

Hochschule
Ravensburg-Weingarten
Technik | Wirtschaft | Sozialwesen

Prof. Dr. M. Wissert

Weingarten, 21. September 2010

Projektbeschreibung

„Wirkungen von Trauerbegleitung im Rahmen der emotionalen und sozialen Bewältigung von tiefgehenden und komplizierten Trauerprozessen“ [Kurztitel: „TrauErLeben“]

Hochschule Ravensburg-Weingarten
Hochschule für Technik und Sozialwesen

Prof. Dr. Michael Wissert
Tel.: +49 (0) 751 501-9416
wissert@hs-weingarten.de

Inhaltsverzeichnis

Projektrahmendaten	2
1. Ziele des Vorhabens	2
1.1 Ausgangslage des Projekts.....	2
1.2 Kurzdarstellung der Ziele des Vorhabens	4
1.3 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielsetzungen	6
1.4 Wissenschaftliche Arbeitsziele des Vorhabens.....	8
2. Stand der Wissenschaft und der Forschung	9
2.1 Überblick zu bisherigen Arbeiten zum Thema	9
2.2 Eigene Arbeiten und Erfahrungen in Projektleitungen im thematischen Bereich des Vorhabens	16
3. Beschreibung des Arbeitsplans	18
3.1 Arbeitsplan und Design des Vorhabens	18
3.2 Erläuterungen methodischer Aspekte des Vorhabens.....	23
3.3 Eigene Ressourcenplanung	28
4. Verwertungsplan	31
4.1 Wirtschaftliche Erfolgsaussichten und wirtschaftliche Anschlussfähigkeit	31
4.2 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten und wissenschaftliche Anschlussfähigkeit	34
5. Arbeitsteilung und Zusammenarbeit mit Dritten	36
Literatur.....	41
Anhang: Literaturliste des Antragsteller zu den Themenbereichen.....	43

Projektrahmendaten

Projekttitel: „Wirkungen von Trauerbegleitung im Rahmen der emotionalen und sozialen Bewältigung von tiefgehenden und komplizierten Trauerprozessen“

Kurztitel: „TrauErLeben“

Antragsteller: Hochschule Ravensburg-Weingarten, vertreten durch die Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege und durch den der Fakultät zugeordnete Forschungsbereich Angewandte Sozialforschung, vertreten durch Prof. Dr. Michael Wissert

Projektlaufzeit: 2,5 Jahre

Projektpartner:

1. ALPHA Rheinland; Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung; vertreten durch Frau Monika Müller (Stellenleitung)
2. Bundesverband Trauer; vertreten durch Herrn Prof. Dr. Arnold Langenmayr (Projektbeauftragter)
3. DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; vertreten durch Herrn Heiner Melching (Geschäftsführung der DGP)
4. DHPV Deutscher Hospiz- und Palliativverband, vertreten durch Frau Dr. Birgit Weihrauch (Vorsitzende des DHPV)
5. St. Anna-Hilfe gGmbH, gemeinnütziger Altenhilfeträger, Tochter der Stiftung Liebenau, vertreten durch Herrn Gerhard Schiele (Geschäftsführer St. Anna-Hilfe)
6. Universitätsklinikum Bonn; Klinik für Palliativmedizin; vertreten durch Herrn Prof. Dr. Lukas Radbruch (Direktor der Klinik)

1. Ziele des Vorhabens

1.1 Ausgangslage des Projekts

Trauerbegleitung hat sich mit der Verbreitung des hospizlichen Gedankens seit Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts in Deutschland vor allem in den ambulanten Hospizdiensten, aber auch in anderen strukturellen Zusammenhängen wie z. B. bei Bestattungsunternehmen konzeptionell relativ gut etabliert. Das heißt: der Bedarf, die Sinnhaftigkeit und die positiven (zu einer „Heilung“ beitragenden) Wirkungen werden – zumindest bei den Akteuren im hospizlichen Handlungsfeld und vielen Trauernden – als gegeben angesehen.

Die Inhalte und das Vorgehen bei der hospizlichen Trauerbegleitung gründet sich nicht (nur) auf der Basis von Nächstenliebe, Intuition, dem reinen Transfer aus den Inhalten und Kompetenzen der ehrenamtlichen Sterbebegleitung oder dem Transfer aus disziplinar-beruflichen Wissensbeständen, Kompetenzen und Haltungen (z. B. der Pflege oder der Sozialen Arbeit), sondern folgt speziellen Inhalten, die in den Konzepten und curri-

cularen Unterlagen der ausbildenden, befähigenden bzw. qualifizierenden¹ Einrichtungen und Institute festgehalten sind. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Trauerbegleitungen, die von nicht speziell dafür ausgebildeten Begleitern durchgeführt werden. Deren Qualifikation speist sich aus Erfahrungen einer (mehr oder minder gut bewältigten) eigenen Betroffenheit, aus einer individuell gegebenen hohen personalen Empathie sowie aus „Learning by doing-Konzepten“ und/oder auch aus Kompetenzen, die in diversen punktuellen Weiterbildungsangeboten erworben wurden.

Wissen darüber, worin denn die generellen Wirkungsbereiche von Trauerbegleitung liegen (Welche konkreten „Probleme“ werden bearbeitet und „gelöst“?) ist zwar vorhanden, doch bleiben die Aussagen über Wirkfaktoren und empirisch fundierte Zielbereiche zumindest in den deutschsprachigen Veröffentlichungen eher sehr allgemein, eher unspezifisch, eher unsystematisiert und nahezu gänzlich ohne empirisch relevante und zufrieden stellende Angaben.

Fragen der inhaltlichen Reichweite der Trauerbegleitung (Sind denn alle beschriebenen Probleme gleich gut zugänglich?) werden in den entsprechenden Veröffentlichungen jedoch kaum thematisiert, und wenn dies erfolgt, dann werden sie fast ausschließlich auf das Krankheitsbild der Depression und deren Auswirkungen bezogen.

Mit dem medizinisch-psychologischen Konzept der Depression allein kann Trauer und können Wirkungen der Trauerbegleitung nur unzureichend erfasst werden.

Mit dem Sterben und dem Tod von nahen Angehörigen oder Freunden tritt – bei nicht plötzlichen Todesfällen – schon während des Sterbeprozesses und nach dem Tod bei allen Hinterbliebenen eine Fülle von unterschiedlichen Reaktionen und Verarbeitungsprozessen auf, die unter dem Begriff der Trauer, des Trauerns und der Trauerbewältigung seit einiger Zeit fachlich diskutiert werden.

Für viele Menschen ist dieses Erleben zwar schmerzhaft und belastend, aber sie finden mit der informellen Hilfe und Unterstützung von Familienangehörigen und Freunden manchmal sehr schnell, manchmal erst nach einer gewissen Zeit in den „normalen Alltag“ zurück. Aber für viele Andere sind Trauer und Trauern mit der Gefahr eines sehr hohen und nicht nachlassenden Leidensdruckes verbunden, der sowohl in Krankheit als auch in soziale Desintegration einmünden kann.

Die Folgen und Auswirkungen der Trauer sind speziell in Fällen „schwerer Trauer“, die eine Trauerbegleitung erforderlich macht, meist gravierend und beziehen sich sowohl auf das körperliche, das seelische, das soziale als auch das spirituelle Erleben (Sinnhaftigkeit des Lebens). Sie „entfremden“ die betroffenen Menschen z. T. über eine lange Zeit hinweg und manchmal auch andauernd aus dem Alltag und den sozialen Bezügen. Trauer ist aber keine Krankheit, kann jedoch „krank machen“ (STROEBE/SCHUT/STROEBE 2007).

¹ Genau genommen wird man zum Trauerbegleiter nicht ausgebildet, da sich Ausbildungen auf Berufe beziehen. Wir verwenden an dieser Stelle den Begriff dennoch, da er im Sprachgebrauch der befähigenden Organisationen und Institute und bei den Trauerbegleiterinnen sehr häufig und synonym zur Qualifizierung und Befähigung verwendet wird.

Bei einigen Autorinnen finden sich Ansätze, die sich teils theoriebezogen wissenschaftlich, teils konzeptionell-pragmatisch mit der sozialen Bewältigung, der spirituellen Dimension von Trauer und einem lebensförderlichen Umgang mit der Trauer befassen. Zu nennen wären beispielhaft hier Ansätze, die sich in Anlehnung an die von Elisabeth Kübler-Ross beschriebenen „Sterbephasen“ für die Phase bzw. Phasen des Trauerns² vergleichbare deskriptive Modelle und entsprechende Unterstützungsalternativen entwickeln. So z. B. VERENA KAST (2009), die sich der psychischen Verarbeitung von Trauer (u. a. in Träumen) widmet oder RUTHMARIJKE SMEDING, die einen eher hermeneutisch-spirituellen professionellen Umgang mit den „Gezeiten der Trauer“ als Erklärungs- und Handlungsmodell ausgearbeitet hat (2005: 140-162).

Andere Konzepte, (wie z. B. Self Care, Self Efficacy, Sense of Coherence) bieten einen erweiterten und verbesserten Zugang zu Trauer, zur Trauerbewältigung und zu Wirkungen der Trauerbegleitung – diese Konzepte sind bislang jedoch mit Blick auf Wirkungen der Trauerbegleitung kaum bzw. nicht ausreichend erforscht (MÜLLER ET AL 2010).

Auch aus diesem Grund wird in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ im Themenbereich 1 („Sterben in Verbundenheit“) und im Themenbereich 5 (Europäische und internationale Dimension) die Begleitung und Unterstützung von Hinterbliebenen und von professionell Pflegenden auch in der Trauer hervorgehoben (CHARTA 2010).

1.2 Kurzdarstellung der Ziele des Vorhabens

Das Projekt befasst sich mit der Verarbeitung von Trauer in Folge eines Verlustes nahestehender Personen. Es wird generell die Frage geklärt, welche Wirkungen hospizlich oder anders erbrachte Trauerbegleitung erbringen kann und welche Wirkungsgrenzen sie hat.

Generelles Ziel ist es, zum einen mehr und ein differenzierteres Wissen über spezifische Wirkungen der Trauerbegleitung zu erlangen in Abgrenzung (aber auch in Verbindung) zu therapeutischen Verfahren, und zum anderen Essentials zu entwickeln für eine strukturell verbesserte Befähigung, mit Trauer von Hinterbliebenen und der Trauerverarbeitung von Mitarbeitern im Handlungsfeld der professionellen und ehrenamtlichen Altenhilfe sowie der Onkologie und der hospizlich-palliativen Arbeit kompetent umgehen zu können.

In diesem Zusammenhang müssen unterschiedliche, inhaltlich „vorgelagerte“ Fragestellungen geklärt und als Teilziele erreicht werden.

Das erste Teilziel befasst sich – auf der Grundlage einer inhaltsanalytischen Untersuchung der in Deutschland gängigen Ausbildungskonzepte – mit der Sammlung, Erfas-

² **Die Trauerphase** bzw. Modelle von Trauer**phasen** bieten als deskriptive Ansätze zwar einen relativ leichten Zugang für die begleitende Beobachtung von Trauerprozessen. Bezüglich der Erforschung von Wirkungen der Trauerbegleitung sind sie jedoch nicht sehr ergiebig, da sie – was Bereiche, Dimensionen, Merkmale und Indikatoren von Trauerbegleitung angeht (siehe Punkt 3.2 dieser Projektbeschreibung), relativ unspezifisch bleiben.

sung und Systematisierung der in den Ausbildungskonzepten explizit genannten und implizit zu findenden Wirkungsabsichten.

Ziel 1 ist es, mit Blick auf die Wirkungsabsichten einen bisher in Deutschland noch nicht vorhandenen systematisierten Überblick über Ausbildungsziele und -inhalte für die hospizlich-palliative³ und anderweitige Trauerbegleitung zu schaffen.

Aufbauend auf den Ergebnissen des ersten Teilziels befasst sich das zweite Teilziel mit dem konzeptionellen Niederschlag, den Ausbildungen zur Trauerbegleitung bei den Begleiterinnen⁴ hinterlassen und mit dem Selbstverständnis von ausgebildeten und nicht speziell ausgebildeten Trauerbegleitern. Die mittels leitfadengestützten Interviews gewonnenen Daten führen zu folgendem Ziel:

Ziel 2: Exemplarisch vergleichender und systematisierter Überblick zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden im Selbstverständnis und in den Handlungsbegründungen ausgebildeter Trauerbegleiter (von Instituten des Bundesverbandes Trauer) und von nicht speziell qualifizierten Trauerbegleitern.

Ziel 3 befasst sich mit der exemplarischen Klärung, über welche strukturellen binnorganisatorische Kompetenzen und über welche Netzwerkressourcen (Strukturqualität) ein relativ großer Träger der ambulanten und stationären Altenhilfe und hospizlich-palliativer Dienste (Kooperationspartner St. Anna-Hilfe) verfügt im Hinblick auf Angebote der Trauerbewältigung für Hinterbliebene und für das eigene Personal.

Ziel 3: Exemplarische Klärung der qualitativen und quantitativen Ressourcen und des qualitativen und des quantitativen Bedarfs bei einem Träger der stationären und ambulanten Altenhilfe. Diese Ressourcen- und Bedarfsklärung ist erforderlich, um mögliche Essentials für Konzepte einer zielorientierte Trauerbegleitung entwickeln zu können (siehe letztes Ziel des Vorhabens).

Ziel 4 befasst sich mit der explorativen Erkundung, welchen besonderen Niederschlag die Ausbildungen im Selbstverständnis und in der (methodischen) Fachlichkeit der Trauerbegleiter möglicherweise haben und welche Wirkungen ausgebildete und nicht speziell ausgebildete Trauerbegleiterinnen erreichen wollen hinsichtlich der angestrebten Wirkungsbereiche im Vergleich zu nicht ausgebildeten Trauerbegleitern (leitfadengestützte Interviews: „Problemzentrierte Interviews“ nach WITZEL 2000).

Die Ergebnisse dieser Forschungsphase fließen dann mit in die inhaltliche Gestaltung der Fragebögen für das 5. Forschungsmodul ein.

³ In der vorliegenden Projektbeschreibung wird der Begriff „hospizlich-palliativ“ als übergreifende Kennzeichnung verwendet für die beiden Handlungsfelder der palliativen (Palliativmedizin, Palliative Care) und der hospizlichen Arbeit (ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize inkl. ehrenamtlicher Sterbebegleitung).

⁴ Das grammatische Geschlecht wird jeweils in einer zufälligen Reihenfolge verwendet. Damit soll der Tatsache Ausdruck verliehen werden, dass Männer und Frauen gleichermaßen unsere gesellschaftliche Wirklichkeit bilden.

Ziel 4: Vergleichende explorierende Ermittlung und systematisierte Darstellung der Wirkungen von Ausbildung zum Trauerbegleiter bei den Begleitern selbst.

Durch die Erreichung von Ziel 5 wird geklärt, welche Wirkungen ausgebildete und nicht speziell ausgebildete Trauerbegleiterinnen anstreben und beobachten, und welche Wirkungen die begleiteten Menschen selbst bei sich wahrnehmen und beobachten (Fragebogenerhebung bundesweit).

Ziel 5: Ermittlung und Darstellung von Rahmendaten zur Strukturqualität der hospizlich-palliativen Trauerbegleitung. Und eine vergleichende Ermittlung vor allem von gesundheitsfördernden und präventiven Wirkungen der Trauerbegleitung aus der Sicht von Begleitern und Begleiteten unter Beachtung und Nutzung relevanter wissenschaftlichen Konzepte (z. B. Coping, Self Care, Sense of Coherence der Salutogenese, Resilienz).

Ziel 6 befasst sich mit den resümierenden Schlussfolgerungen und Ableitungen aus den vorherigen Zielen. Es werden Essentials formuliert, die die Basis bilden sollen, für die zukünftig (weiter) zu entwickelnden Konzepte einer wirkungsorientierten Trauerbegleitung, die sich orientiert an einer wieder oder besser glückenden Teilhabe am sozialen Leben und einer (wieder gut oder besser) gelingenden „Selbstpflege“ durch die Wahrnehmung und Erfüllung eigener Bedürfnisse und eine veränderte Wahrnehmung und Würdigung der Trauer.

Ziel 6: Ausarbeitung von Essentials für spezielle und für niederschwellige Fortbildungskonzepte zu einer verbesserten Befähigung, mit (schwerer) Trauer von Hinterbliebenen und der Trauerverarbeitung von Mitarbeitern im gesamten Feld der professionellen und ehrenamtlichen Altenhilfe kompetent umgehen zu können.

1.3 Bezug des Vorhabens zu den förderpolitischen Zielsetzungen

Vor allem der demographische und soziale Wandel der nächsten Jahrzehnte führt zu einer Zunahme (absolute Zahlen und prozentual), hoch betagter Menschen und auch zu einer Zunahme der jährlich sterbenden Menschen: Derzeit sterben jährlich in Deutschland rund 820.000 (im Jahr 2006) bis 854.000 Menschen (2009) (STATISTISCHES BUNDESAMT 2010a), davon mehr als jeder Vierte an einer Krebserkrankung. Über 90 % der Verstorbenen sind älter als 65 Jahre alt (STATISTISCHES BUNDESAMT 2010b).

Bis ins Jahr 2050 wird die Zahl der jährlich sterbenden Menschen bei einer Abnahme der Bevölkerungszahl von derzeit rund 80 Mio. auf dann etwa 75 Mio. Menschen auf rund 1,2 Mio. steigen (Statistisches Bundesamt 2010c). Dies wird zu einem in vielen Dimensionen veränderten gesellschaftlichen Umgang mit Tod und Sterben, aber eben auch mit der Trauer und dem Umgang und der Bewältigung von Trauer führen (müssen). Vor allem die seelischen Belastungen, mit denen Angehörige und Zugehörige⁵, aber auch die

⁵ Wenn im Zusammenhang von Sterben, Tod und Trauer von Familie und von Zugehörigen gesprochen wird, so ist mit dem Zweitgenannten das vom Patienten gewählte soziale Netz gemeint. Die direkten Verwandten sind nicht notwendigerweise auch die engsten Vertrauten.

hauptamtlichen Mitarbeiterinnen durch die Pflege und Versorgung, durch das intensive sich kümmern, aber auch durch das Trauererleben konfrontiert werden – diese Belastungen werden allein durch die Anzahl der zu verarbeitenden Trauersituationen quantitativ zunehmen. Und es wird dabei keinen „Gewöhnungsfaktor“ geben können, der – nach derzeitigem Wissensstand – nicht in gesundheitliche und seelische Destabilisierung oder Gefährdung einmünden wird. Nicht bewältigte oder alleine nicht bewältigbare Trauer, die in tiefgehende und/oder komplizierte Trauerprozesse einmündet, benötigt die Unterstützung durch die soziale Mitwelt und oft auch durch die Begleitung von qualifizierten Trauerbegleitern.

Das Vorhaben bietet durch die Ausarbeitung eines systematisierten Überblicks über die aktuellen Ausbildungsziele bezüglich der beabsichtigten Wirkungen von Trauerbegleitung einen ersten Überblick über die curricularen Absichten. Durch die Untersuchung des von begleiteten Menschen wahrgenommenen Zielerreichungsgrades werden Grundlagen geschaffen für die zukünftige, strukturelle und konzeptionelle (Weiter-) Entwicklung von Angeboten zur Entlastung pflegender Angehöriger von sterbenden Menschen, für Angebote der Trauerbegleitung von Hinterbliebenen sowie für Konzepte mit einem angemessenen Umgang mit den immer wieder kehrenden Belastungen durch Trauer bei den hauptamtlich Tätigen in der stationären und der ambulanten Pflege (WILKENING 2005, WILKENING/WICHMANN 2010, MÜLLER 2010).⁶

Mit der Ausformulierung von Essentials für die zukünftige Gestaltung von Trauerbegleitung leistet das Projekt auch einen Beitrag bei der (Weiter-) Entwicklung neuer Konzepte und Methoden bei Versorgungsangeboten, die im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Beitrag für die Bewältigung von Belastungssituationen von immer mehr Menschen erbringen werden.

Die Ausarbeitung einer Handreichung im Rahmen der Berichterstattung und Verwertung der Projektergebnisse zielt auf Qualifizierung von haupt- und von ehrenamtlichen Mitarbeitern im gesamten Handlungsfeld der Altenhilfe und der Hospizarbeit. Das Projekt soll auch dazu beitragen, das Erleben von Trauer und den Umgang mit Trauerverarbeitung als einen Prozess zu begreifen, der über strukturelle (ambulant-stationäre, sozialer und Gesundheitssektor) und disziplinäre (z. B. Medizin, Pflege, Soziale Arbeit, Seelsorge, Psychologie) Grenzlinien hinweg gestaltet werden muss und gestaltet werden kann.

Die direkten Angehörigen sind vor allem in den letzten Monaten und Wochen des Lebens sterbender Menschen und danach auch nicht automatisch die am höchsten Belasteten. Der Begriff Zugehöriger wäre in diesem Zusammenhang der passendere Begriff, weil er die Beziehung und die Bindung definiert und somit die Zugehörigen bei der Trauerbewältigung mit berücksichtigt (KERN/GASPER-PAETZ/WAUSCHKUH 2009: 22).

⁶ Im deutschsprachigen Raum befassen sich vor allem KARIN WILKENING und MONIKA MÜLLER unter anderem mit der Fragestellung, welchen Belastungsfaktoren und Belastungssymptomen hauptamtlich Tätige beim Erleben und Begleiten des Sterbens im stationären Bereich und beim (eigenen) Erleben, Begleiten und Verarbeiten der Trauer ausgesetzt sind, und welche Schutzfaktoren gegen ein mögliches Burn-Out wirksam sein können (MÜLLER ET AL 2010).

1.4 Wissenschaftliche Arbeitsziele des Vorhabens

Das Projekt befasst sich mit der Wirkungsforschung eines relativ neuen Versorgungsangebotes, das sich im Zuge der intensiven strukturellen und leistungsgesetzlichen Förderung speziell der palliativen und der hospizlichen Arbeit in den letzten 15 Jahren (u. a. durch § 39a SGB V: stationäre und ambulante hospizliche Leistungen inkl. der ehrenamtlichen Sterbebegleitung; § 37b SGB V: spezialisierte ambulante Palliativversorgung [SAPV]) allmählich als ein weiteres wichtiges konzeptionelles Element der Palliativ- und Hospizstrukturen entwickelt.

Mit der Beschreibung und Untersuchung von Wirkungsbereichen der Trauerbegleitung, die auch „außerhalb“ medizinischer Wissensbestände liegen, widmet sich das Projekt Fragestellungen, die in der bisherigen Forschung nicht ausreichend oder nur peripher thematisiert worden sind. Ausnahmen hiervon bilden für die Situation in Deutschland nur wenige Arbeiten wie z. B. WILKENING/KUNZ (2005) und MÜLLER ET AL (2010).

Bisher dominieren medizinische Fragestellungen die Wirkungsforschung der Trauerbegleitung, vor allem wird unter dem Blickwinkel der Depression bzw. der Linderung von Depressionsfolgen sowie somatischer Beschwerden geforscht. Wirkungsuntersuchungen, die sich mit der Frage der „Rekonstruktion der Alltagsgestaltung“ befassen und sich z. B. auf Coping- oder Self Care-Ansätze beziehen, sind bisher – zumindest im deutschsprachigen Raum – stark vernachlässigt worden. Auch mögliche gesundheitsfördernde Wirkungen der Trauerbegleitung, die sich auf den Ansatz des Sense of Coherence [SOC] (ANTONOVSKY 1997) beziehen lassen, wurden kaum beachtet, obwohl die Komponenten bzw. Dimensionen des SOC (BENGEL 2001) für den Umgang mit Trauer und Verlust durchaus erklärungsstark sind: Handhabbarkeit (z. B. der Situation an sich und der Auswirkungen der Trauer im Alltag); Verstehbarkeit (z. B. des Verlustes und der körperlichen, emotionalen, seelischen, spirituellen und sozialen Reaktionen); Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit (z. B. des Verlustes, der vielfältigen Reaktionen, Wertschätzung der eigenen trauernden Person).

2. Stand der Wissenschaft und der Forschung

2.1 Überblick zu bisherigen Arbeiten zum Thema

Die wissenschaftliche Theoriebildung und die Forschung befinden sich – was Wirkungen der Trauer**begleitung** anbelangt – noch in einem relativ frühen Stadium. Generell können die bisherigen Ansätze und Studien unterschieden werden in Aussagen und Erkenntnisse über die grundsätzliche Wirkungen oder aber Nichtwirkungen von Trauerbegleitung. Es ist jedoch zu beachten, dass sich die englischsprachige Forschungsliteratur auf unterschiedliche Konzepte der Hilfe bei der Trauerbewältigung bezieht, und hier Trauer**begleitung** (Disclosing)⁷, Trauer**beratung** (Counseling) und Trauer**therapie** (Therapy) unterscheidet.

Bei der in Deutschland gängigen Form der Trauerbegleitung durch ausgebildete Trauerbegleiterinnen wird Begleitung (Disclosing) und Beratung (Counseling) konzeptionell zusammengeführt.⁸

Allgemeine Aussagen

Die generelle Tendenz in der Literatur kann durch folgende Beiträge gut beschrieben werden:

JORDAN und NEIMEYER (2003) geben einen Literaturüberblick zur Wirksamkeit von Trauer**begleitung** und kommen zu dem Schluss, dass die Basis für die Annahme einer generellen Wirksamkeit schwach sei. Daher sei es vor allem wesentlich, den Gesichtspunkt zu berücksichtigen, wann und für wen Trauerberatung anzuwenden sei.

ASHURST untersuchte 2003, mit welchen Gefühlen Betroffene innerhalb von 12 Monaten nach dem Verlust Schwierigkeiten hatten. Insgesamt zeigte sich, dass die Teilnehmer an der Trauer**beratung** eine weniger problematische Erfahrung mit dem Trauerprozess hatten als solche, die keine Beratung hatten.

Fortner untersuchte insgesamt 23 kontrollierte Experimente mit Interventionen bei Trauerfällen. Insgesamt zeigte sich ein kleiner positiver Effekt. Es gab aber auch eine hohe Rate von Verschlechterungen im Rahmen von Trauer**beratung**, die nicht ohne diese aufgetreten wären. Bei Personen mit komplizierter Trauer sind die positiven Effekte der Trauer**therapie** eher im mittleren Bereich. FORTNER empfiehlt daher: Trauerberatung und -therapie nur bei komplizierter Trauer, da sie erst dort nachweislich effektiv ist.

Kommentar: Die hohe Anzahl von Verschlechterungen könnte auf die Notwendigkeit einer besonderen Schulung der Trauerbegleiterinnen hinweisen bzw. auf eine Unter-

⁷ Disclosing bedeutet eigentlich: informieren, Rat geben. Man kann diese konzeptionelle Form der Unterstützung aber durchaus mit sehr niedrigschwelligen Angeboten in Deutschland vergleichen, z. B. mit der Begleitung durch ehrenamtliche hospizliche Mitarbeiter, die eine Befähigung zur Sterbebegleitung erlangt haben, aber nicht speziell für die Trauerbegleitung.

⁸ In Deutschland werden die beiden Begriffe „Trauerbegleiter“ und „Trauerberater“ in der fachlichen Diskussion und in den Darstellungen der Organisationen (Konzepte, Flyer usw.) meist synonym verwendet. In meiner Beschreibung werde ich durchgängig den Begriff des „Begleiters“ und der „Begleitung“ verwenden.

suchung der Schulungskonzepte und der Umsetzung der erlernten Inhalte in der Praxis. Es könnte auch bedeuten, dass durch Beratung manche Probleme zunächst intensiviert werden, so dass die günstigen Effekte einer Trauerberatung sich erst auf längere Sicht zeigen. Dies könnte bei komplizierter Trauer anders sein, da die empfundenen Probleme hier offener und vordergründiger sichtbar sind.

Mitentscheidung bei Interventionen zeigt Wirkung

ALLUMBAUGH und HOYT (1999) bezogen in ihre Meta-Analyse 35 Studien ein. Die Klienten in den Kontrollgruppen zeigten kaum Verbesserungen. Die Behandlungsgruppen zeigten allerdings deutliche Effekte. Ein wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung war, dass insbesondere die Klienten Effekte zeigten, die an Studien teilgenommen hatten, bei denen sie über die Teilnahme an der Intervention selbst entscheiden durften. Bei einer randomisierten Zuteilung durch den Experimentator zur Behandlungs- oder Kontrollgruppe zeigten die Studien weniger Therapieeffekte.

Kommentar: Trauernde scheinen zu wissen, ob sie Trauerbegleitung benötigen. Auch ist für die Wirksamkeit von Trauertherapie die freiwillige Teilnahme daran wichtig, und streng experimentell angelegte Untersuchungen (mit zufälliger Zuteilung durch den Experimentator) liefern lediglich Artefakte als Ergebnisse, da in der Realität kaum jemand sich einer Trauerberatung unterzieht, der dazu kein Bedürfnis verspürt. Allerdings können die positiven Ergebnisse auch durch so genannte Demand Characteristics hervorgerufen worden sein.

Verringerung von Symptomen

JERNEIZIG und LANGENMAYR untersuchten 1992 bei 27 Klienten der Essener Trauerberatungsstelle die Differenz in der Ausprägung von 20 bis 30 Symptomen zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende einer Trauer**therapie** (im Schnitt 20-25 Sitzungen). Untersucht wurden sowohl körperliche Symptome wie Infektionsanfälligkeit, Asthma, Herzbeschwerden als auch psychische Symptome wie Konzentrationsprobleme, depressive Verstimmung usw. Bei fast allen erfassten Symptomen ergaben sich deutliche Reduktionen.

Kommentar: Klientenzentrierte Trauertherapie hat sich als effektiv erwiesen. Entsprechend der Klientenstruktur ist die Aussage wohl überwiegend für komplizierte Trauer generalisierbar. Die Therapieeffekte folgten den auch sonst geläufigen Annahmen z. B. größere Effekte bei plötzlicher Trauer usw.

Sprechen über Gefühle, soziale Unterstützung und Anpassung:

STROEBE ET AL⁹ (2002, 2003) grenzen die Diskussion nach der Wirksamkeit von Trauerberatung auf drei Fragen ein:

a) Fördert soziale Unterstützung die Verarbeitung eines Verlusts?

⁹ Margaret Stroebe und Wolfgang Stroebe (Universität Utrecht) gelten als die renommiertesten europäischen Forscher zu Wirkungen der Trauerbegleitung. Sie bieten in Einzelarbeiten und in Reviews den breitesten Überblick über den aktuellen Forschungsstand.

- b) Fördert Sprechen über die verlustbezogenen Gefühle die Verlustverarbeitung?
- c) Fördern Trauerbegleitung und -therapie die Anpassung an den Verlust?

Fördert soziale Unterstützung die Verarbeitung eines Verlusts?

Verwitwete Männer und Frauen wurden 2 Jahre lang nach ihrem Verlust mehrfach befragt und ihre Angaben mit den Angaben einer parallelisierten Stichprobe verheirateter Personen verglichen. Verwitwete zeigten höhere Depressionswerte, die langsam abfielen. Soziale Unterstützung bewirkte geringere Depressionswerte, allerdings auch bei den Verheirateten. STROEBES Resümee: Soziale Unterstützung führt zu einer etwas geringeren Depression, fördert aber nicht die Trauerarbeit.

Fördert Sprechen über die verlustbezogenen Gefühle die Verlustverarbeitung?

Das Sprechen über Gefühle wurde mit einer 5-stufigen Skala erfasst und mit Depressionswerten in Verbindung gebracht. Es ergab sich keine Beziehung zwischen dem Ausmaß des Sprechens über Gefühle und der Verlustverarbeitung. Auch bei der Pennebaker-Writing-Task zeigte sich keine Auswirkung auf die Trauerverarbeitung. Bei dieser Aufgabe müssen in regelmäßigen Abständen Berichte über die jeweiligen Gefühle von der untersuchten Person geschrieben werden. In anderen Untersuchungen waren diese Aufgaben effektiv in der Stärkung des Immunsystems und anderen Verarbeitungsindizes. In einer Untersuchung von SEGAL ET AL zeigte sich in einer Interventionsgruppe eine allmähliche Abnahme der Hoffnungslosigkeit, hingegen in der Gruppe mit verzögertem Behandlungsbeginn eine leichtere Zunahme. Dieses Ergebnis wird bei der Interpretation allerdings weitgehend ignoriert. STROEBE ET AL kommen zu dem Schluss: ein einfacher Effekt, der eine positive Wirkung der Selbstöffnung bedeuten würde, sei nicht zu finden gewesen. Das Schreiben über Verlusterfahrung sei nicht wirksamer gewesen als das Schreiben über triviale Dinge. Auf die Anzahl der Arztbesuche sei keine Auswirkung zu finden gewesen. Nur bei dem oben genannten Maß sei ein positiver Effekt zu finden gewesen. Eine Wiederholung des Segalschen Experiments durch STROEBE ET AL zeigte keinen positiven Effekt der emotionalen Selbstöffnung.

Fördern Trauerbegleitung und -therapie die Anpassung an den Verlust?

Meta-Analysen von STROEBE ET AL (2005; 2007) zeigten, dass Interventionen, die bei allen Personen mit Todesfällen stattfanden, wenig Effekt aufweisen, hingegen Maßnahmen bei Personen, bei denen Probleme aufgrund bestimmter Risikofaktoren (dramatischer Verlust, kritische Lebensereignisse usw.) vorliegen, effektiv sind. Daraus ziehen die Autoren den Schluss: Trauerbegleitung für alle Trauernden ist nicht sinnvoll, für Personen mit zu erwartender oder bereits eingetretener komplizierter Trauer hingegen schon. Die Autoren kommen ferner zu dem Schluss, dass Trauerarbeit, das Teilen und Offenlegen von Gefühlen nicht immer die bisher proklamierten und angenommenen Auswirkungen auf Trauerbewältigung haben. Vermeidung sei nicht notwendigerweise abträglich, hingegen sei Nachsinnen und „Wiederkäuen“ aber oft mit schlechten Auswirkungen asso-

ziiert, während positive kognitive (Um-/Neu-)Bewertungen mit positiven Auswirkungen zusammenhängen.

Kommentar:

Man wird STROEBE ET AL zustimmen können, dass Trauerbegleitung besonders bei komplizierter Trauer effektiver ist und sich die Ausbildung der Begleiterinnen vor allem auf diese Klientel richten sollte. Ein wichtiger Punkt besteht dabei in der Entwicklung prognostischer Mittel, bei wem komplizierte Trauer vermutlich auftreten wird. Gegenüber der Begleitung bei „normaler“ Trauer sind jedoch nicht alle Studien so skeptisch wie die von STROEBE ET AL. Offensichtlich spielt die **Art des Vorgehens** (Schulung der Begleiter!) eine Rolle und auch die Frage des Leidensdrucks, wobei man davon ausgehen kann, dass Trauerbegleitung in der Regel nur von Personen wahrgenommen wird, die glauben, alleine mit der Trauer nicht oder nicht gut zurecht zu kommen und die unter der Trauer einen Leidensdruck haben. Daher ist Trauerbegleitung möglicherweise nicht nur bei komplizierter Trauer effektiv, sondern auch bei normaler Trauer und großem Leidensdruck. Bei Personen, die eine Beratung nicht wünschen oder zu brauchen glauben, ist sie weniger oder nicht effektiv oder hat sogar ungünstige Auswirkungen (dauerhaft oder vorübergehend).

Problematisch erscheint die Aussage, dass das Zeigen von Gefühlen keine Auswirkung auf den Trauerverlauf habe. Zum einen erscheint ein 5-skaliges Erfassungsinstrument, das kognitive Aussagen über emotionale Prozesse liefern soll, wenig geeignet, sich der Forschungsfrage tatsächlich zu nähern (methodologisches Problem). Relevant ist nicht nur, welche Gefühle jemand angibt gehabt zu haben, sondern auch welche Gefühle er tatsächlich äußert bzw. hat. Ferner kann die Skala zwar auch (geäußerte) Gefühle erfassen, aber vermutlich nicht die für den Trauerprozess eigentlich wesentlichen. Trauerbegleiter kennen in der Praxis Trauernde, die stundenlang über Gefühle reden können, aber die eigentlich für den Trauerprozess relevanten erst in einer längeren Begleitung wahrnehmend erkennen oder preisgeben. Problematisch erscheint auch die Schreibaufgabe, obwohl damit in anderen Zusammenhängen positive Ergebnisse erzielt wurden. Das Entscheidende an der Äußerung von Emotionen ist nicht, sie einem Blatt Papier anzuvertrauen, sondern einem mitfühlenden Menschen, und gerade dieser Aspekt ist bei dieser Untersuchung ausgeklammert.

Physische und psychische Gesundheit:

STROEBE, SCHUT und STROEBE kommen (2005) in ihrem Review bezüglich der Beziehung zwischen Verlust und physischer sowie psychischer Gesundheit zu folgenden Ergebnissen:

Zumindest innerhalb der ersten 6 Monate nach einem Verlust haben Trauernde eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheitsverfassung (äußert sich z.B. in einer höheren Sterberate, wobei dieses Risiko kurz nach dem Verlust am höchsten ist). Bei erwartbarer komplizierter Trauer bzw. einem besonders belastenden Verlust ist die Sterberate höher als bei normaler Trauer. PRIGERSON stellte interessanterweise fest, dass schlechtere körperliche Gesundheit, Medikamenteneinnahme, Krankenhausaufenthalte

sowie Arbeitsunfähigkeit zunehmen, die Häufigkeit der Arztbesuche jedoch trotz des schlechteren Gesundheitszustandes abnimmt. Auch gilt: je stärker die Trauer, desto schlechter der Gesundheitszustand.

Insgesamt sind Gesundheitskosten – u. a. vermutlich wegen der abnehmenden Selbstpflege (sinkende Zahl der Arztbesuche) – bei Trauernden gegenüber den Kontrollgruppen höher.

Kommentar:

Möchte man positive Effekte von Trauerbegleitung messen, dann sollten vorher mögliche Wirkbereiche (z. B. durch Literaturstudien oder die Befragung von Trauernden selbst usw.) thematisch breiter exploriert werden. Mögliche Wirkbereiche z. B. im Self-Care-Verhalten wurden in den vorhandenen Untersuchungen nicht erhoben, da dort in der Regel mit Depressionsinventaren gemessen wurde (zumindest in allen Untersuchungen, die im Review von STROBE ET AL gesammelt wurden).

Weitere Wirkbereiche zu erschließen und anhand dieser die Effektivität von Trauerbegleitung zu untersuchen, erscheint als vielversprechend. Das gilt auch für die im geplanten Vorhaben vorgesehene Befragung von Nutzern der Trauerbegleitung und ihre persönliche Einschätzung von Auswirkungen der Trauerbegleitung (offene Antwortmöglichkeiten). Bisherige Untersuchungen legten erwartete, meist medizinisch ausgerichtete Wirkbereiche vorher fest und überprüften diese anschließend.

Reaktionen auf Verlust:

Als Reaktionen auf Verluste wurden in mehreren Untersuchungen (STROEBE ET AL 2002, 2003, 2007, 2005) bisher ohne Anspruch auf Vollständigkeit beschrieben:

Affektiv: Depression, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit/Schwermut, Verzweiflung, Ängstlichkeit/Ängste/Beklemmung, Frucht, Schuld, Selbstvorwürfe, Selbstanklage, Ärger/Groll, Feindseligkeit, Anhedonie/Freudlosigkeit, Einsamkeitsgefühle, Sehnsucht nach dem Verstorbenen, Schock, Betäubung, Gefühllosigkeit, Starre

Kognitiv: Besetztsein mit wiederkehrenden intrusiven Gedanken an den Verstorbenen, Wahrnehmung von der Präsenz des Verstorbenen, Verdrängen und Leugnen des Verlustes und der Trauer, gemindertem Selbstwertgefühl, Selbstvorwürfe, Hilflosigkeit/ Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, Wahrnehmung von Unwirklichkeit, Erinnerungs- und Konzentrationsschwierigkeiten

Verhalten: Unruhe/Unrast, Angespanntheit, Erschöpfung, Überaktivität, (searching: Suchbewegungen), Weinen/Schluchzen, sozialer Rückzug

Physiologisch: Appetitverlust, Schlafstörungen, Energieverlust, Erschöpfung/Entkräftung

Somatische Beschwerden: physische Beschwerden ähnlich denen des Verstorbenen; immunologische und endokrine Veränderungen: Anfälligkeit für Krankheiten und erhöhtes Sterberisiko (Susceptibility for mortality)

Die Effekte variieren in Auftreten und Intensität je nach Verlustart und Beziehung zum Verstorbenen und Stärke der Trauer (z. B. vermehrt und intensive Schuldgefühle bei Eltern und Großeltern eines verstorbenen Kindes: „Schuld der Überlebenden“)

Kommentar: Obwohl Depressionssymptome als Reaktion auf einen Verlust üblich sind, wird im Review zwischen Depression und Trauersymptomatik unterschieden. Auch deshalb erscheint das alleinige Messen von Depressionssymptomen nicht aussagekräftig genug bezüglich der Trauersymptomatik.

Interessant ist auch, dass die höhere Sterberate in den Untersuchungen nicht hinsichtlich ihrer Ursachen weitergehend untersucht wird. STROEBE ET AL schreiben dazu, dass als Ursachen auch Einsamkeit, verändertes Sozialverhalten, veränderte Essgewohnheiten, wegfallende ökonomische Unterstützung u.v.m. ursächlich sein könnten, also sekundäre Auswirkungen eines Verlustes.

Auswirkungen von Trauerbegleitung in sekundären Bereichen wurden ebenfalls nicht untersucht. Auch hier gibt es also Hinweise darauf, dass Wirkbereiche von Trauerbegleitung auch in solchen Bereichen zu suchen sind.

Coping (Sinn und Soziales Umfeld)

COSTA/MCCRAE (1993) fanden heraus, dass eine Mehrzahl der von Verlust Betroffenen gegenüber Trauer resilient sei, d. h. sich mit der Zeit (bei einem „normalen“ Verlauf des Trauerprozesses) von den psychischen und physischen Reaktionen erholt, ohne auf Trauerbegleitung oder Trauertherapie angewiesen zu sein.

Ferner bemerken Stroebe et al. (2005), dass in der Trauerforschung mehr Augenmerk auf hilfreiche oder schadende Copingstrategien im Umgang mit Trauer (der sich auch kulturell unterscheidet) gelegt werden sollte, bzw. solche Strategien evaluiert werden müssten, um gesunde versus ungesunde Wege im Umgang mit Trauer zu explorieren.

Ebenso scheinen die Theorien über Trauer und Begleitung noch nicht ausgereift und ausreichend erforscht (vgl. Phasenmodell der Trauer) und es fehlen Studien darüber, wie begleitet und ausgebildet wird.

Bezüglich der qualitativen Kategorisierung von Trauer entwickelte PRIGERSON (1999) Diagnostikkriterien für komplizierte/chronische Trauer. Darunter fallen 9 % bis 20% aller Trauernden. Faktoren, die das Entstehen einer komplizierten Trauer beeinflussen sind nach PRIGERSON: Todesumstände, Beziehungsart, Beziehungsqualität, Persönlichkeitsfaktoren (Glaube, psychische Vorerkrankung, Bewältigungsstrategien).

Starkes Selbstbewusstsein/Selbstwertgefühl, Optimismus und sichere soziale Beziehungen hingegen wirken präventiv und schützen. Soziale Isolation hingegen verursacht Komplikationen bei der Trauerbewältigung.

Nach STROEBE ET AL (2007) wird unter anderem „Bedeutung geben“ als heilsam und schützend betrachtet.

MONIKA MÜLLER [Kooperationspartnerin des Projekts] hat 2008 in explorativen Interviews mit Trauernden, die an einer Begleitung teilgenommen hatten, einige Aussagen bezüglich

der Wirkung von Trauerbegleitung gesammelt, die in den Bereich Sinnhaftigkeit einzuordnen sind. Hier finden sich weitere Hinweise darauf, dass viele Wirkbereiche von Trauerbegleitung bisher unbeachtet geblieben sind.

Generell ist soziale Unterstützung nach STROEBE ET AL hilfreich, inadäquate Unterstützung stellt aber einen zusätzlichen Risikofaktor (bei Trauernden ebenso wie bei Nichttrauernden) dar.

Weiterhin interessant ist, dass sich bei erschwerter/komplizierter/chronischer Trauer spezielle individuelle Behandlungsmodule für komplizierte Trauer als effektiver gezeigt haben als eine Standard-interpersonelle-Therapie.

Kommentar:

Die Einbindung in die soziale Mitwelt und deren Reaktionen auf den Trauerprozess sowie die Sinnggebung der Trauenden selbst sind bedeutsame Faktoren für die Verarbeitung von schwerer und komplizierter Trauer.

Der SOC mit den drei Dimensionen der **Verstehbarkeit** (Comprehensibility), der **Handhabbarkeit** (Manageability) und der **Sinnhaftigkeit** (Meaningfulness) kann Auskunft über den Grad an Vertrauen geben, den ein Mensch hat, dass Ereignisse im Leben verstehbar, handhabbar und sinnhaft sind. Dieses Vertrauen steht in einem engen Zusammenhang mit der generellen und situativen Resilienz (Belastbarkeit) von trauernden Menschen.

Es scheint also Erfolg versprechend zu sein, spezielle Angebote für Trauernde weiterzuentwickeln und zu beforschen, anstatt Trauernde in bestehenden anderen Gesundheitsversorgungsangeboten „unterzubringen“.

Ferner sollte die Ausbildung der Begleiter bzw. Interventionen jeder Art nicht nur bezüglich der Effektivität, sondern auch mit Blick auf mögliche schadhafte Einflüsse genauer untersucht werden.

Gesamtfazit:

Trauerbegleitung ist besonders effektiv bei komplizierter Trauer, was entsprechende Konsequenzen für die Ausbildung von Trauerbegleiterinnen zur Folge haben sollte. Trauerbegleitung ist jedoch auch bei normaler Trauer effektiv, wenn die Klienten von sich aus diese Begleitung gewünscht haben und über die Interventionen mitentscheiden können, d. h. wenn gehört und berücksichtigt wird, was sie brauchen und wollen. Verschlechterungen innerhalb von Trauerbegleitung bei „normaler“ Trauer sollte von der Forschung noch besondere Beachtung geschenkt werden. Man könnte vermuten, dass es sich dabei entweder um vorübergehende Effekte handelt, die durch spätere positive ausgeglichen werden, oder aber um Probleme in der Interaktion von Trauernden mit einzelnen Beratern (oder Therapeuten), die auf fachliche Mängel der Berater zurückzuführen sein könnten. In diesen Fällen wäre der Effekt strukturell durch eine entsprechend qualifizierende Ausbildung der Begleiter auszugleichen.

Eine Ausweitung des Bereichs der Anwendung von Trauerbegleitung auf nicht hierfür in erster Linie gedachte Klientengruppen (Schmerzpatienten, depressive Patienten) erscheint möglich und sinnvoll, wobei allerdings der Übergang zu einem Bedarf nach Trauer**therapie** beachtet werden muss. Untersuchungen zu Trauerbegleitungen mit schon lange zurückliegenden Verlusten zeigen, dass die Therapie hier Effekte zeitigt.

Bei komplizierter/traumatischer Trauer hat sich Trauerbegleitung nach PRIGERSON (1993) als effektiv und sinnvoll erwiesen.

Gerade für komplizierte Trauer könnte die Weiterentwicklung und Systematisierung von unterschiedlich anspruchsvollen Ausbildungskonzepten (Stichwort: von basics zu advanced) eine strukturelle Verbesserung bewirken.

2.2 Eigene Arbeiten und Erfahrungen in Projektleitungen im thematischen Bereich des Vorhabens

Einleitende Anmerkung: ich werde mich im Folgenden nur auf Projektleitungen, Arbeiten und Veröffentlichungen im Handlungsfeld der hospizlich-palliativ Arbeit beschränken und vergleichbare Projekt- und Forschungstätigen in anderen Handlungsfeldern (z.B. Sucht und Gewaltprävention bei Schulkindern) nicht ausführen. Eine Literaturliste zu den eigenen Veröffentlichungen findet sich im Anschluss an die Literaturangaben am Ende der Projektbeschreibung.

Projektleitungen und Projektstätigkeiten in thematisch verwandten Feldern der Altenhilfe:

Projekt: Versorgung und soziale Integration schwer pflegebedürftiger alter Menschen in Berlin Kreuzberg (1998-1988).

Projektleitung: „Koordinierungsstelle für ambulante Rehabilitation älterer Menschen“ in Berlin Wilmersdorf (1988 bis 2002).

Projektevaluation: „Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten und sozialen Rehabilitation älterer Menschen nach schweren gesundheitlichen Krisen“ in den Berliner Bezirken Kreuzberg und Berlin (von 2004 bis 2006).

Projektleitungen und Projektstätigkeiten im hospizlich-palliativen Feld :

Projekt (2003-2004): „Qualität und Qualitätsentwicklung ehrenamtlicher ambulanter Hospizarbeit“. Projekt der BAG Hospiz im Rahmen des Gesamtprojekts „Netzwerk zur Qualitätssicherung in der Hospizarbeit“ (2003-2004).

In diesem Projekt wurde zunächst eine Beschreibung und Systematisierung der Inhalte der ehrenamtlichen Sterbebegleitung durchgeführt und es wurde u. a. anhand zentraler Variablen untersucht (z. B. Geschlecht der Begleiter, ländliche und städtische Regionen, berufstätige und nicht berufstätige Begleiterinnen usw.) welche Einflüsse sie haben z. B. auf die bei der Sterbebegleitung eingesetzte Zeit (Stunden), auf die Gesamtdauer (Wochen), auf die inhaltlichen Schwerpunkte usw.

Außerdem wurde ein Verfahren zur Qualität sichernden Dokumentation der ehrenamtlichen Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste entwickelt. Dieses Ver-

fahren wurde als Gesamtpaket (mit einer Handreichung) und mit frei gestaltbaren einzelnen Arbeitshilfen über ALPHA Rheinland kostenfrei allen bei der damaligen BAG Hospiz (jetzt DHPV) bekannten ambulanten Hospizdiensten auf einer CD zur Verfügung gestellt und kann als Nachweis der Strukturqualität bei den Krankenkassen im Rahmen der Erfordernisse für eine Förderung nach § 39a SGB V vorgelegt werden.

Projekt (2005): „Handreichung für Multiplikatoren. Konzept für die Befähigung Ehrenamtlicher zur Sterbebegleitung.“ Überarbeitung und Weiterentwicklung eines Curriculums. Im Auftrag von ALPHA Rheinland (2005).

Projekt (2006): „Unterstützungsmanagement in der hospizlichen und palliativen Arbeit“. Analyse des Bedarfs für die Einführung eines neuen methodischen Ansatzes für die hospizliche und palliative Koordination. Ferner wurden die Konzepte, Selbstverständnisse, Inhalte und Zielsetzungen der hospizlichen Koordinationstätigkeit untersucht

Projekt (2007-2008): „Unterstützungsmanagement in der Palliative Care- und Hospizkoordination.“ Konzept zur Anpassung der Case Management-Methodik für den hospizlich-palliativen Bereich und Strategien zur Implementierung des Ansatzes.

Speziell die beiden Projekte von 2003 und 2005 zur Entwicklung von Qualität ehrenamtlicher ambulanter Hospizarbeit, speziell bei der Sterbebegleitung, und die Ausarbeitung einer Handreichung für Multiplikatoren als wirkungs- und zielorientiertes Konzept für die Befähigung Ehrenamtlicher zur Sterbebegleitung haben sowohl thematisch als auch vom Projektdesign einen sehr engen Bezug zum nun geplanten Vorhaben.

Ferner bieten thematisch ähnliche Vorarbeiten von einem der Kooperationspartner des Projekts (Alpha Rheinland, vertreten durch Monika Müller: „Wie viel Tod verträgt das Team“) und die nun 7 Jahre währende intensive und inzwischen routiniert eingespielte Kooperation zwischen dem Projektleiter (M. Wissert) und ALPHA Rheinland sehr gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Durchführung des geplanten Vorhabens.

3. Beschreibung des Arbeitsplans

3.1 Arbeitsplan und Design des Vorhabens

Entsprechend des unter Punkt 1.2 der Projektbeschreibung dargestellten generellen Ziels des Projekts und der daraus abgeleiteten, notwendigen Teilziele ist das Design des Vorhabens organisatorisch in drei Hauptbereiche gegliedert, in die:

- A. Projektentwicklungsphase
- B. Forschungsphase mit mehreren, aufeinander aufbauenden Teilmodulen
- C. Phase der Berichterstattung und Verwertung der Ergebnisse

Eine graphische Darstellung des zeitlichen Ablaufs und der zeitlichen Verschränkungsbezüge ist der Projektbeschreibung als Anlage beigefügt (siehe hierzu den GANTT-Projektplan in der Dokumentenhülle).

A) Zur Projektentwicklungsphase: Sie untergliedert sich in die Teilschritte

Teambildung mit Einführung in das Arbeitsprogramm, in der die drei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Projekts mit einer kurzen teambildenden Maßnahme auf eine gute Zusammenarbeit „eingeschworen“ werden [Teamregeln], in den sozial- und gesundheitspolitischen Gesamtzusammenhang des Projekts eingeführt werden und zusammen ihre jeweiligen speziellen und die gemeinsamen Aufgabenbereiche kennenlernen werden.

Gemeinsames Planungsgespräch mit allen Vertretern der Kooperationspartner:

- die Kooperationspartner kennen die wissenschaftlichen Mitarbeiter;
- die Kooperationspartner haben Kenntnis von der inhaltlichen und zeitlichen Abfolge der Forschungsmodule;
- die Kooperationspartner bringen noch weitere mögliche, besondere fachliche Interessen oder Aspekte in das Projekt ein, die bis zu diesem Zeitpunkt noch zu wenig Beachtung gefunden haben;
- die Kooperationspartner stimmen sich untereinander auf ihre jeweiligen Rollen im Projektbezug ein, treffen entsprechende konkrete inhaltliche und zeitliche Vereinbarungen und beginnen mit ihrer unterstützenden Hintergrundberatung als fachliche Konsensgruppe¹⁰

Vorbereitung der Forschungsorganisation mit der konkreten zeitlichen und inhaltlichen Planung und Aufgabenverteilung sowie den Absprachen und Regelungen

¹⁰ Die Mitglieder einer fachlichen Konsensgruppe müssen sich im Zuge ihrer unterstützenden Beratung keineswegs immer im Konsens befinden. Konsens sollte aber bestehen über die strategische Unterstützung des Projekts und der Projektziele, über die konkrete Unterstützung im Rahmen der jeweils übernommenen Rolle und Funktionen, über die bei den halbjährlichen Treffen der Konsensgruppe gemeinsam zu leistende, wohlwollend-kritische Reflexion zum bisherigen Verlauf, zu den Zwischenergebnissen und zur weiteren strategischen Gestaltung des Projektverlaufs und zu inhaltlichen Fragestellungen.

gen über die erforderlichen kommunikativen Feedback-Schlaufen und Ablaufroutinen bei der Realisierung der Aufgaben.

B) Zur Forschungsphase mit mehreren, aufeinander aufbauenden Teilmodulen

Zum besseren Verständnis und für eine übersichtliche Darstellung der Zusammenhänge zwischen den Zielen und dem Arbeitsplan und Design des Projekts werden im Folgenden vor den einzelnen Phasen des Projekts jeweils die Zielformulierungen noch einmal eingefügt:

Ziel 1 ist es, mit Blick auf die Wirkungsabsichten einen bisher in Deutschland noch nicht vorhandenen systematisierten Überblick über Ausbildungsziele und -inhalte für die hospizlich-palliative und anderweitige Trauerbegleitung zu schaffen.

Modul 1: Sichtung internationaler Forschungsliteratur, mit:

Literaturbeschaffung und Recherche

Literatursichtung und -auswertung

Bericht zum Forschungsstand und Schlussfolgerungen für das Projekt

(Modul 1 ist Aufgabenbereich des wiss. Mitarbeiters 1: Psychologe¹¹)

Ziel 2: Ausarbeitung eines exemplarischen vergleichenden und systematisierten Überblicks zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden im Selbstverständnis und in den Handlungsbegründungen ausgebildeter Trauerbegleiter (von Instituten des Bundesverbandes Trauer) und von nicht speziell ausgebildeten Trauerbegleitern.

Modul 2: Analyse der Ausbildungskonzepte

Sammlung der Konzepte von ausbildenden Organisationen und Einrichtungen

Sichtung und Inhaltsanalyse der Konzepte

Systematisierung von expliziten und impliziten Wirkungsabsichten

Bericht: Übersicht zu Wirkungsabsichten

(Modul 2 ist Aufgabenbereich der wiss. Mitarbeiterin 2: Diplom-Pädagogin und ausgebildete Trauerbegleiterin)

¹¹ Die erforderlichen personellen Ressourcen für das Projekt und die entsprechenden Qualifikationsprofile sind unter Punkt 3.2 der Projektbeschreibung dargestellt.

Ziel 3: Exemplarische Klärung der qualitativen und quantitativen Ressourcen und des qualitativen und quantitativen Bedarfs bei einem Träger der stationären und ambulanten Altenhilfe (St Anna-Hilfe: Kooperationspartner). Diese Ressourcen- und Bedarfsklärung ist erforderlich, um mögliche Essentials für Konzepte einer zielorientierte Trauerbegleitung entwickeln zu können (siehe letztes Ziel des Vorhabens).

Modul 3: Strukturanalyse der St. Anna-Hilfe: Kompetenzen und Netzwerke für Trauerbegleitung

Organisationsanalyse bei und mit der St. Anna-Hilfe

Sichtung bei den Kooperationspartnern der St. Anna-Hilfe

Bericht: Kompetenz Trauerbegleitung St. Anna-Hilfe

(Modul 3 ist Aufgabenbereich der wiss. Mitarbeiterin 3: Dipl.-Sozialarbeiterin/-Sozialpädagogin und Krankenpflegerin)

Meilenstein: Überprüfung des Bedarfs der Projektziele und des Feldzugangs zu Interviewpartnern

Nach Abschluss der ersten drei Forschungsmodule wird geprüft, ob die anhand der Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes entwickelten Hypothesen des Projekts zutreffen und ob ein **Handlungs- und Forschungsbedarf** weiterhin gegeben ist durch:

nicht ausreichend systematisierte Ausbildungskonzepte

nicht ausreichend gut beschriebene Wirkungsabsichten

eine (zu starke) Vernachlässigung der Aspekte von möglichen präventiven und gesundheitsfördernden Wirkungen in den Ausbildungskonzepten.

Sollten diese Annahmen – wider Erwarten – widerlegt sein, dann muss über eine mögliche inhaltliche Neuausrichtung der Forschungsrichtung oder über die Beendigung des Projekts befunden werden.

Ferner wird zu diesem Zeitpunkt noch einmal geprüft, ob der generell bereits zugesagte Feldzugang für die Interviews mit den Trauerbegleiterinnen tatsächlich offen ist und realisiert werden kann.

Ziel 4: Vergleichende explorierende Ermittlung und systematisierte Darstellung der Wirkungen der Ausbildung zum Trauerbegleiter bei den Begleitern selbst.

Modul 4: Wirkungsabsichten Trauerbegleiter

Ausarbeitung und Testung Leitfaden

Durchführung der Interviews

Auswertung der Interviews

Bericht: Wirkungsabsichten Trauerbegleiter

(Modul 4 ist Aufgabenbereich der beiden wiss. Mitarbeiterinnen 2 und 3: Dipl.-Sozialarbeiterin/-Sozialpädagogin; Krankenpflegerin und Diplom Pädagogin; Trauerbegleiterin)

Meilenstein: Überprüfung der Hypothesen des Projekts über die Fachlichkeit bei der Begleitung und Überprüfung des Feldzugangs für die Befragung mittels Fragebogen-

Nach Abschluss des vierten Forschungsmoduls wird geprüft, ob die anhand der Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes entwickelten weiteren Hypothesen des Projekts zur Fachlichkeit bei der Begleitung zutreffen:

nicht ausreichend gut dargestellte oder erkennbare Wirkungsabsichten bei den Begleitern;

eine (zu starke) Vernachlässigung der Aspekte von möglichen präventiven und gesundheitsfördernden Wirkungen;

keine Unterschiede in der Fachlichkeit und bei den Wirkungsabsichten zwischen ausgebildeten und nicht ausgebildeten Begleiterinnen

Sollten **alle** Annahmen – wider Erwarten – widerlegt sein, dann muss an dieser Stelle über eine mögliche inhaltliche Neuausrichtung der Forschungsfrage oder über die Beendigung des Projekts befunden werden.

Ferner wird zu diesem Zeitpunkt noch einmal geprüft, ob der generell bereits zugesagte Feldzugang für die bundesweite Befragung mittels Fragebögen tatsächlich offen ist und realisiert werden kann.

Ziel 5: Ermittlung und Darstellung von Rahmendaten zur Strukturqualität der hospizlich-palliativen Trauerbegleitung.

Vergleichende Ermittlung u. a. von gesundheitsfördernden und präventiven Wirkungen der Trauerbegleitung aus der Sicht von Begleitern und Begleiteten unter Beachtung und Nutzung relevanter wissenschaftlichen Konzepte (z. B. Coping, Self Care, Sense of Coherence der Salutogenese, Resilienz).

Modul 5: Erfassbare Wirkungen der Trauerbegleitung

Entwicklung und Pretest der Fragebögen: u. a. mit wichtigen sozialstatistischen indirekten Wirkungsvariablen (Alter, Geschlecht, Zeitraum seit dem Verlust eines Zugehörigen, Zeitraum seit Beginn (noch aktuell) oder seit Ende der Begleitung (schon abgeschlossen)
Datenerhebung (inkl. Nachfragewelle):

- Es werden zum einen alle Hospizdienste in Deutschland, die Trauerbegleitung anbieten, u. a. befragt, in welchem Umfang sie Trauerbegleitung anbieten und durchführen und unter welchen Rahmenbedingungen (Qualifizierung der Trauerbegleiterinnen) dies geschieht.
- Zum anderen werden Fragebögen über die ambulanten und stationären Hospize, die über die Landesarbeitsgemeinschaften dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband [DHPV] angeschlossen sind und die Trauerbegleitung anbieten, an Personen verschickt, die eine Trauerbegleitung der jeweiligen Hospizdienste wahrgenommen haben.
- Ferner werden bundesweit über den DHPV (→ Trauerbegleitung durch Hospize) und den Bundesverband Trauer (→ nicht durch Hospize organisierte Trauerbegleitung) und durch St. Anna-Hilfe, ALPHA-Rheinland und andere erschließbare Feldzugänge (→ nicht ausgebildete Trauerbegleiter) möglichst viele Trauerbegleiter befragt

Meilenstein mit Prüfung, ob Feldzugang erfolgreich verläuft.

Bei Problemen: Konsensgruppentreffen oder Ansprechen der einzelnen Kooperationspartner und entsprechende Planungen für eine erneute „Offensive“ durch die Kooperationspartner

Entwicklung und Testung SPSS-Matrix

Rücklauf der Bögen und Dateneingabe

SPSS Auswertung

Interpretation/Bewertung der Ergebnisse

Bericht: Erfassbare Wirkungen der Trauerbegleitung

C) Phase der Berichterstattung und Verwertung der Ergebnisse

Ziel 6: Ausarbeitung von Essentials für spezielle und für niederschwellige Fortbildungskonzepte zu einer verbesserten Befähigung, mit (schwerer) Trauer von Hinterbliebenen und der Trauerverarbeitung von Mitarbeitern im gesamten Feld der professionellen und ehrenamtlichen Altenhilfe kompetenter umgehen zu können.

Zusammenfassung der Ergebnisse aller Forschungsmodule

Tagungsvorbereitungen und Durchführungen von Tagungen in Bonn und Ravensburg bei und mit den beiden Kooperationspartnern ALPHA Rheinland und St. Anna-Hilfe. Bei Tagungen des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) werden die Projekt(zwischen)ergebnisse ebenfalls in 2012 und 2013 präsentiert. Die Tagungsorte stehen jedoch derzeit noch nicht fest.

Ausarbeitung von Essentials für Konzepte der Trauerbegleitung (z.B. als Broschüre und/oder als Handreichung sowie in anderen Gestaltungsformen. Zusage für Druckkostenzuschuss der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin liegt vor.)

Veröffentlichungen in Fachzeitschriften

Feedback von Projektergebnisse durch erste konzeptionelle Konkretisierung von Fortbildungen bei und mit der St. Anna Hilfe und mit ALPHA Rheinland

Abschlussberichterstattung des Projekts

Planung und Verabredung der weiteren Schritte für die Verbreitung und Implementierung der Fortbildungskonzepte für die Zeit nach Abschluss des geförderten Projektrahmens mit den Kooperationspartnern.

3.2 Erläuterungen methodischer Aspekte des Vorhabens

Bei der **Sichtung der Forschungsliteratur und der Sichtung der Ausbildungskonzepte** wird mittels einer umfassenden Recherche untersucht, welche Aussagen und Annahmen sich finden lassen hinsichtlich von möglichen Wirkungsbereichen von Trauerbegleitung. Dabei werden neben der (hauptsächlich englischsprachigen) wissenschaftlichen Fachliteratur auch Ausbildungskonzepte und Curricula im deutschsprachigen Raum zur Befähigung zur Trauerbegleitung dahingehend untersucht, welche Wirkungsbereiche explizit benannt und welche theoriebezogenen (disziplinären) Schlüsselbegriffe eher implizit angesprochen werden.

Nach der Sammlung dieser Begriffe wird eine erste Systematisierung und Differenzierung von möglichen Wirkungen vorgenommen, bei der wir in Anlehnung an ein in der qualitativen empirischen Sozialforschung gebräuchliches Verfahren (FLECK 1992) unterscheiden zwischen (hier stark vereinfacht):

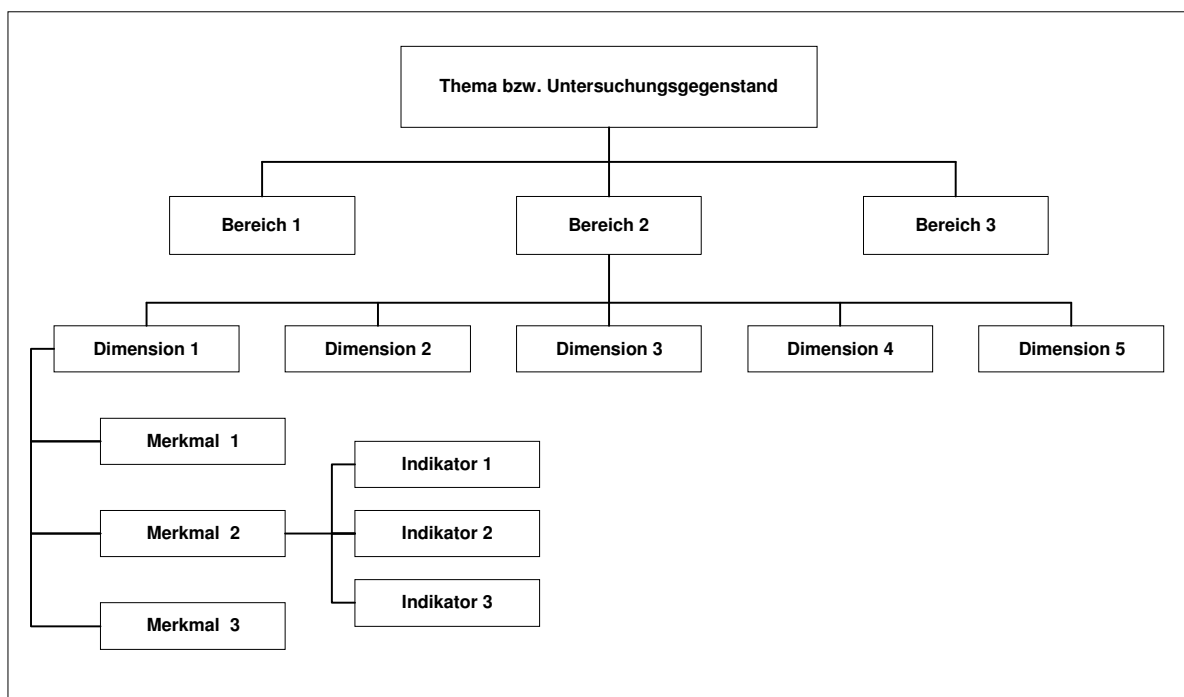
dem **Thema** oder dem **Gegenstand**, das bzw. den es zu systematisieren gilt, den zentralen **Bereichen**, mit denen das Thema möglichst vollständig umfasst

werden kann,
der „darunter“ liegenden, nächsten Differenzierungsstufe einer nicht vorab feststehenden Anzahl von **Dimensionen** für jeden dieser Bereiche, und schließlich einer wiederum „darunter“ liegenden Differenzierungs- oder Strukturierungsebene so genannter **Merkmale**, mit denen jede Dimension möglichst umfassend und konkret charakterisiert wird.

Und danach bilden für jedes Merkmal einzelne **Indikatoren** die feinste Differenzierungs- und Konkretisierungsebene, auf der – mit Blick auf das Projektthema – abgebildet werden muss, worin oder woran sich der Einfluss der Trauerbegleitung beobachtbar oder wahrnehmbar (z. B. bei Gefühlen, Einstellungen, Überzeugungen, inneren Haltungen, Spiritualität usw.) zeigt.

Stark vereinfacht zeigt Abbildung 1 den Aufbau dieses Systematisierungsprinzips.

Abbildung 1: Idealtypisches, allgemeines Systematisierungs- und Strukturierungsprinzip zur Bestimmung von Bereichen, Dimensionen, Merkmalen und Indikatoren



Die Basis für die inhaltliche Bestimmung und Benennung der Bereiche, Dimensionen, Merkmale und Indikatoren bietet der jeweils aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand bzw. der Stand der wissenschaftlichen Diskussion („State of the Art“).

Bei der **Strukturanalyse der St. Anna-Hilfe** werden zum einen die strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten und Regelungen des Kooperationspartners erfasst und abgebildet unter Nutzung der schon vorhandenen Aufzeichnungen und Organisationsbeschreibungen. (Aufbau der Organisation, Leitungsstruktur, Funktionen usw.; ferner: welche und wie viele Einrichtungen, welche Zwecke werden verfolgt?)

Danach werden Daten über die Nutzung dieser Einrichtungen erhoben und abgebildet, so weit sie für die Themenstellung des Projektes relevant sind (wie viele Mitarbeiterinnen, wie viele Heimplätze, Altersstruktur der Bewohner, Verweildauer; Fluktuation, Todesfälle; im ambulanten Bereich: wie viele Mitarbeiterinnen, Patientenzahl usw.).

Danach werden die strukturellen, konzeptionellen und die personellen Ressourcen und Kompetenzen für die Trauerbegleitung mittels vorhandener, datenschutzrechtlich zugänglicher Daten der Geschäftsleitung erhoben und abgebildet. Eine inhaltsanalytische Dokumentenanalyse von Pflegedokumentationen wird nicht durchgeführt, da sie aus datenschutzrechtlichen und forschungsökonomischen Gründen nicht realisiert werden kann¹².

Die Datensammlung zu den strukturellen Ressourcen und Kompetenzen wird ergänzt durch Interviews (Expertengespräche) bei den einzelnen Einrichtungen und Diensten vor Ort, bei denen dann auch die punktuelle Kooperation bis hin zur systematischen Vernetzung im Rahmen der Trauerbegleitung erfasst wird. Bei der Erfassung der Ressourcen und Kompetenzen gilt das Forschungsinteresse immer auch möglichen, nicht gedeckten quantitativen und qualitativen Bedarfen („wir brauchen dringend“) und Bedürfnissen („wir hätten sehr gerne, das würden wir uns wünschen“).

Die (ca. 40) Interviews werden in enger Anlehnung an das von WITZEL entwickelte Verfahren zur Durchführung und Auswertung so genannter „Problemzentrierter Interviews“ gestaltet (WITZEL 2000), weil dieses Verfahren – aus methodologischen und forschungsökonomischen Gründen – am besten geeignet ist, sich dem Forschungsgegenstand in einem interaktiven Prozess gemeinsam mit dem Befragten als Experte seiner Handlungspraxis adäquat zu nähern und ihn kritisch reflektierend zu beleuchten.

Auf eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens wird an dieser Stelle verzichtet, da dieses Verfahren in der qualitativen empirischen Sozialforschung seit etwa 1980 gut eingeführt, ausreichend beschrieben, erprobt und bekannt ist.

Bei der inhaltlichen Entwicklung **des Leitfadens für die Interviews** wird auf das Verfahren und die Systematik der ersten beiden Forschungsmodule zurückgegriffen, wobei hier nun die Ergebnisse der Literaturanalyse und der Analyse der Ausbildungskonzepte aufgegriffen werden. Ferner fließen auch Ergebnisse der Strukturanalyse (z. B. qualitative Bedarfe und Bedürfnisse) in die Leitfadententwicklung mit ein.

¹² Sondierungsgespräche im Zusammenhang mit der Projektplanung mit dem Kooperationspartner St. Anna-Hilfe haben zur Entscheidung geführt, auf eine Dokumentenanalyse zu verzichten. Die forschungs- und entwicklungsbezogenen Ziele dieses Projektteils und des Gesamtprojekts werden mit dem hier vorgestellten Forschungsdesign dennoch voll erreicht.

[In diesem Zusammenhang fallen relativ hohe Reisekosten an (siehe Finanzierungsangaben im easy.aza-Antrag). Da diese Interviews aus methodologischen Gründen nicht in Fokus-Gruppen oder als Gruppeninterviews durchgeführt werden können, sind diese Kosten bei einer bundesweiten Befragung nicht zu umgehen.]

Für die **Befragung mittels Fragebögen** im Forschungsmodul 5 werden drei Instrumente entwickelt und eingesetzt, die im jetzigen Planungsstadium folgendermaßen bezeichnet werden:

Fragebogen „Hospizdienst“:

Fragebogen „Begleiterin“

Fragebogen „Begleiteter“

Mit dem Fragebogen werden auch Daten erfasst, mit denen sich durch die Auswertung auch mögliche strukturelle Besonderheiten abbilden lassen.

Das Forschungsdesign verzichtet auf eine Kontrollgruppe:

Zwar scheint die inhaltliche Bestimmung einer Kontrollgruppe zu dieser Forschungsfrage prinzipiell einfach zu sein: Menschen, die einen Zugehörigen durch Tod verloren haben und die keine Trauerbegleitung wahrgenommen haben. Aber zum einen taucht die Frage auf, ob diese Kategorisierung tatsächlich beim jetzigen Erkenntnis- und Forschungsstand eine sinnvolle Kontrollgruppe darstellt mit Blick auf die Wirkungen von Trauerbegleitung. Man müsste dann nämlich ein Testinventar in die Forschungsstrategie integrieren, das es ermöglicht, z. B. zwischen leichter, mittlerer und schwerer Trauer zu unterscheiden. Es kann nämlich möglich sein, dass die Trauerbegleitung deshalb nicht genutzt worden ist, weil die Trauerbelastung nur gering war oder die Resilienz sehr hoch war. Zum anderen lassen sich für uns bei den zu Verfügung stehenden materiellen Projektmitteln, keine Rahmenbedingungen schaffen, die einen Feldzugang zu dieser Kontrollgruppe ermöglichen würde.

Ein weiterer Grund für den Verzicht auf eine Kontrollgruppe liegt darin, dass die Fragestellung und die Ziele des Projekts sich darauf ausrichten, zunächst auf einer deskriptiven Ebene eine dringlich erforderliche Kategorisierung und Systematisierung der möglichen Wirkungen vorzunehmen und dann zu untersuchen, welche Wahrnehmungen und Beobachtungen die Anbieter und die Nutzer jeweils selbst hinsichtlich dieser möglichen Wirkungen machen.

Fragebogen „Hospiz“

Geht an alle ambulanten und stationären Hospize, die Trauerbegleitung anbieten (über Mailing-Liste DHPV) und wird u. a. erfassen:

- Zahl der Trauerbegleiter, die direkt im Hospiz arbeiten oder die mit dem Hospiz kooperieren;
- Zahl der Trauerbegleitungen z. B. in den letzten 2 (oder 5?) Jahren;
- Zahl der ehrenamtlichen Sterbebegleiterinnen des Hospizes (gibt es hier Zusammenhänge zur Zahl der Trauerbegleitungen?);

- Zeitpunkt der Anerkennung als Hospizdienst (gibt es hier Zusammenhänge?);
- Bundesland und Stadt des Hospiz;
- weitere Variablen...

Fragebogen „Begleiterin“

Geht an alle Hospize, die Trauerbegleitung anbieten, und die Mitglieder des Bundesverbandes Trauer (Mailing-Listen DHPV und Bundesverband) und erfasst:

- sozialstatistische Daten (z. B. Geschlecht, Alter, berufl. Qualifikationen);
- Zeitpunkt der Ausbildung (Abschluss);
- Welches Institut ausgebildet hat;
- In welchem Bundesland die Trauerbegleitung ausgeübt wird;
- Zahl der Begleitungen z. B. in den letzten fünf Jahren;
- Die Fragen/Items zu den möglichen Wirkungen;

Fragebogen „Begleiteter“

Geht an alle Hospize, die Trauerbegleitung anbieten, und die Mitglieder des Bundesverbandes Trauer (Mailing-Listen DHPV und Bundesverband). Soll an möglichst viele aktuelle¹³ und ehemalige Nutzer von Trauerbegleitungen gehen und erfasst:

- sozialstatistische Daten (Geschlecht, Alter, Bundesland;)
- Zeitpunkt der Begleitung (wann beendet, oder läuft noch?);
- Dauer der Begleitung;
- Wer hat begleitet (Mann oder Frau);
- Wer hat über Möglichkeiten der Trauerbegleitung informiert?
- Welches Hospiz bzw. welcher Dienst hat die Trauerbegleitung „gemacht“?
- Die Fragen/Items zu den möglichen Wirkungen.

Auch die Entwicklung **der Fragebögen** für die Befragung greift – was die Variablen zu den Wirkungen betrifft – auf die inhaltliche Systematik der Bereiche, Dimensionen, Merkmale und Indikatoren zurück, wobei in diese Systematik nun auch die Ergebnisse der Interviewauswertung integriert worden sind.

Da der der DHPV Zugang zu rund 1.500 Hospizdiensten hat (mailing-Liste), als Dachverband der Hospizdienste einen optimalen Feldzugang ermöglicht und als interessierter Kooperationspartner die Befragung motivierend unterstützen wird, kann mit einer relativ guten Rücklaufquote gerechnet werden. Wenn nur 25% der in Frage kommenden Hospize sich beteiligen und jedes Hospiz durchschnittlich bei drei begleiteten Personen das Ausfüllen und Rücksenden des Fragebogens erreicht, dann werden nach derzeitigem Kenntnisstand schätzungsweise rund 1000 begleitete Menschen Auskunft über die von ihnen wahrgenommenen Wirkungen rückmelden.

Bei dieser Stichprobengröße lassen sich dann auch die Einflüsse und Einflusstärken

¹³ Eine Befragung bei aktuellen Sterbebegleitungen erfolgt nur, wenn das jeweils ethisch vertretbar ist: die ethische Prinzipien und Ausschlusskriterien werden in der Konsensgruppe erstellt.

möglicher anderer Wirkungsvariablen mit relativ großer statistischer Genauigkeit berechnen.

3.3 Eigene Ressourcenplanung

Personelle Ressourcen - Wissenschaftliche Mitarbeiter

Die Ziele des Projekts (siehe 1.2 der Projektbeschreibung) und das für die Zielerreichung erforderliche Design des Projekts haben zu der Entscheidung geführt, für das Projekt drei wissenschaftliche Mitarbeiterstellen (im Umfang von jeweils 50%-Stellen) einzurichten, mit jeweils speziellen Qualifikationsprofilen. Für das Projekt haben bereits Vorgespräche stattgefunden mit konkreten Personen, welche die im Folgenden aufgeführten Qualifikationen erfüllen können und auch gerne im geplanten Vorhaben mitwirken würden.

Die verfahrensrechtlichen Regelungen der Hochschule Ravensburg-Weingarten erlauben es jedoch nicht, im Vorfeld einer beantragten Projektförderung und auch nach der möglichen Zusage der Projektförderung ohne eine Stellenausschreibung offiziell mit konkreten bzw. verbindlichen Personalplanungen zu beginnen.

Zu den erforderlichen personellen Ressourcen:

Stelle 1 mit der Qualifikation als Diplom-Psychologe mit sehr guten Kenntnissen in SPSS.

Zu den Hauptaufgaben der Stelle gehört die Arbeit an und in den Forschungsmodulen 1 und 5: die Recherche, Aufbereitung und Auswertung der fast durchgängig englischsprachigen Fachliteratur; die Entwicklung (inkl. Pretest) der Fragebögen, das Entwickeln der SPSS-Eingabematrix, die Datenpflege und -verwaltung (Fragebogendaten), die SPSS-Auswertung inkl. der Aufbereitung der Ergebnisse, die Mitwirkung an der Interpretation der Ergebnisse und die Berichterstattung über diese Ergebnisse.

Natürlich ist dieser Mitarbeiter in alle modulübergreifenden, inhaltlichen und organisatorischen Arbeiten und Diskussion mit eingebunden.

Die Mitwirkung im Projekt endet für diese Stelle mit Abschluss der Forschungsphase nach 24 Monaten.

Stelle 2 mit der Qualifikation als Diplom-Pädagogin mit einer Zusatzqualifikation als Trauerbegleiterin, mit Kenntnissen in der qualitativen Sozialforschung und Grundkenntnissen in SPSS.

Zu den Hauptaufgaben der Stelle gehört die Arbeit an und in den Forschungsmodulen 2 und 4: Entwicklung des Interview-Leitfadens; Gestaltung der Stichprobenauswahl der Interviewpartner; Durchführung der Interviews mit Trauerbegleitern im mittleren und nördlichen Bereich Deutschlands; Auswertung der Interviews inkl. der Aufbereitung der Ergebnisse (zusammen mit der Sozialarbeiterin/Krankenpflegerin aus Stelle

3); Interpretation der Ergebnisse und die Berichterstattung zu diesen Ergebnissen (gemeinsam mit der SozArb von Stelle 3).

Ferner die Mitwirkung im Forschungsmodul 5, sowohl bei der Dateneingabe als auch in der von allen drei Mitarbeitern gemeinsam zu gestaltenden Interpretation, Diskussion und Bewertung der Ergebnisse sowie der Berichterstattung für dieses Forschungsmodul und mit Blick auf eine Würdigung der Ergebnisse der anderen Forschungsmodule.

Natürlich ist diese Mitarbeiterin in alle modulübergreifenden, inhaltlichen und organisatorischen Arbeiten und Diskussion mit eingebunden.

Die Mitwirkung im Projekt endet ebenfalls mit Abschluss der Forschungsphase nach 24 Monaten.

Eine Stelle mit der Qualifikation als Sozialarbeiterin mit der Zusatzqualifikation als Kranken-/Gesundheitspflegerin mit Praxiserfahrung im Bereich der Palliative Care und mit Kenntnissen in der qualitativen Sozialforschung sowie Grundkenntnissen in SPSS.

Zu den Hauptaufgaben der Stelle gehört die Arbeit an und in den Forschungsmodulen 2 und 3 gehören: die Durchführung der exemplarischen Strukturanalyse beim Kooperationspartner St. Anna-Hilfe zu strukturellen Ressourcen und Kompetenzen für die Trauerbegleitung innerhalb der St. Anna-Hilfe und bei den Netzwerk- oder Kooperationspartnern der St. Anna-Hilfe; die Mitwirkung bei der Entwicklung des Interview-Leitfadens; Mitwirkung an der Stichprobenauswahl der Interviewpartner; Durchführung der Interviews mit Trauerbegleitern im südlichen und östlichen Bereich Deutschlands, Auswertung der Interviews inkl. der Aufbereitung der Ergebnisse (zusammen mit der Diplom-Pädagogin/Trauerbegleiterin aus Stelle 2); Mitwirkung bei der Interpretation der Ergebnisse und die Berichterstattung über diese Ergebnissen (gemeinsam mit Stelle 2).

Ferner die Mitwirkung im Forschungsmodul 5, sowohl bei der Dateneingabe als auch in der von allen drei Mitarbeitern gemeinsam zu gestaltenden Interpretation, Diskussion und Bewertung der Ergebnisse sowie der Berichterstattung für dieses Forschungsmodul und mit Blick auf eine Würdigung der Ergebnisse der anderen Forschungsmodule.

Diese Stelle ist zeitlich für den Zeitraum von 30 Monaten konzipiert und wird dann ab März 2013 (alleine) – auf der Grundlage der bis dahin vorliegenden Berichterstattungen der einzelnen Forschungsmodule – Essentials für die zukünftige (Weiter-)Entwicklung von Ausbildungskonzepten für die Trauerbegleitung ausformulieren (basics; advanced). Dieses Essentials werden – mit Unterstützung studentischer Hilfskräfte – in Form einer Handreichung aufbereitet; die Mitarbeiterin wird die regionalen Tagun-

gen in Ravensburg organisieren (mit stud. Hilfskräften); ferner wird sie gemeinsam mit dem Projektleiter die Abschlussberichterstattung des Projekts ausarbeiten.

Bei der Ressourcenplanung wurde stark auf den zur Zielerreichung wirklich erforderlichen Rahmen und sehr auf Wirtschaftlichkeit geachtet. Aus diesem Grund kommt es nun auch zu einer für den Finanzierungsträger günstigen Abweichung von der Kalkulation in der Ankündigungsskizze des Projekts, und zwar um rund 3.000,- € weniger bei den Personalkosten und um rund 11.000,-. € insgesamt.

Ressourcen des Projektleiters:

Prof. Dr Michel Wissert arbeitet seit vier Jahren im Rahmen einer Altersteilzeitregelung mit nur noch 50% der normalen Deputatsverpflichtung. Aus diesem Grund werden keine Mittel für einen Deputatsnachlass benötigt. Ferner sind damit sehr gute zeitliche Rahmenbedingungen gegeben für die Leitung und Steuerung des Projekts, die Pflege der Kooperationsbeziehungen und die als Mentor gerne geleistete (Weiter-)Qualifizierung der wissenschaftlichen und studentischen Mitarbeiter.

Weitere eigene Ressourcen

Die Hochschule Ravensburg-Weingarten stellt einen ausgezeichneten infrastrukturellen Rahmen. Der Fakultät „Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege“ ist der Forschungsbereich „Angewandte Sozialforschung“ zugeordnet. Die einzelnen Forschungsbereiche der Hochschule werden durch den Forschungsservice des Instituts für angewandte Forschung (IAF) unterstützt, so dass alle mit der Projektfinanzierung anfallenden Verwaltungsaufgaben von einer eigens dafür eingerichteten Personalstelle übernommen werden.

Dem Projekt bzw. den Projektmitarbeitern steht an der Hochschule ein eigenes voll ausgestattetes „Forschungsbüro“ (mit PC mit allen erforderlichen Softwarelizenzen Drucker, Scanner, Telefon) mietfrei zur Verfügung.

Das Projekt kann unentgeltlich alle infrastrukturellen Leistungen der Hochschule im Rahmen allgemeiner Projektaktivitäten und -erfordernisse nutzen: Telefon, Postverkehr, Druckaufträge für Kopien usw. Spezielle Projektaktivitäten, so z. B. Dienstreisen der wiss. Mitarbeiter, müssen natürlich im Rahmen der speziellen Projektfinanzierung getragen werden.

Ein weiteres Büro steht in Bonn beim Kooperationspartner ALPHA Rheinland zur Verfügung¹⁴.

4. Verwertungsplan

4.1 Wirtschaftliche Erfolgsaussichten und wirtschaftliche Anschlussfähigkeit

Kurzfristig:

1. Mit der Aufbereitung der Projektergebnisse in Form einer Broschüre und/oder als Handreichungen findet eine unmittelbare Verzahnung von Forschungs- und Anwendungsstrategien statt. Die in den Handreichungen dargestellten und erläuterten Essentials für zukünftig systematisiertere, inhaltlich präzisere und von den Wirkungsabsichten her breitere und genauere Ausbildungskonzepte können sehr schnell umgesetzt werden – vor allem deshalb, weil drei Kooperationspartner (DHPV, DGP, Bundesverband Trauer) ein sehr großes Interesse an den vom Projekt untersuchten Fragestellungen und den vermuteten Ergebnissen haben und weil sie bundesweit eine nahezu flächendeckende fachliche Diskussion und Verbreitung der Ergebnisse fördern können und wollen (siehe: Letters of Intent).

Nutzníeßer solcher Essentials und Handreichungen werden bundesweit alle hospizlichen und palliativen Einrichtungen und Organisationen sein, die Trauerbegleitung anbieten und/oder Trauerbegleiterinnen ausbilden.

2. Eine eigenständige konzeptionelle Entwicklung wird bei der Übertragung der Projektergebnisse (präventive und gesundheitsfördernde Wirkungen der Trauerbegleitung) auf den Umgang von Mitarbeitern (vor allem in der stationären Pflege) mit den andauernden Belastungen durch Trauerprozesse zu leisten sein. Hier hat der regional sehr nahe Kooperationspartner „St. Anna-Hilfe“ als Träger sehr vieler Pflegeheime ein sehr hohes Interesse entsprechende Konzepte noch im zeitlichen Rahmen des Projekts zusammen mit der Hochschule Ravensburg-Weingarten zu entwickeln und sie auch schnell in der Praxis umzusetzen. Sowohl die Belastungen durch einen nicht glückenden Umgang mit der Trauer von Angehörigen der Heimbewohner in der Sterbephase als auch der nicht glückende Umgang mit der eigenen Trauer jeweils beim Tod eines Heimbewohner führen über den Wechsel des Arbeitsplatzes oder der Arbeitsstelle oft bis zum Burnout und gar zur Berufsunfähigkeit. Die wirtschaftlichen Folgen sind für die St. Anna-Hilfe (und für alle Träger der stationären Altenhilfe) so immens, dass die Projektergebnisse einen hohen Nutzen haben werden (siehe hierzu auch mittelfristige Anschlussfähigkeit, Punkt 2).

¹⁴ Diese besonderen Rahmenbedingungen des Projekts werden im Punkt „Arbeitsteilung mit Dritten“ differenziert dargestellt.

3. Ferner hat die Stiftung Liebenau (die St. Anna-Hilfe gGmbH ist die Altenhilfe der Stiftung Liebenau) eine eigene Entwicklungs- und Fortbildungsabteilung und ist deshalb sehr daran interessiert, ihre Fortbildungsangebote für Trauerbegleitung zu erweitern oder neu zu konzipieren. Damit kann sie ihre Vorreiterrolle als sehr innovatives Unternehmen stärken und tritt damit auch im Süddeutschen Raum als wirkungsvoller Multiplikator bei der Verwertung der Projektergebnisse auf.

Mittelfristig:

1. Neben den kurzfristig über Initiativen die Kooperationspartner möglichen, eher punktuellen Qualitätsverbesserungen bei der Trauerbegleitung vor allem durch innovationsfreudige und -bereite hospizlich-palliativ Organisationen und Dienste, wird es mittelfristig dann zu einer strukturell breiten, qualitativ zufrieden stellenden und wirkungsvollen Trauerbegleitung kommen, wenn die Essentials der Projektergebnisse die Basis für Qualitätsstandards sowohl für die Ausbildung als auch für die konkrete Praxis der Trauerbegleitung bilden können. Da die drei in Deutschland einflussreichsten „Verbände“ für das Thema „Trauerbegleitung“ (DHPV, Bundesverband Trauer, DGP) sich als Kooperationspartner am Projekt beteiligen, ist die Chance sehr gut, solche Qualitätsstandards bundesweit – zumindest innerhalb der Mitgliedsorganisationen¹⁵ – als handlungsleitendes Strukturmerkmal mittelfristig zu implementieren¹⁶.
2. Mögliche Implementierung der Trauerbegleitung in die leistungsgesetzliche Förderung des SGB V im Rahmen der strukturellen Förderung der Hospizarbeit gemäß des derzeitigen § 39a SGB V:

Wenn sich die im wissenschaftlichen Forschungsstand dargelegten und kommentierten Bedarfe und Qualitätslücken der Trauerbegleitung im Projektverlauf bestätigen und wenn als Projektergebnis u. a. tragfähige Essentials für eine wirkungsorientierte, präventiv und gesundheitsfördernde ausgerichtete Trauerbegleitung entwickelt werden für die Ausbildung und die Begleitung, dann sollte und könnte mittelfristig (im Verlauf von 5 bis 10 Jahren) – analog den Regelungen für die ambulante ehrenamtliche hospizliche Sterbebegleitung – auch die Trauerbegleitung in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen werden. Voraussetzung dafür wäre allerdings eine vorab erfolgreich verlaufende Überprüfung der Wirkungen einer entsprechend veränderten

¹⁵ „Mitgliedsorganisationen“ bezieht sich nur auf den DHPV und den Bundesverband Trauer. In der DGP bilden zwar die Landesverbände ebenfalls Gliedorganisationen, ansonsten bilden in dieser wissenschaftlichen Fachgesellschaft einzelne Personen das Gros der Mitglieder.

¹⁶ Ein solcher Implementierungsprozess kann und soll ähnlich erfolgreich gestaltet werden und verlaufen, wie es bei der Entwicklung eines Qualität sichernden Dokumentationsverfahrens für die ehrenamtliche hospizliche Sterbebegleitung der Fall war (siehe hierzu: Punkt 2.1, eigene Vorarbeiten, Projekt 2003-2004).

Trauerbegleitungspraxis mittels einer Kontrollgruppenstudie. (Dieses ist derzeit aber nicht als „Anschlussprojekt“ geplant.)

Begründungen für die Aufnahme der Trauerbegleitung in das Leistungsspektrum des SGB V liegen vor allem in einer (derzeit allerdings nur vermutbaren¹⁷):

- Minderung von **direkten Kosten** durch Krankheits-/Gesundheitskosten (SGB V) als Folge eines nicht gut glückenden Umgangs **von Zugehörigen** mit Trauer und bei Einmündung in tiefe und komplizierte Trauer („Hinterbliebene werden krank“).
- Minderung von **indirekten Kosten** durch krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz als Folge eines nicht gut glückenden Umgangs **von Zugehörigen** mit Trauer und bei Einmündung in tiefe und komplizierte Trauer („Hinterbliebene können nicht mehr arbeiten“)
- Minderung von **direkten und indirekten Kosten** durch Krankheits-/Gesundheitskosten **von Beschäftigten** und durch krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz als Folge eines nicht gut glückenden Umgangs mit Trauer vor allem im Bereich der stationären und ambulanten Pflege, der Hospiz- und Palliativarbeit, aber auch im Bereich der Onkologie („Mitarbeiter werden krank und können nicht mehr arbeiten“).

Langfristig:

Der demographische und sozialen Wandel (z. B. Singularisierung, Familienformen usw.) in den nächsten Jahrzehnten wird u. a. zu neuen Versorgungskonzepten für hochaltrige auf Pflege angewiesene Menschen (Stichwort: Demenz) und zu einem veränderten gesellschaftlichen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer führen (müssen). Durch die zahlenmäßige Zunahme der jährlich sterbenden Menschen werden präventiv und gesundheitsförderlich wirksame Konzepte der Trauerbegleitung, die zu einer gut glückenden Bewältigung von tiefer und komplizierter Trauer beitragen können, bewirken, dass soziale Teilhabe bei den davon betroffenen Menschen erhalten werden kann, wenn sie auf entsprechende Unterstützung zurückgreifen können. Solche Konzepte der Trauerbegleitung werden vor allem dann volkswirtschaftlich langfristig bedeutsam sein, wenn es ihnen gelingt,

¹⁷ Die folgenden Bereiche der Kostenminderung kann nur hypothetisch formuliert werden, weil es derzeit in Deutschland keine ausreichend validen (und z. T. überhaupt keine) statistischen und Forschungsdaten für eine volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (über die Ausgaben der einzelnen Kostenträger „hinweg“) von direkten und indirekten Präventions-, Gesundheits-, Krankheits-, Reha- und „sozialen“ Kosten gibt: weder im kurzfristigen Verlauf noch auf einer längeren Zeitachse, bei der dann auch mögliche Amortisationseffekte (z. B. der Kosten für Trauerbegleitung) beschreibbar und möglicherweise auch empirisch nachweisbar wären.

- herausfinden zu können, wer überhaupt Trauerbegleitung benötigt (tiefe Trauer oder hoher Leidensdruck) und wer ein genügend großes Resilienzpotential hat, um mit anderen unterstützenden Maßnahmen oder alleine die Trauer gut bewältigen zu können;
- die individuell richtigen, unterstützen Maßnahmen (was soll geschehen und welche Wirkungen sollen erreicht werden?) und das individuell richtige „Tempo“ in der Trauerbegleitung zu finden;
- herausfinden zu können, für wen Trauerbegleitung nicht (mehr) ausreicht, weil er andere oder intensivere Formen der Unterstützung benötigt (z. B. Trauertherapie, andere Therapieformen oder fachärztliche Unterstützung);

Das geplante Vorhaben stellt mit seinen Ergebnissen wichtige Bausteine zur Verfügung, um dementsprechend ausgerichtete Ausbildungskonzepte entwickeln zu können. Mittelbar tragen sie auch dazu bei, dass heute von tiefer oder komplizierter Trauer betroffene Menschen ihre Gesundheit möglichst lange erhalten können, und nicht in eine zu frühe oder vermeidbare Pflegebedürftigkeit einmünden – als Langzeitfolge nicht gut verarbeiteter Trauer und daraus resultierender nachlassender Selbstpflege.

4.2 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten und wissenschaftliche Anschlussfähigkeit

Die im geplanten Projekt durchgeführte Systematisierung der in Deutschland gängigen Ausbildungskonzepte bedeutet für den hospizlich-palliativen Wissensbestand ebenso eine Neuerung wie die Erweiterung der Wirkungsbereiche und die Untersuchung der Wirkungen von Trauerbegleitung. Der Bedarf an diesem Wissen ist hoch – siehe hierzu die Letters of Intent. Die wissenschaftlichen Ergebnisse des Projekts finden eine schnelle und intensive Verbreitung durch:

- Vorstellung der Projektergebnisse auf regionalen und bundesweiten Fachtagungen der beteiligten Kooperationspartner (DGP, DHPV, St. Anna-Hilfe/Stiftung Liebenau) noch während der Projektlaufzeit (siehe Projektplan);
- Vorstellung der Projektergebnisse auf bundesweiten Fachtagungen im Rahmen der Mitgliedschaft des Projektleiters in der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (DGGG), in der DGP, im DHPV, in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit, in der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) sowie in der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVP). Für die Präsentation auf Fachtagungen kann es noch keine konkrete terminliche Planung geben.
- Veröffentlichungstätigkeit des Projektleiters und mit den beteiligten Kooperationspartnern: Der Projektleiter ist als Mitherausgeber der Fachzeitschrift Case Management und auch außerhalb dieser Funktion seit Jahren publizistisch sehr aktiv und wird

schon während der Projektlaufzeit – gemeinsam mit den Kooperationspartnern und den Projektmitarbeiterinnen – Beiträge über Zwischenergebnisse veröffentlichen.

- Vorstellung der Projektergebnisse auf internationaler wissenschaftlicher Ebene durch die beteiligten Kooperationspartner, Prof. Dr. Radbruch (Universitätsklinikum Bonn) in seiner Funktion als Vizepräsident der European Association for Palliative Care (EAPC), sowie durch Prof. Dr. Langenmayr als Beauftragter des Bundesverbandes Trauer.
- Bereitstellung wichtiger Projektergebnisse auf den Internetplattformen der Hochschule Ravensburg-Weingarten, ALPHA-Rheinland, dem DHPV, der DGP und dem Bundesverband Trauer.

Wissenstransfer

Während der Projektlaufzeit werden pro Semester jeweils 2 Bachelorarbeiten im Studiengang Soziale Arbeit mit projektrelevanten Themenstellungen von mir betreut werden, so dass **insgesamt 12 Bachelorarbeiten** mit einem direkten Bezug zum Projekt geschrieben werden.

Ferner wird im Masterstudiengang der Fakultät (Master „Gesundheitsförderung“) pro Jahrgang jeweils die Betreuung jeweils einer Abschlussarbeit von mir angeboten, so dass **insgesamt 3 Masterabschlussarbeiten** betreut werden können.¹⁸

Ein für das Projekt vorgesehener Mitarbeiter (siehe Beschreibung der Ressourcenplanung Stelle 1) ist nicht zwar nicht Absolvent unserer Hochschule, er wird aber beim Kooperationspartner (Prof. Dr. Lukas Radbruch) bzw. an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen zum Doktor der theoretischen Medizin promovieren. Das Dissertationsvorhaben hat schon begonnen und befasst sich mit der Themenstellung eines Vergleichs der Belastungen und der Verarbeitung von Belastungen durch das laufende Miterleben von Sterbe- und Trauerprozessen von Mitarbeitenden im ambulanten und im stationären Bereich der hospizlich-palliativen Arbeit.

Die Erkenntnisse und Ergebnisse des Projekts (und der Vorgängerprojekte) fließen laufend in die Aktualisierung der Lehre ein, speziell in das Lehrmodul „Soziale Arbeit

¹⁸ Die Studierenden in den beiden genannten Studiengängen wählen die Themen und die Betreuer ihrer Bachelor- und Masterarbeiten anhand der von den Lehrenden angebotenen Themen selbst aus. Die hier genannte Zahl der Arbeiten muss folglich „eingeworben“ werden. Bei meinen vorangegangenen Projekten, bei denen ebenfalls (damals noch) Diplomarbeiten geschrieben worden sind, übertraf die Nachfrage jedoch bei weitem das Angebot der zur Verfügung stehenden Themen. Dies hat auch damit zu tun, dass ich für diese projektbezogenen Abschlussarbeiten immer ein thematisch spezielles Forschungs- bzw. Bachelorcolloquium als Lehrveranstaltung anbiete.

mit alten Menschen“ des Bachelorstudienganges Soziale Arbeit¹⁹ und ein Lehrmodul im Bachelorstudiengang Pflegepädagogik.

5. Arbeitsteilung und Zusammenarbeit mit Dritten

Zusammenwirken der Kooperationspartner

Alle Kooperationspartner sind sehr interessiert an der Mitarbeit im Rahmen der Konsensgruppe, die sich je nach Phase des Projekts (siehe Planungsablauf mit den Forschungsmodulen) mit unterschiedlichen organisatorischen Fragen befassen wird (z. B. mit der optimalen Unterstützung bei der Eröffnung der unterschiedlichen Feldzugänge), in Beraterfunktion zur Verfügung stehen wird (z. B. strategische Unterstützung, Feinjustierung der Fragestellungen), in den späteren Projektphasen bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse, und beim Wissenstransfer sowie bei der konkreten Umsetzung der Essentials.

Schon in der jetzigen Phase haben die beteiligten Kooperationspartner beschlossen, dass sie u. a. bei der inhaltlichen Entwicklung des Leitfadens und der Fragebögen im Rahmen von Konsensgruppentreffen gemeinsam beratend und validierend mitwirken wollen (siehe hierzu auch Letters of Intent).

Von den in den Letters of Intent genannten Unterzeichnenden kennen sich fünf der sechs Personen durch eine jahrelange Kooperation in ihren jeweiligen Funktionen in den Organisationen, Stellen und Fachverbände bzw. Fachgesellschaften bereits sehr gut. Diese Organisations- und persönlichen Bezüge spiegeln sich inhaltlich auf Tagungsbeiträgen, in vielen gemeinsamen Projekten, als gemeinsame Herausgeber von Fachzeitschriften, in der inhaltlichen Abstimmung bei Gesetzesvorhaben und in vielen anderen Bereichen wieder.

Der sechste Kooperationspartner (St. Anna-Stiftung) hat als großer regionaler Träger der Altenhilfe und der Hospizarbeit bisher noch nicht unmittelbar und laufend inhaltlich mit den anderen fünf Partnern kooperiert, ist aber zum einen auf der operativen Ebene mit den Inhalten und Zielen der Fachgesellschaften verbunden, und hat zum anderen in den zurückliegenden Jahren in mehreren, mit Drittmitteln geförderten Projekten mit Hoch-

¹⁹ Aufgrund der Ergebnisse der Vorgängerprojekte und der in der Fakultät von mir vorgestellten Planung des nun geplanten Vorhabens wurde durch Fakultätsratsbeschluss der quantitative Stellenwert für die in diesem Modul stattfindende Veranstaltung „Hospizlich-palliatives Handeln“ erhöht, durch eine Ausweitung der Veranstaltungsdauer und des so genannten Workloads sowie der Credit Points, um dem großen Stellenwert dieses Themenbereichs für das Studium und die Praxis der Sozialen Arbeit angemessen gerecht zu werden.

schulen, Forschungseinrichtungen und Fachverbänden sehr erfolgreich kooperiert, d. h. auch dieser Partner ist sehr projekt- und kooperationserfahren.

Als Kooperationspartner übernehmen neben den gemeinsamen Funktionen der inhaltlich-strategischen Beratung und Rückbindung auch spezielle Aufgabe und Funktion im Projektverlauf:

ALPHA Rheinland

vertreten durch Frau Monika Müller, Leiterin der Stelle:

Über ALPHA und über die Leiterin der Stelle wird in Deutschland ein Großteil der fachlichen und konzeptionellen Diskussion organisiert und gelenkt. ALPHA bildet selbst Trauerbegleiterinnen aus und die Leiterin ist auch als Dozentin für andere Institute tätig. Da im Projekt bundesweit insgesamt 40 Experteninterviews durchgeführt werden, und viele der Experten und der Ausbildungseinrichtungen für Trauerbegleitung sich in NRW und den angrenzenden Bundesländern befinden, wird ALPHA Rheinland der zentrale örtliche Kooperationspartner des Projekts in NRW sein.

Da ferner einer der vorgesehenen Projektmitarbeiter bei Prof. Dr. Radbruch als Doktorvater sein Dissertationsvorhaben verfolgt, und sowohl der Vertreter des Bundesverbandes Trauer, Prof. Dr. Langenmayer, als auch die Vertreterin des DHPV, Fr. Dr. Weihrauch, Büros in Düsseldorf haben, bietet sich ALPHA Rheinland als eine Art örtlicher Knotenpunkt an und wird deshalb die mietfreie Nutzung eines Büros und der Infrastruktur für den gesamten Projektzeitraum zur Verfügung stellen.

Ferner stellt ALPHA Rheinland 20 % des Zeitäquivalents (= 1 Tag pro Woche) der Stellenleitung für die Unterstützung des Projekt zur Verfügung. Die Leiterin von ALPHA Rheinland, Monika Müller, wird über den gesamten Projektzeitraum in enger Absprache mit dem Projektleiter die wissenschaftlichen Mitarbeiter kontinuierlich fachlich begleitend unterstützen und zum anderen die organisatorischen Arbeiten für die Treffen der Kooperationspartner, die überwiegend in Bonn stattfinden werden, übernehmen.

Bundesverband Trauer

vertreten durch Herrn Prof. Dr. Arnold Langenmayr, Beauftragter des Bundesverbandes für das Projekt:

- Der Bundesverband Trauer ist eine Dachorganisation in der sich zahlreiche Institute und Organisationen, die Qualifizierungsmaßnahmen zur Trauerbegleitung anbieten, zusammengeschlossen haben. Herr. Prof. Dr. Langenmayr befasst sich seit Jahren mit wissenschaftlichen und konzeptionellen Aspekten der Trauerbegleitung und wird sich

als Beauftragter des Bundesverbandes Trauer im Projektrahmen speziell bei der Beratung und Unterstützung für die umfassende Literaturrecherche (Forschungsmodul 1) und bei der Entwicklung der Instrumente [Leitfaden, Fragebögen] sowie bei Interpretation der Forschungsergebnisse beratend mitwirken .

- Ferner bietet der den Feldzugang zu den Ausbildungsinstituten für die Analyse und Systematisierung der Ausbildungskonzepte (Forschungsmodul 2) und zu den ausgebildeten Trauerbegleitern (Interviews im Forschungsmodul 4, Fragebogenbefragung im Forschungsmodul 5).
- Desweiteren wird er in der letzten Phase des Projekts (und zeitlich darüber hinaus) bei der Einbindung der Projektergebnisse in den nationalen und internationalen Forschungs- und Wissenschaftskontext maßgeblich mitwirken.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV)

vertreten durch Fr. Dr. Birgit Weihrauch, Vorsitzende des DHPV

Er bietet bei der Befragung der Hospizdienste und zu Nutzern von Trauerbegleitung den Feldzugang zu allen dem Dachverband angeschlossenen ambulanten und stationären Hospizen und Initiativen durch e-Mail-Versand (Mailing-Liste) der Fragebögen und durch unterstützenden Anschreiben (Forschungsmodul 5).

Ferner sorgt der DHPV dafür, dass das Projekt in den Organen des Verbands (Hospiz-Zeitschrift und Bundes-Hospiz-Anzeiger) sehr früh vorgestellt und für das Projekt geworben wird (Türöffner).

Darüber übernimmt der DHPV in diesen Organen den Wissenstransfer durch Berichte über Projektergebnisse und unterstützende Kommentierungen von Veröffentlichungen. Des Weiteren wird der DHPV die Mitarbeiterinnen Projekts zur Präsentationen von Projektergebnissen auf den Fachtagungen des DHPV einladen.

Eine weitere spezifische Funktion dieses Partners ist Unterstützung und Mitwirkung bei der durch das Projekt ausgelösten sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion: Stichwort: Ausloten einer möglichen leistungsgesetzlichen strukturellen Verankerung der (ehrenamtlichen) Trauerbegleitung analog des § 39a SGB V (= Koordination der ehrenamtlichen Sterbebegleitung durch ambulante Hospize).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

vertreten durch Herrn Heiner Melching (Geschäftsführung DGP)

Auch die DGP bietet Feldzugänge an, und zwar zu den Organisationen und Personen, zu denen speziell im Wirkungsbereich der DGP ein Zugang besteht für Interviews (Forschungsmodul 3).

Ferner wird auch die DGP durch e-Mail-Versand (Mailing-Liste) der Fragebögen und unterstützende Anschreiben an diejenigen Dienste oder Organisationen die Feldzugänge für die Befragung eröffnen, bei den Diensten, die sich nicht im Wirkungsbereich des DHPV und des Bundesverbandes Trauer befinden.

Die DGP übernimmt Aufgaben im Bereich des Wissenstransfers und bietet die Option für Durchführung von zwei Tagungen (Raummiete)

Ferner unterstützt er den Wissenstransfer durch einen Druckkostenzuschuss für eine Broschüre zur Darstellung von Ergebnissen und Ableitungen (Essentials, Handreichung)

Unterstützung bei der Umsetzung von Projektergebnissen im Rahmen der Entwicklung von curricularen und konzeptionellen Essentials.

St. Anna-Hilfe: Regionaler Kooperationspartner;

vertreten durch Herrn Gerhard Schiele, Geschäftsführung

- Eröffnet innerorganisatorisch den Feldzugang zu allen Einrichtungen des Trägers für die Strukturanalyse „Trauerkompetenz und Trauernetzwerke“ (Forschungsmodul 3)
- Bietet Feldzugang für Interviews mit Trauerbegleitern; ist „Türöffner“ für Interviews bei anderen Organisationen und Diensten für die Interviews im süddeutschen Raum (Forschungsmodul 4);
- Regionaler Wissenstransfer als Ausrichter von zwei regionalen Tagungen zur Information über Projektergebnisse (1. Tagung in 2012) und zur Fachdiskussion über die Umsetzung von Essentials der Trauerbegleitung (2. Tagung in 2013).
- Ermöglicht die schnelle Anwendung der Essentials für die Trauerbegleitung innerhalb der eigenen Organisation (30 Heime, 24 Wohnanlagen, 4 ambulante Dienste).
- Wird als Ausrichter von Fortbildungsangeboten (Essentials) für alle interessierten Organisationen und Personen nach dem Förderzeitraum tätig werden (wirtschaftliche Verwertung). Dabei wird die St. Anna-Hilfe als Multiplikator die durch das Projekt bewirkte soziale Innovation – nämlich bessere Versorgungsangebote für Hinterbliebene, aber auch für Hauptamtliche im Pflegebereich – in seinem regionalen Wirkungsbereich verbreiten (räumlicher Radius ca. 100 KM)

Universitätsklinikum Bonn

vertreten durch Herrn Prof. Dr. Lukas Radbruch, Direktor der Klinik

Neben der Unterstützung bei der Entwicklung der Instrumente (Leitfaden, Fragebogen) in der gemeinsamen Arbeit der Konsensgruppe übernimmt das Universitätsklinikum Bonn spezielle Unterstützungsaufgaben bei der Durchführung der Pretests

der einzelnen Instrumente, und zwar im Rahmen des Feldzugangs und bei der Auswertung der Pretests (Forschungsmodul 2).

Ferner wird das Uniklinikum Funktionen der fachlichen Beratung und Unterstützung übernehmen bei der Auswertung der problemzentrierte Interviews und der statistischen Auswertung mittels SPSS (Forschungsmodul 5).

Wissenstransfer: In seiner Funktion als Präsident der European Foundation of Palliative Care wird Prof. Dr. Radbruch in der letzten Projektphase und nach dem Ende des Förderzeitraums die Aufgabe der Rückkopplung der Ergebnisse in die nationale und internationale fachliche palliativmedizinische Diskussion übernehmen und die Projektmitarbeitern beim Zugängen zu den entsprechenden Foren begleitend unterstützen.

Literatur:

- Allumbaugh, D.-L.; Hoyt, W.. (1999):** Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. Journal of Counseling Psychology Jg. 46, S. 370-380.
- Antonovsky, A. (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen.
- Ashurst, J.R. (2003):** Rural grief. The grief experience in Union County, Georgia. Dissertation Walden University, USA.
- Bengel, J. (2001):** Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von J. Bengel, R. Strittmatter und H. Willmann im Auftrag der BZgA. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Erweiterte Neuauflage in der Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6 Köln.
- Charta (2010):** Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Herausgeber: Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer (Hrsg.), Berlin.
- Costa P.T; McCrae R. R (1993):** Psychological research in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. In: Zeitschrift für Gerontologie Jg. 26 (H. 3), S. 138-141.
- Fleck, C. (1992):** Vom „Neuanfang“ zur Disziplin? Überlegungen zur deutschsprachigen qualitativen Sozialforschung anlässlich einiger neuer Lehrbücher. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Jg. 44, S. 747-765.
- Jerneizig, R.; Langenmayr, A. (1992):** Klientenzentrierte Trauertherapie. Eine Pilotstudie zur Erfassung der therapeutischen Wirksamkeit. Göttingen.
- Jordan, J. R.; Neimeyer, R.A. (2003):** Does grief counseling work? Death Studies Jg. 27 (H. 9), S. 765-786.
- Kast, V. (2009):** Zeit der Trauer: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Freiburg i. Br.
- Kern, M.; Gasper-Paetz, A.; Wauschkuhn, K. (2009):** Palliative Care und Case Management – Widerspruch oder Ergänzung? In: Case Management, Jg. 6, Sonderheft „Palliative Care“, S. 22-28.
- Müller, M. (2008):** Dem Sterben Leben geben. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2008, 5. Auflage.
- Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S.; Jaspers, B. (2010):** Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 11. Jg., S. 237-233.
- Müller, M.; Schnegg, M. (2007):** Der Weg der Trauer - Hilfen bei Verlust und Trauer. Freiburg i. Br., 7. Auflage.
- Prigerson, H.G. (1999):** Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test The British Journal of Psychiatry Vol. 174, S. 67-73.

Smeding, R. (2005): Das Modell: „Die Gezeiten der Trauer“. In: Smeding, R.; Heitkönig-Wilp, M. (Hrsg.): Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten. Wuppertal, S. 140-162.

Statistisches Bundesamt (2010a): Geburten und Sterbefälle.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle.psmi> (20.09.2010)

Statistisches Bundesamt (2010b): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2008. Fachserie 12, Reihe 4. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010c): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Stroebe, M.; Schut, H.; Stroebe, W.; (2005): Grief Work, disclosure and counselling: Do they help the bereaved? In: Clin Psychol Rev Jg. 25 (H. 4), S. 395-414.

Stroebe, M.; Schut, H.; Stroebe, W. (2007): Health outcomes on Bereavement. In: Lancet, Jg. 8, S. 1960-1973.

Stroebe, M.; Stroebe, W.; Schut, H.; Zech, E.; van den Bout, J. (2002): Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology Jg. 70 (H. 1), S. 169-178

Stroebe, W.; Stroebe, M.; Schut, H. (2003): Zur Wirksamkeit der Trauerbegleitung: Was hilft wem? In: Trauerinstitut Deutschland e.V. (Hg.): Qualität in der Trauerbegleitung, Wuppertal, S. 107-125.

Wilkening, K.; Kunz, R. (2005): Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur. Göttingen.

Wilkening, K.; Wichmann C. (2010): Soziale Arbeit in der Palliativversorgung. In: U. Karl, K. Aner (Hrsg.): Handbuch „Soziale Arbeit und Alter“, Wiesbaden, S. 165-172.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung. Volume 1, No. 1, Art. 22 – Januar 2000.

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519> (22.09.09)

**Anhang: Literaturliste des Antragstellers zu den Themenbereichen:
Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen, hospizlich-palliatives
Handeln, generelle Entwicklung konzeptioneller und methodischer
Strategien in der Sozialen Arbeit**

- Wissert, M. (1993): Case Management und Sozialstationen. Eine Fallstudie aus einer Koordinierungsstelle. In: Wolf Rainer Wendt (Hrsg.): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation. Lambertus Verlag, Freiburg, S. 140-161.
- Wissert, M. (1995): Fünf Anträge für ein Krankenbett? In: Alzheimer Gesellschaft Berlin (Hrsg.): Mitteilungen, 6. Jg. (Heft 2). Hürdenlauf. Belastungen für pflegende Angehörige. S. 14-20.
- Wissert, M. (1996): Case/Care Management. In: Elisabeth Beikirch, Bruno Ristock, Doris Schmidt, Hellmut Wallrafen-Dreisow (Hrsg.): Handbuch für ambulante Pflegedienste. (20seitiger Stichwort und Themenbeitrag für die zweite Ergänzungslieferung der Lose-Blatt Sammlung). Lambertus Verlag, Freiburg.
- Wissert, M. u.a. (1996): Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Lambertus Verlag, Freiburg.
- Sauer, P.; Wissert, M. (1996): Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs. Berlin.
- Wissert, M. (1997): Gesundheit, Krankheit und Behinderung im Alter. In: EJV Aktuell – Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk in Berlin, Brandenburg und Sachsen Anhalt (1/97), S. 5-8.
- Sauer, P.; Wissert, M. (1997): Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen. Ergebnisse eines Modellversuchs. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 28, S. 73-81.
- Sauer, P.; Wissert, M. (1997): Wer ist der richtige Case Manager? Notwendige Maßnahmen beim Unterstützungsmanagement und die daraus folgende Qualifikation der Koordinatoren. In: Häusliche Pflege 6, (3/97) S. 51-58.
- Reiberg, U.; Sauer, P.; Wissert, M. (1997): Case Management auf dem Prüfstand. Hilfeplanung in der ambulanten Rehabilitation älterer Menschen. In: Forum Sozialstation 21, Heft 85, S. 36 - 41 und Heft 86, S. 44-46.
- Wissert, M.; Sauer, P.; Overbeck A.: (1997): Wie viel Beratungszeit ist notwendig? Untersuchung zu Beratungszeitprofilen beim Case Management in Berlin. In: Häusliche Pflege 6, (11/97) S. 44-51.
- Wissert, M. (1997): Care Management und die Organisation einer vernünftigen Pflegekultur. In: Ute Braun, Roland Schmidt (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 1, Regensburg, S. 177-198.
- Overbeck, A.; Reiberg, U.; Sauer, P.; Wissert, M. (1998): „Ost-West-Unterschiede“ bei der ambulanten Rehabilitation von älteren Menschen. Ergebnisse eines Modellversuchs in Berlin. In: Soziale Arbeit 47, S.2-9.

- Wissert, M. (1998): Kundenbefragung als Instrument verbraucherorientierter Qualitätsentwicklung. In: Roland Schmidt, Angela Winkler (Hrsg.): Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 5, Regensburg, S. 61-70.
- Wissert, M. (1998): Wer ist der richtige Case Manager? Anforderungs- und Handlungsprofile bei der Hilfeplanung für die ambulante Pflege und Versorgung alter Menschen. In: Roland Schmidt u.a. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit. Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 6, Regensburg, S. 321-332.
- Wissert, M. (1998): Koordinierung ambulanter Rehabilitation. In: Jochen Denzin (Hrsg.): Rehabilitation im Alter. Dokumentation des 13. Symposiums der Freien Universität Berlin. Berlin, S. 60-78.
- Wissert, M. (1998): Grundfunktionen und fachliche Standards des Unterstützungsmanagements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, S. 331-337.
- Wissert, M. (1999): Unterstützungsmanagement: Ausgangslage, Aufgaben und Funktionen im Rahmen einer abgestimmten Pflege und Versorgung alter Menschen. In: Evangelische Impulse 21 (1/99), S. 11-14.
- Wissert M. (1999): Beratungshilfen bei der Pflege und Versorgung alter Menschen durch das Unterstützungsmanagement. In: Thomas Klie, Roland Schmidt (Hrsg.): Die neue Pflege alter Menschen, Bd. 15 der Reihe „Angewandte Alterskunde“. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S. 121-163.
- Wissert, M. (2001): Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen. Karin Fischer Verlag, Aachen.
- Wissert, M.; Popelka, Daniela (2004): Qualität und Qualitätsentwicklung ehrenamtlicher ambulanter Hospizarbeit – Endbericht für das Projekt der BAG Hospiz im Rahmen des Gesamtprojekts „Netzwerk zur Qualitätssicherung in der Hospizarbeit“
- Wissert, M. (2005): Netzwerkarbeit in „unabhängigen“ Case Management-Stellen. Evaluationsergebnisse und Schlussfolgerungen. In: U. Otto & P. Bauer (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2 Bd. Tübingen, Bd. 2, S. 221-241.
- Wissert, M. (2005): Software für Case Management. In: Case Management, Jg. 1 (H. 1), S. 53-54.
- Wissert, M. (2005): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Instrumente beim Case Management in der Versicherungswirtschaft. In: Case Management, Jg. 1 (H. 2), S. 111-113.
- Wissert M. (2005): Doppelagenten der Pflege: Hilfe verbessern, Strukturen verändern. In: Meilensteine – Informationsdienst des Projekts „Pflegebudget“ der Spitzenverbände der Pflegekassen, H. 2, S. 3-4.
<http://www.pflegebudget.de/veroeffentlichungen/meilensteine02.pdf>.
- Müller, Monika; Wissert, M.; Daniela Grammatico (2005): Handreichung für Multiplikatoren zur Befähigung und Ermutigung ehrenamtlich Mitarbeitender in Hospiz(dienst)en. Curricular bearbeitet von Michael Wissert und Daniela Grammatico. Bonn.

- Wissert, M. (2006): Clinical Pathways – Entlassungsmanagement – Unterstützungsmanagement. Begriffsklärung und Systematisierung ausgewählter Case Management-Strategien. In: Case Management, Jg. 2 (H. 1), S. 35-38.
- Wissert, M. (2006): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Outreaching – Case Finding – Intaking. Aufgaben der Fallsteuerung und der Systemsteuerung. In: Case Management, Jg. 2 (H. 1), S. 43-46.
- Wissert, M. (2006): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Das Assessment. In: Case Management, Jg. 2 (H. 2), S. 107-108.
- Wissert, M. (2006): Qualität in der psychosozialen Sterbebegleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen in der ambulanten Hospizarbeit. In: Thomas Möltgen (Hg.): Ehrenamt – Qualität und Chance für die Soziale Arbeit. Köln, S. 175-196.
- Wissert, M. (2008): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Monitoring: Aufgaben der Fallsteuerung und der Systemsteuerung. In: Case Management, Jg. 5 (H. 1), S. 33-35.
- Wissert, M. (2008): Rezension von „Diskurs zum Case Management in der Sozialen Arbeit –Themenheft Soziale Arbeit Jg. 56. November-Dezember 2007. In: Case Management, Jg. 5 (H. 1), S. 49-50.
- Wissert, M. (2008): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Evaluation und Entpflichtung. In: Case Management, Jg. 5 (H. 2), S. 98-100.
- Wissert, M.: Personen (2008): Michel Wissert im Interview mit Herrn Heinz Hof, Projektleiter des Case Managements bei den Zürcher Verkehrsbetrieben (VBZ). In: Case Management, Jg. 5 (H. 2), S. 118-119.
- Wissert, M. (2008): Endbericht des Projekts „Unterstützungsmanagement in der Palliative Care- und Hospiz-Koordination“. Konzeptentwicklung für die Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Weingarten.
- Wissert, M. (2009): „Professionelle Qualität in der ehrenamtlichen Sterbebegleitung“. In: Martin Laube (Hrsg.): Aus Erfahrung gut? Tagungsband der 11. Loccumer Hospiztagung, Rehberg-Loccum, S. 83-104.
- Wissert, M. (2009): Organisationsaufgaben bündeln. Die Bedeutung der Fallführung bei der Versorgung sterbenden Menschen. In: Heilberufe spezial: Palliative Care. JG. 61, S. 66-67.
- Monzer, M.; Wissert, M. (2009): Rolle und Funktionen des Case Managements in der Begleitung Sterbender. In: Case Management, Jg. 6, Sonderheft „Palliative Care“, S. 5-6.
- Wissert, M.; Vogt A.; Radbruch, L. (2009): Wirkungen von Case Management-Qualifizierung. Ergebnisse eines Modellprojekts zum „Unterstützungsmanagement in der palliativen und hospizlichen Arbeit“. In: Case Management Jg. 6, Sonderheft „Palliative Care“, S. 36-44
- Wissert, M. (2010): Soziale (Alten-)Arbeit in Beratungsstellen. In: U. Karl, K. Aner (Hrsg.): Handbuch „Soziale Arbeit und Alter“, Wiesbaden, S. 113-120.
- Wissert, M. (i. E.): Case Management in der Palliative Care. Die Bedeutung von Koordination in der Versorgung sterbenskranker Menschen. Kohlhammer Verlag (Monographie).

