

# Interprofessionelle Zusammenarbeit in mobilen Palliativteams aus Sicht der Sozialen Arbeit

Phillip Strobl, 1510406322

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Bachelor of Arts in Social Sciences  
an der Fachhochschule St. Pölten

23.04.2018

Version: 1

Begutachter\*in: Mag.<sup>a</sup> (FH) Mag.<sup>a</sup> Ursula Stattler

## Abstract, Deutsch

Die vorliegende Studie erforscht, wie SozialarbeiterInnen ihre eigene Rolle in interprofessionellen mobilen Palliativteams definieren und wie sie die Zusammenarbeit mit VertreterInnen anderer Professionen wahrnehmen. Die Daten wurden mittels Leitfadeninterviews mit zwei Sozialarbeiterinnen aus unterschiedlichen Einrichtungen und einer Teamleitung erhoben. Zusätzliches Datenmaterial wurde durch die offene, teilnehmende Beobachtung einer Teamsitzung generiert. Als Auswertungsmethode wurde die Systemanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) gewählt. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die interviewten Sozialarbeiterinnen die Zusammenarbeit auf Augenhöhe schätzen und durch den Austausch eine Bereicherung für die eigene Arbeit erkennen. Gleichzeitig wird deutlich, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit den Austausch mit der eigenen Profession nicht ersetzen kann.

## Abstract, English

The following study explores how social workers define their own role in an interprofessional mobile palliative team and how they experience the collaboration between them and the representatives of other professions. The data was collected by conducting guided interviews with two social workers of different organizations and one team coordinator. Additional data material was compiled by the open and participated observation of a team meeting. In the evaluation process the collected data was deconstructed by using the system analysis according to Froschauer and Lueger (2003). The results show that the interviewed social workers value the collaboration on a par and feel the benefit of the interprofessional exchange for their own work. At the same time the data reveal that interprofessional collaboration cannot replace the exchange with others representatives of the own profession.

# Inhalt

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Begriffsdefinitionen</b> .....	<b>7</b>
2.1 Interdisziplinarität / Interprofessionalität.....	7
2.2 Soziale Arbeit.....	8
2.3 Palliative Care.....	9
2.4 Mobiles Palliativteam.....	9
2.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	9
2.6 Profession / professionelles Handeln.....	10
<b>3 Mobiles Palliativteam</b> .....	<b>11</b>
3.1 Auftrag und Ziel.....	11
3.2 Aufnahmekriterien.....	11
3.3 Unterschiede zum stationären Hospizteam.....	12
3.4 Einrichtungen.....	12
3.4.1 Wien.....	12
3.4.2 Niederösterreich.....	13
<b>4 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage und Ziel der Forschung</b> .....	<b>14</b>
4.1 Forschungsinteresse.....	14
4.2 Vorannahmen.....	15
4.3 Forschungsfrage und Unterfragen.....	15
4.4 Ziel der Forschung und Verwertungsinteresse.....	16
<b>5 Beschreibung des Forschungsprozesses</b> .....	<b>18</b>
5.1 Methoden der Datenerhebung.....	18
5.1.1 Leitfadenterview und Interviewpartnerinnen.....	18
5.1.2 Offene und teilnehmende Beobachtung.....	19
5.2 Methode der Datenanalyse: Systemanalyse.....	19
<b>6 Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>21</b>
6.1 Rollenverständnis.....	21
6.1.1 Professionen im Team.....	21
6.1.2 Aufgaben.....	22
6.1.3 Stellenwert.....	23
6.2 Zusammenarbeit mit den anderen Professionen.....	25
6.2.1 Berührungspunkte und Vernetzung.....	25
6.2.2 Hierarchie vs. Augenhöhe.....	27
6.3 Gelingensfaktoren.....	28
6.4 Herausforderungen.....	29
<b>7 Resümee und Ausblick</b> .....	<b>32</b>
<b>8 Literatur</b> .....	<b>36</b>

<b>9 Daten</b> .....	<b>39</b>
<b>10 Abkürzungen</b> .....	<b>40</b>
<b>11 Anhang</b> .....	<b>41</b>
11.1 Interviewleitfaden.....	41
11.2 Beobachtungsleitfaden.....	42

# 1 Einleitung

„Sozialarbeit im Krankenhaus und im Gesundheitswesen ist ein altes, originäres Handlungsfeld dieser Profession.“ (Fülbier 2007: 1289)

Unter diesem Aspekt betrachtet ist es durchaus erstaunlich dass Soziale Arbeit im Palliativbereich erst vergleichsweise kurz vertreten ist, nimmt sie doch im Gesundheitswesen allgemein eine wichtige und respektierte Rolle ein.

Die Wahl, meine Bachelorarbeit zum Thema Soziale Arbeit im mobilen Palliativteam zu verfassen, ergab sich durch meine Teilnahme an der Projektgruppe an der Fachhochschule Sankt Pölten welche den Bereich der Hospiz- und Palliativarbeit beforscht hat. Ich habe mich für diese Projektgruppe entschieden, weil ich einerseits schon Erfahrung als ehrenamtlicher Mitarbeiter in zwei mobilen Kinderhospizen sammeln durfte und mir nun auch Wissen über die Arbeit mit Erwachsenen in diesem Bereich aneignen wollte und andererseits weil die Themen Tod, Sterben und Krankheit auch in meinem persönlichen Lebensumfeld immer präsenter werden.

„Leben und Tod – Geburt und Sterben gehören zusammen, gehören zu unserem Leben, gehören in unsere Mitte.“ (Palliativ-Schulung o.J.)

Dieses Zitat trifft es meiner Meinung nach genau auf den Punkt. Wo Tod ist, ist auch Leben und ohne Geburt gibt es kein Sterben. Es zeigt deutlich dass diese beiden Dinge, die von der Gesellschaft gerne als *schön* und *traurig* bezeichnet werden nur Koexistieren können. Das Eine gibt es nicht ohne das Andere. Doch kann nicht auch im Sterben Freude stecken? Kann nicht auch Trauer etwas Befreiendes, gar Schönes an sich haben? Natürlich sollte man auch trauern dürfen, den Tod verfluchen und den mit einem Verlust einhergehenden Schmerz zulassen. Doch bin ich der Meinung können wir dem Tod viel von seinem Schrecken nehmen, wenn wir ihn als Teil des Lebens akzeptieren und teilweise sogar wohlwollend begegnen. Aus diesem Grund halte ich es für sehr wichtig dass die Gesellschaft stärker dafür sensibilisiert wird über diese Thematiken zu sprechen. Ich bin davon überzeugt dass eine aktive Auseinandersetzung mit dem Tod positive Auswirkungen auf den jeweils individuellen Trauerprozess haben kann. Die Soziale Arbeit ist, unter anderem durch ihre Kompetenzen in Sachen Gesprächsführung, besonders gut dafür geeignet ein solch heikles Thema sensibel zu thematisieren. Aus diesem Grund und weil ich selbst eine Karriere als Sozialarbeiter anstrebe war es mir ein besonderes Anliegen die Rolle der Sozialen Arbeit und ihre Sichtweise auf die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen im mobilen Palliativbereich zu erforschen. Andere TeilnehmerInnen der Projektgruppe setzten sich mit den Sichtweisen der anderen Professionen, der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen und den Betroffenen auseinander.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden zunächst, für die Forschung relevante Begrifflichkeiten definiert. Danach erläutere ich was ein mobiles Palliativteam ausmacht, was dessen Aufgaben und Ziele sind und welche Aufnahmekriterien für PatientInnen zu erfüllen sind. Außerdem werden die Unterschiede zwischen mobilen Palliativteams und stationären Hospizteams dargelegt. Abgerundet wird das Kapitel durch eine kurze Aufzählung der in Wien und Niederösterreich operierenden mobilen Palliativteams.

Im empirischen Teil der Arbeit werden zuallererst das Erkenntnisinteresse und die Vorannahmen offengelegt sowie die Forschungsfragen und Unterfragen und das Verwertungsinteresse der Arbeit dargestellt. Danach wird zur Beschreibung des Forschungsprozesses übergeleitet, ehe ich mich mit dem Hauptteil der Arbeit, der Ergebnisdarstellung, auseinandersetze. Die Ergebnisdarstellung gliedert sich in vier Haupt- und mehrere Unterkategorien.

Die Arbeit wird durch ein Resümee und einen Ausblick für die Soziale Arbeit abgeschlossen. Dies ergibt sich aus den erhobenen Daten und der präsentierten Ergebnisdarstellung.

# I Theoretischer Teil

## 2 Begriffsdefinitionen

Zu Beginn dieser Arbeit widme ich mich der Definition von Begriffen, die für das einheitliche Verständnis der Forschungsarbeit von Bedeutung sind. Zentrale Begriffe sind hierbei „Interdisziplinarität bzw. Interprofessionalität“, „Soziale Arbeit“, „Mobiles Palliativteam“, „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ sowie der Begriff „Profession / professionelles Handeln“. Mit dem Verständnis für diese Begrifflichkeiten wird es den LeserInnen möglich sein, den im weiteren Verlauf dieser Arbeit getroffenen Aussagen uneingeschränkt folgen zu können.

### 2.1 Interdisziplinarität / Interprofessionalität

Damit interprofessionelle Zusammenarbeit praktisch und professionell funktionieren kann bedarf es der Verwendung eines passenden Begriffs und einer genauen Definition dieses Begriffs. (vgl. Leathard 2003: 5f und Malin & Morrow 2007: 447)

Malin & Morrow (2007: 447) verwenden ebenso die Begrifflichkeiten *multiprofessionell*, *kooperativ*, *transdisziplinär*, *interinstitutionell*, *Koalition*, u.a.

Im Zuge der vorliegenden Arbeit werden nur die Begriffe *Interprofessionalität* und *interprofessionell* verwendet werden. Dies sind auch die von den Interviewpartnerinnen verwendeten Termini. Ich übernehme diese Ausdrucksweise, weise aber darauf hin dass es sich dabei um ein Synonym für *Interdisziplinarität* handelt, wodurch diese beiden Begriffe gleichzusetzen sind.

Interprofessionalität bzw. Interdisziplinarität beschreibt laut Wulfekühler (2013: 54) die Entwicklung von abgestimmten und einem gemeinsam definierten Ziel folgende Praxis von Professionistinnen aus unterschiedlichen Professionen. (vgl. Wulfekühler 2013: 54)

Interprofessionalität benennt demnach einen Prozess durch den und in welchem Professionistinnen ihr praktisches Handeln reflektieren und neue Handlungsmöglichkeiten erschließen sollen. (vgl. ebd.: 54) Interprofessionalität definiert sich über vier Merkmale. Diese sind:

- Eine mehrperspektivische und abgestimmte Vorgehensweise. Im Vordergrund stehen dabei die Bedürfnisse der PatientInnen und deren Angehörigen. Die Fachkräfte treffen Entscheidungen demnach im Netzwerk mit VertreterInnen anderer

Professionen und nicht nur entsprechend den Grundgedanken ihrer eigenen Profession. (vgl. ebd.: 54)

- Gemeinsam definierte Ziele werden mit der jeweiligen Zielgruppe erarbeitet. Das bedeutet dass sich ein Netzwerk zu, im Diskurs, gemeinsam ausgehandelten Zielen bekennt. Dabei sollen alle Beteiligten ihre Sichtweisen darlegen und ein gemeinsamer Konsens gesucht werden. (vgl. ebd.: 54f)
- Eine gemeinsame Vorgehensweise. Durch interprofessionelle Zusammenarbeit werden komplexe Anforderungen besser bewältigbar als in einer voneinander getrennt operierenden Praxis. In Situationen in denen fließende Übergänge zwischen den Professionen bestehen, kann durch interprofessionelle Zusammenarbeit sichergestellt werden dass der Informationsfluss nicht verloren geht. (vgl. ebd.: 55)
- Regelmäßiger Austausch und Diskussion zwischen den Professionistinnen. Interprofessionalität ist dynamisch, das heißt regelmäßiges Mitteilen und diskutieren unterschiedlicher Sichtweisen ist wesentlich um die ganze Bandbreite an Fachwissen und -perspektiven komplett ausschöpfen zu können. (vgl. ebd.: 55)

## 2.2 Soziale Arbeit

Die *International Federation of Social Workers* (IFSW) hat im Juli 2014 im Zuge des *General Meetings* folgende, international gültige Definition des Begriffs *Soziale Arbeit* formuliert:

“Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing.“ (IFSW 2018)

Der *Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit* (OBDS) hat diese Definition, auf Grund der internationalen Anerkennung dieser ebenfalls übernommen. Dennoch gibt es auch heute noch keine deutsche Übersetzung dieser Definition. (vgl. OBDS o.J.)

Wichtig ist dabei dass es immer zu bedenken gilt, dass die Definition, wenn möglich, zunächst erweitert und nicht ersetzt werden sollte und das keine Definition als endgültig angesehen werden kann. (vgl. IFSW 2018 & OBDS 2000)

## 2.3 Palliative Care

„Palliative Care steht für einen multiprofessionellen Betreuungsansatz, in dem verschiedene Berufsgruppen interprofessionell zusammenarbeiten.“ (Österreichische Palliativgesellschaft 2018)

Für den Begriff *Palliative Care* gibt es keine passende deutsche Übersetzung. Die Definition des Begriffs von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2002 (löste jene aus dem Jahr 1990 ab) besagt dass Palliative Care ein Ansatz ist der eine Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und deren Angehörigen herbeiführen soll, die an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden. (vgl. Hospizteam Schwabach o.J.)

Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden sowie durch frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Natur. Die Endlichkeit des Lebens wird akzeptiert. Eine künstliche Verzögerung des Sterbens und aktive Sterbehilfe werden abgelehnt. (vgl. ebd.)

## 2.4 Mobiles Palliativteam

In erster Linie wendet sich ein interprofessionell zusammengesetztes Team in der mobilen Palliativarbeit an die Betreuenden zu Hause und im Heim (z.B. ärztliches Personal, Pflegepersonen, Angehörige, usw.). (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014 und Dachverband Hospiz 2018)

Das Team bietet beratende und anleitende Begleitung, z.B. in Schmerztherapie, Symptomkontrolle und der Palliativpflege an. Ebenso wird psychosoziale Begleitung zur Verfügung gestellt. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014)

Eine weitere Aufgabe des mobilen Palliativteams ist es die Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung zu unterstützen. Darüber hinaus kann das Angebot des mobilen Palliativteams selbstverständlich auch von PatientInnen angenommen werden. (vgl. ebd.: 2014)

Teams in der mobilen Palliativbetreuung setzen sich aus ärztlichem, sozialarbeiterischem und diplomiertem Pflegepersonal zusammen. (vgl. FSW 2018)

## 2.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Wie von Ruffin (2011: 5) beschrieben handelt es sich bei interprofessioneller Zusammenarbeit um eine spontane oder institutionalisierte Interaktion zwischen Fachkräften verschiedener Professionen. Diese Interaktion hat die koordinierte und systemische

Bearbeitung praktischer Problemlagen von PatientInnen zum Ziel. Die institutionalisierte Interaktion wird durch die Rahmenbedingungen der jeweiligen Organisation gestaltet. (vgl. Ruffin 2011: 5)

## 2.6 Profession / professionelles Handeln

Es gibt keine allgemeingültigen Kriterien die erfüllt sein müssen um als *Professionalität* (= eine besondere Klasse von Berufen) gehandelt zu werden. (vgl. Müller 2012: 955)

Häufig fällt in diesem Zusammenhang auch der Begriff *Expertentum*, welches durch fundiertes Wissen gekennzeichnet ist. Da jemand auch als ExpertIn gilt, wenn er/sie das spezifisch vorhandene Wissen im beruflichen Kontext einzusetzen weiß, eignet sich das ExpertInnenmodell für die Soziale Arbeit nicht. (vgl. ebd.: 956)

Müller (2012: 957) beschreibt weiters, dass man nur dann von einer Profession sprechen kann, wenn

„[...] die Berufstätigkeit besondere zentrale Bereiche menschlichen Lebens betrifft, den persönlichen Privat- oder gar Intimbereich von anderen Menschen berührt und deshalb für diejenigen Personen, denen diese Berufe nützen sollen, besondere Risiken und Verletzungsgefahren einschließen“ (Müller 2012: 957)

Pfadenhauer (2005: 11) beschreibt den Begriff *professionelles Handeln* als einen gekonnten Umgang mit besonderen Problemlagen. Dabei weist sie auf die besonders hohe Qualität des Handelns hin. Noch konkreter formuliert sie professionelles Handeln als eine Art des Handelns die bestimmten Verhaltensanforderungen entspricht und von namhaften KollegInnen der Profession als den geltenden Standards (formell wie informell) entsprechend empfunden wird. (vgl. Pfadenhauer 2005: 11)

## 3 Mobiles Palliativteam

In diesem Kapitel wird das Mobile Palliativteam etwas näher vorgestellt. Zunächst widme ich mich den Aufgaben eines Palliativteams sowie den zu erfüllenden Aufnahmekriterien um das Angebot nutzen zu können. Danach zeige ich die Unterschiede zwischen dem mobilen Palliativteam und dem stationären Hospizteam auf. Abschließend liste ich einige in Wien und Niederösterreich operierenden Einrichtungen bzw. deren Trägerorganisationen auf.

### 3.1 Auftrag und Ziel

Ziel der Arbeit eines mobil tätigen Palliativteams ist in erster Linie die bestmögliche Linderung der Symptome der PatientInnen direkt vor Ort. Dies geschieht durch Unterstützungsmaßnahmen für die professionell Betreuenden und der Betroffenen. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014, FSW 2018 und Dachverband Hospiz 2018) Durch die Verfügbarmachung der speziellen palliativmedizinischen und pflegerischen Expertise soll die Aufnahme von PatientInnen in ein Akutkrankenhaus vermieden und ein Verbleib zu Hause bzw. im Pflegeheim ermöglicht werden. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014)

Weiters nimmt das mobile Palliativteam eine Brückenfunktion ein, um den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu erleichtern. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014 und Dachverband Hospiz 2018)

Das mobile Palliativteam nimmt, je nach örtlichen und geographischen Voraussetzungen, auch eine beratende Tätigkeit als Konsiliardienst im Krankenhaus, in Heimen oder Tageshospizen ein. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014)

### 3.2 Aufnahmekriterien

Das mobile Palliativteam nimmt ihre Tätigkeit auf Anfrage bzw. Anforderung auf. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014 & FSW 2018) Dies geschieht entweder wenn BetreuerInnen vor Ort Unterstützung in komplexen Betreuungssituationen benötigen oder wenn PatientInnen oder deren Angehörigen spezielles palliativmedizinisches oder pflegerisches Fachwissen benötigen. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014) Es wird empfohlen sich frühzeitig nach der Diagnose einer lebenslimitierenden Erkrankung an ein mobiles Palliativteam zu wenden, damit man bereits bei Eintritt einer Krise mit dem zuständigen Team in Kontakt ist. (vgl. Dachverband Hospiz 2018)

### 3.3 Unterschiede zum stationären Hospizteam

Der größte und wohl bedeutendste Unterschied ist dass ein stationäres Hospiz eine Einrichtung ist welche eine eigene Organisationsstruktur vorweist. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014a)

Es werden PatientInnen betreut bei denen eine Aufnahme in ein Akutkrankenhaus nicht notwendig und eine Betreuung zu Hause (z.B. durch das mobile Palliativteam) nicht mehr möglich ist. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014a und Dachverband Hospiz 2018)

Anders als in der mobilen Palliativarbeit, wo die Tätigkeit auf Anfrage aufgenommen wird, ist das stationäre Hospiz in Sachen Aufnahme, Behandlung und Entlassung von PatientInnen autonom geregelt. Insofern gibt es auch strengere Zugangskriterien als dies im mobilen Palliativteam der Fall ist. (vgl. Koordination Palliativbetreuung Steiermark 2014a)

PatientInnen im stationären Hospiz werden eher im späteren Krankheitsverlauf aufgenommen und meist bis zum Tode begleitet. (vgl. Dachverband Hospiz 2018)

### 3.4 Einrichtungen

Im Folgenden werden in aller Kürze einige in Wien und Niederösterreich tätige Einrichtungen und deren Trägerorganisationen erwähnt. Auf die einzelnen Einrichtungen bzw. Organisationen wird nicht näher eingegangen. Deren Auflistung soll lediglich einen abrundenden Charakter dieser Arbeit darstellen.

#### 3.4.1 Wien

In Wien bieten der FSW und folgende Partnerorganisationen mobile Palliativbetreuung an:

- FSW – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH (mobile Hauskrankenpflege)
- Mobiles Hospiz der Caritas der Erzdiözese Wien
- Wiener Hilfswerk
- Caritas Socialis

(vgl. FSW 2018)

### 3.4.2 Niederösterreich

In Niederösterreich gibt es insgesamt zwölf mobile Palliativteams der unterschiedlichsten TrägerInnen (Johanniter, Caritas, Verein Hospiz, etc.). Diese befinden sich in: Waidhofen/Ybbs, Horn, Korneuburg/Stockerau, Baden, Gmünd, Hainburg, Hollabrunn, Melk, Rosenheim, Sankt Pölten, Mödling und Wiener Neustadt. (vgl. Sozialinfo Niederösterreich 2018)

## II Empirischer Teil

### 4 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschungsfrage und Ziel der Forschung

Ideen für Forschungsthemen und daraus resultierende Fragestellungen können, wie von Flick (2014: 33) näher beschrieben, aus den unterschiedlichsten Beweggründen entstehen. Meistens sind es persönliche Interessen und/oder Erfahrungswerte die jemanden dazu bringen etwas zu erforschen. (vgl. ebd.: 34)

In den nun folgenden Unterkapiteln widme ich mich zunächst der Entstehung meines Interesses an dem beforschten Feld. Danach formuliere ich, nach eingehender theoretischer Studie, entstandene Vorannahmen und schließe das Kapitel mit der Vorstellung der Forschungsfrage und den ergänzenden Subfragen ab.

#### 4.1 Forschungsinteresse

Von 2005 bis 2016 hat sich die Anzahl der Gesamteinrichtungen im Hospiz- und Palliativbereich fast verdoppelt. Waren es Ende 2005 noch 180 Einrichtungen so waren Ende 2016 bereits 322 Einrichtungen tätig. (vgl. Dachverband Hospiz 2006: 1 und Dachverband Hospiz 2017: 7) In der mobilen Palliativbetreuung in Österreich gab es Ende 2016 insgesamt 56 Einrichtungen. Dies entspricht einer Steigerung um eine Einrichtung im Vergleich zum Jahr 2015 und einer Steigerung von mehr als 100% im Vergleich zum Jahr 2005 (von 21 auf 56). (vgl. Dachverband Hospiz 2006: 1 und Dachverband Hospiz 2017: 7)

Eine weitere große Steigerung der Einrichtungen ist in den Jahren 2013/2014 festzustellen. Hier erhöhte sich das Angebot von 40 auf 55 Einrichtungen in der mobilen Palliativbetreuung. (vgl. Hospiz Dachverband 2015: 17). Diese große Steigerung ist auf eine Änderung in der statistischen Erfassung in Niederösterreich zurückzuführen, weil die Daten seit 2013 zum ersten Mal konsequent in Palliativkonsiliardienste- (PKD-) und Mobile Palliativteam- (MPT) -Daten aufgeteilt wurden. (vgl. ebd.: 6 und 17). Darüber hinaus wurden 2014 bei den mobilen Palliativteams erstmals auch die Honorarkräfte in die statistische Erfassung mitaufgenommen. (vgl. ebd.: 17)

Weiters ist auffallend dass sich die Zahl der in stationären und mobilen Palliativteams tätigen SozialarbeiterInnen seit der ersten statistischen Erfassung im Jahr 2013 (vgl. Dachverband Hospiz 2014: 16) bis hin zur statistischen Erfassung aus dem Jahr 2015 (vgl. Dachverband Hospiz 2016: 17) nicht verändert hat und konstant bei 3% liegt. Im Jahr 2016 wurden die

Berufsgruppen Sozialarbeit, Seelsorge und Therapie zusammenaddiert, wodurch ein Wert von 12,10% ersichtlich ist. Daraus lässt sich allerdings nicht zwingend eine Steigerung der beschäftigten SozialarbeiterInnen erkennen. (vgl. Dachverband Hospiz 2017: 36)

Von besonderem Interesse ist für mich also wie SozialarbeiterInnen in mobilen Palliativteams die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen erleben und was für ein Rollenverständnis sie mitbringen, weshalb in erster Linie deren Sichtweisen für mich von Interesse sind.

## 4.2 Vorannahmen

Nach reflektierter Auseinandersetzung mit der vorhandenen Literatur und den Datenerhebungen der offenen teilnehmenden Beobachtung habe ich folgende Vorannahmen erarbeitet:

- Humor ist ein wesentlicher Bestandteil einer gut gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit.
- Eine wertschätzende und respektierende Haltung unter den Professionen ist für eine gelingende Interprofessionalität unabdinglich.
- Eine gute und regelmäßige Vernetzung, sodass alle MitarbeiterInnen stets über alle PatientInnen informiert sind, sowie klar abgesteckte Tätigkeitsfelder und Kompetenzen, sind wesentlich für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit.
- Animositäten und Konkurrenzdenken untereinander sind hinderlich für die interprofessionelle Zusammenarbeit.
- Die Rolle der Sozialen Arbeit im mobilen Palliativteam wird vor allem als „VernetzerIn“ oder „BrückenbauerIn“ verstanden und definiert.
- Vor allem rechtliche und finanzielle Angelegenheiten fallen in das Tätigkeitsfeld von SozialarbeiterInnen.
- SozialarbeiterInnen und deren Tätigkeitsfelder werden oft nicht als eigenständige Profession, sondern als etwas wahrgenommen, dass jede/r „nebenbei“ miterledigen kann.

## 4.3 Forschungsfrage und Unterfragen

Nach intensiver Auseinandersetzung mit dem verfügbaren Datenmaterial formuliere ich folgende Hauptfragestellung, die im Zuge der vorliegenden Bachelorarbeit bearbeitet wird:

- **Wie erleben SozialarbeiterInnen ihre Rolle und die Zusammenarbeit im interprofessionellen mobilen Palliativteam?“**

Um einen tieferen Einblick in die Materie zu bekommen und die Beantwortung der Hauptfragestellung zu erleichtern, werden außerdem die drei folgenden Unterfragen bearbeitet:

- Welche Voraussetzungen sind notwendig um gelingende Interprofessionalität gewährleisten zu können?
- Welche Faktoren bereichern und welche erschweren die Zusammenarbeit im mobilen Palliativteam aus Sicht der Sozialen Arbeit?
- Welche Aufgaben übernimmt die Soziale Arbeit innerhalb des mobilen Palliativteams?

#### 4.4 Ziel der Forschung und Verwertungsinteresse

Maxwell (2005: 16) beschreibt drei verschiedene Arten der Zielsetzung (persönliche Ziele, praktische Ziele oder Forschungsziele) einer Studie. Die vorliegende Arbeit verfolgt Ziele der zweiten Kategorie (praktische Ziele), weil eine allgemeine Erkenntnis über einen Gegenstand beziehungsweise ein Angebot (hier: ein Aspekt der Interprofessionalität in mobilen Palliativteams) erforscht wurde. (vgl. Maxwell 2005: 16)

Eine weitere Zielsetzung ist wie von Flick (2014: 201) dargelegt, die detaillierte Beschreibung und Evaluierung von laufender Praxis. (vgl. Flick 2014: 201)

Darüber hinaus verfolgt diese Forschung das Ziel Bewusstmachen welcher wichtigen Beitrag Soziale Arbeit als eigenständige Profession in mobilen Palliativteams leistet. Auch die Bewusstmachung aller involvierten Professionen dass Interprofessionalität vor allem durch das Agieren auf Augenhöhe funktionieren kann, ist eine Zielsetzung dieser Arbeit.

Das Beforschen der Interprofessionalität in mobilen Palliativteams hat vor allem für ExpertInnen und PatientInnen sowie deren Angehörigen gleichermaßen eine hohe Relevanz. Den ExpertInnen wird somit vor Augen geführt welche Gelingensfaktoren und Voraussetzungen notwendig sind um erfolgreich interprofessionell arbeiten zu können und auch welche Faktoren dafür hinderlich sein können. Somit ist es bestehenden Teams möglich ihre Arbeitsweise zu reflektieren und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Für PatientInnen hat es vor allem deshalb Relevanz, weil sich die Betreuung die sie bekommen durch die Erkenntnisse dieser Arbeit weiter verbessern und professionalisieren lässt. Diese Professionalisierung kann zur Folge haben, dass sie sich besser betreut fühlen und sich somit mehr auf ihre Krankheit und den Abschied von den Angehörigen einlassen können. Für Angehörige wiederum ist es beruhigend zu wissen, dass die sterbenden

Angehörigen gut betreut werden und man sich selbst auch in erster Linie auf das Abschiednehmen konzentrieren kann.

## 5 Beschreibung des Forschungsprozesses

Im Forschungsprozess der vorliegenden Arbeit widmete ich mich zunächst der Theorie und der Erstellung der Vorannahmen. Das zweite Interview wurde erst nach der Auswertung des ersten Interviews durchgeführt, da somit die Fragestellungen von der Auswertung beeinflusst werden konnten. Flick (2014: 75) nennt diese Vorgangsweise „zirkuläres Modell“. Neben den, durch die Interviews, erhobenen Daten wurde auch eine (offene) teilnehmende Beobachtung einer Teamsitzung durchgeführt und fachlich relevante Literatur herangezogen.

### 5.1 Methoden der Datenerhebung

In diesem Kapitel werden die zur Datenerhebung eingesetzten Methoden näher beschrieben. Hierbei handelt es sich einerseits um das Leitfadeninterview und andererseits um die offene teilnehmende Beobachtung einer Teamsitzung.

#### 5.1.1 Leitfadeninterview und Interviewpartnerinnen

Durch die Hilfe der beiden BetreuerInnen des Bachelorprojektes konnten vielfache Kontakte zu potentiellen InterviewpartnerInnen hergestellt werden. Für die vorliegende Arbeit wurden schließlich zwei Sozialarbeiterinnen aus unterschiedlichen Einrichtungen in der mobilen Palliativarbeit interviewt. Einige relevante Erkenntnisse aus dem Interview mit einer Koordinatorin einer mobilen Palliativeinrichtung wurden ebenfalls für die vorliegende Forschung verwendet. Die Befragung fand mittels Leitfadeninterviews statt. Wie von Flick (2014: 113) beschrieben, wurde ein Leitfaden zur Orientierung meiner Befragung erstellt. Dadurch entstand ein Dialog zwischen mir und der befragten Person (vgl. Flick 2014: 114). Flick (2014: 114) beschreibt die von Merton und Kendall (1993) erstellten Kriterien für das fokussierte Interview, die bei der in der Gruppe gemeinsam erfolgten Erstellung des Leitfadens ebenfalls berücksichtigt wurden.

Dabei handelt es sich um:

- die Nichtbeeinflussung des Interviewpartners bzw. der Interviewpartnerin,
- die Spezifität der Sichtweise und Situationsdefinition aus deren Sicht,
- die Erfassung eines breiten Spektrums der Bedeutungen des Gegenstandes sowie
- die Tiefgründigkeit und den personalen Bezugsrahmen aufseiten des/der Interviewten.

Hierbei wurden vor allem offene Fragestellungen verwendet und, wie von Flick (ebd.: 114) geschildert, genau an den richtigen Stellen noch einmal nachgefragt, um weiter in die Tiefe gehen zu können und alle für das Thema relevanten Fragen abzudecken (vgl. ebd.: 114).

### 5.1.2 Offene und teilnehmende Beobachtung

Ebenfalls durch die Unterstützung der ProjektleiterInnen war es möglich Kontakt zu einem Team der mobilen Palliativarbeit herzustellen, welches es genehmigte an dessen Teamsitzung teilzunehmen.

Es wurde dabei, wie von Lamnek (2005: 569-575) beschrieben vor allem auf Offenheit und Authentizität von Seiten der BeobachterInnen wert gelegt. Außerdem gingen die BeobachterInnen mit dem Vorsatz in die (offene) teilnehmende Beobachtung hinein, Hypothesen zu generieren und nicht bereits bestehende Hypothesen zu überprüfen. (vgl. Lamnek 2005: 571)

Weil uns eine forschungsethisch korrekte Vorgehensweise wichtig war und auf Grund des Settings haben wir eine offene teilnehmende Beobachtung durchgeführt. (vgl. Universität Wien 2011)

Das bedeutet vor Durchführung der Beobachtung wurden die zu Beforschenden über unser Vorhaben aufgeklärt, wodurch sich für das Team der mobilen Palliativarbeit die Möglichkeit zur aktiven Mitbestimmung am Forschungsprozess bot. (vgl. ebd.)

Wir haben uns für diese Herangehensweise entschieden, obwohl wir wussten dass sich dadurch das Feld sehr wahrscheinlich verändert, weil durch uns neue, für das Team unbekannte RollenträgerInnen in das Feld eingetreten sind. (vgl. Lamnek 2005: 570)

## 5.2 Methode der Datenanalyse: Systemanalyse

Für die Auswertung des, aus den Interviews, erhobenen Datenmaterials wurde die Methode der Systemanalyse gewählt. Die Systemanalyse ist für die Interpretation ganzer Gespräche (zum Beispiel Interviews) ausgelegt. (vgl. Froschauer / Lueger 2003: 142)

Dabei richtet sich das Interesse vor allem

[...] „auf hypothetische Annahmen über externe Bedingungen der Textgenese und deren Wirkungen auf die soziale Dynamik des Untersuchungsbereichs, die auf Normalitätsannahmen basieren und permanent auf den nachfolgenden Textstellen bzw. anderen Materialien überprüft werden.“ (Froschauer / Lueger 2003: 142)

Mit der Methode der Systemanalyse können die wesentlichen Strukturmerkmale herausgefiltert werden, wodurch das Zustandekommen der jeweiligen Aussagen und die

Relationen zur Umwelt der befragten Person erklärbar sind. (vgl. Froschauer / Lueger 2003: 147)

Die Auswahl dieser Auswertungsmethode liegt darin begründet dass somit das System, speziell im Hinblick auf die Rolle der Sozialen Arbeit, hinter interprofessionell arbeitenden Teams im mobilen Palliativbereich analysiert und interpretiert werden kann. Die teilnehmende Beobachtung auszuwerten wirft laut Lamnek (2005: 568) eine Reihe von Problemen auf. Auf Grund der fehlenden und von Friedrichs und Lüdtkke geforderten Standardisierung der teilnehmenden Beobachtung bleibt die Auswertung schlussendlich meist eine Auflistung und Interpretation dessen was der oder die BeobachterIn glaubt an einer Person charakteristisch bemerkt zu haben. (vgl. Lamnek 2005: 568-569)

Eine Standardisierung der teilnehmenden Beobachtung wird allerdings qualitativ-methodologisch abgelehnt. (vgl. Lamnek 2005: 569)

Eine Forderung von Friedrichs und Lüdtkke (1973: 26) diesbezüglich ist das Prinzip der Wiederholbarkeit. Diese Forderung ist schwierig zu erfüllen, lässt sich jedoch dadurch gut simulieren, indem z.B. mehrere BeobachterInnen das gleiche Feld beobachten. (vgl. Friedrichs und Lüdtkke 1973: 26).

Dieser Forderung sind wir bei der, für diese Arbeit herangezogenen, teilnehmenden Beobachtung nachgekommen, indem wir zu dritt an der Teamsitzung teilgenommen und die Beobachtung durchgeführt haben.

## 6 Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, die auf Basis der Interviews und der offenen teilnehmenden Beobachtung gewonnen und ausgewertet wurden, im Hinblick auf die Forschungsfrage dargestellt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt in vier verschiedenen Hauptkategorien, die sich wiederum in mehrere Unterkategorien gliedern.

### 6.1 Rollenverständnis

In der ersten Kategorie der Ergebnisdarstellung widme ich mich dem eigenen Rollenverständnis von SozialarbeiterInnen in mobilen Palliativteams. Welche Professionen sind in den Teams vertreten, welche Aufgaben übernehmen SozialarbeiterInnen und welchen Stellenwert haben sie in der mobilen Palliativbetreuung? Diesen Fragen wird mit Hilfe der Interview- und Beobachtungsergebnisse auf den Grund gegangen.

#### 6.1.1 Professionen im Team

In der Einrichtung in der die offene, teilnehmende Beobachtung stattgefunden hat konnten wir feststellen dass ausschließlich weibliche Mitarbeiterinnen im Team vertreten sind. (vgl. B1: 1)

Die vertretenen Professionen bestätigen dass was der FSW (2018) als Fördergeber beschreibt: Im mobilen Palliativteam sind die Koordinatorin (Pflege), eine Sekretärin, vier Pflegerinnen, eine Sozialarbeiterin und eine Ärztin tätig. (vgl. ebd.: 1)

Die hohe Anzahl an Pflegekräften lässt darauf schließen dass ein großer Teil der zu verrichtenden Arbeit im mobilen Palliativteam im Bereich der körperlichen Pflege liegt. Dieser Eindruck verstärkt sich mit Fortdauer der Beobachtung dadurch dass uns auffällt, dass pflegerische Themen stark im Vordergrund stehen und die Pflegerinnen (vermutlich auch auf Grund der zahlenmäßigen Überlegenheit) als sehr präsent wahrgenommen werden. (vgl. ebd.: 1) Diese Annahme wird weiters dadurch verstärkt, dass eine der beiden interviewten Sozialarbeiterinnen berichtet dass schon im verpflichtenden Basislehrgang ein Großteil der Inhalte pflegerischer Natur sind. (vgl. T11: Z45-47)

Im Gespräch mit der zweiten Sozialarbeiterin aus einer anderen Einrichtung konnte ich erfahren dass es dort einmal im Monat auch einen großen Austausch gibt. Zusätzlich zu ärztlichem, pflegerischem und sozialarbeiterischem Personal nehmen an diesen Sitzungen auch ein/e PsychologIn, die Ehrenamtskoordination und eine Kinderkrankenschwester teil. (vgl. T10: Z92-97)

Dieser monatlich stattfindende Austausch legt nahe dass in der betreffenden Einrichtung neben der ohnehin schon praktizierten Interprofessionalität, durch das kurzfristige Hinzuziehen weiterer Professionen, ein möglichst breites Spektrum an Fachwissen abgedeckt werden soll. Es entsteht also der Eindruck die jeweiligen mobilen Palliativteams können sich neben den herrschenden Richtlinien frei bewegen und sich bei Bedarf auch extern interprofessionell vernetzen, was wiederum den PatientInnen und deren Angehörigen aber auch dem Team selbst zugute kommen kann.

### 6.1.2 Aufgaben

Laut Fülbier (2007: 1290-1294) gehören folgende Bereiche zum Basisangebot der Sozialen Arbeit im Bereich der Palliativmedizin:

- Psychosoziale Beratung der PatientInnen
- Psychosoziale Betreuung der Angehörigen
- Sozialrechtliche Information und Beratung
- Gewinnung, Befähigung und Koordination ehrenamtlicher MitarbeiterInnen
- Trauerbegleitung
- Öffentlichkeitsarbeit, Evaluation und Dokumentation

Eine der beiden Interviewpartnerinnen präzisiert dies und schildert das sie in ihrer täglichen Arbeit hauptsächlich Sozialanamnesen durchführt und sich um die finanziellen Belange (Einkommenssituation klären, Gebührenbefreiungen beantragen, usw.) der PatientInnen bzw. deren Angehörigen kümmert. Darüber hinaus ist sie dafür zuständig, Unterstützung bei der Anschaffung etwaiger notwendiger Hilfsmittel zu leisten. (vgl. T11: Z106-141)

Dabei fällt auf dass sie Sozialarbeiterin sehr selbstsicher spricht und auch erwähnt wo sie an ihre Grenzen stößt – z.B. bei pflegerischen Themen. Die jeweiligen Aufgabenfelder sind klar abgesteckt. Jede/r weiß genau wofür er/sie selbst zuständig ist und wofür die KollegInnen zuständig sind. Der Sozialarbeiterin scheint dies Sicherheit zu geben, wenn sie behauptet: „[...] von de Professionen her woan de Aufgaben ned so unterschiedlich. Des is do kloa.“ (T11: Z149-150)

Auch wenn sie es nicht näher ausführt so ist zu vermuten das sie in ihrer vorherigen Arbeitsstelle diese Sicherheit nicht hatte, da es in ihrer Wahrnehmung keine klar abgegrenzten Tätigkeitsfelder gab. (vgl. T11: Z149)

Während dem Gespräch entsteht der Eindruck die Sozialarbeiterin ist durch die klare Kenntnis über ihren Aufgabenbereich befähigt ihre Arbeit selbstsicher zu verrichten und dann KollegInnen hinzuzuziehen wenn eine Fragestellung ihre eigenen Kompetenzen übersteigt.

In der beobachteten Teamsitzung (in dem Team in dem die interviewte Sozialarbeiterin selbst tätig ist) lässt sich ein ähnliches Bild zeichnen: Die Sozialarbeiterin meldete sich meist nur zu Wort, wenn sie direkt angesprochen wurde und dann sprach sie hauptsächlich über Pflegegeld, Familienhospizkarenz, Rehabilitationsgeld, Pension, usw., also über klar definierte Themenfelder. (vgl. B1: 1)

Die Tatsache dass sich die Sozialarbeiterin auf diese Themenfelder bezogen sehr selbstsicher präsentierte und sich andererseits in andere Bereiche (z.B. Pflege) nur selten einbrachte unterstreichen die Vermutung dass ihr klar abgegrenzte Aufgabenfelder Sicherheit geben und dass sie die Arbeit der anderen Professionen respektiert und wertschätzt.

In der anderen Einrichtung gestaltet sich der Arbeitsalltag etwas anders. Die dort interviewte Sozialarbeiterin berichtet dass es zu ihren Hauptaufgaben gehört bei den Erstkontakten anwesend zu sein, einen Überblick über die finanzielle Situation der Betroffenen zu haben und Unterstützung bei etwaigen Förderanträgen und der Beschaffung von benötigten Hilfsmitteln zu leisten. (vgl. T10: Z16-23) Das Thema Pflegegeld erwähnt sie auch, wobei sie anders als in der anderen Einrichtung folgendes erläutert: „Des is goar net in erster Linie des Pflegegeld – des mochn eigentlich olle vom Team mit.“ (T10: Z18-19)

Die in den beiden besuchten Einrichtungen unterschiedliche Art mit der Aufgabenverteilung (z.B. in Bezug auf das Pflegegeld) umzugehen, zeigt dass es in den jeweiligen Teams viel Spielraum gibt, eine Arbeitsteilung zu definieren mit der sich alle Beteiligten wohlfühlen und die letztlich zur Zufriedenheit der Betroffenen umgesetzt werden kann.

### 6.1.3 Stellenwert

Die Methoden der sozialen Arbeit im Allgemeinen und die Konzepte klinischer Sozialarbeit im Speziellen sind ein wichtiger und unabdingbarer Bestandteil palliativer und hospizlicher Interprofessionalität. (vgl. Fülbi 2007: 1289-1290 und 1294)

Noch gibt es nicht in allen Einrichtungen der Palliativmedizin Sozialarbeit und in dem Stundenausmaß wie bei einer der beiden interviewten Sozialarbeiterinnen nirgends, diesbezüglich ist sich eine der interviewten Personen sicher. (vgl. T10: Z154-155)

Sie erzählt weiter dass es in ihrer Einrichtung seit 2007 Soziale Arbeit gibt und dass die Wertschätzung für diese seitdem stetig gewachsen ist. (vgl. T10: Z150-151)

Die Sozialarbeiterin unterstreicht diese Aussage: „[...] dass ma anfoch a was was der andere leisten kann, was er bringt [...] i denk des hot sich im Laufe der Zeit no mehr intensiviert.“ (T10: Z151-153)

Die soeben vorgestellten Interviewpassagen lassen vermuten dass in dieser Einrichtung die Wichtigkeit von und auch die Wertschätzung für Soziale Arbeit im Laufe der Zeit stetig gewachsen ist. Man hat erkannt dass Soziale Arbeit eine eigenständige Profession ist, die wertvolle Arbeit leistet. Auch in der anderen beforschten Einrichtung entsteht ein ähnlicher Eindruck. Speziell von Seiten der dortigen Leitung (Pflegekraft). Sie sagt:

„Für uns is a komplette Entlastung das ma / i kenn des Team a no ohne Sozialarbeit und des wor für uns Schwestern immer a Problem. Wir haben vü übernehmen miasn, weil natürlich die Frogn trotzdem kumman san. Und ma berufsfremde Sochn natürlich net gern mocht, weil ma sie net sicher ist und weil ma si net guat auskennt, ja. Und gefühlt ändert si olle vierzehn Tog was bei den Zugangskriterien und / waß i net (lacht). Und do afoch am Laufenden zu bleiben, ist für uns total hart gwesn. Und wir san jetzt wirklich so so so dankbar dass ma des hinkriegt haben und das sie uns da unterstützt und des mocht afoch an massiven Unterschied. Jetzt net nur was Anträge oder so betrifft, sondern sie hot a a gonz andere Art der Gesprächsführung, wo wir a immer no vü dazulernen a und uns anschauen a, jetzt gonz ehrlich gsogt (lacht).“ (T15: Z174-180)

Die Worte der Leiterin zeigen ganz deutlich was für einen hohen Stellenwert Soziale Arbeit in dieser Einrichtung hat. Aus der zitierten Textstelle lässt sich die Wertschätzung und Anerkennung für die Profession und deren Kompetenzen wie z.B. Gesprächsführung, Zurechtfindung im Rechte-Dschungel, udgl. sehr klar erkennen. Auch die Tatsache dass sie ganz offen über die Überforderung die bei manchen Themen vorhanden war spricht, zeigt ihr Verständnis darüber dass Soziale Arbeit in ihren Augen eine eigenständige Profession ist, deren Aufgaben nicht so einfach von jedermann/jederfrau übernommen werden können. Diese Interpretation wird auch durch die, in derselben Einrichtung, durchgeführten Beobachtung unterstrichen. Hierbei kam zum Vorschein dass die anwesende Sozialarbeiterin meist dann das Wort ergriff wenn sie direkt angesprochen oder zu bestimmten Themen, wie z.B. Pflegegeld, usw. befragt wurde. (vgl. B1: 1)

Hierdurch wird deutlich dass die Vertreterinnen der anderen Professionen in dieser Einrichtung das Fachwissen und die Kompetenzen der Sozialarbeiterin zu schätzen wissen und dieses gerne nutzen um sich einerseits selbst neues Wissen anzueignen und andererseits um die bestmögliche Betreuung ihrer PatientInnen und deren Angehörigen gewährleisten zu können.

In den beiden besuchten Einrichtungen wurde also deutlich dass Soziale Arbeit als nicht wegzudenkender, wichtiger Teil der Arbeit angesehen wird. Besonders hervorgehoben wurden hier einerseits die Wertschätzung durch das zur Verfügung stehende Stundenausmaß (zumindest in einer der beiden Einrichtungen) und andererseits die Wertschätzung durch die speziellen Kompetenzen die Soziale Arbeit mit sich bringt

(Gesprächsführung, Wissen über rechtliche Fragestellungen, Antragsstellungen, Vernetzung, usw.)

Eine Sozialarbeiterin schildert kurz den Aufbau des Palliativlehrganges und berichtet das in diesem lediglich zwei Stunden Soziale Arbeit gelehrt wird. (vgl. T10: Z 366)

Sie äußert dass sie dies sehr schade findet, weil sie der Auffassung ist dass man die Inhalte von Sozialer Arbeit nicht in einem derart kurzem Zeitraum vermitteln kann. Die anderen Professionen hätten ein viel höheres Zeitvolumen zur Verfügung. (vgl. T10: Z363-368)

Trotz der hohen Wertschätzung die Sozialer Arbeit in beiden besuchten Einrichtungen entgegenkommt, entsteht z.B. durch den zeitlichen Aufbau des Palliativlehrganges der Eindruck Soziale Arbeit hätte im Palliativbereich weniger Wichtigkeit als der Pflegebereich oder die Medizin. Es liegt die Interpretation nahe das dadurch, in erster Linie fachfremden Personen bzw. VertreterInnen anderer Professionen vermittelt wird dass Inhalte der Sozialen Arbeit auch „nebenher“ von anderen Professionen erledigt werden könnten.

## 6.2 Zusammenarbeit mit den anderen Professionen

Ein mobiles Palliativteam setzt sich aus ärztlichem, sozialarbeiterischem und diplomiertem Pflegepersonal zusammen. (vgl. FSW 2018)

Wo es zwischen der Sozialen Arbeit und den anderen Professionen im beruflichen Alltag Berührungspunkte gibt, wie der regelmäßige Austausch und die Vernetzung untereinander, aber auch mit Professionistinnen anderer Einrichtungen funktionieren kann, werden in dieser Kategorie ebenso thematisiert, wie das Zusammenspiel zwischen der oftmals wichtigen hierarchischen Ordnung und dem Anspruch auf Augenhöhe zu agieren.

### 6.2.1 Berührungspunkte und Vernetzung

Die interviewte Sozialarbeiterin aus dem ersten Gespräch schildert sehr klar und ausführlich wie der Erstkontakt zu PatientInnen aussieht: dieser wird in der Einrichtung in der sie tätig ist zu zweit absolviert und meist von einer Pflegeperson sowie der Sozialarbeiterin durchgeführt. (vgl. T11: Z75-78)

Laut den Schilderungen der Sozialarbeiterin funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit diesbezüglich sehr gut. Sowohl im Handlungsfeld einer Pflegekraft als auch im Handlungsfeld der Sozialarbeiterin ist es wichtig gerade beim Erstkontakt bestimmte

Fragen zu stellen und diese werden durch die Herangehensweise der beiden unterschiedlichen Professionen abgedeckt. (vgl. T11: Z78-81)

Die Sozialarbeiterin aus dem zweiten Interview bestätigt (in ihrer eigenen Einrichtung) diese Schilderung, hat in ihrer Fallbeschreibung aber den Patienten im Erstkontakt gar nicht kennengelernt, sondern zunächst mit der Ehefrau des Patienten gearbeitet. (vgl. T10: Z28-40)

Auch Ausnahmen werden von der interviewten Person aus dem ersten Gespräch geschildert: „[...] es kaun a natürlich sei, je nachdem wias grad is, do brauch ma jetzt an Oazt dazua oda do is a medizinisches Thema so im Vordergrund, daun gengan de zwoa Professionen.“ (T11: Z77-80)

Beide Interviewpartnerinnen beschreiben also die Vorgehensweise dass, abgesehen von Ausnahmefällen, der Erstkontakt zu PatientInnen durch eine Pflegekraft und einer Person aus der Sozialarbeit hergestellt wird (zumindest in den beiden beforschten Einrichtungen). Dies legt die Vermutung nahe dass zu Beginn der Betreuung tendenziell vor allem Fragestellungen aus diesen beiden Gebieten zu beantworten sind. Die Interviewpartnerinnen bestätigen diese Vermutung auch in ihren Schilderungen (Pflegebett, Mindestsicherungsantrag, usw.). Eine weitere Vermutung ist, dass durch den intensiven Erstkontakt und die vielen Informationserhebungen wichtige Informationen, auch für die anderen Professionen, erhoben werden können und ein Beziehungs- und Vertrauensaufbau bereits initiiert werden kann. Somit profitieren das System, das interprofessionell agierende Team sowie die PatientInnen und deren Angehörige, welche bestmöglich und vielschichtig betreut werden können, von dieser Vorgehensweise. Es ist wichtig zu erwähnen dass die beschriebenen Vorgehensweisen und daher auch meine Interpretationen diesbezüglich nur in Bezug auf die beiden beforschten Einrichtungen und nicht generalisierend auf alle mobilen Palliativteams zu verstehen sind.

Weitere Berührungspunkte zwischen den Teams finden in den regelmäßigen Teamsitzungen unter anderem durch den interprofessionellen Informationsaustausch statt. (vgl. B1: 1-3)

Während der Beobachtung war eine angenehme Atmosphäre in Bezug auf gegenseitige Wertschätzung (fachlich wie zwischenmenschlich, z.B. reichen eines Taschentuches), Redezeit und der Rollenverteilung zu beobachten. (vgl. B1: 2)

Diese Vernetzung findet regelmäßig, 14-tägig, statt. Ein zusätzlicher Austausch passiert täglich in Form von Morgenbesprechungen. Daran nehmen dann alle anwesenden Mitarbeiterinnen des Tages teil. (vgl. B1: 2)

Durch meine gewonnenen Eindrücke aus der Beobachtung und den Interviews komme ich zu dem Schluss dass die Art der internen Vernetzung mittels Teamsitzungen, Morgenbesprechungen, usw. gut funktioniert und von allen Beteiligten als bereichernd erlebt

wird. Das ganze Team weiß über alle PatientInnen und über etwaige Besonderheiten Bescheid und dieses Wissen dürfte den Berichten aus der Beobachtung folgend auch in der direkten Arbeit mit den PatientInnen und deren Angehörigen positive Auswirkungen haben.

### 6.2.2 Hierarchie vs. Augenhöhe

Beide Interviewpartnerinnen (vgl. T10: Z335-348 und T11: Z226-231) geben an, dass vor allem der Respekt vor den jeweils anderen Professionen sowie die gegenseitige Wertschätzung und das Agieren auf Augenhöhe wichtige Aspekte für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit sind.

In den Schilderungen beider Sozialarbeiterinnen kommt klar heraus, dass durch das Arbeiten auf Augenhöhe und im gegenseitigen Respekt auch die Freude an der Arbeit größer wird. Das legt die Vermutung nahe dass auch (oder sogar vor allem) die PatientInnen und deren Angehörige davon profitieren wenn ein interprofessionelles Team gut zusammenarbeitet. Ist für die PatientInnen laut der Sozialarbeiterin aus Interview zwei zweitrangig welche Profession zum Hausbesuch kommt (vgl. T10: Z121-126), so lässt sich vermuten dass sie dann vor allem dadurch profitieren weil das Team gut zusammenarbeitet, sich vernetzt und so schnell und gezielt die gewünschte Information an die PatientInnen und deren Angehörige liefern kann. Folgendes Zitat unterstreicht dass keine Profession über eine andere zu stellen ist, aber auch dass Hierarchie in gewissen Momenten notwendig und wichtig ist: „Jo... i denk ma, do wiad wirklich ah so in de Teambesprechungen gschaut... und i denk ma scho, dass sie ois Koordinatorin, de (Name der Koordinatorin) es letzte Wort hot.“ (T11: Z270-271) Auf die Nachfrage ob das so ist weil sie Koordination ist und nicht weil sie Pflegeperson ist, antwortet die interviewte Person: „Jo, sachad i jetzt so...“ (T11: Z275)

Durch die Schilderungen der interviewten Sozialarbeiterin wird deutlich dass, zumindest in dieser Einrichtung, viel Wert auf das Agieren auf Augenhöhe und den gegenseitigen Respekt gelegt wird. Dennoch wird eine gewisse Hierarchie als wichtig erachtet. Meiner Analyse folgend hat dies die Auswirkung dass das Team einerseits das Gefühl hat selbstständig und auf Augenhöhe mit allen (auch der Koordinatorin) zu arbeiten und dass andererseits die Endverantwortung bei einer einzigen Person (der Koordinatorin) liegt. Meiner Meinung nach kann das zur Folge haben, dass das Team befreit und selbstständig agieren kann, was sich auch in diesem Fall wieder positiv auf die PatientInnen und deren Angehörige auswirkt, weil diese Homogenität so auch nach außen sicht- und spürbar wird.

### 6.3 Gelingensfaktoren

Soll die Zusammenarbeit mehrerer Professionen eine Gelingende sein, so müssen schon in der Grundausbildung die Chancen und Grenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit formuliert und gemeinsam reflektiert werden. (vgl. Pleschberger 2005: 27)

Heiner (2007: 472) führt eine gelingende Interprofessionalität vor allem auf eine gute Balance zwischen Spezialisierung und Zuständigkeit, Aufgabenerledigung und Aufgabendelegation, Konsenssuche und Konfrontation sowie Profilierung und Zurückhaltung zurück. (vgl. Heiner 2007: 472)

Heiner plädiert meiner Interpretation folgend somit für ein Agieren auf Augenhöhe, streicht aber trotzdem die Notwendigkeit einer Hierarchie (Stichwort: Aufgabendelegation) heraus. Auch gegenseitiges Verständnis und Unterstützung sind wichtig, dürfen aber eine belebende und bereichernde Konfrontation/Diskussion nicht komplett verdrängen.

Die beiden Interviewpartnerinnen ergänzen die Faktoren die für eine gelingende Interprofessionalität notwendig sind bzw. unterstreichen die Aussagen von Heiner. Eine der beiden Sozialarbeiterinnen fasst dies so zusammen: „[...] dass de Expertise von jedem ah so Plotz hot irgendwie ... und dass ma ah so schaut, was is jetzt grad so des Wichtigste? Was hot jetzt Vorrang? Oda des is jo ah oft parallel...“ (T11: Z229-231)

Auch die interviewte Leitungsperson ist dieser Ansicht: „Jo i glaub grundsätzlich brauchts amal Redebereitschaft von allen Beteiligten.“ (T15: Z224)

Hier kommt vor allem der von Heiner erwähnte Punkt der guten Balance zwischen Spezialisierung und Zuständigkeit zum Vorschein. Die interviewte Sozialarbeiterin hält es in Bezug auf eine gelingende Interprofessionalität für wichtig dass das jeweilige Fachwissen aller MitarbeiterInnen respektiert und anerkannt wird, das zum richtigen Zeitpunkt aber auch die richtigen Professionen und deren VertreterInnen in den Vordergrund rücken und sich die anderen Professionen gleichzeitig zurückziehen, ohne Groll und ohne Eitelkeiten.

Auch die zweite interviewte Sozialarbeiterin unterstreicht diese Aussage und erwähnt das es vor allem wichtig ist die Kompetenzen und Stärken der jeweils anderen zu kennen und diese wertzuschätzen und zu respektieren. (vgl. T10: Z339-340)

Der zitierte Satz der Leitungsperson, wonach sie Redebereitschaft von allen Beteiligten einfordert (vgl. T15: 224) zeigt die Einheitlichkeit der interviewten Personen diesbezüglich.

In den beiden beforschten Einrichtungen scheinen die von Heiner formulierten Voraussetzungen für eine gelingende Interprofessionalität ebenfalls eine wichtige Rolle zu spielen und im Arbeitsalltag tatsächlich auch so gelebt zu werden. Die Zufriedenheit und die Eingespieltheit der beiden Teams kommt in den Interviews und auch in der Beobachtung deutlich zum Vorschein. Die Argumentation aus der Theorie und das Erleben in der Praxis

scheinen sich meiner Analyse folgend gegenseitig zu bestätigen und die Wichtigkeit von gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung zu unterstreichen.

Ein weiterer Punkt der eine gelingende Interprofessionalität möglich macht (in einer der beiden beforschten Einrichtungen) wird, auch wenn er von den beiden Interviewpartnerinnen nicht explizit erwähnt wird, durch die Beobachtung deutlich: Humor. (vgl. B1: 2) Während der beobachteten Teamsitzung wird viel gescherzt und gelacht. (vgl. B1: 2) Es drängt sich die Vermutung auf dass Humor in dem sonst eher bedrückenden Arbeitsalltag eine große Rolle spielt um einerseits eine gelingende Interprofessionalität zu gewährleisten (Witze über Aufgabengebiete der Professionen, vgl. B1: 2) und andererseits um sich selbst auch von den teils nahegehenden PatientInnen Schicksalen abzugrenzen. Die Daten zeigen dass den MitarbeiterInnen Humor als Mittel des Austauschs mit den Kolleginnen dient, er aber auch genutzt wird um sich selbst abzugrenzen und um emotionalen Druck abzubauen. Diese Interpretation ergibt sich in erster Linie auf Grund der erlebten Teamsitzung und spiegelt nur das Verhalten eines einzigen mobilen Palliativteams wider.

#### 6.4 Herausforderungen

Durch die geführten Interviews kamen vor allem zwei Punkte die von den MitarbeiterInnen genannt wurden zum Vorschein, die interprofessionelle Zusammenarbeit erheblich erschweren können:

- × Animositäten und Konkurrenzdenken
- × Anzahl der ProfessionistInnen

Die eine Sozialarbeiterin meint dazu dass sich im Team nie ein/e VertreterIn einer bestimmten Profession als wichtiger ansehen würde als VertreterInnen einer anderen Profession. Sie nennt als Beispiel hier den Arzt der, anders als im Krankenhaus, in dieser Einrichtung nicht über dem Pflegepersonal steht und sich dies selbst auch nicht anmaßen würde zu behaupten. (vgl. T10: Z341-346)

Die zweite Sozialarbeiterin sieht vor allem das Fehlen einer zweiten Sozialarbeiterin/eines zweiten Sozialarbeiters im Team als Herausforderung. Sie verspürt oftmals den Wunsch sich mit einem/r VertreterIn derselben Profession über Fälle auszutauschen, sowie es auch die KollegInnen aus der Pflege tun können. (vgl. T11: Z298-303)

Ruflin (2011: 9-10) sieht diese Herausforderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit ebenfalls gegeben, ergänzt sie allerdings noch und formuliert schlussendlich fünf „Stolpersteine“:

- Kommunikations- und Sprachschwierigkeiten:  
„Fachsprache, die sich von derjenigen anderer Professionen und der Alltagssprache unterscheidet.“ (Rufing 2011: 9)
- Professionsspezifische Theorien und Methoden:  
Durch, professionsbedingte unterschiedliche Vorgehensweisen ist die gemeinsame Problemsicht erschwert. (vgl. Rufing 2011: 9)
- Mangelndes gegenseitiges Verständnis:  
Eine falsche Erwartungshaltung und/oder Vorurteile anderen Professionen gegenüber können die Zusammenarbeit erschweren. (ebd.: 9)
- Gruppendynamische Probleme:  
Es könnte sein das für manche MitarbeiterInnen Teamarbeit neu und ungewohnt ist und dadurch Herausforderungen in der Zusammenarbeit entstehen. (vgl. Rufing 2011: 10)
- Professionen bilden eigene (Sub)kulturen:  
*Rudelbildung* und hauptsächlicher Austausch mit FachkollegInnen können zur Ausgrenzung von KollegInnen anderer Professionen und zur Entstehung eines Tunnelblickes führen. (ebd.: 10)

Im Zuge der durchgeführten Beobachtung (vgl. B1: 2) konnte festgestellt werden, dass zumindest in der beobachteten Einrichtung, das Problem der Kommunikations- bzw. Sprachbarriere nicht gegeben sein dürfte. Selbstverständlich spricht jede/r VertreterIn einer Profession vorwiegend in der eigenen Fachsprache, jedoch war klar erkennbar dass sich die KollegInnen gegenseitig bestärkten und akzeptierten und die sprechende Person nur bei unmittelbar auftretenden Verständnisfragen unterbrochen wurde. (vgl. B1: 2)

Da lediglich die zwei eingangs erwähnten Herausforderungen von den Sozialarbeiterinnen benannt werden und eine davon sogar sofort als in der Einrichtung nicht existent beschrieben wird, bleibt es eigentlich bei einer einzigen tatsächlich ausformulierten Herausforderung aus Sicht der Sozialen Arbeit. Nämlich dem Fehlen von zumindest einer zweiten sozialarbeiterischen Kraft. Es liegt die Vermutung nahe dass sich die Sozialarbeiterin die diese Thematik angesprochen hat, zeitweise alleine fühlt. In der Einrichtung fehlt ihr der Austausch mit einer Fachkraft aus derselben Profession. Dies könnte dazu führen dass sie in ihrer täglichen Arbeit zeitweise den Weitblick verliert, weil ihr der Austausch fehlt. Das

könnte, wie auch von der Sozialarbeiterin selbst erwähnt (vgl. T11: Z309-314), zumindest hin und wieder durch den Austausch mit SozialarbeiterInnen anderer Einrichtungen kompensiert werden. Allerdings ist es naheliegend das dieser Austausch mit einem größeren Aufwand verbunden ist, als wenn es ein/e zusätzliche/n SozialarbeiterIn im eigenen Team gäbe.

## 7 Resümee und Ausblick

In der vorliegenden Studie wurde das Ziel verfolgt herauszufinden wie SozialarbeiterInnen in interprofessionellen mobilen Palliativteams ihre eigene Rolle und die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen wahrnehmen. Darüber hinaus sollte festgestellt werden welche Voraussetzungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit erfüllt sein müssen sowie welche Faktoren diese Zusammenarbeit bereichern oder auch erschweren können. Auch die Aufgaben die SozialarbeiterInnen in mobilen Palliativteams übernehmen wurden erhoben.

Eine meiner Vorannahmen beruht auf dem Verdacht dass Humor ein wesentlicher Bestandteil einer gut gelingenden Interprofessionalität ist. Diese Vorannahme lässt sich weder einwandfrei belegen noch widerlegen. Die interviewten Personen haben die Thematik zwar nicht explizit angesprochen, allerdings lässt sich auf Grund der beobachteten Szenerie in der Teamsitzung (vgl. Kapitel 6.3.) vermuten dass, zumindest in diesem Team, Humor eine wesentliche Rolle spielt und die Zusammenarbeit erleichtert.

Eine weitere Vorannahme bezieht sich auf die Haltung welche die VertreterInnen der einzelnen Professionen einnehmen. Dieser Vorannahme entsprechend ist eine wertschätzende und respektierende Haltung unter den Professionen unabdinglich für eine gelingende Interprofessionalität. Auf Grund der Beobachtung sowie den Aussagen der beiden Sozialarbeiterinnen und der Koordinatorin lässt sich diese Vorannahme, in Bezug auf die beforschten Einrichtungen, bestätigen. (vgl. Kapitel 6.3.)

Die Wichtigkeit regelmäßiger interner Vernetzung (z.B. in Form von regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen) kann nach Berücksichtigung der erhobenen Daten als bestätigt angesehen werden. Diese Art der Vernetzung stellt einen wichtigen Faktor für eine gelingende Interprofessionalität dar. (vgl. Kapitel 6.2.1.)

Nicht bestätigen konnte ich hingegen die Annahme dass SozialarbeiterInnen in erster Linie als „VernetzerIn“ oder BrückenbauerIn wahrgenommen werden. In beiden beforschten Einrichtungen wurde deutlich dass die dort tätigen Sozialarbeiterinnen sowie deren Fachwissen und Kompetenzen als eigenständige Profession geschätzt werden. Das Vermitteln und Brücken bauen ist demnach nur ein kleiner Teil den die Soziale Arbeit ausmacht und nicht die Hauptdefinition Sozialer Arbeit, weder für die Sozialarbeiterinnen selbst noch für die beforschten Einrichtungen im Allgemeinen. (vgl. Kapitel 6.1.3.)

Bestätigt hat sich hingegen wiederum die Vorannahme das SozialarbeiterInnen und deren Tätigkeitsfelder manchmal nicht als eigenständige Profession, sondern als etwas das jede/r „nebenbei“ miterledigen kann, wahrgenommen werden. Die interviewten Personen fühlen sich in ihren jeweiligen Einrichtungen zwar sehr wohl und wertgeschätzt, allerdings bemängeln sie das geringe Stundenausmaß, das der Sozialen Arbeit im Vergleich zu anderen Professionen zur Verfügung steht und auch den fehlenden Austausch mit KollegInnen der gleichen Profession. Außerdem würden sie sich wünschen das in der Ausbildung (Basislehrgang) mehr Stunden für die Vermittlung Sozialer Arbeit eingeplant werden. (vgl. Kapitel 6.1.1.)

Eine der beiden interviewten Personen beschreibt sogar ein Aufgabengebiet (Pflegegeld) das eigentlich von allen gleichermaßen abgedeckt wird und nicht zwingend in ihr Aufgabenfeld als Sozialarbeiterin fällt. (vgl. Kapitel 6.1.2.)

Weiters kommt zur Sprache dass lt. Aussage einer der beiden Sozialarbeiterinnen viele Menschen meinen würden Soziale Arbeit sei etwas das jeder, auch ohne entsprechende Ausbildung könne. Sie verweist allerdings darauf dass es in den meisten Fällen dann an Wissen und Vernetzung fehle. (vgl. T10: Z157-158)

Die beiden interviewten Sozialarbeiterinnen und auch die Koordinatorin sehen dies allerdings anders. Alle verweisen auf die wichtigen Kompetenzen vor allem in Sachen Gesprächsführung, Vernetzung und rechtliches Wissen der Sozialarbeiterinnen in ihren Teams. (vgl. Kapitel 6.1.3.) Und auch die Ergebnisse der Beobachtung (vgl. B1: 1-3) haben gezeigt dass die Expertise der Sozialarbeiterin im Team sehr geschätzt wird.

Die Vorannahme wonach Animositäten und Konkurrenzdenken hinderlich für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit sind hat sich ebenso bestätigt (vgl. Kapitel 6.4.) wie die letzte Vorannahme, wonach sich das Tätigkeitsfeld von SozialarbeiterInnen in den beforschten Einrichtungen der mobilen Palliativarbeit vor allem auf rechtliche, finanzielle (existenzsichernde) und vernetzende Aufgaben bezieht. (vgl. B1: 1 und Kapitel 6.1.2.)

Bezugnehmend auf die Forschungsfragen (Haupt- und Unterfragen) lässt sich feststellen dass die beiden interviewten Sozialarbeiterinnen die Zusammenarbeit in ihren interprofessionellen mobilen Palliativteams als sehr wertschätzend und bereichernd erleben. Ihre Rolle im Team definieren sie durch ihr Fachwissen und ihre Kompetenzen, wodurch sich auch die jeweiligen Aufgabenfelder ergeben und wodurch sich das Verständnis von Sozialer Arbeit als eigenständige Profession stärkt. (vgl. Kapitel 6.1.3., 6.2., 6.2.1., 6.2.2. und 6.2.3.)

Einig sind sich die interviewten Personen (und dies deckt sich mit den Beobachtungsergebnissen) dass es für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit essentiell ist auf Augenhöhe zu agieren und eine wertschätzende und respektierende Haltung den anderen Professionen gegenüber einzunehmen. (vgl. Kapitel 6.3.)

Was bedeuten diese Erkenntnisse nun für die Soziale Arbeit? Einerseits kommt durch die Studie klar zum Vorschein dass Soziale Arbeit in den beforschten Einrichtungen etabliert ist und wertgeschätzt wird. Jedoch wird andererseits auch deutlich dass die SozialarbeiterInnen noch Entwicklungspotential für die Soziale Arbeit im Bereich der interprofessionellen mobilen Palliativarbeit sehen. Diese Entwicklung kann aber nur vorangetrieben werden, wenn auch hier alle Beteiligten unterschiedlicher Professionen an einem Strang ziehen. Bemängelt wird vor allem das, im Vergleich zu den anderen Professionen, geringe Stundenausmaß das der Sozialen Arbeit zugestanden wird. Damit einhergehend fehlt es auch an Austauschmöglichkeiten mit VertreterInnen der eigenen Profession, da laut den interviewten Personen meistens nur ein/e SozialarbeiterIn im interprofessionellen Team vertreten ist. Diesbezüglich äußert eine der beiden interviewten SozialarbeiterInnen auch explizit den Wunsch zukünftig eine/n FachkollegIn zum Austausch im Team zu haben. (vgl. T11: Z298-304)

Ein weiterer Punkt ist, dass die Soziale Arbeit teilweise damit zu kämpfen hat von anderen als eigenständige Profession wahrgenommen zu werden. Soziale Arbeit hat im Bereich der Palliativarbeit erst vor wenigen Jahren Anklang gefunden und in dieser Zeit hat sich schon viel zum Positiven entwickelt. Um diesen Trend weiter voranzutreiben ist es meiner Meinung nach wichtig zu aller erst den Ausbildungslehrgang von den Inhalten her so zu evaluieren und abzuändern dass Soziale Arbeit auch an andere Professionen so vermittelt werden kann, dass verstanden wird das Soziale Arbeit eine eigenständige Profession mit unerlässlichen Kompetenzen darstellt. Dies sollte in erster Linie durch die Erhöhung der Unterrichtsstunden und entsprechende Lehrinhalte geschehen. Im Zuge einer Standardisierung sollte es zukünftig auch in allen Einrichtungen so sein dass von jeder Profession mindestens zwei Fachkräfte angestellt sind, um eine fachinterne Vernetzung gewährleisten zu können und somit die Qualität der Arbeit weiter zu erhöhen. VertreterInnen der Sozialen Arbeit müssten diese Veränderung anstoßen und ich denke dass die, von den InterviewpartnerInnen formulierte, Unterstützung und Wertschätzung der KollegInnen aus anderen Professionen sehr hilfreich sein würde diese Ideen tatsächlich umzusetzen.

Abschließend ist festzuhalten dass, durch die Ergebnisse dieser Studie, viele Chancen und Herausforderungen die interprofessionelle Zusammenarbeit mit sich bringt zum Vorschein

gekommen sind. Deutlich wurde auch das gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit dazu führt dass die aufgetretenen Herausforderungen gut gemeistert und die Chancen und Möglichkeiten für das Team sowie die PatientInnen und deren Angehörige optimal ausgenutzt werden können, was sich wiederum positiv auf die Betreuung Letzterer auswirkt. Durch das Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen und Sichtweisen die eine gelingende Interprofessionalität mit sich bringt, wird Stillstand verhindert und stetige Weiterentwicklung gefördert. Dies ist, meiner Ansicht nach, auch eine Hauptargumentation dafür Interprofessionalität in anderen Bereichen des Gesundheitswesens zu implementieren – eine ausführliche vorangehende Evaluation und Vernetzung vorausgesetzt. Ich bin der Überzeugung dass sowohl die ProfessionistInnen als auch die jeweiligen Zielgruppen somit noch besser betreut werden könnten, wodurch alle Beteiligten, trotz der zweifelsfrei vorliegenden Herausforderungen, profitieren würden.

## 8 Literatur

Dachverband Hospiz (2006): [https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Ergebnisse\\_Datenerhebung\\_2005.pdf](https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Ergebnisse_Datenerhebung_2005.pdf) [08.04.2018 & 10.04.2018]

Dachverband Hospiz (2014): [https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Ergebnisse\\_Datenerhebung\\_2013.pdf](https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Ergebnisse_Datenerhebung_2013.pdf) [08.04.2018 & 10.04.2018]

Dachverband Hospiz (2015): [https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Ergebnisse\\_Datenerhebung\\_2014.pdf](https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/03/Ergebnisse_Datenerhebung_2014.pdf) [08.04.2018 & 10.04.2018]

Dachverband Hospiz (2016): [https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/HOSPIZ\\_datenbericht\\_fin\\_web\\_barr.pdf](https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/HOSPIZ_datenbericht_fin_web_barr.pdf) [08.04.2018 & 10.04.2018]

Dachverband Hospiz (2017): [https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ\\_datenbericht\\_web\\_barr.pdf](https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ_datenbericht_web_barr.pdf) [08.04.2018 & 10.04.2018]

Dachverband Hospiz (2018): <https://www.hospiz.at/betroffene/fuer-erwachsene/hospiz-und-palliativeinrichtungen/#mpt> [15.04.2018]

Flick, Uwe (2014): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Rowohlt's Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg. S. 33-34, 75, 113-115, 201, 225

Fonds Soziales Wien (FSW) (2018): <https://www.fsw.at/p/mobile-palliativbetreuung> [08.04.2018]

Friedrichs, Jürgen / Lüdtke, Hartmut (1973): Teilnehmende Beobachtung. Einführung in die sozialwissenschaftliche Feldforschung. Verlag Julius Beltz. Weinheim. S. 26

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. WUV. Wien. S. 142, 147

Fülbier, Ursula (2007): Sozialarbeit in der Palliativmedizin. In: Aulbert, Eberhard / Nauck, Friedemann / Radbruch, Lukas (Hrsg.) (2007): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Schattauer. Stuttgart / New York. S. 1289-1294

Heiner, Maja (2007): Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fähigkeiten. Ernst Reinhardt Verlag, München und Basel. S. 472

Hospizteam Schwabach (o.J.): <http://www.hospizteam-schwabach.de/palliativarbeit/index.html> [22.04.2018]

International Federation of Social Work (IFSW) (2018): <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> [06.04.2018]

International Federation of Social Work (IFSW) (2000): [file:///C:/Users/Phillip%20Strobl/Downloads/definition-international\\_1\(1\).pdf](file:///C:/Users/Phillip%20Strobl/Downloads/definition-international_1(1).pdf) [06.04.2018]

Koordination Palliativbetreuung Steiermark (2014): <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10089936/2885801> [06.04.2014] & [08.04.2018]

Koordination Palliativbetreuung Steiermark (2014a): <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10089904/2885735> [08.04.2018]

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage. BELTZPVU. Weinheim. S. 568-570

Leathard, Audrey (Hrsg.) (2003): Interprofessional Collaboration. From Policy to Practice in Health and Social Care. Brunner-Routledge. New York. S. 5f

Malin, N. / Morrow, G. (2007): Evaluation Sure Start: Interprofessionalism and Parental Involvement in Local Programmes. Whiting & Birch. London. S. 447

Maxwell, Joseph A. (2005): Qualitative Research Design. An Interactive Approach. Applied Social Research Method. London. S. 16

Müller Burkhard / Thole, Werner (Hrsg.) (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 955-957

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) (o.J.): [http://www.sozialarbeit.at/index.php?article\\_id=52&clang=0](http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=52&clang=0) [06.04.2018]

Österreichische Palliativgesellschaft (2018): <https://www.palliativ.at/palliative-care.html> [22.04.2018]

Palliativ-Schulung (o.J.): <https://palliativ-schulung.com/2018/01/24/zitate-und-gedichte-zu-den-themen-sterben-tod-und-trauer/> [22.04.2018]

Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.) (2005): Professionelles Handeln. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden. S. 11

Pleschberger, Sabine / Heimerl, Katharina (2005): Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. In: Pleschberger, Sabine / Heimerl, Katharina / Wild, Monika (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2., aktualisierte Auflage. Facultas Verlag. Wien. S. 27

Ruflin, Regula (2011): Was ist interprofessionelle Zusammenarbeit? Bildungszentrum IV – Fachtagung. Power Point Präsentation. Social Design. Bern. S. 5 und 9-10 [06.04.2018]

Sozialinfo Niederösterreich (2018): <https://sozialinfo.noel.gv.at/content/de/9/SearchResults.do?keyword=Hospiz-+und+Palliativbetreuung+mobil> [08.04.2018]

Universität Wien (2011): <http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-28.html> [14.04.2018]

Wulfekühler, Heidrun (Hrsg.) (2013): Interprofessionalität in der Tagesbetreuung. Module zur Gestaltung von Netzwerkpraxis. Springer VS. Osnabrück. S. 54, 55

## 9 Daten

Leitfadeninterview, geführt mit einer Sozialarbeiterin aus einem mobilen Palliativteam im Dezember 2017, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert, T10: Z1-489

Leitfadeninterview, geführt mit einer Sozialarbeiterin aus einem mobilen Palliativteam im November 2017, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert, T11: Z1-336

Leitfadeninterview, geführt mit der Koordinatorin (Ausgangsberuf: Pflege) eines mobilen Palliativteams im November 2017, Transkript, Zeilen durchgehend nummeriert, T15: Z1-330

Offene, teilnehmende Beobachtung, durchgeführt während einer Teamsitzung eines mobilen Palliativteams im November 2017, Seiten 1-3

## 10 Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
ebd.	eben da
etc.	et cetera
FSW	Fonds Soziales Wien
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	HerausgeberIn
IFSW	International Federation of Social Workers
lt.	laut
OBDS	Österreichischer Berufsverband Sozialer Arbeit
o.J.	ohne Jahr
u.a.	und andere
udgl.	und dergleichen
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

# 11 Anhang

Im Anhang dieser Arbeit stelle ich die in der Projektgruppe gemeinschaftlich erarbeiteten und für die Interviews und die Beobachtung verwendeten Leitfäden zur Einsicht zur Verfügung.

## 11.1 Interviewleitfaden

Vorab:

- persönliche Vorstellung
- Forschungsziel
- Datenschutz
- Einwilligung

### EINSTIEG

- 1 Wie lange sind Sie in dieser Einrichtung tätig?
- 2 Welche Aufgaben und Funktionen nehmen Sie in der Einrichtung wahr?

### HAUPTTEIL

- 1 Ich bitte Sie, mir anhand eines Falles zu beschreiben, was Ihre Aufgaben im interdisziplinären Team sind.**

Wie erleben Sie Ihre eigene Arbeit im interdisziplinären Team?

Wie werden in Ihrem Team Entscheidungen getroffen?

(Wie werden die unterschiedlichen Professionen aus Ihrer Sicht von den KlientInnen wahrgenommen?)

- 2 Wie hat sich die Interdisziplinarität aus Ihrer Sicht in Ihrem Team entwickelt?**

Was verstehen Sie unter Interdisziplinarität?

Woran merken Sie, dass interdisziplinär gearbeitet wird?

Welche Umstände verhindern gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit?

- 3 Was braucht es Ihrer Meinung nach, damit interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen kann?**

Woran merken Sie, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer Begleitung gelungen ist?

#### 4 **Wenn Sie sich im Bezug auf Ihre Zusammenarbeit mit den anderen Professionen etwas wünschen könnten, was wäre das?**

Welche Aspekte möchten Sie noch erwähnen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?

### 11.2 Beobachtungsleitfaden

#### Rahmenbedingungen:

- Datum
- Uhrzeit
- Setting
- TeilnehmerInnen

#### Teamsitzung:

- Interaktion
- Aufgabenverteilung
- Redezeit
- Wer kommt wann?
- Wer eröffnet das Gespräch?
- Wer „moderiert“?
- Sitzordnung
- Hierarchie (Rollen)
- Schwerpunkt → Fallbesprechung
- Häufigkeit
- Gesprächskultur

#### Alltag im mobilen Team:

- Interaktion mit PatientInnen, Angehörigen, Berufsgruppen
- Zuständigkeit (Wer macht was?)
- Anfahrt und Rückfahrt
- Vorbesprechung
- Reflexion
- Dokumentation
- (Super- bzw. Intervision?)
- Ablauf von Hausbesuchen
- räumliche Gegebenheiten, Büroräumlichkeiten

#### Alltag im stationären Team:

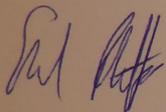
- Tür- und Angelaustausch
- Teampräsentation
- Aufgabenaufteilung
- medizinische Versorgung
- Wer kommt wann? (zu PatientInnen)

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, Phillip Strobl, geboren am 24.09.1988 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, am 23.04.2018



Unterschrift