer untervertreten sein. «ich hätte da noch ein paar Sachen sagen sollen», doch sie hatte das Gefühl im Plenum, womit sie die Vollversammlung am Kongress meint, sei noch immer wenig Bewusstsein für die Soziale Arbeit vorhanden

gewesen. Sie kritisiert sich selbst und meint «ich muss mich noch mehr melden» (Z. 2221) und appelliert damit auch an sich, öffentlich sich mehr zu äussern.

Was sich zu Realität und Wunsch aber auch in den vorangegangenen Kapiteln in Bezug auf Begründungen und Orientierungsmustern von Seiten der Fachpersonen zeigt, kann vorsichtig wie folgt zusammengefasst werden:

Persönliche und emotionale Komponenten spielen eine grössere Rolle in der Begleitung am Lebensende und der bewusste Umgang damit kann für das professionelle Handeln konstitutiv sein. Die Aufgaben, welche zu bearbeiten und damit auch zu bewältigen sind, bedürfen einer Suchbewegung, welche von Seiten der Professionellen selbst aber auch von Seiten anderer Professioneller initiiert wird. Es kann dabei zu Differenzerfahrungen zwischen «zuständig sein» und «zuständig sein-wollen» kommen. Ebenso realisiert es sich, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit Aufgaben ausführen müssen, die sie eigentlich selbst nicht wollen bzw. sich selbst dafür nicht zwingend als kompetent ansehen. Diese Aufgaben dann aber dennoch sehr strukturiert und mit grosser Kompetenz ausführen. Ebenso zeigt sich, dass gewisse standardisierte Prozesse ausgeführt und Methoden werden, diese aber nicht als standardisierte Prozesse für die Fachpersonen selbst wahrnehmbar sind. Zudem hat die eigene Sinnhaftigkeit in den Tätigkeiten für die Fachpersonen einen hohen Stellenwert. Es geht dabei nicht nur um Sinnfragen von Seiten der Klientel, die auch zu bearbeiten sind, sondern auch darum, den eigenen Sinn in der eigenen Tätigkeit zu erkennen, insbesondere wenn sich die eigene Tätigkeit noch in der Schwebelage befindet bzw. für andere Professionen im Team unklar ist oder noch stark von der Zuweisung, durch andere abhängig ist. Was lässt sich nun aus den empirischen Ergebnissen für das berufliche bzw. professionelle Handeln im Feld der Palliativ Care für die Soziale Arbeit ableiten? Die Beantwortung dieser Frage bildet nicht nur Gegenstand des nachfolgenden Kapitels, sondern damit wird versucht, die noch vorhandene Forschungslücke zu minimieren. Denn noch immer sind wenige empirische Nachweise zu den Fähig- und Fertigkeiten von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliativ Care vorhanden.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Diskussion der Ergebnisse: Soziale Arbeit als Spezialistin für das Unbekannte

8

In diesem Kapitel werden die Interpretation sowie die Diskussion der empirisch erhobenen und mittels rekonstruktiver Methode analysierten Daten geleistet. Dabei liegt der Fokus auf dem Verdichten der Ergebnisse zum inkorporierten Erfahrungswissen von Seiten der Fachpersonen in der Palliative Care. Die aus dem Datenmaterial gewonnenen Begründungen und Orientierungsmuster werden nun nach dem professionstheoretischen Zugang bzw. dem Konglomerat aus strukturtheoretischer (Oevermann, 2000;2009) und interaktionistischer (Schütze, 2014/2021) Positionierung, sowie in Ansätzen mit einer reflexiv-habituellem Positionierung (Knoll, 2010) verdichtet.

Um meinen analytischen Beitrag auf diese professionelle Begleitung ersichtlich zu machen, wird nachfolgend nebst den professionstheoretischen Zugängen und der Einbettung von Begründungen und Handlungsmustern, auf das bisher international vorhandene Berufsprofil (vgl. Abschnitt 5.2.2) der Sozialen Arbeit in der Palliative Care rekurriert und eine Verbindung zwischen den Ergebnissen und den dort – leider eher summativ aufgezählten – Kompetenzen hergestellt.

8.1 Suchbewegungen als bilanzierende Aspekte für die Soziale Arbeit am Lebensende

Es gelingt, das berufliche Handeln von Seiten der Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit in der Palliative Care mit den gewählten professionstheoretischen Zugängen stärker zu konturieren. Es wird verständlicher, wieso *Suchprozesse* nicht nur zur täglichen, sondern stündlichen professionellen Praxis gehören und die Fachpersonen diese Suchprozesse als Antrieb für das Handeln selbst verstanden

werden und zugleich ein Prozess darstellen, der es erst ermöglicht, Tätigwerden zu können. Die Soziale Arbeit bringt zudem für dieses Suchprozesse eine fachliche Eignung in Form von *Unbestimmbarkeit als Chance und Motivation zugleich* mit und es zeigt sich, dass sie nicht zurückschreckt, wenn die Zusammenarbeit mit der Klientin bzw. dem Klienten am Lebensende ebenso, wie mit den Angehörigen, eine Kombination aus persönlicher Einstellung und damit subjektiven und zugleich fachlichen bzw. sozialen Momenten erfordert. Eine Routine entsteht damit nur bezogen auf das Erfordernis sich den tagtäglichen Herausforderungen zu stellen und Suchprozesse ständig zu initiieren. Die zu bearbeitenden Aufgaben können stetig wechseln. Es erstaunt deshalb nicht, dass meine Empirie aufzeigt, dass sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit stetig zwischen einem subjektorientierten und einem dienstleistungsorientierten Zugang bewegen müssen, um ihre Aufgaben wahrnehmen zu können. Sie selbst haben zu entscheiden, ob und wie sie die Bedürfnisse, Unterstützungen und Herausforderungen bearbeiten. Dass ihnen dabei zuerst eine Zuweisung auf Basis sozialrechtlichen Fragestellung seitens der jeweiligen Institution oder darin tätigen Professionen oktroyiert wird, hält die Fachpersonen zudem nicht davon ab, sich weitere Aufgaben selbst zu suchen und diese auch zu bearbeiten.

Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit ist, unabhängig vom Handlungsfeld, teils schwer mess- und kontrollierbar, insbesondere, weil die Praxis viele Umstände mitbeachtet und mitverarbeitet und diese vielschichtig sind (Schützeichel, 2007). Das hat nicht nur zur Folge, dass sich die Soziale Arbeit einigen Paradoxien stellen und diese «umsichtig bearbeiten» (Schütze, 2014) muss, aber nicht lösen kann, sondern auch, dass diese eine Auswirkung auf die Aussenwahrnehmung der Profession selbst haben. Das Explizieren von fachlichen Kompetenzen und die Selbstbeschreibungen des eigenen Tätigseins leisten einen Beitrag, um dazugehörige, methodische Vorgehensweisen inhaltlich besser zu beschreiben und so gewisse Paradoxien bearbeitbarer erscheinen zu lassen. So zumindest sind die Ergebnisse vorliegend zu deuten. Das Feld der Palliative Care ist zudem von sehr vielen, höchstpersönlichen und intimen Momenten gekennzeichnet, die von Seiten der Professionellen in die persönliche Beratungsbeziehung einfließen müssen. Denn so eröffnet sich erst der Zugang zu existenziellen Sinn- und Bedürfnisfragen, welche für die Menschen am Lebensende relevant sind (Krüger, 2017, S. 133). Es bedarf somit einer stetigen Begleitung, die beides zulässt. *Intimität genauso wie Professionalität.*

Das Arbeitsfeld der Palliative Care erfordert ein hohes Mass an Flexibilität in Bezug auf den Arbeitsumfang. Dieser kann sich täglich und stündlich intensivieren oder gar wegfallen. Die *Unbestimmbarkeit ist alltagsgegenwärtig.*

Dieser Umstand macht es nötig, dass Fachpersonen sich damit auseinandersetzen, dass ein ständiger Suchprozess ihrerseits erforderlich ist. Die *Suche als professioneller Akt* bildet daher ein wichtiges Orientierungsmuster für die Soziale Arbeit in der Palliative Care. Es ist somit definitiv nicht einfach, in Anlehnung an Schütze (1996) den eigenen «Handlungs- und Orientierungsbereich» für die Soziale Arbeit in der Palliative Care auszumachen. Gerade der Umstand das z.B. das auf den Gängen im Hospiz meandert wird, lässt eher Rückschlüsse auf ziellose oder unstrukturierte Vorgehensweisen zu. Dies kann dazu führen, dass ein gemeinsam geteilter Erfahrungsraum, welcher sich insbesondere positiv auf das professionelle Wirken in der Form auswirken kann, dass dieser dafür sorgt, gemeinsam geteilte Vorgehensweisen zum eigenen professionellen Beitrag zu zählen, schwierig auszumachen wird. Doch genau so kann in diesem Meandern eine starke Suchbewegung gelesen werden, welche es erst schafft, die unsichtbaren Ansprüche zu sichtbaren Ansprüchen der Klientel werden zu lassen.

Da sich das Feld zudem durch eine besonders hohe Multiprofessionalität auszeichnet, ist die Soziale Arbeit noch mehr gefordert, sich ihren Raum für ihr Wirken einerseits selbst zu konstruieren und darin tätig zu sein, sowie andererseits damit umgehen zu können, einen Raum für das eigene Tätigsein zugewiesen zu bekommen. Dieser Umstand sorgt dafür, dass sich die Professionellen fast gleichzeitig um personenorientierte und umfeldorientierte Unterstützungsleistungen kümmern müssen (vgl. dazu auch Student et al., 2020, S. 151). Diese Gleichzeitigkeit bedeutet auch, dass es nicht nur darum geht, eine gewisse Exklusivität in der Zuständigkeit zu beanspruchen, sondern die besondere Qualität in dieser Flexibilität und der Suchbewegung auszumachen. Das zeigt sich exemplarisch auch im Umgang mit *zugewiesenen Aufgaben, welche als produktivem Potenzial gelten*. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit empfinden die Zuweisung nicht als Anmassung, sondern sie haben ihre eigenen Strategien und Orientierungen entwickelt, die Zuweisungen von Seiten der anderen Professionen in Potenziale für das eigene professionelle Handeln umzuwandeln. Hiervon könnten die anderen Professionen in diesem Feld eigentlich nur profitieren, wenn man an das Eintritts- und Austrittsmanagement oder an die Fallkoordination denkt. Prozessbegleitungen können so nicht nur als ein Handlungstyp in Anlehnung an Heiner (2012) erscheinen, sondern zugleich auch als eine wesentliche Aufgabe für das berufliche Handeln in der Palliative Care gelten. Wie sich in den Interviews zeigt, sind sich die Professionellen selbst jedoch dieses Umstands nicht immer bewusst. Sie sind in sehr viele Prozesse involviert, die meistens mit einfachen finanziellen Abklärungen starten, sich allerdings dann schnell in Richtung umfassende Beratungsleistungen für die Klientel, für deren Angehörige oder gar für das gesamte Team im Hospiz oder in der Institution entwickeln können. Dass

die Soziale Arbeit somit eine Schaltstelle für die Koordinationsleistungen und gleichzeitig für das Entdecken von Bedürfnissen einnimmt, wird aus dem Datenmaterial rekonstruierbar. Ich selbst schreibe ihr daher, wie später noch ersichtlich, die Funktion einer *Kollaborationsgestalterin* zu. In dieser ist sie alles andere als unspezifisch unterwegs, sondern sie zeigt eine wesentliche Orientierungsstärke für ihre Aufgaben und das Koordinieren von Leistungen und das sollte sie zukünftig als ihre Zuständigkeit aber auch als ihre Stärke ansehen.

8.2 Das Private und das Persönliche als professionelle Stärke

Die Soziale Arbeit hat seit ihrer Geburtsstunde im 19. Jahrhundert damit zu kämpfen, sich stets von der Freiwilligenarbeit abgrenzen zu müssen. Ich widmete mich diesem Diskurs vorliegend zwar nicht, aber durch den Umstand, dass ich zeigen kann, dass private und persönliche Kompetenzen gleichsam für das professionelle Handeln bedeutsam sind, gilt es, sich von dem freiwilligen, altruistischen Kontext abzugrenzen.

Es hat sich vorliegend gezeigt, dass private Erfahrungen und damit verbundene, private Sozialbeziehungen nicht als etwas Unprofessionelles zu deuten sind. Im Gegenteil, in Anlehnung an Engelke et al. (2004) und das normativ-ontologische Modell können und müssen eine gewisse Emotionalität und persönliche Bindung im professionellen Handeln sichtbar sein, damit die nötige Sorgfalt in der Beziehungsgestaltung sowie in der Suche nach den noch zu bestimmenden Aufgaben und Aufträgen in der Begleitung am Lebensende erfolgen kann. Diese Suche, welche sich bereits als professioneller Akt beschreiben lässt, bestätigt sich auch bezogen auf die Problemdeutungs- und Problemlösefähigkeit. Diese wird noch begünstigt, weil private Erfahrungen dazu führen, dass sich insbesondere die Fachpersonen ausreichend Zeit für ihre Gespräche nehmen. Dieses «sich Zeit nehmen» führt dazu, dass ein Raum geschaffen werden kann, der auch das Arbeitsbündnis zwischen Klientel und Adressatin bzw. Adressat begünstigt. Dieses muss unter Umständen möglichst rasch hergestellt werden, da Klientel und Professionelle der Sozialen Arbeit mit der Herausforderung des baldigen Sterbens rechnen müssen. Die zeitliche Komponente muss im geforderten Arbeitsbündnis, welches bereits Hilfs- und Kontrollprozesse (Oevermann, 2013) mitumfasst, deutlich mehr beachtet werden, als in andere Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit.

Die privaten Erfahrungen meiner Gesprächspartnerinnen und -partner mit dem Sterben und dem Tod sind, was nicht erstaunt, sehr unterschiedlich – doch alle

Fachpersonen haben persönliche Erfahrungen mit dem Tod von nahestehenden Menschen gemacht. Sie führen diese Erfahrungen nicht unreflektiert, sondern teilweise als wesentliche Begründung für die Wahl bzw. für den Prozess der Berufswahl und die Ausgestaltung ihres Wirkens ins Feld. Dies geschieht mit unterschiedlicher Intensität. Besonders die Begegnungen, welche sich in den privaten Verlusterlebnissen ereignet haben, bilden eine wichtige Komponente in der heutigen Tätigkeit. So können Bedürfnisse besser erkannt und einordnet werden. Frau Pereira und Frau Christen zeigen auf, dass sie aufgrund ihrer persönlichen Ergriffenheit nicht in ein routinemässiges Abhandeln von Begleitung verfallen, sondern jeder Begleitung die nötige Individualität und Emotionalität zugestehen können. Nach Oevermann (2000) schaffen sie es so, eine solide Verbindung zwischen regelgeleitetem professionellem Handeln und gleichzeitigem individuellem Fallverstehen umzusetzen. Die persönlichen Erlebnisse und Erfahrungen werden somit als Orientierungsmuster in reflektierter Form von den Fachpersonen eingesetzt. Dies geschieht mit unterschiedlicher Intensität, was nachfolgend beim Orientierungsmuster *«können – müssen – wollen – es bedarf von allem»* nochmals bestätigt wird, insbesondere, wenn es um die Bearbeitung von sog. Paradoxien im professionellen Handeln geht (Oevermann, 2000; 2012).

Was sich in Bezug auf das Private und das Persönliche weiter erkennen lässt, ist, dass diese Komponenten als positive Voraussetzungen für das professionelle Wirken gelten – insbesondere dann, wenn beispielsweise noch keine lange Berufspraxis vorhanden ist. Persönliche Erfahrungen helfen, die im Feld gemachten Erlebnisse mit dem Sterben und dem Tod von anderen Menschen einerseits professionell anzugehen, sowie andererseits auch nach Optionen für die Begleitung zu suchen. Wenn Klientinnen und Klienten mit einem *«grossen Rucksack»* unerledigter Herausforderungen in ein Hospiz eintreten, so bedarf es oftmals erst einer Einordnung von Vorgeschichte, Ursachen, Bedürfnissen und Ressourcen – was soll noch gesagt, getan und geschrieben werden. Wie aus den Gesprächsdaten sichtbar wurde, bildet die Soziale Arbeit hier gar die erste Anlaufstelle, wo diese Dinge zur Sprache kommen.

Die selbst gemachten Erfahrungen dienen den Fachpersonen folglich dabei, sich insbesondere auch auf solche Aspekte einlassen zu können, die anderen Professionen auf den ersten Blick womöglich als alltagspraktisch und nicht professionell bearbeitbar vorkommen. Oder die sie schlicht einfach nicht als professionell bearbeitbare Momente erkennen. Private Erfahrungen helfen den Professionellen dabei, die von den Klientinnen und Klienten noch nicht explizierten persönlichen Probleme oder auch Todesvorstellungen überhaupt erst zu eruieren. Meine Gesprächspartnerinnen und -partner erklärten eindrücklich, dass es Ihnen durch die Orientierung an ihren individuellen Erfahrungen und mit einem

fürsorglichen Verständnis für die Begleitung, einen Zugang und damit auch einen eigenen Auftrag in der Begleitung für sich zu definieren. Sie können sich damit auch von anderen Professionen abgrenzen und sie orientieren sich, ohne es zu explizieren, an einem normativ-ontologischen Professionsverständnis (vgl. Abbildung 4.1) wo die Fürsorge ein Kernelement bildet. Die Gefahr ist dabei allerdings, dass eben genau dieses fürsorglich-verständnisvolle, womöglich gar auf den ersten Blick altruistisch wirkende Vorgehen, bei den andere Professionen als nicht professionell wirkend ankommt.

Bei Frau Klein und Frau Schumacher zeigt sich, dass sie eigentlich keinen bewussten Entscheid für ihr heutiges Arbeitsfeld gefällt haben. Sie entsprechen damit einem Gegenpol zu den o.g. Interviewpartnerinnen bzw. dem -partner. Der Zufall führte aber nicht dazu, dass ihr Handeln ebenfalls zufällig oder gar beliebig wird, sondern dass sie ihr berufliches Handeln eigeninitiativ gestalten müssen, da in der Institution keine Vorgaben betreffend Aufgaben vorhanden sind. Das Zufällig im heutigen Arbeitsfeld der Palliative Care tätig sein, sorgt somit nicht dafür, auch zufällig da drin zu wirken. Es sorgt eher dafür, dass die Arbeit mit einer gewissen Offenheit und Unvoreingenommenheit angegangen werden kann, was das geforderte professionelle Wirken unterstützt.

Der Zufall hat nicht nur von den Personen selbst eine grosse Offenheit in Bezug auf den Entscheid im Feld tätig zu sein unterstützt, sondern auch in Bezug auf die in der Institution zu erwartenden Aufgaben. Vieles war und ist im Fluss, es gab und gibt teils keine Leitlinien oder Konzepte, welche klar definieren, was man sich von der Fachperson Soziale Arbeit, denn in Bezug auf Tätigkeiten in der Palliative Care wünscht oder was von Seiten der Sozialen Arbeit übernommen werden soll. Über das Berufsprofil der DPG können lediglich Qualitätserwartungen an die Tätigkeiten abgelesen werden und diese sind, gar eher summarisch als systematisch zu verstehen (Schumacher, 2014, S. 241).

Einzig der Aspekt, dass man sich um sozialrechtliche Abklärungen kümmern muss, war und ist von Seiten der anderen Profession auch in meinen Daten unbestritten. Diese Zuweisung von Aufträgen empfanden die Fachpersonen zwar einschränkend, allerdings hinderte sie das nicht daran, sich mit einer Offenheit, die sich auch als Handlungsprinzip bei Müller (2012) und Heiner (2012) in Form von «strukturierter Offenheit» finden lässt, dem eigenen Tätigkeitsfeld anzunähern. Genau durch diese Offenheit wird das volle Potenzial von «tätig sein können und wollen» entfaltet, weshalb dies auch als Gelingensbedingung zu deuten ist und daher unbedingt von den Fachpersonen der Sozialen Arbeit beibehalten werden muss.

8.3 Vom Können, Müssen und Wollen – professionelles Handeln darf das alles

Es ist wichtig und richtig hier zu sagen, dass es sich im Feld der Palliative Care nicht nur um alltagspraktische Kompetenzen handelt, die ihre Anwendung finden, sondern um professionelle Kompetenzen, die auch alltagspraktisches Denken sowie eine gewisse persönliche bzw. fürsorgliche Haltung bedingen. Diese Kombination macht es vorliegend aus, dass die Soziale Arbeit sich professionell in das Feld der Palliative Care einbringt – und in Anlehnung an Heuer et al. (2014) sowie Student et al. (2020) auch zukünftig kann.

Die Suchbewegung als professioneller Akt bildet auch hier ein zentrales Orientierungsmuster; es lässt sich gar als Ankerpunkt deuten, von dem nun weitere Handlungen ausgehen. Die Klientel am Lebensende hat keine standardisierbaren Bedürfnisse oder routinemässigen Unterstützungs- oder Beratungsbedarf, welcher lediglich abzuarbeiten ist. Der Begleitungsauftrag ist stets neu zu definieren und auszuhandeln. Das, was der Klient bzw. die Klientin braucht, muss immer wieder individuell und teilweise von Tag zu Tag neu gesucht werden.

Hier zeigt sich ebenfalls, dass von Seiten der Professionellen ein handlungstypisches Vorgehen mit Fokus auf Prozessbegleitungen (Heiner, 2012) nicht nur nötig, sondern auch von ihnen selbst favorisiert und als Begründung für das eigene Handeln herangezogen wird. Frau Matter, Frau Bender, Frau Christen sowie Herr Rölli zeigen deutlich auf, dass insbesondere die Bedürfnisse von Menschen am Lebensende, welche nicht die Leib-Körper-Themen betreffen, nicht immer unmittelbar oder im später Verlauf gar nicht mehr artikuliert werden können. Hierbei spielen sie nicht auf eine physische Problematik an, sondern eher darauf, dass die Herausforderungen den Personen am Lebensende selbst noch nicht offenkundig sind, oder diese nicht den Mut haben, die Probleme und Wünsche anzusprechen. Um hierfür Unterstützung anbieten zu können, bedarf es einerseits einer verstehenden, unvoreingenommenen und intuitiv geprägten Haltung, gepaart mit einer Anwendung von Gesprächstechniken oder -methoden, die es der Klientel überhaupt erst ermöglichen, Bedürfnisse in Koproduktion mit den Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu eruieren und zu artikulieren. Diese intuitive und damit auch subjektiven Haltung mag wenig professionell erscheinen, doch in Situationen, welche von starker Ungewissheit und damit «begrenzter rationaler Erkundungsmöglichkeiten» (Effring, 2021, S. 206) geprägt sind, bedarf es dieser Haltung. Der Konnex zwischen professionellen und personen- bzw. erfahrungsbezogenen Handlungskompetenzen ermöglicht es den Fachpersonen der Sozialen Arbeit gar, dass die Ungewissheit auch professionell bearbeitbar wird.

Herr Röllli sowie auch Frau Christen haben für unbestimmbare Situationen ein eigenes Instrument in Form einer Checkliste entwickelt. In Anlehnung an Effring dient dieses Instrument Ihnen als «Kompassfunktion» (2021, S. 206). Sie orientieren sich damit an einer sog. Wissensapplikation, gepaart mit der nötigen Offenheit, ihrem Gegenüber verstehend entgegenzutreten. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit versuchen, die sog. Paradoxien, welche sich in der Sozialen Arbeit gemäss Schütze ergeben (2020), vorliegend in einer Kombination aus professionellen und emotional basierenden Kompetenzen zu bearbeiten. Aus den erhobenen Daten zeigen sich folgende Paradoxien:

- Zeitlich beschränkte bzw. unbekannte Dauer infolge der Krankheit, welche für die Problembearbeitung und -lösung zur Verfügung steht,
- plötzlich wechselnde Gesundheitszustände, damit einhergehende emotionale Unruhen und fehlende Ansprechbarkeit der Klientel,
- routinemässige Unterstützungsleistungen werden verunmöglicht und handlungsspezifisches bzw. fallspezifisches und sehr sensibles Handeln werden alltäglich,
- Unklarheit bezogen auf vorhandene oder nicht artikuliertete Wünsche und Bedürfnisse,
- Unklarheiten bezogen auf mögliche Tätigkeiten von Seiten anderer Professionen,
 - falsche bzw. ungewollte oder schon länger andauernde Zurückhaltung,
 - aktive Übernahme von Tätigkeiten, welche nicht in das eigene Portfolio gehören,
 - zu starker Fokus auf die Lösung anstelle auf die Sinnhaftigkeit eines Problems
 - zu geringes Beachten von vorhandenen positiven Potenzialen bzw. Ressourcen

Um diese Paradoxien bearbeitbar zu machen, bedarf es folglich eines Vorgehens, welches sich an einer Gleichzeitigkeit von Aufdecken der Probleme oder Krisen, möglicher Interventionsklärung und -planung sowie einer zeitweise nötigen Zurückhaltung orientiert. Zudem braucht es die Parallelität von professionellen und subjektiven Handlungskompetenzen. Heuer et al. (2015) haben die zu bearbeitenden Herausforderungen, welche im Feld der Palliative Care existieren, als «diskrepante Herstellungsleistungen» definiert (S. 2016). Vorliegend zeigen sich auch bei mir Anhaltspunkte von Seiten der Interviewten, wie sie mit diesen Paradoxien bzw. Widersprüchlichkeiten umgehen und dabei sich einen Weg suchen müssen bzw. können und auch wollen. Es gelingt den Fachpersonen, subjektive und

objektive Handlungskompetenzen zu kombinieren, sie sollten sich dieser Stärke und diesem professionellen Vorgehen jedoch selbst noch bewusster werden.

Ein Weg ist die bereits empirisch rekonstruierte *ständige Suchbewegung*, welche die Fachpersonen immer wieder dazu hinführt, ihren Auftrag nicht nur neu zu definieren, sondern sich diesbezüglich mit den anderen Berufsgruppen zu vernetzen. Und hier zeigt sich in meinen Daten: Der Zeitpunkt der Involviertheit für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit ist entscheidend für ihr weiteres professionelles Handeln. Frau Matter, Herr Röllli sowie auch Frau Pereira betonten: Je früher diese Involviertheit geschieht, desto besser. In den Worten von Frau Bender: «nicht erst, wenn es *bröönt» (brennt)» (Z. 181).

Den Weg, welchen sie sodann für sich favorisieren, um die bestmögliche Begleitung zu realisieren, ist jener der Koordination und Steuerung. Erhalten die Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Möglichkeit, frühzeitig koordinativ und steuernd einzugreifen, gelingt auch die umfassende psychosoziale Begleitung. Frau Pereira benutzt dafür die gelungene Metapher «Steuermann / Steuerfrau», womit sie sich als Kapitänin auf einem Boot und somit auf einer gemeinsamen Reise mit anderen Teampartnerinnen und -partnern beschreibt.

Frau Schumacher und Frau Bender sehen sich aktuell nicht in dieser Rolle, wünsche sich aber zukünftig, diese Koordination einnehmen zu können. Ihr professionelles Tätigwerden können hängt aktuell noch zu stark von der Zuweisung, welche sie von Seiten der Institutionsleitung oder der Ärzteschaft erhalten, ab. Mit der Zuweisung einher geht das Abklären von finanz- bzw. sozialrechtlichen Aspekten. Weiterführende Aufgaben werden, wenn, dann erst in weiteren Beratungsgesprächen möglich. Diese falsche Bescheidenheit und extern gemacht Priorisierung von Unterstützungsleistungen sorgt dafür, dass die Fachpersonen der Sozialen Arbeit nicht dazu kommen, nebst Sachhilfe auch psychosoziale Aufgaben zu übernehmen. Im Gegenteil, das Vorgehen sorgt gar für einen Widerspruch zwischen der Möglichkeit, weiteres Wissen und Können anwenden zu dürfen und damit über die reine Wissens-Applikation hinauszugehen. Für das professionelle Handeln besteht damit eine Begrenzung in Bezug auf ihre Tätigkeiten und auch ein unterschiedliches Rollenverständnis.

Auf der einen Seite stehen Frau Pereira, Klein und Matter und Herr Röllli die sich fokussieren auf die Prozessbegleitung und sich selbst als aktive Kollaborationsgestalterinnen bzw. Kollaborationsgestalter sehen. Auf der anderen Seite sind Frau Bender und Schumacher, welche sich den klar definierten, sozialrechtlichen Aufgabenbereich aneignen und diesen in der aktuellen Ausführung ihrer Tätigkeiten auch nicht hinterfragen. Später in Form von Wünschen, weiten sie ihren Bereich aber aus und möchten ihre psychosozialen Beratungsleistungen eigentlich mehr direkt gegenüber der Klientel anbieten.

Die Aussage von Frau Pereira und Frau Christen, dass Soziale Arbeit im Feld der Palliative Care sich auf die Tätigkeit als „Case-Managerin“ fokussieren sollte, macht es nötig, sich den Begriff nochmals in Erinnerung zu rufen. Gemäss Wendt (2018) kann unter Case-Management ein Prozess der Zusammenarbeit verstanden werden, in welchem «eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen» (S. 203). Neuffer fasst sich kürzer und fokussiert sich darauf, dass Case-Management v. a. Fall- und Systemsteuerung mache und dafür „personelle und institutionelle Netzwerkarbeit“ einbinde und so den «Aufbau eines professionellen und nicht professionellen Unterstützungssystems» umsetze (S. 22). Die vorliegende Ansicht, dass sich das professionelle Handeln in der Funktion als Case-Managerin manifestieren könnte, führt dazu, dass sich auch die Positionierung von Dewe & Otto (2018) aus den Daten rekonstruieren lässt. Es geht somit der Profession der Sozialen Arbeit nicht mehr darum, die Exklusivität für einen Themen- oder Aufgabenbereich zu beanspruchen, sondern darum, auf die Qualität der Zuständigkeit hinzuwirken. Das ist mit der Rolle der «Kapitänin» bzw. Case-Managerin erfüllbar und ebenso mit dem Orientierungsmuster, Initiatorin für Prozesse zu sein, damit ein Handlungsspielraum für weitere Professionen überhaupt besteht und deren Tätigkeiten zielgerichtet ausgeübt werden können.

Ein weiterer Weg, welcher von Seiten der Fachpersonen gewählt wird, um ihr Können aufzuzeigen, zu legitimieren oder gar dazu aufzufordern, sie in die Begleitung von Menschen am Lebensende zu involvieren, ist die Benennung von Methoden oder Kompetenzen aus dem Fachjargon der Sozialen Arbeit. Hierbei können zwei Begründungen in das Feld geführt werden, warum dies von Seiten der Fachpersonen getan wird. Einerseits steht die Soziale Arbeit gegenüber gewisser Leitprofessionen schon länger in der Kritik, ihr Wirken in Bezug auf die Begleitung am Lebensende empirisch nachzuweisen (Student et al., 2020, Wasner, 2010). Das zeigt sich auch in den Interviewgesprächen, wo jeweils als Erstes auf die Medizin oder die Pflege in dem Sinne verwiesen wird, dass diese in die Betreuung von Menschen am Lebensende zu Beginn ganz klar zu involvieren sind, da sie auch über die nötige Fachlichkeit verfügen. Dieser Umstand kann als Erklärung dienen, warum die Gesprächspartnerinnen und der -partner teilweise einen fast inflationären Gebrauch und damit ein «*Fachterminidropping*»

machen – dies in Anlehnung an das englische Wort «Namedropping»¹. Es ist auffällig, wie oft in den Gesprächen gewisse Fachtermini der Sozialen Arbeit, wie «psychosoziale Begleitung», «Lösungsorientierung», «vernetztes Denken», «Ressourcenorientierung», «Selbstbestimmung», «Lebensqualität», von Seiten der Fachpersonen benannt werden. Zwingend negativ ist es nicht, denn das Benennen von Fachtermini lässt sich vorliegend auch so deuten, dass diese dafür sorgen, dass unter den jeweiligen Fachpersonen eine gewisse Klarheit über ihre Aufgaben herrscht und sie sich so auch in einem Team bezogen auf ihr Wirken auf professionelle Vorgehensweisen einigen können. Im Sinne Mannheims kann so auch ein «konjunktiver Erfahrungsraum» hergestellt werden, in welchem die Fachpersonen sich selbst im Klaren sind, worüber sie sprechen. Dies lässt sich gar so weit deuten, dass in der Benennung selbst sich die eigene fachliche Haltung bzw. die Fachkompetenz manifestiert. Der Prozess der Benennung von Fachausdrücken ist nicht negativ, wenngleich später von Seiten der Fachpersonen nicht immer eine Erklärung, für die sich dahinter verbergenden Tätigkeiten, erfolgt. Die Benennung von Fachtermini lässt sich gar als Prozess eines gewissen professionellen Kommunikations-Habitus deuten, dessen es offensichtlich bedarf, um sich auch im multiprofessionellen Feld zu behaupten. In dem Sinne ist auch die vorliegend gewählte Bezeichnung *können – müssen – wollen* zu deuten. Handlungskompetenzen setzen sich nach Effinger aus fachlichen und personellen Kompetenzen zusammen (2021, S. 208).

In Anlehnung an die professionstheoretische Positionierung von Schütze, welcher den «Handlungs- und Orientierungsraum» (1996) in das Zentrum rückt, könnte hierfür auch vorgelegt werden, dass dieses Benennen von Fachtermini eine Begründung von Seiten der Fachpersonen liefert, sich jeweils ihren Handlungsraum bei der Begleitung und Betreuung der Klientinnen und Klienten in der Institution zu sichern. Der Gebrauch von Fachtermini sorgt zudem dafür, dem vielfach von den Interviewpartnerinnen selbst genannten Begriff der «Generalistin» (Wasner, 2010) entgegenzutreten. Eine Generalistin ist eine Person, die über ein breites Spektrum an Wissen, Fähigkeiten und Erfahrungen verfügt und in verschiedenen Bereichen kompetent ist. Im Gegensatz zu Spezialistinnen, die sich auf ein enges Fachgebiet konzentrieren und tiefgehende Kenntnisse in diesem Bereich haben, haben Generalistinnen eine breitere Palette von Kenntnissen und Fähigkeiten, die es ihnen ermöglichen, sich an verschiedene Aufgaben und Situationen anzupassen und flexibel zu sein. Eine Generalistin versteht und beherrscht grundlegende Konzepte, Methoden und Prinzipien in verschiedenen Bereichen

¹ Namedropping bedeutet übersetzt «das Angeben mit Namen von berühmten Persönlichkeiten, die man vorgibt zu kennen» (vgl. Pons online).

und kann sich leicht in neue Aufgabenstellungen einarbeiten. Sie verfügt über eine solide Grundlage in verschiedenen Disziplinen und kann verschiedene Aufgaben und Verantwortlichkeiten übernehmen. Generalistinnen haben oft gute analytische Fähigkeiten, die es ihnen ermöglichen, Zusammenhänge zu erkennen und sich schnell in neue Themen einzuarbeiten.

Die Soziale Arbeit in der Palliative Care kann sich aber deutlicher positionieren, im Gegensatz zu einer Generalistin. Das professionelle Können und Wollen am Abarbeiten von unbestimmten Situationen liegt nicht nur in der Aufgabenvielfalt begründet, sondern am professionellen Verständnis der Fachpersonen selbst, mehrdimensional zu denken, stetig nach Handlungsalternativen suchen zu wollen und in der Unbestimmtheit des eigenen Auftrags kein Problem, sondern eine Deutungsvielfalt und Handlungsoptionen zu erkennen. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care legen damit ein Tätigsein an den Tag, das die vielfach schon in anderen Handlungsfeldern geforderte Praxis-, Feld- und Analysekompetenz sowie das Handlungs-, Werte- und Gestaltungswissen mitumfasst (Heiner, 2007 in Anlehnung an Effinger, 2021, S. 212). Insbesondere zeigen sie keine Scheu davor, auch unbekanntes Terrain zu ergründen und einen Suchprozess zu initiieren, ohne auf ein eindeutiges Ziel hinzuarbeiten.

Es geht folglich nicht nur um das Bearbeiten von offenkundigen Schwierigkeiten, welche mit der Krankheit und dem Lebensende verbunden sind, sondern darum, existenzielle Fragen oder Probleme, welche die Klientel oder die Angehörigen infolge der terminalen Erkrankung erst ereilen, erstmals sichtbar zu machen. Frau Matter, Christen und Herr Röllli orientieren sich hierbei an einem sehr professionellen Vorgehen, jenem der Anamnese. Herr Röllli hat dafür eine Checkliste selbst erarbeitet, Frau Christen legt sich ein Assessment zurecht und beide arbeiten die diesbezüglichen Schritte ab, um die Unterstützungsleistungen für ihre Klientel so bedürfnisgerecht wie möglich auszugestalten. Herr Röllli bezeichnet sein Vorgehen gar als «sozio-ökonomische Anamnese», weil er den Fokus zwar auf die psychosozialen Aspekte legt, sie dabei aber auch an den finanziellen und medizinischen Rahmenbedingungen orientiert. Anamnesen beinhalten systematisch erhobene Daten zu einem Klienten bzw. zu einer Klientin und seiner bzw. ihrer Krankheitsgeschichte, dem Lebensstil, den genetischen Vorbelastungen, bisherigen Therapien und Behandlungen. Dieses Vorgehen lässt sich in Anlehnung an eine interaktionistische Positionierung so deuten, dass die Fachpersonen damit eine von der Gesellschaft benötigte Dienstleistung mittels anbefohlener Lizenz umsetzen, was vorliegend einem sog. systematischen Vorgehen entspricht. Interessant ist, dass die Fachpersonen der Sozialen Arbeit auch bei anderen Studien die Eignungsvoraussetzungen für Anamnesen mehr mitbringen, als ihnen bewusst ist (vgl. Blau, 2018). Auch vorliegend ist dies der Fall, denn Frau Christen wie

auch Herr Röllli beschwichtigen ihr professionelles Vorgehen und erkenne darin nicht explizit, dass dies höchst systematisch und kompetent ist.

Durch das Anwenden einer Sozialanamnese, die gemäss Fischer (2014) zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit am Lebensende zählt, eröffnet sich ein professioneller Zugang, um mit der ständigen Unsicherheit am Lebensende umzugehen. Die Wünsche, Bedürfnisse und schwierigen Problemen bis hin zu Krisen können so sichtbar gemacht und abgearbeitet werden – wobei hier in den Gesprächsdaten und den entsprechenden Analysen dazu an verschiedenen Stellen deutlich wurde, dass die Soziale Arbeit bei der Bearbeitung der Herausforderungen und Krisen für ihr Klientel keine Exklusivität beansprucht. Dies kann diametral zur Forderung von Mühlum (2013) betreffend das Mandat der Sozialen Arbeit in der Palliative Care gelesen werden. Er ist der Meinung, es bedürfe eines aktiven Einmischens von Seiten der Sozialen Arbeit, um die Ganzheitlichkeit des Menschen inklusive seiner Würde auch am Lebensende weiterhin als Maxime sicherzustellen – insbesondere, weil die moderne Gesellschaft geprägt sei von «der Erosion des Sozialen» (S. 3). Genau so liesse sich aber auch argumentieren, dass durch das nicht sofortige Beanspruchen der Übernahme von Aufgaben, die für die Klientel positiv wirkende «stille Präsenz» (vgl. Abschnitt 7.4) ihren Raum bekommt und dadurch eine zielgerichtetere Bearbeitung von Bedürfnissen erfolgen kann.

8.4 Nichtstandardisierung als Eigenheit des Arbeitsfeldes

Regelgeleitete Vorgehensweisen haben den Vorteil, dass diese systematisch kommunizierbar und somit – zumindest auf den ersten Blick – einfacher erkenn- und messbar sind. Wie an verschiedenen Stellen ausgeführt, sind die Strukturen für die Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care nur ansatzweise gefestigt. Nassehi und Weber (1989), auf welche ich im Abschnitt 2.1 verweise und die auf die gesellschaftliche Entwicklung rund um das Lebensende eingehen, fokussieren sich in ihren Analysen des Sterbens in postmodernen Gesellschaften auf die «totalen Institutionen» nach Goffman (1973). Hiernach würde die «Interaktion zwischen Fachpersonal des Sterbens nur noch spezielle Teilbereiche des menschlichen Zusammenlebens» einschliessen und v. a. auf die «Funktionalität» abstellen (S. 53 f). Wenn es aber um die Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende von Seiten der Sozialen Arbeit geht, spielt Funktionalität eine untergeordnete Rolle. Die Strukturen dafür können jedoch von Relevanz sein. Einerseits sind die Strukturen von Seiten der Hospize in der Schweiz noch

nicht bzw. noch nicht in grösserem Umfang da, was somit dazu führt, dass die Soziale Arbeit entweder auf Dritte angewiesen ist, die ihr Zugang zu Hospizen oder Palliativstationen gewähren, oder dass sie zwar ihre Leistungen anbieten dürfen, dafür aber nicht mit einer marktüblichen Entschädigung rechnen können. Nur schon diese Umstände führen dazu, dass die Soziale Arbeit bezogen auf ihr professionelles Wirken ökonomisch in ihrer Effektivität unterschätzt wird. Nebst den strukturellen Defiziten kommt nun die Komponente einer gewissen *Unbestimmbarkeit in Kombination mit der Nichtstandardisierung* hinzu.

Die Fachpersonen berichten von einem Alltag, welcher sich suchend und auch geprägt von einer inneren Zerrissenheit zeigt. Dies zeugt auch von einer Identitätssuche, welche verstärkt wird durch den Umstand, dass subjektive oder biografisch erworbene Handlungskompetenzen eben nicht zwingend als professionelle Kompetenzen von Seiten der Sozialen Arbeit angesehen werden, obwohl es dazu Evidenz gibt.²

Frau Bender und Frau Schumacher werden sehr auf ihre sozialrechtlichen und sozialadministrativen Kompetenzen reduziert. Das Kennen von sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen sowie das Zusammentragen von Bescheinigungen und Anmeldungen sowie das Organisieren von Vorsorgeaufträgen gehören zwar auch gemäss dem Berufsprofil der DPG zu den standardisierbaren Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Palliative Care, sie erfüllen jedoch beide Fachpersonen nicht mit der nötigen Sinnhaftigkeit. Dass der eigene Auftrag womöglich erst verborgen ist, man sich diesen als Fachperson der Sozialen Arbeit selbst erarbeiten und sodann auch noch selbst erteilen muss, stellt zudem keine übliche Situation dar – doch es ist eine, welche insbesondere die Fachpersonen vorliegend selbst dazu bewegt, sich intensiv mit der Diskrepanz zwischen Auftragserteilung und Zuständigkeit auseinanderzusetzen. Auf ihre Art und Weise treiben sie damit, ohne es zu realisieren, die Anerkennung ihres professionellen Handelns voran. Frau Schumacher führt aus, dass sie diese Zuweisung nicht als Begrenzung ihres beruflichen Handelns empfinde, sie aber merke, dass sie sich weitere Zuweisungen für andere Aufgaben erkämpfen müsse. Diese Herausforderung nimmt sie an, sie stellt keine unüberwindbare Herausforderung dar, verlangt aber ein eigenes aktives Tun und für sich einstehen. Positiv dazu kommt der Umstand, dass diese eigens initiierte Suche nach dem eigenen Begleitungs- und Betreuungsauftrag gar ihr eigener professionell verortbarer Wunsch ist. Nur so könnten sie auch die nötigen umfassenden Abklärungen treffen, derer es für die weitere Vernetzung im Team bedürfe. Dieses Vorgehen lässt sich ebenso bei Frau Bender,

² Vgl. exemplarisch Roth, G (2004). Das Verhältnis von bewusster und unbewusster Verhaltenssteuerung. Psychotherapie Forum 12, 59–70.

Frau Christen, Frau Matter und Frau Pereira herausarbeiten. Sie setzen damit auch ein Zeichen, dass sie sich ebenso ihrer Vernetzungskompetenz bewusst sind und diese gar unter erschwerten Bedingungen umsetzen können, womit die schwer abschätzbare Zeit bis zum Versterben der Klientel gemeint ist.

Auch Staub-Bernasconi befasst sich mit der Nichtstandardisierbarkeit und vertritt die Meinung, dass «es sich auch lernen [lässt], professionell mit Macht von anderen Professionen umzugehen» (1994a und 1995), womit sie auf die Thematik der selbstdefinierten Aufträge anstelle der von Kontrollinstanzen und Institutionen zugewiesenen Aufgaben verweist. Die Soziale Arbeit muss in dieser Sichtweise nicht warten, bis ihr eine Institution einen Auftrag zum Denken oder Handeln gibt, sie kann sich selbstbestimmt eigene Aufträge geben. Als Beispiel nennt Staub-Bernasconi den Diskurs um die sozialen Probleme – hier muss die Soziale Arbeit nicht zuwarten, bis die Probleme definiert und zur Bearbeitung freigegeben werden, sondern sie kann selbstbestimmt mit der Bearbeitung beginnen bzw. gar sich aktiv in den Diskurs um die Definition «sozial zu bearbeitender Probleme» (1995) einmischen.

Vorliegend scheint die Soziale Arbeit in der Palliative Care sich schon auf diesem selbstbewussten Weg zu befinden. Es überwiegt die Sinnhaftigkeit in der eigenen Tätigkeit und die Unbestimmbarkeit von zu erfüllenden Aufgaben tut dieser keinen Abbruch. Davon zeugen auch die Ergebnisse der Gespräche in Bezug auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen Fachpersonen im Feld der Palliative Care. Obwohl dort noch weniger eine Standardisierung herstellbar ist, schafft es die Soziale Arbeit bzw. schaffen es die Fachpersonen, sich selbst eine Strategie für die Verknüpfung und Erschließung von weiteren Hilfsangeboten zu entwickeln. Dies gelingt durch das eigene Aktivsein und die damit verbundene Suchbewegung. Das dieses Aktivsein von Seiten der Fachpersonen selbst initiiert wird führt dazu, dass noch unbekannter Betreuungs- und Unterstützungsbedarf eruiert werden kann. Für beides sieht sich die Soziale Arbeit als zuständig an – und durch ihr problemdeutendes Vorgehen schafft sie es, die eigene Zuständigkeit zu erkennen und/oder die Zuständigkeit an eine andere Fachperson zu triagieren. Dass der Medizin und der Pflege bei der Bearbeitung der Probleme ein gewisser Vorrang gewährt wird, selbst wenn diese auch nicht prädestiniert sind die Problembearbeitung zu übernehmen, stört die Fachpersonen nicht. Sie stellen das Wohl der Klientel ins Zentrum und die Kooperation diesbezüglich. Das sie so zu einem funktionierenden Arbeitsbündnis (Oevermann, 2000) und einer gelingenden Kooperation beitragen, die dem Klientel am Lebensende die gewünschte Unterstützung ermöglichen, dürften sie sich noch bewusster werden.

8.5 Alltägliche, aber nicht banale Tätigkeiten

Zuhören können, einfach mal anwesend sein, Zeit spenden, lockere Fragen wie in Form eines Small Talks stellen, das klingt eher banal als professionell – und es klingt auch so, als ob jede beliebige oder interessierte Person solche Aufgaben auch übernehmen kann. Es ist sicherlich Folgendes nicht von der Hand zu weisen: Beim Umgang mit Menschen am Lebensende bedarf es nicht überformalisierter Strukturen sowie reiner Begleitung und Betreuung auf die gesundheitlichen Komponenten durch Professionelle, sondern emotionaler Wärme und einem fürsorglichen sowie wachem Blick, besonders um die sinnstiftende Aufgabe oder wie Fegg es formuliert, die «Lebenssinn-Unterstützung» umsetzen zu können (2014, S. 144). Für die Soziale Arbeit werden die vordergründig banal wirkenden Fragen und die Präsenz in physischer Form vor Ort sinnstiftend für das professionelle Wirken.

«Und ich merke jetzt auch im Gespräch mit Ihnen, für mich ist so vieles selbstverständlich, dass ich manchmal das Gefühl habe, so viel mache ich gar nicht oder so viele Kompetenzen habe ich gar nicht. Und auf einmal merke ich dann, aha, doch eigentlich ist es ja gleich viel breiter *lacht* und ich mache so viel, wenn ich Fragen stelle» (Frau Matter, Z. 1412–1416).

Frau Matter hat hier kein naives oder unspezifisches Verständnis. Dieses Unspezifische und die gewisse Einfachheit im Vorgehen führt sie ans Ziel, die «Zugänglichkeit von mir [der Profession] im Zimmer» (Z. 1421) herzustellen. Da zudem die Beziehung zwischen der Klientel und den Fachpersonen geprägt ist von grossen Schwankungen in der Kommunikation und unsicherer bzw. zeitlicher Beschränktheit, ist es wichtig, bescheiden bzw. unkompliziert einen Zugang zur Person zu erhalten. Das Streben nach einem schnellen Zugang kann sich möglicherweise negativ auf die Entwicklung einer tiefgehenden Beziehungsarbeit auswirken, da diese einen wesentlich längeren Zeitrahmen erfordert. Frau Schumacher, Frau Pereira und Christen sind sich dies bewusst und versuchen, was sich vorliegend in Anlehnung an Schütze auch so deuten lässt, die sich darstellende Paradoxie so zu bearbeiten, dass sie einen fürsorglichen, aber nicht paternalistischen und anspruchslosen Zugang zur Klientel herstellen.

Das sie dabei ein Vorgehen wählen, dass eher kontaktknüpfend und damit kollegial wirkend daher kommt begünstigt die Beziehungsarbeit, welche so schneller entstehen kann und infolge der zeitlichen Begrenztheit auch muss. Das Vorgehen lässt sich im positiven Sinne auch als Alltagspraktik lesen, welche sich über die Zeit durch weitere Erfahrung hin zu einem Habitus entwickelt hat. Frau Pereira

orientiert sich ebenfalls daran, dass sie «*hurtig* (schnell) machen muss», doch sie versucht, zwischen Schaffung eines Zugangs und der nötigen Zurückhaltung sowie der zu planen Intervention ein ausgewogenes Mass zu finden. Dass ihr das nicht immer gelingt, bedeutet nicht, dass sie nicht professionell vorgeht. Es ist eher so, dass sie sich bei einer sehr unsicheren Prognose weiter hervorwagt und schneller vorwärtsgeht, damit sie zum nächsten Schritt, dem Anbieten von Hilfeleistungen oder dem Koordinieren von Hilfsangeboten von Seiten anderer Professionen, kommt. Sie erfüllt damit auch eine unterstützende Funktion und verschafft den anderen Professionen einen schnelleren Zugang zur Klientel. In diesem Sinne stellt die Soziale Arbeit den anderen Teammitgliedern durch ihr auf den ersten Blick banal wirkenden Tätigkeiten auch Leistungen zur Verfügung und unterstützt die andere Professionellen in ihrer Aufgabenbewältigung.

Im Zusammenhang mit der professionellen Begleitung ist auch der Fokus auf das Ziel zu beachten, welches die Begleitung anvisiert – und auch hier kann gelten, es können *alltägliche aber eben nicht banale Zielsetzungen* sein, welche für die Klientel oder anderer im Team angestrebt werden. Wenn es um die Aufrechterhaltung der somato-psycho-sozialen Integrität (Oevermann, 2000) geht, so bedarf es eines Arbeitsbündnisses, welche verschiedenen Zielsetzungen gerecht wird. Wie sich zeigt, ist im Feld der Palliative Care von Seiten der Sozialen Arbeit ein grosser Wunsch nach Kooperation und diesbezüglicher Ressourcenerschliessung vorhanden. Herr Röllli beschreibt dazu, dass er sich auch als «neutrale Person» versteht, die gerade in Bezug auf ethische und seelsorgerische Fragen, aber auch in Bezug auf medizinische Fragestellung als Eingangstor fungieren kann, um danach den Pfad für die Seelsorge bzw. Spiritual Care und die Medizin zu öffnen. Frau Klein differenziert ihren Auftrag ebenfalls zwischen zwei Elementen, wovon eines eher trivial klingt. Sie befindet sich stetig in der Situation, sog. Sachhilfen abzuklären und meist gleichzeitig emotionalen Beistand zu leisten. Diese beiden Bereiche können auch als sog. Paradoxie in dem Sinne gelesen werden, dass einerseits eine gewisse Routine in Form von sozialrechtlichen Abklärungen umgesetzt werden muss, und gleichzeitig oder, wo möglich, auch später stetiges einzelfallbezogenes Handeln und Problemdeuten nötig werden. Frau Klein braucht somit Grundlagenwissen, welches sie direkt umsetzen kann, und gleichzeitig einen Zugang, der ihr ermöglicht, individuell und damit fallbezogen vorzugehen. Sie wendet hier ein regelgeleitetes Vorgehen und zugleich ein fallbezogenes Verstehen an, womit sie sich an der stellvertretenden Deutung (Oevermann, 2000) orientiert. Fachspezifisches Handeln, aber zugleich auch – wie im vorangegangenen Kapitel erwähnt – nichtstandardisiertes Handeln müssen sich aufeinander beziehen. Erst so können

auch die im Berufsprofil des DGP genannten weiteren Kompetenzen, wie spezialisierte Beratungsleistungen, psychosoziale Leistungen und Unterstützung bei ethisch-rechtlichen Entscheidungsprozessen, wirklich umgesetzt werden.

In Verbindung mit der fragenden Vorgehensweise bekommt das aktive Benennen von Fachtermini in Bezug auf das eigene Tätigsein eine verstärkende Bedeutung. Es wirkt kompetenzunterstützend, schafft Klarheit bezogen auf die Tätigkeiten, besonders dann, wenn die Tätigkeiten auf den ersten Blick nicht gerade offenkundig oder eben etwas banal bzw. trivial wirken. Aussagen wie «los, ich gehe mal schauen» oder «Heute alles gut, soll ich mal das Fenster öffnen?» bis hin zu «wollte nur mal schauen, ob sie was brauchen» sind zwar Sätze, welche von Seiten der Fachpersonen als sog. Eingangstore für ein anschließendes Gespräch mit der Klientel verwendet werden, doch diese klingen und wirken für sie selbst und insbesondere für die anderen Professionen im Team eher simpel. Sie unterstützen nicht zwingend das Anerkennen von Aufgaben oder Leistungen, welche von der Sozialen Arbeit erbracht werden. Das klare Benennen von Aufgaben, wie Freilegen von Ressourcen oder Leisten von psychosozialer Begleitung fördere das gegenseitige Verständnis im Team und wirken gegen die Banalität, welcher es ja definitiv in Bezug auf das Zugang schaffen zu der Klientel bedarf, entgegen.

Das Verständnis über die eigenen Kompetenzen von Seiten der Sozialen Arbeit ist nicht immer gleichzusetzen mit dem Einbringen-Können von benötigter oder vorhandener Kompetenz. Im Handlungsfeld der Palliative Care hat die Soziale Arbeit noch immer mit einer starken Reglementierung von Seiten anderer Professionen zu kämpfen. Borasio (2011) formuliert, dass dadurch, dass «ihr Wirken im Stillen geschieht» (S. 82) und der Sozialen Arbeit noch viel zu wenig ein «offizielles Mandat» in der Palliative Care erteilt wird, auch ihr Wirkungsfeld bescheiden bleibt. Nebst dem, dass Zuweisungen Potenziale von Professionen freilegen können und als Motivatoren für das Anwenden von Beratungs- und Methodenkompetenzen sowie strategischen Kompetenzen wirken, gibt es auch so etwas wie ein Gefühl der Einschränkung bzw. des In-die-Schranken-Weisens. Diese, mehrheitlich auf Grund der Gespräche von Seiten der Medizin und Pflege an die Soziale Arbeit, herangetragene Limitation beeinflusst auch das professionelle Handeln der Fachpersonen. So betonen Frau Klein, Frau Matter, aber auch Frau Schumacher, dass sie für das Eintrittsmanagement klare Fähigkeiten und Kompetenzen mitbringen – insbesondere in Bezug auf die verschiedenen Schnittstellen –die bei Eintritt und Aufnahmen sowie der weiteren Koordination nötig werden. Hier hätten aber die Medizin und die Pflege noch immer eine sehr ausgeprägte hegemoniale Stellung inne. Das Rekurrieren von Seiten der Fachpersonen auf das Eintritts- und auch Austrittsmanagement entspricht einem vielfach

geäußerten Wunsch und gleichzeitig auch einem Weg der hegemonialen Stellung andere Professionen zu entgehen. Zudem liesse sich so auch die vielfach von der Medizin geforderte umfassende Versorgungsqualität verbessern, weil so auch die interne Vernetzung unter den Fachpersonen besser garantiert werden könnte.

Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit sehen sich auch selbst in der Rolle der Casemanagerin bzw. des Casemanagers und diese Zuschreibung ist deckungsgleich mit dem in der Fachliteratur vielfach zitiertem Auftrag der «Koordination von Hilfestellungen» (Wendt, 2018; Raischl, 2014; Wasner 2014). In der Übernahme einer Casemanagement-Funktion erkennen die Fachpersonen für sich selbst zudem die Möglichkeit ihre «handlungsspezifische Logiken» (Thole, 2012; Otto&Dewe), wozu auch ihre fachlichen und persönlichen Kompetenzen gehören, anzuwenden und für andere Professionen einen Mehrwert zu schaffen, welche nur sie herstellen können. In diesem Sinne sind die alltäglich wirkenden Tätigkeiten potenzialentfaltend für das eigene aber ebenso das Wirken von anderen im Feld der Palliative Care tätigen Professionen.

Es ist bemerkenswert, dass Fachkräften in der Sozialen Arbeit gelegentlich das Bewusstsein für die Bedeutung ihrer (ge)wichtigen Arbeit fehlt. Sie nehmen für sich selbst weniger in Anspruch, an der Bearbeitung von sozialen Problemen ihrer Klientel und deren Angehöriger am Lebensende aktiv beteiligt zu sein. Eher wählen sie den Weg, die Leistungen hinter ihrem beruflichen Handeln bescheidener darzustellen, als diese in Wirklichkeit sind. Ihr zurückhaltendes Auftreten führt dazu, dass sie in Bezug auf eine aktive Positionierung innerhalb des multiprofessionellen Arbeitsfeldes teilweise an Einfluss einbüßen.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





Schlussbetrachtung: das Unbekannte als Orientierungshilfe im beruflichen Alltag am Lebensende

9

Die vorliegende Forschung setzte sich zum Ziel, die eigenen Sichtweisen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf ihr Tätigsein in der Begleitung am Lebensende sichtbar zu machen – und dabei einen wichtigen Schritt bezogen auf das praxisbedingte Verorten des professionellen Handelns zu leisten. Von Beginn an ging es darum, das professionelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit besser zu umreißen und sodann professionstheoretisch zu konturieren. Die nun vorliegende Analyse geht deutlich über eine reine Deskription des Handelns in der Palliative Care hinaus. Denn mittels der erhobenen Selbstbeschreibungen von Tätigkeiten gelang es, die subjektiven und für die Fachpersonen verschiedentlich selbst noch verborgenen Wissensbestände und Vorgehensweisen auf das eigene Tätigsein aufzudecken und eine professionstheoretische Verortung voranzutreiben. Das berufliche Selbstverständnis der Fachpersonen in der Sozialen Arbeit wird dadurch nicht nur für sie selbst klarer und greifbarer, sondern auch für externe Beobachter aus anderen Professionen. Dies macht deutlich, welche wichtige Rolle die Soziale Arbeit in der Palliative Care spielt und welche spezifischen Aufgaben sie übernimmt. Die Ergebnisse können in einem ökonomischen Sinn auch als Nachweis eines quantifizierbaren Mehrwerts in Bezug auf die Begleitung am Lebensende gelesen werden. Der Zugang über die Frage nach dem „USP“ eröffnete vorliegend die Möglichkeit, das professionelle Wirken beschreibbarer und somit ansatzweise auch messbarer zu machen.

Die Analyse mittels der dokumentarischen Methode bot den Mehrwert, die Narrationen dahingehend zu untersuchen, was sich hinter der Fassade des Tätigseins an Begründungen und Orientierungen verbirgt. Die Ergebnisse in Kapitel 8 lassen sich als zur Sozialen Arbeit gehörende Verhaltens- oder Vorgehensweisen lesen, welche die komplexen Aufgaben und Herausforderungen in

der Begleitung von Menschen am Lebensende veranschaulichen. Professionelle der Sozialen Arbeit richten ihr Handeln generell an unterschiedlichen Maximen aus (Heiner, 2010) und für das vorliegende Handlungsfeld von Sterben und Tod werden in der Fachliteratur besonders die Maxime «Lebensqualität bis ans Lebensende», «Erhalt der Selbstbestimmung» und «Partizipation bis ans Lebensende» postuliert. Durch die fragende Vorgehensweise, welche teils sehr unkompliziert wirkt und durch die «stille bzw. blossе Präsenz» im Raum oder auf den Gängen in einer Institution, kann die Soziale Arbeit die Partizipation ihrer Klientel bis ans Lebensende verstärkt garantieren. Sie kann zudem Bedürfnisse freilegen und dem vielfach vorseilenden sozialen Tod (Krüger, 2017; Sudnow, 1973) vorbeugen. Diese Arbeit füllt sie mit einer Hingabe aus, welche von Seiten der anderen Professionen so nicht immer wahrgenommen wird.

Aus der vorliegenden Analyse lässt sich für das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit ableiten, dass ihre spezifischen Beiträge sich in einer aktiven, sich individuell wiederholenden, Suchbewegung in Form eines professionellen Aktes, einer eigenen Feststellung der Sinnhaftigkeit des Tätigseins im «stillen und/oder präsenten Dasein» sowie auf der anderen Seite im «ständig flexiblen Modus» ohne spezifische Erwartungshaltungen manifestieren. Zudem gilt es in vielen Belangen erstmals überhaupt Bedürfnisse freilegen zu können. Dazu ist kommunikatives Fingerspitzengefühl gefragt, welches oftmals beginnt mit einer simplen Frage. Zudem zeigte sich, wie wichtig ein überblickender Charakter bzw. eine überblickende Positionierung der eigenen Vorgehensweisen ist. Die Soziale Arbeit in der Palliative Care ist mit zahlreichen – nicht nur zu Beginn, sondern im ganzen Verlauf der Begleitung – unbestimmbaren Grössen in Bezug auf den Umfang der einzuleitenden Unterstützungsbedürfnisse der Klientel konfrontiert. Um diese unbestimmbare Grösse umsichtig, gefühlvoll aber dennoch beruflich professionell bearbeiten zu können bedienen sich die Fachpersonen einer Kombination aus privaten, bewussten und unbewusste Erfahrungs- sowie professionellem Handlungskompetenzen. Die Verbindung von persönlichen (Verlust)Erfahrungen im Feld von Sterben und Tod mit professionellem Fachwissen stellt für Fachpersonen ein Orientierungsmuster dar, welches sogar in eine massgeschneiderte Unterstützung für ihre Klientel mündet. Teils wurden aus dieser Kombination gar Checklisten um dennoch ein strukturiertes Vorgehen oder auch einen Verlauf skizzieren zu können. Leider sind sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit dieser systematischen Vorgehensweise, dieser Stärken und dieses Effektes in ihrem eigenen Handeln selbst zu wenig bewusst. Daran muss zukünftig unbedingt gearbeitet werden. Es gilt die Praktiken und Vorgehensweisen sichtbarer zu machen. Dazu müsste wohl ein multidimensionaler Ansatz geprüft werden, der nebst Selbstreflexion auch Peer-Feedbackansätze sowie ein stärkerer Austausch in den multiprofessionellen Teams beinhaltet.

Die Suchbewegung lässt sich zudem als wichtige Voraussetzung lesen, damit überhaupt Bedürfnisse festgestellt werden können und andererseits ist sie eine notwendige Bedingung, damit andere Professionen im Feld überhaupt erst einen spezifischeren Zugang zum Klientel erhalten. Letzteres bildet eine wichtige und bis anhin wenig diskutierte Gelingensbedingung für eine gute Sorge am Lebensende und könnte der Sozialen Arbeit eine wichtige Stellung einräumen. Denn sie leistet einen wesentlichen, wenn nicht gar den wesentlichsten Beitrag, dass Multiprofessionalität in der Begleitung am Lebensende bedürfnisgerecht und erfolgreich umgesetzt werden kann und die Bedürfnisse der Person am Lebensende und ihrem sozialen Umfeld beachtet werden. Dieser Tatsache sollten sich die Professionellen der Sozialen Arbeit bewusster werden und aktiver gegenüber anderen Berufen kommunizieren.

Die in der Fachliteratur und im DGP-Berufsprofil zitierten «Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit» (vgl. u.a. Maus et al., 2008) sollen das Berufsbild der Sozialen Arbeit sichern. Vorliegend können diese dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Soziale Arbeit in der Palliative Care auch als Spezialistin für das Entdecken des Unbekannten angesehen und akzeptiert wird. Wie ich empirisch zeigen konnte, schreckt die Unbekanntheit die Soziale Arbeit nicht ab, sondern motiviert diese, ihre spezifischen Problemlösefähigkeiten und Beratungsleistungen gegenüber der Klientel oder dem Team anzupreisen. Dass sie sich dabei selbst die Rolle als «neutrale Person» zuschreibt, unterstützt ihre spezifischen Problemlösefähigkeiten und sorgt für eine Zugänglichkeit, die andere Professionen wo möglich so nicht innehaben. In dieser Rolle kann sie eine offenere Beziehungsgestaltung mit unvoreingenommener Haltung auf Augenhöhe realisieren, als es die Seelsorge oder die Medizin kann. Die medizinischen, pflegerischen und seelsorgerischen Aufgabenbereiche sind zwar klarer definiert, aber damit sind auch spezifischere Erwartungshaltungen von Seiten der Klientel verbunden, welche auf das Tätigsein limitierend wirken können. Die Soziale Arbeit hat hier einen entscheidenden Vorteil, welchen sie zukünftig besser nutzen muss. Dadurch dass wenige Erwartungshaltungen an sie gerichtet werden, kann sie mit grösserer Freiheit Suchprozesse initiieren, verschiedene und auch unkonventionelle Ansätze ausprobieren und ihre Vorgehensweisen in der Unterstützung der Menschen am Lebensende ständig weiterentwickeln. Professionstheoretisch liegt ihr zwar genau der Grund dafür, dass der Sozialen Arbeit am Lebensende weniger Anerkennung verliehen wird, da sie ihr Handeln ändern gegenüber weniger klar begründen kann. Auf der anderen Seite könnten sie genau hier auch sagen, sie sei nicht nur für das Freilegen von Bedürfnisse zuständig, sondern für das Managen der Fürsorge bzw. der Care an sich.

Es zeigt sich deutlich, dass die Soziale Arbeit in der Palliative Care nicht einzelne Aufgaben für sich reklamiert, sondern sich vielfältige und zwischenmenschlich so einbringt, dass eine umfassendere psychosoziale Begleitung realisiert werden kann, als dies von Seiten einer einzelnen Profession möglich ist. Die Bezeichnung der Generalistin greift vorliegend aber deutlich zu kurz. Vielmehr ist die Soziale Arbeit am Lebensende eine Botschafterin für Unterstützungsbedürfnisse, welche noch nicht vorliegen oder durch andere Professionen nicht in der Präzisierung gefunden werden können. Sie ist damit nicht nur eine Case- sondern eine Care-Managerin.

Obwohl die Fachpersonen der Sozialen Arbeit vorliegend ständig mit dem Tod und einer grossen Unsicherheit in Bezug auf ihre Aufgaben konfrontiert sind, äussern sie keine negativen Belastungen in Bezug auf ihre einzugehenden professionellen Beziehungen. Ein Grund dafür liegt in ihrer eigenen Zielsetzung im Alltag. Sie orientieren sich, teils bewusst, teils unbewusst daran, die psychosoziale Integrität ihrer Klientinnen und Klienten (wieder)herzustellen. Das Private und die diesbezüglichen negativen oder belastenden eigenen Erfahrungen mit dem Sterben und dem Tod helfen den Professionellen dabei, ihre Arbeit strukturierter und zielorientierter anzugehen. Das Private wird so zur professionellen Stärke und strukturiert das berufliche Handeln. Die Professionellen greifen gar auf dieses Wissen zurück und können sich so emphatischer ins Gegenüber einfühlen. Dies ist auch auf den Umstand zurückzuführen, dass sie selbst hochreflexiv unterwegs sind und eigene Verlusterlebnisse in fürsorgliche und zugleich menschliche Wärme transferieren können, ohne sich selbst dabei zu belasten. Hierin zeigt sich auch, dass sie einen eigenen Habitus, in Form einer beratenden und auf Berufung basierenden Stellung im Feld von Sterben und Tod entwickelt haben. Das professionelle Handeln ist prinzipiengeleitetes Handeln, es orientiert sich aber an einem ontologisch-normativen Ansatz (Engelke, 2009), der altruistischen und auf den ersten Blick selbstlos wirkenden Komponenten ein grösseres Gewicht einräumt. Auf den zweiten Blick wird aber deutlich, es liegen professionelle Vorgehensweisen vor.

Mit der Frage nach dem USP habe ich mir einen Weg geebnet, auch eine Diskussion über den ökonomischen Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Palliative Care anzureissen. Wie sich gezeigt hat, erbringt die Soziale Arbeit Dienstleistungen, die von Seiten der Fachpersonen selbst und unmittelbar für das Arbeitsfeld am Lebensende spezifisch erbracht werden. Die Differenz, welche auch im Berufsprofil der DGP ausgeführt ist, liegt zwischen Beratungs-, Begleitungs- und Koordinationsleistungen. Die Soziale Arbeit, verstanden als personenbezogene Dienstleisterin, hat die Subjektbeziehungen in unterschiedlichen Settings und Intensitäten zu realisieren. Dazu gehören die individuelle Beratung und die

Beratung mit und für Angehörige. Die Schaffung von Räumen, besonders auch im semantischen Sinne, ermöglichen Begegnung nicht nur auf Augenhöhe, sondern ebenso vertrauensvoll und objektiv. Beide Angebote werden aber teils nur gering anerkannt, sei es bei den gesundheitsbezogenen Leistungen in Form von krankenkassenpflichtigen Leistungen oder auch im Alltag in den Hospizen bzw. Palliativstationen von anderen Professionellen. Hierzu könnte es sich lohnen, das Datenmaterial mit einer Kombination aus einem machttheoretischen (exemplarisch Kraus & Krieger, 2007/2021)¹ und dienstleistungsorientierten Zugang (exemplarisch Schaarschuch, 1999; Albert, 2005) zu analysieren. Es liessen sich zusätzliche Überlegungen anstellen, um Fachkräften aus der Sozialen Arbeit in der Begleitung am Lebensende dabei zu helfen, sich ihrer eigenen Macht oder Wirksamkeit überzeugender bewusst zu werden.

Eine neuzeitlichere Position, welche sich an machttheoretischen Ansätzen wie jene von Foucault 1976 anlehnt, vertritt bereits Pfadenhauer (2009). Sie ist der Meinung, dass der Erfolg einer Profession davon abhängt, wie sie ihre Kompetenz darstellt und ob diese Darstellung allgemein anerkannt wird. Pfadenhauer orientiert sich an der Selbstdarstellung der Profession bzw. der darin Tätigen. Ich habe mich vorliegend auf die Selbstbeschreibungen sowie die damit verbundenen Begründungen und Orientierungen konzentriert. Da Palliative Care in einem multidisziplinären Umfeld stattfindet, könnte es sich lohnen, eine weitere Analyse im Rahmen der professionstheoretischen Positionierung von Pfadenhauer durchzuführen. Über meine Selbstbeschreibung lassen sich Rückschlüsse ziehen, wie autonom bzw. nicht autonom das Wirkungsfeld der Palliative Care von der Sozialen Arbeit bzw. darin tätigen Fachpersonen erschlossen wird.

Vorliegend wurde deutlich, dass die Soziale Arbeit die Gestaltung von sozialen Beziehungen besonders kompetent umsetzt. Die Bezeichnung einer Botschafterin greift auch hier. Besonders dann, wenn die Fachpersonen auch vor Ort, in Hospizen oder Palliativeabteilungen eine ausreichende, physische Präsenz einbringen können. Da sich bereits bei der Analyse der Stichproben zeigte, dass einige Fachpersonen nur über ein sehr geringes Pensum (5 % bzw. 10 %) verfügen, sollte zukünftig in den Institutionen die Verankerung von Mindestpensum geprüft werden. Vorliegend konnte ebenfalls analytisch rekonstruiert werden, dass eine Diskrepanz zwischen «Tätigsein wollen», «Tätigsein können» und «Tätigsein dürfen» sich über ein höheres Pensum auch reduziert. Der Ansatz, die Soziale Arbeit in der Palliative Care als Kollaborationsgestalterin und Botschafterin für das noch

¹ Kraus, B. & Krieger W. (Hrsg.). 2021. *Macht in der Sozialen Arbeit*, Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. 5. Auflage. Detmold: Jacobs Verlag.

Unbekannte wesentlich stärker voranzutreiben, ist einer meiner Wünsche an die weitere Forschung und an die Praxis. Dieser Weg würde die professionspolitische Debatte weiter anregen, und damit auch die Diskussion darüber, der Sozialen Arbeit endlich ihren wohlverdienten Status in der Begleitung am Lebensende zu sichern.

Die vorliegende Studie hat einen weiteren Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care geleistet und damit auch ein in der Forschung noch teilweise moniertes Desiderat weiter erschlossen (vgl. Wasner & Pankhofer, 2014; Student et al., 2020). Für das professionelle Selbstverständnis und damit auch für die Positionierung der Sozialen Arbeit im Feld der Palliative Care konnten wichtige Resultate aufgezeigt werden. Die Soziale Arbeit scheint diejenige Profession zu sein, welche mit der Unbestimmbarkeit in der Dienstleistungserbringung, im Alltag, aber auch bezogen auf die Erwartungshaltungen von Seiten der anderen Professionen am prädestiniertesten umgehen kann. Ihre grossen Stärken liegen in der Sichtbarmachung von Bedürfnissen ihrer Klientel, den diesbezüglichen Unterstützungsleistungen am Lebensende und deren Koordination. Sich dabei auf persönliche und private Momente zu berufen und somit Fürsorge in ihr Handeln und Denken zu integrieren ist professionell.

Eine Investition in die Begleitung am Lebensende und damit in die Sorge um Andere am Lebensende müsste der heutigen Gesellschaft und der Politik genau so viel wert sein, wie die aktuellen Investitionen in den frühkindlichen Bereich. Es ist zwar richtig, dass im frühkindlichen Bereich die langfristigen Zukunftsaussichten wesentliche Leitlinie und zugleich Zielsetzungen bilden und damit auch eine wirtschaftliche Prosperität verbunden ist, während die Perspektiven am Lebensende absehbar endlich sind. Doch selbst für Monate, Wochen, Tage und Stunden ist jede Form von Unterstützungsleistung gesellschaftlich und wirtschaftlich angemessen und erforderlich, die für ein menschenwürdiges Dasein bis ans Lebensende erbracht werden muss. Diese Haltung vertritt die Soziale Arbeit, indem sie den Tod ebenso als natürlichen Teil des Lebens anerkennt und diesbezügliche Unterstützungsangebote nicht nur bereitstellt, sondern gar erst eruiert. Mühlum führte bereits 1995 aus, dass die Soziale Arbeit nicht nur «wandlungsfähig», sondern zugleich auch «prinzipientreu» sein müsse (S. 133). Die Soziale Arbeit am Lebensende navigiert sich mit ihren professionellen Suchprozessen zwischen diesen beiden Polen und hat sich ihren eigenen, empirisch belegbaren, Weg gebahnt. Sie hat ihre Prinzipien.

Es bleibt zu hoffen, dass die teils noch spärlich vorhandene Wirkungsforschung im Bereich der Begleitung am Lebensende verstärkt angegangen wird. Ein denkbarer Weg wäre es nun, das Berufsprofil mit den vorliegenden Ergebnissen und mit weiterer Forschung anzureichern. Daraus liessen sich weitere

Indikatoren für das berufliche Handeln benennen und deren Umsetzung in der Praxis könnte in einer grösseren – womöglich auch quantitativen Studie – nachgewiesen werden. So liesse sich auch ein weiterer Nachweis der Passung von palliativen Anliegen und sozialarbeiterischer Kompetenz vorgelegt werden. Bei dem Wunsch nach systematischer Leistungserfassung sollte aber die Herkunft der Hospizbewegung nicht vergessen werden. Student et al. formulieren, «eine gute Sterbekultur braucht schliesslich alle: informelle, familiäre, zivilgesellschaftliche und professionelle Sorgenetzwerke» (S. 160). Es ist richtig – eine umfassende Begleitung und Betreuung bedarf professioneller und privater bzw. ehrenamtlich erbrachter Leistungen. Ich möchte betonen, dass wir zukünftig beide Aspekte brauchen werden, doch die professionellen Leistungen gilt es klar zu stärken. Damit aber die erbrachten Leistungen bei der Klientel nicht zufällig bleiben, sondern systematisch zugänglich werden, bedarf es der Sicherstellung des Zugangs zu einer umfassenden Betreuung. Ferner müsste so dann genau diese Betreuung hierzulande stärker Teil der Ausbildung sein. Zurzeit wird das Thema Sterben und Tod immer noch nur in begrenztem Umfang in Lehrplänen von Ausbildungseinrichtungen berücksichtigt und geniesst erst einen Stellenwert in der Weiterbildung.

«Mors certa, hora incerta»

Ein lateinisches Sprichwort was übersetzt bedeutet «der Tod ist gewiss, die Stunde ungewiss», könnte vorliegend nicht passender sein, um das professionelle Handeln in einen abschliessenden Rahmen zu fassen: Der Tod ist gewiss, doch die Aufgaben, Bedürfnisse, individuellen und sozialen Ressourcen, sowie die Wünsche und Herausforderungen bis dahin und darüber hinaus sind unspezifisch, vielschichtig und sehr ungewiss. Umso wichtiger ist der Beitrag der Fachkräfte der Sozialen Arbeit: sie bewältigen diese Unsicherheit durch ihre berufliche Praxis viel spezifischer als andere Professionen. Sie schaffen es, mittels ihrer dezenten und schlichten Präsenz und ihren Suchbewegungen die Ungewissheit produktiv zu nutzen und sie zu einer bestimm- und bearbeitbaren Grösse für sich selbst sowie für die anderen Professionen in der Palliative Care zu machen. Diese Stärken gehören kommuniziert und weiterverbreitet und es ist ihr zu wünschen, dass sie das auch tun.

«Ja, ich finde, wir können ganz viel machen. Es ist nicht nur die Pflege, es ist nicht nur die Medizin. Es ist und braucht am Lebensende noch viel mehr. Ich glaube ja, ich vertrete dieses Mehr.» (Herr Rölli, Z. 624).

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Literaturverzeichnis

- Albert, M. (Hrsg.) (2005). Soziale Arbeit im Wandel. Professionelle Identität zwischen Ökonomisierung und ethischer Verantwortung. Hamburg: VSA-Verlag.
- Alheit, P. (1988). Alltagszeit und Lebenszeit. Über die Anstrengungen widersprüchlicher Zeiterfahrungen in Ordnung zu bringen. In Zoll R. (Hrsg.), *Zerstörung und Wiederaneignung von Zeit*. (S. 371–386). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Allert, R. Sozialarbeit in stationären Hospizen: Im Rahmen des Forschungsprojekts „Stand und Handlungsbedarf der bundesdeutschen Hospizbewegung: Studie zur aktuellen Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsentwicklung“ erhobenen Daten. Köln.
- Amling St., & Hoffmann N. F., (2013). Die soziogenetische Typenbildung in der Diskussion. Zur Rekonstruktion der sozialen Genese von Milieus in der Dokumentarischen Methode. *Zeitschrift für qualitative Forschung (ZQF)* 14 (2), 179–198. <https://www.budrich-journals.de/index.php/zqf/article/viewFile/16381/14297>.
- Arbeitskreis für psychosoziale Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW. (2011). *Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Massstäbe für Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliative Bereiche* (Arbeitskreis für psychosoziale Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW, Hrsg.). Münster: Stegemöller Druck.
- Ariés, P. (2005). *Geschichte des Todes* (11. Aufl.). München: DTV.
- Aulenbacher, B., & Dammayr, M. (Hrsg.). (2014). *Für sich und andere sorgen: Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft*. Beltz Juventa.
- BAG Hospiz (Hrsg.). (2007). *Ambulante Hospizarbeit – Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit*. Wuppertal: Hospiz.
- Bartkowski, J. (2011). *Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Palliativversorgung*. Nicht veröffentlichte Bachelorarbeit., Siegen. Siegen. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Bachelor_soc_Arbeit_Pall.pdf.
- Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). (2022). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Becker-Lenz, R., Busse, S., Ehlert, G. & Müller, S. (Hrsg.). (2009). *Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Becker-Lenz, R., Busse, S., Ehlert, G. & Müller, S. (Hrsg.). (2013). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (2. Aufl.): Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker-Lenz, R. & Müller, S. (2009). Funktion und Bildung des professionellen Habitus als Teil des Gesamthabitus. Konzeptionelle Bestimmung des professionellen Habitus in einer Untersuchung zur Professionalisierung Sozialer Arbeit. In M. Pfadenhauer & T. Scheffer (Hrsg.), *Profession, Habitus und Wandel* (S. 95–116). Frankfurt am Main.
- Berke, J. (Hrsg.). (2021). *Die ärztlich geschuldete Leistung in der Palliativmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Berke, J. (2021). Die Palliativmedizin. In J. Berke (Hrsg.), *Die ärztlich geschuldete Leistung in der Palliativmedizin* (S. 7–39). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bernatzky, G., Sittl, R. & Liker Rudolf (Hrsg.). (2011). *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin* (3. Auflage). Wien / New York: Springer VS.
- Berthod M.A. & Magalhães d Almeida A. (2022). Der Tod als Herausforderung im Gesundheitswesen und des sozialen Zusammenhalts. *SozialAktuell*, 13–15.
- Bitschau, K. W. (2017). Palliative Care und Sozialarbeit. In B. Steffen-Bürgi, Scherer-Santschi Erika, Staudacher Diana & Monteverde Settimio (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3 vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 112–116). Bern: Hogrefe.
- Blau, A. (2018). *Professionsautonomie in der Sozialen Arbeit. Überlegungen zum Selbstverständnis der Profession und dessen Aussenwirkungen auf die Praxis* (Band 3). Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Bohnsack, R. (2003a). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. Opladen.
- Bohnsack, R. (2012). Orientierungsschemata, Orientierungsrahmen und Habitus. In Schittenhelm Karin (Hrsg.), *Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung* (S. 119–153). Wiesbaden: Springer VS.
- Bohnsack, R., Hoffmann Nora F. & Nentwig-Gesemann I. (2019). Typenbildung und Dokumentarische Methode. *Jahrbuch Dokumentarische Methode* (1), 17–50. <https://doi.org/10.21241/>
- Bohnsack R., Marotzki W. & Meuser M. (Hrsg.). (2006). *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung* (1. Auflage). New York: Farmington Hills.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann Iris & Nohl Arnd-Michael (Hrsg.). (2013). *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bomert, Ch., Landhüsser S., Lohner Eva Maria & Stauber B. (Hrsg.). (2021). *Care! Zum Verhältnis Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Borasio, G. D. (2012). *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*. (7. Aufl.). München: Beck.
- Borasio, G. D. (2016). *Über das Sterben. Was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen* (11. Aufl.). München: Beck.
- Bourdieu, P. (1991). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1970 [1967]): Der Habitus als Vermittler zwischen Struktur und Praxis. In: Pierre Bourdieu: *Zur Soziologie der symbolischen Formen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 125–158.

- Brandl-Thür, L. (2006). *Soziale Arbeit in Einrichtungen stationärer Palliativmedizin. Eine qualitative Studie*. Nicht veröffentlichte Masterarbeit, Katholische Stiftungsfachhochschule. München.
- Brandsen, C. K. (2005). Social Work and End-of-life Care: Reviewing the Past and Moving Forward. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2, 45–70.
- Brückner, M. (2003). Care. Der gesellschaftliche Umgang mit zwischenmenschlicher Abhängigkeit und Sorgetätigkeiten. *neue praxis* (2), 163–171.
- Brückner, M. (2021). Kämpfe um Care – feministische Analysen und Initiativen. In Bomert Christiane, Landhäuser Sandra, Lohner Eva Maria & Stauber Barbara (Hrsg.), *Care! Zum Verhältnis Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit* (S. 29–47). Wiesbaden: Springer VS.
- Brückner, M. & Thiersch, H. (2005). Care und Lebensweltorientierung. In W. Thole, P. Cloos, F. Ortmann & S. Volkhardt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Soziale Gerechtigkeit in der Gestaltung des Sozialen* (S. 137–149). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buckley, J. (2002). Holism and a health-promoting approach to palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 8 (10). <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.10.10697>
- Burgheim, W. (Hrsg.). *Hospizarbeit – Zürich in die Zukunft. Mit Qualität, Ideen und Profil*. Merching: Forum.
- Busche, A. & Strege, M.-A. (1999). Die Rolle der Sozialarbeiterin. In J.C. & Student (Hrsg.), *Das Hospiz-Buch* (S. 129–139).
- Bütow, B., Holztrattner, M. & Raitelhuber, E. (Hrsg.). (2021). *Organisation und Institution in der Sozialen Arbeit: Herausforderungen, Prozesse und Ambivalenzen*. Barbara Budrich Verlag.
- Clark, D. (2018) *Cicely Saunders. A life and Legacy*. Oxford: Oxford University Press
- Cloos, P. (2014). Organisation, Profession und die Herstellung von Differenz. In A. Ter-vooren, N. Engel, M. Göhlich, I. Miethe & S. Reh (Hrsg.), *Ethnographie und Differenz in pädagogischen Feldern. Internationale Entwicklungen erziehungswissenschaftlicher Forschung*. (S. 257–271). Bielefeld: transcript.
- Coelen, T. & Otto Hans Uwe (Hrsg.). (2008). *Grundbegriffe Ganztagsbildung. Das Handbuch* (1. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Colla, H. & Krüger, T. (2013). Der pädagogische Bezug – ein Beitrag zum sozialpädagogischen Können. In: Blaha, K., Meyer, C., Colla, H., Müller-Teusler, S.: *Die Person als Organon in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.). (1996). *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (9. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dechsler, M. (2010). *Professionalisierung palliativer Sozialarbeit*. Hamburg: Diplomica.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). *Fachlexikon der sozialen Arbeit*.
- Dewe, B. & Otto H.U. (2011). Professionalität. In Otto Hans Uwe & Thiersch Hans (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (4. völlig neu bearbeitete Auflage, S. 1145–1153). München und Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Dewe, B. & Otto H.U. (2012). Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein Einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 197–217). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Doyle, D. (1999, September). *Au revoir: Abschiedsvortrag am 6. Europäischen Palliativkongress in Genf*.
- Doyle D., Hanks G., & MacDonald N. (Hrsg.). (2005). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (3rd edn.). Oxford: Oxford University Press.
- Dünne J. & Günzel S. (Hrsg.). (2006). *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Effinger, H. (2021). *Soziale Arbeit im Ungewissen*. Mit Selbstkompetenz aus Eindeutigkeiten fallen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Engelke, E. (2004). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen*. Freiburg: Lambertus.
- Etzioni, A. (1969). *The Semi-Professions and their Organization. Teacher, Nurses, Social Workers*. New York: The Free Press.
- Farrenberg, D. & Schulz, M.. (2020). *Handlungsfelder in der Sozialen Arbeit. Eine systematisierende Einführung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Fernandez, Ch. & Probst-Barroso, L.. (2022). Soziale Arbeit in der Palliativ Care. *SozialAktuell*, 16–17.
- Fiedler, P. & Hörmann, G. (1978). *Aktionsforschung in Psychologie und Pädagogik*. Darmstadt: Steinkopf.
- Fink, M. (2012). *Von der Initiative zur Institution – Die Hospizbewegung zwischen lebendiger Begegnung und standardisierter Dienstleistung*. Ludwigsburg: Hospiz.
- Fischer, B. (2014). Zentrale Aufgaben der Sozialen Arbeit. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Münchener Reihe Palliative Care, Bd. 11, 1. Aufl., S. 116–121). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fleckinger, S. (2013). *Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. zwischen hospizlich-palliativer Sorgeskultur und institutionalisierter Dienstleistung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Forster, H. (2014). Psychosoziale Begleitung. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Münchener Reihe Palliative Care, Bd. 11, 1. Aufl., S. 127–134). Stuttgart: Kohlhammer.
- Foucault, M. (2006). Von anderen Räumen. In Dünne J. & Günzel S. (Hrsg.), *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*. (S. 317–329). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn. Theorie, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity Press.
- Friedmann, R. & Mühlum, A. (2014). Palliative Care – Soziale Arbeit. Das Lebensende als finale Herausforderung. *Ethik Journal*. http://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_4_10_2014/Muehlum_Das_Lebensende_als_finale_Herausforderung_EthikJournal2_2014_2.pdf.
- Fulton, R. (1964). Death and the self. *Journal of Religion and Health* 3 (4), 359–368. <https://doi.org/10.1007/BF01636299>
- Füßenhäuser, C. & Thiersch, H. Theorie und Theoriegeschichte Sozialer Arbeit. In *Otto H.U, Thiersch, H. (Hrsg.)*.
- Gadamer, G.H (1987). Neuere Philosophie. Band 4 gesammelte Werke. Mohr
- Gahleitner, S. Psychosoziale Beratung. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (S. 681–682).
- Gahleitner, S. & Han, G. ((2012). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten, Klinische Sozialarbeit*. (4 Bände). Bonn: Psychiatrie.

- Gebauer, G. (2022). Habitus. In R. Gugutzer, G. Klein & M. Meuser (Hrsg.), *Handbuch Körpersoziologie 1: Grundbegriffe und theoretische Perspektiven* (S. 41–45). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- GfK Schweiz – Marktforschungsinstitut. (2009/2017). *Zusammenfassung der Bevölkerungsbefragung zu Palliative Care im Auftrag des BAG*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/bevoelkerungsbefragung-palliative-care.html>.
- Geissler-Pitzl, B., Mühlum, A. & Paulsen, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
- Gieseke, W. & Nittel, D. (Hrsg.). (2016). *Handbuch Pädagogische Beratung über die Lebensspanne*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gronemeyer, R. & Heller, A. (2007). Stirbt die Hospizbewegung am eigenen Erfolg? In A. Heller, Heimerl Katharina & Husebö Stein (Hrsg.), *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können* (3. überarbeitete Auflage, S. 576–586). Freiburg: Lambertus.
- Grundwald, K. & Thiersch H. (2011). Lebensweltorientierung. In Otto Hans Uwe & Thiersch Hans (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (4. völlig neu bearbeitete Auflage, S. 854–863). München und Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Gugutzer, R., Klein, G. & Meuser, M. (Hrsg.). (2022). *Handbuch Körpersoziologie 1: Grundbegriffe und theoretische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Günter, M. & Mruck K. (Hrsg.). (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Haller, D., Hinte, W. & Kummer, B. (Hrsg.). (2007). *Jenseits von Tradition und Postmoderne. Sozialraumorientierung in der Schweiz, Österreich und Deutschland*. Weinheim und München.
- Hart, CW. & Matorin S. (1997). Collaboration between hospice social work and pastoral care to help families cope with serious illness and grief. *Psychiatr Serv* (12), 1549–1552.
- Hefel, J. (2019). *Verlust, Sterben und Tod über die Lebensspanne. Kernthemen Sozialer Arbeit am Beispiel österreichischer Fachhochschulen*. Leverkusen: Budrich Academic Press.
- Heiner, M. (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heiner, M. (2010). *Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fähigkeiten* (2. Aufl.). München und Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Heiner, M. (2012). Handlungskompetenzen und Handlungstypen. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein Einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 611–624). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferrich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 875–892). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Heller, A., Heimerl Katharina & Husebö Stein (Hrsg.). (2007). *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können* (3. überarbeitete Auflage). Freiburg: Lambertus.
- Heller, A. & Pleschberger S. (2011). Zur Geschichte der Hospizbewegung. In G. Bernatzky, R. Sittl & Liker Rudolf (Hrsg.), *Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin* (3. Auflage, S. 6–9). Wien / New York: Springer VS.

- Herbst, F. A., Heckel, M., Stiel, S. & Ostgathe, C. (2017). Kompetent vernetzt – optimal versorgt! Förderliche Faktoren der Zusammenarbeit in hospizlich-palliativen Versorgungsnetzwerken in Bayern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), 37–44. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2482-9>
- Herrlein, P. psychosoziale Begleitung. In C. Drolshagen (Hrsg.), *Lexikon Hospiz* (S. 23–24).
- Heuer, K., Becker-Lenz, R., Busse, S., Ehlert, G. & Müller-Herrmann S (Hrsg.). (2015). *Bedrohte Professionalität. Einschränkungen und aktuelle Herausforderungen für die Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Heuer, K., Paul K. & Hanses A. (2015). Professionalitätskonstruktionen in der Arbeit mit sterbenden Menschen. In Heuer Katharina, R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & Müller-Herrmann S (Hrsg.), *Bedrohte Professionalität. Einschränkungen und aktuelle Herausforderungen für die Soziale Arbeit* (S. 259–278). Wiesbaden: Springer VS.
- Hinsel, H. (2015). Mit der Hospizarbeit in die Öffentlichkeit gehen. In Burgheim W. (Hrsg.), *Hospizarbeit – Zürich in die Zukunft. Mit Qualität, Ideen und Profil*. (S. 245–266). Merching: Forum.
- Homfeldt, H. G. & Schneider, M. (2008). Betreuung. In T. Coelen & Otto Hans Uwe (Hrsg.), *Grundbegriffe Ganztagsbildung. Das Handbuch* (1. Aufl., S. 495–503). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Student, J.C. (1999). *Das Hospiz-Buch*. 4. Aufl. Lambertus
- Jeffrey, D. (2003). What do we mean by psychosocial care in palliative care? In M. Llyold-Williams (Hrsg.), *Psychosocial issues in palliative care..* Oxford / New York: Oxford University Press.
- Jenny, A. (2013). Weshalb Palliative Care die Soziale Arbeit etwas angeht. Soziale Arbeit in der Palliative Care am Beispiel der Caritas Luzern: Hilfsangebote als Unterstützung – nicht als Belastung – erfahren! *SozialAktuell* (12), 28–30.
- Jungbauer, J. & Krockauer, R. (Hrsg.). (2013). *Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer* (Schriften der KatHO NRW, Bd. 18). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Junker, S. & Lohner, E. (2021). Heterotopie Hospiz. Eine Analyse zu Care-Arbeit im Hospiz. In Bomert Christiane, Landhäusser Sandra, Lohner Eva Maria & Stauber Barbara (Hrsg.), *Care! Zum Verhältnis Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit* (S. 121–138). Wiesbaden: Springer VS.
- Kalus, B., Efinger, H., Gahleitner, S., Mieth, I. & Stövesand, S. ((Hrsg.). (2011). *Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung*. Opladen: Budrich.
- Kissane D. & Clarke D. (2001). Demoralization Syndrome – a Relevant Psychiatric Dignosis for Palliative Care. *Journal of Palliative Care* 17 (1), 12–21.
- Klüsche W. (1990). *Professionelle Helfer – Anforderungen und Selbstdeutungen. Analyse und Erwartungen und Bedingungen in Arbeitsfeldern der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. Aachen.
- Knöpfel C., Pardini R. & Heinmann C. (2020). *Wegweiser für gute Betreuung im Alter.: Stiftungskooperation*.
- Kraimer, K. (Hrsg.). (2000). *Die Fallrekonstruktion*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Krenz, C. (2015). *Ein Beweis des Lebens. Grundlagen Sozialer Arbeit im stationären Hospiz*. Freiburg: Centaurus & Media KG.
- Krüger, T. (2022). *Trauer in der Sozialen Arbeit. Bedeutung von Verlust und Trost*. Stuttgart: W. Kohlhammer

- Krüger, T. (2017). *Sterben und Tod*. Kernthemen Sozialer Arbeit. Ergon Verlag.
- Krüger, T. (2015). Death education und Soziale Arbeit: ein Beitrag zur Integration der Themen Sterben und Tod. *Revue suisse de travail social* (18), 24–40.
- Krüger, T. (2011). Sterbebegleitung. In Otto Hans Uwe & Thiersch Hans (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (4. völlig neu bearbeitete Auflage,). München und Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Krüger, T., Colla, H. (2013). Von der Wiege bis zur Bahre? – Sozialpädagogisches Können im Umgang mit Sterben, Tod und Hospizarbeit. In: Blaha, K., Meyer, C., Colla, H., Müller-Teusler, S. (eds) *Die Person als Organon in der Sozialen Arbeit*. Springer VS, Wiesbaden.
- Leipzig RM, Hyer K., EK K. Wallestein S: Vezin ML, Fsrirchild S, Cassel CK & Howe JL. (2002). Attitudes toward working in interdisciplinary healthcare teams. a comapriion by discipline. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* (50), 1141–1148.
- Lindena, G., Woskanja S. & Fahland R. (2010). *HOPE 2010*. www.hope-clara.de/download/HOPE_2010.pdf.
- Llyold-Williams, M. (Hrsg.). (2003). *Psychosocial issues in palliative care*. Oxford / New York: Oxford University Press.
- Lutz, B. (Hrsg.). (1995). *Metzler Philosophen Lexikon: Von den Vorsokratikern bis zu den Neuen Philosophen*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Mannheim, K. (1964). Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation. In Mannheim Karl (Hrsg.), *Wissenssoziologie* (S. 91–154). Neuwied: Luchterhand.
- Mannheim, K. (Hrsg.). (1964). *Wissenssoziologie*. Neuwied: Luchterhand.
- Mannheim, K. (1980). *Strukturen des Denkens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Maus, F., Nodes, W. & Röh, D. (Hrsg.). (2008). *Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. (Wochenschau). Schwalbach.
- Meuser, M. (2006). Rekonstruktive Sozialforschung. In Bohnsack Ralf, Marotzki Winfried & Meuser Michael (Hrsg.), *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung* (1. Auflage, S. 140–142). New York: Farmington Hills.
- Meyer, Ch. (2019). *Soziale Arbeit und Alter(n)*: Beltz Juventa.
- Mielke, L. (2007). *Hospiz im Wohlfahrtsstaat. Unsere gesellschaftliche Antwort auf Sterben und Tod – eine soziologische Bestandsaufnahme in Deutschland*. Wuppertal: Hospiz.
- Miethe, I. (2017). *Biografiearbeit. Lehr- und Handbuch für Studium und Praxis* (3. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Monroe B. (2005). Social Work in Palliative Care. In Doyle Derek, Hanks Geoffrey & MacDonald Neil (Hrsg.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (3rd edn., S. 1007–1017). Oxford: Oxford University Press.
- Morris, P. M. (2008). Reinterpreting Abraham Flexner’s Speech, «Is Social Work a Profession?»: Its Meaning and Influence on the Field’s Early Professional Development. *Social Service Review*, 82(1), 29–60.
- Moser, H. (1977b). *Methoden der Aktionsforschung. Eine Einführung*. München: Kösel.
- Moser, H. (1977a). *Praxis der Aktionsforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Kösel.
- Motzke, K. (2014). *Soziale Arbeit als Profession. Zur Karriere „sozialer Hilfstätigkeit“ aus professionssoziologischer Perspektive*. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.

- Mühlum, A. Im Angesicht des Todes: Die letzte Lebensphase als finale Herausforderung – auch für Klinische Sozialarbeit. In G. Silke & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (S. 97–111). Bonn: Psychiatrie.
- Mühlum, A. (1995). Soziale Arbeit weiterdenken. Ein Diskussionsbeitrag. In W. R. Wendt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität* (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Bd. 2, S. 115–133). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Mühlum, A. (Hrsg.). (2011). *Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care. Soziale Arbeit mit sterbenden und trauernden Menschen*. in: Bieker, Rudolf; Floeerecker, Peter (Hg.) *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mühlum, A. (2014). Hospiz – Palliative Care – Soziale Arbeit. Das Lebensende als finale Herausforderung. *Ethik Journale* 2, 1–19.
- Mühlum, A. (2014). Machtlos mächtig. Soziale Arbeit in Grenzsituationen des Lebens – am Beispiel der Hospiz und Palliative Care., 459–480.
- Müller, K. & Kern, M. (Hrsg.). (2004). *Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger in Palliativmedizin*. Bonn: Pall Med.
- Müller, B. (2012). Professionalität. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein Einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 955–974). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Müller, B. (2015). Profession, Professionalisierung. In W. Thole, D. Höblich & S. Ahmed (Hrsg.), *Taschenwörterbuch Soziale Arbeit* (S. 242–244). Bad Heilbronn.
- Müller, M. (2017). Total Pain. In B. Steffen-Bürgi, Scherer-Santschi Erika, Staudacher Diana & Monteverde Settimio (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3 vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 406–414). Bern: Hogrefe.
- Nadai, E., Sommerfeld, P., Bühlmann, F. & Krattiger, B. (2005). *Fürsorgliche Verstrickung. Soziale Arbeit zwischen Profession und Freiwilligenarbeit* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nassehi A. & Weber G. (1989). *Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nauck, F. (2003). Is palliative care synonymous with end-of-life-care? *European Journal of Palliative Care* 10 (6), 223.
- Neuffer M. (2013). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Weinheim: Beltz Juventa
- Nestmann, F. (2008). Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. *Beratung aktuell, Fachzeitschrift der Theorie und Praxis der Beratung*, 2, 72–79.
- Nohl A.-M. (2013). Komparative Analyse. In Bohnsack Ralf, Nentwig-Gesemann Iris & Nohl Arnd-Michael (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis* (S. 271–293). Wiesbaden: Springer VS.
- Nohl A.-M. (2017). *Interview und Dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis* (5. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Obrecht, W. *Umriss einer biopsychosozialen Theorie sozialer Probleme. Beitrag zur Tagung „Themen der Sozialarbeitswissenschaft und ihre transdisziplinäre Verknüpfung“ 2002*.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In Combe Arno & Helsper Werner (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (9. Aufl., S. 70–182). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Oevermann, U. (2000). Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In Kraimer K (Hrsg.), *Die Fallrekonstruktion* (S. 58–153). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (2009). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 113–142). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oevermann, U. (2013). Die Problematik der Strukturlogiken des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragungen und Gegenübertragungen in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (2. Aufl., S. 119–147). Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oliviere, D. (2001). The Social Worker in Palliative Care – the „eccentric“ role. *Progress in Palliative Care* (9), 237–241.
- Oliviere, D., Hargreaves R., Monroe, B. (Hrsg.). (1998). *Good practice in palliative care. A psychosocial perspective*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Otto H.U & Thiersch H. (Hrsg.). (2011). *Handbuch Soziale Arbeit* (4. völlig neu bearbeitete Auflage). München und Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Pantucek P. (2007). Sozialraum und Professionalisierung der Sozialen Arbeit. In Haller Dieter, Hinte Wolfgang & Kummer Bernhard (Hrsg.), *Jenseits von Tradition und Postmoderne. Sozialraumorientierung in der Schweiz, Österreich und Deutschland* (S. 38–49). Weinheim und München.
- Pfadenhauer, M. & Dieringer, V. (2019). Professionalität als institutionalisierte Kompetenzdarstellungskompetenz. In C. Schnell & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Handbuch Professionssoziologie* (S. 1–21). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Pfadenhauer, M. & Scheffer, T. (Hrsg.). (2009). *Profession, Habitus und Wandel*. Frankfurt am Main.
- Pleschberger S. (2002). Palliative Care. Ein Paradigmenwechsel. *Österreichische Pflegezeitschrift* 12, 16–18.
- Pleschberger S. (2017). Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In B. Steffen-Bürgi, Scherer-Santschi Erika, Staudacher Diana & Monteverde Settimio (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3 vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 34–39). Bern: Hogrefe.
- Precht, P. (1995). Bentham, Jeremy. In B. Lutz (Hrsg.), *Metzler Philosophen Lexikon: Von den Vorsokratikern bis zu den Neuen Philosophen* (S. 105–106). Stuttgart: J.B. Metzler.
- Przyborski A. & Slunecko Th. (2020). Dokumentarische Methode. In Günter Mey & Katja Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–19). Wiesbaden: Springer VS.
- Rätz R. & Völter B. (Hrsg.). (2014). *Wörterbuch rekonstruktive Sozialforschung*. Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rees, D. J. & Brown, M. (2004). Relationships between Social Work Involvement and Hospice Outcomes: Results of the National Hospice Social Work Survey. *Social Work* 49, 415–422.

- Reicherzt, J. (2016). *Qualitative und Interpretative Sozialforschung. Eine Einladung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rerrich, M. S., & Thiessen, B. (2021). Von Care zur Sozialen Arbeit und wieder zurück? Theoretische Überlegungen und Impulse für die Praxis. In C. Bomert, S. Landhäufer, E. M. Lohner, & B. Stauber (Hrsg.), *Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit* (S. 47–62). Springer VS.
- Reith, M. & Payne M. (2009). *Social Work in End-of-life and Palliative Care*. Chicago: Lyceum Books.
- Rosa, H. (2013). *Beschleunigung und Entfremdung. Entwurf einer kritischen Theorie spät-moderner Zeitlichkeit*. Berlin: Suhrkamp.
- Saunders, C. (2000): The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling* 41, p. 7–13,
- Schaarschuch, A. (1999): Theoretische Grundelemente Sozialer Arbeit als Dienstleistung. In: *Neue Praxis*, Heft 6, S. 543–560.
- Schittenhelm, K. (Hrsg.). (2012). *Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmeiser, M. (2006). Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und desprofessionellen Handelns. *Soziale Welt* 57 (3), 295–318.
- Schneider B. & Werner R. (2017). Bewegte Ehrenamtlichkeit in der Betreuung am Lebensende. Herausforderungen, Probleme, Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt; Gesundheitsforschung; Gesundheitsschutz* 1, 60–75.
- Schnell, C. & Pfadenhauer, M. (Hrsg.). (2019). *Handbuch Professionssoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schnell W., M., Schulz, C., Heller, A. & Dunger, C. (Hrsg.). (2015). *Palliative Care und Hospizarbeit. Eine Grounded Theory*: Springer VS.
- Schulz, R. & Aderman, D. (1974). Clinical Research and the Stages of Dying. *OMEGA – Journal of Death and Dying* 5 (2), 137–143. <https://doi.org/10.2190/HYRB-7VQK-VU9Y-7L5D>
- Schumacher Th. (2014 / 2021). Qualität und Qualitätssicherung der Sozialen Arbeit in Palliative Care. In M. Wasner & S. Pankofer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 11, 1. Aufl., S. 233–243 bzw. 2. Auflage S. 277–300). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schütte-Bäumner, Ch. (2015). Psychosoziale Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Umsorgende Netzwerke gestalten, dialogisch beraten. In Heft zur Sozialen Arbeit: Hospizverlag.
- Schütte-Bäumner, Ch. (2016). Sozialpädagogische Beratung im Kontext psychosozialer Begleitung Sterbender sowie An- und Zugehöriger Verstorbener. In W. Gieseke & D. Nittel (Hrsg.), *Handbuch Pädagogische Beratung über die Lebensspanne* (S. 705–714). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schütze, F. (2014). Paradoxien professionellen Handelns. In Rätz Regina & Barbara Völter (Hrsg.), *Wörterbuch rekonstruktive Sozialforschung*. (S. 1–5). Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Schütze, F. (2021). *Professionalität und Professionalisierung in pädagogischen Handlungsfeldern: Soziale Arbeit* (3 Bände). Opladen & Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Schützeichel, R. (2007). *Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung* (1. Auflage). Konstanz: UVK.

- Schwarz, M.P, Ferchhoff W. & Vollbrecht, R. (Hrsg.). (2016). *Professionalität: Wissen – Kontext*. Bad Heilbronn: Klinkhardt.
- Kunz, R. & Gamondi C. (Hrsg.). Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. (2012). *Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care*. Bern
- Seitz, O. & Seitz, D. (2002). *Die moderne Hospizbewegung in Deutschland auf dem Weg ins öffentliche Bewusstsein. Ursprünge, kontroverse Diskussionen, Perspektiven*. Herbolzheim: Centaurus.
- Sektion Soziale Arbeit der DPG. (2012). <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-soziale-arbeit.html>. Zugegriffen: 16. März 2023.
- Gahleitner, S., & Hahn, G. (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten*. Bonn: Psychiatrie.
- Stadelmann K. A & Kessler R. (2021). Gute Betreuung im Alter. Sozialpädagogik konkret. Luzern: Interact Verlag. Verfügbar unter: <https://interact-verlag.ch/products/gute-betreuung-im-alter-sozialpadagogik-konkret>
- Staub-Bernasconi, S. (1995). Das fachliche Selbstverständnis Sozialer Arbeit – Wege aus der Bescheidenheit. Soziale Arbeit als „Human Rights Profession“. In W. R. Wendt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität* (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Bd. 2, S. 57–80). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Staub-Bernasconi, S. (2013). Der Professionalisierungsdiskurs zur Sozialen Arbeit (SA/SP) im deutschsprachigen Kontext im Spiegel internationaler Ausbildungsstandards Soziale Arbeit – eine verspätete Profession? In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (2. Aufl., S. 23–48). Verlag für Sozialwissenschaften.
- Steffen-Bürgi, B. (2017). Reflexion zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care. In B. Steffen-Bürgi, Scherer-Santschi Erika, Staudacher Diana & Monteverde Settimio (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3 vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 40–49). Bern: Hogrefe.
- Steffen-Bürgi, B., Scherer-Santschi Erika, Staudacher Diana & Monteverde Settimio (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care* (3 vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Steck, N., Berlin, C., Zwahlen, M. (2016): Gesundheitsversorgung am Lebensende variiert nach Region. In: Schweiz Ärztztg 97 (49–50), S. 1710–1713
- Strübing, J., Hirschauer St., Ayaß R., Krähne U. & Scheffer Th. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie* (47), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Student J.-C., Mühlum A., U. Student. (2016). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhard Verlag.
- Student J.-C., Mühlum A., U. Student. (2020). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhard Verlag.
- Synthesebericht (2019): NFP 67. Lebensende. Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung. Verfügbar unter: <https://www.nfp67.ch/de/JTYLee5BSDpEYb7N/seite/ergebnisse>
- Tag, B. (2016). Strafrecht am Ende des Lebens – Sterbehilfe und Hilfe zum Suizid in der Schweiz. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 73–88. <https://doi.org/10.1515/zstw-2016-0004>

- Tervooren, A., Engel, N., Göhlich, M., Miethe, I. & Reh, S. (Hrsg.). (2014). *Ethnographie und Differenz in pädagogischen Feldern. Internationale Entwicklungen erziehungswissenschaftlicher Forschung*. Bielefeld: transcript.
- Thole, W. (Hrsg.). (2012). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein Einführendes Handbuch* (4. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thole, W., Cloos, P., Ortman, F. & Volkhardt, S. (Hrsg.). (2005). *Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Soziale Gerechtigkeit in der Gestaltung des Sozialen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thole, W., Höblich, D. & Ahmed, S. (Hrsg.). (2015). *Taschenwörterbuch Soziale Arbeit*. Bad Heilbrunn.
- Walser, R. (Autor), 2018. *Palliative Care am Limit. Mangel an Plätzen treibt Menschen in die Sterbehilfe. Beitrag in Echo der Zeit, SRF1*. <https://www.srf.ch/news/schweiz/palliativpflege-am-limit-mangel-an-plaetzen-treibt-menschen-in-die-sterbehilfe>.
- Wasner, M. (2010). Ist das nicht meine Aufgabe? Zur Rolle der Sozialen Arbeit im multiprofessionellen Palliative Care Team. *Forum sozialarbeit + gesundheit* 2, 6–8.
- Wasner, M. (2011). Soziale Arbeit in Palliative Care: Gestern, heute und morgen? *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12, 116–119.
- Wasner, M. (2011). Psychosoziale Begleitung in der Palliative Care. Neue Perspektiven. *Zeitschrift für Arzneimittelforschung* 11, 651–653.
- Wasner, M. & Pankofer, S. (Hrsg.). (2014). *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (Münchner Reihe Palliative Care, Bd. 11, 1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wasner, M. & Pankofer, S. (2021). *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (2. erweiterte und überarbeitete Auflage): Kohlhammer.
- Wendt, W. R. (1995). Berufliche Identität und die Verständigung über sie. In W. R. Wendt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität* (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Bd. 2, S. 11–29). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wendt, W. R. (Hrsg.). (1995). *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses. Beruf und Identität* (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V., Bd. 2). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wendt, W. R. (2018). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*: Lambertus.
- Wolff, S. (2020). Die Ambivalenz von Institutionalisierung und De-Institutionalisierung in der sozialen Arbeit in Geschichte und Gegenwart. In B. Bütow, M. Holztrattner, & E. Raiihelhuber (Eds.), *Organisation und Institution in der Sozialen Arbeit: Herausforderungen, Prozesse und Ambivalenzen* (Bd. 1, S. 21–44).
- Zimmermann M., Felder S., S. U. & Tag B. (2019). *La fin de vie en Suisse*. Basel: Schwabe Verlag.
- Zoll, R. (1988). *Zerstörung und Wiederaneignung von Zeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.