

Mehr als die Summe der Teile

Gelebte Interdisziplinarität im Hospiz aus Sicht der Sozialen Arbeit

Karin Passrucker, 1510406333

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 23.04.2018

Version: 1

Begutachterin: Mag.a (FH) Mag.a Ursula Stattler

Abstract

Deutsch

In dieser Arbeit wird die Praxis der interdisziplinären Zusammenarbeit in stationären Hospizen näher untersucht. Denn in stationären Hospizen wird die Interdisziplinarität im Gesundheitssystem schon lange gelebt. Dabei wird erhoben, welche Entwicklungen sich in der Vergangenheit sich positiv auf das Gefüge auswirkten und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei übernimmt. Darüber hinaus wird ein Tätigkeitsprofil der Sozialarbeiter_innen im Hospiz erstellt sowie deren Stellung im Team beleuchtet. Von besonderem Interesse sind die strukturellen Faktoren und die Soft Skills die für eine gelingende Zusammenarbeit angegeben werden, zu erheben. Ergebnisse dieser Arbeit sollen auch auf andere Felder des Gesundheitswesens – darunter insbesondere etwa den Bereich Primary Health Care – übertragbare erste Erkenntnisse über Erfordernisse für gelingende Interdisziplinarität liefern.

Englisch

In this work, the practice of interdisciplinary cooperation in inpatient hospices is examined more closely. For in inpatient hospices interdisciplinarity is practiced in the health system for a long time. In the process, it is determined which developments have had a positive effect on the structure in the past and which role social work is taking on. In addition, an activity profile of the social workers in the hospice is drawn up and their position in the team is examined. Of particular interest are the structural factors and soft skills identified for successful collaboration. Results of this work should also provide first transferable insights into the needs of successful interdisciplinarity in other fields of healthcare, in particular in the area of primary health care.

*Jede Zusammenarbeit ist schwierig,
solange den Menschen das Glück
ihrer Mitmenschen gleichgültig ist.*

(Dalai-Lama)

Inhalt

1	Einleitung	5
2	Zugang zum Thema und Aktualität	6
2.1	Verbindungen zur Sozialen Arbeit im Hospiz	7
2.2	Vorannahmen	8
3	Forschungsinteresse	9
3.1	Forschungsfragen.....	9
3.2	Definitionen.....	10
3.2.1	Stationäres Hospiz	10
3.2.2	Interdisziplinarität.....	11
3.2.3	Team.....	11
4	Forschungsdesign	12
4.1	Erhebungsmethode	12
4.2	Auswertungsmethode	12
5	Das Feld	13
5.1	Die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich	13
5.2	Der_die Interviewpartner_in	14
6	Forschungsergebnisse	14
6.1	Sicht der Sozialen Arbeit auf Interdisziplinarität	15
6.1.1	Das interdisziplinäre Team	15
6.1.2	Entwicklung der Interdisziplinarität	16
6.2	Die Profession der Sozialen Arbeit im Team.....	18
6.2.1	Aufgaben Soziale Arbeit	19
6.2.2	Die Stellung der Sozialen Arbeit im Team.....	23
6.3	Voraussetzungen für das Gelingen interdisziplinärer Zusammenarbeit	24
6.3.1	Strukturelle Voraussetzungen für eine gelingende Interdisziplinarität	25
6.3.2	Soft Skills für gelingende Interdisziplinarität.....	29
6.3.3	Hinderliche Faktoren	31
7	Fazit	32
	Literaturverzeichnis	34
	Literatur	34
	Daten	37
	Anhang	38
	Interviewleitfaden	38
	Eidesstattliche Erklärung	39

1 Einleitung

Mein erster Kontakt mit einem Sozialarbeiter eines Hospizes fand 2016 statt. Im Rahmen einer Lehrveranstaltung führte ich ein Interview über dessen Tätigkeit durch. Damals ging ich mit gemischten Gefühlen ins Hospiz. Ich war unsicher, was mich erwarten würde. Das Hospiz als Ort des Sterbens flößte mir Unbehagen ein. Jedoch überraschte mich die Begegnung positiv. Der Sozialarbeiter strahlte förmlich vor Lebensfreude und berichtete mir begeistert von seiner Arbeit. Wenn ich jetzt an diesen ersten Besuch zurückdenke, denke ich an einen schönen Ort, der Menschen am Ende ihrer Reise gut begleitet und das Wohl der Patient_innen und deren Angehörigen in den Mittelpunkt stellt.

Diese Begegnung ist zum Teil der Auslöser, warum ich mich für die Projektwerkstatt "Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Mobilen Palliativteams" entschied, denn obwohl es auf den ersten Blick etwas ungewohnt erscheint, ist die Soziale Arbeit ein fester Bestandteil in diesem Bereich. Krankheit und somit auch Gesundheit sind Lebensdimensionen des relativen Wohlbefindens, die in allen Stadien des menschlichen Lebens eine wichtige Rolle spielen (vgl. Student / Mühlum / Student 2004:11).

Ein weiterer Aspekt, der mich interessierte, ist der Fokus auf die Interdisziplinarität und welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, dass die Interaktion der verschiedenen Berufsgruppen gelingt. Unter dem Gesichtspunkt der gelingenden Zusammenarbeit interessiert mich auch, welche Faktoren von außen gesteuert werden können und welche Faktoren sich in einem Team entwickeln sollten, um die Zusammenarbeit positiv zu beeinflussen. Ich vermute, dass in vielen Gesundheitsbereichen eine gelingende Zusammenarbeit einen größeren Erfolg erzielt und die Soziale Arbeit einen wichtigen Teil dazu beitragen kann. Gerade in neuen medizinischen Bereichen, wie der Primärversorgung, muss sich also die Soziale Arbeit gut positionieren und ein fixer Bestandteil werden.

Die vorliegende Arbeit behandelt in Kapitel zwei den aktuellen Zugang zum Thema der Primärversorgung in Österreich. Das Kapitel beschreibt einen kurzen Abriss über die Entwicklung in Österreich und gibt den aktuellen Stand wieder. Im weiteren Verlauf erläutert das Kapitel die Ähnlichkeiten der Sozialen Arbeit und dem Grundgedanken der Hospizarbeit sowie die Zusammenhänge der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen im Allgemeinen. Dadurch wird ersichtlich, warum die Soziale Arbeit eine bedeutsame Position im Gesundheitswesen hat. Anschließend legt Kapitel 2.2 meine Vorannahmen dar.

Kapitel drei beschreibt das Forschungsinteresse und die Fragestellungen, die diese Arbeit beantwortet und definiert die zentralen Begriffe wie Hospiz, Interdisziplinarität und Team.

Kapitel vier erläutert kurz das Forschungsdesign und setzt sich mit der Erhebungs- und Auswertungsmethode auseinander.

Das Feld "Hospiz in Österreich" sowie die Interviewpartner und die Interviewpartnerin stellt Kapitel fünf vor. Dieses Kapitel gibt einen Einblick in den Ausbau der Hospizarbeit in Österreich und den aktuellen Stand.

Die Ergebnisse in Kapitel sechs sind in drei Unterkapitel aufgeteilt. Kapitel 6.1 beschreibt die Sicht der Sozialarbeiter_innen auf das interdisziplinäre Team und die vorangegangene Entwicklung. Kapitel 6.2 befasst sich mit der Stellung der Sozialen Arbeit im Team. Dies inkludiert eine Erfassung des Aufgabenprofils sowie die Integration im Team. Kapitel 6.3 setzt sich mit den Voraussetzungen und den Gelingensfaktoren auseinander. Die Voraussetzungen schlüsseln die strukturellen Gegebenheiten, die von der Leitung installiert werden müssen, auseinander. Die Gelingensfaktoren oder Soft Skills skizzieren jene Bereiche, die sich innerhalb des Teams entwickeln sollten, um eine gute Zusammenarbeit zu kreieren.

Das Resümee, das aus den Ergebnissen resultiert, erläutert Kapitel sieben.

2 Zugang zum Thema und Aktualität

Die Gesundheitsreform im Jahr 2013 sprach der Primärversorgung in Österreich eine hohe Priorität in der medizinischen Versorgung zu. Etwa ein Jahr später im Juni 2014 verabschiedete die Bundes-Zielsteuerung den ersten Beschluss mit dem Titel "Das Team rund um den Hausarzt". Dieser erste Entwurf legte einen wichtigen Baustein für eine umfassende ambulante interdisziplinäre Versorgung in Österreich und war somit richtungsweisend für den „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ (vgl. Fischer / Schauppenlehner 2018:24f). Ziel dieser Gesundheitsreform war und ist eine nachhaltige Veränderung im Gesundheitssystem, die sich am demographischen Wandel, dem medizinischen Fortschritt, der Verbesserung der technischen Möglichkeiten und der Spezialisierung der Gesundheitsberufe, um nur einige zu nennen, besser anpasst (vgl. Finker 2017:19). Drei Jahre später, im Jahr 2017, beschloss das Parlament das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, kurz das Primärversorgungsgesetz (PrimVG). Dieses Gesetz regelt zukünftig einen Teil der medizinischen Versorgung in Österreich. Das PrimVG (vgl. §2 Abs. 1) führt Ärzt_innen für Allgemeinmedizin und Angehörige des gehobenen medizinischen Dienstes, bei Bedarf Fachärzt_innen für Kinder- und Jugendheilkunde, als Kernteams an. Weitere Gesundheits- und Sozialberufe, wie Hebammen, Psycholog_innen, Psychotherapeut_innen, Angehörige der

Gesundheits- und Krankenpflege (geregelt nach MABG), Heilmasseur_innen, (geregelt nach MMHmG) und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste explizit werden als Kann-Leistungen in Absatz 2. ergänzt. Dabei sticht hervor, dass die Soziale Arbeit als Berufsbezeichnung nicht angeführt wird. Jedoch könnte gerade Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf in den Bereichen der Ressourcenorientierung, Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung der Patient_innen und multiprofessionellen Arbeiten einen wichtigen Beitrag leisten (vgl. Finker 2017:21). Auffallend an diesem Gesetz ist, dass es primär eine rein ärztlich-medizinische Versorgung vorgibt. Wogegen im Konzept "Das Team rund um den Hausarzt" ein multiprofessionelles Team und eine interdisziplinäre Arbeitsweise propagiert wird (vgl. Fischer / Schauppenlehner 2018:29).

Aus diesem Grund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit einem Thema des Gesundheitsbereiches, in dem die Soziale Arbeit ein Bestandteil des Kernteams ist. Sie diskutiert jene Faktoren, die dazu beitragen, ein gutes Arbeitsklima für eine gelingende interdisziplinäre Arbeitsweise zu schaffen und zeigt auf, welche Aufgaben die Soziale Arbeit dabei übernehmen kann.

2.1 Verbindungen zur Sozialen Arbeit im Hospiz

"Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit." (IFSW 2000: 1)

Die Soziale Arbeit setzt somit bei der Interaktion zwischen Menschen und der Gesellschaft an. Darüber hinaus geht es darum, die Inklusion von vulnerablen Gruppen zu fördern und deren Exklusion zu verhindern. Sozialarbeiter_innen können Menschen helfen, ihr eigenes Potential zu entdecken um ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben zu führen. Die Definition der Sozialen Arbeit, verglichen mit dem Hospizgedanken, zeigt einige Parallelen. Denn die Grundhaltung des Hospizes spricht auch vom "Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung der schwerkranken und sterbenden Menschen, nimmt sie in dieser wichtigen Lebensphase ernst, behält eine ganzheitliche Sicht und lässt die Sterbenden und deren Angehörige nicht allein." (Student et al. 2004:16). Es handelt sich dabei in beiden Fällen um ein Empowerment der Patient_innen bzw. Klient_innen, die Unterstützung in einer schwierigen Lebensphase erhalten. Die Hilfestellung richtet sich nicht nur an einzelne Klient_innen sondern befasst sich auch mit deren sozialem Umfeld, deren Familien und Freunden. Die Steigerung der Lebensqualität ist in beiden Fällen eine Motivation. Soziale Arbeit sowie die Hospizarbeit

haben das Bestreben, die Klient_innen bzw. die Patient_innen in ihrer Gesamtheit zu erfassen (vgl. Busche / Strege 1994:66).

Darüber hinaus kann die Soziale Arbeit mit ihrem Auftrag der Öffentlichkeitsarbeit eine Inklusion des Krankseins und Sterbens in der heutigen Gesellschaft ermöglichen und eine Sensibilisierung forcieren. Denn Krankheit und Sterben sind im heutigen Alltag nicht mehr sichtbar, werden in vielen Fällen in professionelle Institutionen ausgelagert und somit aus der Wahrnehmung gedrängt. Dadurch kommt es bei vielen Menschen in dieser Phase ihres Lebens zu einer sozialen Verarmung (vgl. Jost 2013:174f). Um dem entgegenzuwirken braucht es vermehrt Aufklärung, welche Einrichtungen und Hilfsangebote existieren. Darüber hinaus brauchen pflegende Angehörige eine adäquate psychosoziale Unterstützung beim Beschreiten dieses Weges.

Die Definition der Sozialen Arbeit umgelegt auf das gesamte Gesundheitssystem bedeutet, dass die Soziale Arbeit auch hier gegen gesundheitliche Ungleichheit infolge von Armut, schlechten Arbeitsbedingungen oder Ähnlichem eintritt. Der Fokus liegt dabei stets auf einer Verbesserung der körperlichen und mentalen Gesundheit und der Unterstützung bei der Erfüllung von sozialen, emotionalen und praktischen Bedürfnissen (vgl. Redelsteiner 2017:15). Die Bedeutung der sozialen Komponente (der Sozialen Arbeit) erschließt sich bei Betrachtung des bio-psycho-sozialen Modells. Das bio-psycho-soziale Modell geht davon aus, dass die Gesundheit des Menschen von biologisch-organischen, psychischen und sozialen Parametern abhängig ist und diese einen Einfluss aufeinander ausüben. Wenn das dynamische Wechselspiel aus der Balance kommt, können Krankheiten entstehen (vgl. Pauls 2013:18). Krankheit stellt sich somit ein, wenn eine auftretende Störung auf einer der Ebenen für den Organismus nicht mehr bewältigbar ist. Diese Störung betrifft dann nicht nur mehr die jeweilige Ebene, sondern beeinflusst die zwei weiteren Systeme (vgl. Egger 2005:5).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Soziale Arbeit einerseits die Patient_innen dazu befähigen kann, ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben zu leben. Sie geht dabei auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen ein und fördert deren Ressourcen. Andererseits hat die Soziale Arbeit den Auftrag auf gesundheitliche Ungerechtigkeit hinzuweisen und etwaige Missstände aufzudecken.

2.2 Vorannahmen

Aufgrund der oben geschilderten Definitionen ergibt sich nun die Vorannahme, dass die Soziale Arbeit ein wichtiger Partner in der medizinischen Versorgung von Patient_innen ist.

Ihre Aufgaben umfasst dabei nicht nur die direkte Versorgung der Menschen, sondern geht darüber hinaus. Sie hat auch die Auflage gesellschaftlich wirksam zu werden und kritisch zu reflektieren.

Hinsichtlich der Arbeit im Hospiz hat sie den Auftrag, die Gesellschaft in Bezug auf das Sterben zu sensibilisieren und den Menschen in der terminalen Phase einen Ort zu geben, in dem sie sich geborgen fühlen. Die Soziale Arbeit hat aufgrund ihrer definierten Aufgabenprofile die Berechtigung, Menschen in ihren Potenzialen zu fördern und sie dabei zu unterstützen ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dabei nimmt sie eine Vermittlerposition ein. Die Fähigkeit zwischen zwei Parteien zu vermitteln kann sich auch positiv auf das Teamgefüge auswirken, da sie bei Konflikten einen ausgleichenden Beitrag leisten kann.

3 Forschungsinteresse

Das Forschungsinteresse für diese Arbeit ergibt sich daraus, dass die Soziale Arbeit ein Bestandteil der medizinischen Versorgung darstellt. Sie umorgt nicht nur die einzelnen Patient_innen sondern hat auch einen gesellschaftlichen Auftrag. In Bezug auf das neue medizinische Konzept der Primärversorgung stellt sich nun in Frage, warum Soziale Arbeit darin nicht verankert ist. Mit dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Rolle die Soziale Arbeit in einem medizinischen Bereich spielt, in dem sie bereits seit längerem integriert ist.

3.1 Forschungsfragen

Aus dem oben geschilderten Themenaufriß ergibt sich eine zentrale Forschungsfrage. Die Unterfragen bearbeiten weitere Teilaspekte.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team eines Hospizes aus Sicht der Sozialen Arbeit?

- Wie hat sich das Team entwickelt?
- Welche Rolle übernimmt die Soziale Arbeit in diesem Team? Und welche Aufgaben ergeben sich daraus für die Soziale Arbeit?
- Welche Faktoren fördern und hemmen die Interdisziplinarität?

3.2 Definitionen

Dieses Kapitel erläutert die Begriffe stationäres Hospiz, Interdisziplinarität und Team und führt aus, wie sie in dieser Arbeit verstanden werden.

3.2.1 Stationäres Hospiz

Das Hospiz ist stationäre Pflegeeinrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, in welchem ein interdisziplinäres Team Menschen in ihrer terminalen Lebensphase begleitet. Die Betroffenen befinden sich meist in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium und leiden an starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und sind in ihrer Lebensqualität durch diese Symptome (stark) eingeschränkt. Aufgrund dieser komplexen Symptomatik ist die Pflege, in der mobilen Betreuung oder Langzeitpflege, meist nicht mehr ausreichend. Ziele der stationären Betreuung sind die Linderung der Symptome sowie die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität bis hin zum Tod. In diesem Stadium werden keine kurativen Maßnahmen mehr gesetzt. Neben den Erkrankten gilt es aber auch die Angehörigen zu unterstützen und sie in der schwierigen Phase des Lebens bei all ihren Fragen und Ängsten zu begleiten (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2006:1ff).

Wichtig in der Betreuung von Gästen im Hospiz ist es, die individuellen Ansprüche, Wünsche und Nöte zu erkennen und diesen gerecht zu werden. Das Augenmerk liegt darauf, die Betroffenen dazu zu befähigen, ihre eigenen Bedürfnisse zu definieren und sie bei der Erreichung derer zu unterstützen. Daher werden empathische Kommunikation, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, ein respektvolles Verstehen und reflektiertes Begleiten als wesentliche Elemente in der Betreuung gesehen (vgl. Barmherzige Brüder o.A.).

Der Begriff Hospiz ist eng mit der Palliativ Care verbunden. Palliativ Care ist ein eigenständiges Versorgungskonzept, das eben nicht die Heilung, sondern die Linderung von Schmerz zum Ziel hat (vgl. Pleschberger / Heimerl 2002:13). Die WHO definiert Palliativ Care folgendermaßen:

“Palliativ Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient_innen und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.” (Dachverband Hospiz Österreich 2017: o.A.)

Auffallend ist hier, dass nicht die Heilung, sondern die Steigerung der Lebensqualität in der terminalen Lebensphase im Vordergrund steht. Die Steigerung der Lebensqualität betrachtet nicht nur die somatischen Beschwerden, sondern beachtet auch die psychischen Belastungen

die sich am Ende des Lebens entwickeln können. Es vertritt somit den Körper-Geist Ansatz und behandelt den Menschen in einem holistischen Sinn.

3.2.2 Interdisziplinarität

Als Interdisziplinarität wird eine sachlich-inhaltliche Verbindung zwischen einzelnen Disziplinen verstanden. Eine disziplinübergreifende Kommunikation schafft einen Mehrwert, der über die Summe der einzelnen Professionen hinausreicht (vgl. Neuhaus 2014). Interdisziplinarität ist in jenen Sparten angebracht, in denen komplexe Fragestellungen nicht mehr aus nur einem fachlichen Blickwinkel beantwortet werden können, sondern es mehrere Meinungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten braucht um eine Antwort zu finden (vgl. Behringer / Höfer 2005:9).

Es gibt viele Bereiche in denen verschiedene Professionen zusammenarbeiten, aber gerade bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit braucht es eine effektive und umfassende Versorgungspraxis, bei der das Wissen der Medizin, der Pflege und der beteiligten therapeutischen Berufsgruppen mit einfließt (vgl. Höhmann / Müller-Mundt / Schulz 1999:45). Somit können die Patient_innen den größtmöglichen Nutzen aus der Versorgung ziehen.

Der Ansatz der Interdisziplinarität wird auch bei der Betrachtung des Begriffes „Palliativ Care“ deutlich. Palliativ Care als Oberbegriff umfasst die Palliativmedizin, eine spezielle ärztliche Praxis zur Symptomkontrolle und Schmerztherapie, Palliativpflege und Hospizarbeit, welche den psychosozialen und spirituellen Teilaspekt darstellt (vgl. Jost 2013:183). Wie schon erwähnt inkludiert die Palliativ Care einen Körper-Geist Ansatz und setzt die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Berufsgruppen voraus.

3.2.3 Team

Ein Team ist eine Gruppe von Personen, die zusammen einen Arbeitsauftrag bearbeiten müssen. Die Stärke eines Teams liegt im Potenzial der gesamten Gruppe, denn es nützt die Fähig- und Fertigkeiten des Einzelnen bzw. der Einzelnen um ein Ergebnis zu erreichen, das alleine nicht bewältigbar wäre. Um möglichst das ganze Potential der Gruppe auszuschöpfen, sollte eine flache Hierarchie herrschen (vgl. Projekt Magazin 2002). Darüber hinaus sollte eine Egalität im Team vorherrschen und die Berufsgruppen sollten auf Augenhöhe miteinander arbeiten.

4 Forschungsdesign

Das folgende Kapitel 4.1 gibt erstens einen kurzen Überblick über die Erhebung der Daten. Es wird besprochen, wie die Projektteilnehmer_innen den Interviewleitfaden entwarfen und wie viel Datenmaterial sie generierten. Zweitens erläutert das Kapitel 4.2 welche Auswertungsmethode für die vorliegende Arbeit verwendet wurde.

4.1 Erhebungsmethode

Die qualitativen Interviews wurden mit Hilfe eines Leitfadens durchgeführt. Dafür wurden im Vorfeld im Seminar des Bachelorprojekts Fragen für das Interview erarbeitet. Der Leitfaden dient vor allem als Orientierung für den Interviewer bzw. für die Interviewerin und kann während des Interviews an die jeweilige Situation angepasst werden. Weiters besteht die Möglichkeit, Verständnisfragen im Interview zu stellen um ein Thema zu vertiefen. Sollten Themen vom Interviewpartner, der Interviewpartnerin unausgesprochen bleiben, kann der oder die Interviewer_in adhoc Fragen stellen. Generell sollte sich eher ein Dialog zwischen Interviewer_in und Gesprächspartner_in entwickeln, bei dem der_die Gesprächspartner_in ihre Meinung zu einer Sachlage erläutert (vgl. Flick 2009:114).

Die Fragen sollten offen und erzählgenerierend formuliert sein um den_die Gesprächspartner_in zum Erzählen anzuregen. Während des Gesprächs geht es vor allem darum, den_die Gesprächspartner_in nicht durch Suggestivfragen zu beeinflussen sondern darum, den Gesprächsfluss aufrecht zu erhalten. Dadurch kann ein größeres Gesamtbild der Situation gewonnen werden und die subjektive Wahrnehmung des_der Interviewten erhoben werden (vgl. Lamnek 2005:339f).

Alle Projektteilnehmer_innen führten Interviews mit unterschiedlichen Partner_innen im Rahmen dieser Lehrveranstaltung durch und stellten sie anschließend der Gruppe zur Verfügung. Daher konnten die Teilnehmer_innen auf insgesamt 26 Interviews zurückgreifen, was ein umfassender Einblick in das Themengebiet gibt.

4.2 Auswertungsmethode

Die Analyse der Daten erfolgt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Da sich das gesamte Datenmaterial meines Erachtens am besten systematisch analysieren und anschließend zusammenfassen lässt. Gerade bei der Erhebung von neuem Material werden durch die drei Schritte der Reduktion, Explikation und Strukturierung (vgl. Mayring 2002:114)

Erkenntnisse gewonnen. Dieses Verfahren hebt markante Einzelfälle hervor und es kristallisieren sich Kategorien ähnlicher Aussagen heraus (vgl. ebd.: 117).

5 Das Feld

Kapitel fünf beschreibt im ersten Teil kurz die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Dabei schildert es einen kurzen Abriss der Entstehungsgeschichte sowie die aktuelle Versorgung und Personalausstattung. Der zweite Teil geht näher auf die Interviewpartner_innen, die für diese Forschung zur Verfügung standen, ein.

5.1 Die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Die ersten Initiativen starteten in Österreich in den späten 1970er Jahren, woraufhin 1978/79 der erste Lehrgang für Sterbebegleitung in Wien ins Leben gerufen wurde. Ab 1994 gab es auch in den Bundesländern Ausbildungskurse für Ehrenamtliche und interprofessionelle Palliativbasislehrgänge (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2018c). Heute organisiert ein überparteilicher und überkonfessioneller Dachverband ca. 300 Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Der Dachverband setzt sich vor allem für eine flächendeckende und abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung sowie deren Finanzierung in Österreich ein (vgl. Krebshilfe Österreich 2016:2). Dabei handelt es sich um Palliativstationen, stationäre Hospize, Tageshospize, mobile Palliativteams/ Palliativkonsiliardienste und Hospizteams. Diese Teams und Einrichtungen tragen alle zu einer umfassenden Versorgung von schwerkranken Menschen und ihren Angehörigen bei (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2006:1f). Von den insgesamt 300 Einrichtungen sind jedoch nur zehn Einrichtungen in ganz Österreich stationäre Hospize. Davon befinden sich sieben in Niederösterreich und jeweils ein Hospiz in Oberösterreich, der Steiermark und in Salzburg (Dachverband Hospiz Österreich 2017a:10).

Hinsichtlich der Angestellten im gesamten Hospizbereich ist das Pflegepersonal (70%) die größte Gruppe, die zweitgrößte Gruppe sind Ärzt_innen (13%), an dritter Stelle stehen die Sozialarbeiter_innen (3%), 2% sind Physiotherapeut_innen und jeweils 1% Psychotherapeut_innen/ Psycholog_innen und 1% Seelsorger_innen. Darüber hinaus tragen noch 10% "weitere Berufe" wie Pflegehelfer_innen, administratives Personal u.ä. zum Ablauf bei (vgl. ebd.: 18).

5.2 Der_die Interviewpartner_in

Frau H.

Drei Kolleginnen interviewten Frau H. und transkribierten anschließend das Gespräch. Das Interview dauerte ca. 1,5 Stunden und wurde im Hospiz, in welchem Frau H. tätig ist, aufgezeichnet. Frau H. studierte Soziale Arbeit und ist seit 15 Jahren in einem Hospiz in Österreich beschäftigt. Meine Kolleginnen interviewten Frau H. im Zuge einer Besichtigung des Hospizes.

Herr G.

Mit Herrn G. fanden insgesamt zwei Interviews statt, die ich selbst leitete. Das Erste entstand in einem vorangegangenen Semester im Zuge eines Seminars, das Zweite führte ich für die vorliegende Arbeit durch. Beide Gespräche mit Herrn G. fanden in seinem Büro im Hospiz statt und dauerten jeweils ca. 30-45 Minuten. Herr G. ist ausgebildeter Sozialarbeiter und seit ca. 17 Jahren im Hospiz tätig.

6 Forschungsergebnisse

Die folgenden Kapitel präsentieren die Ergebnisse aus den Interviews. Kapitel 6.1 beschreibt einerseits das interdisziplinäre Team aus Sicht der Sozialen Arbeit, dabei wird deutlich, welche Berufsgruppen im Tagesablauf involviert sind. Das Folgekapitel setzt sich mit der Entwicklung des Teams über die letzten 15 Jahre auseinander und geht dabei auf zurückliegende Herausforderungen ein.

Kapitel 6.2 erarbeitet die Aufgaben der Sozialarbeiter_innen in den jeweiligen Einrichtungen, sowie deren Stellung im Team.

Das letzte Kapitel der Forschungsergebnisse beschreibt die strukturellen Gegebenheiten sowie die Soft Skills, die im Team vorhanden sein müssen, damit Interdisziplinarität gelingen kann. Darüber hinaus werden Komplikationen erläutert, die eine Zusammenarbeit erschweren können.

6.1 Sicht der Sozialen Arbeit auf Interdisziplinarität

Das folgende Kapitel geht auf die Gesamtheit des interdisziplinären Teams ein. Dabei wird erläutert, welche Berufsgruppen aus Sicht der Sozialarbeiter_innen für die Versorgung der Patient_innen wichtig sind. Dabei zeigt sich, dass der Teamgedanke nicht einheitlich ist und die Wahrnehmungen variieren. Das zweite Unterkapitel erläutert, wie sich die Teams über die letzten 15 Jahre entwickelten und welche Schritte in der Vergangenheit gesetzt wurden, damit sich eine neue Disziplin im Team verankern kann.

6.1.1 Das interdisziplinäre Team

Die Hospizidee und Palliativmedizin vertritt den Ansatz, dass der Mensch in seiner terminalen Lebensphase eine ganzheitliche Betreuung zur bestmöglichen Erhaltung seiner Lebensqualität benötigt. Damit dieser Grundgedanke bestmöglich umgesetzt werden kann, wird ein multiprofessionelles Team benötigt, denn ein Mensch bzw. eine Berufsgruppe kann diese vielfältigen Aufgaben nicht alleine erfüllen, da die Aufgaben und Wünsche so vielfältig, wie die Patient_innen und deren Angehörige selbst sind (vgl. T24 Z209-214; Kern, M. 2002: 49). Die Auffassung, dass viele Professionen für die Erfüllung der Aufgaben nötig sind, spiegelt sich auch in den beiden durchgeführten Interviews wieder. Beide Interviewpartner_innen geben an, dass Ärzt_innen, diplomierte Pfleger_innen, Physiotherapeut_innen, Seelsorger_innen und die ehrenamtlichen Helfer_innen zum Stammteam gehören (vgl. T1 Z90-103, Z131; T2 Z173-190). Neben den oben genannten und in beiden Häusern vertretenen Berufsgruppen zählen die Sozialarbeiter_innen weitere wichtige Unterstützer_innen auf. Herr G. nennt diesbezüglich die Psychotherapeutin, die Musiktherapeutin sowie die Therapeutic Tough Diplompflegerin (vgl. T2 Z192-197). Frau H. fasst den Kreis der notwendigen Personen noch weiter und führt die Logotherapeutin, die Ergotherapeutin, die Zahnärztin, die Alltagbegleiter_innen, den Chefkoch, die Friseurin und die Fußpflegerin an (vgl. T1 Z 104-128).

Beide Interviewpartner_innen betonen die Wichtigkeit, dass es bei vielen involvierten Berufsgruppen es eine klare Aufteilung der Aufgaben braucht, es aber auch zu Überschneidungen der Anforderungen kommen kann. Gerade im Bereich der emotionalen Stabilisierung der Patient_innen wird jede Berufsgruppe gefordert (vgl. T1 Z77-78). Wichtig ist hier, dass sich jede_r Mitarbeiter_in als Teil des Gesamten sieht und jede Berufsgruppe sich ihrer Stärken, sowie auch ihrer Grenzen bewusst ist (vgl. T2 Z299-302). Der gemeinsame Nenner für alle im Hospiz tätigen Personen sollte immer das Wohlergehen der Patient_innen und deren Angehörigen sein. Denn diese brauchen von Anfang an das Gefühl, dass sie eine

professionelle Betreuung mit liebevollen und bemühten Menschen erhalten (vgl. T24 Z254-249). Eine Voraussetzung Teil eines Hospizteams zu werden, ist die Zusatzausbildung in der palliativen Pflege, in der klar hervorgehoben wird, dass Interdisziplinarität ein wichtiger Teil des Tätigkeitsprofils ist (vgl. T24 Z194-199; Hospiz Bewegung Salzburg o.A.a).

Hinsichtlich der Hierarchie im Hospiz Team gibt es eine Aufteilung. Stehen bei einer Patientin oder einem Patienten die körperlichen Symptome und Schmerzen im Vordergrund, obliegt die höchste Entscheidungsgewalt in diesen Belangen den Ärzt_innen (vgl. T24 Z121-123). Bei der psychosozialen Versorgung und Stabilisierung der Patient_innen kommt es jedoch auch auf persönliche Sympathie und Antipathie an und ist unabhängig von der Berufsgruppe. Denn wie schon erwähnt ist sind die Themen und Bedürfnisse vielfältig und die Komplexität einiger Fälle kann nur im Team gelöst werden (vgl. T24 Z134-139). Dies lässt auf eine relativ flache Hierarchie schließen, bei der alle Berufsgruppen speziell bei der emotionalen Stabilisierung eine gleichwertige Rolle einnehmen und die Meinung einer Berufsgruppe nicht mehr Gewicht hat als die einer anderen. Dieser Umstand schafft eine gute Basis für eine solide Teamarbeit.

6.1.2 Entwicklung der Interdisziplinarität

Beide Interviewpartner_innen berichten, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit mit Schwierigkeiten in unterschiedlichem Ausmaß konfrontiert waren.

Frau H. schilderte, dass sie ihre Tätigkeit eigentlich etwas unverhofft aufnahm. Ihre ursprüngliche Intention war, das Team ehrenamtlich zu unterstützen. Als sie dafür die Ausbildung absolvierte, wurde ihr die Stelle der ehrenamtlichen Koordination angeboten. Sie erzählt außerdem, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit auf wenig positive Resonanz des bestehenden Teams stieß. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich das Hospiz, mit zuerst vier Betten, aus der Langzeitpflege entwickelte (vgl. T1 Z254-263). Daraus lässt sich ableiten, dass wenn ein neues System in ein schon bestehendes impliziert wird, sich eventuell bestehende Strukturen durch die neuen Arbeitsweisen und Mitarbeiter_innen bedroht und kontrolliert fühlen. Frau H. beschreibt dies folgendermaßen:

“...und des hot des Personal sehr gespalten, weil es hot ghaßen, was is des jetzt, hom wir a zwa Klassen der Pflege, san des jetzt die die besser pflegen, die alles besser wissen die Andren.” (T1 Z262-265)

Frau H. geht in dieser Passage auf die Einführung der ehrenamtlichen Helfer_innen ein, die teilweise, wie sie weiter beschreibt, auch auf Neid stießen, da sie mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung hatten als das hauptamtliche Personal (vgl. T1 Z265-268).

Als maßgebliche Faktoren, durch die sich die Stimmung im Team verbesserte, gab die Interviewpartnerin im Gespräch drei Komponenten an: erstens begegnete sie dem Team mit einer "penetranten Freundlichkeit" (T1 Z 270), zweitens spielte die Zeit eine Rolle, unter anderem weil Teammitglieder ausschieden und als dritten Faktor erwähnte sie, dass einige Mitarbeiter_innen oder deren Angehörige selbst Bedarf an der Betreuung im Hospiz hatten und daher die unterschiedlichen Arbeitsweisen kennen lernten. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es Zeit braucht um sich gegenseitig kennen zu lernen und es wird deutlich, welche Aufgaben die neuen Teammitglieder abdecken, die vielleicht vorher nicht abgedeckt wurden. In diesem Prozess sollten auch die Grenzen der Berufsfelder abgesteckt werden. Wie auch Frau H. beschreibt, braucht es immer wieder Aufklärung und Gespräche, auch dahingehend, dass jeder einen wichtigen Beitrag leistet (vgl. T1 Z269-280).

Abschließend meint Frau H. zu diesem Thema, dass im Moment ein gutes Klima herrscht und sie das Level auch in Zukunft halten müssen (vgl. T1 Z319-320).

Im zweiten Interview erzählte auch Herr G., dass er von Anfang an ein Teil des Hospizteams ist. Er erhielt damals das Angebot eines Freundes, die Tätigkeit im Hospiz aufzunehmen und leistete damit Pionierarbeit (T2 Z212-219). Er berichtet, dass zu Beginn Unklarheiten vorhanden waren, was die Soziale Arbeit im Hospizbereich leisten soll und welche Aufgaben sie übernimmt (vgl. T2 Z297-298). Als wichtigen Faktor nannte er auch, dass jede_r Mitarbeiter_in bzw. Berufsgruppe wissen muss, wo die Schwerpunkte und Grenzen in seinem_ihrem fachlichen Handeln liegen (vgl. T24 Z49-56). Diese Transparenz hinsichtlich der Kompetenzen schafft somit eine vertrauensvolle Umgebung und gibt Sicherheit dahingehend, dass Aufgaben die nicht selbst erledigt werden, von anderen übernommen werden, die bessere Voraussetzungen für die Erfüllung aufweisen.

Weiters erzählt er, dass es zu Beginn, als die verschiedenen Berufsgruppen aufeinandertrafen, zu Spannungen kam. Diese Spannungen entstanden aus einer gewissen Skepsis der anderen Berufsgruppe gegenüber, da jede Berufsgruppe unterschiedliche Vorstellungen in Bezug auf das Lösen von Problemen hatte. Auch er nannte einerseits den Faktor Zeit, denn es braucht, damit eine Gruppe zusammenwachsen kann. Zusätzlich erwähnte er noch, dass die Kommunikation ein einflussreicher Bestandteil für die Entwicklung eines Teams ist. Als mögliche Plattformen für einen (guten) Austausch nannte er die regelmäßigen Teambesprechungen, bei denen auch immer wieder auf die Ressourcen der anderen Berufsgruppen hingewiesen wurde (vgl. T24 Z61-65).

Als weiteren Anlass für Krisensituationen in der Vergangenheit nannte Herr G. Missverständnisse in der Kommunikation. Diese Missverständnisse entstanden meist aufgrund eines mangelnden Informationsflusses und wurden durch Analyse der Kommunikationswege stückchenweise beseitigt. Somit konnte das Team aus Fehlern lernen und es entstand ein größeres Zusammengehörigkeitsgefühl. Essentiell an diesen Prozessen ist laut Herrn G., dass sich jede_r daran beteiligt und als Teil des Ganzen fühlt, da es sonst zu erheblichen Schwierigkeiten komme (vgl. T24 Z73-80).

Als Gradmesser für eine gute Zusammenarbeit im Team nannte er die Zufriedenheit der Patient_innen und deren Angehörigen. Er meinte:

“Woran ma s auf olle Fälle merkt, des is der Gradmesser für die Zufriedenheit der Patienten und der Angehörigen und wenn die uns rückmelden, dass sie sich sehr wohlfühlt hom und dass sie des Gefühl hom, das dieses Team einfoch sehr hilfreich is und sehr sympathisch is, don sand des für uns gonz klare Rückmeldungen das irgendwos gut läuft und wir kriagen vorwiegend positive Rückmeldungen.” (T24 Z 148-152)

An dieser Aussage kann abgelesen werden, dass die Wirkungsweise eines gut funktionierenden Teams am Wohlergehen der Patient_innen und deren Angehörigen gemessen werden kann. Es könnte gesagt werden, ein gutes Team funktioniere wie eine Uhr, bei der alle Rädchen aufeinander abgestimmt sind und ineinandergreifen müssen, um die Uhrzeit exakt anzuzeigen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass einige Faktoren in der Vergangenheit bewältigt werden mussten, um die aktuelle Zusammenarbeit zu stabilisieren. Als wichtige Faktoren nannten die Interviewpartner_innen:

- Die Zeit, die es braucht um sich gegenseitig kennen zu lernen und die Ressourcen der anderen (ein)schätzen zu können
- freundliche Beharrlichkeit, um eventuelle Schwierigkeiten bis zur Klärung der Konflikte durchzustehen.
- Ein adäquater Informationsfluss, damit alle beteiligten sich als gleichwertiger Teil des Teams fühlen.

6.2 Die Profession der Sozialen Arbeit im Team

Das folgende Kapitel erläutert die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Hospizbereich. Die allgemeinen Aussagen bezüglich der Tätigkeit stehen zu Beginn, im Anschluss folgt eine Aufschlüsselung. Im Groben können die Bereiche in drei Teilgebiete untergliedert werden:

- die organisatorischen Aufgaben

- die Arbeit mit den Gästen des Hospizes und deren Angehörigen
- die Koordination der ehrenamtlichen Helfer_innen.

Das Kapitel 6.2 “Die Stellung der Sozialen Arbeit im Team” geht verstärkt auf die Wahrnehmung anderer Berufsgruppen der Sozialen Arbeit ein und beschreibt darüber hinaus die Verankerung in der Institution.

6.2.1 Aufgaben Soziale Arbeit

Aus der Erhebung des vorliegenden Datenmaterials ging hervor, dass sich die Arbeit der Sozialarbeiter_innen grob in drei Gruppen unterteilen lässt: ein Teil der Arbeit umfasst den organisatorischen Part des Hospizes, der zweite Teil die Auseinandersetzung mit den Anliegen der Gäste des Hospizes sowie deren Angehörigen und der dritte Part die Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen. Ein Interviewpartner beschreibt seine Tätigkeit folgendermaßen: “Mein Aufgabenbereich is da psychosoziale Bereich oiso i moch ois wos ned Medizin und Pflege is.” (T24 Z8-9) Darüber hinaus beschreiben die Interviewpartner_innen sich selbst als “Mädchen für alles” (T2 Z38) bzw. sind sie dafür zuständig, dass ein reibungsloser Ablauf im “Haushalt” des Hospizes gewährleistet werden kann (vgl. T1 Z75-77). Die Tatsache, die von beiden Interviewpartner_innen beschrieben wird, dass sie für viele Bereiche zuständig sind und dafür den Überblick behalten müssen, veranschaulicht Herr G. durch die Lage seines Büros. Denn er gibt an, “alles im Blick zu behalten” (T2 Z278) und daher befindet sich sein Büro im zweiten und somit letzten Stock der Einrichtung, wobei die Zimmer für die Patient_innen in den unteren zwei Etagen eingerichtet sind (vgl. T2 Z278-280). Es lässt sich daraus ablesen, dass der Arbeitsbereich der Sozialarbeiter_innen im Hospizbereich breit gestreut ist und ein mannigfaltiges Aufgabengebiet umfasst.

Hervorzuheben ist, dass beide Interviewpartner angeben, ihre Aufgaben im Hospiz als erfüllend und abwechslungsreich zu erleben und ihre Arbeit gerne ausführen (vgl. T1 Z46, T2 Z248). Sie handeln in ihrem Bereich weitgehend autonom, können ihren Arbeitstag selbst strukturieren und entscheiden, worauf sie ihr Hauptaugenmerk legen, wie Frau H. erwähnt (vgl. T1 Z145-146).

a.) Organisatorische Aufgaben

Die organisatorischen Aufgaben umfassen die Öffentlichkeitsarbeit, wie etwa die Kontaktaufnahme mit der Presse (vgl. T1 Z57-58; T2 Z36-37) und die Organisation von Benefizveranstaltungen, welche vom “Hospiz Heurigen” bis zum Glühweinstand reichen kann.

Motivation für eine gute Öffentlichkeitsarbeit ist, dass das Sterben als Teil des Lebens gesehen werden sollte und dadurch eine Aufwertung und Humanisierung erleben sollte (vgl. Student et al. 2004:25). Dadurch sollen Hemmschwellen abgebaut werden, damit Betroffene leichter mit dem Hospiz in Kontakt treten (vgl. T2 Z300-301) und professionell in einer schwierigen Phase unterstützt werden können. Die Sozialarbeiter_innen fungieren in dieser Position als Verbindungsglied zwischen dem Hospiz und der Außenwelt, sie sind sozusagen das "Sprachrohr nach außen" (T2 Z53-56).

Darüber hinaus beinhaltet das Tätigkeitsprofil der Sozialarbeiter_innen die Veranstaltung von Fortbildungen sowohl für die hauptamtlichen als auch für die ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen. Diese teilweise mit beiden Gruppen durchgeführten Weiterbildungen tragen zum Kennenlernen der Beteiligten bei und sind daher auch eine Gelegenheit, die Zusammenarbeit zu verbessern (vgl. T1 Z14-16).

In einem Interview erwähnt der Gesprächspartner, dass er im Leitungsteam – bestehend aus medizinischer Leitung, Pflegedienstleitung, Verwaltung und dem Sozialarbeiter – ist und somit die ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen in ihren Belangen bei Entscheidungen vertritt (vgl. T24 Z110-117).

Eine weitere Tätigkeit der Sozialarbeiter_innen des Hospizes ist die Vernetzung mit anderen Einrichtungen. Als ein Beispiel kann die Vernetzung mit dem Mobilen Dienst genannt werden, wenn es sich etwa um eine kurzzeitige Unterbringung eines Patienten oder einer Patientin handelt, da das pflegende Familiensystem dekompenziert und daher entlastet werden muss, bis wieder es wieder aufgebaut ist (vgl. T2 Z84-90).

Weiters beschreibt Frau H., dass sie die Geschäftsführung für ein Hospiz innehält (vgl. T1 Z10-11) und dort für die Organisation des Besuchsdienstes in der Langzeitpflege zuständig ist (vgl. T1 Z20-21). Zusätzlich erwähnt sie, dass sie sich mit dem Team um die Organisation der jahreszeitlichen Dekoration und die Bewässerung der Pflanzen kümmert, damit das ganze Haus einen angenehmen und freundlichen Eindruck auf die Besucher_innen macht (vgl. T1 Z81-86).

b) Unterstützung der Gäste des Hospizes und deren Angehörigen

Vorweg kann gesagt werden, dass die Arbeit mit den Gästen des Hospizes so facettenreich ist wie die Charakteristika der Menschen selbst (T2 Z130-133). Beide Interviewpartner berichten, dass die Gäste aus ganz unterschiedlichen Schichten das Service des Hospizes in Anspruch nehmen. Dabei wird sowohl von hoch gebildeten Schichten gesprochen, als auch

von alkoholabhängigen und straffälligen Menschen (vgl. T1 170-175; T2 233-236). Diese Tatsache verlangt von den Sozialarbeiter_innen, dass sie die Fähigkeit, mit dieser diversen Besucher_innengruppe zu kommunizieren, mitbringen und wirkt sich auch hinsichtlich der Heterogenität der Problemlagen aus (vgl. T2 Z230-145).

Der erste Kontakt zwischen den Gästen des Hospizes und deren Angehörigen sowie den Sozialarbeiter_innen findet beim Aufnahmegespräch statt. Die ersten Kontakte dienen als Informations- und Aufklärungsgespräche in denen eruiert wird, welche Bedürfnisse bestehen und was noch ausstehend ist, um sich ein Bild von der Situation machen zu können. In diesen Gesprächen werden auch die Rahmenbedingungen der Betreuung erläutert. Erst im nächsten Schritt wird beschlossen, ob das Hospiz in Frage kommt oder nicht. Wichtig ist hier, dass bereits ein Vertrauen zu den Sozialarbeiter_innen aufgebaut wird (vgl. T2 Z56-61), welches sich in der zukünftigen Zusammenarbeit förderlich auswirken kann.

Nach der Aufnahme ins Hospiz benötigen die meisten Patient_innen basis-sozialarbeiterische bzw. sozialrechtliche Unterstützung, dies umfasst die Antragstellung der bedarfsorientierten Mindestsicherung oder Pflegegeldhöhung (vgl. T2 Z158.169). Sollte ein Partner oder eine Partnerin zurückbleiben, helfen die Sozialarbeiter auch bei der Regulierung der Pension, GIS-Gebührenbefreiung oder Heizkostenzuschuss (vgl. T1 Z161-164). Darüber hinaus kann es auch sein, dass Unterstützung bei der Abmeldung von Strom, Telefon, Fernsehen oder bei der Begleichung offener Rechnungen benötigt wird, eben "lauter so diese Dinge die man im alltäglichen Leben so beansprucht und wenn man selber regeln kann werdns auf amal a Problem." (T1 Z160-161) Dabei handelt es sich meist um die Regelung von Alltagsbedürfnissen, da am Ende des Lebens nur mehr wenig Relevanz haben.

Es werden jedoch auch komplexere Fälle geschildert, wie etwa Frau H. erzählt, als sie Wohnungsaufösungen sowie Hochzeiten und Taufen für Gäste organisierte (vgl. T1 Z146-150). Beide erzählen auch, dass sie verschollene Angehörige ausfindig machten, um eine Familienzusammenführung zu ermöglichen damit die Betroffenen voneinander Abschied nehmen konnten (vgl. T1 Z166-169; T2 Z245-248). Es geht dabei vordergründig um die (letzten) Wünsche der Patient_innen, denen in den meisten Fällen nicht mehr viel Zeit bleibt (vgl. T1 Z210-213). In diesem Sinne erzählt die Interviewpartnerin, dass sie einer Patientin eine Schiffsfahrt mit Freundinnen ermöglichte, da die Dame in ihrer Jugend gerne eine Kreuzfahrt gemacht hätte, dies aber aufgrund ihrer Lebensumstände nie möglich war. Das Schöne daran war, dass die Patientin diesen Tag so genoss, dass sie keine Schmerzen verspürte und ihr Appetit sehr groß war (vgl. T1 Z213-245).

Explizit sollte noch angemerkt werden, dass die Betreuung immer die Angehörigen und nahestehende Personen miteinschließt (vgl. T1 Z48-50, T2 Z43-44). Denn nicht nur für die Patient_innen ist dies eine schwere Zeit sondern auch für die Menschen, die diesen Weg mit ihnen gehen (vgl. Student et al. 2004:53).

c) Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen

Ehrenamtliche Mitarbeiter_innen sind ein wichtiger Teil des Hospizteams, sie bringen frischen Wind ins Team und können Gegebenheiten aus einem nicht-medizinischen Blickwinkel sehen, sondern können das Sterben aus einer menschlichen Perspektive betrachten (vgl. Buckingham 1993:77). Allein in Österreich waren Ende 2016 insgesamt 3528 ehrenamtliche Mitarbeiter_innen im Hospiz- und Palliativbereich in tätig. Der Großteil dieser freiwilligen Mitarbeiter_innen gehörte einem der 162 Hospizteams an und ist somit in die Teams eingebunden (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2018a).

Da auch die freiwillige Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen eine besondere Belastung für die tätigen Personen darstellt, braucht dies nicht nur eine gefestigte Persönlichkeit. Das Hospiz setzt auch voraus, dass Interessent_innen im Vorfeld einen Befähigungskurs absolvieren, um auf die genannten Herausforderungen bestmöglich vorbereitet zu sein (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2018b). Sowohl die Informationsgespräche, als auch die Auswahl wird von den sogenannten Ehrenamtlichen Koordinator_innen getroffen. Diese Koordination ist in den beiden vorliegenden Interviews den Sozialarbeiter_innen vorbehalten (vgl. T1 Z9-10; T2 Z37-38). Sie sind verantwortlich für die Einstellung und Koordination der Einsätze der Unterstützer_innen. Diese Einsätze umfassen Gespräche mit Patient_innen, Spaziergänge, das Erledigen der Einkäufe und Hilfestellung bei der Haushaltsführung, also jene Bereiche, die aufgrund der zeitlichen Ressourcen nicht von hauptamtlichen Angestellten abgedeckt werden können (vgl. T2 Z203-307). Darüber hinaus arrangieren die Sozialarbeiter_innen die Teambesprechungen der Ehrenamtlichen und fungieren als Vermittler_innen zwischen den freiwilligen Helfer_innen und Angestellten. In dieser Funktion, als Bindeglied zwischen den zwei Teams, bringt der Sozialarbeiter Herr G. die Anliegen des jeweiligen Teams in die Besprechung des anderen Teams (vgl. T24 Z36-42). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass durch die Rückkopplung der Ansichten die Arbeitsabläufe bzw. die Aufgabenbereiche besser aufeinander abgestimmt werden und eine professionelle Arbeitsweise innerhalb des Hospizteams gewährleistet werden kann, damit weniger Konflikte entstehen. Die Koordinator_innen sowie auch das Pflegepersonal sind auch während der Praxisbegleitung Ansprechpersonen für die Anliegen und Bedürfnisse der freiwilligen Mitarbeiter_innen. In den Bereich der Koordination fällt außerdem die

Fürsorgepflicht hinsichtlich der Anzahl der Begleitungen als auch die Vereinbarung ausgleichender Pausen, um einer Überlastung vorzubeugen (vgl. Sipreck 2002:336).

Die Aufschlüsselung der Kompetenzbereiche der Sozialen Arbeit zeigt auf, dass die Sozialarbeiter_innen die Patient_innen und deren Angehörigen bei ihren individuellen Bedürfnissen unterstützen. Sie stehen sowohl bei sozialrechtlichen Fragestellungen als auch bei der Erfüllung der (letzten) Wünsche zur Seite und verbessern dadurch deren Lebensqualität. Hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit erfüllen sie einen gesellschaftlichen Aspekt. Durch Benefizveranstaltungen können Menschen mit dem Hospiz unbelastet in Kontakt treten und eventuelle Vorurteile können abgebaut werden. Hinsichtlich der Kommunikation im Team stellen die Sozialarbeiter_innen einen Mehrwert dar, da sie das Verbindungsglied zwischen dem ehrenamtlichen und hauptamtlichen Team sind. Bei auftretenden Konflikten können sie regulierend eingreifen und die Situation entspannen.

6.2.2 Die Stellung der Sozialen Arbeit im Team

Wie schon in Kapitel 6.1. deutlich gemacht wurde, deckt die Soziale Arbeit innerhalb des Teams ein sehr breites Aufgabengebiet ab und ist für einen reibungslosen Ablauf des Betriebes zuständig. Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Sozialarbeiterin bzw. eines Sozialarbeiters in einem Hospiz gibt es jedoch verschiedene Auffassungen. Im Allgemeinen gibt es eine Planstelle für Sozialarbeiter_innen im Bereich Palliativ Care, wie der Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen zwingend vorschreibt, da die Patient_innen im Sinne einer bio-psycho-sozialen Versorgung begleitet werden sollten (vgl. Dachverband Hospiz Österreich 2003: 1). Im Bericht des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheitswesen wird die Stelle eines Sozialarbeiters oder einer Sozialarbeiterin folgendermaßen umschrieben: Dieser Person obliegt die

“psychosoziale und spirituelle Betreuung [sic!]; sowie die Koordination der ehrenamtlich Tätigen, diese Person braucht eine abgeschlossene Grundausbildung und besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Palliativ Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden).” (Nemeth 2004: 23; Gesundheit Österreich GmbH 2006: 16)

Diese unterschiedlichen Auffassungen können in den Aussagen der Interviewpartner_in abgelesen werden.

In einem der geführten Interviews gab Herr G. an, dass er aufgrund seiner langen Tätigkeit ein fixer Bestandteil des Teams ist und daher viel Rückhalt durch das Team erfährt. Dies wird durch die Aussage deutlich:

“des is ein sehr gutes Miteinander, ja und gmerkt hob i des erst wie des geschätzt wird, ja weil sie olle gfrein wenn i vom Urlaub wieder zrück kum und i endlich wieder do bin, weil sundst de Belastung donn ah ondere übernehmen miassn.” (T2 Z304-307)

Es lässt sich daraus ablesen, dass die anderen Berufsgruppen den Aufgabenbereich des Sozialarbeiters als wichtigen Teil der Arbeit ansehen. Wenn er nicht im Haus ist, kann niemand anderes dies (so gut) erfüllen ohne dabei zeitlich unter Druck zu geraten.

Frau H. gab im Interview an, dass ihr Dienstposten eigentlich nicht fest im stationären Hospizbereich verankert ist. Darüber hinaus war sie neben den Tätigkeiten im Hospizbereich mit Aufgaben bei Patient_innen der Langzeitpflege betraut (vgl. T1 Z27-29). Weiters berichtet sie von jahrelangen Kämpfen bezüglich ihres Gehalts, da sie eigentlich nach der Umstellung in das Dienstrecht Neu als ausgebildete Sozialarbeiterin zwei Gehaltsstufen höher eingestellt werden müsste (vgl. T1 Z40-43). Die Einstellung der Geschäftsleitung, dass Soziale Arbeit im Hospizbereich nicht nötig sei, zeige sich auch darin, dass es die Stelle für Sozialarbeiter_innen nach der Pensionierung der Interviewpartnerin nicht mehr geben werde. In Zukunft sollen die Aufgaben, die bis jetzt von einem oder einer ausgebildeten Sozialarbeiter_in durchgeführt wurden, von einem Pfleger oder einer Pflegerin erledigt werden. Seine Pflichten werden im Arbeitsprofil des Ehrenamt-Koordinators festgehalten, welches an die Dienstbeschreibung der Sozialen Arbeit angelehnt ist (vgl. T1 Z29-34).

Diese Schilderung zeigt auf, dass in manchen Hospizen die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Sozialen Arbeit unterschätzt werden. Tätigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit werden in andere Stellenbeschreibungen integriert und somit gekürzt.

Zusammenfassend muss betont werden, dass die Soziale Arbeit eine große Bandbreite an Aufgaben abdeckt. Dabei reichen die Aufgaben von basis-sozialarbeiterischen und sozialrechtlichen Tätigkeiten, wie das Ausfüllen von Anträgen oder die Organisation der finanziellen Absicherung der Patient_innen bis hin zur Öffentlichkeitsarbeit auf verschiedenen Ebenen und der Koordination der Ehrenamtlichen. Auffallend ist jedoch, dass diese geleistete Arbeit von Trägern nicht ausreichend anerkannt wird. Dies wird einerseits durch die ungenügende Bezahlung, andererseits durch die Umschreibung des Dienstpostens sichtbar.

6.3 Voraussetzungen für das Gelingen interdisziplinärer Zusammenarbeit

Kapitel 6.3 präsentiert die Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit, die sich aus der Analyse ergeben. Da diese teilweise mit den schon geschilderten Themengebieten in Verbindung stehen, kann es zu Redundanzen kommen. Dennoch ist eine explizite Darstellung

der gelingenden Faktoren für diese Arbeit unumgänglich und kann nicht ausgespart werden. Im Speziellen handelt es sich dabei um das Aufsplitten in die strukturellen Voraussetzungen, welche durch die Einrichtungsleitung in den Tages- bzw. Monatsablauf integriert werden sollten, sowie die Soft Skills, die von den Mitarbeiter_innen mit eingebracht werden müssen. Das letzte Unterkapitel behandelt hemmende Faktoren und mögliche Fehlerquellen.

6.3.1 Strukturelle Voraussetzungen für eine gelingende Interdisziplinarität

a) Informationsfluss: Dienstübergaben und Teambesprechungen

Wie schon aus der Analyse der Entwicklung des Teams hervorgegangen ist, ist die Kommunikation Dreh- und Angelpunkt eines gelingenden interdisziplinären Teams. Beide Interviewpartner_innen berichten, dass im Tages- und Wochenablauf des Hospizes mehrere Besprechungen fix eingeplant sind. Ziel davon ist es, dass alle Berufsgruppen auf dem gleichen Informationsstand sind (vgl. T24 Z22-23). Darüber hinaus können in den Besprechungen klare Strukturen geschaffen werden, um die oft komplexen Arbeitsaufträge bewältigbar zu machen (vgl. Kern, M. 2002:56).

Frau H. erwähnt im Interview insgesamt fünf Dienstübergaben bzw. Besprechungen, die abgehalten werden. Täglich findet morgens und abends eine Dienstübergabe zwischen dem Tag- und Nachtdienst statt. In der morgendlichen Besprechung werden die vergangene Nacht und die eventuell anstehenden Maßnahmen der aktuellen Patient_innen besprochen (vgl. T1 Z178-184). Den Bericht über den Tagesverlauf übergibt der Tagdienst dem folgenden Nachtdienst, sodass diese die aktuellsten Informationen zu den Patient_innen erhalten (vgl. T1 Z193-194). Meist betreffen diese Besprechungen das Pflegepersonal, da es schwer möglich wäre, alle Mitarbeiter_innen des Teams, inklusive ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen, Physiotherapie usw., daran zu beteiligen (vgl. T1 Z179-180). Täglich bespricht das Team in Anwesenheit der Ärztin oder eines Arztes die aktuelle Befindlichkeit der Patient_innen. Dabei stehen nicht die Befunde im Mittelpunkt, sondern der tatsächliche und momentane Zustand der Patient_innen (vgl. T1 Z190-193).

Darüber hinaus finden einmal im Monat eine professionsbezogene Teamsitzung und eine interdisziplinäre Teamsitzung statt. In der interdisziplinären Teamsitzung sind alle Professionen inklusive den ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen vertreten (vgl. T1 Z194-196).

In jenem Hospiz, in dem Herr G. tätig ist, werden neben den Übergaben, die das Pflegepersonal betreffen, noch täglich sogenannte Brückenteambesprechungen um 10 Uhr

vormittags durchgeführt. In diesen Brückenteambesprechungen ist medizinisches Personal, eine Person aus der Verwaltung und der Herr G. der Sozialarbeiter, anwesend. In diesen Sitzungen werden zukünftige Aufnahmen, organisatorische Angelegenheiten und Anliegen, die aktuell von Bedeutung sind, besprochen. Das interdisziplinäre Team mit allen Berufsgruppen, die an den laufenden Prozessen beteiligt sind, findet einmal die Woche am Mittwoch um 13 Uhr statt. Im interdisziplinären Team bespricht jede Berufsgruppe aus ihrer beruflichen Perspektive jede_n Patient_in, teilt ihren Standpunkt mit und bespricht, welche Prioritäten wahrzunehmen sind. Einzelne Therapeut_innen, wie etwa die Physiotherapie, Therapeutic Tough oder Psychotherapie treffen sich zusätzlich mit den Ärzt_innen in regelmäßigen Abständen, um abzuklären, wo es Handlungsbedarf gibt. Zusätzlich gibt es noch einmal im Monat eine interdisziplinäre Teamsitzung, zu der alle Berufsgruppen eingeladen sind. Vornehmlich werden in dieser Besprechung strukturelle Themen, wie etwa die Koordinierung von Abläufen und Kommunikationswegen besprochen (vgl. T24 Z22-36). Zu diesen interdisziplinären Teamsitzungen werden fallweise externe Moderator_innen eingeladen. Diese außenstehenden Personen können in der Besprechung den Blick auf neue bzw. andere Aspekte lenken, um somit einer möglichen „Betriebsblindheit“ entgegenzuwirken (vgl. T24 Z191-194).

b) Spontane Fallbesprechungen

Neben den regelmäßigen Besprechungen im Hospiz des Herrn G. kann es bei komplexen Fällen zu spontanen Fallbesprechungen kommen. Gerade diese herausfordernden Fälle können jedoch zu einer gelingenden Interdisziplinarität beitragen, da sich jede Berufsgruppe mit ihren Stärken einbringen kann. Infolgedessen werden sich die einzelnen Berufsgruppen auch über ihre Grenzen gewahr und stellen fest, dass andere Berufsgruppen jene Fertigkeiten besitzen, die den bzw. die Patient_in adäquat zu unterstützen (vgl. T24 Z80-84). In diesem Prozess brauchen die Mitarbeiter_innen ein gesundes Bewusstsein für ihre eigene Profession, denn dadurch kann jede_r erkennen, ob die eigenen Fähigkeiten für den weiteren Verlauf nützlich sind oder nicht (vgl. Kern, M. 2002:55).

c) Aus- und Fortbildungen

Generell müssen alle Mitarbeiter_innen im Palliativ- und Hospizbereich eine spezielle Ausbildung absolvieren. Im Basislehrgang „Palliativ Care“ erhalten die Teilnehmer_innen einerseits eine Einführung in die Palliativmedizin und Palliativpflege, andererseits besprechen die Teilnehmer_innen Themen wie die psychosoziale Dimension der Palliativ Care und Ethik (vgl. Hospiz Bewegung Salzburg o.A.b). Weiters ist in diesem Kurs die Interdisziplinarität ein

Thema und bleibt nicht nur theoretisches Konstrukt, sondern wird schon in den Kursen gelebt, da diese Kurse disziplinübergreifend abgehalten werden (vgl. T24 Z194-199). Diese Schulungen fördern nicht nur eine Vertiefung des Wissens aus dem eigenen Bereich, sondern tragen auch dazu bei, sich Wissen aus anderen Sparten anzueignen. Dadurch wird eine Basis für eine Kooperation geschaffen.

Nicht nur die hauptamtlichen Mitarbeiter_innen sind dazu verpflichtet, eine Schulung zu absolvieren, auch die ehrenamtlichen Helfer_innen schließen neben einem ausführlichen Aufnahmegespräch einen Lehrgang für die Arbeit im Hospiz ab (vgl. Hospiz Bewegung Salzburg o.A.c). Auch bei diesen Lehrgängen ist es wichtig, sich ein Basiswissen für die Arbeitsweise im Hospiz anzueignen.

Neben der Vermittlung des Wissens steht hinter diesen gemeinsamen Weiterbildungen wie Martin Böker, Brigitta Grießl und Hannes Kittl (vgl. 2002:319f.) schreiben, dass es gerade in einem hochspezialisierten Fachgebiet wichtig ist, eine gemeinsame Sprache zu finden, um den Informationsfluss aufrecht zu erhalten. Denn Interdisziplinarität fordert, den Blickwinkel der anderen zu kennen und nachzufragen, wenn etwas nicht verstanden wird.

Neben den Schulungen zu Beginn der Tätigkeit, gibt es während dem laufenden Betrieb immer wieder Fortbildungen, die eine Möglichkeit darstellen, eine gemeinsame Sprache zu erarbeiten bzw. Beziehungen aufzubauen, wie Frau H. sagt:

“Da wir unsere Aus- und Fortbildungen teilweise miteinander haben, teilweise jo net olles, aber zum Beispiel auch für Dinge wie ah Kommunikation. Kommunikationstraining zum Beispiel betrifft beide und wird bei uns a miteinander angeboten und des is scho amal eine sehr eine gute Sache für das gegenseitige Verständnis.” (T1 Z16-19)

Die Teilnehmer_innen erarbeiten nicht nur den fachlichen Input zusammen, sondern schaffen in diesen Prozessen eine gemeinsame Erinnerung und haben die Möglichkeit, Beziehungen zueinander aufzubauen. Diese (Arbeits-)Beziehungen schaffen eine Möglichkeit eine gute Kommunikation zu forcieren und ein gegenseitiges Verständnis zu implementieren.

d) Psychohygiene

Wie schon erwähnt kann ein Team nur ein tragfähiges System werden, wenn es seine Stärken und Schwächen kennt und darüber hinaus weiß, wo es sich Hilfe holen kann. Die Installation einer Supervision ist gerade im Bereich der Hospizarbeit unabdingbar. Psychohygiene entlastet nicht nur die eigene Person, sondern wirkt insofern auf das Team, dass ausgeglichene Mitarbeiter_innen ihre Arbeit konstant und besser leisten können. Sie hilft auch dabei, den Arbeitsprozess zu verbessern und Konflikte zu lösen (vgl. Kern, W. 2018). Wie auch

Frau H. berichtet, hält sowohl das ehrenamtliche als auch das hauptamtliche Team einmal im Monat eine Supervision ab. Dass diese jedoch funktionieren kann, braucht es einen Supervisor oder eine Supervisorin, die auf die Gruppe eingehen kann und mit der Thematik vertraut ist (vgl. T1 Z200-205).

e) Informeller Austausch

In der Arbeitsstelle von Frau H. findet eine Möglichkeit für weiteren Austausch beim Essen statt, da im Speisesaal alle zusammensitzen (vgl. T1 Z300-301). Gerade bei informellen Treffen können Beteiligte Beziehungen aufbauen. Wie schon in Kapitel "Aus- und Fortbildungen" erläutert, muss es sich nicht um eine freundschaftliche Beziehung handeln, es sollte jedoch zumindest eine professionelle Beziehung möglich sein. Professionelle Beziehungen zeichnen sich dadurch aus, dass man sich auf das besinnt, was vereint und Anlass der Beziehung ist, nämlich die gemeinsame Arbeit, die man leistet (vgl. Böker et. al. 2002:320).

f) Leitung der Einrichtung

In Bezug auf die Leitungsfunktion betont Herr G., dass das Leitungsteam einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen der Interdisziplinarität beiträgt. Da er selbst Teil dieses Teams ist, sagt er dazu:

"I find dass do des Leitungsteam ah anfoch gfordert is, weil do gibts jo Verantwortlichkeit also dass bestimmte Abläufe anfoch gut laufen und des is einfoch meiner Meinung noch einfoch a Job des Leitungsteams immer wieder auf diese Dinge zu achten." (T24 Z240-244)

Das Zitat verdeutlicht, dass das Leitungsteam neben den Verwaltungsaufgaben auch die Fürsorgepflicht dem Team gegenüber hat. Das Leitungsteam als Schnittstelle zwischen den Berufsgruppen hat dafür Sorge zu tragen, dass eventuelle Kommunikationsprobleme und damit einhergehende Missverständnisse geklärt werden und im weiteren Verlauf diese Fehler in den Abläufen behoben werden (vgl. T24 Z266-270). Kern schreibt dazu, dass die Leitung einer Einrichtung die Kunst beherrschen müsse, den Mitarbeiter_innen Verantwortungs- und Entscheidungsraum zu geben. Ihr müsse es eben auch gelingen, die Kompetenzen jedes_r Einzelnen anzuerkennen und wertzuschätzen (vgl. Kern, M. 2002:58). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Mitarbeiter_innen eine Anerkennung durch ihre Leistungen erhalten und dadurch die Zufriedenheit im Team gesteigert werden kann.

6.3.2 Soft Skills für gelingende Interdisziplinarität

Einige der Soft Skills, wie in etwa das Wissen über die Grenzen und Ressourcen der jeweiligen Berufsgruppe oder der Informationsfluss wurden schon in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben. Eigentlich handelt es sich bei diesen Begriffen auch um Soft Skills, sie sind jedoch Ergebnisse, die aus einer gelungenen strukturellen Intervention entstehen können. Daher werden sie in diesem Kapitel nicht nochmals näher beschrieben. Dieses Kapitel geht auf jene Begriffe ein, die sich auch aus der Zusammenarbeit ergeben, jedoch bis jetzt noch nicht eingeordnet werden konnten.

a) Respekt

Zum einen wird der gegenseitige Respekt, den die Berufsgruppen sich entgegenbringen müssen, hervorgehoben (vgl. T24 Z275-278). Es geht hierbei darum, den anderen Berufsgruppen auf Augenhöhe gegenüber zu treten und die spezifischen Kompetenzen als gleichwertig zu betrachten. Für ein gutes Miteinander braucht es jedoch auch die Fähigkeit sich selbst zu relativieren und andere Berufsgruppen zu respektieren. Die Autor_innen Andreas Heller, Christian Metz und Monika Wild (vgl. 2002:9f) meinen dazu, es braucht Menschen, die das Zusammenwirken von verschiedenen Berufslogiken und Berufsauffassungen nicht nur notgedrungen zulassen, sondern auch aktiv suchen. Das bedeutet, dass sie sich ihrer eigenen Grenzen bewusst sind und davon ausgehen, nicht allein für das Wohlergehen der Patient_innen verantwortlich zu sein. Es lässt sich daraus ablesen, dass alle Berufsgruppen einen nötigen Respekt und Wertschätzung vor dem Tätigkeitsprofil der anderen Berufsgruppe braucht, damit eine funktionierende Interdisziplinarität entstehen kann.

Der Respekt gegenüber den persönlichen Grenzen der Mitarbeiter beschreibt Herr G. folgendermaßen:

“wir hom in dem Haus viele Möglichkeiten, wir können uns jederzeit Auszeiten nehmen, was i, wonn i jetzt de brauch, jetzt Zeit für mi, wünscht ma jeder ois gute bin i ka Orbeitsverweigerer sondern do hoi i ma de Pause weils i s jetzt brauch.” (T2 Z265-269)

Die Aussage verdeutlicht, dass die Mitarbeiter_innen Rücksicht aufeinander nehmen und nicht mit Neid und Missgunst reagieren, wenn jemand eine Auszeit benötigt. Die Grenzen der Kolleg_innen werden somit respektiert ohne jemanden zu verurteilen.

b) Vertrauen

Das Vertrauen ist ein weiterer wesentlicher Punkt in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen, den Herr G. im Interview benennt. Dabei geht es vor allem darum, dass sich alle Berufsgruppen so intensiv für das Wohl der Patient_innen engagieren, wie es die eigene macht. Somit kann jede_r Mitarbeiter_in mit gutem Gewissen die Arbeit aufteilen kann. Die Autoren Martin Böker et al. (vgl. 2002:321) umschreiben diese Notwendigkeit mit dem Begriff der Verlässlichkeit. Dabei meinen sie, dass es im Arbeitsprozess immer wieder zu Vereinbarungen kommt, die verlässlich erfüllt werden müssen, damit gemeinsame Erfahrungen entstehen können, um Vertrauen zu schaffen. Zudem weisen sie darauf hin, dass es zu Störungen im Gefüge kommen kann, wenn die Bedingungen der Vereinbarung nicht genau ausgehandelt sind oder nicht eingehalten werden. Neben der Verlässlichkeit und dem Vertrauen fällt bei dieser Aussage auf, wie wichtig der Kommunikationsprozess ist. Sollten Informationen zurückgehalten werden, kann es zu Störungen kommen und die Zusammenarbeit kann ins Stocken geraten.

c) Humor

“Es wird in unserem Haus fü glocht oiso Humor is in unserem Haus a gonz a wichtiger Partner. Ja in dem Haus wird fü glocht und fü gweint.” (T2 Z270-271) Humor ist ein wichtiger Bestandteil für soziale Beziehungen. Er hilft beim Aufbau von Freundschaften und fördert das Zusammengehörigkeitsgefühl (vgl. Siegel 2005:25f). Gerade in stressigen Phasen kann Humor eine kleine Pause darstellen und für Erleichterung sorgen. Weiters kann Humor auch unterstützen, bessere Lösungen für Probleme zu finden und psychische Blockaden und Spannungen lösen sich schneller (vgl. Prehm 2018:10). Die Wirkung, die Humor auf ein Teamgefüge hat, darf nicht unterschätzt werden. Ein humorvolles Miteinander kann auch ein achtsames Miteinander werden, das auf guten Beziehungen basiert. Denn Menschen die sich nicht leiden können, können nicht miteinander lachen (vgl. Siegel 2005:26).

d) Gemeinsames Ziel

Herr G. beschreibt, dass es besonders wichtig ist, einen gemeinsamen Nenner zu haben. Dabei sollte der Patient, die Patientin und deren Angehörige mit ihren Bedürfnissen immer im Mittelpunkt stehen (vgl. T2 Z299-300). Aus diesem Grundprinzip heraus wird ein liebevoller und einfühlsamer Umgang mit den Patient_innen gestaltet. Erst wenn alle Mitarbeiter_innen dieser Prämisse folgen, kann eine gute Teamarbeit gelingen. Denn Teamarbeit bedeutet nicht nur an einem Strang, sondern in die gleiche Richtung zu ziehen (vgl. Metz/ Heimerl 2002:303).

Diese Einstellung schafft auch wieder Vertrauen unter den Mitarbeiter_innen, denn sie können sich darauf verlassen, dass jeder die Arbeit mit dem gleichen Grundgedanken durchführt.

6.3.3 Hinderliche Faktoren

Störfaktoren können die Zusammenarbeit erschweren oder gar unmöglich machen. Frau H. nennt als mögliche Quellen der Unzufriedenheit zwischen den Teams eine unausgeglichene Wertschätzung. Sie meint damit, dass teilweise die ehrenamtlichen Helfer_innen so gelobt werden, sodass die hauptamtlichen Mitarbeiter_innen sich in ihrer Arbeit nicht wertgeschätzt fühlen (vgl. T1 Z289-293). Weitere Reibungspunkte ergeben sich, wenn es zu unterschiedlichen Sichtweisen zwischen den haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen kommt. Frau H. schlägt in solchen Fällen vor, dass zwischen den Teams vermittelt wird. Speziell den Ehrenamtlichen sollte erläutert werden, dass hauptamtliche Kolleg_innen eine andere Sichtweise aufgrund ihrer größeren Verantwortung haben (vgl. T1 Z278-280).

Herr G. führt als mögliche Reibungspunkte an, wenn jemand im Team unzufrieden ist und aufgrund dessen Informationen nicht beziehungsweise unvollständig weitergibt. Dies führt zu einem einseitigen Wissensstand, der zu einer Schiefelage im Team führen kann. Er betont dabei die Wichtigkeit der regelmäßigen Teamsitzungen und steht dafür ein, Unstimmigkeiten sofort zu bearbeiten (vgl. T24 Z156-167).

Als weiteres Erschwernis nennt Herr G., Persönlichkeiten, die sich selbst für allzu wichtig nehmen und sich in den Vordergrund stellen (vgl. T24 Z249-250). Wie schon aus der vorangegangenen Analyse erkennbar ist, können solche Persönlichkeiten nicht im Team funktionieren, denn eine einzelne Person kann nicht alle Aufgaben bewältigen und ist eventuell auch nicht in der Lage, Teile abzugeben, die sie nicht bewältigen kann.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es einige Faktoren gibt, die sehr gut von außen zu strukturieren und zu planen sind. Ein Großteil dieser Maßnahmen trägt zum Informationsaustausch bei und darüber hinaus kreieren regelmäßige Gespräche ein Gefühl der Gemeinschaft. Des Weiteren fördern Gespräche das Vertrauen in die anderen Berufsgruppen dadurch, dass die verschiedenen Ressourcen und Grenzen sichtbar werden.

Die Soft Skills, die einerseits ein_e jede_r Einzelne mit einbringen sollte und andererseits durch das Agieren im Team entstehen können, können nicht von außen gesteuert werden. Die Soft Skills zeigen auf, welche Resultate zu erwarten sind, wenn für die Zusammenarbeit im Vorfeld eine gute Struktur zugrunde liegt. Sollte es dennoch zu Spannungen kommen, obliegt es dem Führungsteam, Interventionen zu setzen und bei Bedarf zu handeln.

7 Fazit

Auffallend ist, dass die Interdisziplinarität in den zwei Einrichtungen, in denen die Interviews geführt über einen langen Zeitraum wuchs und die beiden Interviewpartner_innen auf eine lange Entwicklung zurückblicken können. Wie sie beschrieben braucht es Zeit, dass ein Team zusammenwachsen kann und eine kontinuierliche Reflexion um etwaige Störungen sofort zu beheben. Gerade am Beginn war es wichtig auf die Ressourcen und Stärken der Berufsgruppen hinzuweisen. In Bezug auf das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit wird ersichtlich, dass es wichtig ist, ein Bewusstsein bei den anderen Berufsgruppen zu schaffen und das Berufsprofil der Sozialen Arbeit zu etablieren. Im Laufe der Jahre eigneten sich die Sozialarbeiter_innen ein breit gestreutes Tätigkeitsprofil an. Ihre Selbstbeschreibung als *Mädchen für alles* wird, bei genauerer Betrachtung ihrer Tätigkeiten im Arbeitsalltag, bestätigt. Sie agieren insgesamt auf drei Ebenen. Erstens übernehmen sie die Öffentlichkeitsarbeit und organisieren Benefizveranstaltungen. Zweitens unterstützen sie die Patient_innen und deren Angehörige, bei sozialrechtlichen Fragen und persönlichen Anliegen, während dem Aufenthalt im Hospiz und drittens übernehmen sie die Rolle der ehrenamtlichen Koordinator_innen. Wie die Analyse in Kapitel 2.1 zeigt, deckt sich dies mit der Definition der Sozialen Arbeit. Denn aus der Analyse geht hervor, dass sich die Soziale Arbeit mit gesellschaftlichen Problemen, dem Gewinn an individueller Lebensqualität und der Interaktion zwischen Gruppen auseinandersetzt.

Hinsichtlich der förderlichen Faktoren für die Zusammenarbeit kristallisierten sich zwei Bereiche heraus, die auf die Zusammenarbeit wirken. Einerseits gibt es strukturelle Voraussetzungen die erfüllt werden müssen und andererseits entwickeln sich bestimmte Soft Skills im Zusammenhang mit einer guten interdisziplinären Arbeit. Auf struktureller Ebene zeichnet sich ab, dass genügend Möglichkeiten für einen Austausch geschaffen werden müssen. Dienstübergaben und interdisziplinäre Teambesprechungen stellen dabei eine Mindestanforderung dar. Aus den erhobenen Daten geht weiter hervor, dass auch spontane Fallbesprechungen und ein informeller Austausch zu einer guten Kooperation der Berufsgruppen beiträgt. Neben der Besprechung der Fälle dienen diese Austauschmöglichkeiten auch zur Sensibilisierung der eigenen beruflichen Ressourcen und der Erkenntnis der Stärken von anderen Berufsgruppen. In punkto Kommunikation ist eine gemeinsame Sprache wesentlich, denn dadurch können grundlegende Verständnisprobleme beseitigt werden. Diese Anforderung wird im Hospizbereich durch eine Grundausbildung, die sowohl haupt- als auch ehrenamtliche Mitarbeiter_innen in unterschiedlichem Ausmaß leisten müssen, geleistet. Die gemeinsame Sprache vereinfacht die Kommunikation dahingehend, dass nicht schon Barrieren bei berufsspezifischen Begriffen entstehen, sondern über die

Anliegen gesprochen werden kann. Einen wichtigen Part bezüglich der Harmonie zwischen den Berufsgruppen übernimmt die Leitung. Ihr obliegt es, bei möglichen Schwierigkeiten frühzeitig einzugreifen und regulierend zu wirken. Dies kann klärende Gespräche zwischen den Berufsgruppen oder strukturelle Veränderungen umfassen.

Wie schon erwähnt spielen nicht nur strukturelle Bedingungen eine Rolle in der Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen. Es gibt dabei noch weitere Faktoren die sich positiv auswirken. Ein Merkmal ist der Respekt den die Berufsgruppen sich gegenseitig entgegenbringen sollten. Die Kommunikation auf Augenhöhe fördert die Wertschätzung und Achtung gegenüber den beteiligten Professionen und fördert das Gefühl der Zusammengehörigkeit. Weiters sollte sich in der Zusammenarbeit ein Vertrauen entwickeln, dass alle Mitarbeiter_innen in die gleiche Richtung streben und jede Berufsgruppe das Wohl der Patient_innen im Auge behält. Generell sollte ein gemeinsames Ziel propagiert werden, ein Ziel, dass alle verbindet und als gemeinsamer Nenner dient. Zu guter letzt darf auch der Humor nicht auf der Strecke bleiben. Er hat wichtige Funktionen im Hinblick auf den Aufbau sozialer Beziehungen, Stressabbau und lösungsorientiertem Arbeiten.

Wie zu Beginn dieser Arbeit erwähnt wurde, sollten die Erkenntnisse auf andere Bereiche der medizinischen Versorgung übertragen werden können. Für mich zeichnete sich durch die Analyse ab, dass im Hospizbereich die Grundhaltung der Mitarbeiter_innen stark an der Erhaltung der Lebensqualität orientieren. Daher denke ich mir, dass unterschiedliche Fragstellungen im Berufsalltag an das Team herangetragen werden als bei Patient_innen, bei denen primär kurative Maßnahmen greifen. Meiner Meinung nach bedarf es deswegen noch weitere Forschungen, zum Beispiel ob die Gesundheitssysteme ähnlich funktionieren.

Literaturverzeichnis

Literatur

Barmherzige Brüder (o.A.): Was ist ein stationäres Hospiz? <https://www.barmherzige-brueder.at/pages/raphaelhospizsalzburg/hospiz/wasisteinstathospiz> [08.11.17]

Behringer, Luise / Höfer, Renate (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. München: Reinhardt.

Böker, Martin / Grießl, Brigitta / Kittl, Hannes (2002): Voraussetzungen für das Gelingen multiprofessioneller Zusammenarbeit. In: Pleschberger, Sabine / Heimerl, Katharina / Wild, Monika (Hg.)(2002): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas, S. 315 - 328.

Buckingham, Robert W. (1993): Hospiz. Sterbende menschlich begleiten. Freiburg im Breisgau: Herder.

Busche, Anne / Strege, Maria-Anna (1994): Die Rolle der Sozialarbeiterin. In: Student, Johann-Christoph (Hg.) (1994): Das Hospiz-Buch. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 63 - 73.

Dachverband Hospiz Österreich (2003): Standards "Sozialarbeit im Bereich Palliativ Care". http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Standard-Sozialarbeit-im-Bereich-Palliative-Care-Jaenner2003_Logo_neu.pdf [25.03.18]

Dachverband Hospiz Österreich (2017): Die Idee von Hospiz und palliative Care. <http://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/die-idee-von-hospiz-und-palliative-care/> [08.11.17]

Dachverband Hospiz Österreich (2017a): Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2016. https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ_datenbericht_web_barr.pdf [02.04.18]

Dachverband Hospiz Österreich (2018a): Ehrenamtliche Hospizbegleitung in Österreich und Europa. <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/ehrenamt-in-oesterreich-und-europa/> [21.03.18]

Dachverband Hospiz Österreich (2018b): Befähigungskurse für Ehrenamtliche. <https://www.hospiz.at/fachwelt/bildung/befaehigungskurse-fuer-ehrenamtliche/> [21.03.18]

Dachverband Hospiz Österreich (2018c): Geschichte. <https://www.hospiz.at/geschichte-dachverband/> [02.04.18]

Egger, Josef W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: Psychologische Medizin, 2/2005, S. 3 - 12. http://www.bpsmed.net/_data/doc/literature/1Egger_bpsMod05.pdf [30.03.2018]

Finker, Susanne (2017): Sozialarbeit in der (neuen) Primärversorgung. Chancen und Herausforderungen. In: SIÖ, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung & Politik, 3/2017, S. 19-22.

Fischer, Timo / Schauppenlehner, Matthias (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich - Ein erster Zwischenstand. https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/04/2018_Die-St%C3%A4rkung-der-Prim%C3%A4rversorgung-in-%C3%96sterreich-%E2%80%93-ein-erster-Zwischenstand.pdf [10.04.18]

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie.

Gesundheit Österreich GmbH (2006): Abgestufte Hospiz und Palliativversorgung. Wien: Geschäftsbereich ÖBIG.

Heller, Andreas / Metz, Christian / Wild, Monika (2002): Was alle angeht, können nur alle angehen. Herausgefordert zu interprofessioneller Zusammenarbeit. In: Metz, Christian / Wild, Monika / Heller, Andreas (Hg.) (2002): Balsam für Leib und Seele. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 9 - 11.

Hospiz Bewegung Salzburg (o.A.a): Leitbild. <http://hospiz-sbg.at/palliativakademie/akademie/leitbild/> [25.03.18]

Hospiz Bewegung Salzburg (o.A.b): Interdisziplinärer Basislehrgang "Palliativ Care". <http://hospiz-sbg.at/palliativakademie/lehrgaenge/berufliche-fortbildungen/basislehrgang/> [29.03.18]

Hospiz Bewegung Salzburg (o.A.c): Lehrgang für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung. <http://hospiz-sbg.at/palliativakademie/lehrgaenge/ehrenamtliche-arbeit/hospiz-lehrgang/> [29.03.18]

Höhmann, Ulrike / Müller-Mundt, Gabriele / Schulz, Brigitte (1999): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt am Main: Mabuse.

IFSW International Federation of Social Work (2000): Neue Definition von Sozialarbeit. http://www.sozialarbeit.at/files/definition-international_1.pdf [30.03.18]

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

Kern, Martina (2002): Multiprofessionalität im Behandlungsteam. In: Metz, Christian / Wild, Monika / Heller, Andreas (Hg.) (2002): Balsam für Leib und Seele. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 49 - 59.

Kern, Waltraud (2018): Die Ziele der Supervision. <https://www.was-ist-supervision.at/supervision/ziele>. [28.03.18]

Krebshilfe Österreich (2016): Palliativversorgung. Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. https://www.krebshilfe.net/uploads/tx_brochure/Broschuere_Palliativ___2016.pdf [02-04.18]

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz.

Metz, Christian / Heimerl, Katharina (2002): Was alle angeht, können nur alle angehen. Der Stellenwert von interdisziplinärer Teamarbeit. In: Heimerl, Katharina / Pleschberger, Sabine / Wild, Monika (Hg.) (2002): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas, S. 301-315.

Nemeth, Claudia (2004): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien: österreichisches Bundesministerium für Gesundheitswesen.

Neuhaus, Julia (2014): Wie wirkt sich Interdisziplinarität auf die Arbeitsweise in Projektteams aus? <https://hhc-duesseldorf.de/wie-wirkt-sich-interdisziplinaritaet-auf-die-arbeitsleistung-in-projektteams-aus/> [31.03.18]

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität. In: Resonanzen - E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 01/2013, S 15-31.

Pleschberger, Sabine / Heimerl, Katharina (2002): Palliativpflege lehren und lernen. die Pflege schwerkranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. In: Heimerl, Katharina / Pleschberger, Sabine / Wild, Monika (Hg.) (2002): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas, S. 13-28.

Prehm, Matthias (2018): Pflege deinen Humor. Eine praktische Anleitung für Pflegepersonal. Berlin: Springer.

Projekt Magazin (2002): Team. <https://www.projektmagazin.de/glossarterm/team> [02.04.18]

Redelsteiner, Christoph (2017): Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn. In: SIÖ, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung & Politik, 3/2017, S. 10-18.

Siegel, Siglinde Anne (2005): Darf Pflege(n) Spaß machen? Humor in Pflege und Gesundheitswesen: Bedeutung Möglichkeiten und Grenzen eine außergewöhnlichen Phänomens. Hannover: Schülersche Verlagsgesellschaft mbH & co KG.

Sipreck, Julia (2002): Ehrenamtliches Engagement organisieren und integrieren. In: Heimerl, Katharina / Pleschberger, Sabine / Wild, Monika (Hg.) (2002): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas, S. 328 - 340.

Student, Johann-Christoph / Mühlum, Albert / Student, Ute (2004): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München: UTB, Reinhardt.

Daten

T1: Transkript 1 der Aufnahmen im Feld, erstellt von Heiß, Silvia / Keuwel, Svenja / Volek, Constanze, November 2017, Zeilen durchgehend nummeriert

T2: Transkript 2 der Aufnahmen im Feld, erstellt von Passrucker Karin, Oktober 2016, Zeilen durchgehend nummeriert

T24: Transkript 24 der Aufnahmen im Feld, erstellt von Passrucker Karin, März 2018, Zeilen durchgehend nummeriert

Anhang

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?

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Karin Passrucker**, geboren am **05.12.1981** in **Salzburg**, 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,

Salzburg, am **23.04.2018**

Unterschrift

