

Manual zur Anwendung des sozialen Diagnostikverfahrens für die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrischen Onkologie (DISAPO)

Einleitung

Die Diagnosestellung einer onkologischen Erkrankung bei einem Kind bzw. Jugendlichen versetzt die Familien in eine anhaltende psychische Extremsituation, welche mit massiven psychosozialen Belastungen einher geht (vgl. Schröder et al. 2013: 6). Bei einer onkologischen Erkrankung eines Kindes/Jugendlichen steht der medizinische Aspekt der Krankheit im Vordergrund (vgl. Nolte 2011: 7f.). Studien belegen jedoch, dass baldige psychosoziale Interventionen und das angebrachte Geben von Informationen die Belastung verringern. Somit können den Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen möglichst rasch neue Handlungsmöglichkeiten gegeben werden und sie erlangen ein Stück weit ihre Kontrolle zurück (vgl. DVSG-Grundsatzpapier-Soziale Arbeit in der Onkologie: 1). Die Klinische Soziale Arbeit kann gerade bei einer solch schwerwiegenden Diagnose die Sichtweise auf psychosozialer Ebene ergänzen. Dabei sind krankheitsrelevante, soziale, familiäre und individuelle Problembereiche und Ressourcen von Bedeutung (vgl. Nolte 2011: 7f.).

Um die genannten Aspekte schnell erfassen zu können, wurde speziell für die Klinische Soziale Arbeit ein Diagnostikverfahren für das Erstgespräch in der pädiatrischen Onkologie entwickelt. DISAPO (Soziales **D**iagnostikverfahren für die Klinische **S**oziale **A**rbeit in der **P**ädiatrischen **O**nkologie) kann entweder bei Diagnosestellung oder bei einer Rezidivkrankung einer onkologischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter (unabhängig von der weiteren Behandlung) Anwendung finden. Der Fokus liegt auf der Rolle des/der Erziehungsberechtigten, deren Ressourcen und Belastungen um den

sich daraus ergebenden Unterstützungsbedarf zu erfassen. Es ist notwendig soziale Faktoren, die auf die Erkrankung Einfluss nehmen, zu diagnostizieren, was aufgrund sozialer Diagnostikverfahren ermöglicht wird. So kann die Klinische Soziale Arbeit auf den Behandlungserfolg von anderen Professionen einwirken (vgl. Röh 2014: 6).

DISAPO soll die aktuelle Lebenslage der Familie abbilden und als Ausgangspunkt für die weitere Interventionsplanung dienen. Es ist zu beachten, dass die Anwendung von DISAPO eine Momentaufnahme ist und sich im Laufe des Betreuungsverlaufs verändert. Weiters muss sich immer vor Augen gehalten werden, dass sich die Patienten/Patientinnen und ihre Familien zu diesem Zeitpunkt in einer krisenbesetzten Ausnahmesituation befinden. Daher ist es wichtig ein strukturiertes, ganzheitliches Erstgespräch mit einem oder beiden Erziehungsberechtigten führen zu können, um sich einen Überblick über die unterschiedlichen Lebensbereiche verschaffen zu können. Somit kann ihnen möglichst rasch zumindest ein Teil ihrer Handlungsmöglichkeiten zurückgegeben werden.

Weiters soll DISAPO zur Dokumentation, Qualitätssicherung und laufenden Evaluierung dienen. Die Anwendung soll verhindern bzw. die Möglichkeiten reduzieren, dass wichtige Aspekte von Seite der Sozialen Arbeit vergessen werden. Somit kann eine bestmögliche und ganzheitliche Betreuung für die Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen geschaffen werden.

DISAPO ist in drei Bereiche aufgeteilt:

- 1) Anamnese
- 2) Erhebung (Diagnostizierung) der Sozialen Dimensionen
- 3) Interventionen

Aufgrund dessen, dass soziale Diagnostik zugleich als Intervention anzusehen ist und zur schrittweisen Diagnose beiträgt, können diese drei Bereiche nicht klar voneinander abgegrenzt werden und fließen ineinander über (vgl. Ritsch 2014: 74). Der Schwerpunkt liegt jedoch bei der Anamnese (Erlangung von Informationen), um die notwendigen Interventionen planen, analysieren und begründen zu können (vgl. Ritsch 2014: 74).

A) Anamnese

Die Anamnese ist vorgesehen gemeinsam mit einem oder beiden erziehungsberechtigten Personen zu erarbeiten. Es wird ausdrücklich davon abgeraten, dass die Anamnese alleine von dem/der Erziehungsberechtigten oder dem/der Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin ausgefüllt wird. Ergänzend zur Informationsgewinnung dient dieser Teil von DISAPO nämlich dazu mit den Angehörigen ins Gespräch zu kommen und eine Vertrauensbasis aufzubauen. Nur gemeinsam ist es möglich in einen dialogischen Prozess zu gelangen.

Ein ganz wichtiger Aspekt in der Anwendung von DISAPO ist das Verfahren transparent zu verwenden. Dazu ist es notwendig dem/der Erziehungsberechtigten zu erklären, wofür eine ausführliche Anamnese benötigt wird, nämlich um einen guten Überblick über die Familiensituation zu bekommen und darauf basierend gut beraten zu können. Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass Fragen nicht beantwortet werden müssen, falls der/die Erziehungsberechtigte nicht möchte.

Die Anamnese ist in sechs unterschiedliche Bereiche gegliedert. Manche der Fragen sind selbsterklärend und bedürfen keiner weiteren Erläuterung. Einige Fragen werden jedoch näher verdeutlicht, um eine einheitliche Verwendung von DISAPO zu gewährleisten.

I) Kontaktdaten

Im ersten Teil der Anamnese werden die **wichtigsten Eckdaten** des/der Patienten/Patientin erfasst (Name, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Adresse, usw.). Diese Eckdaten sind für einen sanften Gesprächseinstieg dienlich.

Ebenfalls wird in diesem Abschnitt der aufenthaltsrechtliche Status abgeklärt. Es soll erhoben werden, welchen **Aufenthaltstitel** oder **-status** das/der Kind/Jugendliche bzw. der/die Erziehungsberechtigte/ Erziehungsberechtigten hat/haben. Darunter fallen einerseits die Staatsbürgerschaft, andererseits auch folgende Aufenthaltstitel: Asylwerber, subsidiär schutzberechtigte Personen,

II) Medizinische Daten

anerkannte Flüchtlinge, Rot-Weiß-Rot Karte, Rot-Weiß-Rot Karte plus, Touristen-Visum, EU/EWR-Mitglied, usw. Der Aufenthaltsstatus hat meist einen großen Einfluss auf die weitere Beratung und Unterstützungsmöglichkeiten.

In diesem kurzen Abschnitt sollen die **medizinischen Daten** des/der Patienten/Patientin eingefügt werden. Aufgrund der unterschiedlichen pädiatrisch-onkologischen **Erkrankungen** und deren **Behandlungen** können diese Aspekte die weitere klinische sozialarbeiterische Beratung beeinflussen.

Sind die genaue medizinische Diagnose und Behandlungsart zur Zeit der Anwendung des Verfahrens noch nicht bekannt, ist es notwendig diese im Nachhinein zu ergänzen.

III) Familiäre und soz. Situation

Dieser Teil soll dazu dienen die **familiären, sozialen Beziehungen** und Unterstützungen darzustellen sowie die **Ressourcen** der Familie abzubilden, um somit den **Unterstützungsbedarf** feststellen zu können.

Die Frage bezüglich „*Unterstützung zu Hause*“ bezieht sich auf Unterstützung bei Aufgaben im Haushalt (Essen zubereiten/kochen, Kleidung waschen, Lebensmittel einkaufen, usw.)

Bei der Fragestellung nach den „*körperlichen und psychischen Vorerkrankungen/Problemen*“ sollte zwischen den beiden Erziehungsberechtigten (wenn vorhanden) unterschieden und dementsprechend eine Abkürzung (KV-Kindesvater, KM-Kindesmutter, GM-Großmutter, GV-Großvater, usw.) hinzugefügt werden.

IV) Arbeitssituation & finanzielle Situation

In diesem Teil der Anamnese sollen die **Arbeitssituation** und **finanzielle Situation** der Familien abgebildet werden. So kann sich der/die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin einen Überblick verschaffen, ob zusätzliche Kosten durch die Erkrankung des Kindes (Krankenhausselbstbehalt, Medikamente, Lebensmittel, usw.) mit dem **derzeitigen Einkommen** gedeckt werden können. Weiters kann somit bezüglich einkommensabhängiger Transferleistungen (Rezeptgebührenbefreiung, Wohnbeihilfe/Mietzinsbeihilfe, GIS-Befreiung, usw.) beraten werden.

Beim „*Haushaltseinkommen*“ sind die Netto-Einkünfte der Familie anzuführen, wobei die Familienbeihilfe, erhöhte Familienbeihilfe oder Pflegegeld nicht als Einkommen zu zählen sind.

In Bezug auf „*Sonstige finanzielle Unterstützungen*“ sind Geldleistungen wie Alimente und andere monatliche Unterstützungsleistungen, wie zum Beispiel von Großeltern, zu berücksichtigen.

Die „*finanziellen Belastungen*“ beinhalten Alimentationszahlungen, Schulden, Privatkonkurs, offene Rechnungen, usw.

Bei der Frage, ob „*laufende Rechnungen bezahlt werden können*“, sind Rechnungen gemeint, welche in regelmäßigen Abständen anfallen (Miete, Strom, Gas, Wasser, Versicherungen, Kinderbetreuung, usw.).

Die letzte Frage in diesem Teil der Anamnese betreffend der „*Deckung der Grundbedürfnisse*“ zielt auf die Versorgung mit Lebensmitteln, Kleidung, Schulbedarf, Hygieneartikeln, usw. ab.

V) Wohnsituation

Hierbei soll die **Wohnsituation während der Behandlung** bzw. auch **vor der Erkrankung** erfasst werden. Praxiserfahrungen zeigen, dass immer wieder Patienten-/Patientinnenfamilien aufgrund einer Behandlung in Österreich oder auch dem Ausland den Lebensmittelpunkt verlegen. Bei DISAPO liegt der Fokus auf der Wohnsituation während der Erkrankung. Daher ist es wichtig die

VI) Helfersystem & Beihilfen/ Zuschüsse

Fragen besonders genau zu lesen, um diese Unterscheidung nicht zu übersehen. Die ersten drei Fragen dieses Anamneseteils beziehen sich auf die Wohnsituation während der Behandlung. Die vierte Frage bezieht sich auf die Wohnsituation vor der Behandlung, falls aufgrund der Behandlung ein Wechsel der Unterkunft/Wohnung notwendig gewesen ist.

Bei jenen Fragen über die „*Erreichbarkeit*“ der behandelnden Klinik ist ebenfalls der Wohnort während der Behandlung Ausgangspunkt. Will man aber die „*Erreichbarkeit*“ von beiden Wohnorten (vor und während der Behandlung) erheben, kann eine jeweilige Beschriftung hinzugefügt werden.

Die letzten Fragen beschäftigen sich mit dem „*Zustand der Wohnung*“ bzw. ob es „*Mängel in der Wohnung*“ gibt. Unter Mängel sind Schimmel, fehlender Lift im Zusammenhang mit körperlichen Einschränkungen, zu wenig Wohnraum für die Familiengröße, kein WC in der Wohnung, Substandard Wohnung, usw. anzusehen. Diese Mängel sind in der Folgefrage genauer anzuführen. Aufgrund der Erkrankung des Kindes und massiver Mängel kann ein notwendiger Wohnungswechsel indiziert sein, wodurch sich die Frage nach möglichen Ressourcen ergibt.

Im letzten Teil der Anamnese sollen **Kontakt**daten von anderen **Helfersystemen** wie Kinder- und Jugendhilfe, PSD (Psychosozialer Dienst), Psychotherapeut/Psychotherapeutin, Psychologe/ Psychologin oder vergleichbaren Personen angeführt werden. Somit können von Beginn an andere Systeme miteinbezogen und eine Doppelbetreuung kann vermieden werden.

Weiters sind bereits vorhandene **Transferleistungen** anzuführen, um einen Überblick zu haben, welche Unterstützungsmöglichkeiten die Familie bereits in Anspruch nimmt und welche noch möglich sind bzw. benötigt werden.

B) Soziale Dimension

Dieser Teil von DISAPO soll die Sozialen Dimensionen erheben (diagnostizieren). Das ist notwendig, um Interventionen begründet setzen bzw. einleiten zu können. Die Erfassung der Sozialen Dimension wird nach der Anamnese von dem/der Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin durchgeführt. Grund dafür ist, dass dieser Schritt die Familie in der krisenhaftbesetzten Situation der Diagnosestellung überfordern würde.

Die Sozialen Dimensionen sind in sechs Bereiche eingeteilt. Jede Dimension ist neutral, nicht bewertend formuliert und ermöglicht eine Einschätzung von „+“ (Ressource), „~“ (weder Ressource noch Belastung) und „-“ (Belastung). Um diese Einschätzungen zu objektivieren, werden die Einschätzungen „+“ und „-“ in Folge genauer ausgeführt. Die Kategorie „~“ ist nur in wenigen Bereichen genauer definiert. Daher kann allgemein gesagt werden, dass es zur Zuordnung in dieser Kategorie kommt, wenn die Einschätzung nicht eindeutig als positiv (Ressource) und auch nicht als negativ (Belastung) anzusehen ist. Das Feld „Notizen“ dient dazu, wichtige Informationen festzuhalten, sowie zur Dokumentation.

In Folge werden die Sozialen Dimensionen anhand von Fachwissen genauer definiert.

I) Krankheits-bezogene Aspekte

In dieser Kategorie sind drei Dimensionen erfasst, die infolge des Erstgesprächs beurteilt werden können.

a) Wissen über sozialrechtliche Themen:

Unter Ressourcen (+) fällt es, wenn die Patienten-/Patientinnenfamilien über **krankheitsspezifische Unterstützungsmöglichkeiten** (Pflegegeld, erhöhte Familienbeihilfe, Pflegefreistellung, erweiterte Pflegefreistellung, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz, steuerliche Absetzmöglichkeiten oder Vergleichbares) Bescheid wissen und daher **keinen Beratungsbedarf** bezüglich dieser Themen benötigen.

In die mittlere Kategorie „~“ sind Familien einzuordnen, welche zwar Basiswissen über das österreichische Sozialversicherungssystem haben, aber über keine genauen Details der oben genannten Themen verfügen.

Unter Belastungen (-) ist zu verstehen, wenn die Patienten-/Patientinnenfamilien **keine Informationen** über die bereits oben genannten **krankheitsspezifischen Unterstützungsmöglichkeiten** haben bzw. mit dem österreichischen Sozialversicherungssystem nicht vertraut sind, woraus sich ein hoher Beratungsbedarf ergibt.

b) Sicherung von Leistungsansprüchen:

Von der Kategorie „+“ kann gesprochen werden, wenn die Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen die **Möglichkeiten** und **Ressourcen** haben sich **Leistungsansprüche** von den oben genannten krankheitsspezifischen Unterstützungsmöglichkeiten **zu sichern**. Sie haben **Grundkenntnisse** über diverse **Behörden/Ämter** und benötigen keine Unterstützung diese Ansprüche einzufordern.

Dem gegenüber (-) ist zu verstehen, dass die Patienten-/Patientinnenfamilien **keine Möglichkeiten** und **Ressourcen** haben, die oben genannten **Leistungsansprüche durchzusetzen**. Ein Aspekt, der hierbei eine Rolle spielt, ist die **sprachliche Barriere** (eingeschränkte Deutschkenntnisse), wodurch der Kontakt zu den Behörden/Ämter erschwert wird.

c) Krankenversicherungsschutz:

Unter Ressourcen (+) sind Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen mit einem **aufrechten** und **langfristigen Krankenversicherungsschutz** in Österreich oder einem EU/EWR-Staat einzuordnen, wodurch die Behandlung bezahlt wird. Ergänzend muss aber auch der Krankenhausselbstbehalt aufgrund von **Zusatzversicherungen** gedeckt sein.

Die mittlere Kategorie „~“ bedeutet zwar einen **aufrechten** und **langfristigen Versicherungsschutz** in Österreich oder einem EU/EWR-Staat zu haben, aber für den **Krankenhausselbstbehalt selbst aufkommen** zu müssen.

II) Arbeitssituation

Diese Kategorie „-“ geht mit einem **fehlenden Krankenversicherungsschutz** in Österreich oder einem anderen Land einher, wodurch die Kosten für die Behandlung nicht übernommen werden. Das heißt, die Patienten-/Patientinnenfamilien müssen für die Behandlungskosten selbst aufkommen.

Für die Einschätzung dieser Sozialen Dimensionen ist der Anamnesebereich „*Arbeitssituation des/der Erziehungsberechtigten & finanzielle Situation*“ beizuziehen. Weiters soll die folgende Einteilung als Unterstützung dienen:

a) Teilhabe am Erwerbsleben:

Die Kategorie „+“ bedeutet die Qualifikation und Fähigkeit zu haben, einer **adäquaten Arbeit nachgehen** zu können. Die Person ist mit der **Arbeitssituation zufrieden** und sieht den Arbeitsplatz als sicher an.

In die mittlere Kategorie (~) sind Personen einzuordnen, welche sich in **Familienhospizkarenz Teilzeit** oder **Pflegekarenz Teilzeit** befinden.

Dem gegenüber (-) steht, **keine Arbeitsstelle** zu haben, also Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung zu beziehen. Ein weiteres Kriterium ist der Verzicht auf Arbeit, da das Leben anderweitig finanziert wird (**Pension**). Ebenfalls gehören auch Personen dazu, die sich in **Familienhospizkarenz, Pflegekarenz oder Elternkarenz** befinden bzw. wegen der Pflege eines Kindes/Angehörigen keiner Tätigkeit nachgehen können.

b) Arbeitsverhältnisse:

Als Ressource (+) ist eine Tätigkeit zu sehen, in der eine **angemessene Entlohnung** stattfindet und **gute Arbeitsbedingungen** vorherrschen. Ein weiterer Aspekt ist ein **unbefristeter Arbeitsvertrag**.

Die mittlere Kategorie „~“ beinhaltet **Saisonarbeit** oder einen

<p>III) Familiäres, soz. Umfeld & Alltagsbewältigung</p>	<p>befristeten Vertrag sowie zwar eine Arbeitsstelle zu haben, aber eine viel zu geringe Entlohnung für diese Tätigkeit zu erhalten.</p> <p>Als Belastung (-) sind Schwarzarbeit oder kurze Anstellungsverhältnisse von wenigen Tagen/Wochen zu sehen.</p> <p>c) <u>Integration am Arbeitsplatz:</u></p> <p>Für die Kategorie „+“ sind ein gutes Verhältnis und Zusammenarbeit mit den Arbeitskollegen/-kolleginnen und Vorgesetzten notwendig. Weiters soll sich die Person am Arbeitsplatz wohl fühlen.</p> <p>Im Gegensatz (-) dazu sind in diese Kategorie Personen einzuordnen, die kein gutes Verhältnis zu deren Arbeitskollegen/-kolleginnen oder dem Vorgesetzten haben wo der Alltag von Konflikten geprägt ist. Weiters können auch Mobbingerfahrungen eine Rolle spielen.</p> <p>d) <u>Berufliche Leistungsfähigkeit:</u></p> <p>Als Ressource (+) werden eine gute Belastbarkeit und Motivation in der Arbeitstelle gesehen.</p> <p>Die Kategorie (-) bedeutet, dass sich die Person immer wieder in langen Krankenständen oder überhaupt in Invaliditätspension befindet. Es besteht keine Motivation in die Arbeit zu gehen bzw. dieser nachzugehen oder sich in der Arbeit anzustrengen.</p> <p>Für die Einschätzung dieser Dimension sind die Fragen des Anamneseteils „<i>Familiäre und soziale Situation</i>“ heranzuziehen. Weiters soll die folgende Einteilung als Unterstützung dienen:</p> <p>a) <u>Soziale Beziehungen:</u></p> <p>In das Item „+“ sind Patienten-/Patientinnenfamilien einzuordnen, welche ausreichende soziale Beziehungen und Kontakte (Familie, Freunde, Verwandte, usw.) haben. Dabei spielt die Größe oder Intensität des Freundeskreises keine Rolle, solange die Beziehungen</p>
--	---

als positiv anzusehen sind.

Die Kategorie „-“ bedeutet **keine sozialen Kontakte** oder Beziehungen zu haben und in Isolation zu leben.

b) Familiäre, soziale Unterstützung:

Die Ressourcen (+) gehen einher mit einem Zusammenhalt in der Familie und einer **guten, unterstützenden Beziehung** zur Familie und zu Freunden. Es werden Aufgaben vom sozialen Netzwerk übernommen und den Patienten-/Patientinnenfamilien dadurch abgenommen.

Gibt es **keine Unterstützung** von Seiten der Familie, Freunde oder Bekannten, wäre die Kategorie „-“ heranzuziehen.

c) Familiäre Belastungen:

Für den Bereich Ressourcen (+) ist es notwendig ein **stabiles familiäres Umfeld** zu haben und keine zusätzlichen Belastungen aufzuweisen (anderweitige Krankheiten, Todesfall, Scheidung, usw.). Ein wichtiger Aspekt ist, dass die Patienten-/Patientinnenfamilien offen mit ihrem familiären Umfeld, Freunden (auch über die Erkrankung) sprechen können.

Dem gegenüber (-) stehen **häufige Konflikte** bzw. Streitigkeiten in der Familie und zusätzliche Belastungen (anderweitige Krankheiten, Todesfall, Scheidung, usw.).

d) Partnerschaftsbeziehung:

Für die Kategorie „+“ sind die **Zufriedenheit** in der Partnerschaft sowie die praktische **Unterstützung im Alltag** beider Seiten erforderlich. Die Lebensgemeinschaft wird als Bereicherung und hilfreich empfunden.

Dem Bereich der Belastung (-) ist eine **konfliktreiche Partnerschaft**, die nicht als zufriedenstellend oder hilfreich empfunden wird, zuzuordnen.

e) Alltagsbewältigung:

Mit Ressource (+) wird verbunden, wenn Familien wichtige

IV) Wirtschaftliche & rechtliche Situation

Termine einhalten und wahrnehmen können (Kontrolltermine an der Klinik, u.Ä.). Ein weiteres Kriterium ist (wenn vorhanden) die Gewährleistung der **Geschwisterversorgung** (keine Probleme sie in den Kindergarten/die Schule zu bringen, den Kindern warme Mahlzeiten zu kochen, usw.), unabhängig ob alleine oder mit praktischer Unterstützung von der Familie und/oder Freunden.

Im Gegensatz dazu (-) ist es der Familie kaum bzw. **nicht möglich wichtige Termine einzuhalten** sowie andere wichtige Aufgaben wie die Geschwisterversorgung zu gewährleisten. Weiters können notwendige **Behördenwege nicht erledigt** werden und es gibt keine praktischen Hilfen von der Familie oder Freunden.

f) Weiterführung des Haushaltes:

Unter „+“ fallen Patienten-/Patientinnenfamilien, welche es schaffen die **Haushaltsaufgaben** und **alltäglichen Arbeiten** (Kochen, Wäsche waschen, Reinigung, usw.) **zu erledigen**, unabhängig davon ob durch den Partner, Verwandte oder Freunde.

Bei der Einordnung in diese Kategorie „-“ ist die **Weiterführung des Haushaltes nicht gewährleistet**. Zu Hause können die alltäglichen Aufgaben (Kochen, Wäsche waschen, Reinigung, usw.) nicht erbracht werden.

Diese Soziale Dimensionen kann durch den Anamnesebereich *„Arbeitsituation des/der Erziehungsberechtigten & finanzielle Situation“* eingeschätzt werden. Es folgen nun weitere Richtlinien für diese Einschätzung.

a) Wirtschaftliche Sicherung:

Die Kategorie „+“ bedeutet, dass die Familien einen **gesicherten Lebensunterhalt** haben und laufende Lebenserhaltungskosten (Miete, Strom, Wasser, Lebensmittel, usw.) und Grundbedürfnisse (Lebensmittel, Hygieneartikel, Kleidung, Schulbedarf, usw.) bewältigen können. Ebenfalls gibt es ein Grundverständnis über den Umgang mit Geld.

In die mittlere Kategorie „~“ würde hineinfallen zwar laufende Lebenserhaltungskosten und Grundbedürfnisse decken zu können, jedoch **keine weitere finanzielle Absicherung/Ersparnis** für zusätzliche Kosten zur Verfügung zu haben.

Wenn der **Lebensunterhalt, laufende Rechnungen** und/oder die **Lebenserhaltungskosten nicht gedeckt** sind, ist die Familie in die Kategorie „-“ einzuordnen. Ein weiteres Merkmal sind (unüberschaubare) Schulden.

b) Finanzierung von erforderlichen Maßnahmen:

Eine Ressource (+) ist, mögliche **notwendige Kosten** (Therapien, Krankenhausselbstbehalt, usw.) **bezahlen** sowie Lebensmittel für stationäre Aufenthalte kaufen zu können.

Dem gegenüber steht, dass die Patienten-/Patientinnenfamilien **keine finanziellen Ressourcen für Therapien, Krankenhausselbstbehalt** oder zusätzliche Lebensmittelkosten haben.

V) Wohnsituation

Für die Beurteilung folgender zwei Aspekte ist der Anamneseteil „*Wohnsituation*“ heranzuziehen.

a) Wohnungs-/Unterkunftssituation:

Diese Kategorie „+“ beinhaltet eine **langfristige und stabile Wohnsituation** bzw. eine eigene Wohnung oder ein Haus zu haben. Es gibt einen **Mietvertrag** und die Wohnung/das Haus ist mit dem **notwendigsten Mobiliar** (Küche, Kühlschrank, Bett, Kasten, usw.) ausgestattet.

Ein Mittelmaß (~) wäre, wenn die Familie für einen gewissen **Zeitraum** eine **Unterkunft** (z.B. Ronald McDonald Haus) zur Verfügung hat, aber diese **nicht dauerhaft gesichert** ist.

Eine **drohende Delogierung** oder **keine Wohnung** zur Verfügung zu haben, fällt unter die Kategorie „-“, ebenso wenn die Familie aufgrund der großen Entfernung (mehr als zwei Stunden) vom Wohnort bis zur behandelnden Klinik eine nahe gelegene Unterkunft benötigt und es aber aktuell keine Ressourcen (z.B. Ronald

VI) Aufenthalts- rechtliche Situation

McDonald Haus) gibt. Ein weiteres Merkmal dieser Einordnung ist es keinen Mietvertrag zu haben.

b) Zustand der/des Wohnung/Hauses:

Für die Kategorie „+“ ist ein guter Zustand der Wohnung oder des Hauses erforderlich. Das heißt, die Wohnung/das Haus hat die **entsprechende Größe im Verhältnis zur Familiengröße** und es sind **keine Mängel** (Schimmel, Wasserschaden, usw.) vorhanden.

Im Gegensatz (-) dazu gibt es **massive Mängel** (Schimmel, Wasserschaden, usw.) in der Wohnung. Weiters zählen **beengte Wohnverhältnisse** sowie zu wenig Wohnraum im Verhältnis zur Familiengröße hinzu.

Für diese Einschätzung ist der erste Teil der Anamnese „*Kontaktdaten*“ als wichtig anzusehen. Denn in diesem Teil werden Staatsbürgerschaft und aufenthaltsrechtliche Aspekte erhoben. Diese Dimension unterteilt sich in zwei Bereiche:

a) Aufenthaltsstatus:

Als Ressource (+) gilt ein **uneingeschränkter Aufenthalt** in Österreich oder ein **5-Jahres Visum**. Weiters sind darunter **österreichische Staatsbürgerschaft** oder Bürger/Bürgerinnen aus EU/EWR-Mitgliedsstaaten zu verstehen.

Diese Kategorie „~“ beschreibt Personen mit einem **1- oder 3-Jahres Visum**, Personen mit dem Aufenthaltstitel **subsidiär schutzberechtigt**, **Konventionsflüchtlinge** oder **anerkannte Flüchtlinge**.

Asylwerber, Personen mit einem **Touristen-Visum** oder sich **illegal in Österreich** befindende Personen sind in die letzte Kategorie „-“ einzuordnen.

b) Zugang zum Arbeitsmarkt:

Positiv (+) ist ein **uneingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt**.

In die Kategorie „~“ sind Personen einzuordnen, die einen positiven Asylbescheid besitzen, aber aufgrund von Sprachbarrieren

Schwierigkeiten haben eine Beschäftigung zu finden.

Die letzte Einordnungsmöglichkeit „-“ bezieht sich auf Personen, die zur **Arbeitsaufnahme nicht berechtigt** sind. Diese Einschränkung ist im Rahmen eines Visums oder aufgrund eines aufrechten Asylverfahrens möglich. Weiters zählen Personen dazu, die sich illegal in Österreich befinden.

C) Inter- ventionen

Der letzte Teil von DISAPO beschäftigt sich mit den Interventionen. Aufgrund der Erhebung (Diagnostizierung) der Sozialen Dimensionen können nun die Interventionen begründet, argumentiert und somit eingeleitet werden. Dieser Teil von DISAPO ist ebenfalls von dem/der Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin alleine durchzuführen.

Die Interventionen sind auch in sechs Bereiche unterteilt, welche passend zu den Sozialen Dimensionen entwickelt worden sind:

- a) Erkrankungsbezogene Interventionen
- b) Arbeitsrechtliche Interventionen
- c) Netzwerk Intervention
- d) Sozioökonomische Interventionen
- e) Wohnspezifische Interventionen
- f) Aufenthaltsrechtliche Interventionen

Das Kästchen „☐“ ist zum Ankreuzen, wenn diese Intervention gesetzt werden soll. Dieser Schritt soll gleich im Anschluss des Erstgespräches von dem/der Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin durchgeführt werden.

Das Häkchen „✓“ kann dann gesetzt werden, wenn die Intervention gesetzt bzw. abgeschlossen worden ist.

Anhand dieses Abschnittes von DISAPO kann auf einen Blick erkannt werden, wie viele Interventionen pro Fall gesetzt werden sollten bzw. gesetzt wurden.

In das Feld „Notizen“ können Informationen niedergeschrieben werden, wie zum Beispiel, dass die Pflegegeldbegutachtung bereits stattgefunden hat, welche Pflegegeldstufe gewährt wird oder wie lange die Familienhospizkarenz andauert.

Dieser Teil des Verfahrens deckt viele Interventionen ab, jedoch geht die Interventionsplanung in speziellen Fällen sicherlich darüber hinaus. Daher wurde Platz gelassen wichtige Aspekte genauer ausführen zu können bzw. andere Interventionen niederzuschreiben.

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass DISAPO einen Überblick über die unterschiedlichsten Bereiche liefern soll. Kristallisieren sich in einem oder mehreren Bereichen massive Probleme heraus, können andere soziale Diagnostikverfahren (Netzwerkkarte, PREDI, usw.) angewendet werden, um die Problemlage genauer erarbeiten zu können.

Literatur- verzeichnis

DVSG-Grundsatzpapier: Soziale Arbeit in der Onkologie-Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen. (Stand: Juni 2010)

Hollenweger, J. & Kraus de Camargo, O. (Hrsg.) (2011): ICF-CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Jugendlichen. Bern: Hans Huber. (Im Original erschienen 2007: ICF-CY. International classification of functioning, disability and health. Children & Youth Version).

Küfner, Heinrich; Coenen, Michaela; Indlekofer, Wolfgang (2006): PREDI-Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik. Lengerich: Pabst Science Publisher.

Menzel, Regina (2010): Psychosoziale Diagnosen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Manual zur Anwendung und Handhabung. Heidelberg.

Nolte, Ulrich (2011): „...wenn der Schein trägt“-Sozialarbeit zwischen klinisch-pädiatrischen und familiären Erfordernissen. In: FORUM Sozialarbeit und Gesundheit. 2/2011. 6-8.

Pantucek, Peter (2013): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit. Wien: Böhlau.

Pauls, Helmut (2013)¹: Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Beltz Juventa.

Ritsch, Wolf (2014): Prinzipien und Verfahren systematischen Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit-Ein Handbuch. Berlin: Hand- und Arbeitsbücher. 68-84.

Röh, Dieter (2014): Sozialdiagnostik in Kliniksozialdiensten. In: Forum Sozialarbeit und Gesundheit. 1/2014. 6-9.

Schroeder, Hildegard M; Lilienthal, Susanne; Schreiber-Gollwitzer, Beate M; Griessmeier, Barbara; Leiss, Ulrike (2013): Leitlinien zur Psychosozialen Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.

Weinhold, Kathy; Nestmann, Frank (2012): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: Gahleitner, Silke B.; Hahn, Gernot (Hrsg.): Übergänge gestalten-Lebenskrisen begleiten. Bonn: Psychiatrie Verlag. 52-66.

Bei Fragen können Sie mich gerne kontaktieren:

Kerstin Krottendorfer, MA

Klinische Sozialarbeiterin

Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde-Neuroonkologie

Währinger Gürtel 18-20

1090 Wien

01/40 400 31470

kerstin.krottendorfer@meduniwien.ac.at

www.meduniwien.ac.at/psychosozialesteam-neuroonkologie