
Expertenstandard
„Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen
durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA)
(Version 1.0)

Impressum:

Herausgegeben von:

Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8 | 14057 Berlin

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
Bundesgeschäftsstelle | Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin
T 030 394064-540 | F 030 394064-545
info@dvsg.org | www.dvsg.org

Expertenstandard
„Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen
durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA)

Erstellt von:

Prof. Dr. Stephan Dettmers, Fachhochschule Kiel, 1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Das Projekt wurde durch Projektmittel der Sektion B der Deutschen Krebsgesellschaft ermöglicht.

Berlin, Juli 2018, Version 1.0

Wissenschaftliche Leitung

- Prof. Dr. Stephan Dettmers, Fachhochschule Kiel,
1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

Wissenschaftliche Mitarbeit

- Annika Uhrig, M. A., Fachhochschule Kiel
- Mona Voigt, M. A., Fachhochschule Kiel
- Katrin Blankenburg, M. A., Dipl. Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

Expert*innengremium

- Holger Adolph, Dipl. Sozialwissenschaftler, Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (ASO)
- Pia Erdmann-Schneider, Dipl. Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Prof. Dr. Andreas Hanes, Technische Universität Dresden
- Prof. Dr. med. Jutta Hübner, Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (PRIO)
- Prof. Dr. phil. Anja Mehnert, Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (PSO)
- Prof. Dr. phil. Karlheinz Ortmann, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
- Prof. Dr. med. Oliver Rick, Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (AGORS)
- Prof. Dr. rer. soc. Sabine Schneider, Hochschule Esslingen, Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (ASO)
- Cindy Stoklossa M. A., Dipl. Sozialarbeiterin, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
- Jürgen Walther, Dipl. Sozialarbeiter, Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (ASO)
- Ilse Weis, Dipl. Sozialarbeiterin, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

Gliederung

1.	Hintergrund	7
2.	Gegenstand und Kontext des Expertenstandards PEOPSA	8
2.1	Gegenstand und Ziele des Expertenstandards PEOPSA	8
2.2	Entwicklung und wissenschaftlicher Kontext des Expertenstandards PEOPSA	8
3.	Grundsätzliche Bestimmungen psychosozialer Erstberatung durch Soziale Arbeit	10
3.1	Verständnis und Definition von Erstberatung	10
3.2	Kontext und Adressat*innen der Erstberatung	11
3.3	Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Erstberatung	12
3.4	Zugänge zur Erstberatung	13
4.	Ablauf der Erstberatung	14
4.1	Vorbereitung der Erstberatung	14
4.2	Kontaktaufnahme	14
4.3	Assessment	15
4.4	Interventionen	17
4.5	Aufgaben für Patient*innen und Fachkräfte der Sozialen Arbeit bis zum folgenden Beratungstermin	18
4.6	Dokumentation und Evaluation	19
5.	Qualitätsdimensionen	20
5.1	Strukturkriterien	20
5.2	Prozesskriterien	21
5.3	Ergebniskriterien	22
	<i>Anhang Instrumente</i>	23
	<i>Literaturverzeichnis</i>	25
	<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	29

1. Hintergrund

Mit der Implementierung von Zertifizierungen für Organzentren und onkologische Zentren wurden verbindliche Anforderungen geschaffen, nach denen Patient*innen der Zentren eine Erstberatung durch Soziale Arbeit erhalten sollten (Kowalski et al. 2015). Fachlich gestützt wird dies durch die S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ (DKG e. V. 2014).

Die Empfehlung der Leitlinie sieht vor, dass eine psychosoziale Beratung allen onkologischen Patient*innen und ihren Angehörigen in jeder Phase der Erkrankung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden soll. Damit gewinnt die Erstberatung noch einmal an Bedeutung.

Mit dem Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung“ (PEOPSA) liegt eine Praxishilfe vor, die den Fachkräften der Sozialen Arbeit als fachliche Orientierung dienen soll.

Fachliche Grundlagen zur Bestimmung psychosozialer Erstberatung durch die Soziale Arbeit sind die theoretischen Diskurse der Disziplin Soziale Arbeit und ein Verständnis von gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, das im Qualifikationskonzept „Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ (QGSA) wie folgt bestimmt wird:

„Als Gegenstand gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird die Förderung sozialer Teilhabe von erkrankten oder von Erkrankung bedrohten und behinderten Menschen und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt sowie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen, bestimmt. Im Fokus steht der Mensch in ständiger Interaktion zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt. Teil der Sozialen Arbeit sind aber auch nichtfallbezogene Tätigkeiten, wie Vernetzungsaufgaben, Konzeptentwicklung und Forschung“ (Dettmers et al. 2015, S. 6).

Zur näheren Bestimmung der fallorientierten Zugänge wurde die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) eingebunden (DVSG 2015).

Der Expertenstandard wurde in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG e.V.) geförderten Projekt der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (ASO) und der DVSG mit einer Projektlaufzeit von November 2016 bis Oktober 2017 und in Abstimmung von Fachkräften der Sozialen Arbeit sowie einem interdisziplinären Expert*innengremium entwickelt.

Im Folgenden werden Gegenstand, Zielrichtung und Entstehungshintergrund des Expertenstandards (Abschnitt 1) sowie die Besonderheiten psychosozialer Erstberatung, ihre Kontexte, Aufgaben und Ziele näher bestimmt (Abschnitt 2 und 3). Zur Konkretisierung des Vorgehens wird der Prozess der Erstberatung in Vorbereitung, Kontaktaufnahme, Assessment, Interventionen, ggf. Folgetermin, Dokumentation und Evaluation untergliedert (Abschnitt 4) und Kriterien zur entsprechenden Umsetzung und Qualitätssicherung skizziert (Abschnitt 5).

2.1 Gegenstand und Ziele des Expertenstandards

Der Expertenstandard *Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung* (PEOPSA) ist als fachliche Grundlage für die psychosoziale Beratung und Unterstützung durch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in vollstationären Settings von Organzentren und onkologischen Zentren zu verstehen. Er geht von den in der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient[*innen]“ formulierten Empfehlungen 8.11.¹, 8.2.² und den entsprechenden Vorschlägen für Qualitätsindikatoren 13.1.³ aus.

Der Expertenstandard ist eine Arbeitshilfe, die für die Praxis der Sozialen Arbeit in einer Erstberatung bei onkologischen Neu- und Wiedererkrankungen Orientierung bieten soll. Dabei ist die Situation der Erstberatung durch verschiedene individuelle und kontextbezogene Interventionserfordernisse geprägt und diesen anzupassen. Anhand der Beschreibung der wesentlichen Rahmenbedingungen sowie des Prozesses onkologischer Erstberatung, werden die Fachkräfte der Sozialen Arbeit für die Besonderheiten und die notwendigen Handlungsschritte einer Erstberatung sensibilisiert.

Als Grundlage für die Umsetzung in der Praxis und für entsprechende Fortbildungen der Fachkräfte der Sozialen Arbeit stellt der Expertenstandard PEOPSA damit auch ein Instrument der Qualitätssicherung dar (Hansen 2015, Merchel 2013). Der Expertenstandard zielt auf die Professionalisierung psychosozialer Erstberatung, in der es zunächst darum geht, die verschiedenen psychosozialen Anliegen von und mit den Patient*innen und Angehörigen zu erkennen, zu priorisieren und entsprechende Informationen sowie unterstützende und begleitende Hilfen zu vermitteln.

2.2 Entwicklung und wissenschaftlicher Kontext des Expertenstandards

Der Standard basiert auf den Ergebnissen⁴ einer systematischen Recherche und Auswertung der internationalen und deutschsprachigen Literatur zur Sozialen Arbeit in der Onkologie (Lay 2016), wobei als Datenbanken WISO, Publika, Psycinfo, Pubmed / Medline, Cochrane, Rehadat, DIMDI, Google Scholar und Socindex genutzt wurden (verwendete Sprachzugänge für MeSH-Terms erfolgten in deutscher, englischer und niederländischer Sprache).

Folgend stand die Zuordnung der aus der Literatur ersichtlichen Ergebnisse zu Themenschwerpunkten und die Frage nach Evidenz durch quantitative oder qualitative Verfahren im Mittelpunkt. Dazu wurden unter Nutzung des Vorgängerprojekts der ASO „Soziale Arbeit in der Onkologie-Literaturrecherche“ (ebd.) die Ergebnisse anhand von Beratungsthemen Sozialer Arbeit priorisiert und sortiert. Grundsätzlich gibt es im deutschsprachigen Raum keine

¹„Psychosoziale Beratung soll Krebspatienten und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden.“ (DKG e. V. 2014: S. 251)

²„Patienten mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten werden.“ (DKG e.V. 2014, S. 251)

³Ergänzende Anmerkung zu den Empfehlungen in Qualitätsindikator QI 6: „Eine psychosoziale Beratung soll durch Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und Fachkräfte der Psychoonkologie persönlich angeboten werden (Vgl. QI 2: das persönliche Übergeben eines Flyers). Akteure: Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und Fachkräfte der Psychoonkologie“ (DKG e. V. 2014: S. 251).

⁴ Den Kapitelüberschriften zugeordnete Nummerierungen verweisen auf die zentralen Literaturzugänge aus der Literaturrecherche.

randomisierten kontrollierten Studien zum Thema, dafür aber internationale Forschungszugänge, die insbesondere die Navigationskompetenz im Rahmen einer Metastudie herausstellen (Browne et al. 2015). Forschungsgestützte Hinweise bieten insbesondere englischsprachige Lehrbücher zur onkologischen Sozialarbeit, die wissenschaftlich basierte Beratungszugänge unterschiedlicher Qualität integrieren (Christ et al. 2015). Im deutschsprachigen Kontext finden sich vor allem praxisorientierte Forschungszugänge, die hauptsächlich lebensweltorientierte Aspekte und Lebenslagen aus Sicht von Betroffenen explorieren.

Wissenschaftliche Fundierungen des Expertenstandards stellten vor diesem Hintergrund vor allem die Theorien Sozialer Arbeit, insbesondere die Konzepte der Lebensweltorientierung, der Lebensbewältigung, der systemischen Sozialen Arbeit, sowie die grundsätzlich am Fall orientierte Praxis Sozialer Arbeit dar (Grunwald & Thiersch 2011, Böhnisch 2012, Staub-Bernasconi 2007, Ansen 2010).

Für den weiteren Arbeitsprozess der Erstellung des Expertenstandards wurde die Kooperation mit den bezugswissenschaftlichen Disziplinen als Arbeitsform gewählt. Das Expert*innengremium setzte sich zusammen aus Vertreter*innen von Verbänden und Fachorganisationen (ASO, AGORS, DVSG, DGSA) und Einzelexpert*innen. Die im Rahmen eines Aushandlungsprozesses entstandene Beschreibung psychosozialer Erstberatung wurde im Kontext verschiedener Tagungen mit Praktiker*innen diskutiert und weiterentwickelt (DVSG-Bundeskongress 2017, Deutscher Krebskongress 2018). Der vorliegende Standard ist als ein Ergebnis eines gemeinsamen Diskussionsprozesses zu verstehen und erfordert die kontinuierliche Weiterentwicklung, insbesondere im Anschluss an die Auswertung der Erfahrungen aus der praktischen Erprobung.

3. Grundsätzliche Bestimmung psychosozialer Erstberatung durch Soziale Arbeit

3.1 Verständnis und Definition von Erstberatung

In diesem Standard wird der Begriff Beratung definiert als „eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratenden Personen die Ratsuchenden [...] dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen“ (Sickendiek et al. 2008: S. 13).

Ein Beratungsprozess lässt sich unabhängig von der zeitlichen Dauer in drei Phasen (Anfangs-, Mittel- und Endphase) einteilen. Zentral bedeutsam sind - auf der thematischen Ebene - die Problemklärung und -eingrenzung, die Ordnung und Neubewertung von Problemen und die Übertragung von erarbeiteten Problemveränderungen in die Lebenswelt (Culley 2002). Dieser Prozess gilt prinzipiell auch für die Erstberatung, findet dort aber in zeitlich komprimierter Form statt. In einer Erstberatung sollte es dennoch gelingen, den Patient*innen Raum zu geben, um ihre individuellen psychosozialen Fragen und / oder Probleme thematisieren zu können. Grundsätzlich kann eine Erstberatung ein oder mehrere persönliche Kontakte und Beratungen umfassen.

In einer Erstberatung erheben und priorisieren die Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit den Patient*innen und Angehörigen, welche Unterstützungsangebote innerhalb und außerhalb des klinischen Kontextes vorhanden sind und / oder zugänglich gemacht werden können. Die psychosoziale Beratung⁵ durch Soziale Arbeit unterstützt dabei über die Erhebung und Aktivierung der alltags- und lebensweltorientierten Ressourcen und in Kenntnis um die sozialrechtlichen Gegebenheiten und Versorgungssysteme insbesondere bei schweren chronischen Erkrankungen die Patient*innen und Angehörigen bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation.

Soziale Arbeit bezieht dazu regelhaft die Rahmenbedingungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene, die innerhalb und außerhalb des Systems Organzentrum und onkologisches Zentrum Einfluss auf die subjektiven Bedürfnisindikatoren und die objektiven Bedarfsindikatoren der Patient*innen und deren Angehörigen nehmen, ein (Staub-Bernasconi 2007).

Erstberatung hat einen starken informatorischen Charakter, da bei einer onkologischen Neu- oder Wiedererkrankung allen Patient*innen regelhaft Informationen über bestimmte Themen zur Verfügung zu stellen sind.

Davon ausgehend können sich weitere Interventionen anschließen (vgl. 4.4 „Interventionen“).

⁵ Der im Standard benutzte Begriff der psychosozialen Beratung beschreibt die „direkt beratende-behandelnde Tätigkeit in der Fallarbeit“ (Pauls 2015: S. 16) im Sinne eines „integrierten professionellen Ansatz[es] zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt“ (Pauls 2015: S. 17). Der Schwerpunkt psychosozialer Beratung liegt auf der Identifikation von Belastungen und den individuellen Problemlösungskompetenzen im bio-psycho-sozialen Verständnis mit dem Ziel der Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit durch Belastungsminderung (vgl. Sickendiek et al. 2008: S.15).

3.2 Kontext und Adressat*innen der Erstberatung (8, 15, 41)

Charakteristisch für die Erstberatung in Organzentren und onkologischen Zentren ist, dass sie bei Neu- und / oder Wiedererkrankung häufig in einer Phase stattfindet, in der die Patient*innen mit der psychischen Verarbeitung der Krebsdiagnose beschäftigt sind, sie unter einem hohen Entscheidungsdruck hinsichtlich der medizinischen Behandlungsentscheidungen stehen und durch die bevorstehenden Therapien stark belastet sein können. Die Partizipation von Patient*innen bei der Entwicklung geeigneter Interventionen ist damit in einer lebensweltorientierten Sichtweise Sozialer Arbeit unumgänglich.

Insbesondere folgende Rahmenbedingungen nehmen Einfluss auf die Erstberatung:

- Es kann bei einem Teil der erkrankten Patient*innen und ihrer Angehörigen von einem hochbelasteten aktuellen psychosozialen Status zum Zeitpunkt des Beratungsbeginns ausgegangen werden (Gahleitner et al. 2007, Singer 2008, Walther 2011, Wright et al. 2002).
- Es existiert ein hoher medizinischer Behandlungsdruck bei vorgegebenen stationären Behandlungszeiten im Zusammenhang mit dem Krankenhausfinanzierungssystem der Fallpauschalen (DRG). Daraus resultiert ein hoher Entscheidungsdruck auf die Patient*innen und Angehörigen hinsichtlich weiterer Behandlungsoptionen und poststationärer Versorgungen.
- Patient*innen, Angehörige und die Expert*innen innerhalb des Behandlungssystems fokussieren sich in der ersten Behandlungsphase einer Neu- und Wiedererkrankung verständlicherweise oftmals auf die medizinischen Entscheidungs- und Behandlungserfordernisse. Das birgt das Risiko, dass erkrankungsbedingte Belastungen und Beratungsbedarfe „im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung, gesellschaftlicher Teilhabe, beruflicher Integration sowie der Erschließung und Koordination von Versorgungsleistungen“ (DKG e. V. 2014: S. 65) nicht frühzeitig erkannt und weitergeleitet werden.
- Nicht alle Patient*innen können erkrankungsbedingt das Beratungsangebot Sozialer Arbeit in stationären Settings eigenständig nutzen. Das unterstreicht die Bedeutung eines aufsuchenden Erstberatungsangebots der Sozialen Arbeit im Organzentrum und onkologischen Zentrum.
- Aufgrund der kurzen Zeitfenster wegen geringer Krankenhausverweildauer müssen in einer Erstberatung Interventionen Sozialer Arbeit nach inhaltlicher und zeitlicher Priorität ausgewählt werden.
- Adressat*innen der Erstberatung sind alle Patient*innen und ihre Angehörigen, denen in allen Phasen der onkologischen Erkrankung eine bedarfsgerechte und möglichst frühzeitige Beratung anzubieten ist. Dazu gehören auch patientenorientierte Informations- und psychosoziale Beratungsangebote für Patient*innen mit keiner oder geringer Belastung (DKG e. V. 2014).

3.3 Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Erstberatung (2, 7, 8, 19, 33, 39, 51, 54)

Mit dem fachlichen Zugang Sozialer Arbeit, der den Menschen in ständiger Interaktion zu seiner sozialen und natürlichen Umwelt (Person-in-Environment) fokussiert, formuliert sie folgende Ziele einer Erstberatung:

- die Förderung sozialer Teilhabe von Erkrankten oder von Erkrankung Bedrohten und Menschen mit einer Behinderung und ihren Angehörigen in ihrer Lebenswelt
- die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu gesundheitlichen Störungen führen können
- dass Patient*innen und Angehörige zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Organzentrum und onkologischen Zentrum um Zugänge und Leistungen zur Förderung sozialer Teilhabe, zur Unterstützung in der Lebensbewältigung und bezüglich der Reduzierung sozialer Probleme wissen
- während einer stationären Versorgung die zur Förderung der sozialen Teilhabe und Unterstützung der Lebensbewältigung notwendige Zugänge und Leistungen zu erschließen
- den Zugang zu ambulanten psychosozialen Beratungsangeboten, insbesondere bei nicht erschlossenen Beratungsstrukturen und / oder fehlenden personenbezogenen und / oder umfeldbezogenen Ressourcen zu sichern
- frühzeitig zu Leistungen der onkologischen Rehabilitation und deren psychosozialen Beratungsangeboten durch Soziale Arbeit zu informieren und Zugänge zu sichern
- die Vernetzung, Konzeptentwicklung und Forschung als nicht-fallbezogene Tätigkeiten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Daraus ergeben sich folgende Aufgaben der Sozialen Arbeit in einer Erstberatung:

- eine erste psychosoziale Ressourcen- und Risikoeinschätzung bezüglich drohender sozialer Probleme als Folge krankheitsbedingter funktionaler Beeinträchtigungen durchzuführen, um begründet und bedarfsgerecht zu Art und Umfang der Interventionen Sozialer Arbeit zu entscheiden
- nach Abklärung des akuten psychosozialen Interventionsbedarfs mit Patient*innen und Angehörigen, die kurzfristigen Interventionen zur sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Förderung zu priorisieren und zu systematisieren
- frühzeitig zu ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und psychosoziale relevante Basisinformationen zu vermitteln
- im multiprofessionellen Beratungs- und Behandlungsverständnis fallbezogen Informationen zur Einbindung weiterer Professionen zu gewinnen und Patient*innen und Angehörige bei der Vermittlung und Anbindung an diese Professionen sowie an Selbsthilfeorganisationen zu unterstützen
- in der psychosozialen Erstberatung die fallbezogenen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Kontext der multiprofessionellen Zusammenarbeit eigenständig zu definieren

3.4 Zugänge zur Erstberatung

Eine Erstberatung durch Soziale Arbeit sollte allen Patient*innen mit einer onkologischen Neu- und / oder Wiedererkrankung zugänglich sein.

Es müssen schriftlich fixierte Regelungen der Zugangswege zur Erstberatung durch die Soziale Arbeit in den Organzentren und onkologischen Zentren vorliegen, die potentiell eine Beratung aller Patient*innen ermöglichen und sicherstellen. In der Praxis erfolgt die Zuweisung auf verschiedenen Wegen. Beispiele dafür sind:

- Das interdisziplinäre Team, insbesondere das ärztliche und pflegerische Personal, Physiotherapeut*innen, Psychoonkolog*innen sowie Seelsorger*innen, initiieren eine Anfrage auf elektronischem Weg mittels oder innerhalb des Krankenhausinformationssystems.
- Das interdisziplinäre Team, insbesondere das ärztliche und pflegerische Personal, Physiotherapeut*innen, Psychoonkolog*innen sowie Seelsorger*innen, initiieren eine Anfrage über weitere standardisierte Verfahrenswege des Zentrums, z. B. über regelhaft stattfindende Teambesprechungen, interdisziplinäre Visiten oder den persönlichen Kontakt.
- Ergänzend dazu können Patient*innen und Angehörige die Fachkräfte der Sozialen Arbeit direkt oder im Rahmen von regelhaften Sprechzeiten kontaktieren.

Eine elektronische Anmeldung bietet insbesondere für eine weitere und standardisierte Dokumentation und Evaluation Vorteile.

4. Ablauf der Erstberatung

Der im Folgenden dargestellte Beratungsprozess stellt einen idealtypischen Verlauf dar, der in der Umsetzung zu jedem Zeitpunkt der Aufnahmefähigkeit und der Belastbarkeit der Patient*innen und Angehörigen angepasst werden muss (Adolph & Weis 2015) und daher professionelle Beratungskompetenz voraussetzt.

4.1 Vorbereitung der Erstberatung (1, 8, 28, 54)

Die Vorbereitung der Erstberatung beinhaltet die Sammlung von Basisinformationen im Krankenhausinformationssystem der Organzentren und onkologischen Zentren durch Kontaktaufnahme zu den beteiligten Professionen mit Klärung der medizinischen Diagnosen, des Behandlungsstatus und der zeitlichen Planung für die aktuelle Behandlung.

Weiterhin beinhaltet die Vorbereitung der Erstberatung die Erstprüfung des sozialrechtlichen Status und der Lebenssituation anhand der im System verfügbaren Informationen.

Eine strukturierte Vorbereitung ermöglicht zeit- und indikationsgerecht sowie ressourcenorientiert und professionell zu arbeiten. Bei Erstkontakt ohne Zeit zur Vorbereitung empfiehlt sich, nach erster Bilanzierung entsprechend der Dringlichkeit des Handlungsbedarfs und nachdem die Notwendigkeit von Kriseninterventionen ausgeschlossen werden konnte, einen Erstberatungstermin zu vereinbaren. Dadurch entsteht für die Fachkraft der Sozialen Arbeit die Möglichkeit zur professionellen Vorbereitung mit der entsprechenden Informationsbündelung.

4.2 Kontaktaufnahme (1, 4, 7, 8,13,14,15, 28, 54)

Für die Soziale Arbeit, die insbesondere die professionelle Beziehungsgestaltung zu ihrer Klientel in einer Person-Umwelt-Perspektive mit Einbindung des jeweiligen sozialen Netzwerks fokussiert, ist der Erstkontakt besonders bedeutsam zur Entwicklung eines notwendigen Vertrauensverhältnisses für spätere Behandlungszyklen (Bischkopf & Lütjen 2016, Kähler & Gregusch 2015). Dabei ist zu beachten, dass dieser Kontakt bei einem Teil der Patient*innen von einer hochbelasteten psychosozialen Situation geprägt sein kann.

In diesem Kontext sind vor allem folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- die Schaffung einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre für die Erstberatung
- die initiale Exploration der Beratungssituation (der Gefühlslage, der verbalen und nonverbalen Äußerungen, des Allgemein- und Gesundheitszustands, der gesamten Gesprächssituation wie Raum, Mitpatient*innen, parallele Behandlungen, etc.) (Kähler & Gregusch 2015)
- eine persönliche Vorstellung mit Übergabe eines Flyers mit Informationen zu den zentralen Aufgaben und zur niedrigschwelligen Erreichbarkeit der Sozialen Arbeit sowie Erörterungen zum kostenfreien integrierten psychosozialen Beratungsangebot der Sozialen Arbeit und deren Mitwirkung im interdisziplinären Team
- eine kurze einführende Erörterung der wesentlichen Rechte von Patient*innen (Patient*innenrechte, Schweigepflicht, Datenschutz, Freiwilligkeit, Beratungsrechts- und Versorgungsmanagementanspruch)

- die Klärung der Bereitschaft der Patient*innen und Angehörigen zur Mitwirkung und Gestaltung eines Arbeitsbündnisses sowie zur Teilnahme der Angehörigen am Beratungsgespräch
- die Aufklärung über potenzielle Unterstützungsangebote für Angehörige seitens der Sozialen Arbeit

4.3 Assessment (2, 8, 10, 15, 17, 22, 33, 34, 38, 39, 54, 55)

Im Assessment einer onkologischen Erstberatung findet die Klärung der psychosozialen Ressourcen und Belastungen und des sozialrechtlichen Status der Patient*innen statt. Da unter den Bedingungen eines hohen medizinischen Behandlungs- und Entscheidungsdrucks ein ausführliches Assessment in der Regel nicht möglich ist, muss Ziel der initialen Bedarfserhebung sein, zentrale Probleme und Bedarfe verlässlich zu identifizieren.

Assessment meint in diesem Kontext den Prozess der Klärung und Einschätzung der Ausgangssituation der Patient*innen, wobei eine situationsangemessene Balance von Offenheit und Strukturierung anzustreben ist. Die Fachkräfte entscheiden jeweils situativ, wie viel Raum der individuellen Exploration der jeweiligen Lebenssituation durch die Patient*innen selbst eingeräumt werden kann (Offenheit) bzw. wie fokussiert die Analyse ausgewählter Problembereiche durch die Professionellen stattfinden soll. Dabei lassen sich verschiedene Vorgehensweisen unterscheiden, die einzeln oder kombiniert eingesetzt werden können:

1. Situationseinschätzungen auf der Basis subjektiver Explorations durch die Patient*innen bzw. Angehörigen z. B. im Rahmen lebensweltorientierter Rekonstruktionen (Schneider, 48) oder rekonstruktiver Fallarbeit⁶
2. Assessmentverfahren basierend auf standardisierten Erhebungsinstrumenten aus dem Kontext klassifikatorischer Ansätze⁷ wie beispielsweise das „Psychosoziale Koordinatensystem“ (Pauls 2015) oder das sogenannte „Inklusionschart“ (Pantucek-Eisenbacher & Grigori) (beide werden im Anhang vorgestellt) sowie die gezielte Fokussierung möglicher sozialer Probleme (Staub-Bernasconi 2007)

Die gemeinsamen Zugänge begründen sich in den Theoriekonzepten der Lebensformen, der Lebenslage (objektiv / subjektiv), der Alltagsbewältigung sowie in den individuellen sozialrechtlichen Ansprüchen.

Problembereiche, die nicht relevant sind für die Erstberatung, werden in Absprache und mit Einwilligung der Patient*innen umgehend an die zuständigen Professionen verwiesen. Abgegrenzt werden müssen Aufgaben, die in einer ausführlichen zweiten Beratungssequenz aufgegriffen werden oder in der Beratung durch Sozialdienste der Rehabilitationskliniken oder ambulante Beratungsstellen bearbeitet werden können.

⁶ Rekonstruktive Fallarbeit beschreibt einen Ansatz des Fallverstehens, der durch „eine[r] flexible[n], situations- und interaktionsabhängige[n] Informationssammlung auf der Grundlage einer Meinungsbildung im Dialog [entsteht], um den subjektiven, oft biografisch verankerten Hintergrund aktueller Verhaltensmuster nachvollziehen zu können“ (Heiner 2011: S. 237), und der die „institutionelle Rahmung“ (Loch et al. 2012: S. 689) des Falls berücksichtigt, die von Patient*innen selbst thematisierten Beratungsbedarfe zu erheben.

⁷ Klassifikatorischer Ansatz heißt „klassifizierend Einzelsachverhalte unter vorgegebene Kategorien einordnen“ (Gahleitner 2010: S. 30), um anhand eines klar strukturierenden und ordnenden Orientierungsmodells (Pauls 2015) systematisch Interventionen zu planen.

Wesentlich für die Erstberatung ist, die jeweiligen Probleme zu gewichten und mit den Patient*innen gemeinsam zu entscheiden, welche Maßnahmen im Kontext der Erstberatung ergriffen oder eingeleitet werden. Zur Gestaltung des Arbeitsbündnisses erfolgt dazu ein erstes Assessment zu subjektiven und bedürfnisorientierten Sicherungs- und Unterstützungsbedarfen aus Sicht der Patient*innen zur Priorisierung psychosozialer Beratungsleistungen.

Soziale Arbeit erkennt darüber interne und externe Komplexitäten, die die weitere Versorgung erschweren könnten. Über die personbezogenen Faktoren hinaus werden dazu relevante Ressourcen und Versorgungsrisiken innerhalb des sozialen Netzwerks ermittelt.

Anschließend definiert Soziale Arbeit die Ziele der Erstinterventionen mit dem Fokus auf sozialer Sicherung und erhebt dafür Daten zu möglichen sozialrechtlichen Ansprüchen der Patient*innen und ggf. nächster Angehöriger, insbesondere minderjähriger Kinder und Partner*innen, mit dem Wissen um folgende gesetzliche Grundlagen und exemplarische Themen:

- | | |
|----------------------------|---|
| SGB I | ▪ allgemeine Leistungsberechtigung, Auskunfts-, Beratungs- und Informationsanspruch für die Leistungsberechtigten und Mitwirkungspflicht |
| SGB II / SGB III | ▪ Existenzsicherung bei Arbeitslosigkeit |
| SGB V | ▪ Entlassungsmanagement
▪ stationäre und ambulante medizinische Behandlung
▪ stationäre und ambulante Rehabilitationsleistungen
▪ Existenzsicherung über Krankengeld
▪ Zuzahlungsregelungen und -befreiungen bei chronischen Erkrankungen
▪ Versorgung mit Hilfsmitteln
▪ Unterstützung durch Haushaltshilfe oder Kurzzeit- und Verhinderungspflege
▪ Hilfen bei ambulantem oder stationärem Palliativpflegebedarf |
| SGB VI | ▪ stationäre und ambulante onkologische Rehabilitation
▪ berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung ins Berufsleben
▪ Existenzsicherung durch Übergangsgeld bei Rehabilitation
▪ Haushaltshilfen während einer Rehabilitationsmaßnahme
▪ Existenzsicherung durch Rente |
| SGB VIII | ▪ Sicherung der Kinderversorgung |
| SGB IX | ▪ Individuelle und berufliche Hilfen zur Teilhabe am Leben/Arbeitsleben über den Status einer Schwerbehinderung |
| SGB X & SGG | ▪ Verwaltungs- und Rechtsbehelfsverfahren z. B. bei Sozialgerichtsverfahren |
| SGB XI | ▪ ambulante und stationäre Hilfen bei pflegerischem Versorgungsbedarf |
| SGB XII | ▪ Existenzsicherung über Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsunfähigkeit
▪ Unterstützung durch Haushaltshilfe oder bei Heimaufnahme |
| Arbeitsrecht | ▪ Hilfen bei der Sicherung des Erwerbsstatus |
| BGB | ▪ Erhalt von Selbstbestimmung bei Krankheit über Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung |
| Wohngeldgesetz | ▪ Sicherung von Wohnraum |
| Weitere Zuwendungen | ▪ individuelle spendenfinanzierte Hilfen aus Unterstützungsfonds |

4.4 Interventionen (1, 2, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 30, 33, 49, 54)

Zu denen im Assessment mit den Patient*innen und Angehörigen ermittelten und priorisierten Beratungs- und Unterstützungsbedarfen erschließt Soziale Arbeit personbezogene und umfeldbezogene Ressourcen zur sozialen Sicherung (Einkommen, Wohnen, Arbeit und Beruf), sozialen Unterstützung (formelle und informelle Netzwerke) und zur persönlichen Förderung (Krankheitsbewältigungskompetenzen).

Je nach Bedarf und Kontext kann aufbauend auf der gezielten und entlastenden Beratung und Informationsvermittlung und durch Vermittlung an der Schnittstelle zwischen den aufeinander abzustimmenden Dienstleistungsarrangements (Hansen 2010) das aktive Erschließen von Ressourcen oder der Verweis auf weitere Hilfs- und Beratungsangebote erfolgen. Wenn Patient*innen dem zustimmen, kann eine Information an die beteiligten Professionen der weiteren Hilfs- und Beratungsangebote erfolgen.

Soziale Arbeit nutzt in der psychosozialen Erstberatung onkologischer Patient*innen ihre Navigationskompetenz in der Fallarbeit im Rahmen einzelfallorientierter Methoden. Mögliche methodische Zugänge können sein:

- Patient*innenorientiertes Case Management
- Klient*innenorientierte Beratungskonzepte
- Konzepte zum Empowerment
- netzwerkorientierte Beratung
- Kooperationsmanagement
- Methoden zur Krisenintervention
- sozialtherapeutische Verfahren⁸

Mögliche Beratungsthemen zur sozialen Sicherung und sozialen Unterstützung in der Erstberatung können sein:

- Psychosoziale Belastungen
- Soziale Probleme
- Wirtschaftliche Probleme
- Fragen zur ambulanten und stationären Nachsorge
- Fragen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterstützungsmöglichkeiten über Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen
- Unterstützungsmöglichkeiten über ambulante Beratungsstellen
- Vermittlung zu Beratungsmöglichkeiten durch andere Professionen und stationäre Fachdienste (Psychoonkologie, Seelsorge, u.a.)

Über die Beratung und Intervention hinaus empfiehlt sich ergänzend eine der Situation angemessene Mitgabe von schriftlichem Informationsmaterial.

Wenn kein weiterer Beratungsbedarf durch die Soziale Arbeit besteht, ist die Erstberatung beendet.

⁸ Die hier genannten Methoden können überwiegend nur in auf Fortsetzung angelegten Erstberatungen zur Geltung kommen und müssen auf die jeweilige Situation angepasst werden. Entsprechende Konkretisierungen stehen noch aus. Die genannten Methoden verweisen allerdings auf zentrale Prozesse der Informationsvermittlung, der Navigation bzw. der Vermittlung notwendiger Hilfen, der Stabilisierung sowie der kommunikativen Klärungen und Neubewertungen von Belastungen, die bereits in Erstberatungen von Bedeutung sein können. Dabei können Angehörige einbezogen werden.

Bei weiterem Informations- oder Beratungsbedarf kann auf Wunsch der Patient*innen ein neuer Termin vereinbart werden. Es empfiehlt sich wie unter Punkt 4.5 weiter zu verfahren.

4.5 Aufgaben für Patient*innen und Fachkräfte der Sozialen Arbeit bis zum folgenden Beratungstermin (2, 8, 10, 13, 14, 15, 19, 22, 33, 39, 55)

Soziale Arbeit bereitet die soziale Diagnostik zu weiteren Themen sozialer Sicherung, sozialer Unterstützung, persönlicher Förderung, Lebensweltdiagnostik und klassifikatorischer Diagnostik vor. Dazu sollte optional die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) deskriptiv genutzt werden.

Die prioritären Aufgaben zur Erreichung der definierten Interventionsziele werden umgesetzt:

- Patient*innen klären ihre Aufgaben
- die mögliche Einbindung von Angehörigen wird geklärt
- weitere Professionen werden gegebenenfalls eingebunden

Zu den Vorbereitungen weiterer möglicher Interventionen der sozialen Sicherung gehören:

- das Ermitteln der drohenden Leistungseinschränkungen und des Verlustes von Möglichkeiten der Lebensgestaltung mit Blick auf die Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag und die berufliche Situation

Zu den Vorbereitungen weiterer möglicher Interventionen zur sozialen Unterstützung gehören:

- die Erhebung von Problemen in der Kooperation mit den beteiligten Professionen und in der Anpassung an die Behandlungsbedingungen
- die Vermittlung zwischen medizinischem Team und Patient*innen und Hilfen bei der Entscheidungsfindung im Kontext der medizinischen Behandlung
- das Eruiere weitere Beratungsangebote in Wohnortnähe (z. B. ambulante Beratung, Fachberatungsstellen, Selbsthilfegruppen)
- die Zusammenarbeit mit bzw. Weiterversorgung in der ambulanten Behandlung
- die Erhebung von Problemen bei der familiären und sozialen Integration
- die Kommunikation mit den sozialen Netzwerken der Patient*innen

Zu den Vorbereitungen weiterer möglicher Interventionen zur persönlichen Förderung gehören:

- die Unterstützung bei der Neuorientierung aufgrund der Erkrankung und das Angebot von Hilfen zur Verarbeitung von Informationen
- die Planung von Hilfen bei Orientierungs-, Informations- und Kommunikationsproblemen aufgrund der aktuellen Einschränkungen
- Hilfen zum Erhalt von Handlungsfähigkeit durch Kriseninterventionen
- Hilfen zur Stress-Bewältigung von sozialen Stressoren
- das Angebot supportiver Einzelgespräche und emotionaler Begleitung als Teil der sozialen Unterstützung (Dettmers 2014, Pauls 2015)
- Paar- und Familiengespräche und/oder Gespräche mit den Kindern der Patient*innen
- Sicherung der Versorgung nach der Entlassung
- Beratungen zur Sicherung der Selbstbestimmung durch Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im Umgang mit Themen wie Sterben und Tod, insbesondere in palliativen Behandlungssituationen

4.6 Dokumentation und Evaluation (1, 8, 13, 33, 54)

Es erfolgt eine nachvollziehbare schriftliche Dokumentation des gesamten Beratungsverlaufes, insbesondere unter Darstellung der Einbeziehung aller Beteiligten. Dabei werden relevante Daten in die EDV Dokumentationssysteme übertragen.

5. Qualitätsdimensionen (3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 33, 34, 51)

Den Qualitätsdimensionen lassen sich für die Erstberatung auf den drei Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität exemplarisch folgende Kriterien zuordnen⁹. Grundsätzlich ist der Expertenstandard PEOPSA in allen Dimensionen in der Umsetzung der Erstberatung zu berücksichtigen.

5.1 Strukturkriterien

Personalausstattung

Es bedarf einer passenden personellen Ausstattung und einer klaren Rollendefinition der Sozialen Arbeit im jeweiligen Kontext. Die personellen Ressourcen entsprechen dabei in Qualifikation, Relationen und Schlüssel den Vorgaben gemäß den Zertifizierungsanforderungen für Orgazentren und onkologische Zentren.

Personaleinsatz

Erforderliches Qualifikationsmerkmal der Sozialen Arbeit in der onkologischen Erstberatung ist akademisch ausgebildetes Personal (Hochschulabschluss in Sozialarbeit und / oder Sozialpädagogik mit Diplom, Bachelor plus gesundheitsorientierte Fachfortbildungen oder Master in gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit oder Klinischer Sozialarbeit).

Erforderliche Kompetenzen der Sozialen Arbeit in onkologischen Erstberatungen sind im „Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb)“ in der jeweils gültigen Fassung sowie im „Qualitätskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ der DVSG verankert.

Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Erstberatung nutzen jährlich mindestens eine spezifische eintägige Fort-/Weiterbildung. Die externe Supervision wird empfohlen.

Arbeitsbedingungen/Umgebung

Zur Umsetzung der Empfehlungen im Abschnitt 4.2 „Kontaktaufnahme“ und entsprechend dem Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit (DBSH) stehen der Sozialen Arbeit abgeschlossene Beratungsräume, die störungsfreie und vertrauliche Gespräche mit Patient*innen und Angehörigen ermöglichen, zur Verfügung.

Beratungsräume sollten barrierefrei und gut erreichbar sein.

Die Verfügbarkeit von geeigneten Räumen für Gruppenangebote wird empfohlen.

Notwendige Sachmittel (z. B. Informationsmaterialien), Materialien (z. B. Fachliteratur) und Geräte (Telefon, Fax, PC) stehen zur Verfügung.

Kommunikations- und Kooperationsstrukturen

Der Sozialen Arbeit stehen die im Abschnitt 3.4 „Zugänge zur Erstberatung“ genannten Informationszugänge (insbesondere Zugang zum Internet) und Kommunikationswege zur Verfügung.

⁹ Die Zuordnung erfolgte in Anlehnung an das Lörracher Qualitätskonzept (Trost et al. 1999).

Als Voraussetzung für die multiprofessionelle Zusammenarbeit und enge Verzahnung mit anderen Disziplinen und zur konzeptionellen Verankerung der Sozialen Arbeit im Organzentrum und onkologischen Zentrum empfehlen sich regelhaft interdisziplinäre Fortbildungen und / oder interdisziplinäre Fallbesprechungen zum Thema „Identifizierung psychosozialer Beratungsbedarfe“.

Zur Umsetzung der Erstberatung nutzen die Fachkräfte der Sozialen Arbeit eine dem jeweiligen Kontext angepasste psychosoziale Beratungs- und Behandlungskonzeption in schriftlicher Form. Die Konzeption umfasst Ausführungen zu Inhalten, Zielen und Arbeitsweisen und orientieren sich am Stand der Wissenschaft. Sie wird regelmäßig aktualisiert.

Allen Patient*innen wird der Zugang zur Erstberatung orts- und zeitnah und niedrigschwellig angeboten.

5.2 Prozesskriterien

Personalkompetenz

Kompetenzanforderungen sind insbesondere die Kommunikations- und Interventionskompetenzen (auch zwischen Team und Patient*innen), die stärkenbasierte Arbeitsweise, vertiefte Kenntnisse um Problemlöse-Skills, die Fähigkeit zur Kultur- und Geschlechtersensibilität und zur Selbstreflexion. Darüber hinaus sind weitere allgemeine Kompetenzanforderungen für die Soziale Arbeit im „Qualitätskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ der DVSG und Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit der aktuellen Fassung aufgeführt.

Empfohlen werden auf der Basis der multiprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation die ressourcenorientierte und klient*innenzentrierte Arbeitsweise.

Beratungsangebote

Beratungsangebote zu individuellen Hilfen bei Orientierungs-, Informations- und Kommunikationsproblemen, die Patient*innen helfen Entscheidungen zu treffen, Informationen zu verarbeiten und zu sortieren, sind bereitzustellen.

Beratungen für Patient*innen und Angehörige zu krankheitsverarbeitenden Themen, zum Umgang mit Krisen und / oder zu beruflichen, familiären, finanziellen Problemen können als Einzel-, Paar- und / oder Familiengespräche angeboten werden.

Sozialrechtliche Beratungen zum Erhalt und zur Sicherung des persönlichen, finanziellen und beruflichen Status sowie sektorenübergreifende Informationen zu rehabilitativen und pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten und ambulanten Beratungsangeboten sind anzubieten.

Es werden für die onkologische Erstberatung durch Soziale Arbeit standardisierte Assessments und Dokumentationsbögen genutzt. Die standardisierte Dokumentation beinhaltet die Basisdokumentation von administrativen und soziodemografischen Daten, Angaben zur Anamnese und psychosozialen Befund, Diagnose, Leistungsprofil und Leistungsaufwand.

5.3 Ergebniskriterien

Patient*innen und Angehörige wissen zur Entlassung aus dem Organzentrum und onkologischen Zentrum um die Möglichkeit der psychosozialen Erstberatung, haben diese Beratung bereits genutzt und fühlen sich zu poststationären psychosozialen Beratungsangeboten informiert.

Die indikations- und bedarfsgerechte Ein- und Anbindung weiterer am Versorgungsprozess Beteiligter und Professionen ist erfolgt. Die dafür erforderliche interne und externe Vernetzung ist eine Aufgabe der Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

Bei Bedarf an weiteren psychosozialen Beratungen im Organzentrum und onkologischen Zentrum in allen Phasen der Erkrankung wurden Beratungsziele und Folgetermine mit Patient*innen und Angehörigen konkret vereinbart.

Patient*innen und Angehörige wissen zur Entlassung aus dem onkologischen Zentrum um Zugänge und Leistungen zur Förderung sozialer Teilhabe, zur Unterstützung in der Lebensbewältigung und bezüglich der Reduzierung sozialer Probleme.

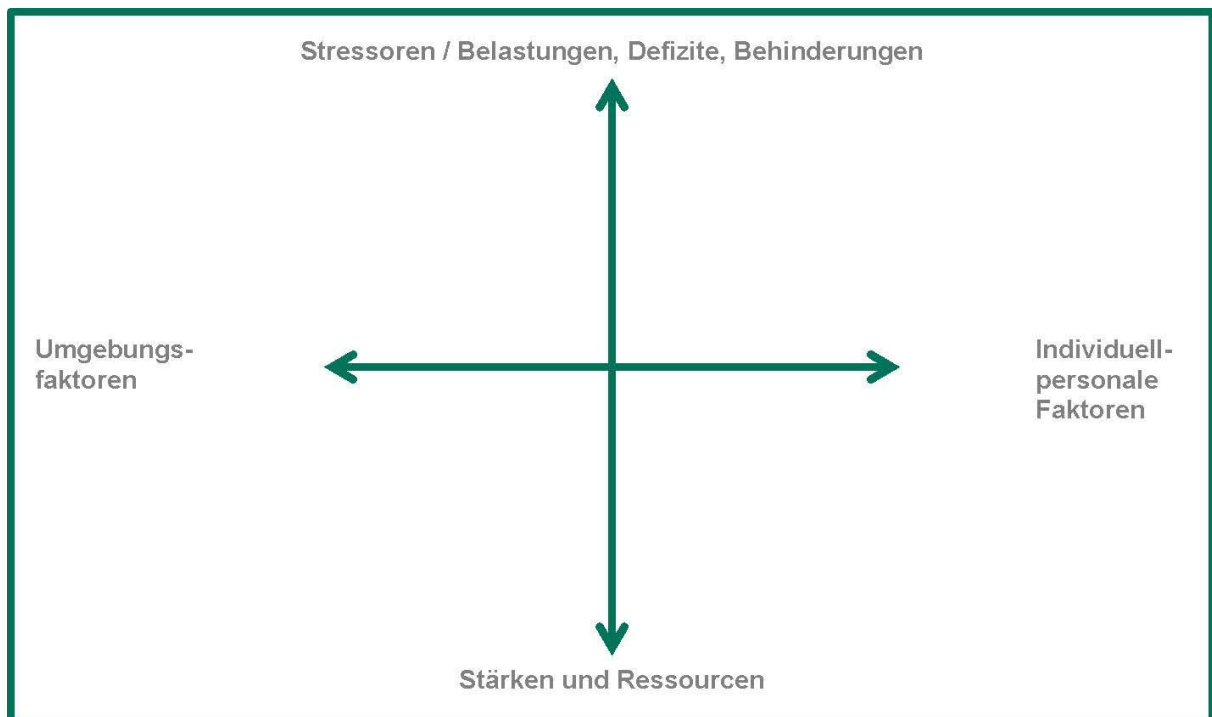
Dem Einzelfall übergeordnetes Beratungsziel ist, dass sich Patient*innen bei Entlassung aus dem onkologischen Zentrum trotz drohender Leistungseinschränkung und Verlust von Möglichkeiten der Lebensgestaltung in ihrem Alltag möglichst handlungsfähig und informiert fühlen.

Zur Kontrolle der Zielerreichung und Zufriedenheit der Patient*innen werden systematische Befragungen zu und Erhebungen von Erlebnisberichten empfohlen.

Anhang Instrumente

Psychosoziales Koordinatensystem (39)

Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit können im Rahmen einer initialen Bedarfserhebung Informationen unter Nutzung des psychosozialen Koordinatensystems systematisieren. Dabei werden in vier Quadranten Daten deskriptiv erhoben und abgebildet, die sich in Kombination miteinander verschieden auf das Handlungsfähigkeitserleben von Patient*innen und Angehörigen auswirken können. Auf der horizontalen Ebene wird beschrieben, wie personenorientierte Faktoren (biologisch-medizinische, psychologische und psychosoziale Faktoren) umgebungsorientierte Faktoren (soziale Unterstützung und interpersonale Beziehungen, Wohnbedingungen und Infrastruktur, Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit) beeinflussen und umgekehrt. Auf der vertikalen Ebene wird vermerkt, wie sich diese Faktoren zu Stärken / Ressourcen (+) oder zu Defiziten / Belastungen (-) zuordnen lassen.



(vgl. Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik nach Pauls 2015, Eigendarstellung)

Inklusions-Chart (aktuellste Fassung IC4) ⁽³⁸⁾

Zur Klärung des sozialrechtlichen Status sowie der psychosozialen Belastungen und Ressourcen der Patient*innen können Informationen im Rahmen einer initialen Bedarfserhebung über die Lebenslagendiagnostik in Anlehnung an den Inklusions-Chart (IC4) systematisch gebündelt werden. Dabei wird das Ausmaß von Inklusion und Exklusion der Patient*innen auf folgenden Achsen erhoben und abgebildet.

Daten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Austausch (Inklusion/Exklusion) werden auf folgender Achse erhoben:

- Rechtsstatus
- Arbeitsmarkt
- Sozialversicherung
- Geldverkehr
- Mobilität
- Bildungswesen
- Medizinische Versorgung
- Medien
- Adressierbarkeit

Daten über das Niveau der Existenzsicherung werden über folgende Achse erhoben:

- Wohnen
- Güter des Alltages
- Sicherheit
- Lebensweltlicher Support

Daten zur Funktionsfähigkeit werden über folgende Achse erhoben:

- Gesundheit
- Kompetenzen
- Sorgepflichten
- Einschätzung des sozialen Funktionsniveaus anhand des
- „Global Assessment of functioning“ (GAF)

<https://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren/289-inklusions-chart-3-ic3>

Literaturverzeichnis

1. Adolph, H., Weis, I. (2015): Orientierung für Krebspatienten. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 3/2015. S. 36-39
2. Ansen, H. (2010): Krankenhaus-Sozialarbeit. In: H.-W Hoefert, M. Härter (Hrsg.): Patientenorientierung im Krankenhaus. Göttingen (Hogrefe Verlag), S. 81-96
3. Association of oncology Social Work (AOSW) (2012): Oncology Social Work Standards of Practice. <http://www.aosw.org/professional-development/standards-of-practice/>, 10.05.2017
4. Bischof, J., Lütjen. R. (2016): Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung. In: J. Bischof, et al. (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie - Lehrbuch. Köln (Psychiatrie Verlag), S. 191-208
5. Böhnisch, L. (2012): Lebensbewältigung, Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit In: W. Thole (Hrsg.) Grundriss Sozialer Arbeit. Wiesbaden (Verlag für Sozialwissenschaften) 2012 S. 219-233
6. Browne, T., Darnell, J., Savage, T. E., Brown, A. (2015): Social Workers as Patient Navigators: A Review of the Literature. In: Social Work Research, Vol. 39 (3): S. 158-166
7. Canadian Association of Psychosocial Oncology (2010): Standards of Psychosocial Health Services for Persons with Cancer and their Families, <https://www.capo.ca/pdf/CAPOstandards.pdf>, 10.05.2017
8. Christ, G., Messner, C., Behar, L., C. (2015): Handbook of oncology social work, Psychosocial care for people with cancer, Oxford Univ. Press
9. Culley, S. (2002): Beratung als Prozeß. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. Weinheim und Basel (Beltz)
10. Dettmers, S. (2014): Soziale Teilhabe bei Menschen nach einem Schlaganfall. Eine explorative qualitative Analyse sozialer Netzwerke. Opladen, Berlin, Toronto (Verlag Budrich UniPress)
11. Dettmers, S., Adolph, H., Ansen, H., Böhnisch, S., Ortmann, K., Röh, D., Ulrich, H. (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit - QGSA. Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen DVSG e.V. (Hrsg.). Berlin (DVSG e.V.)
12. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH) (2002): Qualitätskriterien des DBSH, Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit, S. 7 https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Qualit_tskriterien.pdf, 02.10.2017
13. Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutsche Krebshilfe e.V. (DKH) (2014): S3-Leitlinie - Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, 10.05.2017
14. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2004): Sozialarbeit in Disease-Management-Programmen bei Brustkrebs. Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Berlin (DVSG e.V.)
15. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2010): DVSG-Grundsatzpapier. Soziale Arbeit in der Onkologie. Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen. Berlin (DVSG e.V.)

16. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2013): Positionspapier Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Berlin (DVSG e.V.)
17. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) (2015): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. Berlin (DVSG e.V.)
18. Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U., (Hrsg) (2004): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Tübingen (Dgvt-Verlag)
19. Ernst, J. (2009): Psychosoziale Unterstützungswünsche und tatsächlich erhaltene Versorgung onkologischer Patienten. In: DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift. Stuttgart, New York (Georg Thieme Verlag KG), Jg. 134 (31/32): 1567-1572
20. Gahleitner, S. (2010): Klassifikation versus Fallverstehen: Versuch einer Integration und Implementation. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit (4), S. 30-42
21. Gahleitner, S., Becker-Bikowski, K., Schiel, R. (2007): Lebensqualität von Tumorpatienten nach Operation und abgeschlossener Rekonstruktion im Mund-, Kiefer, und Gesichtsbereich - Beitrag der Klinischen Sozialarbeit zur psychosozialen Versorgung. In: E. Engelke, et al. (Hrsg.): Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung. Stuttgart (Lambertus Verlag), S. 123-127
22. Goerling, U., Odebrecht, S., Schiller, G., Schlag P. M. (2006): Psychosozialer Betreuungsbedarf bei stationären Tumorpatienten. In: Der Chirurg, Vol. 77 (1): S. 41- 46
23. Grunwald, K., H. Thiersch (2011): Lebensweltorientierung. In H.-U. Otto und H.Thiersch (Hrsg.) Handbuch der Sozialen Arbeit, Ernst Reinhard, GmbH & Co KG, Verlag, München, S. 854 – 863
24. Hansen, F. (2010): Standards in der Sozialen Arbeit. Berlin (Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Vorsorge)
25. Heiner, M. (2011): Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: H. U, Otto, H. Thiersch, (Hrsg.) Handbuch der Sozialen Arbeit, Ernst Reinhard, GmbH & Co KG, Verlag, München, S. 237-250
26. Herwig-Lempp, J., Kühling, L. (2012). Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. ZSTB, 30 (2): S. 51-56
27. Homfeldt, G. (2013): Leitsätze und Hürden interprofessioneller Kooperation. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit 1/2013, Miteinander statt nebeneinander – interdisziplinär arbeiten,1/2013, S. 10-13
28. Kähler, H. D., Gregusch, P. (2015): Erstgespräche in der fallbezogenen Sozialen Arbeit. Freiburg i. Br. (Lambertus Verlag)
29. Kowalski, C., Ferencz, J., Weis, I., Adolph, H., Wesselmann, S. (2015): Social Service Counseling in Cancer Centers Certified by the German Cancer Society. In: Social Work in Health Care, Vol. 54 (4): S. 307-319
30. Krebsliga Schweiz (2005): Psychosoziale Onkologie in der Schweiz. Bern (Krebsliga Schweiz)
31. Lay, S. (2016): „Soziale Arbeit in der Onkologie“-Literaturrecherche, Reader. In: http://www.aso-ag.org/index_literatur.html, 15.10.2017
32. Loch, U., Schulze H. (2012) Biografische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext der Soziale Arbeit, In: W. Thole (Hrsg.) Grundriss Sozialer Arbeit. Wiesbaden (Verlag für Sozialwissenschaften), S. 687-705
33. Mehnert, A., Petersen, C., Koch, U. (2003): Empfehlungen zur Psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, Vol. 12 (2): S. 77-78

34. Mehnert, A. (2011): Employment and work-related issues in cancer survivors. In: Critical Reviews in Oncology/Hematology, Vol. 77(2): S. 109-130
35. Merchel, J. (2013): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. aktualisierte Auflage, Weinheim und Basel (BeltzJuventa)
36. Mistry, A., Wilson, S., Priestern, T., Damery, S., Haque, MS. (2010): How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey. In: Journal of the Royal Society of Medicine Short reports, Vol. 1(4): S. 1-13
37. OnkoZert (2017): Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren: <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/onkologische-zentren.html>, 07.09.2017
38. Pantucek-Eisenbacher, P., Grigori, E. (2016): Inklusions-Chart 4 (IC4), <http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren/289-inklusions-chart-3-ic3>, 07.09.2017
39. Pauls, H. (2015): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim und Basel (Beltz Juventa)
40. Rätz, R., Völter, B. (2015): Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit. Opladen, Berlin, Toronto (Verlag Barbara Budrich)
41. Robert Koch Institut (RKI) (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland, http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebsgeschehen/Krebsgeschehen_download.pdf;jsessionid=DD205047BF55A7439E87D813307C82D4.1_cid381?blob=publicationFile, 10.05.2017
42. Schäfer, P., Bartosch, U. (2016): Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb Version 6.0) http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/QR_SozArb_Version_6.0.pdf, 10.05.2018
43. Schneider, S. (2011): Psychosoziale Beratungsangebote – Unterstützungsmöglichkeiten für Tumorpatient/-innen. In: Zeitschrift Forum 1/2011 (Springer), S. 17-22
44. Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. (2008): Beratung: Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim (Juventa)
45. Singer, S. (2008): Finanzielle Probleme durch die Erkrankung – eine Verlaufsanalyse bei Tumorpatienten. In: J. Ernst, H. Götze (Hrsg.), Sozialmedizinische und gesundheitliche Auswirkungen besonderer Lebensumstände, Leipziger Beiträge zur Sozialmedizin, Bd. 2, Leipzig: Leipziger Universitäts-Verlag, S. 59–67
46. Staub-Bernasconi, S. (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlage und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch, Bern: Haupt-Verlag
47. Tamburini, M., Gangeri L., Brunelli, C., Boeri, P., Borreani C., Bosisio, M., Karmann, C. F., Greco M., Miccinesi, G., Murru, L., Trimigno, P. (2003): Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. In: BMC Cancer 2003, Vol. 3(12): S. 1-11
48. Thiersch, H. (2016): Lebensweltorientierung Soziale Arbeit in der Onkologie. In: Grunwald, K., Thiersch, H. (Hrsg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern., Weinheim und Basel (BeltzJuventa), S. 255-266
49. Thorenz, A. (2007): Case Management zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen. Eine empirische Studie der Versorgung von Frauen mit Mammakarzinom durch das mammaNetz. Frankfurt am Main (Peter Lang Verlag)

50. Trost, M., Nußbaum, E., Marquart, P. Walz, I., Jaenisch-Solibida, S. (1999): Lörracher Qualitätskonzept für die Krankenhaus - Sozialarbeit – Akutkrankenhaus, Lörrach, Eigenverlag
51. Vesely, M. (2016): Qualität Sozialer Arbeit in Brust und Darmkrebszentren. In: DKG Forum Vol. 31 (3): S. 180-183
52. Walther, J. (2011): Krebs und Armut. In: DKG Forum Heft 1/2011, S. 27-30
53. Weinberger, S. (2006): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 11. Aufl., Weinheim/München (Juventa)
54. Weis, I. (2015): Die Onkologische Erstberatung: Vorschlag für einen Standard zur Erstberatung onkologischer Patienten durch Soziale Arbeit. In: DKG Forum Heft 3/2015, S.194-196
55. Wright, E., Kiely, M., Lynch, P., Selby, P.J. (2002): Social problems in oncology. In: British Journal of Cancer Vol. 87: 1099-1104

Abkürzungsverzeichnis

ASO	Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
AGORS	Arbeitsgemeinschaft Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKG e.V.	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
PRIO	Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
PEOPSA	Expertenstandard Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung
PSO	Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
QGSA	Qualitätskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz