

Maria Drechsler



Professionalisierung palliativer Sozialarbeit



Maria Drechsler
Professionalisierung palliativer Sozialarbeit

PDF-eBook-ISBN: 978-3-8366-3825-8
Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2013
Covermotiv: © Vasily Agrenenko - Fotolia.com

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH
<http://www.diplomica-verlag.de>, Hamburg 2013

Geh nicht vor mir her - ich könnte dir nicht folgen,
denn ich suche meinen eigenen Weg.
Geh nicht hinter mir her, ich bin gewiss kein Leiter.
Bitte bleib an meiner Seite und sei nichts als mein Freund
und mein Begleiter.

Albert Camus

Inhalt

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen.....	11
1. Einleitung.....	13
1.1. Zugang zum Thema.....	13
1.2. Einordnung in Theorie und Praxis.....	14
1.3. Frage- und Problemstellung	18
1.4. Aufbau der Arbeit	18
2. Soziale Arbeit im Hospiz	21
2.1. Selbstverständnis und Auftrag professioneller Sozialer Arbeit im Allgemeinen	21
2.2. Selbstverständnis und Auftrag Sozialer Arbeit im Hospiz	23
2.2.1. Psychosozialer Auftrag	29
2.2.2. Psychosoziale Begleitung	31
2.2.2.1. Psychosoziale Begleitung der Patienten	31
2.2.2.2. Psychosoziale Begleitung der Angehörigen	33
2.2.2.3. Trauerbegleitung Angehöriger	34
2.2.2.4. Besonderheiten in der Kinderhospizarbeit und in der Arbeit mit Kindern als Trauende.....	35
2.3. Zusammenfassung	38
3. Konzepte der Sozialen Arbeit im Hospiz	41
3.1. Konzept der Lebensführung und Biografie nach Feth	44
3.2. Empowerment nach Herriger	44
3.3. Lebensweltorientierung nach Thiersch	46
3.4. Casemanagement	47
3.5. Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers	48
3.6. Zusammenfassung	50
4. Besonderheiten des Tätigkeitsprofils von SozialpädagogInnen in der Hospizarbeit	51
4.1. Möglichkeiten	52
4.1.1. Sozialrechtliche Beratung	53
4.1.2. Vernetzungstätigkeit und Gremienarbeit	55
4.1.3. Öffentlichkeitsarbeit	57

4.1.4. Evaluation und Dokumentation	58
4.2. Barrieren der Sozialen Arbeit im Hospiz	59
4.2.1. Institutionelle Bedingungen	59
4.2.2. Gesellschaftliche Ängste	60
4.2.3. Bedingungen des Gesundheitssystems	61
4.2.4. Zögerliche Haltung der Hochschulen	61
4.2.5. Nähe und Distanz in der Hospizarbeit	63
4.3. Hilfen für Helfer	66
4.3.1. Besonderheit sozialer Dienstleister	66
4.3.2. Supervision	67
4.4. Zusammenfassung	68
5. Österreichische Standards sozialpädagogischen Handelns	71
5.1. Standardvorgaben für die Sozialarbeit im Bereich Palliative Care in Österreich	71
5.1.1. Fachliche Voraussetzungen und Qualifikationen	71
5.1.2. Tätigkeitsfelder der Palliativsozialarbeit	72
5.1.3. Rahmenbedingungen	73
5.1.4. Schwerpunkte sozialarbeiterischen Handelns	73
5.1.5. Dienstleistungen in der palliativen Sozialarbeit	74
5.2. Zusammenfassung	76
6. Vergleich der Hospizarbeit in Deutschland und Österreich	77
6.1. Gesundheitssystem	78
6.2. Hospiz- und Palliativeinrichtungen	79
6.3. Finanzierung	80
6.4. Ehrenamtliche	81
6.5. Zusammenfassung	82
7. Empirische Untersuchung zur Umsetzung österreichischer Standards in sächsischen Einrichtungen	83
7.1. Datenerhebung und Auswertungsverfahren	83
7.2. Inhalt des Fragebogens	84
7.3. Thesen	84
7.4. Ergebnisse der Befragung	85
7.4.1. Befragte Personenkreise und Einrichtungen	85
7.4.2. Patientenzahlen	86

7.4.3. Mitarbeiterstrukturen	87
7.4.4. Standardbereich 1: Fachliche Voraussetzungen und Qualifikationen.....	89
7.4.5. Standardbereich 2: Tätigkeitsfelder der Palliativsozialarbeit	90
7.4.6. Standardbereich 3: Rahmenbedingungen	91
7.4.7. Standardbereich 4: Schwerpunkte sozialarbeiterischen Handelns	92
7.4.8. Standardbereich 5: Dienstleistungen in der palliativen Sozialarbeit	93
7.5. Auswertung und Zusammenfassung der Ergebnisse	99
8. Ehrenamtsmanagement durch Soziale Arbeit im Hospiz	105
8.1. Freiwillige im Hospiz	105
8.1.1. Wertewandel und Aufgaben freiwilligen Engagements.....	107
8.1.2. Wünsche freiwilliger Helfer an die Hospizarbeit.....	108
8.2. Zusammenarbeit von haupt- und ehrenamtlich Tätigen beim Umgang mit Sterbenden	109
8.2.1. Kooperation statt Konkurrenz.....	110
8.2.2. Versuch der Aufgabenabgrenzung	111
8.3. (Qualitäts-)Anforderungen der Bildungsarbeit als Aufgabe der Sozialen Arbeit im Management von freiwilligen Helfern	113
8.3.1. Voraussetzungen und Ziele der Schulung Ehrenamtlicher	115
8.3.2. Strukturelemente der Schulung Ehrenamtlicher	116
8.3.3. Inhalte der Befähigungsphase	116
8.3.4. Anforderungsprofil der Schulungsleitung	117
8.4. Zusammenfassung	117
9. Stand der Profession Sozialer Arbeit im Hospizbereich	119
9.1. Professionelle Handlungskompetenz und Schlüsselqualifikation in der Sozialen Arbeit.....	119
9.1.1. Kompetenzmodell nach Geißler & Hege	120
9.1.2. Kompetenzmodell nach Richter	122
9.1.3. Handlungswissen	123
9.2. Professionalität in der Hospizsozialarbeit	124
9.3. Zusammenfassung	125
10. Zusammenfassung und Zukunftsperspektiven	127
11. Literaturverzeichnis	131

Verzeichnis der Tabellen	135
Verzeichnis der Abbildungen	136
Verzeichnis der Anlagen	137
Anlagen	139

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

BAG Hospiz	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DGSv	Deutsche Gesellschaft für Supervision
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
PC	Palliative Care
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

„Zur Professionalisierung palliativer Sozialarbeit im Freistaat Sachsen“ lautet das Thema dieses Buches.

Um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten, wird die Einleitung in vier Abschnitte untergliedert:

- 1.1. Zugang zum Thema
- 1.2. Einordnung in Theorie und Praxis
- 1.3. Frage- und Problemstellung
- 1.4. Aufbau der Arbeit.

1.1. Zugang zum Thema

Seit wir denken können, wird geboren und gestorben. Das Zwischendrin heißt Leben. Geburt, Leben und Tod, das waren zu früheren Zeiten Dinge, die man zu Hause auffand. Heute ist die Situation eine andere.

Schaut man auf das 20. Jahrhundert, so wird die Religion, die Sterben und Tod mit rituellen Handlungen vorgab, abgelöst durch die Wissenschaft. So war es vor allem „der Glaube an die Naturwissenschaften, der den Menschen neue Hoffnungen und Entwicklungskraft dort einflößte, wo früher der Glaube an einen gütigen Gott und ein Leben nach dem Tode der einzige Trost gewesen war“ (BAG Hospiz e.V., 2004, S. 10f.).

Betrachtet man die Ausgangslage, in der wir uns heute befinden, so gibt es zwei Tendenzen, die die Entwicklung von Palliative Care (PC) beeinflussen. Einerseits ist dies „der ganz Europa erfassende Alterungsprozess und andererseits die damit einhergehende ebenfalls europaweite Krise der Gesundheitssysteme“ (BAG Hospiz e.V., 2004, S. 22). Waren im Jahr 2000 noch 16,3% der deutschen Bevölkerung (im Vergleich Österreich: 15,5%) 65 Jahre und älter, so wird diese Altersspanne 2050 auf 28% (Österreich: 30,6%) angestiegen sein.

Diese demographische Entwicklung geht einher „mit einer Erosion familialer Beziehungen“ (ebd., S. 23). Die Anzahl der Familien, die ihre alten Menschen nicht mehr pflegen können oder wollen, nimmt rapide zu. In ländlichen Regionen mag sich die Familie als Zufluchtsstätte noch halten; in den Städten bröckelt dieses traditionelle

Modell. Diese europäische Krise wirkt sich unweigerlich auf „die Frage nach dem Umgang mit Sterbenden“ (ebd.) aus.

Auch aus finanzieller Sicht wird die Lage immer bedrohlicher. So erzeugt die überproportionale Zunahme von alten Menschen eine größere Nachfrage nach langfristiger Versorgung und Betreuung. Der Versuch des Gesundheitssystems, Kosten zu senken, hat auch für die Hospizarbeit Folgen. „Die Frage nach den Kosten medizinischer Betreuung am Ende des Lebens rückt aus der Tabuzone“ (ebd., S. 24), so die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. (BAG Hospiz).

Diese Entwicklungen mit ihren durchaus krisenhaften Folgen stehen in Zusammenhang mit weitreichenden Veränderungen, denn die „Menschen befinden sich gegenwärtig in Europa - verglichen mit dem 19. Jahrhundert - in einer fundamental anderen Situation“ (ebd.). So sind heute Institutionalisierung und Medikalisierung des Sterbens charakteristisch. Die Mehrzahl der Menschen stirbt demnach heute in Einrichtungen und nicht zu Hause, obwohl sie sich dies wünschen. War die Sterbesituation und Schmerzlinderung im 19. Jahrhundert noch den Familien überlassen, ist dies heute das Areal der Ärzte.

Diese vielfältigen Ratlosigkeit - „Rückzug der Familie, Überforderung der pflegenden Institutionen, unangemessene Versorgung von Sterbenden im Krankenhaus - haben zur Entwicklung von Palliative Care geführt“ (ebd., S. 25). In der Lücke zwischen „versagender Familie und perfekter Medizin“ (ebd.) hat sich Palliative Care entwickelt.

1.2. Einordnung in Theorie und Praxis

In der Öffentlichkeit und auch mitunter in der Fachwelt sind Aufträge und Arbeitsfelder von SozialpädagogInnen in Hospizeinrichtungen oder -diensten eher unbekannt.

An dieser Stelle werden wichtige Begriffe als Grundlage für die weitere Themenbearbeitung geklärt, da die Fachbegriffe oft missverstanden werden oder großen Spielraum zulassen.

Palliative Care kann im Allgemeinen dem Gesundheitswesen zugeordnet werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die eine wichtige Rolle in der Etablierung von Palliative Care spielt, veröffentlichte 2002 über deren englische Homepage eine sehr ausführliche Definition.

Danach beschreibt Palliative Care ein Angebot für Menschen mit schweren, chronischen, fortschreitenden und unheilbaren Krankheiten durch eine umfassende Betreuung vorzubeugen, Schmerzen und Beschwerden zu lindern. Kernbedürfnisse und -probleme der Betroffenen sowie der Angehörigen werden ganzheitlich in allen Bereichen (biologisch, sozial, psychisch, kulturell) durch ein interdisziplinäres Team wahrgenommen. Zielstellung ist eine würdevolle Begleitung und Gestaltung der Lebensqualität sowohl der sterbenden Personen als auch des Umfeldes (vgl. WHO, 2002). Deutsche Begriffe, die hier synonym verwendet werden können, sind beispielsweise Palliativmedizin, -betreuung oder -versorgung. Wichtige Teilaspekte von Palliative Care beinhalten Palliativpflege und Hospizarbeit.

Weiterhin trug die WHO zur Bedeutung von Palliative Care bei, indem sie 1990 und 2002 Rahmenbedingungen formulierte. Danach heißt es, dass Palliative Care „die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessern soll, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert sind“ (BAG Hospiz, 2004, S. 26). Das Vorgehen nach Palliative Care

- „sorgt für Schmerzlinderung
- betrachtet Sterben als einen normalen Prozess
- versucht nicht, den Tod zu beschleunigen oder ihn zu verzögern
- bezieht psychologische und spirituelle Aspekte ein
- bietet ein Unterstützungssystem, das der Familie hilft, mit der Krankheit des Patienten umzugehen
- setzt Teamarbeit voraus
- sucht die Lebensqualität zu steigern und den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen“ (ebd.).

Palliative Care entwickelte sich aus der Hospizbewegung heraus und stellt heute einen neuen Zweig staatlicher Daseinsfürsorge dar, „der sich zunehmend durch Professionalisierung, Standardisierung und öffentliche Finanzierung auszeichnet“ (ebd., S. 27).

Die Hospizarbeit beinhaltet neben der Palliativmedizin drei weitere Schwerpunkte: psychosoziale Begleitung, spirituelle Begleitung und Trauerbegleitung. „Um zu verstehen, was Hospizarbeit meint, sind ... weniger formale Strukturen als vielmehr inhaltliche Kennzeichen bedeutsam“ (Student et al., 2007, S. 27). Diese sind allen Hospizangeboten gemeinsam.

Ein erstes Kennzeichen beschreibt, dass der sterbende Mensch und seine ihm Nahestehenden im Zentrum stehen. Die Kontrolle über die Situation liege dabei allein bei den Betroffenen. Im Vergleich zum öffentlichen Gesundheitswesen liegt das

Neue in der Beachtung des Umfeldes des Patienten, aus dem Grund heraus, dass dieses oft mehr leidet als der sterbende Mensch selbst. Die Würde beider Seiten wird damit gesichert (vgl. ebd., S. 27f.).

In einem zweiten Kennzeichen steht den Betroffenen ein interdisziplinäres Team zur Seite. Es besteht sowohl aus medizinischem Personal, wie Ärzten und Pflegern, bezieht aber auch andere Berufsgruppen, wie SozialpädagogInnen, Seelsorger, Juristen und verschiedene TherapeutInnen ein. Das Team soll den vielfältigen Lebensbedürfnissen gerecht werden (vgl. ebd., S. 28).

Der Einbezug freiwilliger HelferInnen stellt das dritte Kennzeichen dar. Diese haben im Hospizkonzept eigene Aufgabenbereiche und werden im Alltag professionell begleitet. Ziel ist es, das Sterben in den Alltag zu integrieren und die Mitmenschen dahingehen zu sensibilisieren (vgl. ebd.).

Das vierte Kennzeichen beschäftigt sich mit der Symptomkontrolle. Hier ist die Palliativmedizin gefragt. Schmerzen, aber auch andere Beschwerden, wie Übelkeit, Atemnot, Erbrechen und Juckreiz werden dabei gemildert (vgl. ebd.).

Ein letztes Kennzeichen beinhaltet die Kontinuität der Fürsorge. Ein Hospizdienst sollte 24 Stunden am Tag erreichbar sein, denn „Krisen im körperlichen und seelischen Bereich sind nicht an Dienstzeiten gebunden“ (ebd.)! Diese Kontinuität meint, dass die Angehörigen auch über den Tod des Menschen hinaus begleitet werden, wenn dies nötig oder gewünscht ist (vgl. ebd.).

Aufnahmekriterien und Personenkreise der Hospize sind im Anhang aufgezeigt (Anlage 1).

Hospize und Palliativeinrichtungen arbeiten eng zusammen in einem Netzwerk. Dabei spielen nicht nur diese beiden Aspekte eine Rolle, sondern zudem viele weitere, wie im Schaubild verdeutlicht:

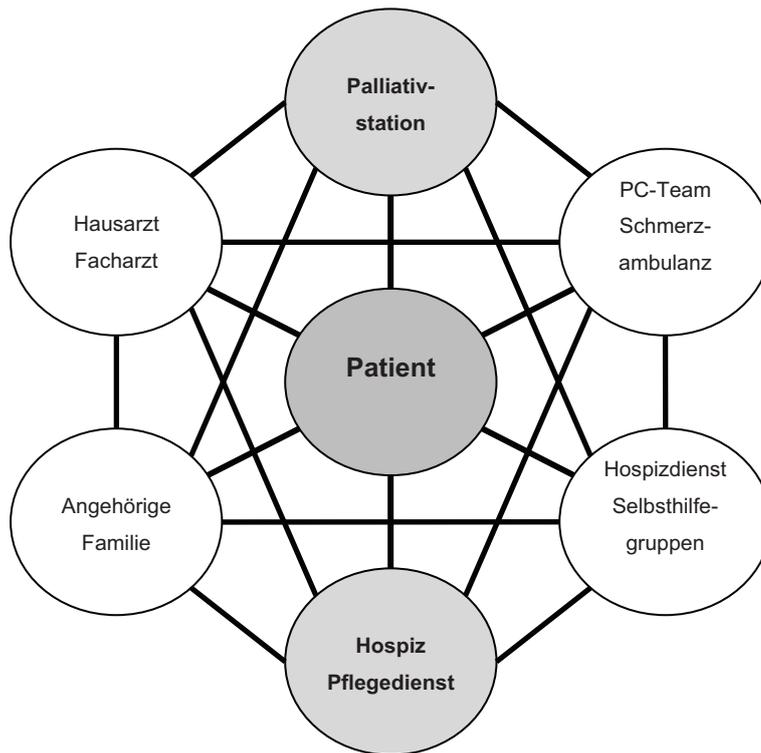


Abbildung 1: Netzwerk der Beteiligten in der Palliativmedizin
 (Student et al, 2007, S. 32 zitiert nach Robert-Koch-Institut, 2002, S. 24, modifiziert)

Ein großer Unterschied besteht in der palliativmedizinischen Versorgung, die heute auf Palliativstationen meist besser ausgebaut ist als in Hospizen. Jedoch findet im Hospiz eine effizientere psychosoziale Begleitung statt. An der Schnittstelle zwischen beiden Versorgungstypen entstehen jedoch auch Probleme: Palliativstationen sind Krankenhäusern untergeordnet und haben den Auftrag der Schmerzbehandlung Sterbender. Ist diese Behandlung abgeschlossen, werden die Patienten in andere Einrichtungen - meist in Hospize - verlegt, da die Versorgung im Krankenhaus zu teuer ist. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt deshalb auf Palliativstationen neun, in Hospizen 28 Tage (vgl. BAG Hospiz, 2004, S. 82).

In der Literatur wird oftmals nicht zwischen diesen beiden Versorgungstypen unterschieden, da sie in ihrer Erscheinung sehr ähnlich sind, sich jedoch in einigen Aspekten unterscheiden, beispielsweise in der Finanzierung. Dies ist ein Grund dafür, weshalb die Begriffe der Hospizarbeit/Hospizsozialarbeit und der palliativen Arbeit bzw. palliativen Sozialarbeit in diesem Buch das Gleiche meinen.

1.3. Frage- und Problemstellung

Mit diesem Fachbuch soll geklärt werden, welchen Auftrag Hospizsozialarbeit bzw. palliative Sozialarbeit hat und was die genauen Aufgaben dieser sind. Da nach allgemeinem Verständnis die Hospizarbeit sich vor allem auf die Mitarbeit von Ehrenamtlichen stützt, entsteht die Frage nach der Abgrenzung von der Tätigkeit der Sozialen Arbeit zum Ehrenamt. Das heißt, welche Aufgaben kann das Ehrenamt nicht abdecken? Warum ist die Soziale Arbeit notwendig? Es soll zudem geklärt werden, ob sich Grenzen der Sozialarbeit erkennen lassen.

Weiterhin steht im Blickpunkt der Betrachtung die Frage nach der Professionalisierung. Kann in Bezug auf die Hospizsozialarbeit von einer Profession die Rede sein? Gelten Professionsstandards und -merkmale der Sozialen Arbeit für den Hospizbereich?

Viele weitere Aspekte der Hospizarbeit sind sehr interessant. Ihnen würde gern mehr Beachtung geschenkt werden. Aus Gründen des Umfangs kann jedoch beispielsweise auf rechtliche Grundlagen, Sterben und Tod im Allgemeinen (Trauer-, Sterbephasen usw.) und ethische Konzepte nicht eingegangen werden. Auch die Finanzierung und geschichtliche Hintergründe und damit die Erwähnung wichtiger Persönlichkeiten bleiben beschränkt.

1.4. Aufbau des Buches

Die Einführung in das zweite Kapitel erfolgt durch eine allgemeine Betrachtung des Selbstverständnisses und Auftrages Sozialer Arbeit. Dieses Hintergrundwissen soll nützlich sein, um es dann speziell auf die Hospizarbeit zu brechen. Als spezielle Aufgabe wird das Einsatzfeld der Kinderhospizarbeit vorgestellt.

Das dritte Kapitel informiert ausführlich über Konzepte Sozialer Arbeit, die im Hospizbereich Anwendung finden. Dabei reicht das Spektrum vom Konzept der Lebensführung nach Feth über die Ansätze des Empowerments, der Lebensweltorientierung und des Casemanagements bis hin zur klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit den Besonderheiten des Tätigkeitsfeldes von SozialpädagogInnen in der Hospizarbeit. Möglichkeiten und Barrieren werden auf-

gegriffen. Dadurch, dass das Handeln in diesem Bereich emotional sehr belastend sein kann, wird hieran anknüpfend die Wichtigkeit der Hilfen für Helfer erarbeitet.

Um die Frage nach der Umsetzung professioneller Standards, wie sie in Österreich bereits Anwendung finden, in sächsischen Einrichtungen beantworten zu können, werden diese vorerst im fünften Kapitel vorgestellt.

In einem Zwischenschritt wird im sechsten Kapitel ein Vergleich der Hospizarbeit zwischen Deutschland und Österreich vorgenommen. Skizziert werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Bereichen des Gesundheitssystems, der Finanzierung und der ehrenamtlichen Mitarbeiter.

Nunmehr erfolgt im Zentrum des siebten Kapitels die empirische Untersuchung zur Umsetzung der Standards. Dazu wird nach der Aufstellung von Thesen detailliert geprüft, welche Angaben die Einrichtungen und Dienste bezüglich der Vorgaben gemacht haben, um dann mittels dieser Daten die Hypothesen zu prüfen.

Das achte Kapitel beschäftigt sich mit der Frage der Schnittstelle zwischen Haupt- und Ehrenamt im Hospiz. Es wird deutlich, dass der Schulung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen eine hohe Priorität beigemessen wird. Die Qualitätsanforderungen an diese Bildungsarbeit als Aufgabe der Sozialen Arbeit werden hierbei erarbeitet.

Nach dieser Bestandsaufnahme sollen im neunten Kapitel Schlussfolgerungen zum Stand der Profession gemacht werden. Dazu werden zuerst allgemeine Professionsmerkmale vorgestellt. Hilfreich sind dabei die Kompetenzmodelle von Geißler & Hege bzw. Richter.

Daran schließt sich das zehnte Kapitel mit einer Zusammenfassung der Fragestellungen, einer kritischen Betrachtung und einem Ausblick an.

2. Soziale Arbeit im Hospiz

Im folgenden Abschnitt soll ein Überblick über die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesamtkonzept der Hospize und palliativen Einrichtungen gegeben werden, wobei vorerst Selbstverständnis und Auftrag Sozialer Arbeit im Allgemeinen, danach im Speziellen, angewandt auf die Hospizarbeit, dargestellt werden.

Im Spannungsverhältnis des Auftrages zwischen der Gesellschaft und dem Individuum erarbeitete Böhnisch (2005) vier psychosoziale Grunddimensionen, die ein Mensch in einer bestehenden Krise aktiviert. Diese Dimensionen werden auf den Hospizbereich bezogen.

Im Anschluss daran erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem psychosozialen Auftrag und der Begleitung auf dieser Ebene. Danach wird die Trauerbegleitung als Aufgabenbereich von SozialpädagogInnen beschrieben. Zum Ende wird auf eine Besonderheit - die Arbeit mit Kindern als Betroffene und als Trauernde - hingewiesen.

2.1. Selbstverständnis und Auftrag professioneller Sozialer Arbeit im Allgemeinen

„Psychosoziale Hilfe“, „individuelle Hilfe“ und „Hilfe zur Selbsthilfe“ sind Beispiele für Versuche einer Begriffsbestimmung Sozialer Arbeit. Alledem ist der Begriff der Hilfe gleich, der auch in der hospizlichen Tätigkeit durchaus brauchbar erscheint. In seinem Buch „Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care“ nimmt Johann Christoph Student, ein deutscher Arzt, Psychotherapeut und Palliativmediziner, allerdings eine differenzierte Stellung ein. Dem Hilfekonzept gegenüber sei die Profession kritisch eingestellt, da es „asymmetrische Beziehungen und die Abhängigkeit anstelle der Autonomie des Klienten“ (Student, Mühlum & Student, 2007, S. 16) impliziert. Dies würde bedeuten, dass gerade in helfenden Berufen stets ein Problem identifiziert wird, das es zu bearbeiten gilt, wenn andere Hilfen durch Mitmenschen nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Kann der Unterstützungsbedarf einer Person nicht mehr innerhalb der Familie oder der Gemeinde bzw. des nahen Umfeldes aufgefangen werden, sagt dies aus, dass hier öffentliche Regelungen und beruflich Professionelle eingreifen müssen.

Der Wandel der verschiedenen Formen des Helfens unter gesellschaftlichen Bedingungen wird von Niklas Luhmann 1975 in einem dreistufigen Modell erklärt. So kennen archaische Gesellschaften nur reziproke persönliche Hilfe. Dabei sind Hilfs-