

Soziale Arbeit in der Onkologie – eine zusammenfassende Übersicht

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

Erstellt von
Marie Rösler (Sprecherin der ASO), Jürgen Walther und Sabine Schneider (stellvertretende/r
Sprecher/-in der ASO) und Holger Adolph (DVSG)

Februar 2016

Das vorliegende Papier beschreibt Ziele, Aufgaben und ausgewählte Methoden Sozialer Arbeit mit onkologischen Patientinnen und Patienten und will damit den *fachlichen Beitrag Sozialer Arbeit in der Onkologie* – insbesondere für die verschiedenen Arbeitsgemeinschaften der Sektion B der DKG aber auch für Selbsthilfeorganisationen, Öffentlichkeit u.a. – nachvollziehbar machen.

Soziale Arbeit verstehen wir als spezifischen Zugang im *interdisziplinären Feld psychosozialer Onkologie*. Sie bietet schwerpunktmäßig Beratung, Unterstützung und Entlastungsangebote bei der Bewältigung krankheitsbedingt veränderter Alltags- und Lebensbedingungen. Sie richtet ihren Blick sowohl auf den erkrankten Menschen als auch auf das soziale Umfeld mit den jeweiligen Ressourcen und Belastungen.

1. Hintergrund der ASO-Gründung

Am 16.02.2015 wurde unter dem Dach der Sektion B der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. in Berlin die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) gegründet. Mit der Gründung der ASO erweitert die Sektion B ihr multidisziplinäres Spektrum um die Perspektive der Sozialen Arbeit. Sie passt damit ihre Struktur der psychosozialen Versorgungsrealität an, in der Fachkräfte Sozialer Arbeit in allen Versorgungssettings verankert sind und einen fachlich eigenständigen Beitrag zur Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten leisten. Mit der Gründung der ASO werden Weiterentwicklungen im Bereich Wissenschaft und Praxis verfolgt (vgl. Geschäftsordnung der ASO 2015, S. 1f.):

- Weiterentwicklung und Verbesserung der psychosozialen Versorgung (bzw. geeigneter Strukturen der Versorgung) onkologischer Patient/-innen und ihrer Angehörigen;
- Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie Förderung der Weiterbildung von Fachkräften Sozialer Arbeit in der Onkologie;
- Öffentlichkeitsarbeit bzw. Stärkung des Bewusstseins für die Relevanz Sozialer Arbeit in der Onkologie;
- Vernetzung und Kooperation in Wissenschaft und Praxis mit relevanten Partnern wie Fachgesellschaften und Selbsthilfe;
- Förderung von Forschung bzw. Weiterentwicklung wissenschaftlicher und methodischer Grundlagen Sozialer Arbeit in der Onkologie.

Mitglieder der ASO sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit, die in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, ambulanten Beratungsstellen, Hospizen, Pflegestützpunkten, Pflegeheimen onkologische Patientinnen und Patienten professionell unterstützen und beraten sowie Vertreter/-innen von Hochschulen und Forschungsinstitutionen, die sich mit wissenschaftlichen Fragestellungen Sozialer Arbeit in der Onkologie beschäftigen oder in der Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte Sozialer Arbeit ihren Schwerpunkt haben.

2. Grundlagen und Ziele Sozialer Arbeit in der Onkologie

Soziale Arbeit hat sich in Wissenschaft und Praxis professionalisiert – die Ziele ihres Handelns werden in theoretischen Diskursen bestimmt (vgl. Thole 2012, Lambers 2015). Von diesen Diskursen ausgehend begründet sich auch die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (Homfeldt, Sting 2006; Franzkowiak, Homfeldt, Mühlum 2011) bzw. im Bereich der Onkologie:

Allgemein verfolgt Soziale Arbeit das Ziel, Menschen in ihrer *Alltags- und Lebensbewältigung* zu unterstützen, *Teilhabeeinschränkungen* abzubauen sowie bestehende soziale Probleme und soziale *Benachteiligungen zu reduzieren* und leistet damit einen Beitrag zur Realisierung sozialer Gerechtigkeit und zur Konkretisierung des Sozialstaatsgrundsatzes nach Art. 20 des GG (Thiersch 2015, S. 94; Dettmers 2015, S. 6; Thole 2012, S. 26, DVSG 2010). Diese doppelte Ausrichtung – Beiträge zur individuellen Bewältigung von Krankheitsfolgen als auch zur Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Janßen u.a. 2009) zu leisten – ist konstitutiv für die Soziale Arbeit in der Onkologie. Das bedeutet auch, dass sich Soziale Arbeit nicht nur an benachteiligte Personen, sondern an alle Betroffenen wendet, die aufgrund von gesundheitlichen und funktionalen Einschränkungen oder als nahestehende Personen (Partner, Kinder, Eltern etc.) in einer vulnerablen Lebenssituation sind und Informations-, Beratungs- und sozialen Unterstützungsbedarf haben – dazu einige Konkretisierungen:

- **Unterstützung onkologischer Patientinnen und Patienten bei der Alltags- und Lebensbewältigung:** Im Diagnoseprozess, im weiteren Verlauf sowie häufig auch nach Abschluss der Behandlung einer Krebserkrankung sind die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert. Die Auswirkungen der Erkrankung betreffen neben körperlichen und psychischen Belastungen die Fähigkeiten den Alltag zu bewältigen und bisherige Rollen in Familie, Beruf und sozialem Leben weiter auszufüllen. Damit einhergehende psychische, soziale und materielle Belastungen führen nicht selten zu Krisen und Gefühlen der Überforderung. Soziale Arbeit zielt auf die Stärkung von Ressourcen und die Bewältigung entsprechender Anforderungen und Belastungen.
- **Unterstützungen zur Teilhabesicherung und zur Verhinderung von Ausgrenzung und Benachteiligung onkologischer Patientinnen und Patienten:** Soziale Arbeit trägt zum Abbau von Benachteiligungen bei, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung stehen. Hierzu gehören Verluste oder Einschränkungen an beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe, krankheitsbedingte wirtschaftliche Einbußen oder reduzierte Zugangschancen zu den Behandlungs- und Versorgungsangeboten unseres Gesundheitssystems. Dies geschieht v.a. durch Information und Beratung, durch die Erschließung von sozialstaatlichen Leistungen sowie durch Berichterstattungen über soziale und (gesundheits-)politische Fehlentwicklungen, die in den Beratungstätigkeiten deutlich werden.

Soziale Arbeit in der Onkologie gestern und heute

Die Arbeit mit chronisch kranken bzw. an Krebs erkrankten Menschen bildet seit Beginn des 20. Jahrhunderts einen wichtigen Schwerpunkt Sozialer Arbeit. 1906 wird bspw. die Fürsorgestelle für Krebskranke an der Charité in Berlin errichtet (Reinicke 1998). Die Aufgaben der Fürsorgerinnen lagen bereits damals sowohl in der Unterstützung der Bewältigung von Krankheitsfolgen als auch beim Abbau von krankheitsverursachenden Lebensumständen. Die wachsende Bedeutung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen bzw. der Onkologie lässt sich an folgenden Zahlen festmachen:

- In den Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser arbeiten am 31.12.2013 laut Statistischem Bundesamt 8.149 Sozialarbeiter/-innen (Statistisches Bundesamt 2014). Die DVSG-Mitgliederbefragung zeigt, dass im Akutbereich 81% teilweise und 8 % ausschließlich mit onkologischen Patient/innen arbeiten (DVSG 2015).
- In den Rehabilitationskliniken und Vorsorgeeinrichtungen werden 2.497 Fachkräfte Sozialer Arbeit verzeichnet (Statistisches Bundesamt 2015). Laut DVSG Mitgliederbefragung halten 42 % teilweise und 9 % ausschließlich Angebote für onkologische Patient/-innen vor (DVSG 2015).
- Auch in den derzeit 153 ambulanten Krebsberatungsstellen (die als Hauptstellen noch zusätzlich über 153 Außenstellen bzw. Außensprechstunden verfügen) arbeiten zu einem hohen Prozentsatz Mitarbeiter/-innen aus dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit (Deutsches Krebsforschungszentrum/Krebsinformationsdienst 2015, BAK 2013). Im Jahr 2010 verteilten sich die Mitarbeiter/-innen der Krebsberatungsstellen der Landeskrebsgesellschaften auf folgende Berufsgruppen: 71 % Soziale Arbeit/Sozialpädagogik, 17 % Psychologie, 12 % Medizin (Helbig 2010).

Neben diesen quantitativ großen Arbeitsfeldern – Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken und ambulante Krebsberatungsstellen – arbeiten Fachkräfte Sozialer Arbeit in Patienten- und Pflegeberatungsstellen, in Bereichen der palliativen Versorgung, ambulanten und stationären Hospizen, in Pflegeheimen oder Integrationsfachdiensten d.h., sie begleiten onkologische Patientinnen und Patienten und deren Familien in allen Settings und während aller Phasen einer Krebserkrankung.

3. Problemlagen, Beratungsanlässe und Aufgaben der Sozialen Arbeit mit onkologischen Patientinnen und Patienten

Eine onkologische Erkrankung kann jenseits der medizinischen Fragen und körperlichen Belastungen vielfältige Schwierigkeiten, bisweilen Krisen und ebenso das Gefühl auslösen, die neuen Anforderungen aufgrund der Erkrankung nicht mehr alleine bewältigen zu können. Die Erkrankung kann darüber hinaus eine Bedrohung der Sicherung der materiellen Existenz darstellen. Im Folgenden werden exemplarisch einige zentrale Probleme thematisiert, bei denen Fachkräfte Sozialer Arbeit qualifizierte Unterstützung anbieten:

Probleme in der Alltags- und Lebensbewältigung:

- **Erschwerte Aufrechterhaltung des Alltags – bisherige Aufgaben können nicht mehr bewältigt werden:** Insbesondere nach Abschluss der Behandlung können sich die Wahrnehmung bisheriger Aufgaben und Rollen im Erwerbs- und/oder Familienleben für viele Patient/-innen als schwierig gestalten („nichts ist mehr wie es war“) und werden nicht selten als Überforderung erlebt. Aufgrund der körperlichen und psychischen Belastungen, eingeschränkter Leistungsfähigkeit etc., geraten alltägliche Routinen und Kompetenzen ins Wanken. Es stellen sich Fragen nach verfügbaren Unterstützungsleistungen in der alltäglichen Versorgung, nach Entlastung, nach Möglichkeiten medizinischer oder beruflicher Rehabilitation, nach zukünftig notwendigen rechtlichen Absicherungen. Aber auch während teilweise langwieriger Diagnose- und Therapieprozesse können sich Patient/-innen überfordert fühlen und Unterstützung bei der Koordination und Abstimmung der verschiedenen Hilfen suchen.
- **Verlust von Sicherheit und Orientierung – biographische Entwürfe geraten ins Wanken:** Eine onkologische Erkrankung kann biographische Entwürfe und Lebensplanungen grundlegend in Frage stellen („Kann bzw. will ich wie bisher weiterleben?“). Dies bringt für die Betroffenen vielfältige Ambivalenzen und Unsicherheiten und den Verlust an Orientierung mit sich. Für entsprechende Klärungen und Entscheidungshilfen suchen sie einen „neutralen“ Ansprechpartner. Auch rückwärtsgewandte, häufig mit Schuld in Zusammenhang gebrachte Fragen („Habe ich etwas falsch gemacht?“) spielen in diese Klärungsprozesse hinein. Nicht selten gewinnen bereits vor der Erkrankung bestehende biographische Problemkonstellationen eine verschärfte Dynamik (Identitätsschwierigkeiten, Selbstwertprobleme, Missachtungs- oder Krisenerfahrungen etc.). Jenseits von affektiven Störungen, die eine psychotherapeutische Behandlung erfordern (Angststörungen, Depressivität etc.) suchen Patient/-innen sowie Angehörige nach Unterstützung im Umgang mit Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Unsicherheit und verschiedenen Zukunftsängsten.
- **Interaktionsschwierigkeiten mit dem Umfeld – Isolationserfahrungen nehmen zu:** Für Patient/-innen ist es teilweise schwierig, den richtigen Umgang mit ihren Angehörigen, insbesondere auch mit minderjährigen Kindern zu finden: einerseits wollen sie diese nicht belasten, andererseits können sie selbst auf Entlastungen durch Angehörige angewiesen sein. Mit ähnlichen Ambivalenzen ringen auch die Angehörigen sowie das weitere Umfeld („Wie rede ich wann mit wem? Was soll und kann ich thematisieren? Wie lässt sich ein lähmendes Schonklima im Familienalltag und Freundeskreis vermeiden? Was schafft Entlastung?“). Nicht selten führen entsprechende Unsicherheiten gepaart mit Einschränkungen der Mobilität und nicht zuletzt dem Verlust an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten zu Rückzug und Isolation – Prozesse, die die Entwicklung von Selbsthilfepotentialen erschweren.
- **Palliativphase – die verbleibende Zeit stellt besondere Anforderungen:** In der Palliativphase zeigen sich die vorausgehend genannten Probleme in gleicher Weise, teilweise in zugespitzter Form (Fragen nach konkreten Unterstützungsmöglichkeiten bei der häuslichen und pflegerischen Versorgung, nach notwendigen rechtlichen Schritten wie Rentenantrag, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung etc., nach Hilfestellungen im Umgang mit Ängsten), Darüber hinaus suchen Patient/-innen und insbesondere auch Angehörige nach verlässlicher professioneller Begleitung, die sie in dieser Phase dabei unterstützt, existenzielle Grenzerfahrungen gemeinsam „aushalten“ zu können. Nicht zuletzt erhoffen sich viele Angehörige eine professionelle Trauerbegleitung.
- **Besondere Schwierigkeiten von krebserkrankten Kindern und Jugendlichen:** Erkrankten Kinder oder Jugendliche an einer Tumorerkrankung so stellen sich – neben den oben

bereits bei den erwachsenen erkrankten Menschen genannten Anforderungen – besondere Fragen zu ihren alters- und entwicklungsbedingten Bewältigungsmöglichkeiten, zur schulischen oder beruflichen Ausbildung sowie zu Ressourcen und Belastungen bei unterschiedlichen familiären Systemen (Patchworkfamilien, Alleinerziehende, in Trennung lebende Elternteile etc.). Notwendig sind häufig komplexe Unterstützungsleistungen für das Familiensystem (die jungen Patient/-innen, ihre Geschwister, die Eltern aber auch für Schule, Mitschüler/-innen und Freunde), die nur im Zusammenspiel der verschiedenen Professionen (pädiatrische Onkologie, Soziale Arbeit, Psychologie etc.) geleistet werden können (vgl. PSAPOH 2013).

Facetten möglicher Benachteiligungen, erlebter Ausgrenzung oder verminderter Teilhabechancen onkologischer Patientinnen und Patienten:

- **Probleme hinsichtlich der Existenzsicherung und der beruflichen Teilhabe:** Während in der Anfangsphase einer Tumorerkrankung das Bedrohungserleben häufig aus der Angst vor dem Sterben und vor Schmerzen resultiert, rücken bei eher langfristigen Verläufen die besonderen sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Erkrankung, d.h. Fragen der existenziellen Sicherung (der sozialen Existenz) in den Vordergrund („Kann ich wieder arbeiten. Wie geht es finanziell weiter, wenn das Krankengeld ausläuft? Wie kann ich meinen finanziellen Verpflichtungen nachkommen? Kann ich von der Rente leben?“). Wirtschaftliche Belastungen werden zum Teil als ähnlich bedrohlich erlebt wie das Krankheitsgeschehen selbst¹ (Walther 2011). Insbesondere Krebsüberlebende (Cancer Survivors) sind durch die Langzeitfolgen von Krebserkrankungen und Behandlungen (z.B. Fatigue, Polyneuropathien) in ihrem Leistungsvermögen häufig deutlich eingeschränkt und den Belastungen im Arbeitsleben nicht mehr in vollem Umfang gewachsen – mit vielfältigen Konsequenzen den bisherigen Lebensstandard betreffend. Nicht zuletzt können Identität, Bestätigung und Rollensicherheit, die im Zusammenhang mit dem sozialen Status und der Funktion im Erwerbsleben erworben wurden, verloren gehen.
- **Informationsdefizite, erschwerte Zugänge zu Gesundheits- und Sozialleistungen sowie Probleme mit Leistungsträgern:** Wer an Krebs erkrankt steht vor der Aufgabe, sich zum Experten der eigenen Erkrankung zu machen. Betroffene Menschen müssen sich über die Krebserkrankung, unterschiedliche Therapieverfahren und medikamentöse Behandlungen informieren sowie bürokratische und administrative Anforderungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bewältigen.² Diese Anforderungen stellen sich nicht selten in Phasen deutlich eingeschränkten Leistungsvermögens und fehlender Sicherheit. Sie führen – auch durch die Gefühle mangelnder Informiertheit – zu Überforderungserfahrungen, weil durch die Erkrankung ohnehin gewohnte Alltagsroutinen verlorengegangen sind. Das von Krebspatient/-innen regelmäßig beschriebene Gefühl der Angst vor Kontrollverlust kann durch vielfältige Verfahrensweisen der Leistungsträger, insbesondere auch durch eine mangelnde Information und Partizipation der Patient/-innen verstärkt werden.³

¹ Wenn Patient/-innen in frühen Phasen der Erkrankung über das Instrument des § 51 SGB V gegen eigenen Wunsch gezwungen werden einen Reha- bzw. Rentenanspruch zu stellen, kann sich das gegebenenfalls psychisch und finanziell äußerst belastend auswirken. Das Niveau der Renten, insbesondere der Erwerbsminderungsrenten wurde seit 2000 deutlich gesenkt und ist bis heute um ca. 20 % gesunken (inflationbereinigt um 30 %). Für Patient/-innen und ihre Familien bedeutet dies, dass sie unter Umständen erhebliche Einkommenseinbußen bei gleichzeitig steigenden Ausgaben für Zuzahlungen für Behandlung, Heil- oder Hilfsmittel verkraften müssen.

² Um bspw. unter den Schutz des Schwerbehindertenrechts gestellt zu werden, müssen Anträge gestellt, medizinische Unterlagen besorgt, Rehabilitationsverfahren auf den Weg gebracht, Entgeltersatzleistungen wie Krankengeld oder Arbeitslosengeld beantragt und dabei sämtliche Fristen beachtet werden.

³ Angst vor Kontrollverlust kann entstehen, wenn Betroffene sich mit Verweis auf die Mitwirkungspflicht zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit von ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt fühlen. Dies tritt ebenfalls ein, wenn die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter immer wieder Nachweise zum Beleg der Krankheit, zur Einkommens-, Vermögens- und Wohnsituation einfordert und dadurch die Leistungsgewährung verzögert wird. Besonders demütigend erleben es Betroffene, wenn Lebensentscheidungen im Zusammenhang mit biografischen Übergängen (z.B. die Aufforderung der Krankenkasse, einen Reha-Antrag zu stellen, der dann in einen Rentenanspruch umgewandelt werden kann) nicht mehr selbstbestimmt getroffen werden können (eingeschränktes Dispositionsrecht des Versicherten nach § 51 SGB V oder § 125 SGB III). Dies betrifft z.B. auch das Ausscheiden aus dem Berufsleben, wenn die Feststellung der Voraussetzungen einer Erwerbsminderungsrente von der Krankenkasse angeregt und von der Rentenversicherung nach Aktenlage akzeptiert wird.

- **Ausgrenzungserfahrungen bzw. die Angst vor Ausgrenzung:** Mit den bereits genannten Problemkonstellationen können tiefgreifende soziale Ausgrenzungserfahrungen und verminderte Teilhabechancen verbunden sein: Betroffene, die im Erwerbsleben stehen, berichten von Desintegrationserfahrungen und Problemen am Arbeitsplatz, weil die Rückkehr zur Arbeit bei einer durch die Erkrankung und Therapie reduzierten Leistungsfähigkeit erschwert wird oder weil sie spürbar höhere Anstrengungen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes unternehmen müssen (Krebspatient/-innen tragen ein signifikant größeres Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren als gesunde Erwerbstätige; vgl. Mehnert 2011). Soziale Ausgrenzungserfahrungen entstehen darüber hinaus dann, wenn gewohnte Rollen- und Handlungsmuster nicht mehr aufrechterhalten werden können, wenn Unterstützung fehlt oder verloren geht, wenn die Wohnung aufgegeben und das angestammte soziale Umfeld verlassen werden muss. Gefühle des „Nichtmehrdazugehörens“, der Einsamkeit, der Isolation und der sozialen Ausgrenzung entstehen nicht zuletzt dann, wenn finanzielle Verpflichtungen nicht mehr erfüllt sowie statusbestimmende und die soziale Zugehörigkeit definierende Gewohnheiten wie Urlaube, kulturelle und sportliche Aktivitäten etc. nicht mehr ausgeübt werden können.
- **Erschwerte Zugänge zu den Versorgungs- und Beratungseinrichtungen für onkologische Patientinnen und Patienten in prekären Lebensverhältnissen:** Durch die Zentrenbildung ist nicht nur die medizinische Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen verbessert worden, sondern auch der Zugang zu psychosozialer Unterstützung durch psychoonkologische Dienste und Sozialdienste (Singer u.a. 2013; Kowalski u.a. 2015). Zu Brüchen in den „Beratungspfaden“ kommt es dennoch häufig beim Übergang von der Akut- in die nachstationäre Versorgung, insbesondere bei benachteiligten Gruppen in prekären Lebensverhältnissen. Probleme des Zugangs zu Beratung können aber auch dann auftreten, wenn Patient/-innen eine ambulante Therapie in Zentren oder Onkologischen Schwerpunktpraxen erhalten, die keinen Zugang zu sozialdienstlicher oder psychoonkologischer Beratung für „ambulante Patienten“ anbieten. Aus der Forschung (Dierks, Seidel 2012, S. 192) und der Beratungspraxis, gibt es schließlich zahlreiche Hinweise darauf, dass ambulante Beratungsstellen nur unterdurchschnittlich durch Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status genutzt werden. Die Verstetigung ambulanter Beratungsstrukturen sowie die Schaffung erleichterter Zugänge für alle Betroffenen bleibt daher eine ebenso zentrale Herausforderung wie die systematische Verzahnung zwischen Sozialdiensten der Akut- bzw. Rehabilitationskliniken und den ambulanten Krebsberatungsstellen.

4. Ausgewählte Methoden und Handlungsformen Sozialer Arbeit in der Onkologie

Fachkräfte der Sozialen Arbeit verfügen über ein vielfältiges Handlungsrepertoire – ihre Vorgehensweisen und Verfahren werden in einem breiten Methodendiskurs (exemplarisch Galuske 2011) sowie im Diskurs der Klinischen Sozialarbeit (exemplarisch Ansen 2011) begründet und reflektiert. Komplexe Hilfeprozesse beruhen darüber hinaus auf den Schritten einer fundierten Anamnese, Diagnose, Intervention und Evaluation (Müller 2006). Die folgenden Methoden bzw. Handlungsformen dienen der Konkretisierung wesentlicher Strategien in der Sozialen Arbeit mit Krebspatient/-innen:

- **Beratung:** Weil jede Tumorerkrankung sich unterschiedlich auf das Leben bzw. den Alltag auswirken und unterschiedliche Belastungen nach sich ziehen kann (vgl. Schneider 2011), geht es in einer professionellen Beratung zunächst darum, die jeweiligen Probleme und Belastungen zu identifizieren sowie verfügbare und mobilisierbare Ressourcen in den Blick zu nehmen (DVSG 2016). Dabei müssen Situationen hergestellt werden, in denen Betroffene ihre Sichtweisen und ihre Ambivalenzen darstellen können (Weis 2015). Auf der Basis einer gemeinsamen Auftragsklärung zielt Beratung darauf ab, allgemeine Unterstützungsmöglichkeiten und individuelle Bedarfe auf einander abzustimmen sowie Ratsuchende dabei zu unterstützen, „in Bezug auf eine Frage oder ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen“ (Sickendiek/Engel/Nestmann 2002, S. 13). Für Beratung im Kontext Sozialer Arbeit ist wichtig, dass sie neben kommunikativen Klärungen und verschiedenen Deutungsangeboten (ausgehend von etablierten Beratungskonzepten wie bspw. systemischen oder lösungsorientierten Ansätzen) konkrete Hilfestellungen beinhaltet – bspw. beim Erschließen von Ressourcen, der Durchsetzung von (Patienten-)Rechten oder

bei der Vermittlung zu anderen Unterstützungsangeboten (Türöffnerfunktion, z.B. auch zu psychotherapeutischen Angeboten).

- **Case- und Übergangsmanagement (Gestaltung von (Sektoren-)Übergängen und Weitervermittlung):** Krebspatient/-innen bewegen sich im Krankheitsverlauf in unterschiedlichen Sektoren, werden stationär im Krankenhaus, ambulant bei niedergelassenen Onkologen behandelt, benötigen den zeitnahen Zugang zum medizinischen und beruflichen Rehabilitationssystem und nehmen Leistungen ambulanter Versorger, z.B. von Pflegediensten, Erbringern haushaltsnaher Dienstleistungen sowie der Integrationsfachdienste und der Versorgungsverwaltung in Anspruch. Um Patient/-innen bei der Verwirklichung ihrer Rechtsansprüche und ihren Zugängen zu den unterschiedlichen Versorgungsangeboten professionell unterstützen zu können, bedarf es (neben den entsprechenden sozialrechtlichen Kenntnissen) eines fundierten Überblicks über die jeweilige regionale Angebotsstruktur und der jeweiligen Zugangswege. Soziale Arbeit trägt an den Schnittstellen des Versorgungssystems dazu bei, diese Übergänge naht- und reibungslos zu gestalten und übernimmt – in Kenntnis der unterschiedlichen Systematik der Leistungsträger und -erbringer einschließlich ihrer Verfahren – eine Schlüsselposition (DVSG 2013), nicht zuletzt in der Koordination verschiedener Hilfen.
- **Erschließen von Hilfsquellen bzw. Information und Unterstützung bei der Durchsetzung von Patientenrechten:** Für diejenigen Patienten/-innen, die ihre sozialrechtlichen Ansprüche (auf Krankengeld, Arbeitslosenhilfe, Grundsicherung etc.) selbst nicht geltend machen können oder unzulässige Forderungen abwehren müssen, übernehmen Fachkräfte Sozialer Arbeit – auch als Lotsinnen durch ein immer komplexer werdendes Hilfenetz – eine anwaltschaftliche Funktion. Nicht zuletzt helfen sie Patienten/-innen informelle alltägliche Unterstützungen und nicht-staatliche finanzielle Hilfsmittel (z.B. über Stiftungen) zu erschließen.
- **Krisenintervention:** Krisen, als zugespitzte Situationen der Überforderung (z.B. suizidale Krisen, Gewaltereignisse, Kindeswohlgefährdungen, Verwahrlosungsanzeichen, Brüche im sozialen Netzwerk oder Wohnungsverlust) erfordern eine schnelle und zugehende Reaktion. Fachkräfte Sozialer Arbeit verfügen über das entsprechend notwendige Wissen und Handlungsrepertoire und sind mit anderen Sozialen Diensten vernetzt, um umgehende Hilfen zu mobilisieren.
- **Gesundheitsedukation, Information und Empowerment:** Krebspatient/-innen müssen im Krankheitsverlauf auf den unterschiedlichsten Ebenen Neues lernen. Schulungen, die in Gruppen Gleichbetroffener stattfinden, helfen, mit den Folgen der Erkrankung umzugehen und bieten Unterstützung bei der Neuorientierung, bei der Mobilisation von Selbsthilfepotentialen oder beim Wiedereinstieg ins Berufsleben. Schwerpunkte der Gruppenangebote sind Informationsblöcke durch Referent/-innen mit praktischen Anteilen und Erfahrungsaustausch sowie gemeinsame Diskussionen und Übungen. Patient/-innen werden in die Lage versetzt, sich eine eigene Meinung zu bilden und ihre Interessen als Patient/-innen informiert und selbstbewusst zu vertreten.
- **Förderung und Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen:** Ausgangspunkt der Selbsthilfe ist das gemeinsame Lebensereignis Krebs. Fachkräfte Sozialer Arbeit pflegen den Kontakt zu Selbsthilfekontaktstellen und -gruppen, sind Ansprechpartner/-innen, vermitteln Krebspatient/-innen in entsprechende Gruppen (Türöffnerfunktion) und bieten Unterstützung bei der Neugründung von Selbsthilfeinitiativen an.

Soziale Arbeit in der Onkologie orientiert sich an den Prinzipien und Standards zur Ethik in der Sozialen Arbeit der International Federation of Social Workers IFSW und des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit DBSH e.V. (DBSH 2014)

5. Qualifikation der Fachkräfte Sozialer Arbeit (Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten)

Fachkräfte Sozialer Arbeit verfügen über Diplom-, Bachelor- oder Masterabschlüsse im Bereich Sozialer Arbeit/Sozialpädagogik, die an Universitäten, Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (Fachhochschulen) oder Dualen Hochschulen erworben werden können (Dettmers

2015). Unterschiedliche Träger bieten von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Weiterbildungen an, die grundlegendes medizinisches Wissen zu onkologischen Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten vermitteln, Handlungsansätze für die psychosoziale Arbeit mit Tumorpatient/-innen vertiefen und den interdisziplinären Austausch fördern. Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen DVSG e.V. bietet schwerpunktmäßig Fortbildungsseminare zum Sozialrecht und zur psychosozialen Beratung onkologischer Patientinnen und Patienten an.

6. Forschungslage

Trotz der noch jungen Geschichte Sozialer Arbeit als an Universitäten vertretener Fachbereich (erste Lehrstühle für Soziale Arbeit bzw. Sozialpädagogik sind in den 1970er Jahren etabliert worden; an den zeitgleich entstandenen Fachhochschulen stand zunächst die Ausbildung professioneller Fachkräfte im Vordergrund) hat sich in den vergangenen vier Jahrzehnten eine differenzierte Forschungslandschaft entwickelt. Studien zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen, zur Bedeutung von Beratung, zu Lebenslagen chronisch kranker Menschen sowie zur Umsetzung Sozialer Arbeit in verschiedenen Kontexten des Gesundheitswesens (im Krankenhaus, Rehakliniken, ambulante Beratungsstellen oder Hospizen) können zur Fundierung Sozialer Arbeit mit onkologischen Patient/innen herangezogen werden (Christ u.a. 2015). Allerdings gibt es derzeit noch keinen systematischen Überblick bzw. entsprechende Meta-Analysen über diese Forschungen und ihre spezifischen Erkenntnisse insbesondere für das Feld der Sozialen Arbeit in der Onkologie. Auch fehlen – jenseits einzelner Studien – breite Untersuchungen, die den spezifischen Bedarf Sozialer Arbeit im Feld psychosozialer Onkologie sowie die jeweiligen Wirkungen der verschiedenen Interventionen dokumentieren (Preyde/Synnott 2009) – dies hängt nicht zuletzt mit den fehlenden Forschungsressourcen Sozialer Arbeit zusammen.

Schlussbemerkung - aktuelle Aufgaben der ASO

Für die ASO stellen sich als jüngste Arbeitsgemeinschaft der DKG zunächst die strukturellen Aufgaben ihre Mitgliederzahl auszubauen, eigene Arbeitsstrukturen aufzubauen und die Zusammenarbeit mit den bestehenden Arbeitsgemeinschaften zu entwickeln. Die ASO hat großes Interesse an einem intensiven Austausch und der Kooperation mit den anderen Arbeitsgemeinschaften der DKG. Inhaltlich werden wir uns mit der konzeptionellen Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in der Onkologie, der Verbesserung und der Verstärkung der psychosozialen Beratungsstrukturen sowie der Initiierung von Forschung zu psychosozialen Bedarfslagen und onkologischen Versorgungsfragen aus der Perspektive der Sozialen Arbeit befassen.

Literatur

- Ansen H (2011): Klinische Sozialarbeit. In: Otto H U/Thiersch H (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, S. 796-802.
- BAK – Bundesarbeitsgemeinschaft für ambulante psychosoziale Krebsberatung (2013). Positionspapier „Soziale Arbeit in der ambulanten psychosozialen Beratung. http://www.bak-ev.org/d_news/Positionspapier_Endfassung_071013.pdf
- Christ G, Messner C, Behar L C. (Hrsg.) (2015): Handbook of oncology social work. Psychosocial care for people with cancer. Oxford Univ. Press, Oxford u.a.
- Deutsches Krebsforschungszentrum/Krebsinformationsdienst (2015): <https://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/adressen/krebsberatungsstellen.php> (Abruf 14.10.2015)
- Dettmers S (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit der DVSG – QGSA. Hg. v. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Berlin. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf>.
- Dierks M-L, Seidel G (2012): Nutzer der Patientenberatung. In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Huber, Bern, S. 185–196.
- DVSG (2013): Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. DVSG Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/uploads/media/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement.pdf>

- DVSG (2010): Soziale Arbeit in der Onkologie - Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen. DVSG-Grundsatzpapier Berlin. Online verfügbar unter <http://dvs.org/hauptnavigation-links/die-dvsg/fachbereiche/onkologie/grundsatzpapier-soziale-arbeit-in-der-onkologie/>
- DVSG (2016) Kowalski C., Nitzsche A., Adolph H., Walther J., Rösler M.: Sozialarbeiterische Beratungsinhalte bei onkologischen Patienten. Ergebnisse der DVSG-Mitgliederbefragung 2015 Teil III. In: FORUM sozialarbeit + gesundheit 3/2016, S. 34-39.
- DBSH (2014) FORUM Sozial – Die Berufliche Soziale Arbeit 4/2014, S. 28–32.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) e.V. Berlin:
<https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/DBSH-Berufsethik-2015-02-08.pdf>
- Franzkowiak P, Homfeldt H G; Mühlum A (2011): Lehrbuch Gesundheit. Juventa, Weinheim.
- Galuske M (2011): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9. Aufl., Juventa, Weinheim, München.
- Helbig U (2010): Bestandsaufnahme der ambulanten psychoonkologischen und psychosozialen Versorgung, DKK, Berlin
- Homfeldt H G, Sting S (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Janßen C, Grosse F K, Dinger H, Schiffmann L, Ommen O (2009): Soziale Ungleichheit, medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Kowalski C, Ferencz J, Weis I, Adolph H, Wesselmann S. (2015): Social service counseling in cancer centers certified by the German Cancer Society. *Social Work in Health Care*.
- Lambers H (2015): Theorien der Sozialen Arbeit: ein Kompendium und Vergleich, 2. Aufl. Barbara Budrich, Opladen u.a.
- Mehnert A (2011): Psychosoziale Probleme von Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. Bedarf an psychosozialer Unterstützung. In *Onkologie* 2011; 17: S. 1143–1148
- Müller B (2006): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 4. Aufl. Lambertus, Freiburg i Br.
- Preyde M, Synnott E (2009): Psychosocial Intervention for Adults With Cancer: A Meta-Analysis. In: *J. of Evidence - Based Social Work* 6 (4), S. 321–347.
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH) (2013): Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. AWMF- Leitlinie Register Nr. 025/002, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Reinicke P (1989): Psychosoziale Hilfen für Tumorkranke und ihre Familien - Gestern und Heute. In: *Soziale Arbeit* 38 (7), S. 259–269.
- Schneider S (2011): Psychosoziale Beratungsangebote – Unterstützungsmöglichkeiten für Tumorpatient/-innen In: *Zeitschrift Forum* 2011; 1, Springer, S. 17-22
- Sickendiek U, Engel F, Nestmann F (2002): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 2. Aufl. Juventa, Weinheim, München.
- Singer S, Dieng S, Wesselmann S. (2013) Psycho-oncological care in certified cancer centres - a nationwide analysis in Germany. *Psychooncology*. 2013; 22(6):1435-7.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2014): Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2013.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1.2 – 2014.
- Thole W (2012): Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. Versuch einer Standortbestimmung. In ders. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 3. Aufl. VS Verlag, Wiesbaden, S. 19-70
- Thiersch H (2015): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. BeltzJuventa, Weinheim, Basel.
- Walther J (2011): Krebs und Armut. In: *Zeitschrift Forum* 1/2011, Springer, S. 27-30.
- Weis I (2015): Die Onkologische Erstberatung. Vorschlag für einen Standard zur Erstberatung onkologischer Patienten durch Soziale Arbeit. In: *FORUM - Organ der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)* (3), S. 194–196.