

**Soziale Ressourcen
in der Begegnung mit Sterben und Tod**

**Social resources
in facing death and dying**



Von der Fakultät IV für
Human- und Geisteswissenschaften
der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg
zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)
angenommene Dissertation

Gerlinde Geiss
geb. am 04.10.1973
in Amberg

Erstreferent: Prof. em. Dr. Wilfried Belschner

KorreferentIn: Prof. em. Dr. Annelie Keil

Tag der Disputation: 22. Mai 2007

Danksagung

*„We are never separate from each other.“
(Kornfield, 2005)*

Diese Arbeit konnte geschrieben werden mit der Hilfe vieler Menschen, die mich, mein Denken sowie mein Leben und Arbeiten begleitet, geprägt und geformt haben. Ihnen gilt mein großer Dank.

Meinen Eltern, deren Förderung und Unterstützung das Fundament darstellen, auf dem diese Arbeit entstehen konnte. Judith und Regula, ohne die es diese Arbeit nicht gäbe. (Und Judith für vieles mehr.)

Prof. Dr. Wilfried Belschner für seine Offenheit auf vielen Ebenen, in der meine Gedanken wachsen konnten, und für sein Zutrauen, mit dem er mir den Mut gab, ein großes Forschungsprojekt einfach anzupacken. Und Frau Prof. Dr. Annelie Keil für ihr uneigennütziges Engagement, mit welchem sie die Zweitbegutachtung übernahm und mich mit wertvollen Denkanstößen bereicherte.

Meinen Kolleginnen und Kollegen, die mich – jede und jeder auf ihre Weise – begleitet, unterstützt, gefordert und gefördert haben. Insbesondere Peter Fischer und Norbert Krischke für ihre hilfreichen Kommentare im Auswertungsprozess des umfangreichen Datenmaterials. Und Anna Yeginer für ungezählte Stunden der fachlichen Diskussion bei Grüntee.

Dem ehemaligen Oldenburger Doktorandenkolloquium (Anna Yeginer und Martin Koch) und meinen treuen und gewissenhaften KorrekturleserInnen Peter Fischer, Jutta Jacob, Katja Tiplt und Anna Yeginer.

Dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die finanzielle Förderung des dieser Arbeit zugrunde liegenden Projekts „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“ und für die freundliche Nachsicht bei Abgabeterminen für Berichte.

Meinen studentischen MitarbeiterInnen und DiplomandInnen, ohne deren Begeisterung und Arbeit das zugrunde liegende Projekt nicht hätte durchgeführt werden können. Insbesondere Nils Gehlen und Rita Oldenbourg.

Und allen voran den Menschen, die durch ihre Offenheit in den Interviews und durch das Ausfüllen unserer Fragebögen das Herz dieser Arbeit bilden. Für sie wurde das Projekt durchgeführt und diese Arbeit geschrieben – und ich wünsche mir sehr, dass sie ihnen zugute kommen möge.

Es haben mehr Menschen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen, als ich hier in Kürze nennen könnte. Und so wünsche ich mir, dass viele Wegbegleiter und Wegbereiter auf verschiedenen Ebenen sich angesprochen fühlen mögen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Theoretische Grundlagen I: Begegnung mit Sterben und Tod.....	7
2.1.	Lebenskrisen und Sterbekrisen.....	8
2.2.	Die Natur kritischer Lebensereignisse	31
3.	Theoretische Grundlagen II: Ressourcen im sozialen Raum.....	41
3.1.	Konzeptualisierung sozialer Ressourcen in der Psychologie	42
3.2.	Grenzen der gängigen Konzeptualisierung sozialer Ressourcen.....	48
3.3.	Modelle für die integrative und interaktionale Konzeptualisierung sozialer Ressourcen	55
4.	Perspektiven der Studie: Soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod	73
4.1.	Bedeutung sozialer Beziehungen für sterbende PatientInnen	75
4.2.	Soziale Beziehungen zwischen sterbenden PatientInnen und Angehörigen.....	83
4.3.	Die Situation von Professionellen in der Begleitung Sterbender	88
5.	Fragestellungen der Untersuchung	101
6.	Stichprobengewinnung	103
6.1.	Forschungsprojekt „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“.....	103
6.2.	Einbettung des Themas innerhalb des Gesamtprojekts.....	112
7.	Methodik der empirischen Untersuchung	113
7.1.	Erhebungsmethodik	114
7.2.	Gütekriterien der verwendeten Instrumente	116
7.3.	Analysemethodik.....	117

8.	Stichprobenbeschreibung	119
9.	Ergebnisse	129
9.1.	Bedeutung sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod	129
9.2.	Analyse des Konzepts der sozialen Ressourcen	157
10.	Diskussion und Fazit.....	174
10.1.	Modifikation des theoretischen Konzepts von sozialen Ressourcen.....	175
10.2.	Bedeutung sozialer Ressourcen in der Konfrontation mit Sterben und Tod	190
10.3.	Fazit und Implikationen	198
11.	Zusammenfassung/Summary.....	202
12.	Literaturverzeichnis.....	204
13.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	223

1. Einleitung

*„The fundamental delusion of humanity is to suppose
that I am here and you are out there.“
(Yasutani Roshi, 1994)*

*„Viele Menschen haben weniger Angst vor dem Tod an sich.
Vielmehr fürchten sie die Zeit des Sterbens:
Abhängig zu sein von anderen,
der Medizin ausgeliefert,
vielleicht die letzte Lebenszeit in einer anonymen Klinik-Atmosphäre,
getrennt von den Angehörigen verbringen zu müssen.“
(Flammer & Tausch-Flammer, 1992, 135)*

Kritisch krank zu sein und eventuell im Sterben begriffen zu sein, ist ein höchst belastendes Ereignis. Es stellt

- ein kritisches Lebensereignis für PatientInnen¹,
- eine große Belastung für Angehörige und die Menschen, die einem Schwerstkranken nahe stehen,
- das Einsatzgebiet von freiwillig Helfenden und
- den Arbeitsalltag für Pflegende, ÄrztInnen und psychosozial Tätige, die mit schwerkranken Menschen arbeiten, dar.

Glücklicherweise lässt sich auf diesem Gebiet, auf dem noch vor 30 Jahren in der medizinischen, sozialen oder psychologischen Forschung überwiegend Leere herrschte (vgl. bspw. Eissler, 1978; Nuland, 1994; Student, 1989b), inzwischen ein reges Treiben der wissenschaftlichen Studien und Erkenntnisse verzeichnen. Wer mit kritisch kranken und sterbenden Menschen professionell arbeitet, kann sich oft der Forschungsanfragen und zugesandten Fragebögen kaum erwehren – und zugleich ist der Wissensbedarf auf diesem Gebiet nach wie vor ungleich größer. Es sind bei weitem mehr Fragen offen als geklärt (vgl. Höver, 2003). Eine solche,

¹ Ein Wort zu geschlechtsspezifischer Schreibweise: Ich habe versucht, der Tatsache, dass sowohl Männer als auch Frauen den untersuchten Personengruppen angehören, möglichst vollständig gerecht zu werden. Die im Rahmen dieser Arbeit unterschiedenen Personengruppen sind daher wie folgt bezeichnet: die PatientInnen/die kritisch Kranken/die Sterbenden, die Angehörigen, die ÄrztInnen, die Pflegenden, die ehrenamtlich Helfenden, die psychosozial Tätigen, die Geistlichen. Ist eine Personenbezeichnung im Singular notwendig, so spreche ich alternierend von dem Menschen/der Person/dem Individuum.

bislang ungeklärte Frage bildet auch die Grundlage der hier vorliegenden Arbeit: die Frage nach der Verfügbarkeit, Nutzbarkeit und Wirksamkeit sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod.

Mit einer ständig steigenden Lebenserwartung (vgl. Helmert & Voges, 2002) aufgrund verbesserter medizinischer Möglichkeiten erhöht sich statistisch gesehen das Alter der Menschen, die von schweren Krankheitsprozessen betroffen sind, sowie die durchschnittliche Dauer des Sterbeprozesses am Lebensende. Tumorbedingte Erkrankungen, die einen langen Sterbeprozess mit sich bringen, nehmen in allen modernen Gesellschaften stetig an Häufigkeit zu und werden voraussichtlich in zehn Jahren an erster Stelle der Todesursachen stehen (vgl. Birg & Flöthmann, 2002; Dinkel, 2002; Sommer, 2002). Daraus folgt unter anderem, dass der gesamtgesellschaftliche und institutionelle Bedarf für die Betreuung kritisch kranker und sterbender Menschen an Größe und Bedeutung stetig zunimmt.

Zudem lockert sich das gesellschaftliche Tabu um die Thematik von Sterben und Tod (vgl. bspw. Lakotta, 2003). In der Folge werden zunehmend Stimmen in der Gesellschaft laut, die eine fundierte Erforschung des Sterbeprozesses und eine Verbesserung der Betreuung Sterbender verlangen (vgl. bspw. Esserman, Belkora & Lenert, 1995; Fairbairn, 1991). Forderungen nach einer verloren gegangenen „Sterbekultur“ und die Diskussion um das Recht auf ein humanes und individuelles Sterben spiegeln die Meinungs- und Bedürfnislage wider und finden zunehmend öffentliches Gehör.

Gleichzeitig ist eine Professionalisierung der Sterbebegleitung im Zuge der Gesamtprofessionalisierung sozialen Lebens in unserer Gesellschaft zu verzeichnen (vgl. Feldmann, 1997; Graf & Roß, 2003). Sterben geschieht momentan zu einem hohen Prozentsatz in (vermeintlich) spezialisierten Institutionen wie Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, oder zumindest unter der Aufsicht von geschulten Fachkräften (vgl. Hess, Spichiger, Bucher & Otto, 1998; Klaschik & Nauck, 1992, 2003; Ochsmann, Slagen, Feith, Klein & Seibert, 2001; Rest, 1992). Folglich entsteht ein erhöhter Wissensbedarf auf professioneller Seite bei ÄrztInnen, Pflegekräften, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ehrenamtlich Helfenden etc., die in die

Sterbebegleitung eingebunden sind und dadurch in verstärktem Maße gefordert werden.

Gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungen sowie fachlichen Ansprüchen gegenüber lassen sich starke Mängel in faktischen Diskussionsgrundlagen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, die für den Alltag sterbender Menschen praktisch nutzbar wären, verzeichnen (vgl. Kastenbaum, 1996; Klaschik, 1997). Es besteht also eine Kluft zwischen beiden Seiten, die unter dem Einfluss der aufgezeigten, gesellschaftlichen Veränderung zu einem kontinuierlich fortschreitenden Handlungsbedarf auf wissenschaftlicher Seite führt.

Eine Analyse der gesellschaftlichen Situation, in der die überwiegend älteren Menschen unserer Gesellschaft ihr Lebensende verbringen, ist aus diesen Gründen dringend indiziert, um eine gesicherte Diskussionsbasis für neue und sinnvolle Interventionen und Modifikationen der Versorgungslage zu erreichen. Da die Situation im Bereich von Sterben und Sterbebegleitung zweifellos über lange Zeit hinweg innerhalb der Gesellschaft vernachlässigt wurde, bedarf sie heute einer gründlichen Neustrukturierung (vgl. dpa, 2003). Hier liegt ein großer Bedarf an handlungsleitenden Prinzipien für verbesserte Interventionsvorschläge. So sind beispielsweise strukturelle Veränderungen notwendig, um die steigende Anzahl an Menschen, die einen langandauernden Sterbeprozess erleben, adäquat versorgen zu können (vgl. Runde & Giese, 2004; Schaeffer & Ewers, 2002; Wilkening & Kunz, 2003). Die Situation der in diesem Bereich tätigen Professionellen muss den tatsächlichen Gegebenheiten und Anforderungen besser angepasst werden, um dem nachweislich immer schneller einsetzenden Burn-out von MedizinerInnen und Pflegenden, die im Bereich der Sterbebegleitung arbeiten, entgegen zu wirken. Hieran zeigt sich beispielhaft, dass gesellschaftliche und institutionelle Strukturen den Erfordernissen der Professionellen für ihre Tätigkeit gegenwärtig nur schlecht gerecht werden. Es gilt hier, Ressourcen struktureller, sozialer und psychischer Art zu fördern, die zwar vielfach vorhanden sind, aber aufgrund mangelnden Wissens sowie ungeeigneter Institutions- und Arbeitsstrukturen nicht genutzt werden können (vgl. bspw. Thomas & Köhle, 1999).

Von vorrangiger Bedeutung ist in diesem Bereich die Wissensgenerierung zu Ressourcen, die bereits strukturell oder personal vorhanden sind, aber aufgrund mangelnder Kenntnisse nicht ausreichend genutzt werden können. Es gilt, das bereits Vorhandene auszuschöpfen, denn umfangreiche Neustrukturierungen im Bereich der Sterbebegleitung (die zweifelsohne sinnvoll wären; vgl. bspw. Großkopf & Schanz, 2003; Hardinghaus, Rogner & Meyer, 1999), sind aufgrund der finanziellen Lage im Gesundheitssektor nicht zu erwarten:

„Es scheint uns unrealistisch zu sein, die großen strukturellen Veränderungen (im Bereich der Sterbebegleitung, Anm. d. Verf.) zu fordern. Das würde sicherlich auch nicht in die gesundheitspolitische Landschaft unserer Zeit passen (Stichwort: Finanzen). Aber es wird deutlich, dass sich viel in den vorhandenen Strukturen verändern lässt. Wenn sich etwas in den Köpfen und im Bewusstsein ändert, wird auch weiterhin noch eine Menge möglich sein.“ (Schweidtmann, 1996, 112)

Dies ist auch das Anliegen der hier vorliegenden Arbeit: Es soll gezeigt werden, wie soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod von PatientInnen, Angehörigen und Professionellen genutzt werden können. Darüber hinaus wird das theoretische Konzept sozialer Ressourcen einer Überprüfung anhand der vorliegenden Daten unterzogen. Die vorliegende Arbeit ist anwendungsorientiert und verortet sich gleichermaßen in der Gesundheitspsychologie wie der Thanatopsychologie. Gesundheitspsychologische und thanatopsychologische Theorien und Modelle stehen dementsprechend im Vordergrund. Der Gegenstandsbereich umfasst den Sektor des Gesundheitswesens, der den institutionellen bzw. professionellen Rahmen für kritisch kranke und sterbende Menschen bildet: Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, stationäre Hospize sowie ambulante Pflegedienste. Die Menschen, die in diesem Rahmen (als PatientInnen, Angehörige oder Professionell Tätige) von Tod und Sterben betroffen sind, werden unter dem Blickwinkel ihrer sozialen Ressourcen betrachtet, welche als theoretisches Rahmenkonzept dieser Arbeit gewählt wurde. Es wird sich dabei im Laufe der Arbeit zeigen, dass diese Betrachtung der Ressourcen und ihrer Auswirkungen eine Integration sozialpsychologischer Erkenntnisse in das salutogenetische Rahmenverständnis der Gesundheitspsychologie erfordert wie ermöglicht. Auf dieser Basis wird am Ende der Arbeit ein innovatives Modell der „Risiko- und Schutzfaktoren aus dem sozialen Raum“

entstehen, das über den Stand der gegenwärtigen Theorienbildung hinausgeht und daher als Grundlage für weitergehende Forschung dienen könnte.

Im Verlauf der Arbeit wird zunächst ein theoretischer Einblick in das Feld von Tod und Sterben (*Kapitel 2*) sowie in die Konzeptualisierung sozialer Ressourcen (*Kapitel 3*) gegeben, denn die Verbindung dieser beider Felder bildet den theoretischen Rahmen dieses Themengebiets. Nach einem Überblick über die aktuelle Forschungslage (*Kapitel 4*) werden zu diesem Zusammenhang spezifische Forschungsfragen aufgestellt (*Kapitel 5*). Anschließend wird das Forschungsprojekt „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“ einbezogen, aus dem ein Teilbereich die Datenbasis der vorliegenden Untersuchung bildet (*Kapitel 6, 7, und 8*). Diese Daten werden entlang der Fragestellungen analysiert (*Kapitel 9*). Die Diskussion der Ergebnisse (*Kapitel 10*) wird zeigen, dass soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod ein großes Veränderungspotential in Bezug auf Wohlbefinden und Beanspruchung darstellen und dass bestehende psychologische Modelle zu sozialen Ressourcen erweiternd modifiziert werden können.

Ein Wort zu Beginn: Ethische Vertretbarkeit der wissenschaftlichen Arbeit mit Sterbenden

Es steht außer Frage, dass - vor allem als Spiegelbild der gesellschaftlichen Lage und des Entwicklungsgrads der öffentlichen Meinung - die wissenschaftliche Arbeit mit kritisch kranken und sterbenden Menschen einer intensiveren Überprüfung auf ethische Vertretbarkeit unterliegt als andere Gegenstandsbereiche der Forschung.

Bei genauerer Betrachtung der Thematik und der jeweils vorgebrachten Argumente wird jedoch klar, dass weniger der Gegenstandsbereich der Forschung ausschlaggebend für die Beurteilung der ethischen Vertretbarkeit ist, als vielmehr die den wissenschaftlichen Bestrebungen zugrunde liegende, ethische Einstellung (vgl. bspw. Casarett, 1999). Der gegenwärtig öffentlich stark diskutierte Bereich der Gen-Forschung kann für diese These als Beispiel stehen. So müssen die Achtsamkeit und der Respekt vor dem Menschen und seiner Menschlichkeit die Maximen allen

forscherischen Handelns sein. Zudem liegt der Maßstab, an dem sich wissenschaftliches Handeln grundlegend zu messen hat, in seinem Beitrag zum Dienst am Menschen (Keil, A., 2006; Tausch, R. & Tausch, 1985):

„Leben braucht keine Wissenschaftler, die die Modelle vom Leben für das Leben selbst halten, sondern ein Wissen schaffen, das zur prüfenden Klarheit über die Lage des Lebens, der Menschen in gegenwärtigen Lebens- und Arbeitsverhältnissen und die Gefährdungen von beiden beiträgt.“ (Keil, A., 2006, 131)

Diese Anforderungen an forschendes Handeln sind gleichermaßen für die wissenschaftliche Arbeit mit Kranken und Sterbenden wie für alle anderen Bereiche wissenschaftlichen Handelns zu stellen.

2. Theoretische Grundlagen I: Begegnung mit Sterben und Tod

2.1. Lebens- und Sterbekrisen

Belastung und Bewältigung als Themen im Lebensverlauf

Belastung und Bewältigung durch (chronische) Krankheit

Wann beginnt das Sterben?

Belastungen und Bedürfnisse sterbender Menschen und der Menschen in ihrem Umfeld

Lebensqualität und Wohlbefinden im Lebensverlauf und im Sterbeprozess

Parallelen und Besonderheiten von Lebens- und Sterbekrisen

2.2. Die Natur kritischer Lebensereignisse

Krisen und kritische Lebensereignisse

Krise als Grenzerfahrung

Krise als Wachstumschance

Krise und Resilienz

Ressourcen in der Krise

Menschen, die unmittelbar selbst vom eigenen Sterben oder dem Sterben eines vertrauten Menschen sowie mittelbar vom Sterben anderer Menschen in ihrem Arbeitsumfeld betroffen sind, bilden den Fokus der vorliegenden Arbeit. Sie begegnen dem Sterben auf unterschiedliche Weise: Für die betroffenen PatientInnen stellt die Möglichkeit des eigenen Sterbens in jedem Fall ein kritisches Lebensereignis dar; für ihre Angehörigen in den meisten Fällen; und für die Menschen, die professionell mit kritisch kranken und sterbenden Menschen arbeiten, ist die Begegnung mit dem Tod der emotional anspruchsvolle Arbeitsalltag (vgl. Wittkowski, Schröder & Bolm, 2004, 113). Es besteht die Möglichkeit, sich dieser Begegnung mit dem Sterben unter theoriegeleitet den drei genannten Blickwinkeln zu nähern: die Betrachtung des krisenhaften Charakters des Sterbens für PatientInnen und Angehörige und die Betrachtung des Arbeitsalltags und seiner Beanspruchungen für die beteiligten Professionellen. Da Schwerpunkt dieser Arbeit im Bereich der Gesundheitspsychologie liegt, wird auf die Darstellung von arbeitspsychologischen Gegebenheiten bewusst verzichtet und der Blickwinkel auf PatientInnen und Angehörige, der mit der Betrachtung von Lebens- und Sterbekrisen einher geht, in den Vordergrund gestellt. (Die Perspektive auf den Arbeitsalltag der Professionellen

wird in *Kapitel 4.3. – Die Situation von Professionellen in der Begleitung Sterbender* ausführlich dargestellt werden.)

Daher wird nun zu Beginn der Lebensbereich von Sterben und Tod näher betrachtet: Wie lassen sich Lebens- und Sterbezeiten voneinander abgrenzen? Welche Charakteristika weist eine Krisenphase auf, die meist durch die Konfrontation mit dem Sterben ausgelöst wird? Und was kann für den einzelnen Menschen in einem solchen Krisenerleben erwachsen? Diese Fragen stehen im Zentrum des folgenden Kapitels. Dazu wird zunächst ein Blick auf das Feld des Sterbens in Abgrenzung oder in Gemeinsamkeit zum alltäglichen Leben geworfen. Denn auch wenn Belastungen und Krisen zentrale Themen im gesamten Lebensverlauf darstellen, so nehmen sie doch in der Konfrontation mit dem Sterben eine spezielle Form an. In einem zweiten Schritt setzt sich die Arbeit mit dem Begriff der Krise auseinander. Es wird dabei deutlich werden, dass ein Krisenerleben sowohl eine Grenzerfahrung mit der Gefahr des Scheiterns beinhaltet als auch die Möglichkeit der erfolgreichen Bewältigung und des Wachstums durch den Rückgriff auf verschiedene Ressourcen.

2.1. Lebenskrisen und Sterbekrisen

Sowohl im gesellschaftlichen Leben als auch in der psychologischen Forschung kann seit einigen Jahrzehnten eine wachsende Tendenz beobachtet werden, das Sterben von dem abzutrennen, was als das alltäglich-normale Leben gesehen wird. So werden z.B. kranke Menschen entweder kurativ oder palliativ behandelt und in entsprechende Einrichtungen verwiesen. Die Angehörigen von kranken Menschen können auf ein anderes gesundheitspolitisches Unterstützungsnetzwerk zurückgreifen als die Angehörigen von sterbenden Menschen, etc. (vgl. Levend, 2006, 42). Auch in der psychologischen Forschung ist das Fachgebiet der Thanatologie bzw.

Thanatopsychologie² sehr wenig mit anderen Forschungsgebieten vernetzt: Die thanatologische Forschung beschäftigt sich ausschließlich mit sterbenden Menschen, die restliche psychologische Forschung mit anderen Lebensbereichen von Menschen, aber möglichst wiederum aus „ethischen“ Gesichtspunkten nicht mit sterbenden Menschen. Und das, obwohl einige Forschende wiederholt feststellen:

„Es könnte in diesem Diskussionszusammenhang auch wichtig sein, zwischen der Betroffenheit des Wissenschaftlers durch die Konfrontation mit Grenzsituationen, wie zum Beispiel Tod oder extremem Leiden, und dem Erleben der jeweils betroffenen Person zu trennen. Nicht selten findet die Tabuisierung auf der Seite der Untersucher und Betrachter und nicht auf der Seite der direkt Betroffenen statt.“ (Staudinger, 1997, 248)

Dabei stellt sich von Anfang an die grundlegende und berechtigte Frage, ob denn das Sterben vom Leben zu unterscheiden ist. Handelt es sich um qualitativ unterschiedliche Zustände im Leben eines Menschen, je nachdem ob er sich mitten im Leben oder mitten im Sterben befindet? Oder ist das gesamte Leben ein einziger, fortschreitender Prozess, der sich in äußerlich unterschiedliche Gewänder von Jugend und Alter, Geburt und Tod, Entstehen und Vergehen kleidet, innerlich aber von den immer gleichen Gesetzmäßigkeiten bestimmt ist? In ihrer Gänze lässt sich diese Frage hier sicherlich nicht beantworten, aber es scheint sinnvoll, das Augenmerk auf Unterschiede und auch Gemeinsamkeiten zu richten, die sich im belastenden oder krisenhaften Geschehen während des Lebens und während des Sterbens ergeben.

Dazu wird zunächst thematisiert, welche Rolle Belastung und Bewältigung allgemein im Lebensverlauf spielen. Darauf aufbauend kann die spezielle Situation von (chronischer) Krankheit als Ursache von Beanspruchung und Bewältigung betrachtet werden. Hier stellt sich dann die Frage, wo in Abgrenzung zur Krankheit das Sterben einsetzt. Es wird darauf folgend ein Überblick über die Hauptthemen von Belastungen und Bedürfnissen bei Menschen in der Konfrontation mit Sterben und Tod gegeben werden. In Verbindung zu Belastungen und Bedürfnissen soll auch ein Blick auf Wohlbefinden und Lebensqualität von sterbenden Menschen im Vergleich zu nicht-sterbenden Menschen geworfen werden. Abschließend können die Parallelen und die Besonderheiten von Lebens- und Sterbekrisen dargestellt werden.

² Die Thanatologie ist eine multidisziplinäre Wissenschaft mit dem inhaltlichen Schwerpunkt auf Tod, Sterben und Trauer. Schwerpunkte stellen in ihr soziologische, psychiatrische und psychologische (Thanatopsychologie) Ansätze dar (Schmitz-Scherzer, 1992, 10). Die klinische Thanatologie bildet die Anwendungsdisziplin der Thanatologie und umfasst drei Bereiche: die Betreuung sterbender Menschen, Suizid und Suizidprävention sowie Trauer und die Betreuung Trauernder (Feigenberg, 1980, 7).

Belastung und Bewältigung als Themen im Lebensverlauf

Der innere Stress, der durch eine belastende Situation entsteht, und die Bemühungen um eine Bewältigung dieser Situation sind zentrale und immer wiederkehrende Themen im Lebensverlauf eines Menschen. Von der ersten Trennung als Säugling von der Mutter nach der Geburt bis zur letzten Trennung im Moment des Sterbens sind Menschen mit Situationen konfrontiert, die für sie Stress und Beanspruchung bedeuten und die sie bewältigen wollen und/oder müssen.

Stress wird im Allgemeinen ausgelöst durch ein Ereignis, das für die Person belastend ist (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001, 60f.). Dabei können allgemeine Charakteristika bestimmt werden, die sich prototypischerweise in einer belastenden Situation wieder finden lassen:

„Das Geschehen ist einem allgemeinen sozialen Konsens zufolge für den Betroffenen belastend oder fordernd, weicht von einer unterstellten „Normalität“ ab, erfordert psychischen und/oder physischen Aufwand und kann im Hinblick auf unterschiedliche Verhaltensoptionen interindividuell unterschiedlich angegangen werden.“ (Weber, 1997, 9)

Es fällt auf, dass diese Definition zum einen sehr allgemein, zum anderen teilweise tautologisch ist. Es wird sich im weiteren Verlauf noch zeigen, dass sich objektiv nur schwer definieren lässt, was subjektiv als belastend empfunden wird oder auch nicht.

Der Begriff der Belastung wird in der Psychologie unterschiedlich verstanden und definiert (vgl. Shanahan, 1995, 61). Es fehlt gegenwärtig eine allgemein akzeptierte Definition, woraus Shanahan den Schluss zieht, dass es folglich auch keinen allgemein akzeptierten Ansatz zur Beschreibung und Analyse der Verarbeitung psychischer Belastungen geben könne.

Das Verständnis von Belastung und Beanspruchung, das dieser Arbeit zugrunde liegt, folgt der Empfehlung der begrifflichen Trennung von Belastung und Beanspruchung, die Köper (2001) in Anlehnung an Rohmert und Rutenfranz (1975) gibt. Danach werden die beiden Begriffe wie folgt definiert:

„Belastung (stress) wird verstanden als Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken.“ „Beanspruchung (strain) wird verstanden als die individuelle, zeitlich unmittelbare und nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen in Abhängigkeit von seinen

individuellen (habituellen und augenblicklichen) Voraussetzungen (einschließlich der individuellen Auseinandersetzungsstrategien).“ (Köper, 2001, 60)

Folglich sind die Vorgänge außerhalb und innerhalb des Menschen die Grenze zwischen Belastung und Beanspruchung: alles, was von außerhalb auf den Menschen einwirkt, wird als Belastung definiert; alles, was sich im Inneren des Menschen als Folge der auf ihn einwirkenden Belastung zeigt, wird als Beanspruchung bezeichnet.

Das gängigste Modell zur Stressentstehung und –verarbeitung wurde von Lazarus und Launier (1981; vgl. Lazarus, 1995) entwickelt. Sie definieren Stress als ein transaktionales Konstrukt, womit eine dynamische Sichtweise bereits explizit angelegt wird:

„Stress ist weder gleichbedeutend mit einem Umweltreiz, einem Personmerkmal oder einer Reaktion, sondern Stress stellt ein relationales Konzept dar, in dem ein Gleichgewicht hergestellt werden muss zwischen Anforderungen und der Fähigkeit, mit diesen Anforderungen ohne zu hohe Kosten oder destruktive Folgen fertigzuwerden.“ (Bodenmann, 1997, 74)

Das Stressverständnis nach Lazarus (1995) umfasst dabei v.a. vier Aspekte: (a) die kontextuelle Einbettung und Situationsbezogenheit, (b) die transaktionale Aufeinanderbezogenheit von Situationsvariablen, Einschätzungsprozessen und Coping, (c) die emotionale und problembezogene Homöostaseregulation sowie (d) die Trennung von Coping und Outcome. Dabei wird der Begriff des Coping in der Psychologie als Sammelbegriff für alle jene Reaktionen einer Person verwendet, die sie bei Konfrontation mit einer potentiell bedrohlichen oder belastenden Situation zeigt (vgl. bspw. Philipp, 1995, 36; Silver & Wortmann, 1980). Erweitert wird das Stress-Modell nach Lazarus durch eine zeitliche Komponente im Ansatz von Burr & Klein (1994), welche ein Kaskadenmodell von Stress und Coping vorschlagen. Danach werden nach einem Stressereignis sequentiell unterschiedliche Copingressourcen in Anspruch genommen (z.B. individuelle Belastungsbewältigung, dyadische Belastungsbewältigung, soziale Unterstützung durch externe Personen) (vgl. dazu auch Bodenmann, 1997, 85).

Bewältigung (synonym Coping, Belastungsverarbeitung) umfasst nun alle Erlebens- und Verhaltensweisen, die mit dem Meistern einer solchen belastenden, durch Bedrohung und Verlust charakterisierten Situation in Verbindung stehen (Greve, 1997a, 1997b). Bewältigung ist in diesem Sinne ein dynamischer Prozess und ein relationales Geschehen und damit der Natur des Stressereignisses vergleichbar:

„So wie das englische Verbum coping niemals ohne with daherkommt, so umschreibt allein das Präfix „be“, dass das Denken und Tun im Bewältigungsprozess auf etwas „einwirkend“ gerichtet ist.“ (Filipp, 1997, VIII)

Eine kurze und aussagekräftige Definition des Bewältigungsbegriffs scheint jedoch nicht möglich zu sein, denn die Prozesse und Dynamiken von Bewältigung erweisen sich als vielfältig und unterschiedlich:

„Der Begriff der Bewältigung wird in der psychologischen Forschung vielfach verwendet, scheint sich jedoch einer einfachen und prägnanten Begriffsbestimmung zu entziehen. (...) Der inhaltlichen und methodischen Vielfalt steht nur ein geringes Ausmaß an theoretischer Fundierung gegenüber.“ (Schwarz, Salewski & Tesch-Römer, 1997, 1f.)

Olbrich (1981; vgl. Olbrich, 1995; Olbrich & Pöhlmann, 1995) konnte in diesem Zusammenhang zeigen, dass gerade die große Individualität der angewandten Bewältigungsstrategien bei verschiedenen Menschen das allgemein gültigste Charakteristikum von Bewältigung darstellt (Schmidt-Denter, 2005, 175). Im allgemeinen Konsens können zumindest assimilative und akkomodative Prozesse in der Bewältigung unterschieden werden, anlehnend an das Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation nach Brandstätter (vgl. bspw. Freund & Riediger, 2003, 619). Im assimilativen Modus versucht die Person, Hindernisse oder Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen, um die Erreichung eines gesteckten Ziels zu ermöglichen. Der akkomodative Modus ist dadurch charakterisiert, dass Ziele, Ambitionen und Selbstbewertungsstandards so an die gegebene Situation angepasst werden, dass die ursprüngliche Diskrepanz und die mit ihr verbundenen, aversiven Gefühle neutralisiert werden können.

Sowohl Belschner (2001) als auch Yeginer (2000) weisen darauf hin, dass der Begriff der Bewältigung zumeist einseitig mit aktionalen, handlungsorientierten Konzepten verbunden wird (vgl. auch Braukmann & Filipp, 1995; Keil, A., 2004, 163). So zeigt Yeginer anhand einer Untersuchung auf, dass die Bewusstwerdung und Hinwendung zur Spiritualität eine bedeutsame Rolle in der Krankheitsverarbeitung einer Krebserkrankung spielen kann (für den Sterbeprozess vgl. Bernard & Schneider,

1996; Bickel, L. & Tausch-Flammer, 1997a, 1997b; Bragdon, 1991; Coberly & Shapiro, 1998; Grof, 1996; Kaut, 2002; Rest, 2001; Stepnick & Perry, 1992; Vogd, 1998). Sie schlägt vor, bestehende Coping-Modelle um den Bereich des Spirituellen Grundes und des Transpersonalen Vertrauens zu erweitern. Diese Sichtweise wurzelt in Belschners Konzept der Lebenskunst, in dem Aspekte von Tun und Lassen ineinander greifen und sich dadurch gegenseitig ergänzen. Belschner (2001) führt dabei aus, dass westliche Kulturen überwiegend durch die Leitidee der Kontrolle geprägt seien, so dass die Menschen in einer Lebensform des Tuns sozialisiert werden, die dem Aufbau und Aufrechterhalten von Kontrolle gewidmet ist. Eine komplementäre Ergänzung dazu stellt die Lebensform des Lassens dar, in welcher sich der Mensch einem Geschehen absichtslos anvertraut, ohne auf ein bestimmtes Ziel hin zu handeln. In unserer Kultur finden wir diese Handlungsweise vor allem in Grenzsituationen, in denen kontrollierendes Tun nicht mehr möglich ist. Belschner zeigt, dass beide Lebensformen des Tuns und Lassens komplementär aufeinander angewiesen sind:

„Eine angemessene Lebenskunst wird dann möglich, wenn eine Person die beiden Lebensformen des Tun und des Lassens als individuell verfügbare Kompetenzen entwickelt, und wenn sie diese Kompetenzen in flexibler Weise nutzen kann, um die wesentlichen Aufgaben ihres Lebens – ihre Lebenssehnsucht – als konkrete Lebenspraxis zu verwirklichen.“ (Belschner, 2001, 93)

Thomae teilt die Ansicht, dass der Aspekt der personalen Kontrolle im Stress- und Copingprozess überbewertet wird. Er kommt bei seiner Forschung zu Daseinsthemen im Lebensverlauf zu dem Schluss, dass „in der bisherigen (sozialgerontologischen) Forschung der Aspekt des Vertrauens zu kurz kam“ (Erlemeier, 1995, 259; vgl. auch Thomae, 1988). Und auch Wass bestätigt die Bedeutung des Vertrauens als Bewältigungsmöglichkeit für PatientInnen am Lebensende (Wass, 2001, 97).

Belastung und Bewältigung durch (chronische) Krankheit

Das Belastungsereignis, das wohl am häufigsten und genauesten untersucht wurde, ist das der Krankheit (vgl. Filipp & Ferring, 2002; Muthny, 1997). Entsprechend zahlreich sind die Modelle und Taxonomien der Belastungsverarbeitung in diesem Bereich. Die prominentesten werden stellvertretend im Folgenden vorgestellt.

Beutel (1988; zit. n. Salewski, 1997, 43) stellt in Zusammenfassung verschiedener Studienergebnisse dar, aus welchen Quellen für den (chronisch) kranken Menschen Belastung entsteht:

- Unheilbarkeit und Verschlechterung,
- Unkontrollierbarkeit des Krankheitsverlaufs,
- Reduzierung der körperlichen Leistungsfähigkeit,
- Begrenzung der Zukunftsperspektive,
- Bedrohung der körperlichen Integrität,
- Abhängigkeit vom Krankheitsversorgungssystem,
- Hospitalisierung,
- Notwendigkeit eines Behandlungsregimes sowie
- persönliche und soziale Verluste.

Die Ziele von Bewältigung ordnet Schüßler (1993; zit. n. Salewski, 1997, 44) in krankheits-, personen- und umweltbezogene Ziele: Zu krankheitsbezogenen Zielen zählen dabei Anerkennung und Bewältigung der Krankheitssymptome wie Schmerz, Schwäche, Behinderung; Auseinandersetzung mit der notwendigen medizinischen Behandlung; Entwicklung und Aufrechterhaltung adäquater Beziehungen zu ÄrztInnen und Pflegepersonal; eventuell Anerkennung und Bewältigung eines ungewissen Krankheitsverlaufs und einer ungewissen Zukunft. Zu personenbezogenen Zielen der Krankheitsbewältigung zählen die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines emotionalen Gleichgewichts sowie die Aufrechterhaltung eines ausreichenden Selbstwertgefühls. Die umweltbezogenen Ziele schließlich umfassen die Umgestaltung und Aufrechterhaltung der wichtigen Beziehungen zu Familie und Freunden.

Eine andere Taxonomie der Formen von Krankheitsbewältigung stellen Filipp & Klauer (1988; vgl. auch Freudenberg & Filipp, 1998; Mayer & Filipp, 2002, 307) auf. Sie unterscheiden in der Reaktion einer Person auf schwere bzw. chronische Krankheit eine Ebene der persönlichen Reaktion, eine Ebene des sozialen Eingebundenseins sowie die Lenkung des 'Aufmerksamkeitsfokus' der betreffenden Person.

Entscheidend ist nun die Frage, wann Bewältigungsversuche als gelungen oder als misslungen zu beurteilen sind. Dabei ist zunächst festzustellen, dass die Effektivität von Bewältigungsreaktionen ('Coping Efficacy') von vielfältigen Randbedingungen abhängig ist. Daher kann sie schwerlich kontextunabhängig analysiert werden.

Zusätzlich kann die Effektivität von Bewältigung aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und beurteilt werden (Salewski, 1997). Es gibt dabei mindestens drei unterschiedliche Perspektiven, aus denen Bewältigung beurteilt werden kann: die des Patienten bzw. der Patientin, die des medizinisch Behandelnden und die des sozialen Umfeldes. Aus Sicht des Patienten bzw. der Patientin sind das subjektive Wohlbefinden, seelische Gesundheit und Lebensqualität Indikatoren für gelungene Krankheitsbewältigung. Aus Sicht des medizinischen Behandlungssettings zählen Symptomatik und Compliance als Zeichen erfolgreicher Bewältigung. Aus Sicht der sozialen Umwelt schließlich sind Leistungsfähigkeit, unkomplizierter Umgang mit dem Patienten bzw. der Patientin und seine bzw. ihre ausgeglichene Bedingungen für erfolgreiche Krankheitsbewältigung. Folglich kann abschließend festgehalten werden:

„Eine umfassende und phänomenangemessene Kriterienbestimmung für die erfolgreiche Verarbeitung chronischer Erkrankungen muss alle Perspektiven berücksichtigen beziehungsweise eine stärkere Berücksichtigung einer der Perspektiven begründet vornehmen.“ (Salewski, 1997, 54)

Wann beginnt das Sterben? Und für wen?

Wann ein Mensch ein Sterbender ist, scheint oft nur auf den ersten Blick eine einfach zu beantwortende Frage zu sein. Der am häufigsten verwendete Definitionsversuch im deutschen Sprachraum kommt von Wittkowski:

„Aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht sollte ein Mensch dann als Sterbender bezeichnet werden, wenn (1) nach menschlichem Ermessen sicher ist, dass er in einem bestimmten, näher eingrenzbaeren Zeitraum tot sein wird, (2) mindestens einige Menschen in seiner Umgebung dies wissen, (3) er sich der Tatsache, dass er unmittelbar vom Tod bedroht ist, soweit bewusst ist, dass dieses Bewusstsein sein Erleben und Verhalten bestimmt.“ (Wittkowski, 1999, 117)

Ein Mensch ist demnach dann aus psychologischer Sicht als sterbend zu bezeichnen, wenn er objektiv vom Tod bedroht ist und sich dieser Bedrohung soweit bewusst ist, dass sie sein Erleben und Verhalten beeinflusst.

Bei näherer Betrachtung des Lebensgeschehens, das sich hinter der Definition verbirgt, wird schnell deutlich, dass sich Abgrenzungen zwischen Krankheit und Sterben, so wie zwischen Gesundheit und Kranksein, nicht festlegen lassen. (Keil diskutiert die Frage von Gesundheit und Krankheit aus gesellschaftlicher (Keil, A., 2004, 64f.) und lebensgeschichtlicher (Keil, A., 2004, 75ff.) Perspektive.) Aus einem sich schlecht fühlenden Menschen wird nach eingehender medizinischer Diagnostik ein Mensch mit einer (vielleicht schwerwiegenden) Krankheitsdiagnose. Aus dem nun offiziell kranken Menschen wird im Laufe kurzer oder langer Zeit vielleicht ein schwer kranker Mensch. Und irgendwann – nach langer oder kurzer Zeit, nach zwischenzeitlichen Verbesserungen und Verschlechterungen des körperlichen Zustandes – wird irgendwann der Tod eintreten. Oder ein bis dato kerngesunder Mensch erleidet einen Schlaganfall und stirbt daran innerhalb kürzester Zeit. Oder, oder... Die individuellen Verlaufsformen dieses Prozesses sind so vielgestaltig wie die Menschen, die sie betreffen. Eine explizite Definition des Beginns und der Dauer eines Sterbeprozesses ist somit unmöglich. Wittkowski (2002, 15; Wittkowski et al., 2004) bestätigt dies:

„Auf einem Kontinuum betrachtet besteht sowohl zwischen dem kurativen und dem palliativen medizinischen Betreuungsansatz im Vorfeld des Sterbens als auch zwischen palliativer Betreuung und dem Beginn der eigentlichen Sterbebegleitung ein fließender Übergang.“ (Wittkowski et al., 2004, 112)

Verschiedene Versuche wurden gemacht, um Phasen im Sterbeprozess zu bestimmen (z.B. Kübler-Ross, Weisman, Pattison, Glaser & Strauss, etc.), oder um Faktoren zu extrahieren, die den Verlauf des Sterbeprozesses beeinflussen (z.B. Worden, Samarel, etc.). (Eine differenzierte Darstellung findet sich bei Wittkowski et al., 2004.) Viele dieser Theorien über den Sterbeprozess wurden jedoch deduktiv von anderen Forschungsgebieten der Psychologie auf den Kontext des Sterbens übertragen und müssen daher in ihrer Tragfähigkeit kritisch betrachtet werden:

„Theories of dying tend to be etic rather than emic. (...) It would be realistic, however, to encourage more attention to the emic approach, to educating the dying person's own view of the situation without attempting to steer it into any preformed categories.“ (Corr, Doka & Kastenbaum, 1999, 251)

Der fortschreitende Erkenntnisstand in der Thanatologie zeigt hier auch die Individualität und das nicht normgerechte Verlaufen des Sterbeprozesses (Hinton, 1999; Kruse, A., 1996; Kruse & Schmitz-Scherzer, 1995; Schmitz-Scherzer, 2001):

„Das Sterben ist als individueller Prozess zu begreifen, der in hohem Maße vom Lebensverlauf des Patienten beeinflusst ist.“ (Kruse, A., 1996, 161)

„Sterben ist ein sehr individueller Prozess. Er wird von sozialen Merkmalen wie Religionszugehörigkeit, Bildungsstand, Familienstand, Geschlecht u.a. nur in relativ geringem Maße beeinflusst. Auch das kalendarische Alter spielt eine eher untergeordnete Rolle. (...) Die Prozesshaftigkeit des Sterbens ist gerade wegen des individuellen Charakters nicht prototypisch beschreibbar als feste Abfolge von Phasen.“ (Schmitz-Scherzer, 2001, 7f.)

Zudem zeigt sich bei näherer Betrachtung des Geschehens um Krankheit und Sterben, dass es vom Blickwinkel des Betrachtenden abhängt, wann und wie ein Mensch als Sterbender zu bezeichnen ist (vgl. bspw. Payne & Langley-Evans, 1996; Rest, 2001; Seymour, 1999). Die Einordnung eines Menschen als Sterbender ist danach zu unterscheiden, von wem sie gerade getroffen wird: vom Pflegepersonal, von den PatientInnen, von Angehörigen, von Kostenträgern, etc. Danach wird sich die Definition jeweils unterscheiden: Für eine bestimmte Patientin kann bei ihrer eigenen Einschätzung über sich selbst entscheidend sein, ob und wie sie weiter am Leben bleiben will oder nicht. Für das sie betreuende Pflegepersonal kann bei der Einteilung in „sterbend oder nicht-sterbend“ entscheidend sein, wie die Patientin gepflegt und behandelt werden muss. Für die behandelnde Ärztin kann für dieselbe Einteilung ausschlaggebend sein, ob und wie die medizinische Behandlung verändert werden muss. Für die Angehörigen kann schließlich entscheidend sein, ob

und wie sie spezifische Unterstützung von Seiten der Kostenträger erhalten können. Die Einschätzung, ob sich ein betreffender Mensch in einem Sterbeprozess befindet, hängt also untrennbar mit dem Blickwinkel des Beurteilenden zusammen. Eine „objektive Definition“ gibt es demnach nicht.

Insgesamt ist folglich festzuhalten, dass alle Definitionsversuche des Sterbens zwei Einschränkungen unterliegen:

- Man kann den Beginn des Sterbeprozesses nicht genau definieren. Aus kranken PatientInnen werden irgendwann sterbende PatientInnen. Und dies ist ein individueller, nicht normgerechter Prozess (so gibt es u.a. auch sehr eindrückliche Studien zu Spontanremissionen; vgl. bspw. Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1996).
- Die Definition ist vom Definierenden abhängig. Je nach Blickwinkel des Betrachters und seiner Interessenslage wird ein Patient/eine Patientin in unterschiedliche Kategorien eingeordnet werden können.

Streng genommen lässt sich also höchstens retrospektiv definieren, wann das Sterben eines Menschen begonnen hat. Und auch dann nur von einem gewählten Blickwinkel aus (z.B. aus dem der Patientin, der Ärztin, der Kostenträger, etc.). Definitionsversuche und Grenzziehungen verstellen daher oft eher das Verständnis für den individuellen Menschen und seinen Prozess, als dass sie ein vertieftes Verständnis schaffen können.

Aus pragmatischer Sicht sind Definitionsversuche dennoch oft sinnvoll, z.B. weil sie helfen, Prioritäten im Umgang mit PatientInnen oder Angehörigen neu zu setzen, wenn es auf das Sterben zugeht, oder weil sie helfen, spezifische Beanspruchungen von Pflegenden besser zu verstehen, die hauptsächlich oder ausschließlich mit sterbenden Menschen zu tun haben, etc. Es scheint, als würden diese Kategorien gebraucht werden, um Blickwinkel und Handlungswege für PatientInnen und ihr Umfeld zu setzen.

Belastungen und Bedürfnisse sterbender Menschen und der Menschen in ihrem Umfeld

Viele Forschungsbemühungen wurden auf die Frage verwandt, was sterbende Menschen belastet und was sie infolgedessen brauchen (vgl. z.B. Blumenthal-Barby, 1991; Corr, Nabe & Corr, 2003; Schröder, C., 2001). Die Frage nach Belastungen und Bedürfnissen steht in der Zahl der thanatologischen Publikationen weit mehr im Vordergrund als die Frage, wo die Ressourcen sterbender Menschen liegen und wie diese mit ihrer belastenden Situation erfolgreich umgehen können. So bildet die Forschung zu Belastungen und Bedürfnissen bisher einen Hauptteil der thanatopsychologischen Forschung.

Zunächst muss der Begriff des Bedürfnisses von sterbenden Menschen geklärt werden. Rest (1981, 14) unterscheidet Bedürfnis als grundlegende, bei allen Menschen gleiche Disposition von Bedürftigkeit, die eine individuell unterschiedliche Äußerung des generellen Bedürfnisses ist. Bedürfnisse werden hier als Mangelzustände verstanden, die mit dem Sterben verbunden sind und die es zu beseitigen gilt. Eine der wichtigsten und anspruchsvollsten Aufgaben der Bedürfnisforschung ist daher die möglichst realitätsnahe, empirische Abbildung von Patientenbedürfnissen. Haase & Schwefel (1995) verweisen ebenfalls auf die große Notwendigkeit der Bedürfnisforschung in diesem Bereich und zeigen auf, dass beispielsweise die derzeit ausgebildeten ÄrztInnen häufig blind für die psychischen und sozialen Grundbedürfnisse ihrer sterbenden PatientInnen sind oder sich, wenn sie ihnen begegnen, hilflos oder abwehrend verhalten, da ihnen diese Bedürfnisse ausbildungsbedingt nicht in ausreichendem Maße klar sind. Um einen Einblick in die Qualität der Bedürfnisse bei sterbenden PatientInnen zu ermöglichen, sollen beispielhaft einige vielzitierte Aufstellungen dargestellt werden.

Rest (1981, 41; 1992, 123; vgl. auch Mennemann, 1998, 147) hält fünf Hauptbedürfnisse des sterbenden Menschen in hierarchischer Reihenfolge fest:

- Bedürfnisse des Körpers,
- Bedürfnis nach Sicherheit,

- Bedürfnis nach Liebe,
- Bedürfnis nach Achtung sowie
- Bedürfnis nach Selbstverwirklichung.

Makowka (1998, 36ff.) leitet aus eigenen Studien folgende Aufzählung von Patientenbedürfnissen ab: Bedürfnis nach Ruhe, nach ausreichender Atmung, nach Schmerzfreiheit, nach Körperpflege, Bedürfnis den Durst zu stillen, Bedürfnis nach Wärme, Bedürfnis die Sinne zu befriedigen, Bedürfnis nach Kontakt mit Angehörigen und Freunden, nach Kontakt mit dem Pflegepersonal, Bedürfnis nach Geborgenheit, nach Liebe und Aufmerksamkeit, nach Achtung und Würde (vgl. dazu auch Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson & Harlos, 2002; Ohi, 1995), nach Wahrheit und Wahrhaftigkeit sowie religiös-spirituelle Bedürfnisse.

Schmitz-Scherzer (2001, 9) fasst folgende Bedürfnisse sterbender Menschen zusammen:

- „Freisein von Schmerzen,
- sich körperlich wohl fühlen,
- Freisein von unangenehmen körperlichen Empfindungen,
- Gefühl, nicht allein gelassen zu werden,
- Gefühl, informiert zu werden, soweit dies vom Sterbenden erwünscht ist,
- Gefühl, akzeptiert und respektiert zu werden,
- Bedürfnis nach „sinnvoller“ Bewertung des eigenen Lebens und
- Zuwendung und Respekt durch die Umwelt“.

Und Blosser-Reisen (1997a, 1997b) leitet aus verschiedenen Quellen folgende Kernbedürfnisse sterbender Menschen ab:

„Übereinstimmend werden aus Forschung und Sterbebegleitung etwa folgende Kernbedürfnisse genannt (Pompey, 1994; Rest, 1992; Schmitz-Scherzer, 1992; Student, 1994):

a) Das Bedürfnis, im Sterben nicht unter Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden leiden zu müssen.

b) Das Bedürfnis, im Sterben nicht alleine gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort (möglichst zuhause) inmitten vertrauter Menschen zu sterben.

c) Das Bedürfnis, noch letzte Dinge zu regeln.

d) Das Bedürfnis, die Frage nach dem Sinn des Lebens, des Sterbens o.ä. zu stellen und die Frage des „Danach“ zu erörtern.

Zentrale Bedürfnisse, wie die hier genannten, gelten als für den Menschen so wesentlich, dass ein Unerfülltbleiben körperlichen und seelischen Schaden hervorrufen kann.“ (Blosser-Reisen, 1997b, 180f.)

Bei der Betrachtung der Bedürfnisseerteilungen darf ihre Verbundenheit miteinander nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Blosser-Reisen, 1997b, 181). So ist beispielsweise das Bedürfnis nach Schmerzfreiheit mit dem Bedürfnis nach Sicherheit verbunden, das Bedürfnis nach Liebe mit dem Bedürfnis nach Kontakt durch vertraute Menschen, das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung vielleicht mit spirituell-religiösen Bedürfnissen.

Doch ein Mensch stirbt nicht isoliert von seiner Umwelt. Und so vielgestaltig auch das Wissen über die Bedürfnisse der Menschen ist, die im Sterbeprozess begriffen sind, so gering ist das Wissen über die Bedürfnisse der Menschen, die auf engstem Raum mit ihnen zu tun haben: die Angehörigen oder Vertrauten, Pflegende, religiös oder psychosozial Betreuende und natürlich die behandelnden ÄrztInnen. Auch sie befinden sich, ebenso wie die Sterbenden selbst, in diesem Raum, der in engem Kontakt mit existentiellen Fragen und mit Tod und Verlust steht. Auch sie setzen sich mit den Fragen nach Leid, nach Trauer und Verlust, nach dem Danach und nach Sinn auseinander und erleben das Sterben eines Menschen hautnah mit (vgl. auch Kast, 2000). Corr et al. (2003) beschreiben diese Situation folgendermaßen:

„... we think immediately of the ill person... but we should not end there because coping with dying is not solely confined to ill and dying persons. Coping with dying is also a challenge for others who are drawn into such situations. These include the family members and friends of the dying person, as well as the volunteer and professional caregivers who attend to the dying person (Grollmann, 1995b). Confronting imminent death and coping with dying are experiences that resonate deeply within the personal sense of mortality and limitation of all who are drawn into these processes.“ (Corr et al., 2003, 133)

Folglich ist es genauso bedeutsam, die Bedürfnisse von Menschen, die mittelbar im Kontakt mit Tod und Sterben stehen, in der gleichen, offenen Weise wie bei PatientInnen zu erfragen. Doch die Sichtweise bisheriger thanatopsychologischer Forschung ist in dieser Hinsicht eingeschränkt: So werden Angehörige zu den Belastungsquellen im Hinblick auf ihre Beziehung zu sterbenden PatientInnen

befragt (z.B. Kruse, A., 1995), Pflegepersonen zu ihrer Arbeitsbelastung (z.B. Schröder, H., Schröder, Förster & Bänsch, 2003) und ÄrztInnen zu Schwierigkeiten in der Kommunikation mit sterbenden PatientInnen (z.B. Kirk, Kirk & Kristjanson, 2004). Die Blickwinkel sind dabei eingeeengt auf die äußere Rolle, die die betreffende Person im Geschehen um einen Patienten oder eine Patientin zu spielen scheint. Dies wiederum verstellt den Blick auf eventuelle Gemeinsamkeiten und existentielle Bedürfnisse, die vielleicht bei allen Menschen auftreten, die sich in nahem Kontakt mit Sterben und Tod befinden. Kruse & Schmitz-Scherzer empfehlen daher:

„Eine wichtige Aufgabe der künftigen thanatopsychologischen Forschung ist darin zu sehen, die beiden Perspektiven (...) – die Perspektive schwerstkranker Menschen im Terminal-Stadium einerseits, die Mitarbeiter-Perspektive andererseits –, miteinander zu verbinden.“ (Kruse & Schmitz-Scherzer, 1995, 297)

Den Versuch, einen gemeinsamen Blickwinkel auf alle Beteiligten im Geschehen um und mit einem sterbenden Menschen zu werfen (Patient, Bezugspersonen, Professionelle), stellt die Studie „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“ dar, deren Daten auch Grundlage der vorliegenden Arbeit sind. Grimm (2004) unterzog alle Aussagen der Befragten zu ihren Be- und Entlastungsfaktoren einer gruppenübergreifenden Auswertung. Sie kommt zu dem Schluss, dass in allen Personengruppen sieben Faktoren das Wohlbefinden der befragten Person moderieren: eigenes Befinden, Beziehungen, Kommunikation, Arbeit, persönliche Umgebung, wirtschaftliche Faktoren und zeitliche Faktoren. Diese sieben Faktoren sind in allen Personengruppen anzutreffen, wobei die Belegungsstärke der Kategorien nach Personengruppe schwankt. Lediglich der Faktor Beziehungen ist bei allen befragten Personen von gleichrangiger Bedeutung und wirkt fast ausschließlich entlastend. Die Arbeit von Grimm zeigt somit exemplarisch auf, dass es mehr Gemeinsamkeiten in der Befindlichkeit der Personen gibt, die mit Sterben und Tod in verschiedenen Rollen konfrontiert werden, als bisher in thanatologischer Literatur und Forschung angenommen.

Es ist mir an dieser Stelle wichtig, deutlich festzuhalten, dass meiner Ansicht nach die Herausforderung durch die Konfrontation mit dem Sterben für alle Menschen besteht, die entweder selbst (als PatientInnen) oder auch stellvertretend (als Angehörige oder als Professionelle) vom Sterben berührt werden. Personengruppen- und Rolleneinteilungen erscheinen mir (auch auf der Grundlage des dieser Arbeit zugrunde liegenden Datenmaterials) dabei weniger wichtig als weithin angenommen.

Menschen, die sterben, und die Menschen, die eng mit ihnen in Kontakt stehen, sind betroffen von den Gegebenheiten, die eine Sterbekrise ausmachen: die Frage nach dem Scheitern des Körpers, die Frage nach der Zerbrechlichkeit eines Menschenlebens, die Frage nach der Unvermeidbarkeit des Leidens, die Frage nach Begegnung und Verlust und letztendlich die große Frage nach dem Sinn. Dies selbst oder stellvertretend zu erleben, löst bei den Menschen Prozesse aus, die ähnlicher erscheinen, als gedacht. Daher ist anzunehmen, dass Bedürfnisse, die in oder aus diesem Raum entstehen, ähnlicher sind, als weithin angenommen.

Allerdings können Erkenntnisse, die im Bereich von Tod und Sterben gewonnen werden, nicht beliebig auf verschiedene Bevölkerungs- und Personengruppen übertragen werden. So sind beispielsweise Modelle zu Einstellungen gegenüber Sterben und Tod, die anhand von Befragungen der Normalbevölkerung gewonnen wurden (vgl. Wittkowski et al., 2004), nicht ohne weiteres übertragbar auf Menschen, die professionell in der Sterbebegleitung tätig sind (vgl. dazu auch Seibert, Ochsmann, Feith & Klein, 2001a). Denn erwartungsgemäß zeigt sich in der Normalbevölkerung die Angst als die dominante Einstellungskomponente, was jedoch bei Menschen, deren Arbeitsalltag in der Begegnung mit Sterbenden und dem Tod besteht, in den meisten Fällen nicht der Fall ist (vgl. dazu auch Flammer, 1996; Grob, 1997; Schlömer-Doll & Schlömer-Doll, 1996; Tausch, D., 1987; Tausch, R. & Tausch, 1985). Dies trifft ebenso zu, wenn die Struktur von Einstellungen zu Tod und Sterben, die bei alten Menschen erfragt wurde, generell auf Sterbende ohne Beachtung des Lebensalters übertragen wird. Wittkowski (2005) äußert sich dazu:

„Möglicherweise haben alte Menschen als Folge des ausgiebigen Nachdenkens über die Todesthematik und damit verbundener Bewertungsprozesse eine andere Struktur der entsprechenden Einstellungen.“ (Wittkowski, 2005, 76)

Ein differenzierter Blick auf die grundlegende Natur der betreffenden Personengruppe ist in dieser Hinsicht notwendig.

Wohlbefinden und Lebensqualität im Lebensverlauf und im Sterbeprozess

Eng verbunden mit Belastung, Beanspruchung und Bedürfnissen sind die Begrifflichkeiten von Wohlbefinden und Lebensqualität. Auch hier stellt sich die Frage, ob die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden im Sterbeprozess sich qualitativ unterscheidet von anderen Zeitpunkten im Lebensverlauf.

Wohlbefinden ist als ein rein subjektives Maß definiert, denn nur der befragte Mensch kann darüber Auskunft geben, ob und wie wohl er sich im Moment bzw. in seinem Leben fühlt:

„Unter dem Begriff des Wohlbefindens werden sowohl angenehme psychische und physische Empfindungen als auch positive Bewertungen des eigenen Lebens und einzelner Lebensbereiche zusammengefasst. Im Allgemeinen wird zwischen dem aktuell erlebten Wohlbefinden („state“) und dem (situationsübergreifenden) habituellen Wohlbefinden („trait“) unterschieden.“ (Eid & Diener, 2002, 634)

Einen integrativen Ansatz zur Modellbildung von Wohlbefinden bietet Ryff (1995) an. Aus verschiedenen psychologischen Theorien (Maslow, Jung, Jahoda, Birren, Erikson, Bühler, Neugarten, Allport, Rogers) extrahiert sie die folgenden Dimensionen des Wohlbefindens: „self-acceptance, positive relations with other people, autonomy, environmental mastery, purpose in life, personal growth“.

Das Konzept der Lebensqualität beinhaltet nun Versuche, verschiedene äußere und innere Faktoren zu definieren, die zur Qualität des Lebens eines Menschen beitragen (vgl. bspw. Bellebaum, 1994). Es ist offensichtlich, dass die Vermischung objektiver Lebensumstände und subjektiver Wahrnehmungen zu Definitionsschwierigkeiten führen muss:

„Trotz der wachsenden Beliebtheit des Konstrukts Lebensqualität herrscht allerdings immer noch Uneinigkeit über seine Definition. Eine der komplexesten Lebensqualitätsdefinitionen liegt von der Arbeitsgruppe Lebensqualität der WHO vor. Sie definiert Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt. (WHO, 1997)“ (Böhmer, 2002, 349)

Je breiter und umfassender die Definition von Lebensqualität gewählt wird (wie z.B. diejenige der WHO), desto schwieriger ist ihre Anwendung auf den spezifischen

Einzelfall. Birnbacher (1979; zit. n. Krischke, 1996) unterscheidet deshalb zwischen idealtypischer, normativer Lebensqualität und individueller, faktischer Lebensqualität:

„Ein normativer Begriff der Lebensqualität bezieht sich, je nach Menschenbild oder Weltanschauung, auf einen idealtypischen Zustand des Lebens. Der faktische Begriff von Lebensqualität bezieht sich auf die individuelle Situation und berücksichtigt die bestehenden oder verbliebenen Möglichkeiten zur Realisierung eines idealtypischen Lebens.“ (Krischke, 1996, 52)

Eine weitere Möglichkeit der Spezifizierung des breiten Lebensqualitätsbegriffs besteht darin, ihn auf bestimmte Lebensbereiche zu beziehen. Eine in der Psychologie bedeutsame Spezifizierung besteht in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die die physische und psychische Gesundheit eines Menschen in den Mittelpunkt der Frage nach seiner Lebensqualität stellt. Allerdings muss, wie oben bereits erläutert, wiederum das Gewicht auf der subjektiven Einschätzung der Person liegen:

„Die Forderung nach einem einheitlichen Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Sinne einer allgemeingültigen Definition widerspricht insbesondere dem subjektiven Charakter des Lebensqualitätsansatzes. Nach Lerner (1973) ist auch Gesundheit eine qualitative Größe, die nicht direkt beobachtet oder gemessen werden kann. Die grundlegende Frage der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung heißt ja: Was gibt meinem Leben Qualität? Die Antwort kann nur höchst individuell und nicht vergleichbar sein. Daher wird gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung auch zumeist als Outcome-Kriterium benutzt.“ (Krischke, 1996, 55f.)

Eine wichtige Einschränkung betrifft die Differenzierung zwischen Lebensqualität und Qualität des Sterbeprozesses, denn: „Lebensqualität ist nicht dasselbe wie Qualität des Sterbeprozesses“ (Wilkening & Martin, 2003, 336). Im Sterbeprozess treten für den sterbenden Menschen bestimmte Faktoren in den Vordergrund, während andere Faktoren, die für einen gesunden Menschen stark zum Wohlbefinden beitragen, für den Sterbenden in den Hintergrund treten (vgl. Herrlein, 2003).

Entsprechende Studien, die Schwerkranke, Angehörige und Personen aus dem professionellen Versorgungsnetz nach den Konditionen eines guten Sterbens befragten (Steinhauser et al., 2000; Singer et al., 1999), kamen auf folgende, prävalente Aspekte von Lebensqualität im Sterbeprozess: Schmerzkontrolle, Klarheit der Entscheidungsprozesse, Vorbereitungsmöglichkeiten auf das Sterben, Abschließen verschiedener Prozesse, das Gefühl, noch etwas geben zu können, ganzheitliche Akzeptanz der Person. Diese Gesichtspunkte finden sich nicht in

gängigen Aspekten der Lebensqualität. Singer et al. (1999) fanden darüber hinaus das Bedürfnis, anderen keine Last sein zu wollen sowie die Betonung der Beziehungen zu nahe stehenden Menschen als Aspekte der Qualität im Sterbeprozess.

Beim Großteil thantologischer Forschung wird allerdings nach wie vor die Definition von Lebensqualität bei terminal erkrankten Menschen von theoriegeleiteter Übertragung der Lebensqualitätskonzepte aus anderen Bereichen bestimmt, ohne dass eine wirkliche Fundierung oder Überprüfung im Feld vorliegen würde:

„Although several instruments have been developed to measure the quality of life (QOL) of palliative care patients, a rigorous research study has not specifically asked patients themselves what is important to their QOL. It is, therefore, not clear whether these instruments measure what is most important to these patients' QOL.“ (Cohen & Leis, 2002, 48)

Solange keine passenden Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei kritisch kranken und sterbenden PatientInnen vorliegen, empfiehlt es sich daher, auf das rein subjektiv basierte Maß des Wohlbefindens zurückzugreifen.

Parallelen und Besonderheiten von Lebens- und Sterbekrisen

Zum Abschluss dieses Kapitels stellt sich noch einmal die Eingangsfrage: Ist Sterben etwas anderes als Leben? Auf der Grundlage der bisherigen Fakten ist nun ein differenzierter Blick darauf möglich, ob und wie sich Sterbekrisen von Lebenskrisen unterscheiden. (Eine Bestimmung des Krisenbegriffs sowie eine nähere Betrachtung des Phänomens der Krise folgt in *Kapitel 2.2. – Die Natur kritischer Lebensereignisse.*)

Allgemein herrscht Einigkeit darüber, dass Krankheit, Tod und Sterben die am schwersten zu bewältigenden Ereignisse im Lebensverlauf eines Menschen sind:

„Krankheiten und operative Eingriffe gehören für jeden Menschen in aller Regel zu den dramatischsten Lebensereignissen. Darüber hinaus teilt die Medizin mit Psychologie und Theologie das Problem des Sterbens als „letzter Lebenskrise“ (Kastenbaum, 1975).“ (Filipp, 1995, 4)

So kann zunächst die Feststellung getroffen werden, dass das Sterben ein krisenhaftes Lebensereignis darstellt, welches sich (quasi normativ) in den Lebensverlauf eines jeden Menschen einfügt. Wittkowski (1990) empfiehlt dahingehend, „den Sterbeprozess als einen Lebensabschnitt zu betrachten, der hinsichtlich seiner psychischen Bearbeitungs- und Bewältigungsformen mit anderen krisenhaften Zeiten im Laufe eines Menschenlebens grundsätzlich vergleichbar ist“ (Wittkowski, 1990, 126; zit. n. Mennemann, 1998, 147; zu weiteren Ausführungen darüber, wie das Sterben als Life-Event und Lebenskrise betrachtet werden kann, siehe Mennemann, 1998).

Auch Wilkening & Martin (2003) kritisieren damit einhergehend, dass der Kontinuität des Lebens bis zum Tod in der wissenschaftlichen Konzeptualisierung zu wenig Rechnung getragen werde und vielerorts für das Sterben grundlos spezielle Theorien entwickelt würden:

„Es ist zunächst nicht augenscheinlich, warum theoretische Ansätze der Entwicklung über die Lebensspanne (...), die für die Erklärung der Auseinandersetzung mit Anforderungen bestimmter Lebensabschnitte oder mit Verlusten und Belastungen konzipiert wurden, für das Lebensende keine Gültigkeit haben sollten. Lediglich unter der Annahme, dass es sich beim Sterbeprozess um vom sonstigen Lebensvollzug unabhängige Veränderungsprozesse handelt, wäre eine solche Annahme gerechtfertigt.“ (Wilkening & Martin, 2003, 224)

Corr, Nabe & Corr (2003) konstatieren in diesem Zusammenhang pointiert: “Dying persons are living human beings, and they continue to be living persons as long as they are dying.“ (Corr et al., 2003, 127)

Es lässt sich daher zunächst festhalten, dass Ähnlichkeiten zwischen Lebens- und Sterbekrisen bestehen. Dies zeigt auch Ritter-Gekeler (1992) in ihrer Untersuchung zum Erleben von Lebens- und Sterbekrisen auf, in der sich durchaus Parallelen im Erleben einer lebensbedrohlichen Erkrankung und anderen schweren Lebenskrisen zeigen:

„Zusammenfassend ergeben sich tatsächlich Hinweise auf eine ganze Reihe ähnlicher Probleme in Lebenskrisen und der Krise angesichts der akuten Lebensbedrohung durch die Erkrankung an Krebs. Insgesamt scheinen sie in Lebenskrisen aber in milderer Form aufzutreten und nur einzelne Lebensbereiche zu erfassen.“ (Ritter-Gekeler, 1992)

Allerdings finden sich in ihrer Untersuchung (wie auch im Verlauf des bisherigen Kapitels deutlich wurde) neben den Ähnlichkeiten zwischen Lebens- und

Sterbekrisen in ihrer Untersuchung auch Spezifika der Sterbekrise. Beides wird in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt:

Ähnlichkeiten von Lebens- und Sterbekrisen	Besonderheiten der Sterbekrise
<ul style="list-style-type: none"> • Einschnitt im Leben • Emotionale Betroffenheit • Bedrohung/Infragestellung von Zukunftsperspektiven • Gefühl von Kontrollverlust/Ausgeliefertsein • Einengung des Denkens und Handelns auf das Problem • Unzureichendes Verstehen für die Ursache der Krise • Schuldgefühle • Drohende oder reale Verluste • Soziale Isolation 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefährliche Todesbedrohung • Körperliche Bedrohung • Autonomieverlust • Aufenthalt in Krankenhäusern, Patientenrolle, sozialer Tod • Gesellschaftliche Verdrängung des individuellen Todes • Scheu über das Sterben zu sprechen, weil man die anderen nicht beruhigen will • Erleben der Endlichkeit des Seins

Tabelle 1: Ähnlichkeiten und Besonderheiten von Sterbekrisen und Lebenskrisen (nach Ritter-Gekeler, 1992)

Die Ergebnisse von Ritter-Gekeler (1992) spiegeln den Kenntnisstand zu Lebens- und Sterbekrisen wieder:

Die Konfrontation mit dem Sterben ist insofern vergleichbar mit anderen Krisen und Herausforderungen im Leben eines Menschen, als ein Mensch an den Rand seiner bisherigen Möglichkeiten stößt. Das Bisherige trägt nicht mehr und ist bedroht. Es muss etwas Neues (z.B. neue Sichtweisen, neue Verhaltensweisen) entstehen.

Die Einzigartigkeit bzw. Besonderheit der Konfrontation mit dem Sterben liegt in der expliziten Bedrohung der Existenz. Das eigene Dasein wird als endlich und begrenzt erlebt, und Fragen nach dem Sinn des Daseins brechen vermehrt auf (vgl. dazu auch Frankl, 1982, 1983; Keil, A., 2004, 63).

Im Einklang mit dem überwiegenden Teil thanatologischer Forschung und Theorienbildung stellt auch das Modell von Ritter-Gekeler (1992) den Krisengedanken und damit den Blickwinkel auf die Bedrohung in den Vordergrund. Aus einer gesundheitspsychologischen Perspektive jedoch ist der Bedrohung die Möglichkeit des Wachstums und der Veränderung an die Seite zu stellen (vgl. hierzu auch Erkenntnisse im Bereich der Traumaforschung; bspw. (Reddemann, Engl & Lücke, 2003). Inwieweit eine Krise sowohl eine Grenzerfahrung als auch eine Wachstumschance darstellen kann, wird daher im nächsten Kapitel erläutert.

Die Beanspruchung durch krisenhafte Ereignisse und Versuche, diese erfolgreich zu bewältigen, stellen immer wiederkehrende Themen im Lebensverlauf dar. Die Konfrontation mit einer Erkrankung bildet dabei eine spezielle Belastungssituation, was sich in spezifischen Themen der berichteten Belastungsquellen niederschlägt.

Den Übergang vom Kranksein zum Sterben definitorisch zu bestimmen, stellt eine Schwierigkeit dar. Alle Definitionsversuche des Sterbens unterliegen zwei Einschränkungen: Erstens kann der Beginn des Sterbeprozesses nicht eindeutig definiert werden. Und zweitens ist die Definition vom Definierenden abhängig; je nach Blickwinkel der Betrachter wird ein und dieselbe Patientin in unterschiedliche Kategorien eingeordnet werden können.

Die spezifischen Belastungsquellen und Bedürfnisse sterbender PatientInnen werden in mehreren Taxonomien festgehalten (z.B. Rest, 1981; Makowka, 1998; Schmitz-Scherzer, 2001; Blosser-Reisen, 1997). Sie zeigen sich in vielfacher Weise miteinander verbunden. Weniger ist über die Beanspruchung und die Bedürfnisse von Menschen bekannt, die mittelbar als Angehörige, medizinisch Behandelnde oder psychosozial Tätige vom Sterben eines Menschen betroffen sind. In der thanatologischen Forschung werden sie oft ausschließlich aus dem Blickwinkel der Rolle gesehen, die sie im Geschehen um die oder den Sterbenden einnehmen.

Ähnlich wie bei Beanspruchung und Bedürfnissen ist es auch bei Wohlbefinden bzw. Lebensqualität schwierig, Definitionen für den Lebensverlauf vom Sterbeprozess abzugrenzen. Es ist jedoch deutlich, dass im Sterbeprozess spezifische Aspekte für Lebensqualität und Wohlbefinden in den Vordergrund treten. Konzeptualisierungen für die Lebensqualität sterbender PatientInnen bestehen bislang nicht.

Es lassen sich Parallelen zwischen der Krise durch den drohenden Tod und anderen Krisen im Lebensverlauf ausmachen, aber auch Besonderheiten der Sterbekrise festhalten (Ritter-Gekeler, 1992): Die Konfrontation mit dem Sterben ist insofern vergleichbar mit anderen Krisen und Herausforderungen im Leben eines Menschen, als ein Mensch an den Rand seiner bisherigen Möglichkeiten stößt. Das Bisherige trägt nicht mehr und ist bedroht. Es muss etwas Neues (z.B. neue Sichtweisen, neue Verhaltensweisen) entstehen. Die Einzigartigkeit bzw. Besonderheit der Konfrontation mit dem Sterben liegt in der expliziten Bedrohung der Existenz. Das eigene Dasein wird als endlich und begrenzt erlebt, und Fragen nach dem Sinn des Daseins brechen vermehrt auf.

2.2. Die Natur kritischer Lebensereignisse

Es stellt sich nun die Frage, was aus der krisenhaften Situation der Konfrontation mit dem Sterben erwächst: Scheitern oder Wachstum (vgl. Schmidt-Denter, 2005, 174)? So wie in der Krise Bedrohung und Gefahr liegen, birgt sie auch die Möglichkeit der Veränderung und des Wachstums zu Stärke und Stabilität:

„Im Gegensatz zu der Auffassung, dass Krisen als destruktiv anzusehen sind, betrachten wir sie als Ausgangspunkt für Prozesse des Neuaufbaus und für weiteres Wachstum (vgl. Danish 1977). Wenn also Krisen sowohl positive wie auch negative Folgen nach sich ziehen, so besteht das Ziel der Intervention nicht darin, den Eintritt von Krisen zu verhindern, sondern vielmehr darin, die Fähigkeiten einer Person zum konstruktiven Umgang mit Krisenereignissen zu erhöhen und zu erweitern.“ (Danish & D'Augelli, 1995, 158)

In diesem Kapitel wird daher nach der definitorischen Bestimmung von Krisen und kritischen Lebensereignissen erläutert, inwieweit eine Krise sowohl eine Grenzerfahrung als auch eine Wachstumschance darstellt, um dann den Begriff der Resilienz näher zu beleuchten, der entscheidenden Einfluss darauf hat, ob eine Krise als stärkend oder schwächend erlebt wird. Resilienz wird ermöglicht durch den Rückgriff auf Ressourcen, deren Konzepte abschließend im Überblick dargestellt werden.

Dies stellt einen integrativen Betrachtungsansatz dar, denn in den Gebieten der Psychologie werden Krisen und kritische Lebensereignisse unter verschiedenen Betrachtungswinkeln analysiert (Horlacher, 2000). So betrachten die klinisch-psychologische wie auch die gesundheitspsychologische Perspektive schwerpunktmäßig die Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und der Entstehung sowie Aufrechterhaltung von Störungen. In der entwicklungspsychologischen Perspektive werden kritische Lebensereignisse nicht mehr nur als kriseninduzierende Stressoren konzeptualisiert, sondern sie beinhalten bei adäquater Verarbeitung und Bewältigung auch die Chance eines Entwicklungsanreizes, der ein persönliches Wachstum zur Folge haben kann. Und die sozialpsychologische und persönlichkeitspsychologische Perspektive schließlich arbeiten die Bedeutung von sozialen und personalen Ressourcen bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen heraus. Diese unterschiedlichen Blickwinkel werden im Folgenden integriert, indem zunächst Krisen

in ihrer Natur als Grenzereignisse, dann als Wachstumschance und schließlich in ihrer Beziehung zu Ressourcen betrachtet werden.

Krisen und kritische Lebensereignisse

In der Bewältigungsforschung wurde der Begriff des kritischen Lebensereignisses („Critical Life Event“) in Abgrenzung zu regulären, normativen Krisen (vgl. Schmidt-Denter, 2005, 8) im Lebensverlauf geprägt:

„Lebenskrisen heißen so, weil es sich um gestörte Begegnungen mit dem Leben handelt. Sie berichten vom Mangel an Ressourcen, vom Verlust einer Balance, vom fehlenden Austausch, vom Funktionsverlust, von der Vereinseitigung der polaren Kräfte, vom Ausweichen, von der Flucht, vom Verlust der ‚subjektiven Wahrheit‘.“ (Keil, A., 2006, 50f.)

„Kritische Lebensereignisse gelten als spezielle Erfahrungstypen, da sie anders als „normale“ altersgebundene Übergänge (z.B. Einschulung, Pubertät) nonnormativer Natur sind und eine Reihe von Besonderheiten aufweisen, die sie von ersteren unterscheiden.“ (Filipp, 2002, 345)

Ein kritisches Lebensereignis ist im Speziellen dadurch gekennzeichnet, dass es unerwartet in einem normativen Lebensverlauf auftaucht und diesen aus der antizipierten Bahn zu werfen droht (z.B. Broken-Home-Konstellation durch Scheidung der Eltern, Arbeitsplatzverlust, Lottogewinn, früher Tod des Lebenspartners oder eines Kindes, etc.). Merkmale kritischer Lebensereignisse sind folglich große Lebensveränderung, hoher Wirkungsgrad, hohe affektive Bedeutung, Unkontrollierbarkeit, Zielblockade, Unvorhersehbarkeit sowie Off-Time-Auftreten (Auftreten außerhalb der durch die biologische und/oder soziale Uhr definierten Zeiträume) (Filipp, 2002). Je mehr dieser Merkmale auf ein Ereignis zutreffen, desto höher ist die Gefahr, dass das Ereignis kriseninduzierenden Charakter besitzt. Schmidt-Denter (2005, 174) spricht in diesem Zusammenhang von der „raumzeitlich punktuellen Verdichtung eines Geschehensablaufs“, der das Individuum aus dem Gleichgewicht bringt und eine neue Ausbalancierung erfordert.

Im Sinne dieser Kriterien ist es ein verkürzter Ansatz und eine zu starke, von Objektivierung getragene Vereinfachung, einen äußeren Ereignistyp (z.B. Krankheit, Scheidung, etc.) als ein kritisches Lebensereignis zu definieren (vgl. auch Hultsch & Cornelius, 1995). Eine differenzierte Betrachtung (z.B. durch Befragung der

Betroffenen nach ihrer subjektiven Wahrnehmung des objektiven Geschehens) ist hier gefragt. Dann kann auch die Pseudo-Objektivierung von normativen versus non-normativen Lebensereignissen an der subjektiven Einschätzung der betroffenen Person überprüft werden, denn es ist zu hinterfragen, was normativ ist: Normative Lebensereignisse können für eine Person subjektiv kritisch sein (z.B. schwere Krankheitserfahrung in höherem Alter) und non-normative Ereignisse können im Gegensatz dazu gut bewältigbar sein (z.B. Scheidung der Eltern während der Kindheit). So kommt auch Horlacher (2000, 455) zu dem Schluss, dass es überaus schwierig ist zu definieren, wann ein Lebensereignis als kritisch aufzufassen ist. (Eine differenzierte Analyse dieser Frage findet sich bei Horlacher, 2000; Hultsch & Cornelius, 1995).

Eine genaue Betrachtung von kritischen Lebensereignissen zeigt zudem, dass sie weniger ein eingrenzbares Ereignis als einen komplexen Prozess darstellen:

„Eine schwere körperliche Erkrankung wie Krebs, Herzinfarkt oder Multiple Sklerose wird von der Mehrzahl der betroffenen Menschen nicht als ein singuläres Belastungsereignis erlebt, sondern als eine Kette bedrohlicher Veränderungen in zentralen Lebensbereichen.“ (Freudenberg & Philipp, 1998, 14)

So kann festgehalten werden, dass kritische Lebensereignisse schwer in objektiver Weise zu definieren sind. Sie führen in jedem Fall zu einem relativen Ungleichgewicht in dem bis dato aufgebauten Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt, wobei die Quellen des Ungleichgewichts als das kritische Lebensereignis bezeichnet werden, obwohl sie sowohl in der Person als auch in der Umwelt liegen können (Horlacher, 2000, 455). Um das erlebte Ungleichgewicht wieder in ein Gleichgewicht zu überführen, sind Anpassungsleistungen notwendig, die dann den Rückgriff auf Ressourcen erfordern.

Krise als Grenzerfahrung

Zunächst ist festzuhalten, dass dem Begriff der Krise die Grenze als inhärentes Charakteristikum bereits innewohnt. Denn in einer Situation, die für einen Menschen eine Krise darstellt, stößt er an die Grenzen seiner bisherigen Verhaltens- und Problemlösemöglichkeiten:

„In Zusammenfassung der empirischen Befundlage lässt sich sagen, dass Menschen an die Grenzen ihrer Bewältigung stoßen, wenn sie mit negativen, unvorhersehbaren, unkontrollierbaren, mehrdeutigen und überwältigenden Ereignissen konfrontiert werden, die zugleich wichtige Lebensinhalte und Lebensziele gefährden.“ (Jerusalem, 1997, 261)

In solchen Situationen sind Menschen sogenannten Grenzerfahrungen ausgesetzt. Jaspers (1932) beschreibt Tod, Schuld, Leiden, Zufall und Kampf als die zentralen Grenzsituationen des Menschen und argumentiert, dass diese Situationen zentrale Themen in der Selbst- und Weltreflexion des Menschen darstellen (vgl. Staudinger, 1997, 248), denn in diesen Situationen erfährt er das Scheitern seiner Kontrollmöglichkeiten. Eine Veränderung oder Überwindung dieser Situation nach der Maßgabe seiner bisherigen Möglichkeiten und Muster ist plötzlich unmöglich. An das Ende der bisherigen Verhaltensmöglichkeiten gekommen, kann diese belastende Situation nicht durch gewohnte Ressourcen und Strategien in die personale Kontrolle gebracht werden, sondern es geht darum, sich mit der Situation auf einen Veränderungsprozess einzulassen:

„Leben unterliegt dem Gesetz der Vergänglichkeit und des Wandels. Wer die damit verbundenen Veränderungen nicht annimmt, kommt aus der Balance und wir dies als Disharmonie und Stagnation spüren.“ (Keil, A., 2006, 26)

„In der Transition wird durch das Vergehen des Alten etwas Neues – eine Vorstellung, die die Psychologie der Kontrolle kaum denken kann. (...) Nicht möglichst effiziente und schon gar nicht rasche Adaptation wird hier gefordert, sondern zunächst einmal die ganze Erfahrung der Beendigung einer Periode, in der man gut eingerichtet war und in der man wohladaptiert funktionierte. (...) Anstatt zu bewältigen gilt es, das radikal Andere zuzulassen. Damit ist dann nicht Vernichtung verbunden, sondern Wandel.“ (Olbrich, 1997, 236f.)

Kritische Lebensereignisse stellen also für den Menschen Grenzerfahrungen dar, da sie ihn mit den Grenzen seiner bisherigen Lebens- und Problemlösefähigkeiten konfrontieren. Die Situation, der er sich nun gegenüber sieht, ist nicht mit den gewohnten Kontroll- und Bewältigungsmechanismen lösbar. In der Erfahrung der Grenze muss das Bisherige aufgegeben werden, damit neue Möglichkeiten entstehen können. (Ähnliches beschreibt van Genneep, (Genneep, 1960) in seinem klassischen Modell der ‚Rites of Passage‘.) Dieser Wandel jedoch ist nicht kontrollierbar und auch nicht erfolgsorientiert herbeiführbar – hierin liegt die Gefahr des Scheiterns.

Krise als Wachstumschance

In einem derart kritischen Lebensereignis jedoch nicht nur eine Bedrohung des Bestehenden, sondern auch eine Chance auf Neuentwicklung zu sehen, erfordert die Verlagerung des Blickwinkels weg von einem pathogenetischen hin zu einem salutogenetischen Modell. Im Zentrum salutogenetischen Denkens steht die Auflösung der Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit zugunsten eines fließenden Kontinuums zwischen beiden (vgl. Keil, A., 2004, 75ff.), und es steht die Frage, warum und wie Menschen gesund bleiben (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Welche Faktoren sind daran beteiligt, die Position des Menschen auf dem Kontinuum zwischen Scheitern und Wachstum zu erhalten oder sie in Richtung des gesunden Pols zu bewegen? Antonovsky (1979, 1997), der Begründer des Begriffs der Salutogenese, beschreibt diese radikale Verlagerung des Blickwinkels folgendermaßen:

„At the core of the pathogenic paradigm, in theory and in action, is a dichotomous classification of persons as being diseased or healthy. Our linguistic apparatus, our common sense thinking, and our daily behaviour reflect this dichotomy. It is also the conceptual basis for the work of health care and disease care professionals and institutions in Western societies. Consideration of the problem of the origins of health, however, leads us to face the question of whether the dichotomous approach is adequate or whether it may not be imperative to formulate a different conceptualisation of health.”
(Antonovsky, 1979, 39)

Anstatt den Blick auf die Bedrohung zu richten, kann er also auch auf das gerichtet werden, was Menschen in Grenzsituationen hilft, gesund und gestärkt aus ihnen hervor zu gehen (indem sie bspw. als Möglichkeit der Neuorientierung und der Entscheidung für neue Lebensziele genutzt werden kann).

Besonders für die Grenzsituation von Tod und Sterben kann ein salutogenetischer Blickwinkel hilfreich sein (vgl. auch Marrone, 1999). Denn das salutogenetische Paradigma macht es möglich, den Tod mit einzubeziehen. Im pathogenetischen Paradigma geht es um die Beseitigung von Krankheit und Leid; der Tod stellt in diesem Blickwinkel das ultimative Scheitern dar. Anders zeigt sich die Situation, wenn der Blickwinkel geweitet wird:

„Im salutogenetischen Modell jedoch wird nicht nur akzeptiert, dass niemand von uns trockenen Fußes am Ufer des Lebensflusses stehen bleiben kann, sondern auch, dass wir alle im Fluss sind und mit ihm ans Ende kommen. Der Tod ist damit nicht letztes Versagen von Reparaturmöglichkeiten, sondern Bestandteil des Lebens. Ich glaube, es kann lohnend sein, salutogenetische Gedanken auch in die derzeit aktuelle Diskussionen

um neue Sterbehilferichtlinien, Bioethikkonvention und Transplantationsgesetzgebung einzubringen.“ (Franke, 1997, 190)

Das salutogenetische Paradigma stellt somit einen Blickwinkel dar, der indirekt die Akzeptanz von Krankheitsprozessen fördert, und es bietet nach Franke (1997) zumindest die Möglichkeit, Sterben und Tod als unveränderliche Bestandteile des Lebens zu integrieren (vgl. auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001, 97).

Krise und Resilienz

Kann man beschreiben, was es einem Menschen ermöglicht, bisherige Grenzen zu überschreiten, sich neuen Situationen anzupassen – kurz gesagt, in der Krise die Chance des Wandels und des Wachstums zu ergreifen?

In der Psychologie wird dazu das Konzept der Resilienz (bzw. psychologische Widerstandsfähigkeit, Invulnerabilität; vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001, 63f.) verwendet. Resilienz ist die Möglichkeit, trotz vorliegender Risikofaktoren (mit Hilfe protektiver Faktoren) zum einen negative Konsequenzen zu vermeiden oder auch zum anderen normales Funktionieren nach Rückschlägen wiederherzustellen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001, 63; Staudinger & Greve, 2001, 98). Staudinger et al. fügen noch eine dritte Form der Resilienz an, die große Bedeutung im Alter hat: Verlustmanagement (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Damit bezeichnen sie den erfolgreichen Umgang mit altersbedingten Verlusterfahrungen (z.B. körperliche Fähigkeiten, soziale Funktionen, geistige Kapazitäten, etc.).

Üblicherweise werden in der Resilienzforschung nicht-normative Entwicklungsbeeinträchtigungen als kritische Lebensereignisse zugrunde gelegt. Es wird zwischen diesen nicht-normativen Entwicklungsbeeinträchtigungen (z.B. Scheidung der Eltern, schwere Krankheit im frühen Alter, etc.), die durch Resilienz erfolgreich überwunden werden, und anderen normativen Entwicklungskrisen (z.B. Adoleszenzkrise, Erkrankung im hohen Alter) unterschieden, welche im Sinne der Resilienzforschung normative Entwicklungsbedingungen darstellen und mit Resilienz als herausragender

Eigenschaft nichts zu tun hätten. Allerdings ist diese Trennung objektiver und daher künstlicher Natur und diese Gruppen können daher nicht disjunkt sein. So stellt Staudinger fest: "Im höheren Erwachsenenalter treten normative und nicht-normative Beeinträchtigungen sehr nahe aneinander heran." (Staudinger & Greve, 2001, 103) Es kann daher durchaus hinterfragt werden, ob die Trennung zwischen normativen Entwicklungskrisen und nicht-normativen Entwicklungsbeeinträchtigungen samt den damit unterstellten, unterschiedlichen Bedeutungen für Resilienz sinnvoll ist (siehe dazu auch die Ausführungen in *Kapitel 2.1. – Parallelen und Besonderheiten von Lebens- und Sterbekrisen*).

Es gibt zwei Grundkonzeptionen der Resilienz: Sie kann als Personenmerkmal gesehen werden (z.B. in Verbindung mit Kohärenzsinn, Kontrolle, Ego-Resilienz) oder als eine Person-Umwelt-Konstellation (relationaler Resilienzbegriff). Die Sichtweise von Resilienz als reine Persönlichkeitseigenschaft steht in der Kritik, einseitig stark an aktionalen Konzepten orientiert zu sein (Staudinger & Greve, 2001, 101). Im relationalen Sinne ist Resilienz dann vorhanden, wenn trotz eines vorliegenden Risikos in einer bestimmten Situation optimale Anpassung gelingt. Dazu tragen in dieser Sichtweise sowohl Personenvariablen (z.B. Intelligenz, Selbstkonzept, Ziele, Copingstrategien) als auch Umweltfaktoren (z.B. soziales Netzwerk) bei. Die relationale Sichtweise, die auf den jeweiligen Entwicklungskontext bezogen ist und in der Person- wie Umweltvariablen gleichermaßen Beachtung finden, sucht nach Konstellationen von Ressourcen, die in der jeweiligen Situation für den Menschen hilfreich sind (Rieckmann, 2002, 462ff.).

Resilienz wird folglich möglich durch den Rückgriff auf Ressourcen. Ein Individuum kann sich in einer Krise als resilient zeigen, wenn es Ressourcen aktivieren kann, die entweder in seiner Person selbst oder in seiner Umwelt liegen.

Ressourcen in der Krise

Die Prozesse des erfolgreichen Handelns in Krisen sind also auf Ressourcen zurückzuführen:

„Als Ressourcen werden in der Gesundheitspsychologie solche Faktoren bezeichnet, die geeignet sind, die psychische, physische und soziale Gesundheit eines Menschen zu fördern, vor allem bei einer Gefährdung der Gesundheit durch Belastungen und Krankheit.“ (Weber, 2002, 466)

Ressourcen sind somit die Kräfte, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass in der Krise die Möglichkeiten der Chance sichtbar und die Elemente der Gefahr minimiert werden.

Es gibt mehrere Vorschläge, Unterteilungen für die sehr heterogene Gruppe der Ressourcen aufzustellen. In Anlehnung an Lazarus & Folkmann (1987) schlägt beispielsweise Leppin (1997) vor, zwischen bewertender, emotionaler, physiologischer und behavioraler Funktion von Ressourcen im Prozess der Stressverarbeitung zu unterscheiden. Eine derart differenzierte Betrachtungsweise ist auf empirischer Ebene bisher jedoch kaum realisiert worden. Die empirische Befundlage zu verschiedenen Wirkmodellen von Ressourcenfaktoren ist dürftig und heterogen (Leppin, 1997, 201).

Die klassische Einteilung der Ressourcen bezieht sich auf personale und soziale Ressourcen. Personale Ressourcen beinhalten die positive Befindlichkeit einer Person sowie eine positive Konstruktion ihrer Persönlichkeit, ihrer Kompetenzen und ihrer Erfahrungen. Soziale Ressourcen hingegen umfassen alle Komponenten des sozialen Umfelds eines Menschen, die er nutzen kann, um Beanspruchung zu reduzieren. Personale und soziale Ressourcen sind in der Regel positiv miteinander korreliert (Schröder, K. E. E., 1997; Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 175).

Zu personalen Ressourcen zählen positive Konstrukte einer Person bezüglich ihrer Kompetenzen, ihrer Persönlichkeit und ihrer Erfahrungen. Am häufigsten wurden in diesem Zusammenhang positive Erwartungshaltungen und ein positives Selbstkonzept als personale Ressourcen untersucht. Zwei Merkmale erwiesen sich als besonders tragfähig: Selbstwirksamkeit und Proaktivität.

Selbstwirksamkeit (auch: Selbstwirksamkeitserwartung, optimistische Kompetenzerwartung, optimistische Selbstüberzeugung, perceived self-efficacy) stellt die subjektive Gewissheit dar, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können (Schwarzer, 2002b, 521). Dieses Konzept beruht auf der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1997). Das zu Beginn noch bereichsspezifische Konzept Banduras wurde weiterentwickelt zu einem generalisierten und zeitstabilen Konstrukt im Sinne eines Traits „Generalisierte Selbstwirksamkeits- bzw. Kompetenzerwartung“ (vgl. Jerusalem & Schwarzer, 1999). Dieses Konstrukt kann somit mit einem unterschiedlichen Grad an Generalität oder Spezifität beschreiben: von der allgemeinen zur bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeit stellt einen Aspekt der Persönlichkeit dar, der sich in Resilienzkonstellationen als funktional erwiesen hat (Staudinger & Pasupathi, 2000).

Das Konzept der Proaktivität steht in Zusammenhang mit den theoretischen Konstrukten „internale Kontrolle“, „optimistischer Interpretationsstil“ (Seligman), „dispositionaler Optimismus“ (Scheier und Carver), „Selbstwirksamkeitserwartung“ (Bandura). Zu einer proaktiven Einstellung gehört ein kontinuierliches Streben nach einer Veränderung seiner selbst und seiner Umwelt. Im Kern des Konstrukts liegt eine optimistische Erwartung bezüglich der Umweltressourcen und der eigenen Ressourcen in Verbindung mit der Verantwortung, etwas tun zu müssen, und dem Bedürfnis, etwas bewirken zu wollen. Proaktive Bewältigung ist somit die positive Seite von Coping im Sinne von persönlichem Wachstum, dem Meistern von Anforderungen und dem Streben nach Lebenszielen. So kann in Erweiterung früherer Dimensionen zwischen reaktivem, antizipatorischem, präventivem und proaktivem Coping unterschieden werden. Proaktives Coping ist im Gegensatz zu anderen Bewältigungsformen kein Risikomanagement, sondern ein Zielmanagement. (Schwarzer, 2002a, 45ff.)

Unter sozialen Ressourcen werden alle diejenigen Ressourcen gefasst, die nicht nur dem einzelnen Menschen zugeordnet werden können, sondern die in Zusammenhang mit dem Kontakt zu anderen Menschen stehen. Es können drei große Gruppen unterschieden werden: soziales Netzwerk, soziale Unterstützung und persönliche Beziehungen (Schwarzer & Leppin, 1992; Staudinger & Greve, 2001, 122). Differenziert wird in dieser Einteilung somit nach Quantität, Qualität und Funktion von

sozialen Beziehungen. Eine differenzierte Betrachtung dieser drei Konzepte folgt in *Kapitel 3.1. – Konzeptualisierung sozialer Ressourcen in der Psychologie*.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass kritische Lebensereignisse zugleich Bedrohung und Chance in sich tragen. Zum einen stellen sie Grenzerfahrungen für den Menschen dar, in denen er an die Grenzen seiner bisherigen Bewältigungsfähigkeiten stößt. Zum anderen bergen sie die Möglichkeit der Neuentstehung und Neuentdeckung von innerer Kraft und Ressourcen.

Dazu jedoch bedarf es einer Erweiterung des Blickwinkels weg vom Fokus auf Bedrohung (pathogenetischer Blickwinkel) hin zum Fokus auf Sinnhaftigkeit, Wachstum und positivem Wandel (salutogenetischer Blickwinkel).

In der Psychologie wird das, was einen Menschen dazu befähigt, mit krisenhaften Umständen erfolgreich umzugehen, als Resilienz bezeichnet. Resilienz bezieht sich als relationales Konstrukt sowohl auf den Menschen als auch auf seine Umwelt zu einem gegebenen Zeitpunkt in seiner Entwicklung (vgl. Bezüge zu Person-Kontext-Interaktionstheorien in *Kapitel 3.3. – Person-Kontext-Interaktionstheorien*).

Die Grundlage von Resilienz sind die Ressourcen eines Menschen. Hier werden klassischerweise personale und soziale Ressourcen unterschieden, die jedoch in komplexer Interaktion miteinander stehen.

3. Theoretische Grundlagen II: Ressourcen im sozialen Raum

- 3.1. Konzeptualisierung sozialer Ressourcen in der Psychologie
 - Theorien und Modelle sozialer Unterstützung
 - Soziale Netzwerktheorien
 - Soziale Beziehungen als Ressource
 - 3.2. Grenzen der gängigen Konzeptualisierung sozialer Ressourcen
 - Kritik an den Konzeptualisierungen sozialer Ressourcen
 - Interaktion von personalen und sozialen Ressourcen
 - 3.3. Modelle für die integrative und interaktionale Konzeptualisierung sozialer Ressourcen
 - Systemtheoretisches Modell nach Bronfenbrenner
 - Life Course Paradigm nach Elder
 - Person-Kontext-Interaktionstheorien
- Exkurs: Person-Kontext-Interaktionstheorien in psychologischer Forschung und Wissenschaft
- Soziale Ressourcen aus integrativer Sicht

Die Chance, die einem kritischen Lebensereignis innewohnt, kann also genutzt werden, indem der betreffende Mensch Gebrauch von seinen Ressourcen macht. Ressourcen befähigen ihn dazu, dieser Situation, in der er sich befindet, so zu begegnen, dass sein Wohlbefinden im Leben erhalten bleibt. Ressourcen sind also die Kräfte, die dazu verhelfen, das Wohlbefinden trotz widriger Umstände aufrecht zu erhalten oder wieder zu erlangen. Da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf sozialen Ressourcen ruht, werden im Folgenden zunächst die bereits erwähnten Konzeptionen sozialer Ressourcen dargestellt. Es wird sich dabei zeigen, dass diese gängigen Konzepte Einschränkungen unterliegen. Daher werden Metatheorien aus anderen Gebieten der Psychologie herangezogen, die dazu dienen können, ein breiteres Rahmenkonzept für die Konzeption sozialer Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

3.1. Konzeptualisierung sozialer Ressourcen in der Psychologie

Soziale Ressourcen werden in der Psychologie auf drei Arten konzeptualisiert (vgl. Laireiter, 2002, 1993; Schwarzer & Leppin, 1992):

„Die Forschung ist sich in der Zwischenzeit darüber einig, dass sich das Begriffsfeld (der sozialen Ressourcen, Anm. d. Verf.) in drei Ebenen unterteilen lässt, die der sozialen Integration, die des Sozialen Netzwerks und die der Sozialen Unterstützung.“ (Laireiter, 1993, 15)

Entsprechend werden auch im Folgenden Theorien und Modelle sozialer Unterstützung, sozialer Netzwerke sowie sozialer Beziehungen dargestellt.

Theorien und Modelle sozialer Unterstützung

Soziale Unterstützung ist der in der psychologischen Forschung am umfangreichsten untersuchte und ausformulierte Aspekt im Gebiet der sozialen Ressourcen (Erlemeier, 1995; Filipp, 1995, 22; Laireiter, 1993; Minnemann & Schmitt, 1995; Oldenbourg, in Vorbereitung). Soziale Beziehungen werden hier daraufhin betrachtet, welche Unterstützung einer Person durch eine andere oder ein soziales Netzwerk zuteil wird. Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass soziale Ressourcen allzu oft mit sozialer Unterstützung gleichgesetzt werden (bspw. in Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997). Dies führt zu weiterer Verwirrung und Uneinheitlichkeit empirischer Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

Die Betrachtungswinkel sozialer Unterstützung werden zumeist aufgeteilt in einen personalen, einen sozialen und einen relationalen: soziale Unterstützung als Persönlichkeitsmerkmal (Sarason, Pierce & Sarason, 1990), als konkret soziales Netz und seiner unterstützenden Funktion oder als Passungsgefüge zwischen sozialen Bedürfnissen und deren Befriedigung (Erlemeier, 1995, 254). Der Versuch eines übergreifenden Modells kommt von Pierce, Sarason, Sarason, Joseph & Henderson, 1996: Die AutorInnen postulieren, dass soziale Unterstützung die

Aspekte von generellen Überzeugungen zur sozialen Unterstützung (support schemes), von unterstützenden Beziehungen (supportive relationships) sowie von unterstützenden Hilfeleistungen (supportive transactions) umfasse.

Der Unterstützungsbegriff kann generell sowohl auf quantitative (z.B. als Größe des unterstützenden sozialen Netzes) als auch auf qualitative Weise (z.B. durch Differenzierung der Art der Unterstützung in emotional oder instrumentell) bestimmt werden. In der psychologischen Fachliteratur dominieren zumeist qualitative Definitionen. Es konnte jedoch nach wie vor nicht gänzlich geklärt werden, welche Aspekte von Interaktion und/oder Beziehung für die Wirkung von sozialer Unterstützung verantwortlich sind. Klar scheint allerdings, dass neben der Anzahl von sozialen Kontakten auch deren unterstützende Qualität eine bedeutsame Rolle spielt (Klauer, 2002). In diesem Zusammenhang ist auch die Stressor-Supporttyp-Hypothese von Bedeutung: Sie besagt, dass in bestimmten Stresssituationen vorwiegend ganz bestimmte Arten von Unterstützung durch spezifische Personen helfen können (Minnemann & Schmitt, 1995, 254; Schwarzer & Leppin, 1992, 443).

Zusätzlich kann bei der Auswirkung sozialer Unterstützung zwischen Haupt- und Puffereffekt differenziert werden (Stress-Buffer-Modelle; vgl. Erlemeier, 1995, 254; Schmidt-Denter, 2005, 257). So besteht der Haupteffekt sozialer Unterstützung darin, dass durch sie das Eintreten und das Ausmaß von Stress direkt verhindert oder abgemildert werden kann; der indirekt wirkende Puffereffekt von sozialer Unterstützung kann schädliche Auswirkungen und Folgen von Belastung abmildern, wenn die Belastungssituation bereits eingetreten ist.

Vier Hauptergebnisse sind in der sehr heterogenen Fülle an Ergebnissen über soziale Unterstützung als Ressource festzuhalten:

- Die Art der sozialen Unterstützung ist bedeutender als ihr Ausmaß: "Es konnte gezeigt werden, dass die protektive Wirkung sozialer Unterstützung stärker von der Qualität als der Quantität abhängig ist und als bereichsspezifische bzw. ereignisspezifische Ressource zu verstehen ist." (Staudinger & Greve, 2001, 123)
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Unterstützung, die ein Mensch erwartet, und der, die er erhält (Beziehung zwischen erhaltener sozialer Unterstützung und erwarteter sozialer Unterstützung): "Die beiden Aspekte

sozialer Unterstützung haben sich in verschiedenen Untersuchungen als weitgehend unkorreliert erwiesen.“ (Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 183)

- Als in ihrer Wirkung zentral wird die wahrgenommene emotionale Unterstützung angesehen. Schwarzer & Leppin schreiben dazu: „Worauf es ankommt, ist das Vertrauen darauf, dass andere für einen tun werden, was sie können, wenn es nötig werden sollte.“ Wichtig sei die generelle Überzeugung, „geliebt und geschätzt zu werden und in ein soziales Netzwerk sicher eingebettet zu sein.“ (Schwarzer & Leppin, 1989, 1990; zit. n. Erlemeier, 1995, 253)
- Soziale Unterstützung ist als Ressource weniger bedeutsam als das Vorhandensein sozialer Beziehungen per se: “Insgesamt legen die Befunde nahe, dass die bedeutsamste soziale Ressource in der Qualität der sozialen Beziehungen zu suchen ist. Insbesondere emotionale Nähe, Intimität, Zusammenhalt und Konfliktfreiheit in den ehelichen und familiären Beziehungen scheinen den Bewältigungserfolg günstig zu beeinflussen.“ (Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 185)

Soziale Netzwerktheorien

Soziale Netzwerktheorien stellen die Gesamtheit der sozialen Beziehungen eines Menschen als ein Netz aus Knoten und Verbindungen dar. Ein soziales Netzwerk ist somit konzeptualisiert als ein Gebilde aus Knoten und deren Verbindungen, wobei die Knoten soziale Einheiten (Personen, Firmen, Gruppen, etc.) und die Verbindungen deren vielfältige soziale Beziehungen miteinander darstellen. Der Begriff des sozialen Netzwerks hat eine personale und eine strukturelle Perspektive: Auf personaler Ebene geht es um Beziehungen zwischen Personen (egozentrierte/personale Netzwerke), auf struktureller Ebene um die Bezugssysteme von Firmen, Organisationen, etc.

Die prototypische Struktur des sozialen Netzwerks eines deutschen Menschen stellt sich wie folgt dar: Es besteht aus etwa 25 Personen, mit je ca. 4-6 Personen aus den Bereichen Familie, Nachbarschaft, Arbeit, Freizeit und Freundschaft. 50% der

Beziehungen sind emotional bedeutsam, 66% unterstützend und 10% belastend (Laireiter, 2002).

Es werden zumeist vier Dimensionen zur Beschreibung sozialer Netzwerke verwendet (Erlemeier, 1995, 253):

- strukturelle Dimension (Größe, Vernetzung, Dichte, Sektoren, etc.),
- relational-interaktionelle Dimension (Inhalt, Art, Dauer, Frequenz der Einzelbeziehungen, etc.),
- inhaltlich-funktionale Dimension (Kontakt, Unterstützung, Belastung, etc.) und
- evaluative Dimension (Zufriedenheit, etc.).

Modellhaft aufgestellte Unterscheidungen in interaktives Netzwerk, Rollennetzwerk, affektives Netzwerk, Unterstützungsnetzwerk konnten nicht bestätigt werden (Klauer, 1997).

Soziale Beziehungen als Ressource

Soziale Beziehungen an sich als Ressource zu betrachten, stellt die dritte der gängigen Arten der Modellbildung dar. Sie speist sich vor allem aus empirischen Erkenntnissen. Eine Vielzahl von Studien (vgl. Baltes & Silverberg, 1994; Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997) belegt, dass im Vergleich aller sozialer Indikatoren das Vorhandensein bedeutsamer, sozialer Beziehungen den besten Prädiktor für erfolgreiche Bewältigung darstellt:

„Intimate and affective bonds rather than large social networks serve as a buffering system in moments of stressful life events.“ (Baltes & Silverberg, 1994, 70)

Bei differenzierterer Analyse zeigt sich, dass vor allem emotionale Nähe, Intimität, Zusammenhalt und Konfliktfreiheit in nahen, familiären Beziehungen dafür verantwortlich sind (vgl. Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997).

Soziale Beziehungen an sich stellen somit eine bedeutsame Ressource dar. Stabile und vertrauensvolle Beziehungen tragen in hohem Maße dazu bei, dass

Belastungssituationen erfolgreich bewältigt werden können: “Engen und intimen Beziehungen, also etwa mit dem Lebens- oder Ehepartner, kommt dabei besonders protektive Bedeutung zu.“ (Staudinger & Greve, 2001, 125)

Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass soziale Beziehungen auch ambivalent sein können. Bestehende Beziehungen sowie auch empfangene Unterstützung sind nicht generell an sich positiv, sondern es “(...) lassen sich soziale Beziehungen selbst genauso wie die durch Beziehungen erbrachte Unterstützung sowohl auf der Ressourcen- als auf der Stressorenmehrseite einordnen.“ (Staudinger & Greve, 2001, 122)

Allerdings ist noch nicht wirklich geklärt, in welcher Weise soziale Beziehungen ihre schützende Wirkung entfalten:

„Es gibt eine Reihe von Hinweisen darauf, dass soziale Integration mit Morbidität und Mortalität in Zusammenhang steht. (...) Auf welchem Wege soziale Integration eine solche protektive Wirkung entfaltet, ist bislang noch weitgehend ungeklärt.“ (Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 183)

Es gibt Hinweise, die dafür sprechen, dass äußere soziale Beziehungen in den innerseelischen Binnenraum eines Menschen wirken: Staudinger und Baltes (1996) fanden heraus, dass Versuchspersonen bei kognitiven Aufgaben besser abschnitten, wenn sie einen inneren Dialog mit einer bedeutsamen Person ihres Lebensumfeldes führen konnten, während sie die Aufgabe lösten. Daraus würde sich die Folgerung ergeben, dass die protektive Wirkung sozialer Beziehungen nicht vorrangig auf ihrem faktischen Vorhandensein beruht, sondern auf ihrer Verankerung in der betreffenden Person. Ob und wie sie zu Ressourcen werden, würde dann von der subjektiven Einschätzung und Verbundenheit der Person abhängen.

Soziale Ressourcen werden unterschieden in soziale Unterstützung, soziale Netzwerke und soziale Beziehungen als Ressourcen.

Soziale Unterstützung ist der bestuntersuchte Aspekt, der fälschlicherweise oft generell mit sozialen Ressourcen gleichgesetzt wird. Soziale Unterstützung wird personal (als Persönlichkeitsmerkmal über Support Schemes), sozial (als Merkmal der sozialen Umwelt über Unterstützungsarten) oder relational (als Passungsgefüge

zwischen beidem) definiert. Sozial unterstützende Hilfeleistungen werden dabei zumeist qualitativ definiert (informationale, instrumentelle, emotionale, motivationale Unterstützung). Auch wenn Studien zur sozialen Unterstützung zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen, können vier Aussagen generalisiert werden: Erstens ist die Art sozialer Unterstützung bedeutender als ihr Ausmaß. Zweitens ergibt sich kein Zusammenhang zwischen der Unterstützung, die ein Mensch erwartet, und der, die er erhält. Drittens stellt die wahrgenommene emotionale Unterstützung das Kernstück im Konzept der sozialen Unterstützung dar. Und viertens ist soziale Unterstützung weniger bedeutsam als das Vorhandensein der sozialen Beziehungen selbst.

Soziale Netzwerktheorien beinhalten strukturelle und personale Ebenen. Auf personaler Ebene wird dabei das soziale Netz um einen Menschen abgebildet. Vier Dimensionen werden dabei zur qualitativen Beschreibung des Netzwerks genutzt: die strukturelle, die relational-interaktionelle, die inhaltlich-funktionale sowie die evaluative Dimension.

Soziale Beziehungen an sich stellen eine bedeutsame Ressource dar, die die beste Vorhersagevariable aller sozialer Ressourcen für erfolgreiche Bewältigung bildet. Dabei sind vor allem enge, stabile und vertrauensvolle Beziehungen, die sich durch emotionale Nähe, Intimität, Zusammenhalt und Konfliktfreiheit auszeichnen, von hoher Wirksamkeit. Die grundsätzliche Ambivalenz von Beziehungen darf bei dem Ressourcencharakter sozialer Beziehungen dennoch nicht außer Acht gelassen werden. Auf welche Weise soziale Beziehungen ihre Ressourcenfunktion ausüben, ist bislang ungeklärt. Hinweise deuten darauf, dass die innere Verankerung der Beziehung im Bewusstsein des betreffenden Menschen dabei von entscheidender Bedeutung sein könnte.

3.2. Grenzen der gängigen Konzeptualisierung sozialer Ressourcen

Die bisher vorgestellten Konzeptualisierungen von sozialen Ressourcen unterliegen theoretischen Einschränkungen und können als stark begrenzt bezeichnet werden. Um dies zu begründen, werden im Folgenden zunächst die Schwachstellen und Grenzen der drei Konzeptionen sozialer Ressourcen vorgestellt. Daran anschließend bzw. darauf aufbauend wird die klassische Trennung von personalen und sozialen Ressourcen (vgl. *Kapitel 2.2. – Ressourcen in der Krise*) nochmals kritisch beleuchtet.

Kritik an den Konzeptualisierungen sozialer Ressourcen

Die drei bestehenden Konzeptualisierungen sozialer Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung, sozialem Netzwerk und sozialen Beziehungen als Ressource wurden bereits vorgestellt (*Kapitel 3.1. – Konzeptualisierung sozialer Ressourcen in der Psychologie*). Im Folgenden werden ihre Begrenzungen kurz erläutert.

Im Konzept der sozialen Unterstützung werden soziale Beziehungen daraufhin betrachtet, welche Unterstützung einer Person durch eine andere zuteil wird. Stark kritisierbar an dieser Konzeptualisierung ist die Tatsache, dass es sich um eine gerichtete Betrachtung handelt: Die sozialen Beziehungen eines Menschen werden dahingehend betrachtet, in welcher Weise sie unterstützen wollen oder als unterstützend wahrgenommen werden. Dabei wird die unterstützende Wirkung zumeist über Häufigkeit von Unterstützungshandlungen bzw. die subjektive Zufriedenheit des Unterstützten operationalisiert. Andere Facetten der ausgewählten, sozialen Beziehungs- oder Handlungsebene, die möglicherweise ebenfalls eine

stärkende oder stabilisierende Wirkung haben (z.B. soziale Begegnungen, die Möglichkeit zur Kommunikation etc.), werden dabei ignoriert.

Kritisch zu benennen ist weiterhin, dass die gerichtete Betrachtung sozialer Unterstützung zudem eindimensionaler Natur ist: Das Modell sozialer Unterstützung impliziert, dass die unterstützte Person der hilfebedürftige Part der Interaktion sei, während die unterstützende Person der potente Hilfegeber sei. Es stellt sich jedoch heraus, dass diese Betrachtung einseitig ist. Vielmehr wird dem/der Hilfegebenden ein großes Maß an Bestätigung und damit Selbststärkung zuteil (vgl. z.B. auch Helferpersönlichkeit), bei dem der/die Hilfeempfangende der/die Gebende von Bestätigung ist. So haben Studien mit schwer kranken Menschen und ihren Bezugspersonen mehrfach belegt, dass sich die Bezugspersonen von den PatientInnen gestärkt und unterstützt fühlen, obwohl in den Termini der sozialen Unterstützung die PatientInnen als Empfänger fungieren und die Bezugspersonen als Gebende (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda & Peretz, 2003; Keller, Henrich, Beutel & Sellschopp, 1998; Kepplinger & Stegie, 1998; zit. n. Oldenbourg, in Vorbereitung).

Und schließlich wird bei der Konzeption sozialer Unterstützung außer Acht gelassen, dass sie meist in Beziehungen stattfindet, die mehrere Handlungs- und Beziehungsebenen sowie eine Beziehungsgeschichte einschließen. Bei der Konzeptualisierung durch soziale Unterstützung wird jeweils das Geschehen auf einer Ebene zu einem gegebenen Zeitpunkt betrachtet. Dies bringt eine Vernachlässigung der Zeitperspektive in der Beziehung und der Interaktion auf anderen Ebenen der sozialen Beziehung mit sich. Es zeigt sich nämlich, dass in Beziehungen ein Austausch von Unterstützung über die Zeit hinweg stattfindet, der langfristig relativ ausgeglichen ist und daher von Kahn & Antonucci aus ‚Support Bank‘ bezeichnet wird. Außerdem beschreiben Austin & Walster, dass Menschen, die über längere Zeit hinweg in einer Hinsicht einseitig auf Hilfe angewiesen sind, dies ausgleichen und damit eine ‚Equity with the world‘ herstellen, indem sie auf anderen Ebenen der Beziehung vermehrt geben (vgl. Minnemann & Schmitt, 1995). Soziale Unterstützung findet somit in Austauschbeziehungen statt, die über verschiedene Dimensionen hinweg ausgeglichen sind; kann deren Reziprozität über einen längeren Zeitraum nicht gewährleistet werden, so kann es durch die soziale Unterstützung zu schwer-

wiegenden Störungen und zu Abhängigkeitsbeziehungen kommen (vgl. Erlemeier, 1995, 259).

Soziale Netzwerktheorien stellen die Gesamtheit der sozialen Beziehungen eines Menschen als ein Netz aus Knoten und Verbindungen dar. Das Konzept der sozialen Netzwerke soll, wie eine Landkarte, die Einbettung eines Menschen in seine soziale Umwelt darstellen. So ist auch seine Aussagekraft auf die einer Landkarte beschränkt: Durch den Vergleich mit anderen Netzwerken kann die Knotendichte eingeordnet und bewertet werden. Aufschluss über die emotionale Bereicherung durch bestimmte Beziehungen kann jedoch nicht gegeben werden. Die äußere Landkarte unserer sozialen Beziehungen spiegelt nicht unser persönliches und psychisches Involviertsein wieder: „Das bloße Vorhandensein von Netzwerken allein bietet noch keine Hilfe und keinen Schutz.“ (Mennemann, 1998, 158) Ein direkter Ressourcenbezug bleibt hier vollständig ungeklärt.

Es wird dabei auch der Aspekt der Mehrdimensionalität von sozialen Beziehungen völlig außer Acht gelassen:

„Soziale Netzwerke können Quelle sozialer Unterstützung sein; sie können jedoch auch zu negativen Konsequenzen führen, wenn sich die Beziehungen konfliktreich oder belastend gestalten.“ (Erlemeier, 1995, 253)

Eine zwischenmenschliche Beziehung kann eng, aber zugleich ambivalent oder belastend sein. Oder sie kann von geringer Kontakthäufigkeit charakterisiert sein, trotzdem aber für den Betreffenden große emotionale Bedeutsamkeit haben. Die Dimensionalität sozialer Beziehungen und deren Auswirkung auf soziale Ressourcen bleibt im Modell sozialer Netzwerke unberücksichtigt.

Das Modell der sozialen Netzwerke kann somit als der erster Schritt zur Erfassung sozialer Beziehungen gesehen werden (Schmidt-Denter, 2005, 257). Es erfüllt den Zweck eines Inventarisierungsinstruments (und kann soziale Beziehungen und damit die Grundlage von sozialen Ressourcen abbilden); über sozialen Austausch und seine Ressourcenfunktion kann es jedoch keine Aussage treffen.

Bereits das Vorhandensein bedeutsamer Beziehungen kann als Ressource wirken und bildet daher die dritte und letzte Konzeptualisierung sozialer Ressourcen. In diesem Konzept mangelt es, wie bei den anderen Modellen sozialer Ressourcen auch, an der Berücksichtigung der lebensgeschichtlichen Komponente von Beziehungen. Es wird das Beziehungsverhältnis als Indikator der Bedeutsamkeit der sozialen Beziehung gesetzt (z.B. Ehepartner, Elternteil) und dabei außer Acht gelassen, dass oft nicht das äußere Beziehungsverhältnis, sondern die Geschichte der gemeinsamen Beziehungen Aufschluss darüber gibt, wie ressourcenhaft eine Beziehung ist. Natürlich geht eine eheliche Beziehung oft mit einer langen Beziehungsgeschichte einher, und die beiden Indikatoren geben in diesem Fall in gleicher Weise Aufschluss über das Potential dieser Beziehung als Ressource. Es kann jedoch demgegenüber eine langjährige Freundschaftsbeziehung wesentlich stärker als Ressource wirken als eine erst seit kurzem bestehende Ehebeziehung. Kahn & Antonucci (1980) entwickelten diesem Gedanken entsprechend das Konvoi-Modell sozialer Beziehungen (vgl. Freund & Riediger, 2003, 605; Minnemann & Schmitt, 1995, 97; Schmidt-Denter, 2005, 259; Schneider, H.-D., 1995, 264), dessen Bild beschreibt, wie Menschen unter dem Schutz von Begleitern über das Meer des Lebens ziehen und sich im Lebensverlauf einzelne Begleiter lösen und andere hinzutreten. Dieser lebensgeschichtliche „Begleitschutz“ (Schmidt-Denter, 2005, 258) ist es, was den Ressourcencharakter sozialer Beziehungen ausmacht, und nicht vorrangig das Beziehungsverhältnis, das man zu einzelnen Menschen seines sozialen Konvois hat (vgl. Pruchno & Rosenbaum, 2003, 488).

Zudem bleibt dieses Modell das theoretische Erklärungsmodell schuldig. Das Konzept des Vorhandenseins sozialer Beziehungen als Ressource lässt offen, auf welche Weise bestimmte Beziehungen (z.B. eheliche) als Ressource wirken, andere (z.B. enge Arbeitsbeziehungen) jedoch weniger oder gar nicht. Woran liegt es, dass Intimität in einer Beziehung ressourcenfördernd wirkt? Und wie wirkt es sich auf den als ressourcenfördernd postulierten Charakter einer engen Beziehung aus, dass ihre Qualität nicht zeitlich stabil, sondern prozesshaft wechselnd ist (z.B. von einer als unterstützend zu einer als konflikthaft erlebten, ehelichen Beziehung) oder in bestimmten Beziehungsbereichen als unterstützend und in anderen gleichzeitig als

konflikthaft erlebt wird? Diese Fragen bleiben im Modell von sozialen Beziehungen als Ressource unbeantwortet.

Aus den bisherigen Kritikpunkten zu den gängigen Konzepten von sozialen Ressourcen wird zusammenfassend deutlich, dass keine der gängigen Theorien zu sozialen Ressourcen in der Lage ist, die komplexen Verflechtungen zwischen einem Menschen und seiner sozialen Umgebung in ausreichendem Maße abzubilden. Wenn soziale Beziehungen im Konzept der sozialen Unterstützung nur unter dem Aspekt gesehen werden, ob sie direkt unterstützend wirken, dann zwingen sie die Beteiligten in eine Geber- und eine Nehmerrolle. Wenn im Konzept der Netzwerktheorien nur erfasst wird, mit wie vielen Personen ein Mensch in enger oder distanzierter Beziehung steht, werden alle weiteren funktionellen oder emotionalen Aspekte von Beziehungen außer Acht gelassen und soziale Beziehungen wie Landkarten behandelt. Werden soziale Beziehungen schließlich als Ressourcen betrachtet, dann wird lediglich gewertet, in wie weit sie bei der Bewältigung von Lebensproblematiken nützlich sind.

Interaktion von personalen und sozialen Ressourcen

Die wissenschaftliche Erkenntnislage zur Dichotomisierung von personalen und sozialen Ressourcen ist dürftig. Es liegt nur eine begrenzte Anzahl von Studien vor, in denen Persönlichkeitsvariablen und soziale Ressourcen simultan erhoben wurden. Und die empirischen Befunde zu einem Zusammenhang sind uneinheitlich und lassen keine generalisierbaren Schlussfolgerungen zu (Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 186). Viele Studien finden Interaktionseffekte zwischen personalen und sozialen Ressourcen (z.B. Aymanns, 1992; Bertrand & Lachman, 2003; Hobfoll et al., 1990; Leppin, 1997; Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997; für eine Übersicht siehe Horlacher, 2000, 466ff.) und erklären diese auf unterschiedliche Weise.

Einige Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass es Personen mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen, internalen Kontrollüberzeugungen oder einem positiven Selbstkonzept leichter fällt, soziale Unterstützung zu mobilisieren und von der erhaltenen Zuwendung zu profitieren (Leppin, 1997, 203; Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 189). Mögliche Modelle des Zusammenwirkens beider Ressourcenquellen (vgl. Aymanns, 1992) könnten ein additives Modell, synergetisches Modell, kompensatorisches Modell, Interferenzmodell oder Support-Belastungs-Modell (vgl. Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 190) nahe legen. Diese Befunde und Hypothesen legen eine Wirkrichtung von den Persönlichkeitseigenschaften zum sozialen Umfeld dar:

„Soziale Kompetenzen und andere personengebundene Ressourcen sollten die Wahrscheinlichkeit erhöhen, im Bedarfsfall soziale Unterstützung zu mobilisieren und positive soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten.“ (Schröder, K. E. E. & Schwarzer, 1997, 191)

Andere AutorInnen jedoch nehmen jedoch eine genau entgegengesetzte Wirkweise beider Ressourcenquellen an: So sprechen Hobfoll et al. (1990) von der identitätsstabilisierenden Wirkung von sozialen Ressourcen (in Tesch-Römer, Salewski & Schwarz, 1997, 191). In dieser Sichtweise dienen soziale Kontakte und soziale Unterstützung dazu, einen höheren Selbstwert und eine stabile Persönlichkeitsstruktur zu ermöglichen und sicherzustellen.

Generell lässt sich bisher festhalten:

„Personale und soziale Ressourcen spielen eine komplexe Rolle im Prozess des Umgangs mit Belastungen, die bis heute nur unzureichend erforscht ist und sicherlich verstärkter Aufmerksamkeit bedarf.“ (Leppin, 1997, 205)

Aus den dargelegten Ergebnissen, Modellen und Theorien wird deutlich, dass personale und soziale Ressourcen in vielfältigem Zusammenhang und in Wechselwirkung miteinander stehen. Es stellt sich abschließend sogar die Frage, ob die Unterteilung in personale und soziale Ressourcen eine künstliche Trennung ist, die sich in der Praxis nicht aufrechterhalten lässt:

„Wie die bisherigen Befunde gezeigt haben, weisen sowohl Persönlichkeitsvariablen als auch soziale Faktoren Zusammenhänge mit zentralen Kriterien erfolgreicher Krankheitsbewältigung auf. Nur eine simultane Effekt-Analyse von sozialen und personalen Ressourcen und Ressourcendefiziten dürfte dem komplexen Alltagsphänomen „Krankheitsbewältigung“ gerecht werden.“ (Schröder & Schwarzer, 1997, 185)

Aus der Darstellung der Grenzen und eingeschränkten Gültigkeiten der gängigen Konzepte sozialer Ressourcen wird deutlich, dass keine der gängigen Theorien zu sozialen Ressourcen in der Lage ist, die komplexen Verflechtungen zwischen einem Menschen und seiner sozialen Umgebung in ausreichendem Maße abzubilden: Wenn soziale Beziehungen nur unter dem Aspekt gesehen werden, ob sie direkt unterstützend wirken, dann zwängen sie die Beteiligten in eine Geber- und eine Nehmerrolle. Wenn nur erfasst wird, mit wie vielen Personen ein Mensch in enger oder distanzierter Beziehung steht, werden alle weiteren funktionellen oder emotionalen Aspekte außer Acht gelassen und soziale Beziehungen wie Landkarten behandelt. Werden soziale Beziehungen als Ressourcen betrachtet, dann wird lediglich ihre direkte Nützlichkeit in Bezug auf bestimmte Lebensproblematiken bewertet.

Die genaue Betrachtung der Verflechtung sozialer und personaler Ressourcen zeigt überdies, dass personale und soziale Ressourcen in vielfältigem Zusammenhang und in Wechselwirkung miteinander stehen, so dass eine theoriegeleitete Dichotomisierung in disjunkte Gruppen das Verständnis für die in der Realität ablaufenden Prozesse nicht fördert, sondern verstellt.

3.3. Modelle für die integrative und interaktionale Konzeptualisierung sozialer Ressourcen

Es wird deutlich, dass es den bisher dargestellten psychologischen Konzepten von sozialen Ressourcen daran mangelt, nicht auf ein grundlegendes Konzept darüber zurückgreifen zu können, welches die enge Verflechtung eines Menschen und seiner Umgebung sowie die vielschichtige Dimensionalität von sozialen Interaktionen ausreichend einbeziehen würde. Keine der bisher beschriebenen Konzeptionen berücksichtigt, dass soziale Beziehungen einen Menschen als Person immer in seinem Lebensverlauf und seiner Persönlichkeitsentwicklung tief prägen (hier sei auch auf die oft kontradiktorisch geführte Diskussion zwischen nomothetischen und idiographischen Betrachtungsansätzen verwiesen; (vgl. Laux, 1995; Thomae, 1987). Der Philosoph Martin Buber bringt diese Bezogenheit eines Menschen und seiner Umwelt klar zum Ausdruck:

„Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du. Alles wirkliche Leben ist Begegnung.“
(Buber, 1974, 18; zit. n. Rogers & Schmid, 1998, 65)

Buber zeigt mit dem Prinzip der dialogischen Existenz (vgl. Rogers & Schmid, 1998) einen Gegenpol zu den Theorien auf, die bisher dargestellt wurden. Er legt zugrunde, dass ein Ich ohne den Kontakt mit einem Du kein Ich sein kann. Der Mensch wird als ein soziales Wesen gesehen, das geformt wird durch seine biographische Geschichtlichkeit. In der Begegnung entwickelt sich der Mensch, d.h. das In-Beziehung-Sein wird als konstitutiv für die Person angesehen. Buber legt damit am deutlichsten dar, dass ein Mensch erst an einem Du das wird, was er ist. Damit beschreibt er den philosophischen Grundgedanken (dessen Wurzeln bereits in den Schriften von Johann Gottlieb Fichte zu finden sind; vgl. Rogers & Schmid, 1998, 6) zum späteren Personalismus und Systemdenken in der Psychologie.

Die grundlegende Bedeutung der Begegnung beschreibt Keil (2004, 2006) aus einem lebensgeschichtlichen Betrachtungswinkel heraus:

„Als Lebewesen ist der Mensch bedürftig und zum Stoffwechsel mit der Welt und dem Kosmos gezwungen. Auf allen Ebenen seiner menschlichen Existenz muss er mit jedem Atemzug seinen Horizont erweitern, das heißt seine Person im engeren Sinn über-

schreiten, um überleben zu können: körperlich, seelisch, geistig, sozial und spirituell. Nur auf sich gestellt könnte der Mensch sich nicht ernähren, in der Krankheit auf Hilfe hoffen, ohne Gegenüber läuft seine Liebe ins Leere.“ (Keil, A., 2006, 29)

Wie Buber sieht auch sie das Gegenüber als konstituierend für das eigene Ich und die Selbstwerdung der Person an (Keil, A., 2006, 69, 175ff.):

„Die Frage, wer wir sind, also die Frage nach unserer Identität, ist nie abschließend zu beantworten. Jeder Mensch ist ohne jede Trennung in das Gewebe des Lebens eingewoben, damit dem ständigen Wandel unterworfen und kann sich diesem universellen Zusammenhang nicht entziehen, selbst wenn dieser unbewusst bleibt oder der Mensch ihn zu leugnen versucht. Menschliche Existenz gestaltet sich im Wandel und menschliche Identität ist eine Identität im Werden.“ (Keil, A., 2006, 69)

Da die Existenz lebender Wesen sich somit in einem Beziehungsraum verwirklicht, besteht die Grundgegebenheit des Lebens in einer unauflösbaren Verbundenheit sowie einem ständigen Austausch, der das Individuum in seiner Entwicklung stets über den eigenen Horizont hinausführt:

„Um zu leben, müssen wir Bezug nehmen, müssen spielerisch in einen umfassenden Stoffwechsel eintreten, der uns dazu zwingt, ständig den eigenen Horizont zu überschreiten. Körperliches, Seelisches, Geistiges, Soziales entsteht durch den Austausch mit der Welt und den Menschen, die uns umgeben.“ (Keil, A., 2004, 34)

Keils Beobachtungen über diese komplexen Interaktionen, welche das Leben formen (Keil, A., 2006, 139ff.), lassen sie zu dem Schluss kommen, der den Kern des Systemdenkens der Psychologie bildet:

„Lebende Systeme sind offen und nicht determiniert.“ (Keil, A., 2006, 93) „Lebende Systeme und Lebewesen sind komplexe, miteinander vernetzte Gebilde und stehen auf vielfältige Weise in Beziehung zueinander.“ (Keil, A., 2006, 144)

Das nicht zu trennende Eingebundensein eines Menschen in die Welt und die Multidimensionalität sozialer Beziehungen muss daher in einem breiten Rahmenkonzept realisiert werden, welches die grundlegende Stellung des Individuums in seiner Umgebung erfasst. Versuche auf psychologischer Seite, diese unauflösbare Verbindung zwischen Organismus und Umwelt theoretisch zu formulieren, schließen eine Vielzahl von systemischen Modellen und Theorien ein (s. z.B. Moen, Elder & Lüscher, 1995; Schmidt-Denter, 2005, 259; Silbereisen & Noack, 2006). Da in der vorliegenden Arbeit ein gesundheitspsychologischer Schwerpunkt gesetzt wurde, werden im Folgenden Metatheorien aus gesundheitspsychologischen und angrenzenden Bereichen vorgestellt, die den Bezug von Mensch und Welt in den Mittelpunkt stellen: das systemtheoretische Modell, das Life Course Paradigm sowie

die Person-Kontext-Interaktionstheorien. In vielen Punkten stimmen die ausgewählten Modelle überein oder ergänzen sich, sie setzen jedoch jeweils einen spezifischen Schwerpunkt auf unterschiedliche Komponenten der Verbindung von Mensch und Welt. Daran anschließend werden einige Modelle dargestellt, die soziale Ressourcen vor dem Hintergrund integrativer Metatheorien konzeptualisieren. Dieser gedankliche Schritt wird die theoretischen Hintergründe, auf denen die vorliegende Arbeit aufbaut, abschließen.

Systemtheoretisches Modell nach Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (z.B. Bronfenbrenner, 1995a, 1995b) stellt in seinem klassischen systemtheoretischen Modell den Versuch dar, das Denken in linearen Kausalitäten aufzugeben und dafür das Individuum in ein ganzheitliches Rahmenkonzept einzubetten. Mit dem ökosystemischen Ansatz erstellt er eine Systematik des komplexen Zusammenspiels von verschiedensten Einflussfaktoren auf die menschliche Erlebniswelt. Ein Ökosystem umfasst dabei die gesamte materielle und soziale Umwelt eines Menschen. Diese ist strukturiert in folgende Systemebenen:

- Mikrosysteme umfassen die Beziehungen eines Menschen zu anderen Menschen oder zu Gruppen: "Ein Mikrosystem ist ein Muster von Tätigkeiten und Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, das die in Entwicklung begriffene Person in einem gegebenen Lebensbereich mit seinen eigentümlichen physischen und materiellen Merkmalen erlebt. Ein Lebensbereich ist ein Ort, an dem Menschen leicht direkte Interaktion mit anderen aufnehmen können." (Bronfenbrenner 1981, 38; zit. n. Stangl, 2005, 3)
- Ein Mesosystem ist die Gesamtheit der Beziehungen eines Menschen, also die Summe der Mikrosysteme und die Beziehung zwischen ihnen.
- Ein Exosystem ist ein Beziehungsgeflecht, dem die Person nicht direkt angehört, das sie aber direkt beeinflusst, da ihm Bezugspersonen der Person angehören.
- Das Makrosystem ist die Gesamtheit aller Beziehungen in einer Gesellschaft, damit auch der Normen, Werte, Gesetze, Ideologien etc. „Der Begriff des

Makrosystems bezieht sich auf die grundsätzliche formale und inhaltliche Ähnlichkeit der Systeme niedrigerer Ordnung (Mikro-, Meso- und Exo-), die in der Subkultur oder der ganzen Kultur bestehen oder bestehen könnten, einschließlich der ihnen zugrunde liegenden Weltanschauungen und Ideologien." (Bronfenbrenner 1981, 42; zit. n. Stangl, 2005, 5)

- Chronosysteme umfassen sowohl die zeitliche Dimension der Entwicklung, z. B. die markanten Zeitpunkte in der Entwicklung, als auch die biographische Abfolge. Bronfenbrenner unterscheidet zwischen „normativen“ Chronosystemen wie dem Schuleintritt oder der Aufnahme der Berufstätigkeit und „non-normativen“, wie einer schweren Krankheit von Angehörigen oder einem Lotteriegewinn.

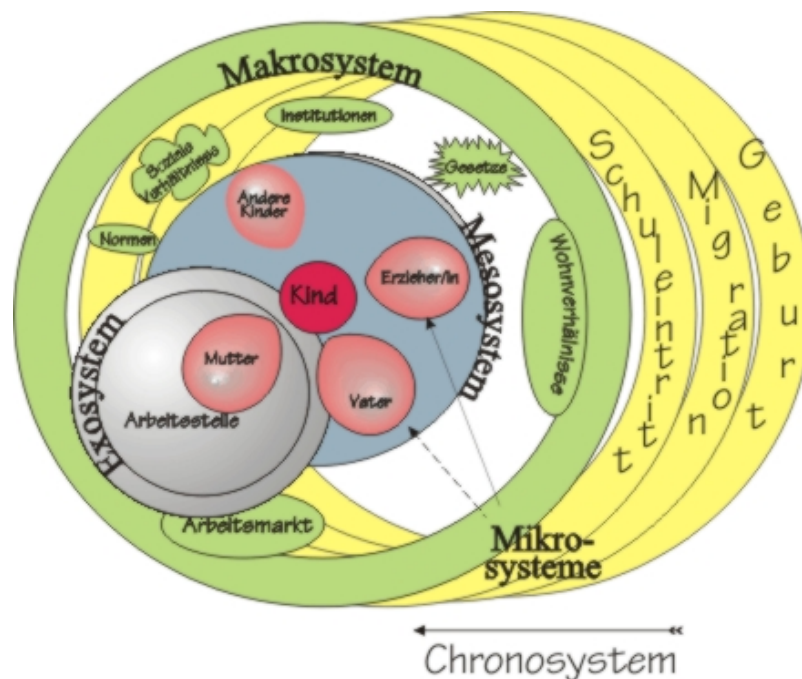


Abbildung 1: Systemtheoretisches Modell nach Bronfenbrenner (Quelle: Hottes, 2005)

Bronfenbrenners Herangehensweise verbindet den soziologischen mit dem psychologischen Ansatz, denn ein Zusammenhang wird nicht in einem umgebenden „Vakuum“ untersucht, sondern mit Einbezug des engeren und weiteren Umfeldes. Dies trifft auch auf den Bereich der sozialen Beziehungen zu, den Bronfenbrenner (1943) folgendermaßen beschreibt:

„Social development applies not only to the individual but to the social organization of which he is a part. Variations occur not only in the social status of a particular person within the group, but also in the structure of the group itself – that is, in the frequency, strength, pattern, and the basis of the interrelationships which bind the group together and give it distinctive character. (p. 363)“ (zit. n. Magnusson & Stattin, 1998, 713)

Im systemtheoretischen Modell arbeitet Bronfenbrenner deutlich heraus, dass es einen verkürzten Ansatz darstellt, ein Individuum getrennt von den ihn umgebenden Umwelten betrachten und verstehen zu wollen. Er stellt das Zusammenspiel zwischen Systemen und den Übergang von Menschen aus einem System in ein anderes in den Vordergrund. So zeigt er mit seinem Modell sehr deutlich das nicht zu trennende Eingebundensein eines Menschen in seine Umgebung auf. (Eine Anwendung des Mehrebenen-Modells auf soziale Ressourcen findet sich bei (Schmidt-Denter, 2005, 258f.).

Life Course Paradigm nach Elder

Im Gegensatz zum systemtheoretischen Modell liegt bei diesem Modell der Fokus auf der zeitlichen Komponente: Dem Life Course Paradigm liegt der Gedanke zugrunde, ein Entwicklungsmodell über die Lebensspanne eines Menschen bereitzustellen (vgl. dazu auch Kruse & Schmitz-Scherzer, 1995; Lehr, 1995; Montada, 1995). Elder (1995, 1998a, 1998b) baut sein Modell auf vier zentralen Prinzipien auf:

- ‚Lives in Time and Place‘: Das individuelle Leben ist in die geschichtliche Entwicklung eingebettet, d.h. es besteht ein Zusammenspiel zwischen dem Leben eines Individuums und der sich verändernden Zeit und Umwelt.
- ‚Timing of Lives‘: Der Zeitpunkt, wann etwas im Leben passiert, beeinflusst, welche Auswirkungen es auf den Lebensverlauf eines Menschen haben wird. So hat beispielsweise der Tod des Lebenspartners unterschiedliche Auswirkungen auf einen Menschen, je nachdem ob er selbst 30 oder aber 80 Jahre alt ist.
- ‚Linked Lives‘: Die Lebenswege eines Menschen und der Menschen in seiner unmittelbaren oder mittelbaren Umgebung beeinflussen sich gegenseitig. Der Lebensverlauf eines Menschen kann nur dann vollständig verstanden werden,

wenn die Berührungspunkte mit den Lebensverläufen anderer Menschen mit einbezogen werden.

- ‚Human Agency‘: Der Mensch muss als eine handelnde Person in Bezug auf Auswählen und Entscheiden gesehen werden.

Besondere Aufmerksamkeit widmet Elder den Übergängen im Leben eines Menschen. Bereits aus seinen Grundprinzipien wird deutlich, dass ein Mensch im Verlauf seines Lebens zahlreichen Veränderungen ausgesetzt ist, die seine Entwicklung prägen (so z.B. durch geschichtliche Ereignisse, durch tief greifende Veränderungen, wie Krankheit oder Tod, im Leben von ihm umgebenden Menschen o.ä.). Solche Entwicklungsanstöße von außen bezeichnet Elder als Übergänge und spricht ihnen große Bedeutung für die Gestaltung eines Lebensverlaufs und der dadurch geprägten Persönlichkeit zu.

Im ‚Life Course Paradigm‘ wird der Schwerpunkt auf die zeitliche Entwicklung eines Menschen im Lebensverlauf in Bezug zu der ihn umgebenden Welt gelegt (dieser Gedanke basiert auf dem Konzept der ‚sozialen Uhr‘ nach Neugarten und Helson, vgl. Bertrand & Lachman, 2003, 473, und kann darüber hinaus bereichert werden durch den Blick auf die zyklische Natur lebensgeschichtlicher Abläufe, vgl. Keil, A., 2004, 148). Natürlich hat die lebensgeschichtliche Entwicklung einer Person und damit auch die Geschichte ihrer sozialen Beziehungen großen Einfluss auf die Art und Weise, wie sie zu einem gegebenen Zeitpunkt Gebrauch von sozialen Ressourcen macht (vgl. Minnemann & Schmitt, 1995). Dieser Blickwinkel ist von großem Interesse, kann jedoch in der hier vorliegenden Arbeit (schon aufgrund des querschnittlichen Untersuchungsdesigns) nicht weiter verfolgt werden. Um dies deutlich zu machen und zugleich den Rahmen dieser Arbeit von lebensgeschichtlichen Bezügen bei sozialen Ressourcen abzugrenzen, wurden die Theorien der Entwicklung über die Lebensspanne hier exemplarisch genannt.

Aus Elders entwicklungspsychologisch orientiertem Modell der ‚Life Stages‘ und der damit verbundenen Übergänge wird deutlich, dass es eine enge entwicklungs- und lebensgeschichtliche Verflechtung zwischen einem Menschen und seiner Umwelt gibt. Durch das Berührtwerden durch die Welt um sich herum werden das Leben und die Persönlichkeit eines Menschen in entscheidender Weise geformt. Diesen

Grundgedanken als psychologische Theorie und vor allem mit wissenschaftstheoretischen und forschungsmethodischen Ableitungen darzustellen, ist der Versuch der Person-Kontext-Interaktionstheorien.

Person-Kontext-Interaktionstheorien

Wie der Name schon sagt, besteht das Hauptanliegen der Person-Kontext-Interaktionstheorien (z.B. Magnusson, 2003; Magnusson & Stattin, 1998) darin, zu zeigen, dass ein Individuum und seine Umwelt ein untrennbares Ganzes bilden und ein Individuum daher nicht frei von seinem Kontext untersucht werden kann:

„The individual is our main concern, but an individual's development and ongoing functioning are not isolated from the environment in which he or she lives. (...) Consequently, it is not possible to understand how social systems function without knowledge of individual functioning, and it is not possible to understand individual functioning and development without knowledge of the environment. The fundamental implication for future psychological research is that we have to change the object of theorizing and empirical research from a context-free individual to a person who functions and develops as an active part of an integrated, complex person-environment system.” (Magnusson & Stattin, 1998, 686)

Das Kernelement der Person-Kontext-Interaktionstheorien liegt dabei im Konzept eines holistischen Interaktionismus: Das Individuum und seine Umwelt bilden zusammen ein integriertes und dynamisches System, in welchem sowohl das Individuum als auch die Umwelt untrennbare Elemente darstellen. Der Begriff der Umwelt bzw. des Kontextes wird in diesem Zusammenhang als das gesamte, integrierte System definiert, dem das Individuum angehört. Der Kontext besteht aus hierarchischen Ebenen, von der Zelle bis zur Makroebene, die alle voneinander abhängen.

„The general framework for the analysis (...) is that the individual functions and develops as an active part of an integrated person-environment system. This implies that the central issue for psychological theorizing and empirical research is not how the person and environment interact as two separate parts that are of equal importance. It is how individuals, by their perceptions, thoughts, and feelings, function in relation to an environment that, to some extent, they have purposefully constructed, and how these aspects of individual functioning develop through the course of an ongoing interaction process (Lerner & Busch-Rossnagel, 1981; Magnusson, 1990).” (Magnusson & Stattin, 1998, 717)

„The integrated, holistic-interactionistic nature of developmental processes implies, among other things, that they proceed and develop as irreducible wholes and cannot be decomposed into or understood as independent components. At each stage of individual development, the totality gets its characteristic features and properties from the interaction among the elements involved, not from the effect of each isolated part on the totality.” (Magnusson, 2003, 10f.)

Zwischen Person und Umwelt besteht also eine stetige Interaktion, die zur Entwicklung der Person und zur Ausformung der Umwelt in der Gestalt, in der sie zum gegebenen Zeitpunkt wahrgenommen wird, beiträgt. Dabei laufen auf verschiedenen Ebenen dynamische Interaktionsprozesse ab: Dynamische Interaktion ist grundlegendes Charakteristikum von a) Prozessen, die innerhalb des Individuums ablaufen, b) Prozessen, die im System der Umwelt ablaufen sowie c) Prozessen des Zusammenwirkens zwischen nahen und fernen Umweltfaktoren im Person-Kontext-System. Alle dynamischen Interaktionen zeichnen sich dabei durch Reziprozität und Nonlinearität aus.

Die Umwelt wird folglich in diesem Bezugsmodell ausdrücklich nicht als eine Variable verstanden, sondern in verschiedene Blickwinkel unterteilt: So wird zwischen objektiver und subjektiver Umwelt unterschieden, wobei der subjektiven Umweltwahrnehmung des Individuums größeres Gewicht zugebilligt wird (”It is assumed that the main function of the environment in these processes is the environment as it is perceived and interpreted by the individual.” Magnusson & Stattin, 1998, 706). Weiterhin werden im Sinne Bronfenbrenners nahe und ferne Umwelten unterschieden.

Wenn Person und Umwelt keine Dichotomie, sondern eher ein Kontinuum bilden, dann können auch Untersuchungsvariablen auf diesem Kontinuum eingeordnet werden: beispielsweise als hauptsächlich zur Person gehörend, als hauptsächlich zur Umwelt gehörend oder als sich auf der Grenze zwischen Person und Umwelt befindend. In den Augen von Magnusson und Stattin stellen soziale Beziehungen eine Variable dar, die in der Mitte des Person-Umwelt-Kontinuums liegt:

„Historically, from Bowlby (1952) onward, developmentalists have employed terms that focus on the interdependent, reciprocal character of social interactions. (...) In the literature, attachment and social support, for example, have been operationalized both as a status of the person and as a characteristic of the interpersonal environment (cf., Lewis & Feiring, 1991; Sarason, Sarason & Shearin, 1986).” (Magnusson & Stattin, 1998, 702)

Die Grundsätze der Person-Kontext-Interaktionstheorien (Magnusson, 2003, 4) lassen sich also wie folgt zusammenfassen:

- Das Individuum funktioniert und entwickelt sich als ein ganzer, integrierter Organismus.
- Funktionieren ist ein komplexer, dynamischer Prozess.
- Individuelles Funktionieren und Entwicklung sind, auf der Seite des Individuums, vom Prozess der ablaufenden, reziproken Interaktion zwischen mentalen, Verhaltens- und biologischen Strukturen, und auf der Umweltseite von der sozialen, kulturellen und physischen Interaktion bestimmt.
- Die Umwelt, das Individuum mit einbezogen, funktioniert und verändert sich in einem fortlaufenden Prozess reziproker Interaktion zwischen sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren.
- Person und Umwelt werden nicht getrennt gesehen, sie gehören zusammen (ganzheitliches Prinzip).

Die Person-Kontext-Interaktionstheorien integrieren damit sowohl systemtheoretische Modelle als auch Modelle der zeitlichen Entwicklung (über die Lebensspanne) und formulieren sie in psychologischen Termini, die forschungsmethodische Ableitungen zulassen (siehe folgender *Exkurs*).

EXKURS: Person-Kontext-Interaktionstheorien in psychologischer Forschung und Wissenschaft

Welche Schlussfolgerungen müssen aus den Thesen der Person-Kontext-Interaktionstheorien für die psychologische Forschung gezogen werden?

Das Verhalten eines Menschen kann nicht untersucht werden, ohne situationale Bedingungen mit zu erheben, unter denen es auftritt. Dementsprechend muss psychologische Forschung zwei Blickwinkel berücksichtigen: zum einen den Fokus auf dem aktuellen Verhalten eines Menschen, zum anderen den Fokus auf der Situation oder dem Kontext, in dem das Verhalten steht.

Aus Sicht der Person-Kontext-Interaktionsforscher wurden allerdings die Umweltfaktoren in der psychologischen Forschung bisher nur in ungenügendem Maße konzeptualisiert: „However, until recently, theoretical formulations concerning the role of environmental factors have had relatively little impact on the planning, implementation, and interpretation of empirical research in psychology. Psychology has not developed a language of environments to the same extent that it has developed a language of behavior and personality.“ (Magnusson & Stattin, 1998, 691)

Das Schema von unidirektionaler Kausalität im Sinne eines Reiz-Reaktions-Ablaufs sollte in diesem Zusammenhang als überholt gelten, da es nicht die nötige Komplexität besitzt, um anwendungspraktische Relevanz zu zeigen. Besser geeignet sind dafür interaktionistische Theorien, deren Kernaussagen sich wie folgt zusammenfassen lassen: „(...) the classical interactionistic formulations emphasize that (a) an individual and his or her environment form a total system in which the individual functions as the active, purposeful agent; and (b) a main characteristic of the causal relations is reciprocity rather than unidirectionality.“ (Magnusson & Stattin, 1998, 692)

Dies kann in Studien umgesetzt werden, die statt eines variablenbasierten ein personenbasiertes Vorgehen wählen (vgl. ‚Person Approach‘ und ‚Variable Approach‘, z.B. Magnusson, 2003) und die ihrem Untersuchungsdesign ein ‚Multi Variable Based Design‘ zugrunde legen (‘‘Because the individual and his or her environment at the highest level of generalization and analysis function as a total, inseparable, organized system, the appropriate theoretical and empirical analysis at that level should include analyses in terms of patterns of personal and environmental variables, assessed simultaneously.‘‘ Magnusson & Stattin, 1998, 73). Außerdem sollten sie ein Längsschnittdesign auswählen und kulturübergreifend untersuchen. Diese Forderungen setzen jedoch die Messlatte für psychologisches Forschen so hoch, dass einwandfreies Forschen im Sinne der Person-Kontext-Interaktionstheorien in den meisten Fällen nicht möglich sein wird, sei es aus Zeit-, Budget- oder Motivationsgründen.

Folgerungen aus Person-Kontext-Interaktionstheorien lassen sich auch für die Generalisierbarkeit von wissenschaftlichen Untersuchungen ableiten:

- Ergebnisse, die mögliche Wirkungsfaktoren im Entwicklungsprozess betreffen, können nicht über Altersebenen generalisiert werden, ohne dass genaue Überlegungen über den Charakter des Phänomens, das untersucht wird, angestellt worden sind.
- Ergebnisse können nicht von einer Analyseeinheit in eine andere übertragen werden.
- Ergebnisse, die mögliche Faktoren beinhalten, die sich auf einen Kontext auswirken, können nicht ohne weiteres auf einen anderen Kontext übertragen werden.
- Ergebnisse, die die Rolle bestimmter Faktoren untersuchen, welche in einer Generation wirken, können nicht auf andere Generationen, unabhängig von der Natur der Strukturen und Prozesse, übertragen werden.

Es wird im Verlauf dieser Arbeit deutlich werden, dass einige dieser Einschränkungen große Auswirkungen auf die Interpretierbarkeit und Generalisierbarkeit von Forschungsergebnissen haben, die im Bereich von Tod und Sterben bestehen. Dort werden Studienergebnisse momentan oft noch alters- und kontextübergreifend generalisiert und das Phänomen einer sich gesellschaftlich stark verändernden Kultur im Umgang mit Tod und Sterben wird nicht ausreichend in die Analyse älterer und aktueller Forschungsergebnisse einbezogen.

Werden jedoch die einschränkenden oder versteckten Gesetzmäßigkeiten im untersuchten System nicht erkannt, so kommt es zum sog. Butterfly-Effekt. Retrospektiver Namensgeber dieses Effekts war Poincaré, der ihn für die physikalische Forschung folgendermaßen formulierte: „A very small cause, which escapes us, determines a considerable effect we cannot help seeing, and then we say that the effect is due to chance. (...) it may happen that slight differences in the initial conditions produce very great differences in the final phenomena; a slight error in the former would make an enormous error in the latter.” (Poincaré, 1946; vgl. Heijden, 2006, 2)

Soziale Ressourcen aus integrativer Sicht

Die Verflechtung von Mensch und Welt kann also nicht aufgelöst werden, ohne einen Butterfly-Effekt zu erzeugen. Der Versuch, diese Verbindung zu lösen und soziale Ressourcen als eigenständiges, unabhängiges Konzept zu betrachten, käme dem Versuch gleich, einen Strang aus einem Hefezopf lösen und danach immer noch einen Hefezopf vor sich haben zu wollen. Der Hefezopf wird erst durch drei Stränge das, was er ist. Die folgenden Modelle bauen auf diesem integrativen Verständnis auf und können deshalb die Grundlage der Konzeption sozialer Ressourcen bilden.

“Persons can be considered beings-in-relationship.” (Sulmasy, 2002, 24) Der Philosoph Bernard Lonergan (1958) argumentierte, dass unser Wissen über die Welt und uns selbst aus „Be-Griffenem“ besteht und damit aus einem komplexen Set von Beziehungen all dessen, was gegriffen wird. In diesem Bezugssystem wird die Beziehung als die Grundvariable des Menschen gesehen: Der Mensch wird zu einem Knoten- und Kristallisationspunkt in einem Netz von unendlich vielen Möglichkeiten, die die ihn umgebende Welt darstellt. Sulmasy (2002) drückte, diesem interaktionellen Grundgedanken entsprechend, die Vorgänge um den Menschen in Beziehungstermini aus. Es entstand folgendes Modell:

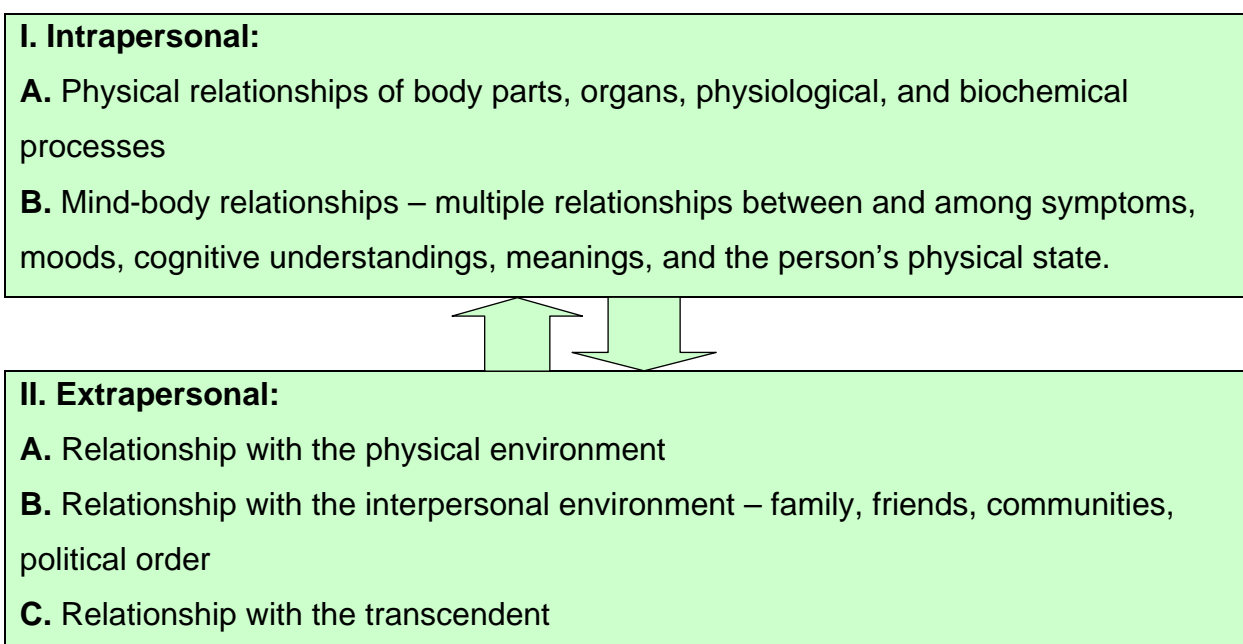


Abbildung 2: Beziehungsmodell nach Sulmasy (2002)

Die Stärke dieses Modells ist in seiner konsequenten Veranschaulichung des Menschen in Beziehungstermini zu sehen. Jedoch trennt auch Sulmasy intrapersonal und extrapersonal als zwei Bereiche voneinander ab, ohne die Verflechtung oder entsprechende Rückkopplungsbeziehungen zwischen ihnen deutlich zu machen.

Aus einer anderen Perspektive nähert sich Belschner (2002, 2004, 2005b) diesem Phänomen an. In der Tradition der Bewusstseinsforschung stehend geht er davon aus, dass jegliche Wahrnehmung eines Menschen dem Bewusstseinszustand unterliegt, in welchem er sich in jenem Moment befindet. Es kann dabei beispielsweise zwischen Alltags- und Außeralltagsbewusstsein unterschieden werden. Der allgemeine Konsens, sowohl in der gesellschaftlichen Wahrnehmung als auch in der überwiegenden Gros wissenschaftlicher Forschung, liegt dabei auf dem Alltagsbewusstsein (oder algorithmische Präsenz), das sich durch fünf Kriterien des Verständnisses von Wirklichkeit auszeichnet: Zeit, Raum, Kausalität, Subjekt-Objekt-Relation sowie Ich-Organisation (Belschner, 2005a, 2005b). Im Zustand des Alltagsbewusstseins stellt sich die Subjekt-Objekt-Relation, also der Bezug zwischen wahrnehmendem Menschen und wahrgenommener Welt, als ein Zustand des Getrenntseins dar. Es gibt in diesem Zustand einen qualitativen Unterschied zwischen wahrnehmendem Ich und der Welt. Verändert sich jedoch der Bewusstseinszustand, z.B. durch Meditationspraxis (vgl. dazu bspw. Jäger, 1992, 2000) oder durch die Begegnung mit dem Tod (vgl. dazu bspw. Levine, 1997a, 1997b), in Richtung einer nondualen Präsenz, verschwindet diese scheinbare Trennung: Mensch und Welt werden als Einheit wahrgenommen, die nicht trennbar ist.

„Es gibt keine Trennung von Subjekt und Umwelt; sondern es wird eine umfassende Verbundenheit und Einheit erlebt; es gibt nicht mehr das Gegenüber von Ich und Umwelt.“ (Belschner, 2004, 169f.)

„Damit (mit dem Terminus Verbundenheit, Anm. d. Verf.) ist die Grunderfahrung gemeint, dass eine Trennung zwischen Ich und Welt, zwischen mir und anderen immer bis zu einem gewissen Grade künstlich und willkürlich ist. Dass diese Aussage rein faktisch wahr ist, ergibt schon eine Bestandsaufnahme der Abhängigkeiten, in denen jegliche Existenz von Leben steht (Thich Nhat Hanh, 1999).“ (Walach, 2001, 65)

Hier wird die Verbundenheit als menschliche Grunderfahrung in einem bewusstseinstheoretischen Kontext dargestellt. Im Gegensatz zu der Konzeption von

Sulmasy (2002) ist im Konzept der Verbundenheit die Trennung von Person und Welt konsequent aufgehoben. Die Psychologie des Bewusstseins selbst kann durchaus als Metatheorie im zuvor verwendeten Sinne bezeichnet werden und den Person-Kontext-Interaktionstheorien gegenüber gestellt werden. Da dies nicht im Fokus dieser Arbeit steht, wird darauf hier verzichtet.

Aus der Tradition der Entwicklungspsychologie speist sich die Modellbildung in den Termini von Abhängigkeit und Autonomie. Die Verflechtung des autonomen Menschen mit der ihn umgebenden Welt in sozialen Beziehungen wird hier mit dem Begriff der ‚Interdependence‘ (Verbundenheit) (Markus & Kitayama, 1991) belegt:

„A new label to encompass both agency and attachment or independence and dependency is found in the term interdependence.“ (Baltes & Silverberg, 1994, 65)

Verbundenheit wird konzeptualisiert als stetige Kette von gegenseitigem Einfluss im menschlichen Kontakt. Der Zustand der Verbundenheit repräsentiert dabei ein Gleichgewicht von Abhängigkeit und Unabhängigkeit in dieser Beziehung. Baltes & Silverberg (1994) beschreiben diese wechselseitige Kaskade: „...a highly developed individuality (autonomy) automatically encompasses a highly developed sense of caring and respect for others.“ (65)

Bisher wurde der Aspekt des Verbundenseins in der Psychologie des Erwachsenenalters überwiegend zugunsten einer Betonung von Autonomie im Sinne von Selbständigkeit, Getrenntheit und Alleinsein ausgeblendet (Gilligan, 1988, Josselson, 1988, zit. n. Baltes & Silverberg, 1994). Baltes & Silverberg wehren sich gegen diese einseitige Betrachtungsweise und betonen die für den Menschen förderliche Verbindung von Individualität und Verbundenheit (individuality and relatedness):

„In accord with contemporary scholarship in this domain, we underscore (...) that dependency, when considered in its diverse expressions, as there are in attachment, social connection, interdependence, and reciprocity, is not necessarily an obstacle to be hurdled and outgrown – an antagonist to optimal functioning – but is vital to human growth and well-being.“ (Baltes & Silverberg, 1994, 42)

Allerdings weist Trommsdorff (1999) darauf hin, dass Autonomie und Verbundenheit häufig fälschlicherweise vereinfacht als Gegensatz bzw. als gegensätzliche Enden einer Dimension verstanden werden. In ihrer kulturvergleichenden Untersuchung zu

Sozialisationsbedingungen von japanischen und deutschen Kindern zeigt sie, dass Autonomie und Verbundenheit kulturspezifisch unterschiedliche Funktionen haben:

„Deutlich erkennbar ist jedoch, dass Autonomie und Verbundenheit keineswegs sich ausschließende gegensätzliche Sozialisations- und Entwicklungsphänomene sind, sondern vielmehr in den verschiedensten Kulturen sich gegenseitig ergänzende und teilweise unterschiedlich gewichtige Funktionen für die individuelle Entwicklung und soziales Handeln haben.“ (Trommsdorff, 1999, 414)

Sie kommt zu der Schlussfolgerung, dass Autonomie einen Pol der Dimension Handlungsorientierung darstellt, deren anderer Pol mit Abhängigkeit überschrieben werden kann. Verbundenheit hingegen stellt einen Endpunkt der Beziehungsdimension dar, deren anderer Endpunkt mit Distanz zu bezeichnen ist.

Vor diesem Hintergrund tut sich eine neue Betrachtungsweise auf, die ein in sein Umfeld eingebettetes Selbst, ein ‚Embedded Self‘, in den Vordergrund stellt. Die Balance zwischen Abhängigkeit und Autonomie verändert sich dabei ständig im Zuge der persönlichen Entwicklung, der Umweltgegebenheiten, der Zeit, der kulturellen und gesellschaftlichen Werte, Erwartungen und Anforderungen:

„The nature of dependency and autonomy transform over the life span and the balance between the two may shift; nonetheless, simultaneously with increased self-reliance and a sense of agency comes the development of a social sense of self – a realization that the self does not stand alone – as well as the uninterrupted need for social connection, whether that be in the form of attachment, intimacy, interdependence, or generativity.“ (Baltes & Silverberg, 1994, 43)

Bislang existiert noch wenig Forschung zu Autonomie und Verbundenheit im Erwachsenenalter. Es herrscht größtenteils die Lehrmeinung, dass Abhängigkeit im frühen Kindesalter im Sinne der Bindung sinnvoll sei, jedoch im Laufe der Adoleszenz durch Autonomie und Unabhängigkeit von der Umwelt zu ersetzen sei (vgl. Theorie zur Entwicklung des moralischen Urteils, Kohlberg 1964; Theorie der Identitätsentwicklung, Erikson 1988), bis im höheren Alter durch schwindende Kräfte wieder der Zustand der sozialen Abhängigkeit eintrete. Baltes und Silverberg (1994, 64) beklagen in diesem Zusammenhang die Betonung der Abhängigkeit im höheren Alter auf Kosten der Autonomie des alten Menschen:

„Given the increasing negative balance between gains and losses (Baltes, 1987), increasing biological vulnerability, and the major developmental task involving the acceptance of one’s finality, both social integration and personal autonomy seem of utmost importance. In other words, both security provided by a supportive environment and autonomy fostered by a stimulating environment are necessary for the elderly person’s well-being.“ (Baltes & Silverberg, 1994, 70)

Die einzige psychologische Studie, die sich mit der Bedeutung von Autonomie und Verbundenheit für Menschen in der zweiten Lebenshälfte beschäftigt, kommt von Bode, Westerhof & Dittmann-Kohli (2001). Sie halten bereits zu Beginn fest:

„Individualität und Verbundenheit sind zentrale Lebensthemen im gesamten Lebenslauf, über deren Bedeutung für Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter jedoch wenig bekannt ist.“ (Bode et al., 2001, 365)

Im Rahmen ihrer Studie zur Bedeutung von Autonomie und Verbundenheit für Menschen in der zweiten Lebenshälfte finden sie bei der Auswertung des Satzergänzungsverfahrens von 2943 ProbandInnen neben inhaltlichen Anliegen, die auf Individualität ausgerichtet sind (Wohlbefinden/Entspannung, Kontroll- und Beeinflussungsmöglichkeiten, Leistung/Ziele, Persönliche Unabhängigkeit/Selbstbehauptung, Selbstreflexion/Selbstbewusstsein, eigene Projekte/Aktivitäten) auch eine Vielzahl von Anliegen, die mit Verbundenheit in Zusammenhang stehen: Gesellschaft/Nation, soziale Eigenschaften der Befragten, Kontakt/bestimmte Beziehungen, transpersonal, soziales Verhalten anderer, gemeinsame Projekte/Aktivitäten, Beziehungsqualität. Die AutorInnen stellen fest, dass fast ebenso viele TeilnehmerInnen der Befragung ihre Selbstbeschreibungen auf das Leben oder die Lebensweise von Nahestehenden beziehen.

„In diesen Aussagen wird die Relevanz von Verbundenheit für die Selbstdefinition sehr deutlich. Durch die Verbindung mit Nahestehenden wird die eigene Person auf eine Weise definiert, in der sie nicht mehr als abgegrenzte Entität erscheint.“ (Bode et al., 2001, 371)

Die Studie stellt fest, dass es sich bei Individualität und Verbundenheit um gleich wichtige Aspekte des persönlichen Sinnsystems in der zweiten Lebenshälfte handelt.

Die AutorInnen kommen entsprechend zu der Schlussfolgerung, dass „ (...) Theorien über psychologisches Wohlbefinden und erfolgreiches Altern nach unseren Ergebnissen zu stark individualitätsgerichtet sind. Die Untersuchung von Selbstvorstellungen verdeutlicht, dass der Sinnggebung durch Verbundenheit mehr Raum zugebilligt werden sollte.“ (Bode et al., 2001, 375) Eingebettet in die umgebende Welt zu sein, ist demnach von zentraler Bedeutung für die Menschen; dies ist in psychologischen Theorien aber nicht entsprechend repräsentiert:

„Ein Vergleich unserer Befunde (bezüglich Zentralität und inhaltlicher Anliegen) mit Annahmen gängiger Theorien psychologischen Wohlbefindens im Erwachsenenalter und erfolgreichen Alterns zeigt, dass die Selbstvorstellungen der Deutschen zwischen 40 und

85 Jahren viel stärker auf Verbundenheitsaspekte gerichtet sind, als in den theoretischen Vorstellungen postuliert wird.“ (Bode, Westerhof & Dittmann-Kohli, 2001, 365)

Die theoriegeleiteten Ausführungen dieses Kapitels haben gezeigt, dass die Annahme von Mensch und Umwelt als voneinander unabhängige Systeme nicht haltbar ist, sondern dass ein Mensch und seine soziale Umwelt eine untrennbare Einheit bilden. Individualität und Verbundenheit stellen somit keine Antagonisten, sondern notwendige Bestandteile eines Phänomens dar, nämlich der Einbettung eines handelnden und erlebenden Menschen in die ihn umgebende Welt. Eine Person und ihre sozialen Beziehungen bilden aus diesem Blickwinkel gesehen ein Ganzes.

Eine integrative Sicht auf die Beziehung von Mensch und Welt und damit auf die Konzeptualisierung sozialer Ressourcen kann aus metatheoretischen Modellen abgeleitet werden: Bronfenbrenner stellt im systemtheoretischen Modell den Versuch dar, das Denken in linearen und unifaktoriellen Kausalitäten aufzugeben. Im ökosystemischen Ansatz erstellt er eine Systematik des komplexen Zusammenspiels verschiedener Ebenen (Mikro-, Meso-, Exo-, Makro-, Chronosystem). So stellt er das Zusammenspiel zwischen Systemen und den Übergang von Menschen aus einem System in ein anderes in den Vordergrund. Aus Elders entwicklungspsychologisch orientiertem Modell der ‚Life Stages‘ und der damit verbundenen Übergänge wird deutlich, dass es eine enge entwicklungs- und lebensgeschichtliche Verflechtung zwischen einem Menschen und seiner Umwelt gibt. Durch das Berührtwerden durch die Welt um sich herum werden das Leben und die Persönlichkeit eines Menschen in entscheidender Weise geformt. Die Basis der Person-Kontext-Interaktionstheorien bildet das Konzept des holistischen Interaktionismus: Das Individuum und seine Umwelt bilden zusammen ein integriertes und dynamisches System, in welchem sowohl das Individuum als auch die Umwelt untrennbare Elemente darstellen. Zwischen Person und Umwelt besteht also eine stetige Interaktion, die zur Entwicklung der Person und zur Ausformung der Umwelt in der Gestalt, in der sie zum gegebenen Zeitpunkt wahrgenommen wird, beiträgt. Die Umwelt wird folglich in

diesem Bezugsmodell ausdrücklich nicht als eine Variable verstanden, sondern in verschiedene Blickwinkel unterteilt: So wird zwischen objektiver und subjektiver Umwelt unterschieden, wobei der subjektiven Umweltwahrnehmung des Individuums größeres Gewicht zugebilligt wird. Die Person-Kontext-Interaktionstheorien integrieren damit sowohl systemtheoretische Modelle als auch Modelle der zeitlichen Entwicklung (über die Lebensspanne).

Diese metatheoretische Basis der Mensch-Welt-Beziehung lässt verschiedene Ableitungen für Konzepte sozialer Ressourcen zu, welche die untrennbare Verflechtung eines Menschen und seiner (sozialen) Umwelt in den Mittelpunkt stellen: Sulmasy (2002) drückt die Vorgänge um den Menschen in Beziehungstermini aus. Sein Modell stellt den Menschen als Summe intrapersonaler und extrapersonaler Beziehungen dar. Belschner (2005a, 2005b) begründet unterschiedliche Modi des Mensch-Welt-Bezugs in der Modellierung unterschiedlicher Bewusstseinszustände. So wird im Zustand des Alltagsbewusstseins die Subjekt-Objekt-Relation als ein Zustand des Getrenntseins wahrgenommen. Es gibt in diesem Zustand einen qualitativen Unterschied zwischen wahrnehmendem Ich und der Welt. Verändert sich jedoch der Bewusstseinszustand in Richtung einer nondualen Präsenz, verschwindet diese scheinbare Trennung und Mensch und Welt werden als Einheit wahrgenommen, die nicht trennbar ist. Entwicklungspsychologisch basierte Modelle stellen die Beziehung zwischen einem Menschen und seiner sozialen Welt in den Termini von Autonomie, Abhängigkeit und Verbundenheit („Interdependence“) dar. Dabei handelt es sich bei Autonomie und Verbundenheit nicht um ein Gegensatzpaar, sondern um Pole unterschiedlicher Dimensionen.

Diese Modelle stellen, in unterschiedlichen psychologischen Traditionen begründet und konzeptualisiert, ein eingebettetes Selbst („Embedded Self“) dar, das in unlösbarer Verflechtung mit seiner sozialen Welt steht; die sozialen Interaktionen sind folglich von einer vielschichtigen Dimensionalität gekennzeichnet. Mensch und Um-Welt werden in diesen Modellen nicht als voneinander unabhängige Systeme, sondern als miteinander verbundene Systeme oder als ein gemeinsames, holistisches System konzipiert.

4. Perspektiven der Studie: Soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod

- 4.1. Die Bedeutung von sozialen Beziehungen für sterbende PatientInnen
 - Soziale und physiologische Parameter bei sterbenden PatientInnen
 - Soziale Wünsche und Bedürfnisse sterbender Menschen
 - Die besondere Situation der Beziehungsgestaltung im Sterbeprozess
- 4.2. Soziale Beziehungen zwischen kritisch kranken PatientInnen und Angehörigen
 - Der enge Zusammenhang zwischen Patient und Bezugsperson
 - Soziale Belastung von Angehörigen
- 4.3. Die Situation von Menschen, die sterbende Menschen professionell betreuen
 - Exkurs: Anforderungen an professionelle Sterbebegleitung
 - Beanspruchung durch die Arbeit in der Sterbebegleitung
 - Unterstützung der Unterstützten

In den theoriegeleiteten Ausführungen wurde deutlich, dass die Begegnung mit Tod und Sterben eine Grenzerfahrung für den betreffenden Menschen darstellt. Dieses Krisenerleben birgt in sich sowohl Gefahr und Bedrohung für Gesundheit und Wohlbefinden wie auch die Chance auf Überwindung, Wachstum und Resilienz. Dabei können Ressourcen dazu verhelfen, die Chance in der Krise wahrzunehmen (*Kapitel 2 – Begegnung mit Sterben und Tod*).

Der Fokus dieser Arbeit liegt dabei auf der Bedeutung sozialer Ressourcen, die Menschen nutzen können. Die gängigen Konzepte sozialer Ressourcen erweisen sich als heterogen und bereichsspezifisch begrenzt (*Kapitel 3.2. – Grenzen der gängigen Konzeptualisierung sozialer Ressourcen*), so dass integrative Modelle eher in der Lage zu sein scheinen, eine angemessene, theoretische Konzeption sozialer Ressourcen zur Verfügung zu stellen (*Kapitel 3.3. – Modelle für die integrative und interaktionale Konzeptualisierung sozialer Ressourcen*).

Werden diese beiden Blickwinkel nun übereinander gelegt, so entstehen forschungsleitende Fragen: Welche sozialen Ressourcen stehen kritisch kranken und sterbenden PatientInnen zur Verfügung? Wie zeigt sich die Beziehung zu ihren Angehörigen als Unterstützer und Unterstützte in dieser Krisenphase? Und in

welcher Lage bezüglich sozialer Ressourcen befinden sich Professionelle, die in ihrem Arbeitsalltag eng mit Tod und Sterben konfrontiert werden?

Das durch Forschungsstudien generierte (induktive) Wissen darüber, auf welche Art soziale Ressourcen in der Konfrontation mit dem Sterben genutzt werden können, ist begrenzt und teilweise uneinheitlich. Im Folgenden wird innerhalb dieses Kapitels, welches einen Überblick über die aktuelle Forschungslage gibt, deshalb zuerst für PatientInnen, dann für ihre Angehörigen und schließlich für professionell Betreuende ein Überblick darüber gegeben, welche Gestalt und Auswirkungen soziale Ressourcen im Sterbeprozess haben. Da manche Teilbereiche gut beforscht sind, wird dort jeweils eine Studie stellvertretend genannt.

4.1. Bedeutung sozialer Beziehungen für sterbende PatientInnen

Das Institute of Medicine, Washington DC, berichtet, dass lückenhafte Kenntnisse darüber existieren, wie Menschen in den USA ihre letzten Lebensmonate und ihr Sterben erfahren (Marwick, 2003). Die meisten Sterblichkeitsstudien seien Korrelationsstudien (z.B. Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und Sterblichkeit). Was aber vonnöten sei, sei ein besseres Verständnis des Sterbeprozesses und nicht ein besseres Verständnis der Faktoren, die den Sterbeprozess hinauszuzögern scheinen:

„A substantial number of people experience needless suffering and distress at the end of life. This can be due to inappropriate or unwanted care or to the underuse of effective measures, such as relieving pain.” (Marwick, 2003, 784)

Diese Einschätzung kennzeichnet auch die Situation der Forschung im deutschen Raum. Es lassen sich zwar Forschungsbemühungen und Studien verzeichnen, aber ihr Fokus ist meist sehr eingeschränkt, so dass nur reduzierte Aussagen über einen engen Bereich hinaus getroffen werden können. In der Forschung an und mit sterbenden Menschen dominieren generell medizinisch geprägte Studien, die physiologische Parameter in den Mittelpunkt stellen. Im Bereich der psychologischen Forschung bilden Studien zu Bedürfnissen, Wünschen und Lebensqualität von sterbenden PatientInnen einen deutlichen Schwerpunkt. Ein Zweig thanatologischer Forschung beschäftigt sich mit der besonderen Situation des Sterbeprozesses von Menschen. Im Folgenden wird ein Überblick darüber gegeben, welches Wissen in diesen Einzelsträngen der Forschung über das Verbundensein in sozialen Netzen gewonnen wurde.

Soziale und physiologische Parameter bei sterbenden PatientInnen

Einige groß angelegte Studien beschäftigen sich mit Einflussfaktoren auf Lebenserwartung und Sterblichkeit (vgl. im deutschen Sprachraum den Berliner Alterssurvey BASE; Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend, 2001; Maier & Smith, 1999). Dabei zeigt sich, dass Einbindung in das soziale Umfeld einen prognostizierenden Faktor für Gesundheit, Krankheit und Sterblichkeit darstellt (vgl. bspw. Bickel, H., 1998; Pruchno & Rosenbaum, 2003, 491). Damit einhergehend belegen auch Weisman & Worden (1975), dass PatientInnen, die aktive und gegenseitige, zwischenmenschliche Beziehungen unterhielten, bei Krebs länger überlebten als Menschen mit wenigen persönlichen Kontakten. Rieder (1984) stellt fest, dass nach Einweisung in ein Pflegeheim die Überlebensraten der ersten 12 Monate bei 54% bei Verwitweten lagen, bei 64% bei Ledigen, jedoch bei 26% bei Verheirateten. Er argumentiert, dass für Verheiratete die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung am einschneidendsten ist, denn sie bringt die Trennung vom Ehepartner mit sich, d.h. den Verlust einer engen Bezugsperson. Und Klein et al. (Klein, T., Löwel, Schneider & Zimmermann, 2002) zeigen in ihrer Studie auf, dass soziale Beziehungen einen mortalitätssenkenden Effekt aufweisen, der unabhängig von Stress bzw. sozialer Belastung ist. Aus ihrer eigenen Arbeit und der Übersicht über andere Studien schlussfolgern sie: "Der mortalitätssenkende Einfluss sozialer Netzwerke ist empirisch vielfach belegt." (Klein et al, 2002, 441)

Da körperliche Schmerzen einen großen Belastungsfaktor für die Patientin während des Sterbeprozesses darstellen, beschäftigen sich einige Studien mit den Komponenten des Schmerzgeschehens. Student (1989a, 60ff.) hält vier Dimensionen des Schmerzes fest: die körperliche Dimension, die soziale Dimension (Schmerzen als Spiegel der Veränderung im sozialen Gefüge des Patienten), die psychische Dimension (schmerzhafteste Prozesse von Aussprache oder Unlösbarkeit von konflikthaften Situationen) sowie die spirituelle Dimension (Schmerzen, die sich an der Sinnfrage entzünden). Saunders & Baines (Baines, 1993; Saunders & Baines, 1991) halten folgende psychosoziale Komponenten des Schmerzes bei sterbenden PatientInnen für besonders wichtig: seelischer Schmerz (Gefühle, Einschätzungen, Ängste; vgl. dazu auch Fässler-Weibel, 1997b), sozialer Schmerz (unerledigte Angelegenheiten, alte Spannungen), geistiger Schmerz (Gefühle des Versagens und

des Bedauerns, Schuldgefühle, Selbstzweifel, Gefühl der eigenen Bedeutungslosigkeit). Sie schlussfolgern:

„Begreifen wir das Leiden des Patienten als Gesamtheit, können wir diese Probleme als seelische, soziale und geistige Komponenten desselben Schmerzes verstehen.“
(Saunders & Baines, 1991, 52)

Eine prospektive Studie aus der Tradition der Gesundheitspsychologie kommt von Goodkin et al. (1996, 1997; zit. n. Hall & Irwin, 2001, 433) und zeigt einen Zusammenhang zwischen physiologischen Parametern und sozialen Ressourcen auf. Die Autoren weisen einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Interventionen und Funktion des Immunsystems bei HIV seropositiven Personen nach. Dabei ging die Teilnahme an einem Unterstützungsprogramm mit einer Erhöhung des Levels an T-Helfer-Zellen und einer verringerten Anzahl an Arztbesuchen einher. Damit liegt die erste Studie vor, die prospektiv einen kausalen Effekt zwischen sozialen Ressourcen und physiologischen Krankheitsfaktoren nachweist.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studien zu sozialen und physiologischen Parametern bei sterbenden Menschen kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass ein Zusammenhang zwischen beiden Größen besteht. Zudem weisen prospektiv angelegte Studien in eine Ursache-Wirkungs-Richtung: Das soziale Geschehen um einen sterbenden Menschen wirkt sich demnach auf seinen körperlichen Zustand aus.

Soziale Wünsche und Bedürfnisse sterbender Menschen

Ein großer Teil der thanatopsychologischen Studien beschäftigt sich mit Wünschen oder Bedürfnissen sterbender Menschen (vgl. Baldwin, 1983; Block, 2001; Cohen & Leis, 2002; Corr et al., 1999; Kaut, 2002; Keil, T. U., 2002; Kruse & Schmitz-Scherzer, 1995; Vachon, 1998). Dabei zeigt sich immer wieder die hohe Priorität, die betroffene PatientInnen der Einbindung in ihr soziales Umfeld zuschreiben (vgl. bereits Thomae (1988, 145), der „Stiftung und Pflege sozialer Kontakte“ als wichtigstes Daseinsthema in der Antizipation der Zukunft bei Hochbetagten eruierte).

Beispielhaft wird hier die National Hospice Demonstration Study dargestellt (Kastenbaum, 2004). In einer groß angelegten Befragung wurden sterbende PatientInnen in stationären Hospizen gefragt, wie sie sich ihre letzten Lebenstage wünschen würden und was ihre größten Kraftquellen in diesen Tagen wären. Die häufigste Antwort der PatientInnen war: In den letzten Tagen sollen bestimmte Menschen bei ihnen sein; und ihre größte Kraftquelle liegt in der Unterstützung von Familie und Freunden. Kastenbaum schlussfolgert: „We see that relationships crown both response lists.“ (2004, 125) In ähnlichen Studien wurden und werden diese Ergebnisse immer wieder bestätigt: Die Verbindung mit ihrem sozialen Feld nimmt für sterbende Menschen einen besonderen Stellenwert ein (vgl. bspw. Ceelen, 1997; Kruse & Schmitz-Scherzer, 1995).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Studien, die sich mit Einflussfaktoren auf die Lebensqualität sterbender Menschen beschäftigen. So können beispielsweise Cohen & Leis (2002) zeigen, dass bedeutsame Beziehungen einen von fünf Bereichen bilden, die für die Lebensqualität relevant sind:

„Five broad domains were found to be important determinants of patient QOL: (1) the patient's own state, including physical and cognitive functioning, psychological state, and physical condition; (2) quality of palliative care; (3) physical environment; (4) relationships; and (5) outlook.“ (Cohen & Leis, 2002, 48)

Entsprechend findet sich die psychosoziale Komponente auch als Kernkomponente von Modellen psychosozialer Unterstützung von sterbenden Menschen. Besonders ausgeprägt zeigt sich dies im Vier-Säulen-Modell der psychosozialen Unterstützung von Krebskranken nach Waltz & Brühl (1993). Die Autoren stellen folgende Bereiche dar, die ihrer Meinung nach essentiell für die Unterstützung sind: 1. Arzt-Patienten-Beziehung, 2. Selbsthilfegruppen, 3. Ehe/Partnerschaft, 4. psychoonkologisch tätige Berufsgruppen (Krischke, 1996, 32f.). Modelle wie dieses stellen explizit die Bedeutsamkeit sozialer Beziehungen für kritisch kranke oder sterbende Menschen in den Vordergrund und weisen dadurch auf die Konsequenzen hin, die der Verlust sozialer Kontakte, wie er durch das Phänomen des sozialen Todes in der letzten Lebensphase immer wieder ausgelöst wird, haben kann.

Die Bedeutung des Faktors Beziehung zeigt sich auch in den Studien, die die Bedürfnisse des Patienten in der Beziehung zu den Menschen, die ihn pflegen und versorgen, erfragen. Kruse (Kruse, J., 1997) kommt nach einer Studienübersicht zur Arzt-Patienten-Beziehung zu dem Schluss: "Es ist für den Patienten sehr hilfreich, wenn der Arzt trotz seiner therapeutischen Ohnmacht die Beziehung aufrechterhält und sich um das Wohlergehen des Patienten sorgt." (Kruse, J., 1997, 198)

Entsprechend zeigen Studien zur Kommunikation und Informationsübermittlung mit sterbenden PatientInnen, dass der Beziehungskomponente großes Gewicht zukommt (bspw. Buckman, 2002; Cherny, 2000; Hannich, 2002; Kirk et al., 2004; Pampaluchi-Wick, 1997). Kirk et al. (2004) fanden in einer diesbezüglichen Untersuchung heraus, dass der Prozess des Gespräches in der Einschätzung von PatientInnen und Familienangehörigen ausschlaggebender ist als der Inhalt des Gesprächs:

„The analysis indicates that in information sharing the process is as important as the content. The timing, management, and delivery of information and perceived attitude of practitioners were critical to the process.” (Kirk et al., 2004, 1343)

Die Arzt-Patienten-Beziehung hat also weitreichende Auswirkungen bis hin zu der Art und Weise, wie Information aufgenommen und interpretiert wird. Dabei sind die nicht-inhaltlichen und Beziehungs-Komponenten von Information (z.B. Zeit, Aufmerksamkeit, emotionales Mitschwingen, klare Aussagen, etc.) den Studienergebnissen zufolge von vergleichbarer Bedeutung wie die informationellen. (Eine differenzierte Betrachtung der Arzt-Patienten-Kommunikation im Spannungsfeld von Zeit und Wahrheit findet sich bei Keil, A., 2004, 137ff.)

Insgesamt zeigt sich in den Studien, welche die Wünsche und Bedürfnisse bzw. Lebensqualität und Wohlbefinden beim Sterbenden zum Inhalt haben, dass das Eingebundensein und –bleiben in das soziale Umfeld für sterbende Menschen von zentraler Bedeutung ist. Dabei trägt vor allem die Komponente der Beziehung an sich (in Abgrenzung zu bspw. Unterstützung oder Informationsvermittlung) stark zu deren Wohlbefinden bei.

Die besondere Situation der Beziehungsgestaltung im Sterbeprozess

Psychologische Studien zur Frage, in wie weit sich der letzte Lebensabschnitt von den davorliegenden unterscheidet bzw. welche Besonderheiten für den Sterbenden in seiner sozialen Situation während des Sterbeprozesses auftreten können, werden im Folgenden beschrieben.

Besonders erkenntnisbringend sind dabei Studien, die sterbende Menschen direkt zu ihren Wahrnehmungen befragen. So ergab beispielsweise eine thematische Analyse von Interviews mit 15 Hospiz-PatientInnen die folgenden 12 Themen in der Beschäftigung mit Tod und Sterben (Claibourne, 2003):

- (a) Living with a life threatening illness requires both learning and loss of skills; (b) Thanatologic realization creates a heightened sense of awareness and appreciation of life; (c) Knowing you are going to die and not wanting to die vacillates throughout the dying process; (d) Making decisions helps maintain a sense of control; (e) Preparation for death involves previous life experiences; (f) Preparing oneself for death is necessary in order to prepare others; (g) Spiritual preparation is a high priority near the end of the dying trajectory; (h) Goals at the end-of-life are related to short time frames; (i) Supportive care is essential; (j) Living with a life threatening illness is not something people are prepared for; (k) A life threatening illness becomes a major focus for the dying and their families.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Lebensende als eine eigenständige Lebensphase mit Wachstum und Entwicklungsanreizen (im Sinne entwicklungspsychologischer Ansätze) gesehen werden kann.

Im Vergleich zum vorherigen Lebensverlauf nimmt die Zahl sozialer Kontakte sowie die Aktivität zur Generierung und Erhaltung von sozialen Beziehungen im höheren Alter ab (vgl. bspw. Freund & Riediger, 2003, 605). Aus zahlreichen, gerontopsychologischen Studien zu Wünschen und Bedürfnissen älterer Menschen geht jedoch hervor, dass ältere Menschen der Güte sozialer Beziehung einen hohen Stellenwert beimessen (vgl. bspw. Fliege & Filipp, 2000, 311).

Eine qualitative Veränderung in der Gestaltung sozialer Beziehungen ist am Lebensende zu verzeichnen. So stellen Kearney & Mount (vgl. Kearney, 2000) fest, dass schnell tiefe Beziehungen zwischen sterbenden Menschen und Helfenden entstehen können, die essentiell zum Netzwerk der Sterbenden in der Zeit bis zum Tod beitragen. Sie führen diesen schnellen und intensiven Beziehungsaufbau auf die große Offenheit und Präsenz zurück, die in der Sterbebegleitung vonnöten ist:

„The simple presence of one who is concerned, one who is willing to be a companion and to remain steadfast when there are no easy answers, is itself a form of powerful communication that goes beyond words.“ (Kearney, 2000, 366)

Carstensen (1995) fügt diese Erkenntnisse in ihre ‚Sozio-Emotionale Selektivitätstheorie‘ ein (vgl. auch Bertrand & Lachman, 2003, 480; Pruchno & Rosenbaum, 2003, 488). In zahlreichen Untersuchungen zeigten Carstensen und ihre MitarbeiterInnen, dass die Wahrnehmung begrenzter verbleibender Lebenszeit zu Veränderungen in den Zielhierarchien führt. In sozialen Beziehungen wird dann der emotionale Austausch zu einem wesentlich wichtigeren Ziel als der Austausch von Informationen:

„(...) the profile of resulting empirical findings suggests that people grow increasingly selective in their choices of social partners and that, in particular, the construal of available future time changes preferences. (...) Essentially, when future social opportunities are limited, the salience of emotion appears to increase.“ (Carstensen, 1995, 155)

In den Termini von Kontinuität und Diskontinuität in der sozialen Entwicklung über die Lebensspanne hinweg zeigt sich deutlich ein Aspekt von Diskontinuität in der Beziehungsgestaltung am Lebensende (vgl. Minnemann & Schmitt, 1995, 98).

Schmitz-Scherzer (2001) schließt einen Überblick über thanatopsychologische Forschung mit der Feststellung, dass soziale Integration und die im sozialen Feld erfahrene Akzeptanz einer von vier Faktoren ist, die Erleben und Verhalten im Sterbeprozess beeinflussen (vgl. dazu auch Bucher, Hess, Spichiger & Otto, 1998; Ita, 1995). (Die anderen Faktoren sind: Ausmaß, in dem das eigene Leben in der Rückschau trotz Einschränkungen angenommen werden kann; Ausmaß, in dem der Sterbende einen Sinn in seinem Leben und seiner jetzigen Situation erkennt; der frühere Lebensstil; vgl. Schmitz-Scherzer, 2001.)

Aus diesen stellvertretend dargestellten Studien wird deutlich, dass der Sterbeprozess für sterbende Menschen einen Lebensabschnitt darstellt, der durch die hohe Bedeutsamkeit spezieller Themenfelder und darunter vor allem der Entstehung und Aufrechterhaltung bedeutsamer sozialer Bindungen gekennzeichnet ist. Die folgend dargestellten Studien beschäftigen sich mit speziellen Aspekten des sozialen Umfeldes beim sterbenden Patienten.

Insgesamt kann für das Befinden von PatientInnen aus unterschiedlichen Blickwinkeln klar gezeigt werden, dass die soziale Einbindung einen bedeutsamen Wirkfaktor darstellt. Zum einen wirkt sich das soziale Eingebundensein des sterbenden Menschen auf seinen körperlichen Zustand (i.S.v. Sterblichkeit, physiologischen Parametern und Schmerz) aus. Zum zweiten zeigt sich, dass von Seiten der PatientInnen ein großes Bedürfnis danach vorliegt, in stabile Beziehungen eingebunden zu sein. Und schließlich wird in der thanatopsychologischen Forschung durchweg deutlich, dass der Sterbeprozess einen Lebensabschnitt darstellt, in dem emotional enge, soziale Beziehungen von besonderer Bedeutsamkeit sind und häufiger als im sonstigen Lebensverlauf hergestellt werden.

4.2. Soziale Beziehungen zwischen sterbenden PatientInnen und Angehörigen

Die WHO (World Health Organization, 1986) hält in ihren Richtlinien zur palliativmedizinischen Betreuung von PatientInnen fest:

„One of the dicta of palliative care is that the patient and the family is the unit of care.“
(WHO, 1986; zit. n. Dunne, 1997, 41)

In der modernen Palliativmedizin werden die Angehörigen als „Patienten zweiter Ordnung“ (vgl. bspw. Schröder, C., 2001, 11) bezeichnet. Dies verdeutlicht, dass zwischen PatientInnen und ihren Bezugspersonen eine enge Verbindung besteht, welcher besondere Bedeutung zukommt. Entsprechend beschäftigt sich ein Zweig thanatopsychologischer Forschung mit Gestalt und Charakter dieser besonderen Beziehung. Ein anderer Teilbereich richtet die Aufmerksamkeit auf die besondere Belastungssituation, in der sich Angehörige und Bezugspersonen im Laufe des Sterbens einer geliebten oder nahe stehenden Person befinden. Beide Blickwinkel werden im Folgenden dargestellt. (Auf die antizipatorische Trauer, die die innerpsychische Situation von Angehörigen entscheidend prägt, wird im Folgenden nicht eingegangen; hier sei auf Attig, 2000; Canacakis, 1987; Canacakis & Schneider, 1997; Davies, 2000; Doka, 2000; Kast, 1987; Merod, 2004; Rando, 2000a, 2000c, 2000b; Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001 verwiesen.)

Der enge Zusammenhang zwischen PatientInnen und Bezugspersonen

Eine Gruppe von Studien bezieht sich auf eine explizit systemische Perspektive und stellt sterbende PatientInnen und ihre PartnerInnen bzw. Familien in den Mittelpunkt (vgl. Bartels & Faber-Langendoen, 2001; Feith, Ochsmann, Klein, Seibert & Slangen, 2001; Häuser & Klein, 2002; Strittmatter, 1998; Wittkowski et al., 2004, 113). In diesen Studien zeigen sich die enge Verflechtung zwischen PatientInnen und bedeutsamen Bezugspersonen sowie ihr großer Einfluss auf den Sterbeprozess.

So zeigt beispielsweise Kruse (Kruse, A., 1995) in einer Langzeituntersuchung an 50 PatientInnen und ihren Bezugspersonen, dass die Verarbeitungsprozesse der Krankheit und des nahenden Todes bei PatientInnen und PartnerInnen sich in ähnlichen Mustern entwickeln, d.h. dass es einen Zusammenhang oder eine gegenseitige Beeinflussung des Bearbeitungsstils gibt. Die in der Studie berichteten Zusammenhänge zwischen den Verlaufsformen in der Patienten- und Angehörigengruppe legen einen Analyseansatz nahe, der nicht nur nach Einflüssen der sozialen Umwelt auf Erleben und Verhalten von Menschen im Terminalstadium fragt (und die familiäre Umwelt dabei als einen von zahlreichen Einflussfaktoren versteht), sondern der den Patienten und seinen Angehörigen als eine Dyade begreift. Kruse kommt entsprechend zu dem Schluss, dass die engen Zusammenhänge zwischen PatientInnen und Bezugspersonen...

„(...) auf die Notwendigkeit hinweisen, in der weiteren thanatologischen Forschung größeres Gewicht auf die Dyade „Patient – Angehöriger“ zu legen und sich nicht auf eine individualistische Perspektive festzulegen, die Erleben und Verhalten des Patienten losgelöst von dessen sozialem Umfeld untersucht.“ (Kruse, A., 1995, 271)

Eine schwere und unter Umständen zum Tod führende Erkrankung stellt immer ein mit Stress verbundenes Ereignis für die gesamte Familie dar. So kann die enge Beziehungsverflechtung auch dazu führen, dass die Zunahme an Lebensqualität bei PatientInnen eine Abnahme der Lebensqualität für die Familie bedeutet (Parker, 1990; zit. n. Krischke, 1996, 34; Covinsky et al., 1994; Gyger-Stauber, 1997). Aus diesem Grund ist psychosoziale Unterstützung für die PatientInnen nicht getrennt von ihren Familien zu betrachten, sondern auf diese auszudehnen (Goos-Detjen, in Vorbereitung; Strittmatter, 1998). Entsprechend ergibt sich die Forderung nach einem familienzentrierten Ansatz in der Sterbebegleitung:

„Es geht um die Beachtung und Einbeziehung des wichtigsten Bezugssystems des Sterbenden, sei es Familie, Herkunftsfamilie, Partnerbeziehung oder Freundschaftsbeziehung. Es reicht nicht, den Sterbenden alleine zu sehen und ihn zu begleiten. Entscheidend ist, a) alle Hauptbeteiligten in ihrem gemeinsamen Bezugssystem in den Blick zu bekommen, b) dieses System als ganzes bei Bedarf so zu unterstützen, dass es c) seinerseits seine Mitglieder versorgt.“ (Strittmatter, 1998, 36)

Dies ist von umso größerer Bedeutung, als die Beanspruchungserscheinungen von Angehörigen sterbender PatientInnen schwerwiegend sein können. In der Palliativwissenschaft hat sich diesbezüglich der diagnostische Terminus der ‚Profoundly Fatigued Family‘, der total erschöpften Familie (vgl. Kearney, 2000),

eingebürgert. Dieser Zustand im Familiensystem wird durch die zu individuumszentrierte Versorgung der PatientInnen und das Ignorieren der Beanspruchung Angehöriger verursacht. Im Folgenden wird deshalb ein kurzer Überblick über die besondere soziale Belastungssituation von Angehörigen sterbender Menschen gegeben.

Soziale Belastung von Angehörigen

Die folgenden Studien beschäftigen sich mit der besonderen Belastungssituation, in der sich pflegende Angehörige befinden (z.B. auch Seibert, Ochsmann, Feith, Klein & Slangen, 2001b). Denn nach wie vor gilt:

„Hierzu ist zunächst festzustellen, dass der Löwenanteil der ambulanten gesundheitsbezogenen Unterstützung immer noch bzw. zunehmend wieder von Familienangehörigen erbracht wird (Stichwort: private Pflege).“ (Staudinger & Greve, 2001, 126)

Töchter und Schwiegertöchter der Sterbenden stehen hier an erster Stelle (vgl. auch Wass, 2001, 100). Hier ist ein geschlechtsdifferenzierender Blickwinkel vonnöten, da sich die Lebenswelten pflegender Angehöriger bei Männern und Frauen stark unterscheiden (Thiessen, 2004, 47). Inwieweit das Helfen generell als weibliche Lebensrealität betrachtet werden muss, diskutieren bspw. Nestmann & Schmerl (1991).

Klein, Ochsmann et al. (Klein, Thomas, Ochsmann, Feith, Seibert & Slangen, 2001) fanden in diesem Zusammenhang heraus, dass knapp über die Hälfte der von ihnen untersuchten Hauptbetreuerpersonen (50,6%) in ambulantem Setting keine pflegerische Unterstützung über einen Großteil der bzw. über die gesamte Betreuungszeit erhielten. Zudem zeigte sich in dieser Studie, dass die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen eine geschlechtsspezifische Komponente aufweist: Wesentlich mehr pflegende Männer als Frauen forderten Unterstützung für sich ein.

Die AutorInnen haben dafür folgende Erklärung:

„Dieses Ergebnis entspricht der Vorstellung, dass Männer stärker in den formellen Bereich der Gesellschaft eingebunden sind, weshalb sie sich auch eher Hilfe bei den öffentlichen Institutionen holen. Frauen gelten als stärker in den informellen Bereich der

Gesellschaft eingebunden, sie bekommen mehr Hilfe aus dem sozialen Umfeld, von Familienmitgliedern, Verwandten, Freunden oder Nachbarn.“ (Klein, Thomas et al., 2001)

Eine Studie der Universität Freiburg (Heinke, 2002) zeigt, dass die Pflege Sterbender von den Angehörigen häufig als bereichernde Erfahrung erlebt wird, dass allerdings die positiven Pflegeaspekte nicht gegen die negativen aufgewogen werden können. Die Einschränkungen und Beanspruchungen durch eine oftmals über Jahre gehende, zunehmende Pfl egetätigkeit überwiegen die positive Erfahrung. Heinke (2002) zieht die Schlussfolgerung: „Vor allem auf die individuellen Wünsche und Probleme der Pflegenden müsse daher stärker eingegangen werden (...)“ (Heinke, 2002, 55)

Einen weiteren sozialen Belastungsaspekt zeigen Studien bei Angehörigen auf, die nicht in der ambulanten Pflege tätig sind (vgl. bspw. Schmitz-Scherzer, 2001; Schweidtmann, 1996): Aufgrund der sich verändernden Familienstruktur in unserer Gesellschaft (vgl. Schmidt-Denter, 2005, 207) befindet sich der Großteil sterbender Menschen in einem institutionellen Setting. Diese Tatsache kann den Kontakt zwischen Patient und Angehörigen vermindern bzw. verändern. Die zunehmende Hospitalisierung sterbender Menschen ist auch ein Grund dafür, dass Angehörige immer seltener das Sterben anderer Menschen direkt erleben. Beide Faktoren führen dazu, dass sich Angehörige durch die unbekannte und entfremdete Situation überfordert fühlen:

„Die heutige Institutionalisierung des Sterbens hat sicherlich dazu beigetragen, dass viele Angehörige schon aus dem Mangel an Erfahrungen mit sterbenden und schwer kranken Menschen hilflos in ihrer Rolle als Begleiter von Sterbenden sind.“ (Schmitz-Scherzer, 2001, 6)

Eine andere Argumentation generalisiert das Phänomen der Entfremdung von sterbenden PatientInnen und begründet es durch die Gesundheitssituation der westlichen Gesellschaften, in denen die Menschen durch einen allgemein höheren Gesundheitsstatus weniger Kontakt zu Tod und Sterben im alltäglichen Leben hätten (vgl. bspw. Becker, 1992). Dies fördere eine Kontaktvermeidung mit sterbenden Menschen:

„Because people will live longer, healthier lives, they will not be as familiar with death as in previous times and consequently may be less able to give social and emotional support to dying and bereaved family members, friends, neighbours, or clients.“ (Wass, 2001, 101)

Beide Ursachen mögen dazu beitragen, dass sich Angehöriger sterbender PatientInnen, die in einem institutionellen Setting betreut werden, belastet fühlen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Sowohl durch die enge, soziale Beziehung auf der einen Seite als auch durch die Belastung durch Pflege oder durch Institutionalisierung und Entfremdung auf der anderen Seite sind die Bezugspersonen von sterbenden Menschen großen Beanspruchungen über einen oftmals langen Zeitraum ausgesetzt, ohne dass sie selbst im Fokus der Aufmerksamkeit von Unterstützungs- und Interventionsorganen stehen würden.

4.3. Die Situation von Professionellen in der Begleitung Sterbender

Eine große Gruppe von Menschen steht professionell in engem Kontakt mit Sterben und Tod: Betreuende ÄrztInnen, Pflegende, psychosozial Tätige, freiwillig Helfende sowie spirituell Betreuende bilden dabei die Hauptgruppen. Sie alle befinden sich täglich in einem äußerst schwierigen Arbeitsfeld, das durch hohe Anforderungen und große Arbeitsbelastung gekennzeichnet ist (vgl. bspw. Aemissegger, 1997; Ganzini, 2002). Über soziale Komponenten der Situation, in der sich diese Menschen befinden, gibt es wenig Wissen, obwohl sie eine durchaus umfangreich mit Studien belegte Personengruppe darstellen. Doch die Blickwinkel, unter denen diese Professionellen betrachtet werden, liegen entweder auf den Anforderungen, die sie im Bereich der Versorgung kritisch kranker Menschen erfüllen müssen (bspw. Karl, 1989; Lutterotti, 1989; Ross, 1998), oder aber auf Aspekten von Belastung und Beanspruchung in diesem Arbeitsfeld und auf Aspekten von Aus- und Weiterbildung (vgl. Aulbert, Klaschick & Kettler, 2002). Diese Bereiche stehen folglich auch im Zentrum der Darstellung, wenn nach sozialen Komponenten in der Situation von Professionellen gesucht wird.

Exkurs: Anforderungen an professionelle Sterbebegleitung

Hohe Anforderungen werden an die professionelle Sterbebegleitung und damit an die SterbebegleiterInnen gestellt. Um einen Eindruck von der Arbeitssituation und dem Selbstverständnis dieser Personengruppe zu erhalten, scheint es notwendig, zu vermitteln, welchen Anforderungen sie in ihrem Arbeitsfeld ausgesetzt sind. Daher wird im Folgenden ein kurzer Abriss zu diesem Thema gegeben, auch wenn es nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit steht.

Allgemein und an erster Stelle soll das professionelle Handeln am kritisch kranken Menschen von einer ethischen Grundmaxime geprägt sein, wobei sich das ethische Handeln sowohl auf die PatientInnen als auch deren Umgebung sowie die

Handelnden selbst bezieht, also in einem Kräftefeld stattfindet: „Als ethisch wird in diesem Zusammenhang dasjenige Handeln bestimmt, das auf die Grundbedürfnisse des Patienten in bestmöglicher Weise abgestimmt ist (...), gleichzeitig aber die Möglichkeiten und Grenzen des Handelnden berücksichtigt (...) und die Umgebungsbedingungen als Kontext miteinbezieht (...).“ (Schweidtmann, 1995, 234)

Innerhalb dieses Kräftefeldes wird palliative Betreuung wie folgt definiert: “Palliative care is medical care focused on relief of suffering for those with serious and advanced illness, support for doctor-patient communication, and delivery of coordinated, continuous, and comprehensive medical care for patients and their families.“ (Meier, 2004, 208)

Mennemann (1998) stellt ein Kompetenzprofil für Sterbebegleiter mit folgenden Kernbereiche auf: personale Kompetenz, kommunikative Kompetenz, soziale Kompetenz, professionelle Kompetenz, institutionelle Kompetenz (Organisationsentwicklungskompetenz) sowie Performanz (Fähigkeit, die Kompetenzen reflektiert und gezielt anzuwenden) (Mennemann, 1998, 278). Da das Kompetenzprofil nach Mennemann sowohl Kompetenzen umfasst, die für die soziale Arbeit mit Menschen im Allgemeinen gelten, als auch solche, die in der palliativen Begleitung speziell benötigt werden, sollen letztere nochmals kurz dargestellt werden.

Im fachlichen Konsens (Callanan, 1993; Duda, 1989; Fässler-Weibel, 1997a; Saunders, 1999, 1993; Schmitz-Scherzer, 1989; Specht-Tomann & Tropper, 2003; Tausch-Flammer, 1993, 1997, 2001) werden die folgenden Anforderungen an professionelle Sterbebegleiter gestellt:

- Der Beziehung und damit der Offenheit der SterbebegleiterInnen für eine intensive Hinwendung zum Patienten wird große Bedeutung beigemessen: „Wenn der Status der Patienten sich von dem eines Kranken zu dem eines Sterbenden wandelt, bekommt die Zuwendung zum Patienten ein größeres Gewicht.“ (Tausch-Flammer, 2001, 12)
- Von SterbebegleiterInnen wird die eigene Auseinandersetzung mit der Einstellung zu Tod, Sterben und der eigenen Endlichkeit gefordert: „Selbstauseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Tod heißt nicht, dass wir ein abgeklärtes Verhältnis zum Tod haben, sondern unsere eigenen Lebens- und Sterbeängste

kennen, so dass sie nicht die Begegnung mit dem sterbenden Menschen behindern. (...) Diese Bereitschaft, sich auch als Begleiter von dem Sterbenden ansprechen zu lassen, sich auch mit der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen, ist die Grundlage für die Begleitung.“ (Tausch-Flammer, 2001, 12)

- Die BegleiterInnen in einem Sterbeprozess müssen die Fähigkeit haben, flexibel auf die sich schnell verändernden Umstände und Bedürfnisse der Sterbenden einzugehen und eigene Konzepte und Bewertungen dabei zu kennen und hinten zu stellen: Mit vorgefassten Meinungen und Idealen können die Begleitenden den Sterbenden nicht gerecht werden. Es ist daher notwendig, eigene Bilder und Ideale zu kennen, um sich dann in der Begleitung von ihnen lösen zu können (z.B. von Meinungen, „wie man richtig begleitet“ oder gar „richtig oder gut stirbt“). (vgl. Tausch-Flammer, 2001, 12)
- Es liegt zum großen Teil in der Hand derer, die sterbende Menschen begleiten, förderliche Umstände für das Abschiednehmen und den individuellen Prozess herzustellen. Es ist eine große Anforderung an die Begleiter, dabei jedem Menschen sein persönliches Sterben zu ermöglichen und von Handlungsmaximen Abstand zu nehmen: „Für mich geht es in der Begleitung vielmehr darum, jedem sein ganz eigenes Sterben zu ermöglichen. Vielleicht passt es zu jemandem, der sein ganzes Leben Kämpfer gewesen ist, auch bis zum Schluss zu kämpfen?“ (Tausch-Flammer, 2001, 12)
- Oft kann im Laufe eines Sterbeprozesses nichts mehr getan werden. Da stellt sich die große Forderung an die Begleitenden, das Nichts-Tun aushalten zu können und als Person anwesend sein zu können: „Unsere Hilfe besteht oftmals vielmehr im Sein als im Tun, wirklich An-wesend-Sein, d.h. dass wir mit unserem ganzen Wesen präsent sind, in der Stille, im Reden oder im Zuhören.“ (Tausch-Flammer, 2001, 12)
- Beziehung und Kommunikation mit den Sterbenden stellen eine wichtige Komponente der Sterbebegleitung dar: „Aus dem Gesagten geht klar hervor, dass es von zentraler Bedeutung ist, mit sterbenden Menschen im Gespräch, und wenn dies nicht möglich ist, dann zumindest in Kontakt zu bleiben.“ (Schmitz-Scherzer, 2001, 9)

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass ein hochqualifiziertes Profil von beruflichen und persönlichen Kompetenzen in der Arbeit bei der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Familien notwendig ist: „Sterbebegleitung fordert die Persönlichkeit des Begleiters und nicht nur die von ihm erlernten sozialen und kommunikativen Strategien.“ (Schmitz-Scherzer, 2001, 8)

Demgegenüber steht die generelle Kritik am Modell professioneller Sterbebegleitung: „Hilfeleistungen haben oft zu kurzfristige Zielsetzungen, und sie führen zu einer Abhängigkeit von dem Helfer als einem Freund, der unterstützt, einsichtsvoll und verständig ist und alle Probleme löst.“ (Danish & D'Augelli, 1995, 167)

Mehrere Autoren (Danish & D'Augelli, 1995; Rest, 1992, 107 177; Schermer Sellers, 2000) bemängeln, dass Professionelle innerhalb dieser Systemvorstellungen als Ersatznetz für die PatientInnen fungieren, was sie überlastet, und die PatientInnen und Bezugspersonen ihrerseits von diesem professionellen Netz abhängig und ihrer eigenen Problemlöserressourcen beraubt werden. Anschließend sind sie bedürftiger als zuvor. Und die Professionellen sind oft ausgebrannt, denn sie haben zuviel Energie jenseits ihrer professionellen Kompetenzen gelassen.

Beanspruchung durch die Arbeit in der Sterbebegleitung

Die Arbeitsbeanspruchung von Menschen, die sterbende Menschen professionell pflegen und betreuen, ist empirisch gut belegt. Die Arbeit in diesem Bereich ist mit hohen Beanspruchungen verbunden und führt zu den höchsten Burnout-Raten im psychosozialen Arbeitsbereich, zeigen Schröder, H. et al. (2003) auf. Das Belastungserleben bei der Betreuung Sterbender hat einerseits unspezifische Ursachen (solche, die nicht unmittelbar mit dem Kontakt mit den PatientInnen verbunden sind, sondern in allgemeinen und strukturellen Merkmalen der Arbeit begründet liegen) und andererseits spezifische Ursachen (solche, die in unmittelbarer Beziehung zur Todesthematik stehen) (Wittkowski et al., 2004, 114). Wittkowski unterscheidet in einem Mehr-Ebenen-Modell der Sterbebegleitung (Wittkowski, 1999, 117; Wittkowski et al., 2004, 113) zudem sowohl primäre und sekundäre

Sterbebegleitung als auch die Ebene der institutionellen Rahmenbedingungen und die Ebene des gesellschaftlichen Umfeldes. Primäre Sterbebegleitung umfasst den direkten Umgang der beteiligten Personen miteinander; sekundäre Sterbebegleitung beinhaltet Aus- und Weiterbildung und emotionale Unterstützung für die Helfenden. (Über die Ebenen der Institution bzw. des gesellschaftlichen Umfeldes beeinflussen die kulturellen Gegebenheiten der Gesellschaft die Sterbebegleitung und tragen somit auf indirekte Weise zur Arbeitssituation von Sterbebegleitenden bei.) In den folgenden Ausführungen steht zunächst der Bereich primärer Sterbebegleitung im Vordergrund; im nächsten Unterkapitel wird das Feld der sekundären Begleitung in Form von Aus- und Weiterbildung beschrieben.

In Übereinstimmung mit allen vorliegenden Studienergebnissen hält Wittkowski zunächst fest:

„Der Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden ist für die meisten Helfer (Ärzte, Schwestern, Pfleger, Seelsorger) mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden.“
(Wittkowski, 1993, 215)

Diese Beanspruchungen entstehen zum einen durch die Tätigkeit als Interaktions- und Emotionsarbeitende in der Beziehung mit PatientInnen und Angehörigen (Konfrontation mit Tod und Sterben, Regulation eigener Emotionen, etc.) und zum anderen durch die Arbeitsbedingungen in den unterschiedlichen Institutionsarten, wie z.B. Hospizen, Krankenhäusern und Altenheimen (z.B. Zeitdruck, schwere körperliche Arbeit, Arbeitszeiten, Unterbrechungen, etc.) (vgl. bspw. Beutel & Tausch, 1996; Flick, 2002; Hörl, 1999).

Eine Übersicht aller inhaltlichen Beanspruchungsfaktoren, die durch die Sterbebegleitung für die Professionellen entstehen, stellt Schmitz-Scherzer (2001) aus den Ergebnissen eigener Studien zusammen:

- „Besondere Schwierigkeiten für viele Sterbebegleiter ergeben sich aus:
- dem Alter der Sterbenden (die Begleitung jüngerer Sterbender wird als schwerer erlebt),
 - der eigenen Unsicherheit,
 - der Frustration durch die eigene Unsicherheit,
 - Schwierigkeiten bei plötzlich eintretendem Tod,
 - Schuldgefühle bei nicht offener Kommunikation,
 - Angst vor doppeldeutigen Fragen der PatientInnen,
 - die stets notwendige Kontrolle der Antworten auf Fragen von PatientInnen, die nichts von ihrem Zustand wissen,
 - der starken Identifikation mit dem Patienten und seiner Lage,

- dem Mangel an Erfolgserlebnissen und
- den Gesprächen mit Sterbenden und dem Sterben.“ (Schmitz-Scherzer, 2001, 9)

Sterbebegleitung stellt somit eine anspruchsvolle Tätigkeit in einem emotional hoch belasteten Feld dar.

Institutionsspezifische Variablen (Organisationsstrukturen und ihre Folgen) erweisen als stark modifizierend für das Ausmaß empfundener Beanspruchung bei den MitarbeiterInnen, denn die Betreuung Sterbender kann in einem organisatorischen Kontext nicht nebenbei erfolgen, sondern muss im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen:

„Schwerstkranke, sterbende Menschen brauchen Hilfe in spezieller Zusammensetzung, Intensität und in sehr unterschiedlichen Situationen. Das erschwert die Befriedigung ihrer Bedürfnisse insbesondere in Institutionen, deren Organisation die Begleitung Sterbender nicht als zentrale Aufgabe einschließt.“ (Blosser-Reisen, 1997b, 184)

Dementsprechend zeigt sich in einer Studie von Schröder (2003) die Bedeutung von Arbeits- und Organisationsbedingungen auf professionelle SterbebegleiterInnen:

„Die gleichen Anforderungen, die bei günstigen Arbeits- und Organisationsbedingungen mit Arbeitsfreude optimal bewältigbar sind, können unter schlechteren Arbeitsvoraussetzungen als Überforderung erlebt werden.“ (Schröder, H. et al., 2003, 21)

Kaluza & Töpferwein (2001a, 2001b, 2001c) kristallisieren in einer Studie zwei Typisierungen von Einrichtungen in Bezug auf Sterbebegleitung heraus: Einrichtungen, in denen Sterbebegleitung einen hohen Stellenwert genießt, und Einrichtungen mit einem eher niedrigen Stellenwert der Sterbebegleitung (Kaluza & Töpferwein, 2001c, 71). Es zeigen sich in dieser Untersuchung signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten in Bezug auf Arbeitsbelastung und Erschöpfung der MitarbeiterInnen.

Deutsche Studien bieten zu dieser Fragestellung folgendes Bild: In Hospizen führen gute organisatorische Bedingungen in der Sterbebegleitung zur vergleichsweise geringsten Beanspruchung der MitarbeiterInnen (Schmitz-Scherzer, 2001, 10). In einer Vergleichsstudie zwischen Hospizen und Palliativstationen ergaben sich leicht höhere, arbeitsplatzbedingte Stressoren im Bereich der Palliativstationen. Hospizpflegende nahmen dabei im Vergleich zu Palliativpflegenden höhere institutionelle Ressourcen und geringere Stressoren am Arbeitsplatz wahr. Die Differenzen zu Lasten der Palliativstationen sind zu großen Teilen in den

betrieblichen Strukturen der Krankenhausorganisation begründet (Schröder, H. et al., 2003, 62). Die gleiche Studie belegt, dass Pflegende im Hospiz- und Palliativbereich geringere Erschöpfungswerte aufweisen als eine Vergleichspopulation im Krankenhaus:

„Vergleicht man die untersuchte Population mit anderen Studien an deutschen Krankenhauspflegekräften, so sind vergleichsweise niedrige Burnout-Tendenzen beim Pflegepersonal in terminaler Pflege konstatierbar.“ (Schröder, H. et al., 2003, 60)

Die höchste berufliche Beanspruchung ergibt sich bei Pflegenden in der Altenpflege. Eine Studie von Bermejo & Muthny (1995) in Alten- und Pflegeeinrichtungen erbrachte folgende Ergebnisse: Ein Drittel der Befragten gaben an, unter hoher Belastung zu stehen. Hauptursachen dieser Belastung waren die Berufsgruppenzugehörigkeit (je mehr Verantwortung, desto höher die Beanspruchung) und der gedrängte Zeitplan in Altenpflegeeinrichtungen. Damit einhergehend ergab eine Studie von Kruse, Kröhn, Langerhans & Schneider (1992) die folgenden Belastungsfaktoren bei MitarbeiterInnen in der stationären Altenpflege:

„Schwierigkeiten mit Kollegen, Konfrontation mit Tod und Sterben, Umgang mit schwierigen Heimbewohnern, Konflikt zwischen den eigenen Ansprüchen und dem Machbaren, hohe Verantwortung – Gefühl der Überforderung, Reglementierung, physische Belastung, hohe Erwartungen der Bewohner, Unsicherheit im Umgang mit verwirrten und depressiven Heimbewohnern, Schwierigkeiten Heimbewohner zu motivieren und aktivieren, wenig Erfolgserlebnisse, Verhaltensunsicherheiten, schlechtes Image des Berufs, veränderte Alters- und Pflegestruktur im Heim, Desinteresse der Angehörigen.“ (Kruse, A. et al., 1992)

MitarbeiterInnen in Einrichtungen, die nicht speziell auf die Sterbebegleitung ausgerichtet sind, weisen also höhere Belastungswerte auf als ihre KollegInnen in spezialisierten Einrichtungen. Es muss in diesem Zusammenhang jedoch differenzierend darauf hingewiesen werden, dass die unterschiedliche Zielsetzung der verschiedenen Einrichtungen auch zu unterschiedlichen Qualitäten von Arbeitszufriedenheit bzw. –beanspruchung führt:

„Art und Intensität psychischer Belastungen scheinen allerdings bei Ärzten und Pflegekräften in konventionellen Krankenhäusern anders zu sein als bei Betreuenden in Hospizeinrichtungen.“ (Wittkowski, 2002, 17)

An fast allen Studien zur Arbeitssituation von Sterbebegleitenden muss bemängelt werden, dass sie sich ausschließlich mit Belastungsindikatoren beschäftigen und Indikatoren für Ressourcen dabei außer Acht lassen. Es zeigen sich dann, wie bisher dargestellt, Abstufungen von qualitativer und quantitativer Überforderung der

Pflegenden (z.B. Nähe zur Krankheit, Zeitdruck, Thematik von Tod und Sterben, etc.) sowie allgemeine gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsplatzbedingungen (z.B. geringe Handlungsspielräume, organisatorische Probleme, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, soziale Stressoren, Schichtarbeit, etc.) (vgl. dazu auch Allert, 2003; Bruera, 2000).

In allen Studien zur Situation professioneller SterbebegleiterInnen in ihrem Arbeitsumfeld fehlt daher auch der Aspekt der sozialen Ressourcen. Lediglich Schröder et al. (2003) erheben auch diesen Bereich und kommen zu dem Schluss, dass MitarbeiterInnen von Hospizen und Palliativeinrichtungen ihre sozialen Unterstützungssysteme deutlich häufiger in Anspruch nehmen als die Normalpopulation:

„Soziale Ressourcen innerhalb der Pflegeeinrichtungen haben im Berufsfeld der Sterbebegleitung einen gewichtigen Stellenwert für die psychische Stabilisierung und für die Vermeidung von körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, insbesondere für die Reduzierung der Burnout-Belastetheit.“ (Schröder, H. et al., 2003, 64)

Vereinzelt zeigt sich die Bedeutung sozialer Ressourcen in Studien, die eine verwandte Forschungsfrage in den Mittelpunkt stellen, und wird jedoch nicht explizit deutlich gemacht. Eine Studie (Beutel & Tausch-Flammer, 1990) beispielsweise, die hilfreiche Faktoren bei professionellen SterbebegleiterInnen erfragte, kommt im Ergebnis zu den sechs Kraftquellen „Ich selbst“, „der Glaube“, „das Team“, „der Patient“, „der Angehörige“ und „Zeit haben“. Vier davon beziehen sich explizit auf das soziale Lebensfeld der Professionellen; doch leider wird hier von Seiten der AutorInnen keine Schlussfolgerung für den Bereich der sozialen Ressourcen gezogen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Sterbebegleitung eine sehr anspruchsvolle, professionelle Tätigkeit darstellt, die in einem emotional belasteten Feld stattfindet. Dabei wirken sich institutionelle Strukturen als stark moderierend auf die subjektiv empfundene Arbeitsbeanspruchung der Professionellen aus: In Institutionen, deren Fokus auf der Sterbebegleitung liegt (z.B. Hospize, Palliativstationen), wird die Arbeit als weit weniger belastend empfunden als in Institutionen, deren Fokus auf anderen Bereichen als der Sterbebegleitung liegt (z.B. Heilung, Altenbetreuung). Die Ursachen dafür liegen sicherlich sowohl in strukturellen

Gegebenheiten der Organisationen als auch in der Selbstselektion von MitarbeiterInnen von Hospizen und Palliativstationen. Über förderliche Aspekte und Ressourcen im Arbeitsfeld ist nichts bekannt.

Unterstützung der Unterstützenden

Wie im vorangegangenen Exkurs zu den Anforderungen an professionelle Sterbebegleitung deutlich wurde, handelt es sich dabei um eine äußerst anspruchsvolle und komplexe Tätigkeit, die nachhaltiger Ausbildung und Unterstützung bedarf (vgl. Wittkowski et al., 2004). Denn die Professionellen auf diesem Gebiet arbeiten nicht nur auf einem medizinischen, psychologischen und ethischen Grenzgebiet, sondern sind in ihrer Arbeit auch komplexen interpersonalen und sozialen Situationen ausgesetzt. So führt beispielsweise Oorschot (2002) aus:

„In der Sterbephase bekommt für die meisten Befragten der Hausarzt als vertrauter Partner der Familie zunehmend Gewicht. Er wird als ggf. professionelle Hilfe leistender Begleiter in die Familie integriert.“ (Oorschot, 2002, 663)

Was Oorschot (2002) für den Beruf des Arztes ausführt, trifft auf alle Berufsgruppen zu, die in ihrer Tätigkeit engen und regelmäßigen Kontakt zu sterbenden Menschen haben (vgl. auch *Kapitel 4.1. – Besondere Situation der Beziehungsgestaltung im Sterbeprozess*). Sie werden in das Netz absorbiert, das den Patienten und seine Angehörigen trägt. Schmitz-Scherzer (2001) macht deutlich, dass Sterbebegleitung eine schwere Aufgabe ist, bei der Professionelle der Unterstützung bedürfen. Er betont,

„(...) dass Sterbebegleitung für alle BegleiterInnen eine schwere Aufgabe ist, eine Aufgabe, die nicht nur einer Ausbildung bedarf, sondern auch kontinuierlicher Unterstützung (z.B. Supervision). Sterbebegleitung erfordert immer die ganze Persönlichkeit und zudem die Bereitschaft, sich stets neu einzulassen – auch auf die eigenen Ängste und Unsicherheiten dem eigenen Sterben und Tod gegenüber. Insofern ist Sterbebegleitung auch immer eine Last – jedoch eine Last, die tragbar ist.“ (Schmitz-Scherzer, 2001, 10)

Dem entsprechend zeigen alle diesbezüglichen Befragungen von Professionellen nach ihren Wünschen zu Aus- und Weiterbildung ein eindeutiges Bild (Bermejo & Muthny, 1995; Geiss, Belschner & Oldenbourg, 2005; Kruse, A. et al., 1992; Schmitz-

Scherzer, 1995a; Schröder, H. et al., 2003; Schweidtmann, 1995): Supervision und berufsfeldspezifische Weiterbildung werden von Professionellen im Bereich der Sterbebegleitung stark gewünscht und nachgefragt, bzw. dort explizit vermisst, wo sie nicht in ausreichendem Maße gegeben sind:

„In engem Zusammenhang mit der Forderung nach einer besseren Aus- und Fortbildungssituation steht der Wunsch sehr vieler Mitarbeiter, besser auf die Begleitung Sterbender vorbereitet zu sein. Viele Mitarbeiter fühlen sich gerade in diesem Bereich (...) überfordert und wünschen sich hier die Unterstützung von Kollegen und Supervisoren.“ (Kruse, A. et al., 1992, 143)

Auf der Seite der Vermittlung von spezifischem Wissen in Aus- und Weiterbildung zeigt sich eine ebenso deutliche, konträre Lage: Sowohl deutsche als auch internationale Studien zeigen ein mangelhaftes Angebot in der Ausbildung von professionell Tätigen in der Sterbebegleitung. So weist eine deutsche Studie (Schweidtmann, 1995) auf, dass 71,9% der ÄrztInnen ihrer Ausbildung nicht auf den Umgang mit sterbenden Menschen vorbereitet werden. Eine andere deutsche Studie (Beutel & Tausch-Flammer, 1990, 248) an professionellen SterbebegleiterInnen ergibt, dass bei 50% der Befragten Tod und Sterben kaum Thema in der Ausbildung war und dass 60% die Aus- und Fortbildung hierzu als unbefriedigend bewerten. Rabow et al. (2000) zeigen, dass auch im amerikanischen Kulturkreis Sterbebegleitung in der Ausbildung der Mediziner nicht repräsentiert ist: Die 50 meistverkauften Fachbücher für Mediziner wurden dabei auf Inhalte zur Begleitung und Betreuung im Sterbeprozess hin untersucht. Die Informationen wurden auf Quantität und 'Helpfulness' hin bewertet. Es zeigte sich:

„The textbooks with the highest percentages of absent content were in surgery (71,8%), infectious diseases and AIDS (70%), and oncology and hematology (61,9%). Textbooks with the highest percentage of helpful end-of-life care content were in family medicine (34,4%), geriatrics (34,4%), and psychiatry (29,6%). (...) Content domains covered least well were social, spiritual, ethical, and family issues, as well as physician after-death responsibilities. On average, textbook indexes cited 2% of their total pages as pertinent to end-of-life care. (...) Top-selling textbooks generally offered little helpful information on caring for patients at the end of life.“ (Rabow, Hardie, Fair & McPhee, 2000, 771)

Es wird deutlich, dass eine adäquate Ausbildung, die auf die Arbeitsanforderungen im Bereich der Sterbebegleitung vorbereiten würde, nicht gegeben ist. (Eine Übersicht zu notwendigen Ausbildungsinhalten für den deutschen Kulturraum findet sich bei Wittkowski et al. 2004, 109f.; für ein entsprechendes Ausbildungsmanual siehe bspw. Aue, Bader & Lühmann, 1995; Davy & Ellis, 2003 oder Krauß, 2000.)

Ähnlich stellt sich die Situation in Weiterbildung und Supervision dar: Schweidtmann (1995) kommt bei einer Befragung von 650 MitarbeiterInnen in Krankenhäusern in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu dem Ergebnis, dass fast drei Viertel der ÄrztInnen und Pflegenden keine kontinuierlich berufsbegleitende Unterstützung zur Verfügung steht. Als sehr schlecht kann die bestehende Fortbildungssituation im Bereich der Altenpflege (vgl. Bermejo & Muthny, 1995) bezeichnet werden. Dort können nur 8% der Befragten an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen. Der Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision ist demgegenüber entsprechend hoch: Auch hier wünschen sich mehr als die Hälfte der MitarbeiterInnen entsprechende Fortbildungen und Unterstützungsangebote. Schmitz-Scherzer (1995b) fasst eigene, diesbezügliche Erhebungen wie folgt zusammen:

„Es zeigt sich, dass neben einer Schulung und Ausbildung, die das Sterben mit einbezieht, auch eine permanente Stützung der SterbebegleiterInnen etwa durch Supervision oder andere Methoden angezeigt ist.“ (Schmitz-Scherzer, 1995b, 247)

Entsprechend ergab eine Befragung von Professionellen (Oldenbourg, in Vorbereitung) im Rahmen des dieser Arbeit zugrunde liegenden Projekts, dass Professionelle im Bereich der Sterbebegleitung mangels anderer Supervisions- und Interventionsalternativen den informellen Austausch und den Zusammenhalt im eigenen Arbeitsteam als vorwiegende Quelle des Stressabbaus und der Stabilisierung nutzen (vgl. dazu auch Aichner, Gruß, Hofer & Schießl, 2003; Beutel & Tausch-Flammer, 1990).

Zusammenfassend kann zur Lage der Menschen, die professionell mit kritisch kranken und sterbenden Menschen betraut sind, festgehalten werden: Sterbebegleitung stellt eine höchst anspruchsvolle und belastende Aufgabe für die beteiligten Professionellen dar, die in einem komplexen medizinischen, psychologischen, sozialen und ethischen Grenzbereich stattfindet. Entsprechend zeigt sich diese Berufsgruppe als relativ belastet in ihrem Arbeitsumfeld. Es werden auch Variablen deutlich, die stark moderierende Auswirkungen auf diese Beanspruchungen im professionellen Feld haben (z.B. Organisationsbedingungen, Aus- und Weiterbildung). Leider ist kein Trend zur Umsetzung der gewonnenen

Erkenntnisse im gesellschaftlichen Rahmen erkennbar, die Entwicklung erscheint gegenläufig. Denn durch die zunehmende Professionalisierung des Sterbens werden die Kapazitäten der vorhandenen Einrichtungen, Strukturen und Berufstätigen in maximaler Weise ausgelastet, um der steigenden, gesellschaftlichen Nachfrage nachzukommen, anstatt die gewonnenen Erkenntnisse zur Veränderung beruflicher Organisationsstrukturen sowie zur Verbesserung von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu nutzen (vgl. dazu bspw. Kalua, Tan & Bacon, 1999).

Es zeigt sich, dass soziale Beziehungen einen klar nachweisbaren Bereich während des Sterbeprozesses und in der Sterbebegleitung ausmachen und dort für das Individuum von großer Bedeutsamkeit sind, in Forschung und Theoriebildung jedoch bisher vernachlässigt werden. Lediglich in einigen Interventionsansätzen stehen sie den empirischen Ergebnissen entsprechend im Mittelpunkt (vgl. Sozioemotionale Selektions-Theorie nach Carstensen, 1995).

Die große Bedeutung würdigend, die sozialen Beziehungen während des Sterbeprozesses zukommt, entwickelte Barton (1977, zit. n. Howe, 1995) das Interaktions-Adaptations-Konzept für die Pflege sterbender Menschen. Er betont die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen und stellt sie in den Mittelpunkt seines Interventionsansatzes: Die Begleitung sterbender Menschen ist untrennbar verbunden mit den Interaktionen zwischen dem sterbenden Menschen, seiner Familie und den professionell Helfenden. Das Hauptziel der Sterbebegleitung besteht entsprechend darin, tragfähige Beziehungen zu entwickeln und aufrecht zu erhalten (Interaktion). Der professionelle Sterbebegleiter muss sich dabei darauf einstellen, dass in dem aufgebauten Interaktionsfeld die Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Reaktionen aller Beteiligten sich ständig verändern (Adaptation). Für die Arbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege bedeutet die Gestaltung und offene Aufrechterhaltung solcher Beziehungen zwischen allen Beteiligten einen erheblichen personellen und organisatorischen Aufwand. Howe (1995) betont die Bedeutung von Bartons Ansatz:

„Der Sterbende macht die Erfahrung, dass er allmählich nicht mehr zu dem Netz seiner zahlreichen persönlichen und beruflichen Beziehungen gehört. Dadurch hatte er ein Gefühl des Verbundenseins, des Verankertseins und den Eindruck, dass das Leben

weitergeht. Sowohl enge als auch relativ distanzierte Beziehungen können vom Sterbenden leicht als sehr verletzlich, leicht unterbrechbar und brüchig wahrgenommen werden. Von daher entwickelt er ein Bedürfnis nach Verlässlichkeit, Verfügbarkeit und Stabilität in seinen Beziehungen. Dies gilt umso mehr, als die meisten Menschen das Gefühl, am Leben zu sein und daran teilzuhaben, in erster Linie durch mitmenschliche Beziehungen erhalten.“ (Howe, 1995, 257)

Dieses Argument in den Mittelpunkt stellend nimmt die Analyse sozialer Ressourcen bei Menschen, die mit Tod und Sterben in Berührung stehen, die Hauptrolle in der vorliegenden Arbeit ein. Die durchgeführte Studie und die folgende Analyse sollen dabei einen Beitrag zum Schließen der aufgezeigten Forschungslücken in diesem Bereich leisten. Es wird im Folgenden der Frage nachgegangen, welche Rolle soziale Ressourcen bei kritisch kranken Menschen und bei Menschen, die eng mit ihnen zu tun haben, spielen.

5. Fragestellungen der Untersuchung

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit besteht darin, die Bedeutung von sozialen Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod zu untersuchen und ihre theoretische Konzeption zu überprüfen. Es stehen daher zwei Fragenkomplexe im Vordergrund: Zum einen stellt sich die Aufgabe, die Rolle von sozialen Ressourcen in der Konfrontation mit Tod und Sterben anhand des Datenmaterials einer Studie (Geiss & Belschner, 2004) aufzuzeigen. Zum anderen ist von Interesse, ob sich im vorhandenen Datenmaterial Anhaltspunkte dafür zeigen, dass das Konzept der sozialen Ressourcen einer Veränderung bzw. Erweiterung im Sinne der dargelegten, integrativen Theorien bedarf (siehe *Kapitel 3.3. – Modelle für die integrative und interaktionale Konzeptualisierung sozialer Ressourcen*).

Dementsprechend ergeben sich folgende Fragestellungen für die Analyse des Datenmaterials:

1. Welche Bedeutung haben soziale Ressourcen in der Begegnung mit Tod und Sterben?
 - 1.1. Wie verteilen sich die erhobenen Maße für soziale Ressourcen in der Stichprobe?
 - 1.2. Wie verteilen sich die Outcome-Variablen, d.h. Wohlbefindens- und Belastungs-/Beanspruchungsindices in der Stichprobe?
 - 1.3. Welche Beziehungen bestehen zwischen den erhobenen Maßen für soziale Ressourcen und den Wohlbefindens- und Belastungs-/Beanspruchungsindices der befragten Personen?

2. Lassen sich Anhaltspunkte für eine Modifikation des Konzepts der sozialen Ressourcen im vorhandenen Datensatz finden?

2.1. Wie verhalten sich die erhobenen Einzelmaße von sozialen Ressourcen zueinander? Und lassen sich unterschiedliche Dimensionen von sozialen Ressourcen aus ihnen ableiten?

2.2. Welcher Gestalt ist der Zusammenhang zwischen sozialem und personalem Raum: Hängen die Einzelmaße der sozialen Ressourcen bzw. die abgeleiteten Dimensionen mit ausgewählten (salutogenetisch geprägten) Persönlichkeitseinstellungen zusammen?

Diese Fragestellungen sollen durch die Analyse des vorliegenden Datenmaterials sukzessive beantwortet werden.

6. Stichprobengewinnung

6.1. Forschungsprojekt „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen

Thema und Fokus des Projekts

Untersuchungsgegenstand und Fragestellung des Projekts

Aufbau des Projekts

Durchführung und Ergebnisse der Pilotstudie

Fragestellungen der Hauptstudie

Durchführung der Hauptstudie

6.2. Einbettung des Themas innerhalb des Gesamtprojekts

Das im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausgewertete und präsentierte Datenmaterial stammt aus dem Forschungsprojekt „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“ (Universität Oldenburg; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung). Daher wird zunächst ein kurzer Abriss des Forschungsprojekts gegeben (für ausführliche Informationen siehe Geiss & Belschner, 2003, 2004). Darauf aufbauend kann das vorliegende Thema innerhalb des Gesamtprojekts verortet werden.

6.1. Forschungsprojekt „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“

Themenstellung und Fokus des Projekts

Begreift man den Krankheits- und Sterbeprozess nicht als individuelles Schicksal, sondern als vielschichtiges, soziales Geschehen in einem Mensch-Umwelt-Kontext, so ist die Einbeziehung multipler Variablen zur Erfassung der Komplexität dieser Prozesse erforderlich (s. *Kapitel 3.3. – Soziale Ressourcen aus integrativer Sicht*).

Diesem Ansatz entsprechend steht die Erhebung aller relevanten Faktoren, die sich auf den kritischen Krankheits- und Sterbeprozess auswirken, im Mittelpunkt des

Forschungsprojekts „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“. So wird der Patient zu seiner Situation, seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie zu den von ihm subjektiv erlebten Beanspruchungen und Entlastungsfaktoren befragt. Gleichermaßen werden auch alle anderen, am Prozess beteiligten Personengruppen ebenfalls zu ihren Wahrnehmungen, Wünschen und Belastungen befragt. Durch die Gesamtanalyse all dieser Daten kann ein sehr differenziertes Bild der Geschehnisse innerhalb eines kritischen Krankheits- und Sterbeprozesses und vor allem der psychischen Gegebenheiten und Beanspruchungen aller Beteiligten nachgezeichnet werden. Eine derart genaue Situationsanalyse ist sowohl als Basis für Interventionen in der Versorgung kritisch kranker und sterbender Menschen als auch in der Diskussion um angemessene Arbeitsbedingungen für in diesem Bereich professionell Tätige unerlässlich.

Untersuchungsgegenstand und Fragestellung des Projekts

Drei forschungsleitende Fragestellungen stehen am Ausgangspunkt des gesamten Projekts:

- Wie erlebt ein kritisch kranker Mensch seinen Krankheitsprozess und welche Be- und Entlastungen erfährt er dabei?
- Wie schätzen die Menschen, die mit ihm in engem Kontakt stehen (betreuende ÄrztInnen und Pflegekräfte, Angehörige, psychosozial Betreuende, freiwillig und ehrenamtlich Tätige), ihre Be- und Entlastungen ein?
- Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen von Menschen in der Umgebung kritisch Kranker und Sterbender oder im Vergleich unterschiedlicher äußerer Kontexte? (Welche unterschiedlichen Aspekte herrschen beispielsweise in der Einschätzung der Belastung beim Arzt im Gegensatz zum Pflegepersonal vor? Gibt es spezifische Bedürfnisse eines Patienten im Krankenhaus, im Hospiz, zuhause? Welche speziellen Beanspruchungen ergeben sich für die Beteiligten bei der Betreuung bzw. dem Sterben eines Menschen auf einer Intensivstation? Usw.)

Hinter diesen Fragestellungen steht zum einen die praktische Zielsetzung, das subjektive Erleben in der Begegnung mit Sterben und Tod zu erfassen. Der Schwerpunkt der Exploration liegt hierbei auf Aspekten und Umständen, die von den Beteiligten als hilfreich und entlastend erlebt werden im Gegensatz zu als belastend erlebten Variablen.

Aufbau des Projekts

Das Forschungsprojekt gliedert sich in eine Pilot- und eine Hauptphase. Die Pilotstudie diente der Generierung spezifischer Hypothesen durch ein qualitatives Interview-Design an der ausgewählten Population. Im Rahmen der Hauptstudie wurden die Ergebnisse der Interviews in spezifische Hypothesen umgesetzt und entsprechende Instrumente zusammengestellt, die an einer großen Population zum Einsatz kamen.

Durchführung und Ergebnisse der Pilotstudie

Die Pilotstudie wurde von Januar bis April 2002 geplant und vorbereitet. Die Datenerhebung in Form von leitfadenorientierten ExpertInnen-Interviews fand von April bis August 2002 statt. Die Interviews wurden von September bis Dezember 2002 transkribiert und anschließend ausgewertet.

Die Interviews der Pilotstudie sollten an einer möglichst heterogenen Stichprobe erhoben werden, um eine größtmögliche Bandbreite an äußeren Umgebungen, Personengruppen und persönlichen Situationen abdecken zu können. Abbruchkriterium für die Größe der Pilotstichprobe war im Sinne des Sättigungskriteriums die Wiederholung bereits erhobener Kriterien und das Fehlen neuer Aussagenkategorien im Interviewmaterial. Die Pilotstichprobe bestand abschließend aus 34 Interviews und setzte sich nach diesen Kriterien durch individuelle Auswahl zusammen. Die

Stichprobe beinhaltete 9 PatientInnen, 5 Bezugspersonen, 8 ÄrztInnen, 6 Pflegende, 3 Psychosozial Betreuende und 3 freiwillig Helfende. Die Stichprobe wurde in fünf verschiedenen äußeren Umgebungen (Hospiz, onkologische Station sowie Palliativstation im Akutkrankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Privathaushalte für ambulant Betreute und Betreuende) innerhalb der Weser-Ems-Region rekrutiert. 32 Interviews konnten als Tonbandmaterial ausgewertet werden, zwei wurden in Notizen verschriftlicht, da die Interviewten einer Bandaufnahme nicht zustimmten.

Das Textmaterial wurde nach dem Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Kraimer & Garz, 1991; Mayring, 1995, 1996; Merten, 1995; Meuser & Nagel, 1991) ausgewertet. Eine ausführliche Ergebnisdarstellung findet sich im Zwischenbericht der Studie (Geiss & Belschner, 2004). In kurzer Form lassen sich folgende Hauptergebnisse aus der Pilotstudie festhalten:

Für die als PatientInnen oder Bezugspersonen von schwerer Krankheit und Sterben betroffenen Personengruppen ist die zentrale Variable die anscheinend unbeeinflussbare Veränderung ihrer bisherigen, vertrauten Lebenssituation. Auf diese essentielle Veränderung wird mit einem zentralen Bedürfnis nach Sicherheit bzw. Kontrolle reagiert. Wichtigstes Medium, um ein Sicherheitsgefühl entstehen zu lassen, ist die Integration in ein soziales Netzwerk, z.B. für PatientInnen durch den Austausch mit ebenfalls von der Krankheit Betroffenen, oder für Angehörige durch Möglichkeiten, Unterstützung in der Doppelbelastungssituation zu erhalten, in der sie sich befinden. Beide Personengruppen sind durch einen hohen Belastungsgrad gekennzeichnet, der sich von der einen auf die andere Gruppe im Kontakt überträgt.

Die in diesem Arbeitsfeld professionell arbeitenden Berufsgruppen geben an, in einem psychisch äußerst belastenden Umfeld zu arbeiten. Die empfundene Beanspruchung durch die Arbeit hängt dabei stark von der persönlichen Einstellung zu Tod und Sterben sowie von den sozialen Kompetenzen des Einzelnen ab. Moderierende Variable der empfundenen Beanspruchung ist auch hier das Gefühl subjektiver Sicherheit durch Kontrolle (z.B. durch die Möglichkeit, sich von der Arbeit zu distanzieren). Wie schon bei PatientInnen und Angehörigen stellt auch hier das soziale Netz in der Arbeit oder im Privatleben den größten Stütz- und Entlastungsfaktor dar.

Fragestellungen der Hauptstudie

Diese im Rahmen der Pilotstudie gewonnenen, zentralen Ergebnisse wurden im weiteren Verlauf der Studie in Fragestellungen überführt, welche innerhalb der Hauptstudie untersucht wurden. Es ergaben sich folgende, spezifische Fragestellungen:

A) Fragestellungen, die alle drei befragten Personengruppen betreffen:

1. Wohlbefinden, Vertrauen, Kontrolle und Sinnhaftigkeit

- Was gibt die befragte Person im Hinblick auf ihr momentanes Wohlbefinden an?
- Welche Anzeichen von Kontrolle, Vertrauen und Sinnhaftigkeit zeigt die befragte Person?
- Wie hängen das berichtete Wohlbefinden mit Kontrolle, Vertrauen und Sinnhaftigkeit zusammen?

2. Einbindung in ein soziales Netzwerk

- Über welches soziale Netzwerk verfügt die befragte Person?
- Als wie befriedigend empfindet die befragte Person ihr soziales Netzwerk?
- Wie ist ihr generelles Hilfesuch- und -annahmeverhalten?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen einem als ungenügend erlebten sozialen Netzwerk und dem Beanspruchungsgrad der befragten Person?

3. Weitere, spezifische Be- und Entlastungsfaktoren:

- Gibt es über die abgefragten Bereiche hinaus Be- und Entlastungsfaktoren, die für die Situation der befragten Person spezifisch sind?

B) Zusätzliche Fragestellung für die Gruppe der Bezugspersonen:

1. Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin:

- Wie wird die Beziehung zum Patienten eingestuft?
- Gibt es Veränderungen in der Beziehung zum Patienten durch die Krankheit?
- Wie werden die Veränderungen in der Beziehung zum Patienten von der Bezugsperson bewertet?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen problematischer Beziehungsveränderung und einem höheren Beanspruchungsgrad der Bezugsperson?

C) Zusätzliche Fragestellungen für die Gruppe der Professionellen:

1. Arbeitsbeanspruchung, -situation, -zufriedenheit

- Welche Beanspruchung gibt die befragte Person im Arbeitsbereich an?
- In welchen inhaltlichen Bereichen zeigt sie sich mehr oder weniger belastet?
- Wie hängt die erlebte Beanspruchung durch die Arbeit mit dem generell berichteten Maß an Wohlbefinden zusammen?
- Wie hängt die erlebte Arbeitsbeanspruchung mit dem berichteten Ausmaß an benötigter Unterstützung zusammen?

2. Einstellung zu Tod und Sterben:

- Welche Einstellung zu Tod und Sterben zeigt die befragte Person?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der berichteten Einstellung zu Tod und Sterben, dem allgemeinen Wohlbefinden und den Parametern von Kontrolle, Vertrauen und Sinnhaftigkeit?
- Wie hängt die erlebte Arbeitsbeanspruchung mit der subjektiven Einstellung zu Tod und Sterben zusammen?

Diese Themenbereiche sind darüber hinaus sowohl in Bezug auf demografische Daten der Person (z.B. Altersgruppe, Beruf bei Professionellen, Status der Bezugspersonen, Alter, Geschlecht, etc.) zu differenzieren als auch in Unterscheidung von Einrichtungen und Institutionsarten (z.B. Intensivstationen in Akutkrankenhäusern, Pflegestationen in Altenheimen, Hospize, etc.).

Durchführung der Hauptstudie³

Die Datenerhebung der Hauptstudie wurde von März bis Dezember 2003 durchgeführt. Die Befragung fand dabei in sechs unterschiedlichen Institutions- bzw. Organisationsgruppen in Norddeutschland statt. Diese sind im Einzelnen: stationäre Hospize, ambulante Pflege- und Hospizdienste, Alten- und Pflegeheime sowie Onkologie-, Intensiv- und Palliativ-Stationen in Krankenhäusern.

Es kann dabei hervorgehoben werden, dass im Rahmen der Studie Institutionen aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens rekrutiert werden. Dies steht im Gegensatz zum überwiegenden Teil der thanatologischen Studien, die entweder nur in einer Institution oder Institutionsart Probanden rekrutieren oder aber über eine übergeordnete Organisation Versuchspersonen ansprechen (z.B. Steinhauser et al., 2001; Steinhauser et al., 2000: Veterans Association). Durch dieses Vorgehen sind Generalisierungsaussagen nur eingeschränkt gültig. Das Forschungsprojekt „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“ hat hingegen versucht, aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens ein repräsentatives Bild zu ziehen und ist damit vielen anderen Studien an Repräsentativität überlegen.

Es wurde bei genau 100 Institutionen angefragt, ob sie Interesse haben würden, an der Studie teilzunehmen. Diese waren, mit Ausnahme der Palliativ-Stationen und Hospize, zufällig ausgewählt. Da es jedoch im norddeutschen Raum nur eine geringe Anzahl an Palliativ-Stationen und Hospizen gibt, konnte für diese Institutionen keine

³ Für Material zu diesem Kapitel danke ich Frau Dipl.-Psych. Rita Oldenbourg. Es ist in Teilen der von ihr unter meiner Betreuung angefertigten Diplomarbeit entnommen (Oldenbourg, in Vorbereitung).

Randomisierung bei der Auswahl stattfinden – es wurden alle vorhandenen Institutionen angesprochen.

Die 64 Institutionen, die sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, wählten aus ihren Reihen eine Ansprechperson aus. Diese Person hatte die Aufgabe, in Frage kommende PatientInnen anzusprechen und für die InterviewerInnen den Kontakt zu den an der Teilnahme interessierten PatientInnen (die eine mündliche wie schriftliche Vorinformation erhielten) herzustellen. Dabei war eine enge Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen und den ProjektmitarbeiterInnen⁴, die für die Datenerhebung zuständig waren, vonnöten. Festgelegte Kriterien für die Auswahl von PatientInnen waren einerseits grundsätzlich eine infauste Prognose, und andererseits die physische Stabilität für ein 20minütiges Gespräch, Artikulationsfähigkeit, ausreichende Orientierung im Alltagsbewusstsein sowie die Interessenbekundung bei der Voranfrage der institutionsinternen Ansprechperson. Keine Teilnahmekriterien hingegen waren Bildungsstand, Introspektionsfähigkeit sowie das Wissen um die Diagnose bzw. Prognose oder Möglichkeit des eigenen Sterbens (vgl. Geiss & Belschner, 2004).

Die Fragebögen für PatientInnen wurden im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mit einem Projektmitarbeiter gemeinsam ausgefüllt. Während des Gesprächs wurde auch die nächste Bezugsperson des Patienten erfragt und ihr über den Patienten Informationen und ein Fragebogen angetragen. Bezugspersonen schickten den Fragebogen dann entweder direkt an die Universität Oldenburg zurück oder gaben ihn an den Ansprechpartner in der Institution. Fragebögen für Professionelle wurden durch die Ansprechpartner im institutionellen Kontext ausgegeben und nach Ausfüllen wieder eingesammelt. Ausnahmslos alle Fragebögen aller Personengruppen wurden in verschlossenen Einzelkuverts zurückgegeben, so dass die Anonymität der Daten gewahrt wurde.

⁴ Die Hilfskräfte, StudentInnen der Psychologie mit Schwerpunkt Gesundheits- und Klinischer Psychologie, die am Ende ihres Studiums standen, wurden aus einer größeren Zahl von Bewerbern durch persönliche Eignung und Vorerfahrung in diesem Bereich (therapeutische Grundausbildung, Arbeit im Bereich der Krankenversorgung, evtl. Ausbildung als HospizhelferIn, etc.) ausgewählt. Zusätzlich durchliefen die Hilfskräfte vor Beginn ihres Einsatzes ein Schulungsintervall. Ab Beginn der Datenerhebung standen sie zusätzlich unter interner sowie externer Supervision, um die Belastung, unter der die Hilfskräfte durch die intensive Arbeit in einem hochbelasteten Bereich standen, abzufangen.

Insgesamt stellt die Datenerhebung über AnsprechpartnerInnen und persönliche Gespräche ein aufwendiges Verfahren dar, das jedoch nötig war, um gute Rücklaufquoten in diesem belasteten Feld und mit einem langen Forschungsinstrument (s. Anhang 15) zu garantieren.

6.2. Einbettung des Themas innerhalb des Gesamtprojekts

Das Datenmaterial der hier vorliegenden Arbeit wird geschöpft aus den erhobenen Gesamtdaten. Dem multivariaten Ansatz der interaktionellen Theorien zufolge (s. *Kapitel 3.3. – Exkurs*) wird in allen Bereichen des Datenmaterials nach Indikatoren für soziale Verbundenheit der befragten Personen gesucht und die Daten unter diesem Gesichtspunkt verwendet:

„However, when the interest is in the functioning and development of a system – at the subsystem level, at the level of the total person, or at the level of the person-environment system – the emphasis on multiple causation and the interdependency of operating factors at each level have as a consequence, that the analysis should include a broad range of variables that have been identified, in theoretical and/or empirical analyses, as essential for the understanding of the processes at the appropriate level.” (Magnusson & Stattin, 1998, 738)

Aus den Ergebnissen der Pilotstudie und folglich den Fragestellungen der Hauptstudie ist bereits ersichtlich, dass der Rückgriff auf soziale Ressourcen bei allen Personengruppen von großer Bedeutung ist. Daher finden sich im zusammengestellten Fragebogenset an verschiedenen Stellen unterschiedliche Indikatoren für soziale Parameter. Diese werden in *Kapitel 7.1. – Erhebungsmethodik* und *Kapitel 9.1. – Darstellung der sozialen Ressourcen in der Stichprobe* dargestellt. Diese Parameter (Kennwerte sozialer Ressourcen) sind daher vernetzt mit dem gesamten Projektansatz und dem verwendeten Fragebogenset.

7. Methodik der empirischen Untersuchung⁵

- 7.1. Erhebungsmethodik
- 7.2. Gütekriterien der verwendeten Instrumente
- 7.3. Analysemethodik

Die Daten für die vorliegende Arbeit wurden im Rahmen des Forschungsprojekts „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“ (Universität Oldenburg; gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2002-2005) erhoben. Wie in *Kapitel 6.1. – Forschungsprojekt „Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen“* eingehend beschrieben, teilt sich die Studie in eine qualitative Pilot- und eine quantitative Hauptstudie. Dies entspricht dem methodischen Standard der Datenerhebung in Themenfeldern, die einen hohen explorativen Anteil aufweisen. Mayring beschreibt dieses methodische Vorgehen in drei Phasen:

“Zusammenfassend wird dadurch eine grundsätzliche Abfolge im Forschungsprozess beschrieben: Von der Qualität zur Quantität und wieder zur Qualität.“ (Mayring, 1995, 19)

Die einleitende, qualitative Phase dient der Spezifizierung der Fragestellung, der Begriffs- und Kategorienfindung sowie dem Zusammenstellen des Analyseinstrumentariums. In der Hauptphase steht die Anwendung des Analyseinstrumentariums je nach Gegenstand und Ziel der Analyse unter Zuhilfenahme quantitativer Verfahren im Mittelpunkt. Abschließend folgt die qualitative Analyse, in der ein Rückbezug der Ergebnisse auf die Fragestellung sowie weiterführende Interpretation stattfinden. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch nur auf die quantitativ erhobenen Daten der Hauptstudie zurückgegriffen.

Im folgenden Kapitel werden zunächst die verwendeten Methoden und Instrumente vorgestellt, die die Grundlage der hier analysierten Daten bilden. Eine Darstellung der Gütekriterien der verwendeten Instrumente und der Analysemethodik vervollständigen die kurze, methodische Darstellung.

⁵ Für Material zu diesem Kapitel danke ich Frau Dipl.-Psych. Melanie Kirchner. Es ist in Teilen der von ihr unter meiner Betreuung angefertigten Diplomarbeit entnommen (Kirchner, 2005).

7.1. Erhebungsmethodik

Im Folgenden wird eine kurze Darstellung der verwendeten Methoden und Instrumente des gesamten Projekts gegeben.

Im Projekt, das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt, wurde in einer Querschnitterhebung der Status Quo in einer ausgewählten Stichprobe erhoben. Die Datenerhebung wurde mit Hilfe eines Fragebogensets durchgeführt, dessen Themenbereiche sich aus den qualitativen Ergebnissen der Pilotphase ergeben (vgl. *Kapitel 6 – Durchführung und Ergebnisse der Pilotstudie*). Bei der Konstruktion der Erhebungsinstrumente standen sowohl die spezifische Fragestellung der Studie als auch das Ziel weitestmöglicher Einbettung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen, bereits bestehenden Forschungsdaten im Mittelpunkt. So wurde, zur besseren Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen aus der Literatur, weitgehend auf bereits bestehende und evaluierte Instrumente zurückgegriffen, die zu einem Fragebogenstet zusammengefasst wurden. Auf diese Weise kann bei der Auswertung der Studienergebnisse auf die jeweiligen Kennzahlen und Vergleichsstichproben der einzelnen Instrumente Bezug genommen werden. Zu einigen inhaltlichen Themen, die in der Pilotstichprobe als bedeutsam aufgetaucht waren, bestanden keine bereits evaluierten Instrumente. In diesem Fall wurden zu diesen Themen einige Items, die aus dem qualitativen Material der Interviews generiert wurden, in das Fragebogenstet aufgenommen. Die auf diese Weise konstruierten Fragebögen finden sich in Anhang 15.

Es wurden drei verschiedene Fragebögen für die bereits in der Pilotstudie unterschiedenen Personengruppen „PatientInnen“, „Bezugspersonen“, „Professionelle“ entwickelt.

Die unterschiedlichen Fragebogenvarianten stimmen dabei zu etwa 95% miteinander überein. Sie alle enthalten Fragen zu den Themen Wohlbefinden, Einstellungen, Soziale Unterstützung sowie freie Fragen zu momentanen Be- und Entlastungen:

- Die Fragen zum aktuellen Befinden wurden dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens FEG (Dlugosch & Krieger, 1995) entnommen. Aus dem

FEG wurde der Fragebogenteil „Allgemeines Wohlbefinden“ unverändert in alle drei Fragebogenversionen unter dem Punkt I. „Fragen zu Ihrem Befinden übernommen“.

- Auch der Punkt II. „Fragen zu Ihren Lebenseinstellungen“ ist bei allen drei Fragebogenversionen identisch. Unter diesem Punkt wurden Items aus verschiedenen Instrumenten zusammengefasst. Da es sich bei den ausgewählten Instrumenten um Fragebögen zur Messung von Einstellungen handelt, war eine derartige Kombination gut möglich. So finden sich hier zuerst sechs Items aus dem „Fragebogen zur proaktiven Einstellung“ (Schwarzer & Schmitz, 1999), gefolgt von vier Items aus dem „Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit“ (Jerusalem & Schwarzer, 1999), dann drei Markeritems des „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen FKK“ (Krampen, 1991). Es folgen vier Items aus der Skala Soziale Resonanz SR des Fragebogens „Integrale Gesundheit FIG-50“ (Belschner & Bantelmann, 2005) und schließlich vier Items aus der Skala „Transpersonales Vertrauen TPV“ (Belschner, 1998).
- Der Unterpunkt „Fragen zu Ihrem sozialen Umfeld“, der sich im Patienten- und Bezugspersonenbogen unter Punkt III., im Professionellenbogen unter Punkt IV. findet, basiert im ersten Teil auf dem „University of California Social Support Inventory UCLA-SSI“ in der deutschen Version (Schwarzer, 1991). Die Antwortalternativen mussten hier jedoch der jeweiligen Personengruppe angepasst werden. Für den zweiten Teil wurden aus den „Berliner Social Support Skalen“ (Schwarzer & Schulz, 2000) neun Items entnommen.
- Ein weiterer, identischer Teil der Fragebögen betrifft „Fragen zu momentanen Be- und Entlastungen“ (Patientenbogen IV., Bezugspersonen- und Professionellenbogen V.). Diese offenen Fragen dienen dazu, dezidiert spezifische Be- und Entlastungsfaktoren erfragen zu können, die in den zuvor verwendeten Standardinstrumenten nicht thematisiert werden konnten.

Zwei Themenbereiche existieren personengruppenspezifisch nur in jeweils einer Version der Fragebögen:

- Der Fragebogen für Bezugspersonen enthält zusätzlich zu den oben genannten, für alle Fragebogenversionen geltenden Bereichen unter dem Punkt IV.

„Veränderungen in der Beziehung zum Patienten“ neun explorative Items, die die systemische Veränderung im Bezugssystem von Patient und seiner Bezugsperson erfassen. Da ein derartiges Erhebungsinstrument im deutschen und englischen Sprachraum bislang nicht existiert, wurden die Items aus dem Material der Pilotstichprobe generiert. Die abschließende, offene Frage soll weitere, ungenannte Kategorien sowie ein Ranking in der Auswertung ermöglichen.

- Ein zusätzlicher Bereich findet sich ebenfalls im Professionellen-Fragebogen unter Punkt II. „Fragen zur Situation in Ihrem Tätigkeitsfeld, das Sie mit dem Patienten in Berührung bringt“. Hierzu wurden im ersten Teil Items aus dem Instrument „Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen BHD“ (Hacker & Reinhold, 1999) sowie adaptierte Items aus der Befragung von MitarbeiterInnen zu ihrer gesundheitlichen Situation im Verwaltungs- bzw. Wissenschafts-Bereich (Belschner et al., 2002; Gräser, 2003) verwendet. Im zweiten Teil finden sich fünf Items aus dem „Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod FIMEST“ (Wittkowski, 1996) sowie drei explorative Items, die aus der Pilotstichprobe generiert wurden.

Im Rahmen der vorliegenden Datenanalyse finden Indikatoren aus allen Bereichen der Fragebogensets Verwendung, ausgenommen der spezifischen Beziehungsfragen bei Angehörigen, der Einstellungsfragen zu Tod und Sterben bei Professionellen sowie der offenen Fragen zu Be- und Entlastungsfaktoren.

7.2. Gütekriterien der verwendeten Instrumente

Die Objektivität ist durch das Einsetzen eines Fragebogens, dessen relevante Teile quantitativ ausgewertet werden, gegeben (vgl. Mummendey, 1999). Da alle Items aus bestehenden Instrumenten stammen und dabei nur diejenigen verwendet wurden, die am höchsten laden, wird von ausreichender Reliabilität und Validität ausgegangen. Jedoch ist bei der Konstruktvalidität mit Einschränkungen zu rechnen,

da durch die Auswahl einzelner Items aus umfangreicheren Skalen bezweifelt werden kann, dass volle Konstruktvalidität erreicht wird. In dieser Studie aber stehen der auf das Anwendungsfeld orientierte Charakter und damit auch die Rücksichtnahme auf den hohen Belastungsgrad der Menschen, die die Fragebögen ausfüllen, im Vordergrund, so dass dieses unzureichende Kriterium in Kauf genommen wird.

7.3. Analysemethodik

Um die Daten zu analysieren, dient die Statistik-Software SPSS 12.0 für Windows (vgl. Bühner, 2004; Diehl & Staufenbiel, 2002; Kuckartz, 1999).

Die in der Erhebung gewonnenen Daten befinden sich auf dem metrischen Skalenniveau (Ausnahme demographische Daten: Nominal-, Ordinal- und metrisches Skalenniveau). Sie werden sowohl mithilfe deskriptiver als auch inferentieller Statistik analysiert.

Auf der deskriptiven Ebene werden Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Als inferenzstatistische Verfahren werden ebenfalls die gängigen Verfahren in Form von Chi-Quadrat-Tests, T-Tests, etc. sowie ein- und multifaktorielle Varianzanalysen (uni- oder multivariat) und Kovarianzanalysen eingesetzt. Außerdem werden Korrelationen berechnet. Zur Prüfung der verwendeten Ressourcen-Konzepte werden darüber hinaus Faktorenanalysen durchgeführt (vgl. Zöfel, 2003).

Die Normalverteilung aller Parameter der Stichprobe kann aufgrund der vorliegenden Stichprobengröße angenommen werden (zentrales Grenzwerttheorem; vgl. Bortz, 1999; Fahrmeier, 1999, 312):

„Die Verteilung von Mittelwerten aus Stichproben des Umfangs n , die sämtlich derselben Grundgesamtheit entnommen wurden, geht mit wachsendem Stichprobenumfang in eine NV über.“ (Bortz, 1999, 93)

Weiter heißt es:

„Für praktische Zwecke können wir davon ausgehen, dass die Mittelwertverteilung für beliebige Verteilungsformen des Merkmals in der Population bereits dann hinreichend normal ist, wenn $n \geq 30$ ist.“

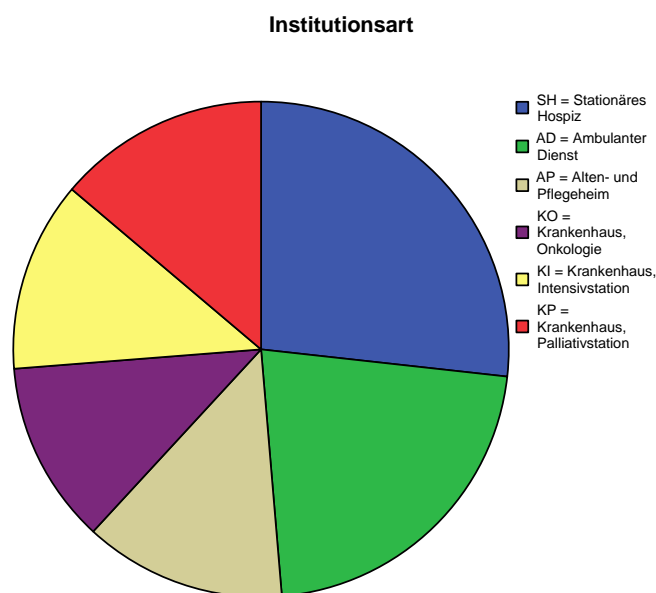
Auch bei nicht gegebener Normalverteilung sind also in diesem Falle Verfahren, die metrisches und normalverteiltes Datenmaterial voraussetzen, möglich.

8. Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden wird die analysierte Stichprobe in Bezug auf die demographischen Rahmendaten (Geschlecht, Institutionsart, Personengruppe, Alter, Berührungsdauer mit Sterben und Tod)⁶ dargestellt. Die auszuwertende Stichprobe umfasst insgesamt $N = 781$ Personen.

498 Personen (63,8%) weiblich und 280 Personen (35,9%) männlich. Drei Personen machen keine Angaben zum Geschlecht.

Sie verteilen sich wie folgt auf die untersuchten Institutionsarten (s. Abbildung 3):



209 Personen (26,8%) kommen aus dem Bereich der stationären Hospize. 171 Personen (21,9%) aus dem Bereich der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste. 103 Personen (13,2%) aus Alten- und Pflegeheimen. 93 Personen (11,9%) kommen von onkologischen Stationen in Akutkrankenhäusern, 97 Personen (12,4%) von dortigen intensivmedizinischen Stationen. Und 108 Personen (13,8%) stammen aus Palliativstationen bzw. -einheiten, die in Akutkrankenhäusern angesiedelt sind.

Abbildung 3: Verteilung der StudienteilnehmerInnen in Institutionsarten

⁶ Der besseren Übersichtlichkeit halber sind im Folgenden die dargestellten demographischen Rahmendaten bei erstmaliger Nennung unterstrichen.

Es zeigt sich ein leichter Überhang in der Verteilung der befragten Personen zugunsten der stationären Hospize und der ambulanten Hospiz- und Pflegedienste. Dieser ist zurückzuführen auf die Datenerhebung: stationäre Hospize und ambulant betreuende Dienste versorgen zumeist eine kleinere Zahl von PatientInnen; daher wurden sie in zahlenmäßig höherem Umfang angesprochen als die anderen Institutionsgruppen. Überraschend war dann zusätzlich noch die sehr hohe Kooperationsbereitschaft der beteiligten stationären Hospize und ambulanten Dienste. Beide Faktoren zusammen führen zu dem beschriebenen Überhang in der Stichprobe.

In der Verteilung der teilnehmenden Menschen auf Personengruppen zeigt sich folgendes Bild (s. Abbildung 4):

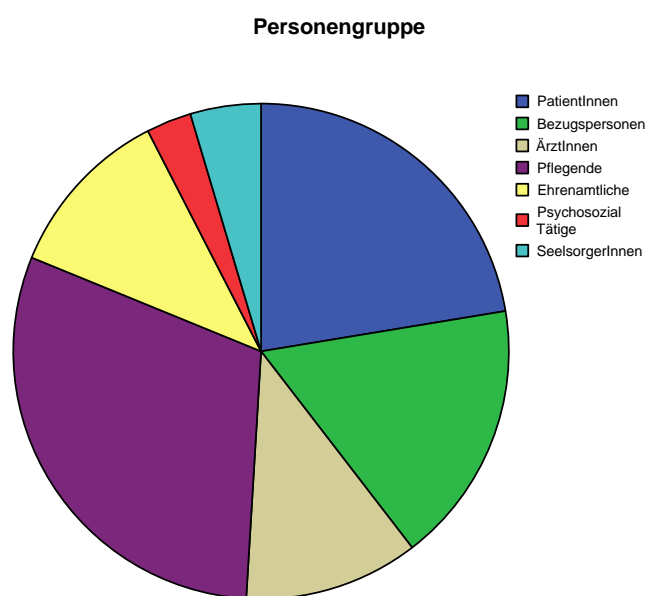


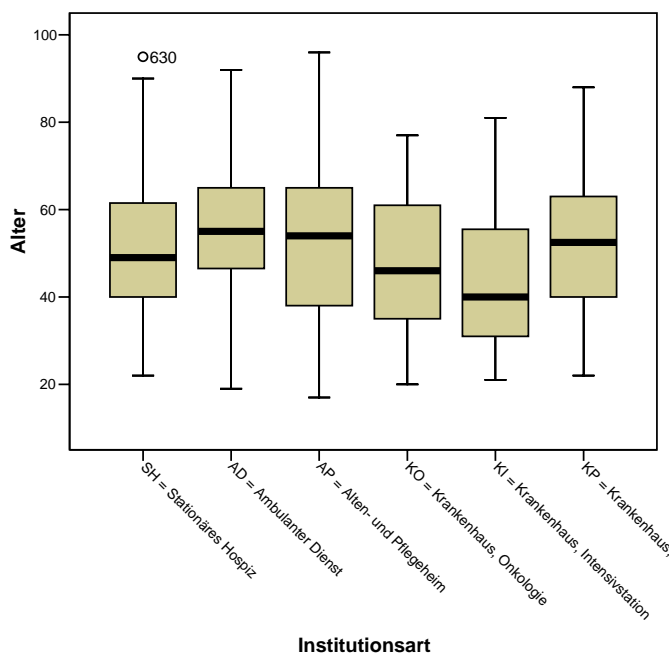
Abbildung 4: Verteilung der StudienteilnehmerInnen in Personengruppen

175 Personen (22,4%) befinden sich in der Gruppe der PatientInnen. 134 Personen (17,2%) gehören zur Gruppe der Bezugspersonen. Die große Gruppe der professionell Tätigen ($n = 472$, 60,4%) teilt sich in die Untergruppen der ÄrztInnen ($n = 89$, 11,4% der Gesamtstichprobe), der Pflegenden ($n = 236$, 30,2%), der ehrenamtlich Tätigen ($n = 88$, 11,3%), der psychosozial Tätigen ($n = 23$, 2,9%) sowie der SeelsorgerInnen ($n = 36$, 4,6%).

Der Überhang in der Personengruppe der Pflegenden hat ebenfalls erhebungstechnische Gründe: Zum einen ist diese Personengruppe in der Betreuung kritisch kranker und sterbender Menschen zahlenmäßig am stärksten vertreten. Zum anderen war die Bereitschaft der Pflegenden zur Teilnahme an der Studie in allen Institutionsarten am größten.

Die Altersverteilung in der Stichprobe lässt sich wie folgt beschreiben: 776 Personen machen Angaben zu ihrem Alter. Der Altersmittelwert liegt bei 51,198 Jahren mit einer Standardabweichung von 16,157 Jahren. Das Minimum der Altersverteilung liegt bei 17 Jahren, das Maximum bei 96 Jahren.

Eine Altersbetrachtung in Verbindung mit der Institution sowie der Personengruppe ist sinnvoll:



Es ist auffallend, dass die Personen aus onkologischen und intensivmedizinischen Abteilungen von Akutkrankenhäusern das geringste Alter aufweisen (s. Abbildung 5; onkologische Stationen: Mittelwert 46,731 Jahre, Standardabweichung 15,072 Jahre; intensivmedizinische Stationen: Mittelwert 42,719 Jahre, Standardabweichung 14,747 Jahre).

Abbildung 5: Kennzahlen des Alters in Abhängigkeit der Institutionsart (Elemente des Boxplots: Strich = Mittelwert, Box = 25%- bzw. 75%-Percentile, Whiskers = Minimum bzw. Maximum, Kreise (Ausreißer): Werte, die mehr als anderthalb Kastenlängen außerhalb liegen, Sterne (Extremwerte): Werte, die mehr als drei Kastenlängen außerhalb liegen)

Aussagekräftiger ist die Betrachtung des Alters in Abhängigkeit der Personengruppe. Es zeigen sich hier deutliche Unterschiede, die größtenteils durch das Berufsprofil der jeweiligen Personengruppe bestimmt sind:

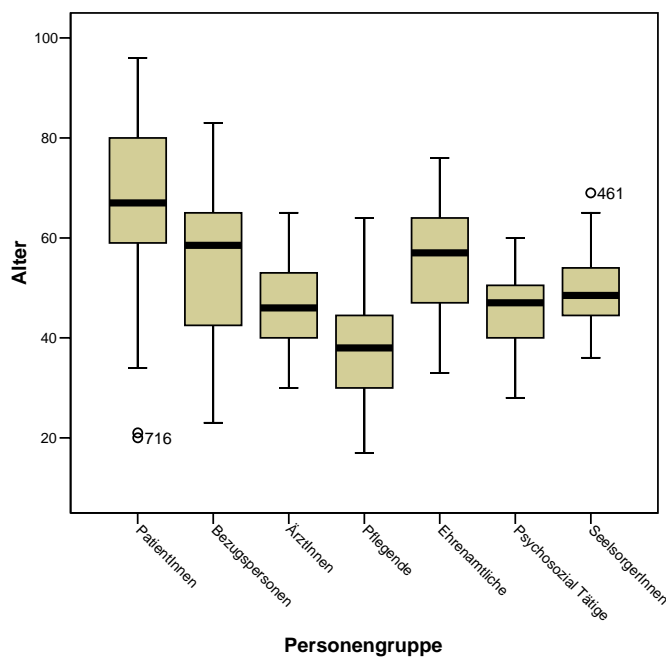


Abbildung 6: Kennzahlen des Alters in Abhängigkeit der Personengruppe

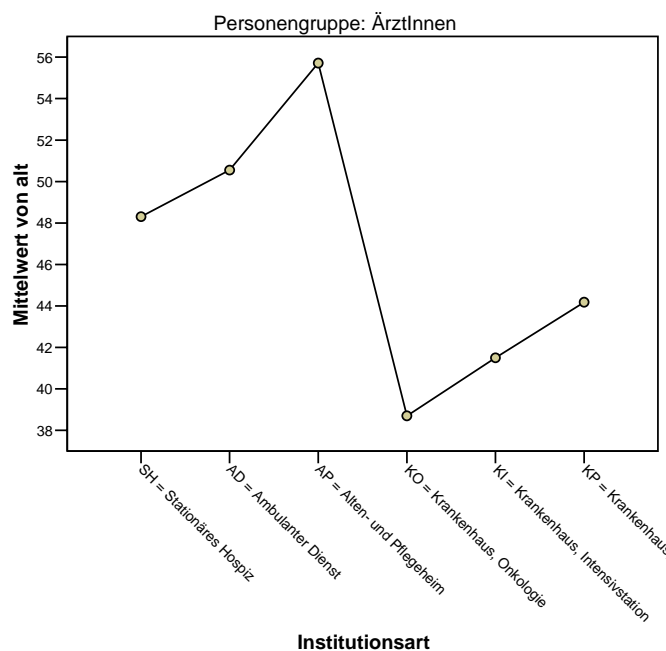


Abbildung 7: Altersmittelwerte (alt) bei ÄrztInnen in unterschiedlichen Institutionen (In den Mittelwert-Diagrammen zur Institutionsart ist die Beschriftung „KP = Krankenhaus, Palliativstation“ nicht vollständig lesbar.)

Es erstaunt nicht, dass die PatientInnen mit Abstand durchschnittlich am ältesten sind und auch die größte Streuung aller Personengruppen aufweisen (Mittelwert 67,615 Jahre, Standardabweichung 14,731 Jahre). Eine ähnlich große Streuung, wenn auch mit geringerem Altersmittelwert findet sich in der Gruppe der Bezugspersonen (Mittelwert 55,136 Jahre, Standardabweichung 13,743 Jahre). Bei den professionell Tätigen sind die Pflegenden im Mittel am jüngsten (Mittelwert 37,702 Jahre, Standardabweichung 10,145 Jahre), die ehrenamtlich Tätigen im Mittel am ältesten (Mittelwert 55,713 Jahre, Standardabweichung 10,260 Jahre). Die Abweichungen der Gruppenmittelwerte voneinander sind dabei höchst signifikant (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 366,996, $p < 0,001$).

Varianzanalytisch zeigt sich, dass die Altersmittelwerte sowohl bei ÄrztInnen (s. Abbildung 7) als auch bei Pflegenden (s. Abbildung 8) in den Institutionsarten voneinander abweichen (ÄrztInnen: ONEWAY: $F = 7,657$, $p < .001$; Pflegende: ONEWAY: $F = 6,522$, $p < .001$). Die

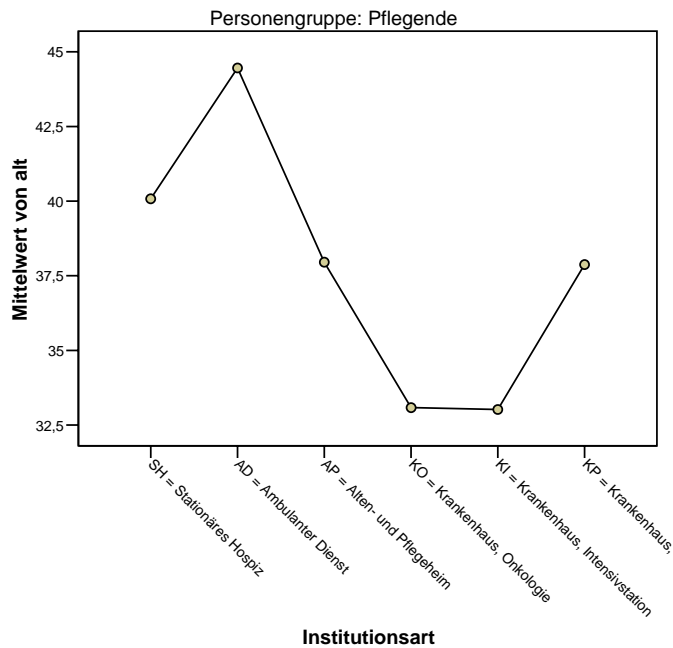


Abbildung 8: Altersmittelwerte (alt) bei Pflegenden in unterschiedlichen Institutionen

Mittelwert-Diagramme geben ähnliche Gruppeneinteilungen wieder: ÄrztInnen und Pflegende auf onkologischen und intensivmedizinischen Stationen sind signifikant jünger als in ambulanten Diensten. Bei den ÄrztInnen fallen in die höchste Altersgruppe auch noch ÄrztInnen in Alten- und Pflegeheimen sowie in stationären Hospizen. Bei den Pflegenden ist diese Gruppeneinteilung eine Tendenz, jedoch nicht signifikant.

Als letzte der zu betrachtenden Rahmendaten der Stichprobe bleibt die Dauer der Berührung mit Sterben und Tod. Diese Variable soll Aufschluss darüber geben, wie lange die befragte Person in engem Kontakt mit einem schweren Krankheitsprozess und/oder mit der Thematik von Sterben und Tod steht. Gewonnen wurden die Zeitangaben bei den PatientInnen durch die Frage „Seit ungefähr wann sind Sie schwer krank?“, bei den Bezugspersonen durch die Frage „Seit wann betreuen Sie den Patienten in dieser Weise?“ und bei den professionell Tätigen durch die Frage „Wie lange arbeiten Sie schon mit schwerstkranken Patienten?“.

Die generellen Kennwerte dieser Variablen (Mittelwert 8,521 Jahre, Standardabweichung 9,249 Jahre, Minimum 1 Tag, Maximum 61,108 Jahre), die auf den Aussagen von 681 Personen der Stichprobe beruhen, sagen relativ wenig aus. Zu deskriptiven Zwecken soll die Variable auch in unterschiedlich große Zeitabschnitte (siehe Tabelle 2) kategorisiert werden:

Berührungsdauer (kategorisiert) mit Sterben und Tod

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0-3 Monate	50	6,4	7,3	7,3
	3-6 Monate	28	3,6	4,1	11,5
	6-9 Monate	18	2,3	2,6	14,1
	9-12 Monate	32	4,1	4,7	18,8
	1-1,5 Jahre	36	4,6	5,3	24,1
	1,5-2 Jahre	48	6,1	7,0	31,1
	2-5 Jahre	130	16,6	19,1	50,2
	5-10 Jahre	154	19,7	22,6	72,8
	10-15 Jahre	72	9,2	10,6	83,4
	15-20 Jahre	21	2,7	3,1	86,5
	20-25 Jahre	48	6,1	7,0	93,5
	über 25 Jahre	44	5,6	6,5	100,0
	Gesamt		681	87,2	100,0
Fehlend	System	100	12,8		
Gesamt		781	100,0		

Tabelle 2: Kategorisierung der Berührungsdauer mit Belegung der einzelnen Kategorien

Unterschiedlich große Zeitabstände mussten in der Kategorisierung deshalb gewählt werden, da die PatientInnen und Bezugspersonen sonst komplett in die erste 5-Jahres-Kategorie gefallen wären (80,3% der PatientInnen und 81,9% der Bezugspersonen in der Kategorie 0-5 Jahre) und jegliche Differenzierungsmöglichkeit des Merkmals für diese Personengruppen verloren gegangen wäre (s. Abbildung 9).

Für die gemeinsame Betrachtung der kategorisierten Berührungsdauer mit Sterben und Tod und der Personengruppe ergibt sich so folgendes Bild (s. Abbildung 10): Die niedrigsten Berührungszeiten mit Sterben und Tod finden sich in der Gruppe der PatientInnen (Mittelwert 5,304 Jahre, Standardabweichung 3,001 Jahre) und Bezugspersonen (Mittelwert 4,617 Jahre, Standardabweichung 2,986 Jahre). Allerdings ist in diesen beiden Gruppen auch die Spannweite und Varianz des Merkmals am größten.

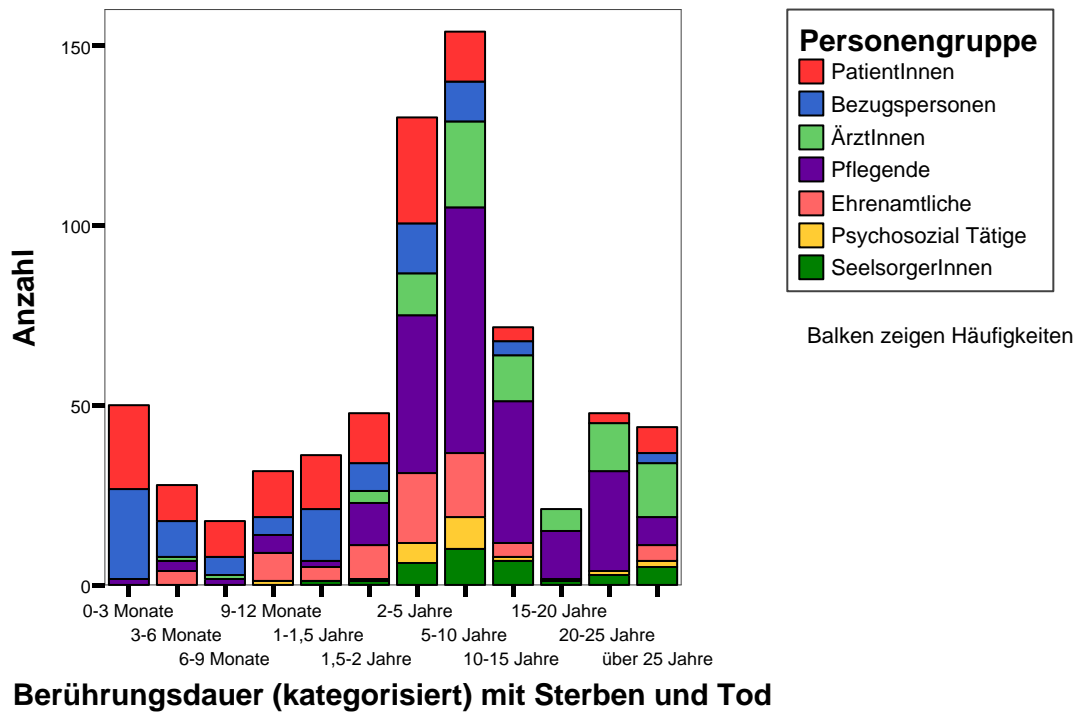


Abbildung 9: Berührungsdauer mit Tod und Sterben (kategorisiert) in Verbindung mit den Personengruppen

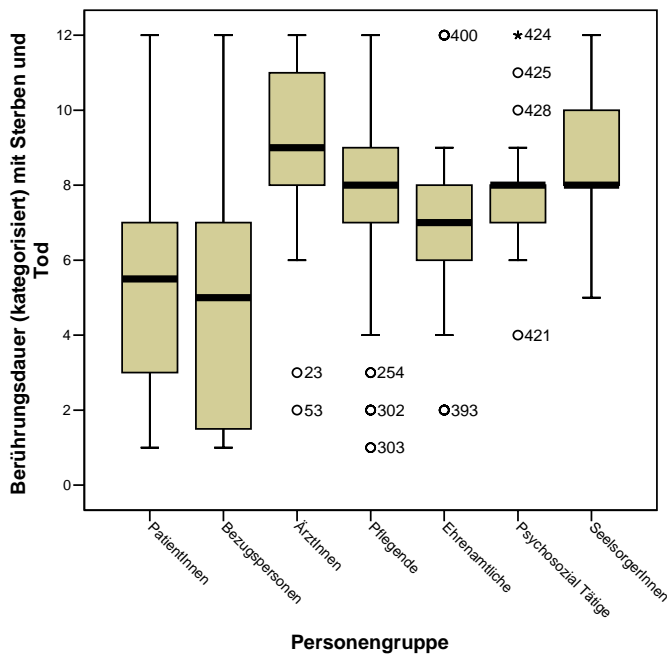


Abbildung 10: Kennwerte der Berührungsdauer mit Tod und Sterben (kategorisiert) in den einzelnen Personengruppen

Die höchste Dauer der Berührung mit Sterben und Tod findet sich in der Gruppe der ÄrztInnen (Mittelwert 9,085 Jahre, Standardabweichung 2,080 Jahre). Die Gruppenkennwerte in den Gruppen der Psychosozial Tätigen sowie in der Gruppe der Seelsorgenden haben aufgrund der geringen Gruppenbelegungen nur geringe Aussagekraft. Erwartungsgemäß weichen die Mittelwerte in den Personengruppen auch inferenzstatistisch betrachtet höchst signifikant voneinander ab (Kruskal-Wallis-Test: Q_i -Quadrat = 226,301, $p < 0,001$).

Interessant ist noch eine differenzierte Betrachtung der Zusammenhänge von Berührungsdauer nach Institutionsart und Alter bei den professionell Tätigen. Zunächst ergibt sich für Professionelle generell in Berührungsdauer und Institutionsart kein Zusammenhang.

Bei getrennter Betrachtung der Berufsgruppen zeigt sich jedoch, dass ÄrztInnen in den unterschiedlichen Institutionen eine höchst signifikant unterschiedliche Berührungsdauer mit Tod und Sterben haben (Kruskal-Wallis: $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 4,423$, $p = 0,001$) (s. Abbildung 11).

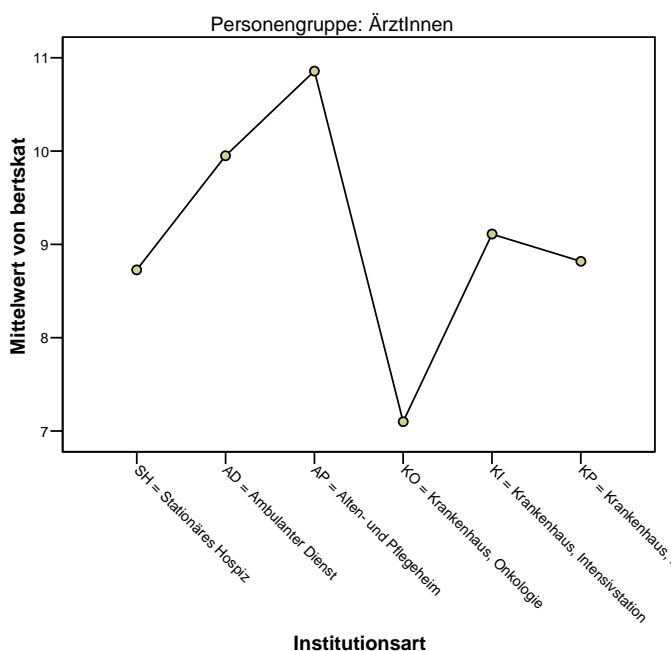
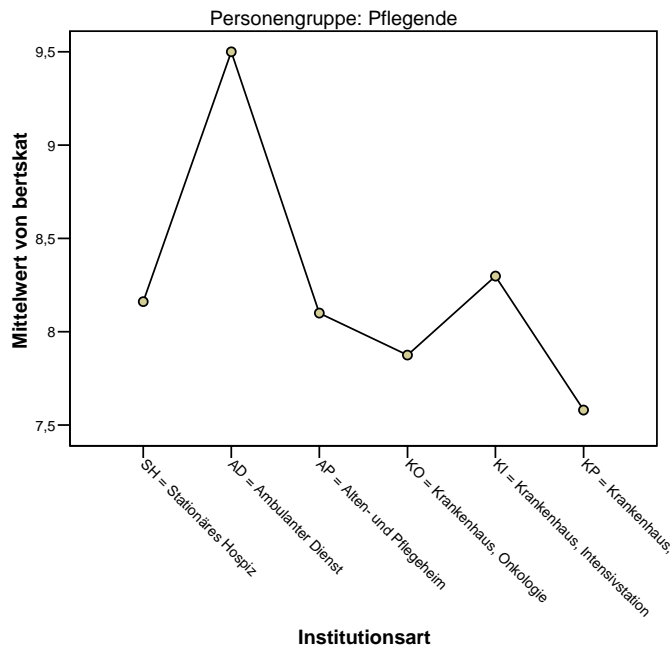


Abbildung 11: durchschnittliche Berührungsdauer mit Sterben und Tod (bertskat, in Jahren) bei ÄrztInnen in unterschiedlichen Einrichtungen

Die Varianzanalyse zeigt hier signifikante Unterschiede: ÄrztInnen auf onkologischen Stationen haben die signifikant geringsten Berührungsdauern mit Sterben und Tod, während ÄrztInnen, die mit Alten- und Pflegeheimen bzw. mit ambulant betreuten PatientInnen zusammenarbeiten, die signifikant höchsten Berührungsdauern aufweisen. (Dies könnte auch daran liegen, dass es sich bei letzteren um niedergelassene ÄrztInnen handelt, die im Schnitt längere Berufsdauern aufweisen als ÄrztInnen in Akutkrankenhäusern.)

Ein teilweise ähnliches, wenn auch in der Aussagekraft schwächeres Ergebnis zeigt sich bei den Pflegenden (ONEWAY: $F = 2,703$, $p = 0,022$):



Hier unterscheiden sich Pflegende in ambulanten Diensten signifikant durch ihre größte Berührungsdauer mit Sterben und Tod sowie Pflegende auf der Palliativstation durch ihre geringste Berührungsdauer von allen anderen Pflegenden (siehe Abbildung 12). Dass die Signifikanzen hier geringer ausfallen, kann u.a. daran liegen, dass Pflegende an sich eine altershomogenere Gruppe als ÄrztInnen darstellen.

Abbildung 12: durchschnittliche Berührungsdauer mit Sterben und Tod (bertskat, in Jahren) bei Pflegenden in unterschiedlichen Einrichtungen

Zusammenfassung der wichtigsten Fakten aus der Stichprobenbeschreibung:

Personengruppe und Institutionsart:

- Ehrenamtlich Tätige gibt es überdurchschnittlich häufig in ambulanten Diensten und unterdurchschnittlich häufig in allen anderen Institutionsarten.
- ÄrztInnen und Pflegende gibt es überdurchschnittlich häufig auf Intensivstationen, setzt man eine Gleichverteilung der Personengruppen über die Institutionsarten voraus.

Personengruppe und Geschlecht:

- Männliche Personen sind unter PatientInnen und ÄrztInnen überdurchschnittlich vertreten.
- Weibliche Personen sind unter Pflegenden und Ehrenamtlichen überdurchschnittlich vertreten.

Alter und Institutionsart:

- ÄrztInnen und Pflegende aus onkologischer und intensivmedizinischer Umgebung sind am jüngsten.
- ÄrztInnen und Pflegende aus Alten- und Pflegeheimen, ambulanten Diensten und stationären Hospizen sind am ältesten.

Berührungsdauer mit Sterben und Tod und Institution:

- ÄrztInnen in unterschiedlichen Institutionen haben signifikant unterschiedlich lange mit schwerstkranken PatientInnen zu tun: auf onkologischen Stationen am kürzesten, in Alten- und Pflegeheimen sowie bei ambulant betreuten PatientInnen am längsten.
- Pflegende in unterschiedlichen Institutionen haben unterschiedlich lange mit schwerstkranken PatientInnen zu tun: auf Palliativstationen am kürzesten, in ambulanten Diensten am längsten.
- Generell gibt es einen schwachen Zusammenhang zwischen Lebensalter und Berührungsdauer mit Sterben und Tod.

9. Ergebnisdarstellung

- 9.1. Bedeutung sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod
 - Darstellung der sozialen Ressourcen in der Stichprobe
 - Darstellung von Wohlbefindens- und Belastungs-/Beanspruchungsindices in der Stichprobe
 - Beziehungen zwischen sozialen Ressourcen und Wohlbefindens- bzw. Belastungs-/Beanspruchungsindices

- 9.2. Analyse des Konzepts der sozialen Ressourcen
 - Dimensionsbildung in den Einzelkennwerten der sozialen Ressourcen
 - Zusammenhang der Einzelkennwerte und Dimensionen der sozialen Ressourcen mit Persönlichkeitsmaßen

In *Kapitel 5 – Fragestellungen der Untersuchung* wurden die Fragestellungen dargestellt, auf welche hin das Datenmaterial der vorliegenden Studie analysiert werden soll. In Einklang mit den aufgestellten Fragen steht im Folgenden zunächst die Bedeutung sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod im Vordergrund. Im zweiten Teil der Ergebnisdarstellung wird der Blick darauf gerichtet, in wie weit das theoretische Konzept der sozialen Ressourcen anhand der vorliegenden Daten bestätigt oder modifiziert werden kann.

9.1. Bedeutung sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod

Zunächst wird die Bedeutung sozialer Ressourcen im Kontakt mit Sterben und Tod betrachtet. Dazu ist zu Beginn von Interesse, wie sich die erhobenen Kennwerte der sozialen Ressourcen in der Stichprobe darstellen. Im Anschluss daran wird gezeigt, wie sich die Maße für Wohlbefinden und Belastung bzw. Beanspruchung darstellen, die als Outcome-Variablen dienen. Auf dieser Basis können im dritten Teil dieses Kapitels die Beziehungen zwischen den erhobenen Kennwerten für soziale Ressourcen und den Wohlbefindens- und Beanspruchungsindices analysiert werden.

Darstellung der sozialen Ressourcen in der Stichprobe

Die sozialen Ressourcen eines Menschen lassen sich von unterschiedlichen Blickwinkeln aus betrachten und folglich auch mit unterschiedlichen Fragestellungen und Zielrichtungen erheben. In der psychologischen Literatur und Forschung existiert dementsprechend eine Vielzahl von Konstrukten und Operationalisierungen zu sozialen Ressourcen. In die vorliegende Auswertung wurden 16 Einzelkennwerte miteinbezogen, die bereits bestehenden Instrumenten entnommen wurden bzw. aus den Informationen des jeweiligen Fragebogens gebildet worden sind (die Operationalisierung der Kennwerte findet sich in Anhang 1):

Kennwerte für kognitive Unterstützungsschemata („Support Schemes“) (aus BSSS; Schwarzer & Schulz, 2000):

- *Perceived available support/Wahrgenommene Unterstützung*: Kennwert für wahrgenommene Unterstützung
- *Need for support/Unterstützungsbedürfnis*: Kennwert für Bedürfnis nach Unterstützung
- *Support seeking/Suche nach Unterstützung*: Kennwert für Suche nach Unterstützung

Kennwerte für Komponenten der sozialen Unterstützung (aus SSI; Schwarzer, 1991):

- *Informationale Unterstützung*: Kennwert für informationale Unterstützung
- *Instrumentelle Unterstützung*: Kennwert für instrumentelle Unterstützung
- *Motivationale Unterstützung*: Kennwert für motivationale Unterstützung
- *Emotionale Unterstützung*: Kennwert für emotionale Unterstützung
- *Gegebene Unterstützung*: Kennwert für gegebene Unterstützung

Kennwert für die Überzeugung des sinnvollen Eingebettetseins der eigenen Existenz (aus Belschner & Bantelmann, 2005)

- *Soziale Resonanz*

Gebildete Kennwerte aus Informationen des SSI (Schwarzer, 1991):

- *Netzgröße*: Kennwert für die Größe des umgebenden sozialen Netzes
- *Netzstärke*: Kennwert für die subjektiv empfundene Stärke des umgebenden sozialen Netzes

Gebildete Kennwerte aus Informationen des FEG (Dlugosch & Krieger, 1995):

- *Zufriedenheitsindex*: Kennwert für Zufriedenheit mit den engen sozialen Beziehungen
- *Problemindex*: Kennwert für Probleme in engen sozialen Beziehungen
- *Änderungsdruck*: Kennwert für Veränderungswunsch in den engen sozialen Beziehungen
- *Konstruktivität*: Kennwert für empfundene Konstruktivität des engen sozialen Netzes
- *Destruktivität*: Kennwert für empfundene Destruktivität des engen sozialen Netzes

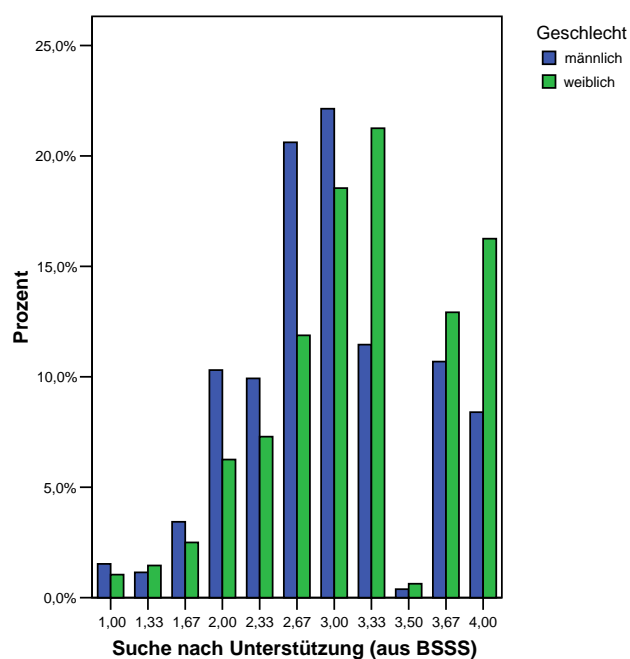
Für die einzelnen Kennwerte ergeben sich folgende statistische Werte in der untersuchten Stichprobe (Häufigkeitsverteilungen befinden sich in Anhang 2):

Name des Kennwerts	SPSS-Name	N	Minimum - Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
<i>Wahrgenommene Unterstützung</i>	<i>pas</i>	751	1,50 – 4,00	3,612	0,453
<i>Unterstützungsbedürfnis</i>	<i>nfs</i>	745	1,00 – 4,00	2,596	0,500
<i>Suche nach Unterstützung</i>	<i>suse</i>	744	1,00 – 4,00	3,012	0,689
<i>Informationale Unterstützung</i>	<i>infor</i>	743	1,00 – 5,00	3,028	0,771
<i>Instrumentelle Unterstützung</i>	<i>instr</i>	729	1,00 – 5,00	3,089	0,827
<i>Motivationale Unterstützung</i>	<i>motiv</i>	727	1,00 – 5,00	3,159	0,816
<i>Emotionale Unterstützung</i>	<i>emoti</i>	717	1,00 – 5,00	3,369	0,782
<i>Gegebene Unterstützung</i>	<i>gegu</i>	728	1,00 – 5,00	3,322	0,817
<i>Soziale Resonanz</i>	<i>sozres</i>	758	1,00 – 4,00	3,453	0,527
<i>Netzgröße</i>	<i>netzgr</i>	751	1 – 7	4,953	1,266
<i>Netzstärke</i>	<i>netzst</i>	745	1,00 – 5,00	3,751	0,723
<i>Zufriedenheitsindex</i>	<i>zufrie</i>	752	1 – 12	7,94	2,916
<i>Problemindex</i>	<i>proble</i>	554	1 – 12	3,07	1,799
<i>Änderungsdruck in engen Beziehungen</i>	<i>aenddr</i>	781	0 – 3	0,42	0,681
<i>Konstruktivität des engen Netzes</i>	<i>konstru</i>	267	1 – 3	1,43	0,600
<i>Destruktivität des engen Netzes</i>	<i>destru</i>	138	1 – 3	1,20	0,501

Tabelle 3: Statistische Werte der Kennwerte sozialer Ressourcen

Das Verhalten der gebildeten Einzelkennwerte in der Stichprobe ist zunächst von Interesse. Deshalb werden im Folgenden die Zusammenhänge zwischen den Kennwerten und den Rahmendaten der Stichprobe vorgestellt. In Anhang 3 finden sich alle signifikanten Beziehungen (sie wurden korrelativ und varianzanalytisch bestimmt). Ergebnisse, die varianzanalytisch eine Prüfstärke von 5 überschreiten, gelten als bedeutsam und werden aufgrund ihrer Aussagekraft im Folgenden dargestellt; alle gemachten Aussagen stützen sich dabei natürlich auf signifikante Testergebnisse:

Die Einzelkennwerte *Suche nach sozialer Unterstützung*, die *Komponenten sozialer Unterstützung* sowie die *Netzstärke* weisen einen starken geschlechterdifferenzierenden Effekt auf.



Frauen geben dabei weitaus höhere Werte in der *Suche nach Unterstützung* an als Männer (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p < 0,001$; T-Test: $T = -4,419$, $p < 0,001$; s. Abbildung 13).

Abbildung 13: Suche nach Unterstützung und Geschlecht

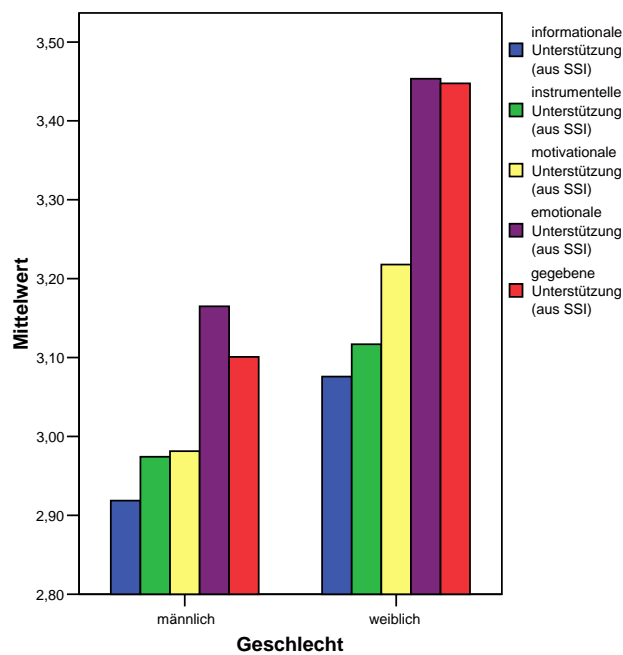


Abbildung 14: Soziale Unterstützung und Geschlecht

Sie zeigen jedoch auch in anderen *Komponenten sozialer Unterstützung* höhere Werte als Männer; sie erhalten also mehr Unterstützung in ihrem sozialen Feld, geben aber auch mehr (Zusammenhang zu *Gegebener Unterstützung*: Kolmogorov-Smirnov-Test: $p < 0,001$; T-Test: $T = -5,600, p < 0,001$) (s. Abbildung 14).

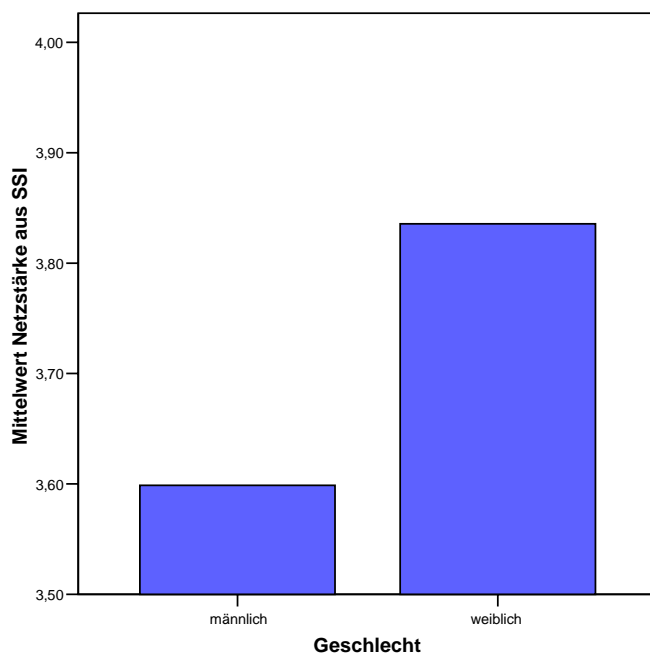


Abbildung 15: Netzstärke und Geschlecht

Außerdem ergibt sich eine Relation zwischen *Netzstärke* und Geschlecht (Mann-Whitney: $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 18,595, p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 17,816, $p < 0,001$; T-Test: $T = -4,221, p < 0,001$; s. Abbildung 15). Frauen geben dabei eine wesentlich größere Zufriedenheit mit den sie umgebenden Knoten ihres Netzwerkes an als die befragten Männer.

Auch die Religionszugehörigkeit weist bedeutsame Verbindungen zu den sozialen Ressourcen auf.

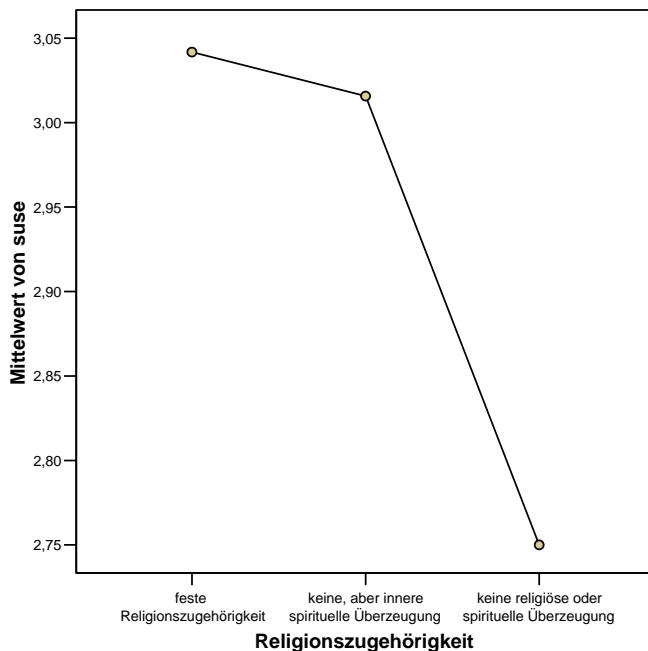


Abbildung 16: Mittelwert-Diagramm von Suche nach Unterstützung (suse) und Religionszugehörigkeit

Es besteht hier eine starke Interaktion zwischen der *Suche nach Unterstützung* und der Religionszugehörigkeit: Gibt jemand an, keine religiöse oder spirituelle Überzeugung zu besitzen, so sucht er auch weniger nach Unterstützung als jemand, der religiös oder spirituell ist (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 17,933, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 8,345$, $p < 0,001$; s. Abbildung 16).

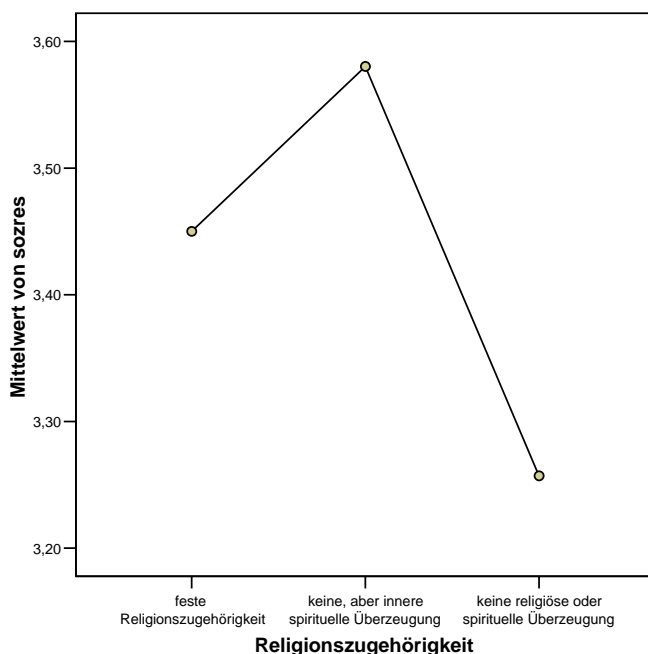
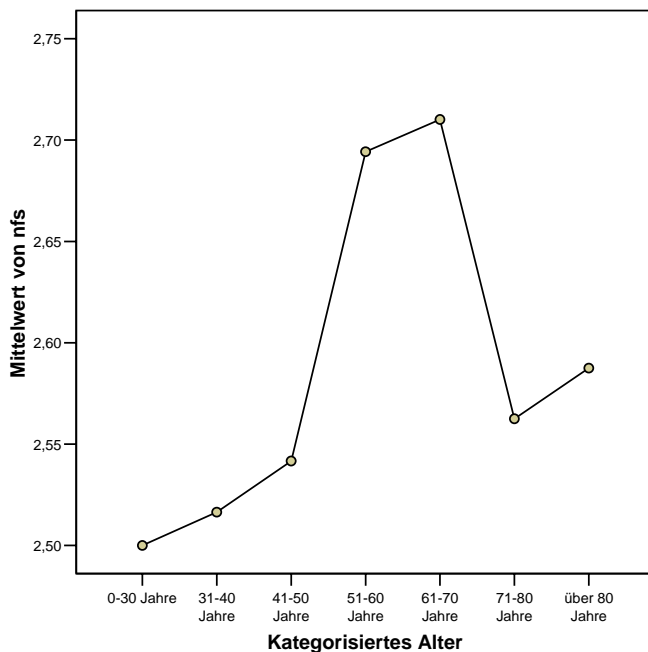


Abbildung 17: Mittelwert-Diagramm von Sozialer Resonanz (sozres) und Religionszugehörigkeit

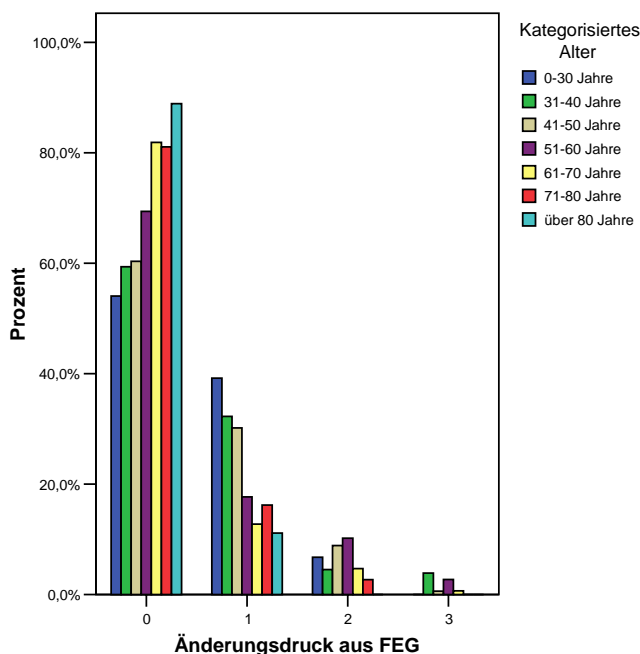
Eine zweite Verbindung besteht zur *Sozialen Resonanz* (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 20,272, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 10,724$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 11,567, $p < 0,001$; s. Abbildung 17): Alle drei Religionszugehörigkeitsgruppen unterscheiden sich dabei in der berichteten Sozialen Resonanz, wobei Befragte mit einer festen Religionszugehörigkeit oder inneren, spirituellen Überzeugung höhere Werte in der Sozialen Resonanz aufweisen als Befragte ohne Religionszugehörigkeit und innere, spirituelle Überzeugung.

Das Alter der Befragten zeigt aussagekräftige Beziehungen zum *Unterstützungsbedürfnis* und dem *Änderungsdruck*.



So geben junge sowie sehr alte Befragte ein geringeres Bedürfnis nach Unterstützung an als Befragte im Altersbereich zwischen 50 und 70 Jahren (ONEWAY: $F = 8,303$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 6,025, $p < 0,001$; s. Abbildung 18).

Abbildung 18: Mittelwert-Diagramm von Unterstützungsbedürfnis (nfs) und Alter



Auch für den Kennwert *Änderungsdruck* zeigt sich ein starker Alterseffekt: Wie Abbildung 19 deutlich zeigt, sinkt auch der Veränderungswunsch im privaten Netzwerk mit steigendem Alter (Spearman: $r = -0,219^{***}$; ONEWAY: $F = 14,803$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 21,114, $p < 0,001$).

Abbildung 19: Änderungsdruck und Alter

Viele Zusammenhänge weist die Variable Personengruppe auf. Von Interesse sind hier vor allem die Beziehungen zur *Sozialen Unterstützung*, der *Sozialen Resonanz*, der *Netzgröße*, der *Netzstärke* sowie zum *Zufriedenheitsindex*.

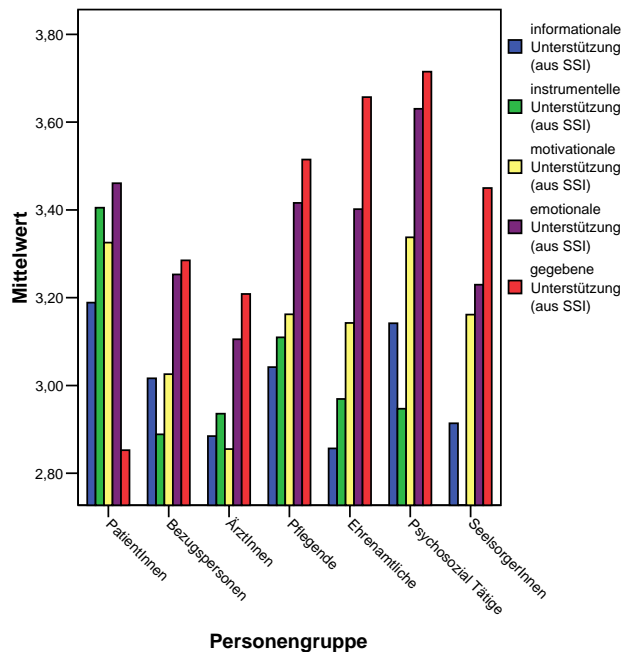


Abbildung 20: Soziale Unterstützung und Personengruppe

Es zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen allen *Komponenten sozialer Unterstützung* und der Personengruppe der Befragten (s. Abbildung 20, Abbildung 21, Abbildung 22):

Alle Befragten, abgesehen von den PatientInnen, geben an, im Durchschnitt mehr Unterstützung zu geben als zu erhalten (s. Abbildung 20).

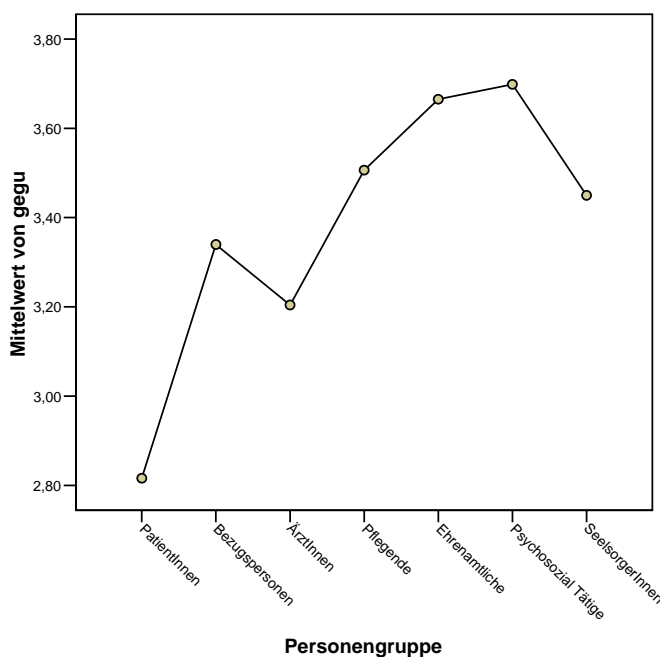
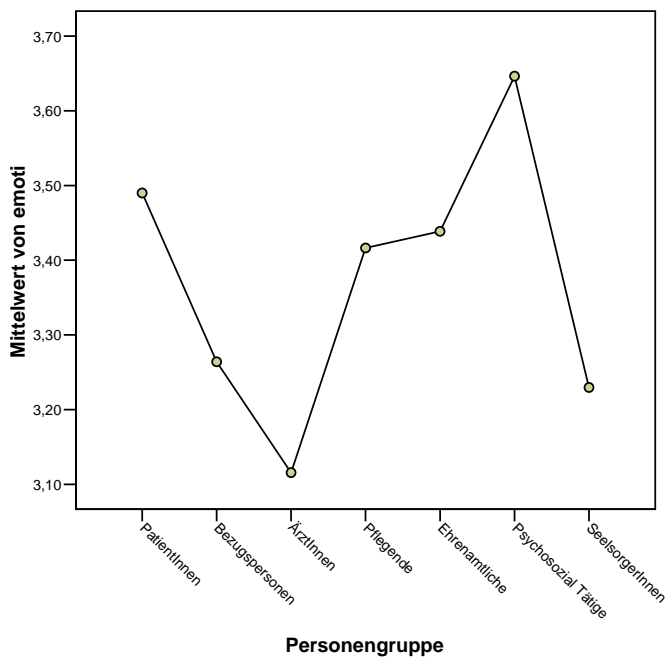


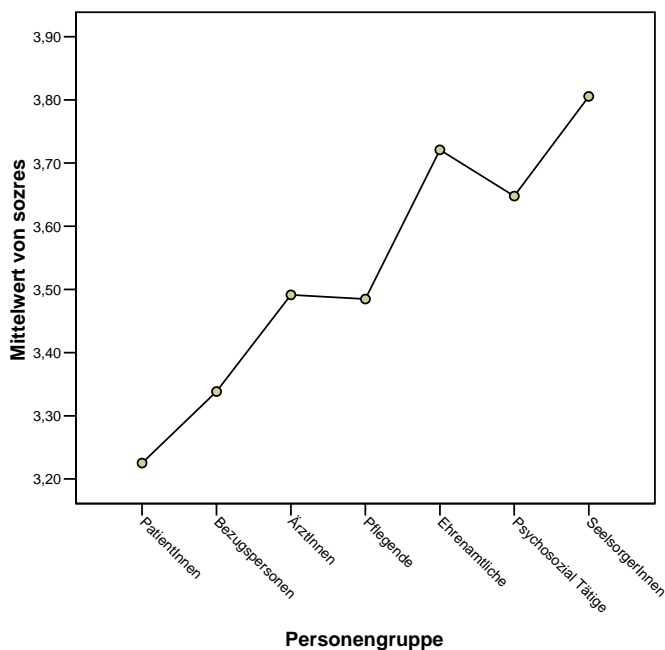
Abbildung 21: Mittelwert-Diagramm für Gegebene Unterstützung (gegu) und Personengruppe

Die *Gegebene Unterstützung* unterscheidet sich dabei stark in den verschiedenen Personengruppen (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 78,981, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 17,096$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 19,267, $p < 0,001$; s. Abbildung 21).



Bei der erhaltenen, sozialen Unterstützung ist die *Emotionale Unterstützung* von besonderem Interesse. Hier ergibt sich, dass ÄrztInnen von allen Personengruppen die geringste emotionale Unterstützung erhalten (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 19,959, $p = 0,003$; ONEWAY: $F = 3,452$, $p < 0,002$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 3,805, $p = 0,001$; s. Abbildung 22).

Abbildung 22: Mittelwert-Diagramm für Emotionale Unterstützung (emoti) und Personengruppe



Weiterhin zeigt sich eine starke Interaktion mit der *Sozialen Resonanz* (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 84,268, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 14,488$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 18,155, $p < 0,001$; s. Abbildung 23): PatientInnen zeigen die geringste *Soziale Resonanz*, während Ehrenamtliche, Psychosoziale und Geistliche eine homogene Untergruppe mit der höchsten *Sozialen Resonanz* aller Befragten bilden.

Abbildung 23: Mittelwert-Diagramm für Soziale Resonanz (sozres) und Personengruppe

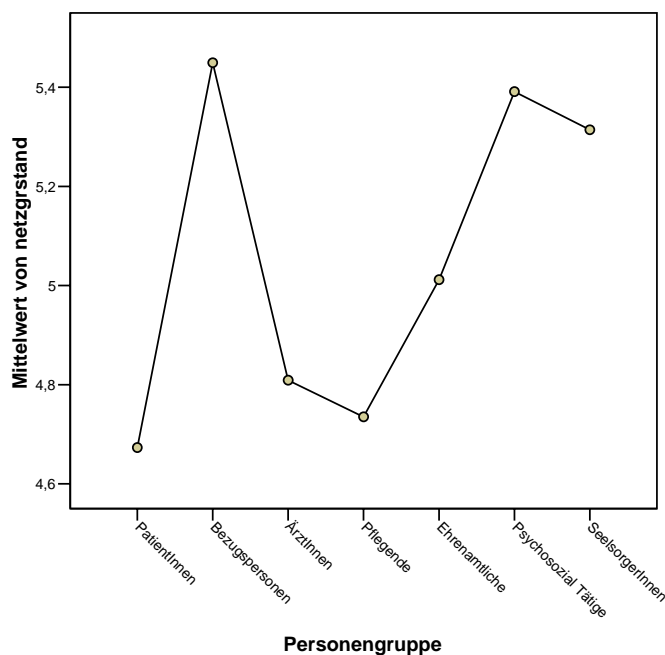


Abbildung 24: Mittelwert-Diagramm für Netzgröße (netzgrstand, standardisiert) und Personengruppe

Ein ebenso aussagekräftiges Bild ergibt sich bei der Betrachtung von *Netzgröße* und Personengruppe (s. Abbildung 24). Inferenzstatistisch wird ein Unterschied der *Netzgröße* in den einzelnen Personengruppen belegt (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 51,959, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 9,341$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 9,979, $p < 0,001$). Es weisen dabei PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegende geringere *Netzgrößen* auf als Bezugspersonen und Psychosozial Tätige.

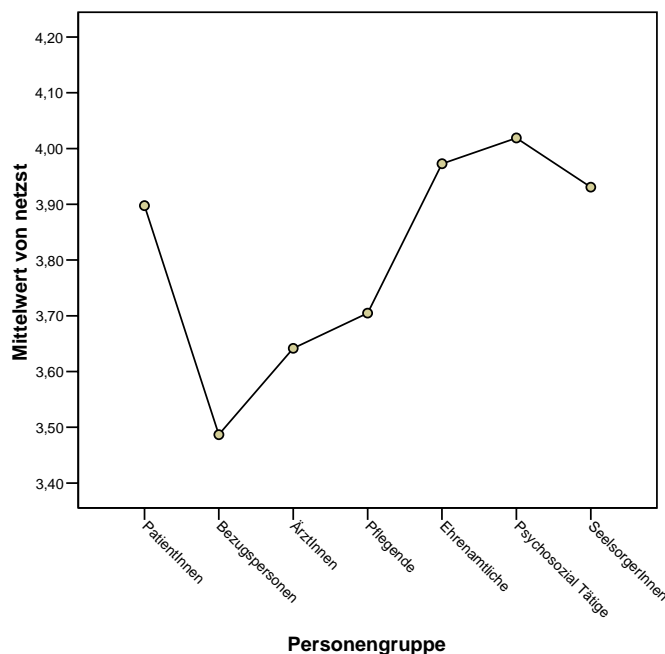
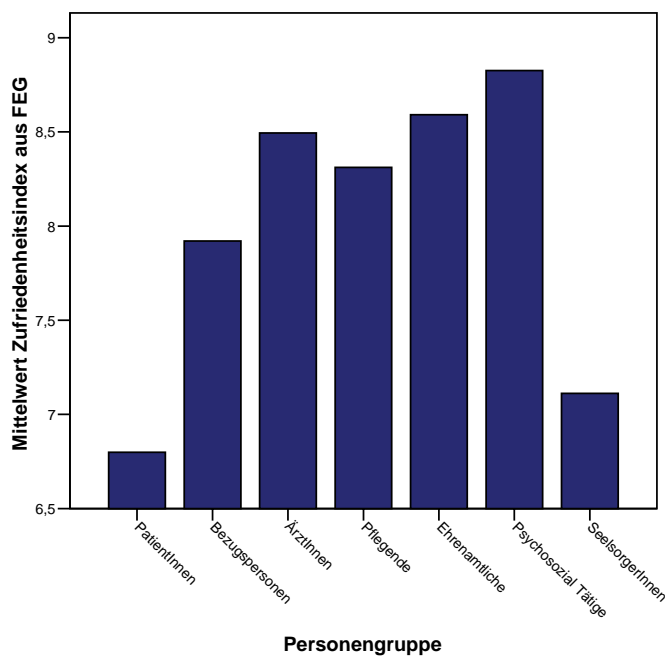


Abbildung 25: Mittelwert-Diagramm für Netzstärke (netzst) und Personengruppe

Aufschlussreich ist auch diese Relation zwischen *Netzstärke* und Personengruppe. Es zeigen sich hier Unterschiede in der *Netzstärke* von Bezugspersonen auf der einen Seite und von PatientInnen, Ehrenamtlichen, Psychosozial Tätigen sowie Seelsorgenden auf der anderen Seite (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 37,141, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 6,914$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 7,743, $p < 0,001$; s. Abbildung 25).



Eine deutliche Interaktion besteht schließlich zwischen *Zufriedenheitsindex* und befragter Personengruppe: PatientInnen zeigen geringere Zufriedenheitswerte als alle anderen Personengruppen (Kruskal-Wallis-Test-Test: Chi-Quadrat = 37,129, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 7,122$, $p < 0,001$; s. Abbildung 26).

Abbildung 26: Mittelwerte des Zufriedenheitsindex in den Personengruppen

Wie bei den Personengruppen werden auch bei den Institutionsarten aussagekräftige Verbindungen zu ausgewählten, sozialen Ressourcen deutlich; im Besonderen zur *Sozialen Unterstützung*, zur *Sozialen Resonanz*, zur *Netzgröße* sowie zur *Netzstärke*, wie im Folgenden dargestellt wird.

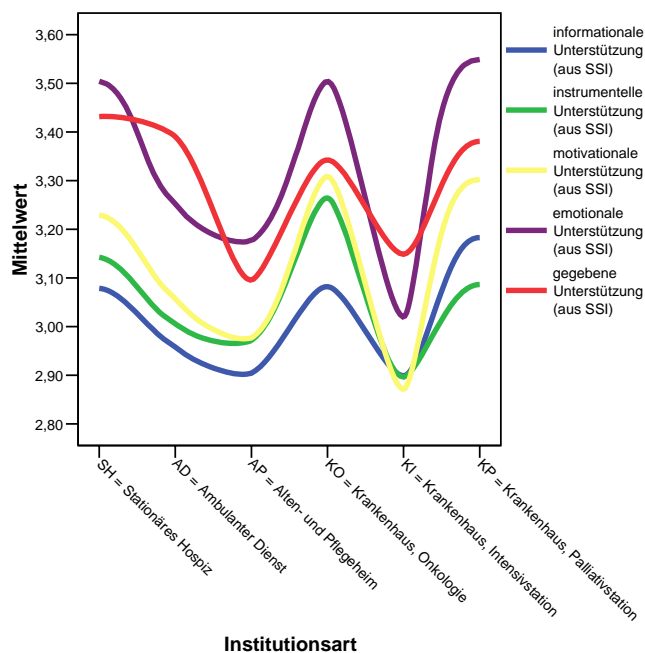
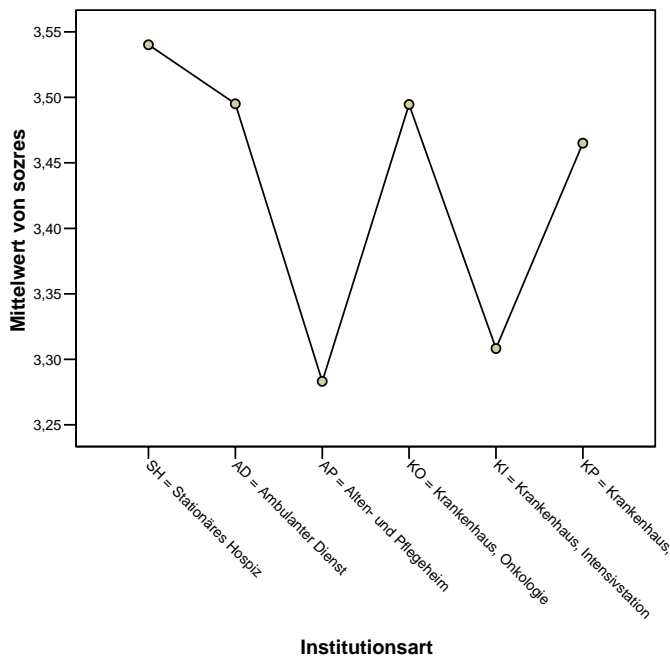


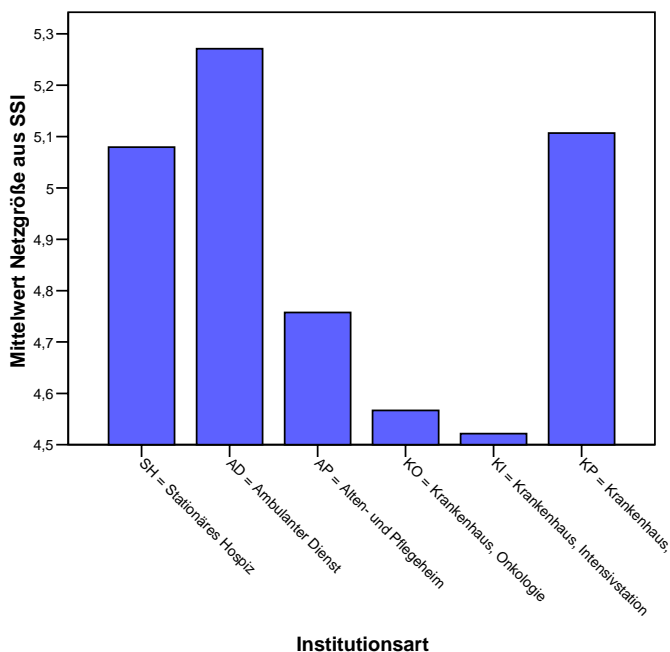
Abbildung 27: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten sozialer Unterstützung und der Institutionsart (Kurven zeigen den Spline an. Splines repräsentieren eine allgemeine Klasse von Funktionen die bei vielen Interpolationen eingesetzt werden. Dabei wird ein kubisches Polynom so durch zwei Datenpunkte gelegt, dass an den Datenpunkten die erste und die zweite Ableitung kontinuierlich ist (Vgl. Lohninger, 2006). In dieser Abbildung ist diese Linienart leider falsch gewählt, da es sich bei der Institutionsart um eine ordinale Variable mit folglich diskreten Ausprägungen handelt. Die folgenden Spline-Diagramme sind hingegen korrekt.

So ergibt sich ein starker Zusammenhang zwischen der *sozialen Unterstützung* und der Institutionsart des Befragten (s. Abbildung 27): In ambulanten Diensten und intensivmedizinischen Stationen überragt dabei die gegebene die empfangene Unterstützung. Befragte von intensivmedizinischen Stationen erhalten zudem von allen Institutionsarten die geringste soziale Unterstützung. Die Teststatistiken zeigen dabei starke Bezüge für erhaltene motivationale bzw. emotionale Unterstützung (*Motivationale Unterstützung*: Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 26,987, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 5,025$, $p < 0,001$; *Emotionale Unterstützung*: Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 35,735, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 7,808$, $p < 0,001$).



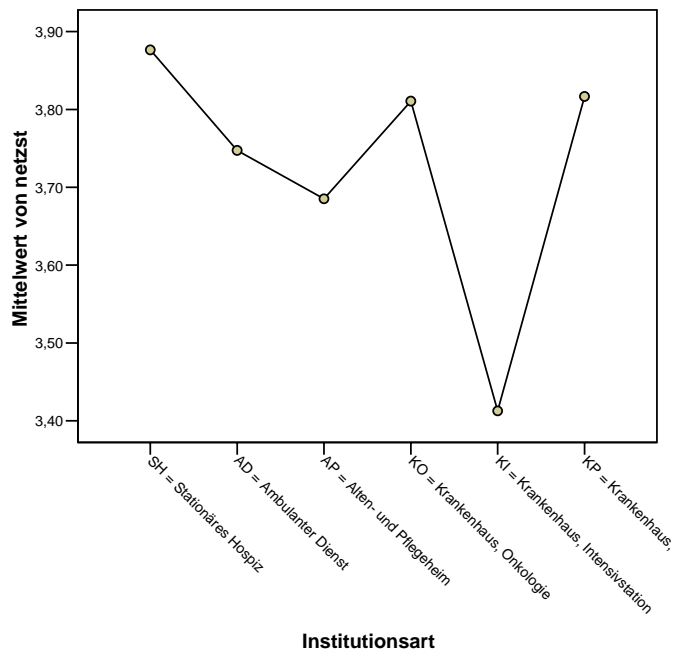
Zudem besteht eine starke Interaktion mit der *Sozialen Resonanz* (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 30,969, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 5,014$, $p < 0,001$; s. Abbildung 28): Befragte in Alten- und Pflegeheimen sowie intensivmedizinischen Stationen geben dabei eine geringere *Soziale Resonanz* an als Befragte in anderen Institutionen.

Abbildung 28: Mittelwert-Diagramm von Sozialer Resonanz (sozres) und Institutionsart



Deutlich zeigt sich auch die Lage in Betrachtung der *Netzgröße* (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 45,090, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 7,391$, $p < 0,001$; s. Abbildung 29): Befragte aus stationären Hospizen, ambulanten Diensten sowie den palliativmedizinischen Stationen verfügen über weitaus größere, soziale Netze als Befragte aus Alten- und Pflegeheimen sowie aus onkologischen oder intensivmedizinischen Stationen. Besonders aussagekräftig sind diese Zusammenhänge für die Personenuntergruppen der PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegenden.

Abbildung 29: Mittelwerte in der Netzgröße bei Befragten aus unterschiedlichen Institutionsarten



Schließlich zeigt sich auch ein Zusammenhang zwischen *Netzstärke* und Institutionsart (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 27,294, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 5,785$, $p < 0,001$; s. Abbildung 30). Hier ist die *Netzstärke* von Befragten aus Intensivstationen die geringste, während sie bei Befragten aus stationären Hospizen am höchsten liegt.

Abbildung 30: Mittelwertdiagramm des Zusammenhangs zwischen Netzstärke (netzst) und Institutionsart

In Abschluss der Betrachtung von Interaktionen zwischen sozialen Ressourcen und den Rahmendaten der Stichprobe lässt sich festhalten, dass es sich um eine sehr heterogene Stichprobe handelt, die relativ großen Einfluss auf die jeweilige Ausprägung von sozialen Ressourcen nimmt. In der weiteren Analyse der sozialen Ressourcen wird daher der Einfluss der demographischen Rahmendaten kontrolliert.

Darstellung von Wohlbefindens- und Beanspruchungsindices in der Stichprobe

Im Folgenden werden zunächst die Wohlbefindens- und Belastungs- bzw. Beanspruchungsindices mit ihren Beziehungen zu den Rahmendaten der Stichprobe dargestellt. Dies bildet die Grundlage für den darauf folgenden Schritt, in welchem die Beziehungen zwischen den sozialen Ressourcen und diesen Outcome-Variablen hergestellt werden.

Als Outcome-Variablen für die Auswirkungen sozialer Ressourcen dienen Wohlbefindens- und Belastungsmaße, die ebenfalls im Fragebogen erhoben wurden. Diese sind:

Wohlbefindensindices (aus FEG; Dlugosch & Krieger, 1995):

- *Allgemeines Wohlbefinden*
- *Momentanes Wohlbefinden*

Maße der allgemeinen Belastung (aus FEG; Dlugosch & Krieger, 1995):

- *Anzahl der Belastungsquellen*
- *Ausmaß der Belastung*

Berufsbedingte Beanspruchung bei Professionellen (aus BHD; Hacker & Reinhold, 1999):

- *Vorwiegend Emotionale Erschöpfung*
- *Arbeitsplatzbedingte Intrinsische Motivierung*
- *Erlebte Unzufriedenheit in der Arbeit*
- *Klientenaversion*
- *Reaktives Abschirmen*

Für die Outcome-Variablen ergeben sich folgende statistische Werte in der untersuchten Stichprobe (Operationalisierung und Häufigkeitsverteilungen der Outcome-Variablen befinden sich in Anhang 4):

Name der Outcome-Variable	SPSS-Name	N	Minimum - Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Allgemeines Wohlbefinden	wb01/feg01	766	-3 – 3	1,51	1,386
Momentanes Wohlbefinden	wb02/feg02	767	-3 – 3	0,78	1,711
Anzahl der Belastungsquellen	belsum	727	1 – 8	4,52	2,073
Ausmaß der Belastung	belquel	727	1 – 29	7,89	4,208
Emotionale Erschöpfung	emersch	469	1,00 – 7,00	3,511	1,345
Intrinsische Motivierung	intmot	469	2,20 – 7,00	5,738	0,872
Erlebte Unzufriedenheit	unzuf	468	1,00 – 6,80	2,652	1,338
Klientenaversion	kliav	469	1,00 – 7,00	2,867	1,404
Reaktives Abschirmen	reab	468	1,00 – 7,00	3,099	0,990

Tabelle 4: Statistische Werte der Outcome-Variablen

Auch bei den Outcome-Variablen werden zunächst die wichtigsten Relationen zu den Rahmendaten der Stichprobe vorgestellt (Zusammenhangsmaße wurden korrelativ, Unterschiedsmaße varianzanalytisch bestimmt). In Anhang 5 sind alle signifikanten Verbindungen samt ihrer Prüfgrößen zu finden. Relevante Ergebnisse im obigen Sinn werden im Folgenden kurz dargestellt.

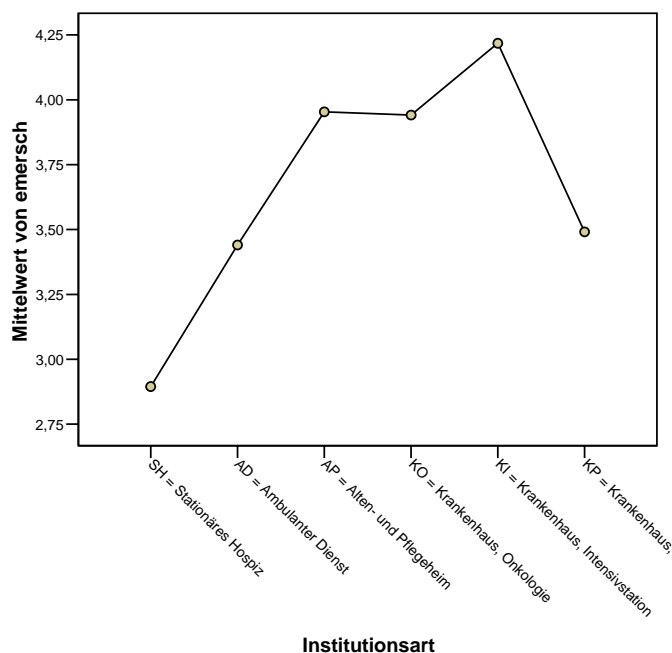


Abbildung 31: Mittelwert-Diagramm für emotionale Erschöpfung (emersch) und Institutionsart

Bedeutsame Relationen ergeben sich zwischen allen *Indices beruflicher Beanspruchung* und der Institutionsart bei den befragten Professionellen:

Professionell Tätige auf intensivmedizinischen Stationen zeigen sich am höchsten *emotional erschöpft* (s. Abbildung 31), am geringsten *intrinsisch motiviert* (s. Abbildung 32) sowie am *unzufriedensten im*

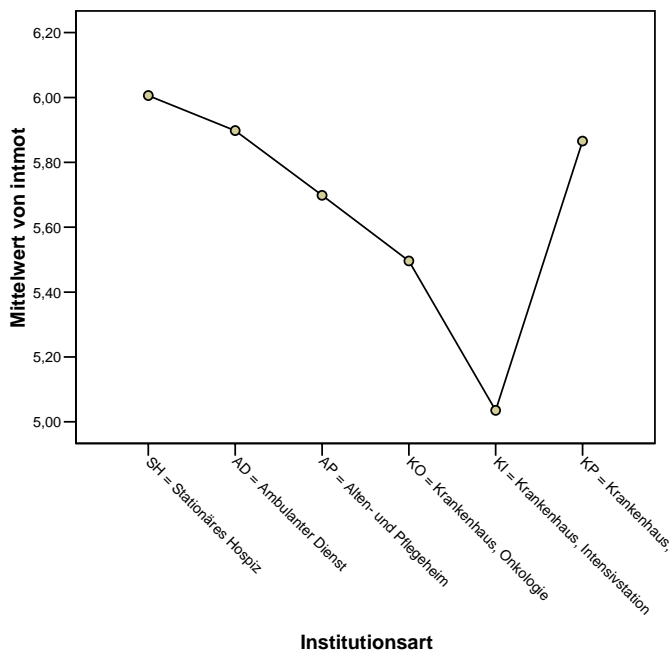


Abbildung 32: Mittelwert-Diagramm für Intrinsische Motivierung (intmot) und Institutionsart

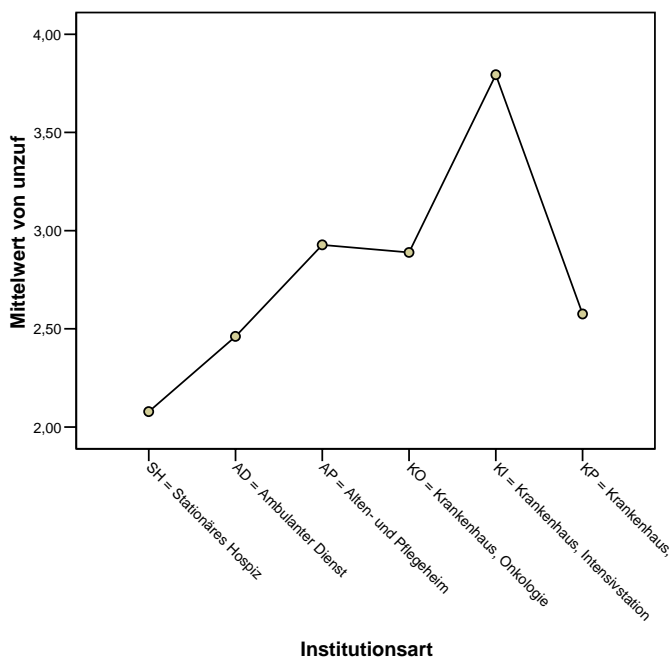


Abbildung 33: Mittelwert-Diagramm für Unzufriedenheit (unzuf) und Institutionsart

Arbeitssetting (s. Abbildung 33) im Vergleich mit allen anderen Institutionsarten. In stationären Hospizen sind die MitarbeiterInnen dagegen am geringsten emotional erschöpft, am höchsten intrinsisch motiviert sowie am wenigsten unzufrieden mit ihrer Arbeitsumgebung im Vergleich mit allen anderen Institutionsumgebungen.

(Für *Emotionale Erschöpfung*: ONEWAY: $F = 13,205$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 13,218, $p < 0,001$; Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 61,003, $p < 0,001$; für *Intrinsische Motivierung*: ONEWAY: $F = 15,054$, $p < 0,001$; Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 72,711, $p < 0,001$; für *Erlebte Unzufriedenheit*: ONEWAY: $F = 19,097$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 18,399, $p < 0,001$; Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 84,205, $p < 0,001$)

Diese Zusammenhänge gelten in weniger ausgeprägter Form auch für die Beanspruchungsindices *Klientenaversion* und *Reaktives Abschirmen*.

Auch die Personengruppen der Stichprobe unterscheiden sich tiefgreifend in allen Wohlbefindens- und Belastungsindices:

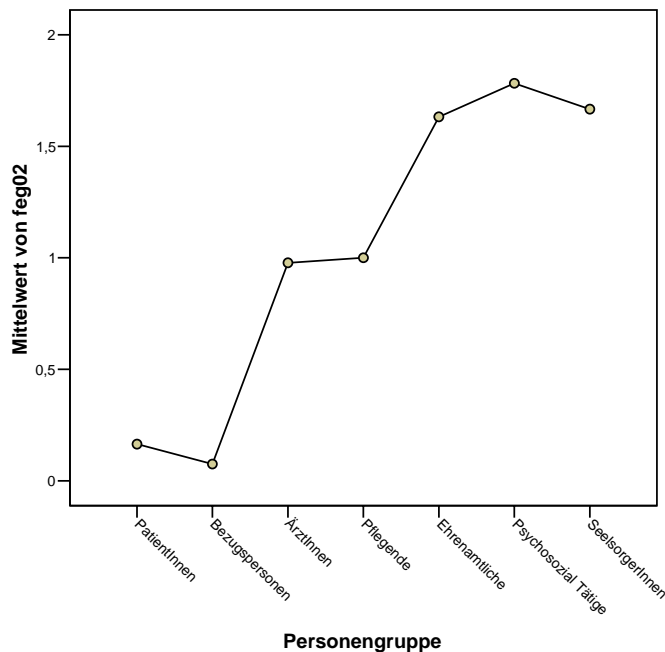


Abbildung 34: Mittelwert-Diagramm zu Momentanem Wohlbefinden (feg02) und Personengruppe

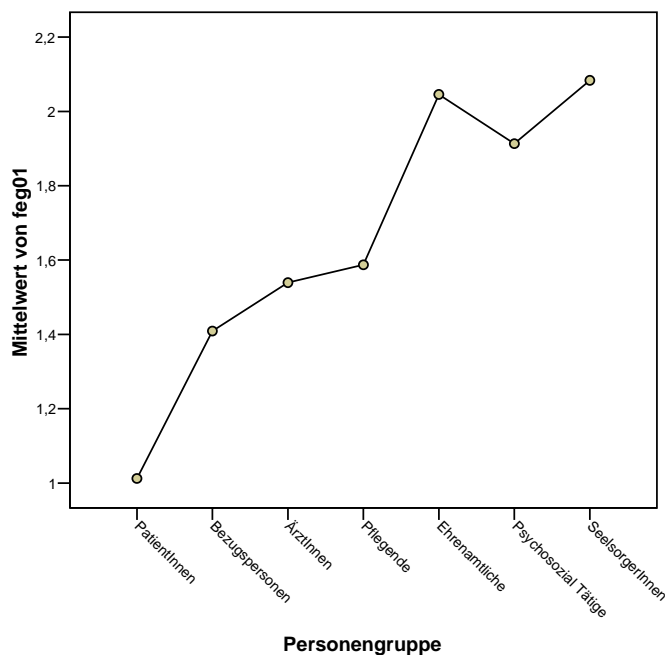


Abbildung 35: Mittelwert-Diagramm zu Generellem Wohlbefinden (feg01) und Personengruppe

Die Gruppe der Ehrenamtlich Tätigen, Psychosozial Tätigen und Seelsorgenden geben im *Generellen* und *Momentanen Wohlbefinden* die höchsten Werte an. Diese Berufsgruppen fühlen sich sowohl generell als auch momentan am wohlsten. Die Mittelgruppe im Wohlbefinden bilden ArztInnen und Pflegendе, während die Gruppe der PatientInnen sowohl im momentanen als auch im generellen Wohlbefinden die niedrigsten Werte angibt. Als speziell zeigt sich die Gruppe der Bezugspersonen: Ihre generelle Zufriedenheit mit ihrem Leben liegt im Durchschnitt; nach dem momentanen Wohlbefinden befragt, geben Bezugspersonen jedoch noch geringere Werte an als PatientInnen (für *Momentanes Wohlbefinden*: Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 85,904, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 16,431$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 21,083, $p < 0,001$; für *Generelles Wohlbefinden*: ONEWAY: $F = 7,669$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = 9,618, $p < 0,001$; s. Abbildung 34, Abbildung 35).

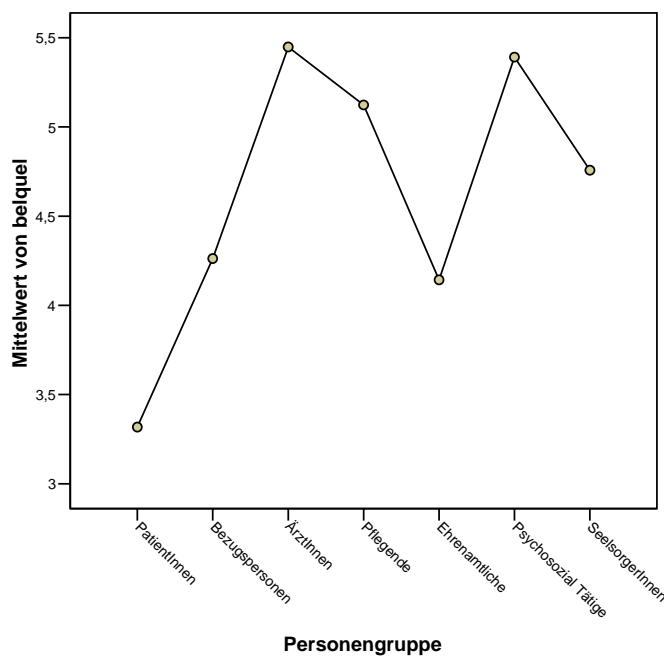


Abbildung 36: Mittelwert-Diagramm zu Anzahl der Belastungsquellen (belquel) und Personengruppe

Auch die *Anzahl der Belastungsquellen* unterscheidet sich in den Personengruppen (Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = 95,023, $p < 0,001$; ONEWAY: $F = 18,424$, $p < 0,001$; s. Abbildung 36). PatientInnen führen die wenigsten Belastungsquellen an, während ÄrztInnen die meisten Belastungsquellen angeben. (Bei PatientInnen können die Ursachen dieses Zusammenhangs zum einen in der tatsächlichen, subjektiv geringeren Beanspruchung im Alter liegen, zum anderen methodischer Art sein, da einige Antwortalternativen zu Belastungsquellen, z.B. Arbeit/Beruf, im Alter nicht mehr zutreffen.)

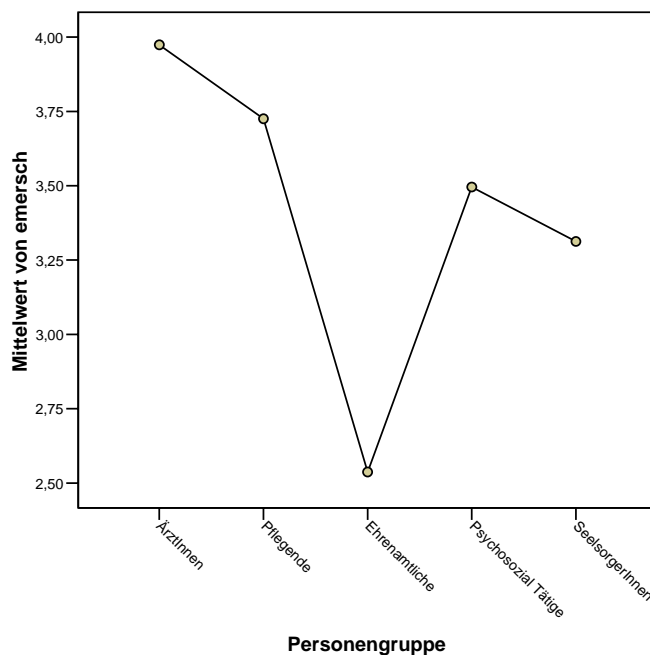


Abbildung 37: Mittelwert-Diagramm zu Emotionaler Erschöpfung (emersch) und Personengruppe

Wie zuvor schon bei den Institutionsarten zeigen auch die Personengruppen der befragten Professionellen deutliche Unterschiede in allen *Indices beruflicher Beanspruchung* (s. Abbildung 37, Abbildung 38, Abbildung 39). Die Mittelwert-Diagramme für die Dimensionen *Emotionale Erschöpfung, Unzufriedenheit mit der Arbeit* und *Reaktives Abschirmen* weisen einheitliche Interaktionen auf: Ehrenamtlich Tätige empfinden sich von allen Personengruppen am

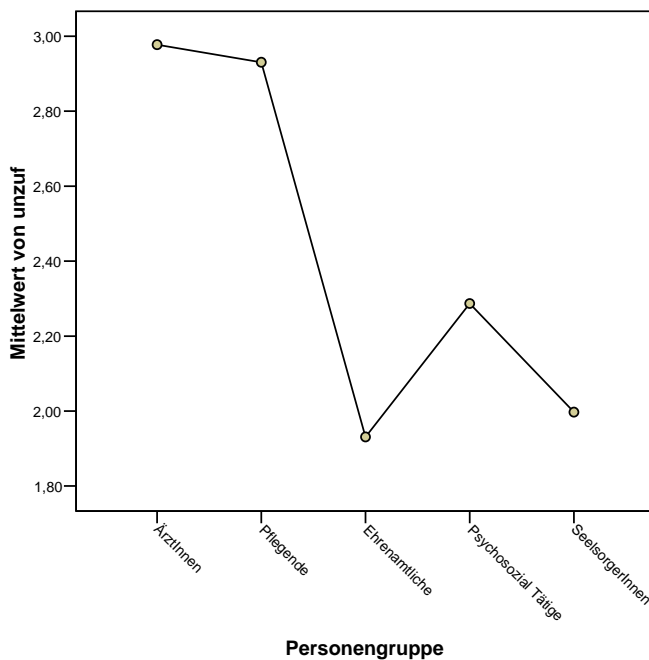


Abbildung 38: Mittelwert-Diagramm zu Unzufriedenheit (unzuf) und Personengruppe

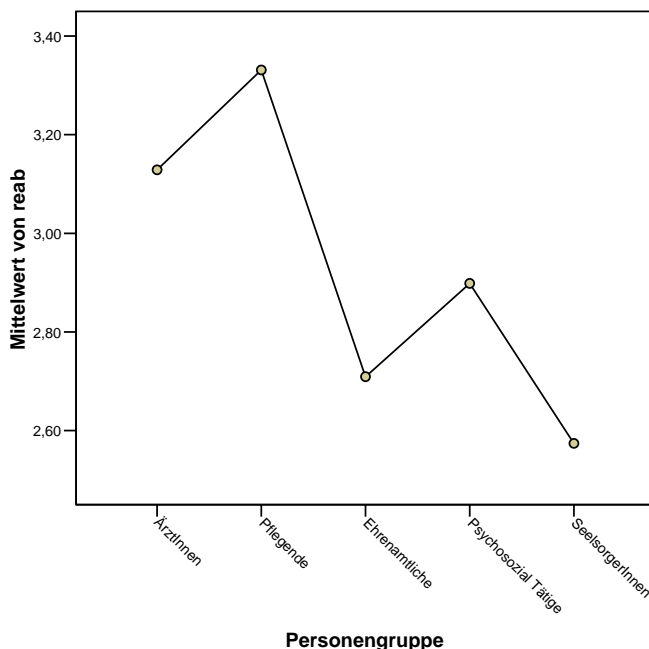


Abbildung 39: Mittelwert-Diagramm zu Reaktivem Abschirmen (reab) und Personengruppe

wenigsten emotional erschöpft. Die höchste emotionale Erschöpfung weisen die ÄrztInnen auf. Die erlebte Unzufriedenheit mit der Arbeit ist bei Ehrenamtlichen und Seelsorgenden von allen Personengruppen am geringsten. Hier belegen ÄrztInnen und Pflegende die höchsten Gruppenwerte. Reaktives Abschirmen als Reaktion auf belastende Arbeitszusammenhänge findet sich bei Ehrenamtlichen und Seelsorgenden am geringsten ausgeprägt. Die höchsten Gruppenwerte zeigen sich auch hier bei Pflegenden (und ÄrztInnen).

Diese inhaltlichen Untergruppen lassen sich auch bei *Intrinsischer Motivierung* und *Klientenaversion* ausmachen.

(Für *Emotionale Erschöpfung*: ONEWAY: $F = 17,809$, $p < 0,001$; Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = $64,122$, $p < 0,001$; für *Unzufriedenheit*: ONEWAY: $F = 14,084$, $p < 0,001$; Brown-Forsythe-Test: Statistik = $17,705$, $p < 0,001$; Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = $55,513$, $p < 0,001$; für *Reaktives Abschirmen*: ONEWAY: $F = 10,079$, $p < 0,001$; Kruskal-Wallis-Test: Chi-Quadrat = $35,206$, $p < 0,001$)

Der Zusammenhang der Outcome-Variablen untereinander stellt sich korrelativ wie folgt dar:

		Generelles Wohlbefinden	Momentanes Wohlbefinden	Anzahl der Belastungsquellen	Höhe des Belastungsmaßes	Emotionale Erschöpfung	Intrinsische Motivierung	Erlebte Unzufriedenheit	Klientenaversion	Reaktives Abschirmen
<i>Generelles Wohlbefinden</i>	Korr. Sign.	1,000 .	,447(**) ,000	-,199(**) ,000	-,340(**) ,000	-,378(**) ,000	,381(**) ,000	-,378(**) ,000	-,220(**) ,000	-,097(*) ,037
<i>Momentanes Wohlbefinden</i>	Korr. Sign.		1,000 .	-,071 ,056	-,280(**) ,000	-,451(**) ,000	,358(**) ,000	-,429(**) ,000	-,272(**) ,000	-,104(*) ,025
<i>Anzahl der Belastungsquellen</i>	Korr. Sign.			1,000 .	,806(**) ,000	,295(**) ,000	-,262(**) ,000	,281(**) ,000	,192(**) ,000	,090 ,056
<i>Höhe des Belastungsmaßes</i>	Korr. Sign.				1,000 .	,402(**) ,000	-,294(**) ,000	,375(**) ,000	,187(**) ,000	,025 ,593
<i>Emotionale Erschöpfung</i>	Korr. Sign.					1,000 .	-,367(**) ,000	,577(**) ,000	,300(**) ,000	,103(*) ,026
<i>Intrinsische Motivierung</i>	Korr. Sign.						1,000 .	-,600(**) ,000	-,322(**) ,000	-,229(**) ,000
<i>Erlebte Unzufriedenheit in der Arbeit</i>	Korr. Sign.							1,000 .	,418(**) ,000	,203(**) ,000
<i>Klientenaversion</i>	Korr. Sign.								1,000 .	,158(**) ,001
<i>Reaktives Abschirmen</i>	Korr. Sign.									1,000 .

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 5: Korrelative Beziehungen der Outcome-Variablen (Korrelationen nach Pearson)

Die korrelativen Beziehungen zwischen *Generellem* und *Momentanem Wohlbefinden*, zwischen *Anzahl der Belastungsquellen* und *Belastungsmaß* sowie zwischen *Emotionaler Erschöpfung*, *Intrinsischer Motivierung*, *Erlebter Unzufriedenheit*, *Klientenaversion* und *Reaktivem Abschirmen* sind erwartungsgemäß hoch, denn die jeweiligen Einzelvariablen gehören jeweils zu einem Konzept bzw. Instrument.

(Innerhalb der Skalen für berufsbedingte Beanspruchung aus dem BHD liegen die Korrelationen unterschiedlich hoch und teilweise auch in mäßiger Höhe. Dies entspricht den Ergebnissen und Empfehlungen der Autoren des Instruments, nicht einen Gesamtscore von beruflicher Beanspruchung zu bilden, sondern die Einzelskalen als Beanspruchungsprofil zu verwenden.)

Von den insgesamt 36 Korrelationen sind 29 hoch signifikant (und liegen im Bereich von 0,158 bis 0,806), drei sind signifikant und drei nicht signifikant; die schwächsten Verbindungen zeigen sich dabei zum *Reaktiven Abschirmen*.

Aus diesen Daten kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es sich bei den erhobenen Outcome-Variablen in der Tat um Aspekte eines Konzepts von Befindlichkeit handelt. Eine über alle Outcome-Variablen durchgeführte Faktorenanalyse bestätigt diese Ergebnisse. Sie zeigt zwei Faktoren: *Generelles Wohlbefinden*, *Momentanes Wohlbefinden* und *Intrinsische Motivierung* bilden einen Faktor, während die *Anzahl der Belastungsquellen* und das *Belastungsmaß* in einen zweiten Faktor fallen. *Emotionale Erschöpfung*, *Unzufriedenheit*, *Klientenaversion* und *Reaktives Abschirmen* laden mit unterschiedlichen Gewichtungen auf beiden Faktoren, bilden dabei hauptsächlich mit den Wohlbefindensindices ein Kontinuum. Es handelt sich bei Beanspruchung und Wohlbefinden also um unterschiedliche Konzepte und nicht um zwei Pole einer Dimension.

Die hypothetisch angenommene Struktur der Outcome-Variablen als Teile des Konzepts von Befindlichkeit sowie die Zugehörigkeit der einzelnen Variablen zu den zwei Achsen von Wohlbefinden und Beanspruchung kann dadurch vorläufig bestätigt werden.

Beziehungen zwischen sozialen Ressourcen und Wohlbefindens- bzw. Beanspruchungsindices

Die Art und Stärke der Interaktionen zwischen den sozialen Ressourcen und den Wohlbefindens- und Belastungsmaßen wird durch Korrelationen, partielle Korrelationen (bei Kontrolle der demographischen Rahmendaten) sowie durch Varianz- und Kovarianzanalysen (demographische Rahmendaten als Kovariaten) bestimmt. Anhang 6 gibt die Korrelationsbeziehungen wieder, Anhang 7 die varianzanalytischen Bezüge.

Es zeigen sich viele signifikante Zusammenhänge zwischen den sozialen Ressourcen und Wohlbefindens- bzw. Belastungsmaßen. Es kann somit bestätigt werden, dass soziale Ressourcen Auswirkungen auf Beanspruchung bzw. Belastung und Wohlbefinden haben. Aus der Fülle von signifikanten Zusammenhängen, die sich alle im mittleren Niveau befinden, sind folgende fünf Bezüge von Bedeutung:

Erstens: Die Komponenten sozialer Unterstützung (*Informationale, Instrumentelle, Motivationale, Emotionale* und *Gegebene Unterstützung*), die die objektiv erhaltene Unterstützung der Befragten wiedergeben, zeigen von allen Variablen die wenigsten signifikanten Beziehungen zu den Outcome-Variablen. Einige Einzelbezüge ergeben signifikante Korrelationen, varianzanalytisch lassen sich jedoch keine voneinander unterscheidbare Untergruppen ausmachen. Beim Konzept der sozialen Unterstützung hingegen, das durch *Wahrgenommene Unterstützung, Unterstützungsbedürfnis* sowie *Suche nach Unterstützung* operationalisiert wird (also der subjektiv empfunden und nicht der objektiv gegebenen Unterstützung), stellt sich die Verbindung zu den Outcome-Variablen anders dar: Hier zeigen sich relativ deutliche Interaktionen zwischen der *Wahrgenommenen Unterstützung* und den Outcome-Variablen (z.B. zu *Generellem Wohlbefinden*: GLM: $F = 5,390$, $p < 0,001$, CORR Spearman: $r = 0,342$, $p < 0,001$). Keine oder nicht relevante Relationen zeigen sich beim *Unterstützungsbedürfnis* sowie der *Suche nach Unterstützung*.

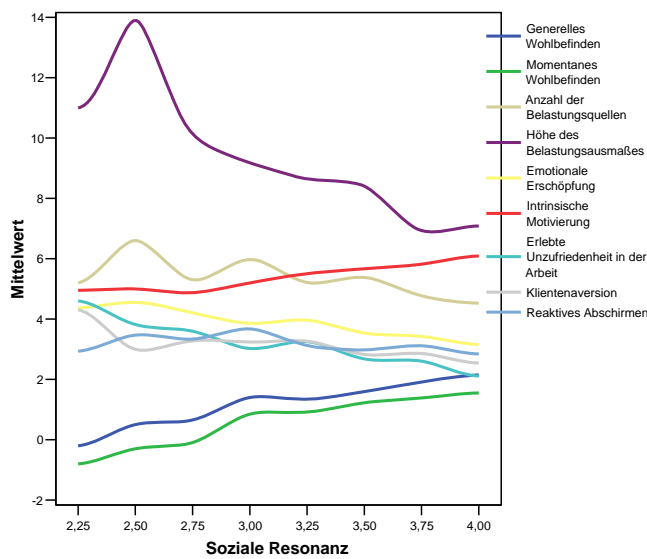


Abbildung 41: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten der Outcome-Variablen und der Sozialen Resonanz (Kurven zeigen den Spline an.)

Zweitens: Die *Soziale Resonanz*, d.h. das Gefühl des sinnvollen Eingebettetseins in die Welt, zeigt von allen sozialen Ressourcen durchweg die höchsten Interaktionen mit den Indices für Wohlbefinden und Belastung bzw. Beanspruchung (z.B. zu *Generellem Wohlbefinden*: GLM: $F = 7,221$, $p < 0,001$, $PARCORR = 0,358$, $p < 0,001$; zu *Belastungsausmaß*: GLM: $F = 4,065$, $p < 0,001$; zu *Unzufriedenheit*: GLM: $F = 4,219$, $p < 0,001$, $PARCORR = -0,377$, $p < 0,001$; s. Abbildung 41). Je höher die *Soziale Resonanz*, desto höher ist auch das Wohlbefinden und desto geringer sind Belastung und empfundene Beanspruchung im Arbeitssetting.

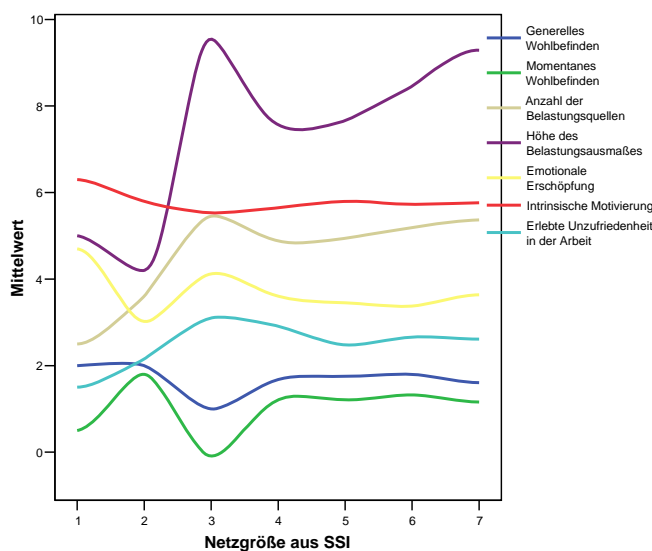


Abbildung 42: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten der Outcome-Variablen und der Netzgröße (Kurven zeigen den Spline an.)

Drittens: Die *Netzgröße*, die die objektive Größe des sozialen Netzes angibt, interagiert nicht in relevantem Ausmaß mit den Outcome-Variablen (s. Abbildung 42). Stärker sind die Zusammenhänge zwischen der *Netzstärke*, also der subjektiv empfundenen Qualität des sozialen Netzes, und Wohlbefinden bzw. Belastung (z.B. zu *Momentanem Wohlbefinden*: $PARCORR = -$

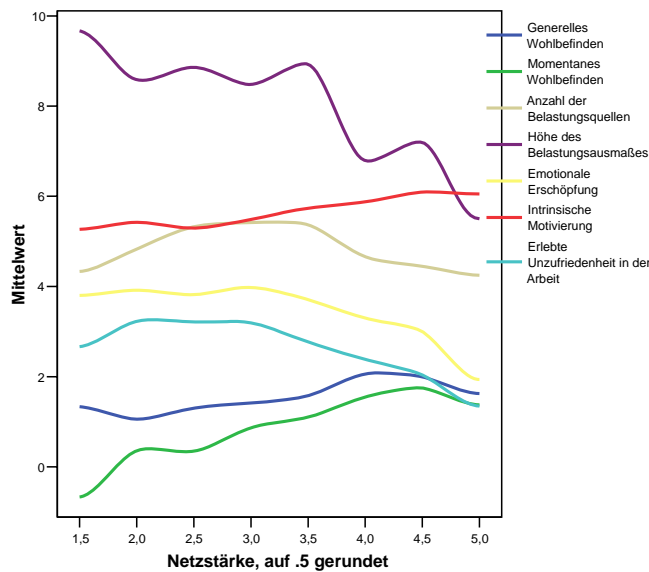


Abbildung 43: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten der Outcome-Variablen und der Netzstärke (Kurven zeigen den Spline an.)

0,296**, GLM: $F = 4,730$, $p < 0,001$; zu *Unzufriedenheit*: $PARCORR = -0,220$ **, GLM: $F = 4,429$, $p < 0,001$; s. Abbildung 43). Anhand der Abbildungen wird deutlich, dass die Größe des sozialen Netzes der Befragten keinen Einfluss auf ihr Wohlbefinden oder ihre Belastung bzw. Beanspruchung hat. Je größer jedoch die subjektive Zufriedenheit mit eben diesem umgebenden sozialen Netz bei den Befragten liegt, desto höher ist auch ihr Wohlbefinden bzw. desto geringer ihre allgemeine Belastung und berufsspezifische Beanspruchung.

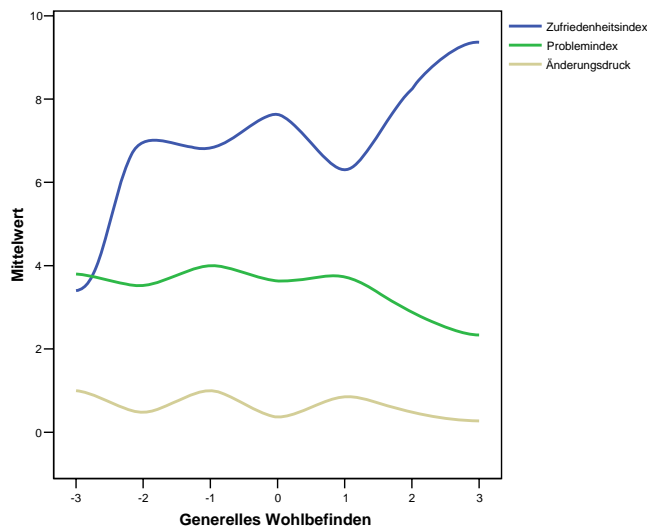


Abbildung 44: Zusammenhang der Mittelwerte von Zufriedenheits-, Problemindex, Änderungsdruck und Generellem Wohlbefinden

Viertens: Die fünf Maße *Zufriedenheitsindex*, *Problemindex*, *Änderungsdruck*, *Konstruktivität* und *Destruktivität* beschreiben die empfundene Qualität enger soziale Beziehungen. Hier zeigen sich bei den Maßen *Konstruktivität* und *Destruktivität* keine relevanten Bezüge zu den Outcome-Variablen. Von relativ hoher Relevanz sind jedoch die Maße *Zufriedenheitsindex*, *Problemindex* sowie *Änderungsdruck* (z.B. wie in Abbildung 44 zu *Generellem Wohlbefinden*: *Zufriedenheitsindex* –

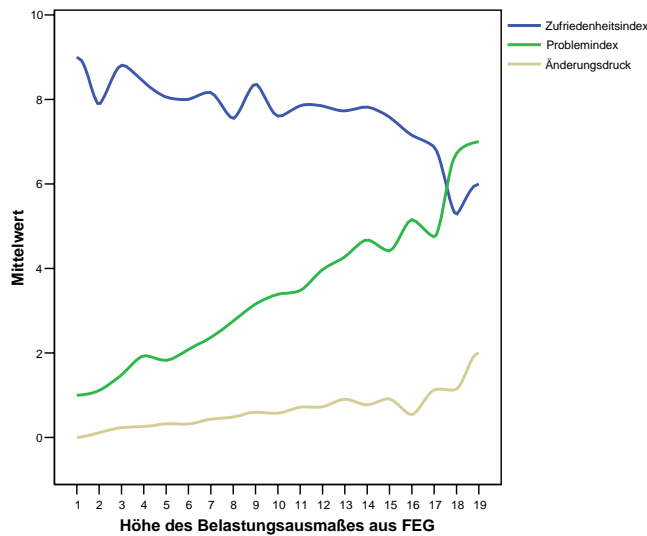


Abbildung 45: Zusammenhang der Mittelwerte von Zufriedenheits-, Problemindex, Änderungsdruck und Höhe des Belastungsmaßes

GLM: $F = 5,430$, $p < 0,001$, *Problemindex* – GLM: $F = 4,595$, $p < 0,001$, *Änderungsdruck* – GLM: $f = 5,987$, $p < 0,001$). In Abbildung 45 wird besonders deutlich, dass der *Zufriedenheits-* und der *Problemindex* nahezu spiegelbildlich gleiche Verbindungen zu Wohlbefindens- und Belastungsmaßen haben (lediglich die statistische Stärke der Verbindungen des *Problemindex* zu *Anzahl der Belastungsquellen* und *Ausmaß der Belastung* ist nicht bewertbar, da die hohen Zusammenhänge durch identische Items in den drei Maßen zustande kommen). Außerdem finden sich bei den beiden Maßen sowie beim *Änderungsdruck* relevante Zusammenhänge zu den Outcome-Variablen.

Fünftens: Unterscheidet man in den 16 Maßen von sozialen Ressourcen zwischen Kennwerten, die objektive Parameter (objektive Maß) und die subjektive Parameter (subjektive Einschätzung des Befragten) angeben (objektive Parameter: *Informationale Unterstützung, Instrumentelle Unterstützung, Motivationale Unterstützung, Emotionale Unterstützung, Netzgröße*; subjektive Parameter: *Wahrgenommene Unterstützung, Soziale Resonanz, Netzstärke, Zufriedenheitsindex, Problemindex, Änderungsdruck*), so zeigt sich, dass die subjektiven Indikatoren durchweg stärkere Verbindungen zum Wohlbefinden bzw. der Beanspruchung aufweisen.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zur Bedeutung von sozialen Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod:

- Die Stichprobe erweist sich im Hinblick auf die Ausprägung sozialer Ressourcen wie auf die Ausprägungen von Wohlbefindens- und Belastungs-/Beanspruchungsindices als sehr heterogen. Vor allem die Institutionsarten und die Personengruppen sind dabei für die große Variabilität verantwortlich.
- Soziale Ressourcen wirken sich auf Beanspruchung und Wohlbefinden aus.
- Die verschiedenen Komponenten sozialer Unterstützung (*Informationale, Instrumentelle, Motivationale, Emotionale und Gegebene Unterstützung*) haben keinen Einfluss auf Wohlbefinden und Beanspruchung.
- In dem Konzept von sozialer Unterstützung nach *Wahrgenommener Unterstützung, Unterstützungsbedürfnis* und *Suche nach Unterstützung* hat die *Wahrgenommene Unterstützung* starke Bezüge zu den Outcome-Variablen, das *Unterstützungsbedürfnis* sowie die *Suche nach Unterstützung* jedoch nicht.
- *Soziale Resonanz* zeigt von allen sozialen Ressourcen die stärksten Verbindungen zu Wohlbefinden und Belastung bzw. Beanspruchung.
- Die *Netzgröße*, welche die objektive Größe des sozialen Netzes angibt, wirkt sich nicht auf Wohlbefinden bzw. Beanspruchung aus. Die subjektiv empfundene Qualität des sozialen Netzes (*Netzstärke*) zeigt relevante korrelative Verbindungen mit den Outcome-Variablen.
- *Zufriedenheitsindex, Problemindex* sowie *Änderungsdruck* als Maße der Qualität enger sozialer Beziehungen als Ressource zeigen hohe Bezüge zu den Outcome-Variablen. Bei *Konstruktivität* und *Destruktivität* lassen sich keine relevanten Bezüge nachweisen.

- Die durchweg höchsten Varianzaufklärungen in den Outcome-Variablen lassen sich durch die *Soziale Resonanz*, die *Wahrgenommene Unterstützung*, den *Zufriedenheitsindex*, den *Problemindex* sowie den *Änderungsdruck* erzielen.
- Kennwerte für soziale Ressourcen, die in der subjektiven Wahrnehmung des Befragten fundiert sind, zeigen durchweg stärkere Beziehungen zu den Outcome-Variablen als Maße, die objektive Größen in der sozialen Umwelt angeben.

9.2. Analyse des Konzepts der sozialen Ressourcen

Im zweiten Teil der Ergebnisdarstellung soll nun das Konzept der sozialen Ressourcen näher analysiert werden. Bereits im theoretischen Teil der Arbeit wurde deutlich, dass die gängigen Konzeptionen sozialer Ressourcen Einschränkungen unterliegen und dass die Trennung von sozialen und personalen Ressourcen ebenfalls nicht unzweifelhaft ist. Daher werden im ersten Teil der folgenden Darstellungen die Bezüge zwischen den Kennwerten sozialer Ressourcen untereinander näher analysiert. Im zweiten Teil dieses Unterkapitels werden sie dann mit Kennwerten personaler Ressourcen in Beziehung gesetzt, um anhand der vorliegenden Stichprobe Anhaltspunkte über die Beziehung von personalen und sozialen Ressourcen zu gewinnen.

Dimensionsbildung in den Einzelkennwerten der sozialen Ressourcen

Im Folgenden stehen die Bezüge der sozialen Ressourcen untereinander im Vordergrund. Es wird betrachtet, wie die Einzelkennwerte der unterschiedlichen Konzepte von sozialen Ressourcen untereinander in Verbindung stehen. Dazu werden erst korrelative Beziehungen betrachtet, dann wird eine Faktorenanalyse durchgeführt, zum Schluss folgt eine Überprüfung der Brauchbarkeit der erhaltenen Dimensionen sozialer Ressourcen anhand der Outcome-Variablen der Stichprobe (um einen Querbezug zur Fragestellung 1 ziehen zu können).

Zunächst interessieren die korrelativen Beziehungen der Einzelkennwerte untereinander. Sie stellen sich wie folgt dar (s. Tabellen 6):

	<i>motivationale Unterstützung</i>	<i>emotionale Unterstützung</i>	<i>instrumentelle Unterstützung</i>	<i>informationale Unterstützung</i>	<i>gegebene Unterstützung</i>	<i>Netzstärke</i>	<i>Soziale Resonanz</i>	<i>Zufriedenheitsindex</i>
<i>motivationale Unterstützung</i>	1,000 .	,747(**) ,000	,676(**) ,000	,636(**) ,000	,549(**) ,000	,519(**) ,000	,164(**) ,000	,197(**) ,000
<i>emotionale Unterstützung</i>		1,000 .	,641(**) ,000	,520(**) ,000	,599(**) ,000	,531(**) ,000	,201(**) ,000	,191(**) ,000
<i>instrumentelle Unterstützung</i>			1,000 .	,599(**) ,000	,486(**) ,000	,461(**) ,000	,108(**) ,004	,205(**) ,000
<i>informationale Unterstützung</i>				1,000 .	,414(**) ,000	,362(**) ,000	,080(*) ,029	,133(**) ,000
<i>gegebene Unterstützung</i>					1,000 .	,338(**) ,000	,234(**) ,000	,221(**) ,000
<i>Netzstärke</i>						1,000 .	,324(**) ,000	,225(**) ,000
<i>Soziale Resonanz</i>							1,000 .	,305(**) ,000
<i>Zufriedenheitsindex</i>								1,000 .

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

	Wahrgenommene Unterstützung	Suche nach Unterstützung	Problemindex	Netzgröße	Änderungsdruck	Destruktivität des engen Netzes	Konstruktivität des engen Netzes	Bedürfnis nach Unterstützung
<i>motivationale Unterstützung</i>	,332(**) ,000	,259(**) ,000	-,075 ,084	-,002 ,949	-,118(**) ,001	-,128 ,137	,076 ,224	,083(*) ,026
<i>emotionale Unterstützung</i>	,386(**) ,000	,257(**) ,000	-,101(*) ,021	-,030 ,420	-,110(**) ,003	-,115 ,182	,046 ,459	,011 ,774
<i>instrumentelle Unterstützung</i>	,325(**) ,000	,215(**) ,000	-,096(*) ,027	-,060 ,104	-,145(**) ,000	-,052 ,544	,072 ,248	,033 ,379
<i>informationale Unterstützung</i>	,240(**) ,000	,225(**) ,000	-,020 ,646	-,001 ,982	-,078(*) ,033	-,059 ,490	,075 ,227	,074(*) ,045
<i>gegebene Unterstützung</i>	,206(**) ,000	,178(**) ,000	-,038 ,380	,019 ,618	,014 ,707	-,189(*) ,027	-,001 ,991	,105(**) ,005
<i>Netzstärke</i>	,353(**) ,000	,273(**) ,000	-,176(**) ,000	-,053 ,147	-,206(**) ,000	-,120 ,162	,102 ,098	,017 ,650
<i>Soziale Resonanz</i>	,348(**) ,000	,189(**) ,000	-,153(**) ,000	,029 ,426	-,091(*) ,012	-,130 ,129	,013 ,832	,034 ,349
<i>Zufriedenheitsindex</i>	,271(**) ,000	,181(**) ,000	-,079 ,065	,117(**) ,002	-,227(**) ,000	,028 ,747	,102 ,100	,055 ,135
<i>Wahrgenommene Unterstützung</i>	1,000 .	,387(**) ,000	-,185(**) ,000	,017 ,649	-,203(**) ,000	-,071 ,409	,050 ,420	,080(*) ,029
<i>Suche nach Unterstützung</i>		1,000 .	-,087(*) ,044	,034 ,356	-,036 ,324	-,038 ,656	,044 ,481	,053 ,149
<i>Problemindex</i>			1,000 .	,176(**) ,000	,339(**) ,000	,207(*) ,019	,095 ,152	,040 ,348
<i>Netzgröße</i>				1,000 .	,110(**) ,003	,020 ,814	,027 ,666	,029 ,425
<i>Änderungsdruck</i>					1,000 .	,086 ,316	,033 ,591	,011 ,757
<i>Destruktivität</i>						1,000 .	,372(**) ,000	,031 ,715
<i>Konstruktivität</i>							1,000 .	-,034 ,581
<i>Bedürfnis nach Unterstützung</i>								1,000

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabellen 6: Korrelative Beziehungen (nach Pearson) der Einzelkennwerte der sozialen Ressourcen untereinander (Erläuterung: Tabelle ist in zwei Untertabellen geteilt.)

Die wichtigsten Aussagen zu den korrelativen Beziehungen können wie folgt festgehalten werden:

- Generell zeigen sich viele korrelativ signifikante und hoch signifikante Beziehungen von mittlerer bis großer Höhe, so dass die Hypothese gestützt werden kann, es bestehe ein Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Konzepten der sozialen Ressourcen.
- Es wird deutlich, dass wenige Verbindungen von den Variablen *Bedürfnis nach Unterstützung*, *Konstruktivität*, *Destruktivität* sowie *Netzgröße* ausgehen. Diese Variablen zeigen sich als weitgehend unverbunden mit allen anderen Einzelkennwerten.
- Die Komponenten sozialer Unterstützung (*Informationale*, *Instrumentelle*, *Motivationale*, *Emotionale*, *Gegebene Unterstützung*) weisen eine enge Verbindung untereinander auf (Korrelationen nach Pearson: 0,414** - 0,747**, $p < 0,001$).
- Diese enge Verbindung wird auch noch vom Merkmal *Netzstärke* geteilt (Korrelationen nach Pearson: 0,338** - 0,531**, $p < 0,001$). Das mag zum Teil methodische Gründe haben, da die *Netzstärke* aus den Einzelitems sozialer Unterstützung gebildet wurde.
- Die Support Schemes zeigen unterschiedliches Verhalten den anderen Einzelkennwerten gegenüber: Während das *Unterstützungsbedürfnis*, wie oben bereits erwähnt, wenige Beziehungen zu anderen sozialen Kennwerten aufweist, zeigen *Wahrgenommene Unterstützung* (Korrelationen nach Pearson: 0,206** - 0,386**, $p < 0,001$) und *Suche nach Unterstützung* (Korrelationen nach Pearson: 0,178** - 0,387**, $p < 0,001$) durchweg stabile Beziehungen zu anderen sozialen Kennwerten auf.

Da sich ein übergreifender Zusammenhang zwischen den sozialen Ressourcen korrelativ deutlich zeigt, stellt sich die Frage, ob sich Dimensionen von sozialen Ressourcen aus den Einzelkennwerten ableiten lassen. Eine Faktorenanalyse über alle gebildeten und dargestellten Kennwerte ergibt ein in der Tat interessantes Ergebnis:

Die routierte Varimax-Methode kommt zu einer 5-Komponenten-Lösung bei guter bis sehr guter Stichprobeneignung ($KMO=0,823$; Bartlett-Test: $p<0,001$). Ein KMO-Wert von über 0,8 weist dabei auf eine „noch sehr gute“ Faktorenlösung hin (vgl. Brosius, 1989, 145)⁷.

Die Gesamtaufklärung der Varianz bei dieser Lösung liegt bei zufrieden stellenden 61,765%. Es muss dabei bedacht werden, dass in der Stichprobe die Rate fehlender Werte aufgrund methodischer und populationstechnischer Schwierigkeiten hoch ist und damit zu einer Absenkung der Erklärung der Gesamtvarianz beiträgt.

Screeplot, routierte Komponentenmatrix, erklärte Gesamtvarianz und Komponentendiagramm im routierten Raum der Faktorenanalyse finden sich in Anhang 8. (Auf eine Reliabilitätsanalyse der Items in den gebildeten Skalen wird hier verzichtet, da das Ziel der Faktorenanalyse nicht in der Konstruktion eines Messinstruments besteht.)

⁷ Ich danke Dipl.-Psych. Peter Fischer für diesen Hinweis sowie für andere hilfreiche Kommentare in der Vorbereitung dieses Kapitels.

Die fünf entstehenden Dimensionen lassen sich folgendermaßen charakterisieren:

<i>Name des Kennwertes</i>	<i>Bedeutung des Kennwertes</i>	<i>Entstehende Dimension</i>	
motivationale Unterstützung	Ich gebe und erhalte Unterstützung.	Äußeres Eingebundensein	R E S S O U R C E
emotionale Unterstützung			
instrumentelle Unterstützung			
informationale Unterstützung			
gegebene Unterstützung			
Netzstärke	Ich bin zufrieden mit meinen sozialen Beziehungen.		
Soziale Resonanz	Mein Dasein ist sinnvoll eingebunden.	Inneres Verbundensein	
Zufriedenheitsindex	Meine engen Beziehungen tragen zu meinem Glück bei.		
wahrgenommene Unterstützung	Ich werde unterstützt, wenn ich es brauche.		
Suche nach Unterstützung	Ich kann Unterstützung suchen, wenn ich sie brauche.		
Problemindex	Meine engen Beziehungen sind problematisch.	Störungen im sozialen Netz	V U L N E R A B I L I T Ä T
Netzgröße	Mein soziales Netz ist klein/groß.		
Änderungsdruck	Ich will etwas an meinen engen Beziehungen verändern.		
Destruktivität des engen Netzes	Meine engen Beziehungen verhindern/erschweren Veränderung.	Veränderungs-sensitivität des sozialen Netzes	
Konstruktivität des engen Netzes	Meine engen Beziehungen sind hilfreich bei Veränderung.		
Unterstützungsbedürfnis	Ich brauche Hilfe/Unterstützung bei Problemen.	Unterstützungsbedarf	

Tabelle 7: Dimensionsstruktur nach der Faktorenanalyse aller sozialen Kennwerte

Aus der Betrachtung der Dimensionsstruktur ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Die *Komponenten sozialer Unterstützung* befinden sich in einer Dimension; sie stellen also keine inhaltlich unterschiedlichen Konzepte dar. Dies könnte methodische Gründe haben, denn die Antwortschemata sind fast völlig identisch, so dass gleiches Ankreuzen gefördert wird. (Es ist dabei am Rande auch noch interessant, dass bei den Unterstützungskomponenten *Motivationale und Emotionale Unterstützung* eine größere Bedeutung zeigen als *Instrumentelle und Informationale Unterstützung*.)
- Die Arten von Überzeugungen zu sozialer Unterstützung befinden sich zumindest in zwei unterschiedlichen Dimensionen, wobei vor allem der *Unterstützungsbedarf* ein inhaltlich abgeschlossenes Konzept zu sein scheint. *Wahrgenommene Unterstützung* und *Suche nach Unterstützung* jedoch scheinen inhaltlich stark verwandt zu sein und laden entsprechend in direkter Nachbarschaft auf einer Dimension.
- Es entsteht eine Dimension *Inneres Verbundensein*, die ein grundlegendes Gefühl des sinnvollen Verbundenseins mit der Welt und den sozialen Beziehungen sowie ein grundlegendes Vertrauen in das Unterstütztwerden („Mein Dasein ist sinnvoll eingebunden.“, „Meine engen Beziehungen tragen zu meinem Glück bei.“, „Ich werde unterstützt, wenn ich es brauche.“, „Ich kann Unterstützung suchen, wenn ich es brauche.“, „Ich bin zufrieden mit meinen sozialen Beziehungen.“) beinhaltet.
- Die äußere Einbindung in ein soziales Netz (*Äußeres Eingebundensein*) und das innere Abbild davon im Erfahrungsraum der Person (*Inneres Verbundensein*) fallen in zwei unterschiedliche Dimensionen. Es handelt sich dabei also um voneinander getrennte Prozesse: Gut unterstützt zu sein und sich gut unterstützt zu fühlen ist demnach nicht dasselbe.
- Die ersten beiden Dimensionen (*Äußeres Eingebundensein*, *Inneres Verbundensein*) sind salutogenetischer Prägung, die drei restlichen Dimensionen (*Störungen im sozialen Netz*, *Veränderungssensitivität des sozialen Netzes*, *Unterstützungsbedarf*) pathogenetischer Prägung. Bemerkenswert ist, dass die

Varianzaufklärung der salutogenetisch (36,470% von 61,765%) und pathogenetisch (25,295% von 61,765%) geprägten Dimensionen sich etwa die Waage hält, wobei die salutogenetisch verankerten Kennwerte sogar etwas mehr als die Hälfte der Varianzaufklärung in der Stichprobe leisten.

- Beim Vergleich der Kennwerte *Netzgröße* und *Netzstärke* zeigt sich, dass die subjektive Zufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk mehr Varianzaufklärung leistet als die objektive Größe des Netzes. Dadurch wird erneut deutlich, dass nicht das Vorhandensein eines großen sozialen Netzes allein eine Ressource darstellt; zur Ressource werden die sozialen Beziehungen durch die Bewertung der befragten Person als zufrieden stellend.
- Der Kennwert *Netzstärke* befindet sich auf der Grenze zwischen äußerer Verbundenheit und innerer Sicherheit/innerem Verbundensein (Faktorladung auf *Äußeres Eingebundensein*: 0,595, Faktorladung auf *Inneres Verbundensein*: 0,351). Dies ist nachvollziehbar, denn das Maß wurde auf der subjektiven Zufriedenheit der Befragten mit ihren sozialen Beziehungen aufgebaut. Deshalb muss es auf der Grenze zwischen äußerer Realität und innerer Bewertung liegen und folgerichtig auch zwischen beiden Dimensionen.

Entsprechend der Analyseergebnisse können die Einzelkennwerte in fünf Dimensionsmaße gefasst werden. (Die sonst übliche Überführung der Faktorladungen in eine Rangreihenfolge und anschließende Perzentilbildung ist beim vorliegenden Datensatz nicht möglich, da bei den Einzelkennwerten viele fehlende Werte vorliegen und SPSS Faktorwerte nur bei vollständigen Einzelwerten anzeigt. So werden die Einzelkennwerte z-standardisiert und zum jeweiligen Dimensionswert summiert und gemittelt.) Es entstehen die fünf Dimensionen:

Äußeres Eingebundensein Inneres Verbundensein
Störungen im sozialen Netz Veränderungssensitivität des sozialen Netzes Unterstützungsbedarf

Zur besseren Handhabbarkeit werden sie bei Bedarf in der gerundeten Form angewendet. Es ergeben sich die folgenden univariaten Kennwerte:

Name des Kennwerts	SPSS-Name	N	Minimum - Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
<i>Außeres Eingebundensein</i>	<i>ausein</i>	751	-2 – 2	-0,01	0,824
<i>Inneres Verbundensein</i>	<i>inverb</i>	771	-4 – 1	0,01	0,773
<i>Störungen im sozialen Netz</i>	<i>stoene</i>	781	-2 – 2	-0,02	0,768
<i>Veränderungssensitivität d. soz. Netz</i>	<i>versen</i>	298	-1 – 4	-0,14	1,129
<i>Unterstützungsbedarf</i>	<i>untebe</i>	745	-3 – 3	0,19	1,000

Tabelle 8: Statistische Werte der Dimensionen sozialer Ressourcen (das ungewöhnliche Verhältnis von Mittelwerten zu Standardabweichungen entsteht durch die Z-Standardisierungen)

Die Häufigkeitsverteilung der Dimensionen findet sich in Anhang 9.

Die Korrelationen der Dimensionen untereinander ergibt folgendes Bild:

	Äußeres Eingebundensein	Inneres Verbundensein	Störungen im sozialen Netz	Veränderungssensitivität des sozialen Netzes	Unterstützungsbedarf
<i>Äußeres Eingebundensein</i>	1,000	,398(**)	-,109(**)	,026	,070
<i>Inneres Verbundensein</i>		1,000	-,099(**)	,045	,085(*)
<i>Störungen im sozialen Netz</i>			1,000	,128(*)	,028
<i>Veränderungssensitivität des sozialen Netzes</i>				1,000	,004
<i>Unterstützungsbedarf</i>					1,000

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 9: Korrelative Beziehungen der Dimensionen (Korrelationen nach Pearson)

Folgende Schlussfolgerungen können aus den korrelativen Zusammenhängen gezogen werden:

- Die einzige Korrelation, die aufgrund ihrer Höhe eine inhaltliche Aussagekraft besitzt, besteht zwischen den Dimensionen *Äußeres Eingebundensein* und *Inneres Verbundensein*. Dies stützt die inhaltliche Interpretation der Faktorenanalyse, in der eine starke Verwandtschaft beider Dimensionen im übergeordneten Konzept der salutogenetischen Ressourcenfunktion prognostiziert wurde.
- Alle anderen Korrelationen sind äußerst gering oder werden nicht signifikant. Es handelt sich somit in der Tat um voneinander unabhängige Dimensionen sozialer Ressourcen, die durch die Faktorenanalyse entstanden sind.

Abschließend wird noch die Brauchbarkeit der fünf Dimensionen überprüft (eine kommentierte Darstellung der Bezüge zwischen den fünf Dimensionen und den Rahmendaten der Stichprobe findet sich in Anhang 10). Dazu werden sie mit den Outcome-Variablen der Stichprobe in Verbindung gesetzt, um die erhaltenen Bezugsmaße mit denen der einzelnen Sozialen Ressourcen vergleichen zu können. Die varianzanalytischen Ergebnisse finden sich in Anhang 11. Es zeigt sich deutlich, dass sich vor allem die Dimension *Inneres Verbundensein* stark auf das Wohlbefinden bzw. die Beanspruchung der befragten Person auswirkt (z.B. zu *Allgemeinem Wohlbefinden* GLM: $F=25,632$, $p<0,001$; zu *Belastungsmaß* GLM: $F=13,227$, $p < 0,001$). Von allen untersuchten sozialen Ressourcen liegen hier die stärksten Verbindungen zu Wohlbefindens- und Beanspruchungsindikatoren.

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen den Kennwerten sozialer Ressourcen legt eine Modifikation der Konzeptionen sozialer Ressourcen nahe. Die Faktorenanalyse ergibt fünf Dimensionen, die sich gliedern lassen in salutogenetische Ressourcenorientierung und pathogenetische Gefährdung durch Erhöhung der Vulnerabilität. Die fünf Dimensionen stellen eine Alternative zu den Einteilungen sozialer Ressourcen dar und stehen in guter Beziehung zu den Outcome-Variablen der vorliegenden Stichprobe. Vor allem die Dimension *Inneres Verbundensein* eignet sich sehr gut, um Wohlbefinden bzw. Belastung aufzuklären.

Zusammenhang der Einzelkennwerte und Dimensionen der sozialen Ressourcen mit Persönlichkeitsmaßen

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen personalen und sozialen Ressourcen besteht. Dazu wird überprüft, ob eine Verbindung zwischen den sozialen Ressourcen bzw. Dimensionen und ausgewählten Persönlichkeitskonstrukten besteht, die im Fragebogen erhoben werden. Diese sind: Proaktivität, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen sowie Transpersonales Vertrauen. Da es sich um ausgewählte, salutogenetische Konstrukte handelt, ist die Allgemeingültigkeit der folgenden Analysen und Aussagen über den Zusammenhang von sozialem und personalem Raum eingeschränkt und besitzt vor allem Hinweischarakter.

Darstellung der erhobenen Persönlichkeitsmaße

Proaktivität, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen (Internale Kontrollüberzeugung, Sozial bedingte Externalität, Fatalistisch bedingte Externalität) sowie Transpersonales Vertrauen wurden als Skalen zur Messung persönlicher Einstellungen gewählt, da sie bereits in der Pilotstichprobe als relevante Eigenschaften zur Moderation von Be- und Entlastung deutlich geworden waren. Außerdem stehen alle diese Skalen in der Tradition der Gesundheitspsychologie, deren Augenmerk auf dem ressourcenorientierten Blickwinkel und der ganzheitlichen Sicht auf den Menschen liegt. Diese Perspektive deckt sich mit dem Grundanliegen der vorliegenden Studie.

Eine ausführliche Beschreibung der Persönlichkeitsmaße und ihrer Beziehung zu den demographischen Rahmendaten der Stichprobe kann in diesem Zusammenhang nicht geleistet werden. An dieser Stelle sei auf Kirchner (2005) verwiesen.

Tabelle 10 zeigt die statistischen Werte im Überblick:

Name des Kennwerts	SPSS-Name	N	Minimum - Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Proaktivität	proakt	761	1,00 – 4,00	3,189	0,472
Selbstwirksamkeit	selwir	756	1,00 – 4,00	3,028	0,552
Transpersonales Vertrauen	trapev	757	1,00 – 4,00	2,703	1,044
Internale Kontrollüberzeugung	fkki	747	1,00 – 4,00	3,161	0,741
Sozial bedingte Externalität	fkkp	743	1,00 – 4,00	1,871	0,845
Fatalistisch bedingte Externalität	fkkc	739	1,00 – 4,00	2,072	0,884

Tabelle 10: Statistische Werte der Konstrukte Proaktivität, Selbstwirksamkeit, Transpersonales Vertrauen und Kontrollüberzeugungen

Die Operationalisierung, die Häufigkeitsverteilungen sowie die Korrelationen der Persönlichkeitsmaße untereinander finden sich in Anhang 12. Die Verteilungen der Kennwerte entsprechen im Wesentlichen den für Normpopulationen angegebenen Werteverteilungen. Die korrelative Verbindung der Kennwerte untereinander ist erwartungsgemäß gegeben, aber auch schwach genug, um sie als inhaltlich eigenständige Einheiten stehen lassen zu können.

Beziehung zwischen den sozialen Dimensionen und den Persönlichkeitsmaßen

Von Interesse ist nun die Verbindung zwischen den gebildeten Dimensionen einerseits und den erhobenen Persönlichkeitsqualitäten andererseits. Eine Berechnung der Zusammenhänge soll Aufschluss darüber geben, ob soziale Einbindung eine Qualität ist, die mit Persönlichkeitseigenschaften in Verbindung steht. Anhang 13 zeigt die Ergebnisse der partiellen Korrelationsberechnungen (demographische Rahmendaten kontrolliert). Neun der gesamt 126 korrelativen Bezüge werden dabei signifikant:

	Korrelation und Signifikanz
Wahrgenommene Unterstützung – Proaktivität	0,393 (p=0,011)
Inneres Verbundensein – Proaktivität	0,303 (p<0,001)
Emotionale Unterstützung – Selbstwirksamkeit	0,325 (p=0,038)
Veränderungssensitivität des sozialen Netzes – Selbstwirksamkeit	-0,293 (p<0,001)
Äußeres Eingebundensein – Transpersonales Vertrauen	0,260 (p=0,002)
Inneres Verbundensein – Transpersonales Vertrauen	0,230 (p=0,006)
Soziale Resonanz – Fatalistisch bedingte Externalität	-0,395 (p=0,011)
Zufriedenheitsindex – Fatalistisch bedingte Externalität	-0,347 (p=0,026)
Inneres Verbundensein – Fatalistisch bedingte Externalität	-0,195 (p=0,021)

Tabelle 11: Ausgewählte, partielle Korrelationen zwischen sozialen Kennwerten und personalen Ressourcen

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich hier ziehen:

- Bei *Internaler Kontrollüberzeugung* sowie *Sozial bedingter Externalität* ergeben sich keine korrelativen Bezüge zu den sozialen Ressourcen.
- Auch von den sozialen Ressourcen *Unterstützungsbedarf*, *Suche nach Unterstützung*, *Informationale Unterstützung*, *Instrumentelle Unterstützung*, *Motivationale Unterstützung*, *Gegebene Unterstützung*, *Netzgröße*, *Netzstärke*, *Problemindex*, *Änderungsdruck*, *Konstruktivität*, *Destruktivität*, *Störungen im sozialen Netz* sowie *Unterstützungsbedarf* gehen keine Beziehungen zu den erhobenen Persönlichkeitseigenschaften aus.
- Vom *Inneren Verbundensein* sowie von der *Fatalistisch bedingten Externalität* gehen die meisten (und überzufällig viele) signifikanten Beziehungen aus.

Es kann somit festgestellt werden, dass eine Beziehung zwischen den erhobenen Persönlichkeitskonstrukten und den sozialen Ressourcen besteht. Das soziale Verankertsein geht also mit Eigenschaften im Inneren einer Person einher, die mit ihrer *Proaktivität* und ihrer *Selbstwirksamkeit*, doch vor allem mit ihren *Internalen Kontrollüberzeugungen* sowie ihrem *Transpersonalen Vertrauen* in Verbindung stehen. (Dass diese Beziehungen hier überwiegend schwache Ausprägungen an den Tag legen, kann auch durch die Konzeptualisierung der einzelnen Skalen bedingt sein.)

Dieses Ergebnis wird weiter unterstützt durch eine gemeinsame Faktorenanalyse aller erhobenen personalen und sozialen Ressourcen (s. Anhang 14). Bei noch sehr guter Stichprobeneignung (KMO=0,807; Bartlett-Test: $p < 0,001$) liegt die Gesamtaufklärung der Varianz bei 56,674% und ergibt eine 6-Komponenten-Lösung.

Die sich ergebende Faktorenstruktur ähnelt den zuvor dargestellten fünf Dimensionen sehr und gestaltet sich im bereits erläuterten Dimensionsschema wie folgt:

Name des Kennwertes	Bedeutung des Kennwertes	Entstehende Dimension	
		Äußeres Eingebundensein	R E S S O U R C E
Proaktivität	Ich kann in jeder Situation erfolgreich handeln.	Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten	
Selbstwirksamkeit			
Internale Kontrollüberzeugung			
	Mein Dasein ist sinnvoll eingebunden Meine engen Beziehungen tragen zu meinem Glück bei. Ich werde unterstützt, wenn ich es brauche.	Inneres Verbundensein	
Transpersonales Vertrauen	Meine Existenz ist in einen Sinn eingebettet, der meine Person überschreitet.		
		Störungen im sozialen Netz	V U L N E R A B I L I T Ä T
		Veränderungssensitivität des sozialen Netzes	
	Ich brauche Hilfe/Unterstützung bei Problemen.	Unterstützungsbedarf	
sozial externale Kontrollüberzeugung	Ich kann nicht autonom handeln.		
fatalistische Kontrollüberzeugung			

Tabelle 12: Dimensionen nach der gemeinsamen Faktorenanalyse von sozialen Kennwerten und personalen Ressourcen (Auf die Darstellung der sozialen Kennwerte, die mit der Faktorenanalyse sozialer Kennwerte identisch sind, wurden aus Gründen der Übersicht verzichtet.)

Folgende Schlussfolgerungen können daraus gezogen werden:

- Die personalen Ressourcen fallen nicht in eine Dimension, die von allen anderen sozialen Ressourcen zu unterscheiden wäre. Die theoretische Trennung von personalen und sozialen Ressourcen kann hier also nicht bestätigt werden.
- Es entsteht eine neue Dimension, die von den Variablen gebildet wird, die die Überzeugung von der *Selbstwirksamkeit* und *Proaktivität* des eigenen Handelns beinhalten.
- *Transpersonales Vertrauen* als personale Ressource fügt sich erwartungsgemäß in die Dimension des *Inneren Verbundenseins* ein. Dies verdeutlicht erneut, dass soziale und personale Ressourcen, v.a. in diesem Bereich, nicht zu trennen sind.

Bezüglich des Zusammenhangs von sozialen und personalen Ressourcen zeigen die vorliegenden Daten, dass eine Trennung beider Ressourcengruppen nicht bestätigt werden kann. Vielmehr hängen einige personale Ressourcen anscheinend eng mit sozialen Ressourcen zusammen, während andere personale Ressourcen sich von sozialen Kennwerten und Dimensionen abgrenzen lassen. Die Konzeption sozialer und personaler Ressourcen, die eine Unterteilung eines personalen Innenraumes und eines sozialen Außenraumes nahe legt, scheint nicht hilfreich zu sein. Bereits in der Analyse der sozialen Kennwerte untereinander war diesbezüglich deutlich geworden, dass das *Innere Verbundensein* (welches sich aus sozialen Kennwerten formt) bereits ein Abbild des sozialen Netzes im Innenraum einer Person darstellt.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zur Modifikation des Konzepts der sozialen Ressourcen:

Zur Dimensionsbildung:

- Es entstehen fünf Dimensionen, von denen zwei salutogenetische Konzepte hervorgehoben und unter die Gruppe „Ressourcen“ gefasst werden können: zum einen *Äußeres Eingebundensein* (Bedeutung: Einbindung in die äußere soziale Umwelt) und zum anderen *Inneres Verbundensein* (Bedeutung: Innere Repräsentation der äußeren Einbindung in die Welt). Drei weitere Dimensionen ordnen sich einem pathogenetischen Blickwinkel unter, der mit dem Begriff „Vulnerabilität“ überschrieben werden kann. Zu ihnen zählen *Störungen im sozialen Netz* (Bedeutung: Das nahe soziale Netz wird als problematisch und veränderungsbedürftig empfunden.), *Veränderungssensitivität des sozialen Netzes* (Bedeutung: Das nahe soziale Netz reagiert stark, und v.a. hemmend, auf Veränderungswünsche.) sowie *Unterstützungsbedarf* (Bedeutung: Zur Lösung von Problemen wird externe Unterstützung benötigt.).
- Es entsteht eine Dimension *Inneres Verbundensein*, die ein qualitativ neues Konzept innerhalb der sozialen Ressourcen darzustellen scheint. Sie beinhaltet ein grundlegendes Gefühl des sinnvollen Verbundenseins mit der Welt und des Vertrauens in die sozialen Beziehungen.

- Anhand der beiden Ressourcen-Dimensionen *Äußeres Eingebundensein* und *Inneres Verbundensein* zeigt sich erneut, dass die objektive, äußere Einbindung in ein soziales Netz und das subjektive, innere Abbild davon im Erfahrungsraum der Person in zwei unterschiedliche Dimensionen fallen.
- Die *Komponenten sozialer Unterstützung* befinden sich in einer Dimension; sie stellen also keine inhaltlich unterschiedlichen Konzepte dar.
- Die Arten von Überzeugungen zu sozialer Unterstützung fallen zumindest in zwei unterschiedliche Dimensionen, wobei vor allem der *Unterstützungsbedarf* ein inhaltlich abgeschlossenes Konzept zu sein scheint. *Wahrgenommene Unterstützung* und *Suche nach Unterstützung* jedoch scheinen inhaltlich stark verwandt zu sein und laden entsprechend in direkter Nachbarschaft auf einer Dimension.
- Beim Vergleich der Kennwerte *Netzgröße* und *Netzstärke* zeigt sich, dass zum einen die subjektive Zufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk wesentlich mehr Varianzaufklärung leistet als die objektive Größe des Netzes. Zum anderen wird deutlich, dass nicht das Vorhandensein eines großen sozialen Netzes allein eine Ressource darstellt; zur Ressource werden die sozialen Beziehungen dadurch, dass die befragte Person sie als hilfreich oder zufrieden stellend einstuft.

Zur Bedeutung der gebildeten Maße:

- Die Dimensionen *Inneres Verbundensein* und *Störungen im sozialen Netz* zeigen Verbindungen zu den Outcome-Variablen.
- Das Innere Verbundensein zeigt die höchsten Bezüge zu den Outcome-Variablen von allen untersuchten sozialen Ressourcen.
- Die Dimensionen *Äußeres Eingebundensein*, *Veränderungssensitivität des sozialen Netzes* und *Unterstützungsbedarf* zeigen keine Verbindungen zu den Outcome-Variablen.

Zu Persönlichkeitskonstrukten und sozialen Dimensionen:

- Es kann nicht bestätigt werden, dass personale und soziale Ressourcen ohne Zusammenhang sind.
- Vom *Inneren Verbundensein* sowie von der *Fatalistisch bedingten Externalität* gehen die meisten signifikanten Beziehungen aus.
- Faktorenanalytisch fallen die personalen Ressourcen nicht in einen Faktor, der von allen anderen sozialen Ressourcen zu unterscheiden wäre. Die theoretische Trennung von personalen und sozialen Ressourcen kann hier also nicht bestätigt werden.
- Bei der Faktorenbildung entsteht ein neuer Faktor, der von den Variablen gebildet wird, die die Überzeugung von der *Selbstwirksamkeit* und *Proaktivität* des eigenen Handelns beinhalten.
- *Transpersonales Vertrauen* als personale Ressource fügt sich dabei erwartungsgemäß in die Dimension des *Inneren Verbundenseins* ein. Dies verdeutlicht erneut, dass soziale und personale Ressourcen, v.a. in diesem Bereich, nicht zu trennen sind.

10. Diskussion und Fazit

- 10.1. Modifikation des theoretischen Konzepts von sozialen Ressourcen
Wohlbefindenssteigernde Wirkung von sozialen Ressourcen
Bedeutung der multidimensionalen Operationalisierung von sozialen Ressourcen
Subjektive Wahrnehmung von sozialen Ressourcen
Grenzauflösung zwischen personalem und sozialem Raum und das Entstehen von *Innerem Verbundensein*
Grenzen des Ressourcen-Modells
Modellbildung über verschiedene Konzepte sozialer Ressourcen: Modell der Schutz- und Risikofaktoren aus dem sozialen Raum
- 10.2. Bedeutung sozialer Ressourcen in der Konfrontation mit Sterben und Tod
Heterogenität des gesellschaftlichen Feldes um Sterben und Tod
Allgemeine Wirkung von sozialen Ressourcen im Feld von Sterben und Tod
Wirkungsvolle Maße sozialer Ressourcen im Feld von Sterben und Tod
Bedeutung des *Inneren Verbundenseins* in der Begegnung mit Sterben und Tod
- 10.3. Fazit

Zwei Betrachtungswinkel auf soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod ziehen sich durch die vorliegende Arbeit: die Modifikation des Konzepts sozialer Ressourcen und die Bedeutung sozialer Ressourcen im Feld von Sterben und Tod.

Entsprechend werden im Folgenden die Ergebnisse der Datenauswertung in Verbindung mit den vorgestellten, theoretischen Ansätzen zuerst im Hinblick auf die Modifikation des theoretischen Konzepts von sozialen Ressourcen diskutiert. Die Leitfrage lautet hier: Lassen sich Anhaltspunkte für eine Modifikation des Konzepts der sozialen Ressourcen im vorhandenen Datensatz finden?

Daran schließen sich Schlussfolgerungen aus den Daten bezüglich der Bedeutung und Wirkungsweise von sozialen Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod an. Denn die grundlegende Fragestellung dieser Arbeit ist diesbezüglich: Welche Bedeutung haben soziale Ressourcen in der Begegnung mit Tod und Sterben?

Ein Fazit wird die Arbeit abschließen.

10.1. Modifikation des theoretischen Konzepts von sozialen Ressourcen

Im theoretischen Teil der Arbeit war deutlich geworden, dass die gängigen Konzeptionen sozialer Ressourcen Einschränkungen unterliegen (*Kapitel 3.2. – Kritik an den Konzeptualisierungen sozialer Ressourcen*) und dass die Trennung von sozialen und personalen Ressourcen ebenfalls nicht unzweifelhaft ist (*Kapitel 3.2. – Interaktion von personalen und sozialen Ressourcen*). Daher wurde im zweiten Teil der Datenanalyse das Konzept der sozialen Ressourcen in den Mittelpunkt gestellt (*Kapitel 9.2. – Analyse der Konzepts der sozialen Ressourcen*). Die Ergebnisse dieser Analysen werden im Folgenden in Verbindung mit den theoretischen Grundlagen diskutiert: Zunächst steht die Auswirkung von sozialen Ressourcen auf Wohlbefinden und Beanspruchung im Mittelpunkt. Danach wird die Bedeutung der multidimensionalen Operationalisierung von sozialen Ressourcen diskutiert, bevor auf den subjektiven Charakter der Wahrnehmung von Ressourcen und die Grenzauflösung zwischen personalem und sozialem Raum bei sozialen Ressourcen eingegangen wird. Auf diese Einzelaspekte aufbauend wird nach der Darstellung der Grenzen des Ressourcen-Ansatzes ein Strukturierungsvorschlag für soziale Ressourcen über die bestehenden theoretischen Konzepte hinweg vorgelegt. Er baut auf einer erweiterten Konzeption auf, die das Ressourcen-Modell durch Schutz- und Risiko-Faktoren ergänzt.

Wohlbefindenssteigernde Wirkung von sozialen Ressourcen

Ein Großteil der vorliegenden Definitionen zum Ressourcenbegriff bestimmt Ressourcen als Kräfte, die Menschen in Krisensituationen dazu verhelfen, diese erfolgreich zu bewältigen (vgl. *Kapitel 2.2. – Ressourcen in der Krise*): z.B.

„Ressourcen: inneres und äußeres Potential eines Subjekts, das es ihm ermöglicht, angestrebte Ziele zu erreichen.“ (Huecker, 2005)

„Als Ressourcen werden in der Gesundheitspsychologie solche Faktoren bezeichnet, die geeignet sind, die psychische, physische und soziale Gesundheit eines Menschen zu

fördern, vor allem bei einer Gefährdung der Gesundheit durch Belastungen und Krankheit.“ (Weber, 2002, 466)

Bei Definitionen dieser Art bleibt allerdings unklar, auf welche Weise diese nicht näher definierten Kräfte wirken: Wirken sich Ressourcen auf die Wahrnehmung einer Person bezüglich der Belastung bzw. Bedrohung durch eine Krise aus oder auf die Wahrnehmung des eigenen Wohlbefindens und der eigenen Stärke in der Krisensituation? Stellen sie bestimmte Handlungsmöglichkeiten einer Person dar, die in Krisensituationen oft effektiv sind (z.B. „Wenn ich Hilfe brauche, kann ich darum bitten.“; Item aus BSSS, Schwarzer & Schulz, 2000)? Sind sie wirksam, indem sie positive Selbstüberzeugungen im Sinne personaler Konstrukte (Kelly, 1986) darstellen?

Beim Großteil der Definitionen des Ressourcenbegriffs bleibt unklar, worauf die Kräfte der Ressourcen einwirken, um eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Krisenbewältigung zu erzielen. Ähnlich äußert sich dazu, wie bereits zitiert, Leppin (1997):

„Personale und soziale Ressourcen spielen eine komplexe Rolle im Prozess des Umgangs mit Belastungen, die bis heute nur unzureichend erforscht ist und sicherlich verstärkter Aufmerksamkeit bedarf.“ (Leppin, 1997, 205)

Die vorliegende Datenanalyse vermag nähere Hinweise darauf zu geben, in welcher Weise sich Ressourcen auf Indices von Wohlbefinden, von allgemeiner und von berufsspezifischer Beanspruchung auswirken. Die Ergebnisdarstellung macht hier deutlich, dass die erhobenen sozialen Ressourcen höhere Bezüge zum Wohlbefinden einer Person aufweisen als zu den Beanspruchungsindices. Die sozialen Ressourcen dienen folglich weniger dazu, die belastenden Aspekte einer Lebens- oder Arbeitssituation zu verringern, sondern sie dienen vielmehr dazu, das subjektive Wohlbefinden eines Menschen in einer gegebenen, äußeren Situation zu erhöhen. Dies deutet darauf hin, dass soziale Ressourcen sich weniger auf die Krisensituation und ihre Bewältigung direkt auswirken, sondern eine modifizierende Funktion über die Stabilisierung bzw. Erhöhung des Wohlbefindens einnehmen.

Bedeutung der multidimensionalen Operationalisierung von sozialen Ressourcen

Bei der theoretisch fundierten Betrachtung der Konzeptualisierung sozialer Ressourcen zeigte sich, dass keine der gängigen Theorien zu sozialen Beziehungen in der Lage ist, die komplexen Verflechtungen zwischen einem Menschen und seiner sozialen Umgebung in ausreichendem Maße abzubilden (*Kapitel 3.2. – Grenzen der gängigen Konzeptualisierung sozialer Ressourcen*). Wird in einer Konzeptualisierung ein Blickwinkel auf soziale Ressourcen in den Vordergrund gestellt (z.B. der Aspekt der sozialen Unterstützung), so werden die Betrachtungsaspekte anderer Konzeptualisierungen vernachlässigt (z.B. das Vorhandensein bedeutsamer sozialer Beziehungen als Ressource). Die Mechanismen, durch die soziale Ressourcen wirksam werden, erweisen sich jedoch als sehr komplex und erfordern daher eine simultane Betrachtung unterschiedlicher Perspektiven.

Die Betonung der Komplexität in der Mensch-Umwelt-Interaktion ist auch den Person-Kontext-Interaktionstheorien zu eigen (*Kapitel 3.3. – Exkurs*), die daraus die bereits vorgestellten wissenschaftstheoretischen Forderungen ableiten. Eine davon, die Verwendung eines ‚Multi Variable Based Design‘, wurde in der vorliegenden Studie im Sinne eines ‚Multi-Trait-Multi-Method-Approach‘ umgesetzt:

„Because the individual and his or her environment at the highest level of generalization and analysis function as a total, inseparable, organized system, the appropriate theoretical and empirical analysis at that level should include analyses in terms of patterns of personal and environmental variables, assessed simultaneously.“ (Magnusson & Stattin, 1998, 737)

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, in der sowohl personen- als auch umweltbezogene Variablen erhoben wurden und in der außerdem das Konzept sozialer Ressourcen durch 16 verschiedene Variablen operationalisiert wurde, stützen diese theoriegeleiteten Argumente. In der Datenanalyse werden durch die Analyse der multidimensionalen Operationalisierung einige Schlussfolgerungen über den Charakter und die Modelle sozialer Ressourcen möglich:

- Die *Komponenten sozialer Unterstützung* erweisen sich faktorenanalytisch als nicht unterscheidbare Konzepte, da sie auf einem gemeinsamen Faktor laden. Die theoretische Unterscheidung in *Instrumentelle*, *Informationale*, *Emotionale*,

Motivationale und *Gegebene Unterstützung* als latentem Konstrukt bringt folglich keine Erkenntnisse.

- Die Arten von Überzeugungen zu sozialer Unterstützung fallen zumindest in zwei unterschiedliche Dimensionen, wobei vor allem der *Unterstützungsbedarf* ein inhaltlich abgeschlossenes Konzept zu sein scheint. *Wahrgenommene Unterstützung* und *Suche nach Unterstützung* jedoch sind vermutlich inhaltlich stark verwandt und befinden sich entsprechend in direkter Nachbarschaft auf einer Dimension.
- Es entsteht ein Faktor *Inneres Verbundensein*, der ein qualitativ neues Konzept innerhalb der sozialen Ressourcen darstellt. Er beinhaltet ein grundlegendes Gefühl des sinnvollen und vertrauensvollen Verbundenseins mit der Welt.

Allein diese ausgewählten Schlussfolgerungen aus den faktorenanalytischen Betrachtungen der Kennwerte sozialer Ressourcen zeigen, dass multidimensionale Operationalisierungen im Sinne eines ‚Multi-Trait-Multi-Method-Approach‘ im Bereich sozialer Ressourcen sinnvoll erscheinen, da die einzelnen, bestehenden Konzepte und Operationalisierungen in sich nicht ausgereift sind, bzw. das Phänomen der sozialen Ressourcen nicht in seiner Gänze abdecken können.

Subjektive Wahrnehmung von sozialen Ressourcen

In der theoriegeleiteten Analyse der Konzepte sozialer Ressourcen (*Kapitel 3.1. – Konzeptualisierungen sozialer Ressourcen in der Psychologie*) wurde deutlich, dass die gängigen Konzepte sozialer Ressourcen sich entweder auf das objektive Vorhandensein sozialer Beziehungen als Indikator (z.B. Netzwerktheorien) stützen oder auf subjektive Überzeugungen bezüglich sozialer Ressourcen (z.B. ‚Support Schemes‘ der Sozialen Unterstützung). Es werden also wahlweise objektive oder subjektive Indikatoren verwendet, um soziale Ressourcen zu operationalisieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Datenanalyse, welche ebenfalls sowohl objektive als auch subjektive Indikatoren sozialer Ressourcen beinhaltet, zeigen, dass

subjektive Parameter (z.B. *Netzstärke*, *Soziale Resonanz*, *Wahrgenommene Soziale Unterstützung*) stärkere Verbindungen zu anderen Variablen einer Person (z.B. Wohlbefinden, Beanspruchung) zeigen. So zeigt sich beispielsweise an den Kennwerten *Netzgröße* und *Netzstärke*, dass die äußere Einbindung in ein soziales Netz und das innere Abbild davon im Erfahrungsraum der Person faktorenanalytisch in zwei unterschiedliche Faktoren fallen, und nicht in einen. Zudem wird beim Vergleich des Einflusses beider Größen auf Wohlbefinden und Beanspruchung deutlich, dass die subjektive Zufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk wesentlich mehr Varianzaufklärung leistet als die objektive Größe des Netzes. Ein ähnliches Verhalten lässt sich für einige andere objektive bzw. subjektive Kennwerte sozialer Ressourcen in der Datenanalyse nachweisen. So zeigt sich beispielsweise auch anhand der beiden Ressourcen-Dimensionen *Äußeres Eingebundensein* und *Inneres Verbundensein*, dass die objektive, äußere Einbindung in ein soziales Netz und das subjektive, innere Abbild davon im Erfahrungsraum der Person zwei unterschiedliche Dimensionen bilden.

Diese Ergebnisse lassen den allgemeinen Schluss zu, dass nicht das objektive Vorhandensein einer sozialen Gegebenheit allein eine Ressource darstellt. Zu einer Ressource werden die sozialen Beziehungen dadurch, dass die befragte Person sie als positiv, hilfreich, zufrieden stellend oder kraftgebend wahrnimmt (vgl. Pruchno & Rosenbaum, 2003, 491). Es muss folglich zwischen objektivem Vorhandensein einer sozialen Gegebenheit (im Sinne einiger klassischer Konzeptualisierungen sozialer Ressourcen) und ihrer Wahrnehmung im inneren Erfahrungsraum der Person unterschieden werden, da es sich dabei offensichtlich um unterschiedliche Konstrukte handelt (vgl. dazu auch Schwarzer & Leppin, 1992, 443). Von den beiden Konstrukten gibt dabei die subjektive Wahrnehmung einer Person von ihrer äußeren sozialen Welt die aussagekräftigeren Hinweise auf die ressourcenhafte Verwendbarkeit sozialer Gegebenheiten.

Grenzauflösung zwischen personalem und sozialem Raum und das Entstehen von *Innerem Verbundesein*

Im letzten Teil der Datenanalyse zur Konzeptualisierung sozialer Ressourcen (*Kapitel 9.2. - Zusammenhang der Einzelkennwerte und Dimensionen der sozialen Ressourcen mit Persönlichkeitsmaßen*) wurden die Kennwerte sozialer Ressourcen und die aus ihnen geformten Dimensionen mit ausgewählten Kennwerten personaler Ressourcen in Beziehung gesetzt. Ziel dieses Vorgehens war die Überprüfung der theoretischen Trennung von personalen und sozialen Ressourcen (*Kapitel 2.2. – Ressourcen in der Krise*) im vorliegenden Datenmaterial.

Die theoretischen Konstrukte des Systemtheoretischen Modells (Bronfenbrenner, 1981, 1995a, 1995b), des Life Course Paradigms (Elder, 1995, 1998a) und der Person-Kontext-Interaktionstheorien (Magnusson, 2003; Magnusson & Stattin, 1998) weisen bereits kontext- und theorienübergreifend darauf hin, dass ein Individuum nur sinnvoll in Verbindung mit der ihn umgebenden Welt und seiner Geschichte gesehen werden kann (*Kapitel 3.3. – Modelle für die integrative und interaktionale Konzeptualisierung sozialer Ressourcen*). Belschner (2005a, 2005b) kommt zu dem Schluss, dass der Mensch und die ihn umgebende Mitwelt eine Einheit darstellen, welche nur durch die Alltagswahrnehmung in die scheinbare Dualität zwischen Subjekt und Objekt aufgespalten werde (*Kapitel 3.3. – Soziale Ressourcen aus integrativer Sicht*). Diese Argumentationen geben Hinweis darauf, dass die Grenze zwischen Mensch und Welt eine durchlässige ist und folglich soziale Ressourcen auch im Binnenraum des Menschen anzutreffen sein müssten. Koestler (1967) beschreibt in diesem theoretischen Rahmen sehr eindrücklich die Gleichzeitigkeit von Abgegrenztheit und Verbundenheit:

„No man is an island – he is (...) a Janus-faced entity who, looking inward sees himself as a self-contained unique whole, looking outward as a dependent part.“ (zit. n. Singelis, 1994, 588)

Die Überprüfung der theoretischen Trennung von personalen und sozialen Ressourcen im vorliegenden Datenmaterial zeigte die folgenden Ergebnisse:

- Es bestehen korrelative und varianzanalytische Bezüge zwischen sozialen und personalen Ressourcen.

- Faktorenanalytisch fallen die personalen Ressourcen nicht in einen Faktor, der von allen anderen sozialen Ressourcen zu unterscheiden wäre. Die theoretische Trennung von personalen und sozialen Ressourcen kann hier also nicht bestätigt werden. Bei der Faktorenbildung entsteht zudem ein neuer Faktor, der von den Variablen gebildet wird, die die Überzeugung der Selbstwirksamkeit und der Proaktivität des eigenen Handelns beinhalten.
- In der faktorenanalytischen Betrachtung der Kennwerte sozialer Ressourcen entsteht die Dimension *Inneres Verbundensein*, die ein grundlegendes Gefühl des sinnvollen und vertrauensvollen Verbundenseins mit der Welt beinhaltet. Diese Dimension hat definitorisch gesehen den Charakter einer personalen Ressource, da sie Kennwerte umfasst, die allesamt im inneren Erfahrungsraum der Person angesiedelt sind (*Soziale Resonanz, Zufriedenheit mit engen Beziehungen, Wahrgenommene Unterstützung, Suche nach Unterstützung*).

Während also die theoretische Modellbildung (entstanden aufgrund der Trennung der Forschungsgebiete der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie; vgl. Horlacher, 2000, 464) eine dichotomisierende Einteilung in personale und soziale Ressourcen nahe legt (*Kapitel 2.2. – Ressourcen in der Krise*), zeigen die vorliegenden Ergebnisse ein anderes Bild: Die Grenzen zwischen personalem und sozialem Raum erweisen sich als fließend. Eine dichotome Unterscheidung hilft hier nicht weiter. Bei sozialen Ressourcen geht es gleichermaßen um die objektive soziale Welt, die eine Person umgibt, als auch um deren inneres Abbild im Erfahrungsraum der Person (siehe oben). Personale und soziale Ressourcen lassen sich daher statistisch nicht ausreichend voneinander trennen. Die dichotome Einteilung in personale und soziale Ressourcen ist somit nicht aufrecht zu erhalten.

Es muss dabei darauf hingewiesen werden, dass es nicht um eine simultane Erhebung und Interaktionsbestimmung zwischen personalen und sozialen Ressourcen geht, wie sie bereits häufig gefordert wird:

„Viele Autoren fordern zu Recht, dass soziale und personale Faktoren simultan zu berücksichtigen seien. Schließlich würden beide Ebenen eng zusammenhängen: Ob und in welcher Art und Weise es einer Person gelingt, ein unterstützendes soziales Feld aufzubauen, sei ebenso von den Eigenschaften der Person abhängig wie auch die Frage, was eine Person für andere zu einer sozial unterstützenden Person macht.“ (Horlacher, 2000, 471)

Diese Forderung beruht nach wie vor auf der Annahme einer unabhängigen Existenz von personalen und sozialen Ressourcen. Was die hier vorliegende Untersuchung jedoch zeigt, ist vielmehr eine Auflösung der Grenzen zwischen dem personalen und dem sozialen Raum: Der gesamte soziale Raum bildet sich subjektiv in der Person ab und zeigt sich vor allem in diesem inneren Abbild als wirksam.

An der (vermeintlichen) Grenze zwischen personalem und sozialem Raum entsteht in den Daten eine Dimension in den sozialen Ressourcen, die genau das Verwoben-sein des Menschen mit der Welt abbildet: das *Innere Verbundensein*. Es bildet sich aus den Kennwerten der *Sozialen Resonanz*, des *Zufriedenheitsindex*, der *Wahrgenommenen Unterstützung* sowie der *Suche nach Unterstützung*. Inhaltlich kann es definiert werden als das grundlegende Gefühl des sinnvollen und vertrauensvollen Verbundenseins mit der Welt. Das *Innere Verbundensein* entsteht im inneren, subjektiven Erfahrungsraum der Person und stellt dort das vertrauensvolle und emotional bedeutsame Abbild der (sozialen) Umwelt dar. Aus einer lebensgeschichtlichen Perspektive beschreibt auch Keil (2006) eine solche grundlegende, innere Einstellung, mit der Menschen in die Welt kommen:

„Wenn Kinder geboren werden, ist ihnen ein Wissen um die großen spirituellen Zusammenhänge selbstverständlich. Sie haben im Prozess des eigenen Werdens die Prinzipien der Schöpfung als Form nachhaltiger Koexistenz erfahren, neun Monate lang bedingungsloses Asyl erlebt. Deshalb wissen sie, dass es auch weiterhin im Leben um die Liebe, die Notwendigkeit von Beziehungsaufnahme und die Hoffnung auf Zukunft geht. Voller Vertrauen strecken sie die Hände nach den Menschen aus, die schon da sind, um den Traum zu erfüllen. Kleine Menschen klagen die Verwirklichung des Traumes mit lautem Gebrüll ein und belohnen die, die ihn erfüllen, mit dem schönsten Lächeln der Welt.“ (Keil, A., 2006, 12)

Das *Innere Verbundensein* zeigt sich zudem eng verwandt zu dem, was Thomae als die Reaktionsform des „Sich verlassen auf andere“ bezeichnet (wichtigstes Daseinsthema in der Antizipation der krankheitsbezogenen Zukunft bei Hochbetagten; Thomae, 1988, 145) und für die er die Disposition des Vertrauens grundlegt (vgl. auch Erlemeier, 1995, 259). Ein deutlicher Zusammenhang besteht auch zum Konzept der wahrgenommenen emotionalen Unterstützung, die Sarason et al. als das Kernstück der sozialen Ressourcen bezeichnen (Sarason et al., 1990). Die in *Kapitel 3.1. – Theorien und Modelle sozialer Ressourcen* dargestellte Definition dieser Unterstützungsart als die „generelle Überzeugung, geliebt und geschätzt zu werden und in ein soziales Netzwerk sicher eingebettet zu sein“

(Erlemeier, 1995, 253) erweist sich deutlich als ein Teil des *Inneren Verbundenseins* (welches seinerseits allerdings über die wahrgenommene emotionale Unterstützung hinausgeht, da es auch die vertrauensvolle Einbettung in die Welt beinhaltet).

Das *Innere Verbundensein* stellt somit eine soziale Ressource zwischen personalem und sozialem Raum dar, die über bisherige Konzeptualisierungen hinausgeht und die sich zudem als diejenige erweist, die von allen Kennwerten und Dimensionen sozialer Ressourcen die größten Auswirkungen auf Wohlbefinden und Beanspruchung aufweist.

Grenzen des Ressourcen-Modells

In der Datenanalyse werden faktorenanalytisch fünf definatorisch voneinander abgrenzbare Dimensionen sichtbar, von denen zwei salutogenetischer und drei pathogenetischer Natur sind (*Kapitel 9.2. – Dimensionsbildung in den Einzelkennwerten sozialer Ressourcen*). Dies gibt einen deutlichen Hinweis darauf, dass soziale Beziehungen nicht immer ausschließlich entlastend wirken (und so das Ressourcenmodell nicht als vollständiges, unabhängiges Konzept stehen kann). Die Daten zeigen deutlich die Janusköpfigkeit aller sozialen Gegebenheiten: D.h. soziale Beziehungen können sowohl be- als auch entlastend wirken; Netzwerke können hilfreich und belastend sein; Unterstützt werden kann unterschiedlichen Bewertungen unterliegen. Schmidt-Denter unterstreicht dies:

„Daneben gibt es jedoch auch zunehmend wissenschaftliche Publikationen, die die Kehrseite der Medaille beleuchten. Der soziale Kontext kann auch Stress, Risiken und Gefährdungen für das Individuum mit sich bringen. Soziale Beziehungen erweisen sich als von so fundamentaler Bedeutsamkeit, dass sie sowohl Gesundheit als auch Pathologie fördern können.“ (Schmidt-Denter, 2005, 257)

So können Gegebenheiten in der externen, sozialen Welt nicht per se als ressourcenhaft konzeptualisiert werden (vgl. dazu auch Keil, A., 2004; Pruchno & Rosenbaum, 2003, 490). Das Konzept sozialer Ressourcen an sich ist damit vielmehr ein abhängiger Teil eines größeren Konzepts, welches den äußeren und inneren sozialen Raum in seiner Schutz- und Risikofunktion umfasst.

Unter dem Blickwinkel, dass Leben im Allgemeinen durch Prozesse von Bewegung, Austausch und Zusammenwirken bestimmt wird, vertritt auch Keil (2004) diesen Standpunkt:

„Wenn Wirkungen auf eine Umgebung ausgelöst werden, bewirken sie innere Antworten, die entweder Wachstum auslösen oder als Risiken Entwicklung stören oder unterbinden. Der kräftige Schlag auf eine Hand kann eine förderliche Durchblutung auslösen oder einen schmerzenden Bluterguss erzeugen. Eine liebevolle Umarmung kann einen Menschen zum Aufbruch in die Freiheit ermutigen und ihm Schutz andeuten, sie kann ihn aber auch zurückhalten und fesseln.“ (Keil, A., 2004, 98)

Aufgrund der vorliegenden Daten und der theoriegeleiteten Argumentation lässt sich folglich die weiterführende Hypothese aufstellen, dass es sinnvoll sei, soziale Beziehungen nicht bezüglich ihres Ressourcencharakters zu betrachten, sondern in einem Konzept von Schutz- und Risikofaktoren.

Modellbildung über verschiedene Konzepte sozialer Ressourcen – Modell der Schutz- und Risikofaktoren aus dem sozialen Raum

Aus der bisherigen Diskussion der Untersuchungsergebnisse und theoretischen Konzepte lassen sich folgende Aussagen festhalten:

- Soziale Ressourcen wirken sich weniger auf die Reduktion belastender Aspekte einer Lebenssituation aus, sondern vielmehr auf die Erhöhung des Wohlbefindens, d.h. der psychischen Stabilität einer Person innerhalb der äußeren, belasteten Lebenssituation. (Vgl. *Kapitel 10.1. – Wohlbefindenssteigernde Wirkung von sozialen Ressourcen*)
- Kein spezifisches Konzept sozialer Ressourcen ist in der Lage, die Komplexität der Mensch-Umwelt-Verflechtung in diesem Bereich abzudecken. Es erweisen sich verschiedene Kennwerte aus unterschiedlichen Konzeptualisierungen als bedeutsam. Daher scheint eine theorienübergreifende Modellbildung sinnvoll. (Vgl. *Kapitel 10.1. – Bedeutung der multidimensionalen Operationalisierung von sozialen Ressourcen*)

- Neben der objektiven, sozialen Welt einer Person ist ihre subjektive Wahrnehmung der äußeren Welt von entscheidender Bedeutung. Die subjektive Wahrnehmung im inneren Erfahrungsraum zeigt engere Verbindungen zum Befinden der Person als deren objektive Lebensrealität und ist daher mit einem entsprechenden Stellenwert zu versehen. (Vgl. *Kapitel 10.1. – Subjektive Wahrnehmung von sozialen Ressourcen*)
- Das Konzept der Trennung von personalen und sozialen Ressourcen lässt sich nicht aufrechterhalten. Es zeigt sich, dass sich die gesamte, äußere Realität im Binnenraum der Person abbildet und dort mit be- bzw. entlastenden Bewertungen versehen wird. Dabei erweist sich eine Dimension als bedeutsam, die sich in der Faktorenanalyse bildet: *Inneres Verbundensein*, ein grundlegendes Gefühl des sinnvollen und vertrauensvollen Verbundenseins mit der Welt. Diese bedeutsame Variable ist bisher in keinem Konzept sozialer Ressourcen zu finden. (Vgl. *Kapitel 10.1. – Grenzauflösung zwischen personalelem und sozialem Raum und das Entstehen von Innerem Verbundensein*)
- Keine der untersuchten, sozialen Gegebenheiten wirkt ausschließlich als Ressource. Jedes Merkmal der sozialen Welt kann sowohl stärkende als auch belastende Auswirkungen auf die Person haben (welche in komplexer Interaktion zwischen intra- und interindividuellen Prozessen über die Lebensspanne hinweg zustande kommen). Daher ist es präziser, von Schutz- und Risikofaktoren zu sprechen, die im Kontakt mit dem sozialen Raum erwachsen, als einen rein ressourcenhaften Charakter sozialer Gegebenheiten anzunehmen. (Vgl. *Kapitel 10.1. – Grenzen des Ressourcen-Modells*)

Integriert man den Stand theoretischer Modellbildung zu sozialen Ressourcen und diese Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung, so kann folgendes Modell sozialer Ressourcen gebildet werden, das alle aufgeführten Aussagen mit dem Stand der Theorie sinnvoll integriert:

MODELL DER RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN AUS DEM SOZIALEN RAUM

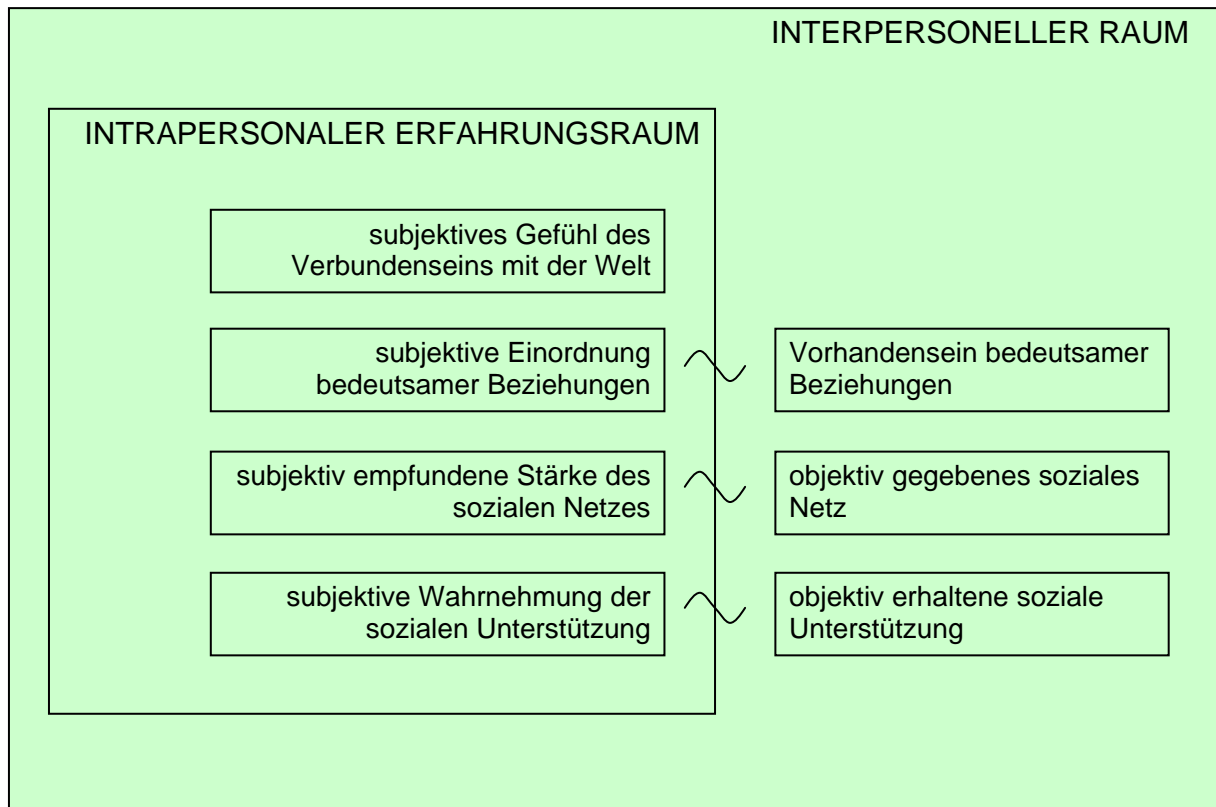


Abbildung 46: Modell der Risiko- und Schutzfaktoren aus dem sozialen Raum

Die gängigen Konzepte sozialer Ressourcen sind im objektiven Raum in den Begriffen „Vorhandensein bedeutsamer Beziehungen“ (*Kapitel 3.2. – Soziale Beziehungen als Ressource*), „objektiv gegebenes soziales Netz“ (*Kapitel 3.2. – Soziale Netzwerktheorien*) sowie „objektiv erhaltene soziale Unterstützung“ (*Kapitel 3.2. – Theorien und Modelle sozialer Unterstützung*) enthalten.

Einige Komponenten dieser Modellbildung gehen gemäß den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zum Teil über den momentanen Stand der Theoriebildung hinaus:

- In diese Modellvorstellung sind die verschiedenen Konzeptionen sozialer Ressourcen gemeinsam einbezogen, denn die Datenanalyse zeigt, dass Kennwerte aus unterschiedlichen theoretischen Konzepten wirksam sind.

- Über das Konzept der Ressourcen hinausgehend, nimmt dieses Modell die Grundlage von Schutz- und Risikofaktoren an. Die Daten zeigen, dass bestimmte soziale Gegebenheiten sich nicht per definitionem als Ressource auswirken, sondern, im Gegenteil, auch stark belastend (im Gegensatz zu neutral, d.h. ohne Ressourcenfunktion) wirken können (z.B. geringe *Netzstärke*, geringer *Zufriedenheitsindex*). Ein abgeschlossenes Konzept sozialer Ressourcen lässt sich demzufolge nicht mehr aufrechterhalten und wird hier durch eine Konzeption ersetzt, die gleichermaßen Schutz- und Risikomöglichkeiten aus inter- und intrapersonalen Quellen annimmt.
- Die Daten zeigen, dass die subjektiven Abbilder äußerer, sozialer Gegebenheiten starke Auswirkungen haben, oft stärkere Auswirkungen als der objektive, soziale Raum selbst. Diese Tatsache ist in den Theorien sozialer Ressourcen bislang nicht (oder nur am Rande, z.B. in den ‚Support Schemes‘) enthalten. Es ist folglich zwischen der objektiven, interpersonellen sozialen Welt und ihrem intrapersonalen, subjektiven Abbild im Erfahrungsraum der Person zu unterscheiden. Beide sind unterschiedliche Variablen, die dennoch miteinander in Interaktion stehen. Über die Art dieser Interaktion kann auf der Grundlage der hier vorliegenden, querschnittlich erhobenen Daten keine Aussagen gemacht werden (es ist jedoch zu vermuten, dass sie das Ergebnis lebenslanger Präge- und Erfahrungsprozesse sowie einer komplexen Person-Kontext-Interaktion im jeweiligen Moment darstellt, *Kapitel 3.3. – Life Course Paradigm nach Elder* sowie *Person-Kontext-Interaktionstheorien*).
- Im subjektiven Erfahrungsraum der Person zeigt eine Dimension die stärksten Auswirkungen aller Kennwerte sozialer Ressourcen: das grundlegende Gefühl des sinnvollen Verbundenseins mit der Welt (in der Datenanalyse bezeichnet als *Inneres Verbundensein*). Da ein solches Konzept in den vorhandenen Theorien sozialer Ressourcen nicht existiert, wird es als neue Variable in die dargestellte Modellbildung aufgenommen.

Dieses Modell könnte als Grundlage für weitergehende Forschung und Hypothesenbildung dienen. Es legt eine Basis zur umfassenden Betrachtung sozialer Ressourcen, auch wenn die holistische Komponente hier noch vergleichsweise rudimentär formuliert ist; dazu wäre eine wesentlich differenziertere Analyse

notwendig, als aufgrund der vorliegenden Daten geleistet werden kann (vgl. Magnusson, 2003). Als nächster Schritt zur Überprüfung der Modellbildung ist eine Pfadanalyse angezeigt, um das Zusammenspiel und Wirkungsrichtungen zwischen den einzelnen Komponenten zu präzisieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen, dass Ressourcen sich auf Be- und Entlastung auswirken, indem sie das Wohlbefinden eines Menschen in einer gegebenen, äußeren Situation steigern.

Mit Hilfe der multidimensionalen Operationalisierung von sozialen Ressourcen können Kennwerte unterschieden werden, die große versus wenig/keine Auswirkungen auf Beanspruchung, Belastung oder Wohlbefinden zeigen. Dabei unterscheiden sich objektive Kennwerte sozialer Ressourcen von Maßen, die auf die subjektive Einschätzung des/der Befragten aufgebaut sind. Dies zeigt zum einen, dass zwischen dem objektiven Vorhandensein einer sozialen Ressource und ihrer Wahrnehmung im inneren Erlebensraum der Person unterschieden werden muss, da es sich offensichtlich um unterschiedliche Konstrukte handelt.

Zum anderen stellt sich dabei heraus, dass die Kennwerte sozialer Ressourcen, die eine subjektive Einschätzung wiedergeben, stärkere Zusammenhänge zum Wohlbefinden aufweisen als objektive Maße. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass objektivierende Maße bei sozialen Ressourcen weniger hilfreich sind als Operationalisierungen, die die subjektive Wahrnehmung der/des Befragten erfassen.

Wird die Interaktion von personalen und sozialen Ressourcen untersucht, so stellt sich überdies heraus, dass die klassische Trennung zwischen ihnen nicht aufrechterhalten werden kann. Die Analysen des Datenmaterials machen hier deutlich, dass eine Dichotomisierung dem Verständnis sozialer Ressourcen abträglich ist, denn sie nährt Bilder einer Getrenntheit und damit Unabhängigkeit von Person und Umwelt, die sich im Datenmaterial nicht abbilden. Am Beispiel der sozialen Ressourcen zeigt sich sehr deutlich, dass der äußere Erlebensraum und der innere Erfahrungsraum kontinuierlich ineinander übergehen. (Und ist es denn ernsthaft sinnvoll, sich zu fragen, ob das *Innere Verbundensein* eine soziale

Ressource ist, da es sich aus Kennwerten sozialer Ressourcen zusammensetzt, oder eine personale Ressource, da es eine persönliche Einstellung im Erfahrungsraum der Person beschreibt?)

Die untersuchten Kennwerte sozialer Ressourcen lassen sich fünf Dimensionen zuordnen, von denen zwei Ressourcencharakter und drei den vulnerabilitätsfördernden Charakter von Risikofaktoren besitzen. Somit erweisen sich soziale Ressourcen als abhängiger Teil eines größeren Konzepts, welches sowohl die Ressourcen- als auch die Vulnerabilitätsfunktion der sozialen Welt umfasst. Es ist daher hilfreich, die Annahme eines eigenständigen Ressourcen-Konzepts aufzugeben und stattdessen den Schutz und das Risiko, welche durch die soziale Welt entstehen, gleichermaßen zu betrachten.

Diese Überlegungen führen zur Bildung eines Modells der „Risiko- und Schutzfaktoren aus dem sozialen Raum“.

10.2. Bedeutung sozialer Ressourcen in der Konfrontation mit Sterben und Tod

Ausgangspunkt und Abschluss der vorliegenden Arbeit ist die Betrachtung sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod. Daher wird sich der zweite Teil dieses Kapitels mit der Bedeutung sozialer Ressourcen in diesem Feld beschäftigen.

Zunächst wird die stark heterogene, gesellschaftliche Lage in diesem Bereich dargestellt. Darauf aufbauend wird dann näher betrachtet, auf welche Weise sich soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod auswirken können und welche Maße dabei von besonderer bzw. zu vernachlässigender Bedeutung sind. Abschließend wird auf die besondere Bedeutung des *Inneren Verbundenseins* als soziale Ressource in der Konfrontation mit Sterben und Tod eingegangen.

Heterogenität des gesellschaftlichen Feldes um Sterben und Tod

In der Darstellung von Studien bei kritisch kranken Menschen, ihren Angehörigen und den betreuenden Professionellen (*Kapitel 4 – Soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod*) wurde deutlich, dass die Begegnung mit Sterben und Tod in einem äußerst heterogenen Rahmen stattfindet. Die dargestellten Studien sind schlecht vergleichbar, da die Rahmenbedingungen jeweils sehr unterschiedlich sind (z.B. befragte Personengruppe, äußeres Setting). Studien, die Daten über verschiedene Kontextbedingungen oder Personengruppen hinweg erheben, sind in diesem Bereich die Ausnahme (z.B. Schröder, H. et al., 2003; Steinhauser et al., 2001; Steinhauser et al., 2000).

Die große Heterogenität der äußeren Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Begegnung mit Sterben und Tod stattfindet, zeigt sich auch in der vorliegenden Studie. Sowohl in der Stichprobendarstellung (*Kapitel 8 - Stichprobenbeschreibung*) als auch im ersten Teil der Ergebnisdarstellung (*Kapitel 9.1. – Darstellung der*

sozialen Ressourcen in der Stichprobe sowie Darstellung von Wohlbefindens- und Beanspruchungsindices in der Stichprobe) wurde deutlich, dass die Personengruppe, der die befragte Person angehört, und die Institutionsart, in der die Daten erhoben wurden, großen Einfluss auf alle anderen Variablen nimmt. Sowohl Personengruppe als auch Institutionsart sind gesellschaftlich geprägte Variablen, die für die große Heterogenität aller weiteren Ergebnisse verantwortlich sind.

Über alle Analysen hinweg zeigten sich in den Daten dabei folgende Einflussrichtungen von Personengruppe und Institutionsart:

- Angaben von Professionellen auf der einen Seite und PatientInnen und Angehörigen als Betroffene auf der anderen Seite sind nur in sehr geringem Maße vergleichbar, da das Feld von Sterben und Tod für die Professionellen das tägliche Arbeitsfeld, für die Betroffenen jedoch eine Lebenskrise darstellt. Doch auch innerhalb der Personengruppen der Professionellen lassen sich unterschiedliche Untergruppen differenzieren. Ehrenamtlich Tätige unterscheiden sich dabei von den anderen Professionellengruppen, da sie die Tätigkeit mit kritisch Kranken und Sterbenden in ihrer Freizeit erbringen und damit selbst bestimmen können, wie weit und wie stark sie in das Geschehen involviert werden möchten; sie zeigen daher fast keine Beanspruchung und sehr hohes Wohlbefinden. Anders stellt sich die Situation für die befragten ÄrztInnen, Pflegenden, Geistlichen und Psychosozialen dar, denn für sie ist dieser Umgang täglicher Berufsalltag. In diesen vier Gruppen zeigt sich, dass die Geistlichen und Psychosozialen relativ geringe Beanspruchung und hohes Wohlbefinden angeben, verbunden mit der besten Möglichkeit, auf äußere soziale Ressourcen (in Form von Supervision, Aus- und Weiterbildung etc.) zuzugreifen. Am stärksten beansprucht erweisen sich ÄrztInnen und Pflegende, die große Beanspruchung durch ihre berufliche Tätigkeit, verbunden mit geringen Möglichkeiten, auf beruflich-fachliche Unterstützung zurückzugreifen, angeben. Da die Tätigkeitsbereiche und berufsgruppenspezifische Lage der verschiedenen Gruppen von Professionellen sich derart stark unterscheiden, ist eine Generalisierung von Aussagen über die Gruppen hinweg nur sehr eingeschränkt möglich.
- Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung der Institutionsarten. Schröder (2003), der die Beanspruchung bei Pflegenden auf Palliativstationen und in

stationären Hospizen untersucht, trifft ebenfalls auf große Heterogenität der institutionellen Bedingungen in seiner Stichprobe und stellt in seiner Analyse der Ergebnisse die Frage, ob institutionelle oder individuelle Bedingungen einen größeren Vorhersagewert hätten (Schröder, H. et al., 2003, 62). In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass Palliativstationen und stationäre Hospize im Vergleich mit allen anderen Institutionsarten relativ nahe beieinander liegen. Sie stellen in einer Vielzahl von Bereichen die Umgebungen dar, in denen großes Wohlbefinden und die geringste Beanspruchung aller Personengruppen angegeben wird. Im Kontrast dazu befinden sich intensivmedizinische Stationen und Altenheime, die auf der Grundlage dieser Ergebnisse sehr belastende Umgebungen für PatientInnen, Angehörige und Professionelle darstellen.

Die große Heterogenität des Untersuchungsfeldes ist folglich das bedeutsamste Ergebnis der vorliegenden Untersuchung und limitiert Verallgemeinerungen über Personengruppen und Institutionsarten hinweg. Gleichzeitig können Personengruppen und äußere Settings ausgemacht werden, die durch ihre Beanspruchung oder ihre Förderlichkeit Extrem- und Zielgruppen in negativer oder positiver Richtung darstellen (z.B. Pflegende in Altenheimen zeigen größte Beanspruchung und bedürfen besonderer Unterstützung; stationäre Hospize stellen förderliche Umgebungen für das Wohlbefinden aller Beteiligten dar und können eine Modellfunktion für andere Einrichtungsarten übernehmen). Auf diese Weise kann der richtungweisende Charakter der Heterogenität im Feld von Sterben und Tod gewinnbringend genutzt werden.

Allgemeine Wirkung von sozialen Ressourcen im Feld von Sterben und Tod

Die theoriegeleitete Betrachtung sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod zeigte vor allem, dass bislang wenig spezifisches Wissen dazu generiert wurde (*Kapitel 4 – Soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod*). Andere Foki standen im Mittelpunkt (z.B. Bedürfnisse von PatientInnen, Trauer bei Angehörigen, Beanspruchung bei Professionellen). Die Ergebnisse der vorliegenden

Untersuchung machen deutlich, dass soziale Ressourcen zu Unrecht vernachlässigt wurden, denn sie zeigen starke Auswirkungen auf das Befinden der befragten Menschen.

Es kann dabei generalisiert werden, dass soziale Ressourcen zu einer Erhöhung des Wohlbefindens, ungeachtet der Belastung durch die äußere Lebens- oder Arbeitssituation, beitragen (*Kapitel 10.1. – Wohlbefindenssteigernde Wirkung von sozialen Ressourcen*). Sie wirken stabilisierend auf den Menschen innerhalb einer äußeren, oft unveränderbaren Situation. Dieses Ergebnis hat vor allem in der Begegnung mit Sterben und Tod eine besondere Bedeutung, da die Todesbedrohung nicht kontrollier- oder veränderbar ist, d.h. folglich die Beanspruchung oder das Krisenerleben, das durch die Konfrontation mit dem Sterben ausgelöst wird, wenig veränderbar ist (*Kapitel 2.2. – Krise als Grenzerfahrung*). Im Rahmen von psychosozialer oder therapeutischer Intervention kann somit nicht auf die Zielrichtung zu Belastungs-Reduktion zurückgegriffen werden, und die Erhöhung von Stabilität und Wohlbefinden innerhalb der belastenden Situation stellt hier einen hilfreichen Weg der beratenden oder therapeutischen Arbeit dar.

Dies trifft vor allem für PatientInnen und Angehörige zu. Bei ihnen zeigt sich entsprechend, dass der Zusammenhang von sozialen Ressourcen zu Wohlbefinden weitaus größer ist als zu Beanspruchung. Verringernd auf berufliche Beanspruchung wirken sich soziale Ressourcen teilweise bei den befragten Professionellen aus. Hier muss wiederum die spezifische Lage der Personengruppen differenziert werden, denn für die Professionellen stellt der Umgang mit Sterben und Tod ein Arbeitsfeld dar, in dessen Rahmen sie zumindest auf Arbeitsbedingungen relativen Einfluss nehmen können (z.B. Gestaltung des Teamzusammenhalts, Inanspruchnahme von Supervision). Für Professionelle können sich folglich soziale Ressourcen sowohl wohlbefindenssteigernd als auch beanspruchungsreduzierend auswirken, während für PatientInnen und Angehörige vor allem der Aspekt der Wohlbefindenssteigerung durch soziale Ressourcen in einer unveränderbaren, belasteten Krisensituation im Vordergrund steht.

Wirkungsvolle Maße sozialer Ressourcen im Feld von Sterben und Tod

Es wurde im ersten Teil der Diskussion bereits deutlich, dass verschiedene Kennwerte sozialer Ressourcen unterschiedlich in ihrer Aussagekraft zu bewerten sind (*Kapitel 10.1. - Bedeutung der multidimensionalen Operationalisierung von sozialen Ressourcen sowie Subjektive Wahrnehmung von sozialen Ressourcen*). Bei der Datenanalyse, die die Modifikation der Konzeption sozialer Ressourcen zum Ziel hatte, wurden die Einflüsse sämtlicher Rahmenbedingungen eliminiert (durch Kontrolle aller demographischen Rahmenbedingungen) und damit auch die spezifische Situation im Kontakt mit Sterben und Tod. In den vorhergehenden Ausführungen wurde jedoch deutlich, dass gerade Charakteristika der äußeren Situation eine große Heterogenität in der Begegnung mit Sterben und Tod schaffen. Aus diesem Grunde soll nun dargestellt werden, welche Kennwerte sozialer Ressourcen große Auswirkungen in diesem Feld zeigen und folglich als empfehlenswerte Erhebungsmaße gelten können.

Folgende Wirkungen sozialer Ressourcen im Feld von Sterben und Tod zeigen sich dabei: Die verschiedenen Komponenten sozialer Unterstützung (*Informationale, Instrumentelle, Motivationale, Emotionale und Gegebene Unterstützung*) haben keinen Einfluss auf Wohlbefinden und Beanspruchung. In dem Konzept von sozialer Unterstützung nach *Wahrgenommener Unterstützung, Unterstützungsbedürfnis* und *Suche nach Unterstützung* hat die *Wahrgenommene Unterstützung* starke Bezüge zu den Outcome-Variablen, das *Unterstützungsbedürfnis* sowie die *Suche nach Unterstützung* jedoch nicht. *Soziale Resonanz* zeigt von allen sozialen Ressourcen die stärksten Verbindungen zu Wohlbefinden und Beanspruchung. Die *Netzgröße*, welche die objektive Größe des sozialen Netzes angibt, wirkt sich nicht auf Wohlbefinden bzw. Beanspruchung aus. Die subjektiv empfundene Qualität des sozialen Netzes (*Netzstärke*) zeigt relevante korrelative Verbindungen mit den Outcome-Variablen. *Zufriedenheitsindex, Problemindex* sowie *Änderungsdruck* als Maße der Qualität enger sozialer Beziehungen als Ressource zeigen hohe Bezüge zu den Outcome-Variablen. Bei *Konstruktivität* und *Destruktivität* lassen sich keine relevanten Bezüge nachweisen. Die durchweg höchsten Varianzaufklärungen in den Outcome-Variablen lassen sich durch die *Soziale Resonanz*, die *Wahrgenommene*

Unterstützung, den Zufriedenheitsindex, den Problemindex sowie den Änderungsdruck erzielen.

Aus diesen Ergebnissen kann schlussfolgernd festgehalten werden, dass vor allem zwei Charakteristika bedeutsame Operationalisierungen für soziale Ressourcen auszeichnen: Zum einen erweisen sich Kennwerte, die in der subjektiven Wahrnehmung des Befragten verankert sind, „objektiven Kennwerten“ überlegen (vgl. dazu auch die Ergebnisse von Mallett, Price, Jurs & Slenker, 1991); dies zeigte sich auch in der feld-freien Betrachtung der sozialen Ressourcen, vgl. *Kapitel 10.1. – Subjektive Wahrnehmung von Ressourcen*). Zum anderen sind Kennwerte, die sich auf nahe Beziehungen stützen (z.B. *Zufriedenheits-, Problemindex, Änderungsdruck*), in diesem Feld von besonderer Bedeutung. Dies deckt sich mit den theoretischen Annahmen der besonderen Bedeutung naher Beziehungen in der Konfrontation mit Sterben und Tod (*Kapitel 4.1. – Die besondere Situation der Beziehungsentstehung im Sterbeprozess*).

Bedeutung des *Inneren Verbundenseins* in der Begegnung mit Sterben und Tod

Abschließend soll auf die Bedeutung der neu entwickelten Dimension des *Inneren Verbundenseins* unter den sozialen Ressourcen eingegangen werden, denn ihr kommt im Feld von Tod und Sterben besondere Bedeutung zu. Sie war in der Datenanalyse zur Modifikation des Konzepts von sozialen Ressourcen als neuartige Variable hervorgetreten und zeigt starke Verbindungen zu Wohlbefinden und Belastung/Beanspruchung bei den Befragten. Parallelen zu bestehenden, theoretischen Modellen in Bezug auf die Bedeutung des *Inneren Verbundenseins* in der Begegnung mit Sterben und Tod zeigen sich einzig bei Wittkowski (2005, 72), der in seiner integrativen Theorie der Einstellung zum eigenen Tod die Begrifflichkeiten von „Sinnhaftigkeit/Sinnvermittlung“ und „veränderte Bindung an das Leben bzw. an die Welt“ verwendet. Diese lehnen sich an die inhaltliche Bedeutung des *Inneren Verbundenseins* an.

Im Feld von Tod und Sterben kommt der sozialen Ressource des *Inneren Verbundenseins* vor allem bei PatientInnen und Angehörigen besondere Bedeutung zu: Zum einen stellt sie ein subjektives Konstrukt der Person dar und liegt daher im Interventionsbereich der klinischen und therapeutischen Gesprächsführung. Dementsprechend kann sie therapeutisch eruiert, gestärkt und gefördert werden. Zum anderen kann das *Innere Verbundesein* eines Menschen, im Gegensatz zu anderen sozialen Ressourcen, auf solche Weise gefördert werden, ohne zwingend die soziale Lebenssituation des Betroffenen verändern zu müssen, also beispielsweise Netzwerke erweitern zu müssen. Solche praktischen Interventionen im Lebenskontext sind gerade bei kritisch kranken Menschen und ihren Angehörigen oftmals nicht angebracht oder verantwortbar, da das Lebenssystem um den Patienten meist hoch belastet und daher in einem fragilen, funktionalen Gleichgewicht ist. In dieser Situation ist es sinnvoller, therapeutische Interventionen nicht in der äußeren Lebenswelt, sondern am inneren, subjektiven Gefühl des Verbundenseins mit der Welt anzusetzen, will man eine Stärkung herbeiführen.

In anderen Bezügen ist diese Art der Intervention besonders mit sterbenden Menschen oder trauernden Hinterbliebenen bereits bekannt. So spricht Kübler-Ross (1989, 1995, 1997) von der großen Bedeutung der inneren Klärung von Beziehungen im Sterbeprozess (vgl. dazu auch Cassidy, 1995; Drees, 2003). Eine weitere therapeutische Intervention, die oft in der Sterbebegleitung angewandt wird, ist die Biographiearbeit (vgl. bspw. Jander, 1993; Petzold, 2003). Sie zielt ebenfalls darauf ab, rückblickend im Lebensverlauf die eigene, sinnhafte Einbettung in die Lebensgeschichte nochmals bewusst nachzuvollziehen. Auch logotherapeutische (bspw. Tirier, 2003) oder geistliche (bspw. Becker & Eid, 1984; Klute, 1997; Piper, 1984a, 1984b, 1989; Schneider, B., 1993; Stock, 1993; Wiesenhütter, 1974) Interventionen gehen oftmals in die Richtung, dem sterbenden Patienten oder seinen zurückbleibenden Angehörigen ein Vertrauen in ihr Eingebettet-Sein zu vermitteln, um ihn innerlich zu stärken. In der Trauerarbeit schließlich ist es ein therapeutisches Hauptziel, die Beziehung eines Trauernden zum Verstorbenen in allen ihren Facetten emotional durchzuarbeiten, denn nur auf diese Weise kann sie abgeschlossen werden und der Verstorbene kann im weiteren Leben des Weiterlebenden einen sinnvollen Platz einnehmen (bspw. Kast, 1987, 2000, 2004). In allen diesen

Interventionsansätzen kann der Bezug auf dieses innere Gefühl des sinnvollen Verbundenseins mit der Welt deutlich enthalten.

Im Sinne der oben erläuterten Erweiterung des Ressourcen-Ansatzes stellt somit ein hohes *Innere Verbundesein* einen bedeutsamen Schutzfaktor in der Begegnung mit Sterben und Tod dar, der therapeutisch auf vielerlei Ebenen gefördert werden kann.

Vorrangiges Ergebnis der Analyse sozialer Ressourcen im Feld von Tod und Sterben ist die große Heterogenität dieses gesellschaftlichen Bereichs, für die insbesondere die qualitativen Unterschiede zwischen Personengruppen sowie zwischen den unterschiedlichen Institutionsarten verantwortlich sind.

Über alle Unterschiede hinweg zeigt sich, dass soziale Ressourcen Auswirkungen auf die Befindlichkeit von Menschen im Kontakt mit dem Sterben haben, indem sie ihr Wohlbefinden stabilisieren. In diesem Feld stellt der Rückgriff auf soziale Ressourcen somit eine wertvolle Interventionsmöglichkeit dar, da eine Belastungs- bzw. Beanspruchungsreduzierung in der Konfrontation mit dem Sterben oftmals nur in geringem Ausmaß möglich ist. Zudem stellen soziale bzw. systemische Interventionen eine wertvolle Bereicherung im oft überwiegend individuumszentrierten Blickwinkel der theoretischen wie praktischen Thanatologie dar.

Die Datenanalyse ergibt, dass die subjektive Wahrnehmung der sozialen Welt bzw. der sozialen Ressourcen bedeutsam ist und dass vor allem das *Innere Verbundesein* (das grundlegende Gefühl des sinnvollen und vertrauensvollen Verbundenseins mit der Welt) sich förderlich auf das Wohlbefinden auswirkt. Dies stellt eine wertvolle Hilfestellung in der Begleitung sterbender Menschen dar: Zum einen gibt es den beteiligten Professionellen einen Hinweis darauf, die innere Erfahrungswelt von PatientInnen und Angehörigen in das professionelle Handlungsfeld zu integrieren und sie entsprechend zu gewichten. Zum anderen können Interventionen bei Menschen, die mit dem eigenen Sterben oder dem Sterben eines Angehörigen konfrontiert sind, auch dann am inneren Bild der sozialen Welt ansetzen, wenn Veränderungen in der realen, sozialen Umwelt aus Zeit-, Kraft- oder Konstellationsgründen nicht möglich sind.

10.3. Fazit

*„Wir arbeiten an uns selbst,
um anderen zu helfen.
Und wir helfen als Möglichkeit,
um an uns selbst zu arbeiten.“
(Dass, 1988, 215)*

Das wichtigste Fazit aus dieser Arbeit ist die Bestätigung einer in der Sozial- und Gesundheitspsychologie seit langem bekannten Tatsache: Soziale Ressourcen sind hilfreich. Laut den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit sind sie es, indem sie das Wohlbefinden der Menschen in verschiedenen, äußeren Situationen stabilisieren – auch angesichts einer krisenhaften Grenzsituation wie dem Sterben.

Drei Schlussfolgerungen sind aus dem Wissen um die Wirksamkeit sozialer Ressourcen in der Begegnung mit dem Tod für die Begleitung sterbender Menschen zu ziehen:

1. Zunächst muss festgehalten werden, dass es „die“ Begegnung mit dem Sterben als standardisierbare (gesellschaftliche oder psychische) Situation gar nicht gibt. Die Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung zeigen sehr deutlich, dass die Heterogenität dieses Feldes über möglicherweise vorhandene, allgemeine Kennzeichen bei weitem dominiert. Von „dem“ Sterben als allgemeinem Geschehen, „dem“ Angehörigen eines oder einer Sterbenden und „dem“ oder „der“ Professionellen zu sprechen, ist nicht erkenntnisbringend, sondern vielmehr erkenntnis-verstellend.
2. Die Ergebnisse zeigen, dass sich ein sozialer bzw. systemischer Blickwinkel auch in diesem Bereich als bedeutsam erweist. In der Begleitung Sterbender überwiegt bislang sowohl in der praktischen Arbeit als auch in der wissenschaftlichen Forschung zumeist noch eine individuumszentrierte Betrachtungsweise (welche außerdem oft auf den Sterbenden fixiert ist). Hier kann sich eine Erweiterung der

Sicht, die nicht nur das Individuum, sondern auch dessen Welt und seine Einbettung darin umfasst, als hilfreich und kraftgebend erweisen. Diesem Grundgedanken folgend skizziert Strittmatter (1991, 1998) einen möglichen, systemischen Betreuungsansatz:

„Es geht um die Beachtung und Einbeziehung des wichtigsten Bezugssystems des Sterbenden, sei es Familie, Herkunftsfamilie, Partnerbeziehung oder Freundschaftsbeziehung. Es reicht nicht, den Sterbenden alleine zu sehen und ihn zu begleiten. Entscheidend ist, a) alle Hauptbeteiligten in ihrem gemeinsamen Bezugssystem in den Blick zu bekommen, b) dieses System als ganzes bei Bedarf so zu unterstützen, dass es c) seinerseits seine Mitglieder versorgt.“ (Strittmatter, 1998, 36ff.) „Aus dem bisher Gesagten wird aus systemischer Sicht deutlich, dass die Möglichkeiten und Grenzen in der Begleitung von Sterbenden beeinflusst werden durch jede beteiligte Person, deren Beziehungsstrukturen untereinander sowie durch die Bedingungen der Institution.“ (Strittmatter, 1991, 63)

3. Der sozial-systemische Blickwinkel, der sich meist (auch bei Strittmatter, siehe oben) auf die äußere, reale Welt um eine Person konzentriert, wird durch das Konzept des *Inneren Verbundenseins* als soziale Ressource bereichert: Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen zum ersten Mal, dass das grundlegende Gefühl des sinnvollen und vertrauensvollen Verbundenseins mit der Welt eine gewichtige, soziale Ressource darstellt. In der Begegnung mit dem Sterben kann das *Innere Verbundensein* als Ressource genutzt werden. Das bedeutet in der praktischen Konsequenz, den Menschen in seiner Individualität und seiner individuellen Wahrnehmung wahrzunehmen und zu unterstützen: PatientInnen in ihrer eigenen Sicht ihrer sozialen Welt und ihres sozialen Selbst zu verstehen, Angehörige auf eben diese Weise in ihrer Situation zu unterstützen und Professionellen die Wertschätzung für und die Nutzbarkeit von der eigenen sozialen Einbettung und der ihrer PatientInnen und Familien als professionelle Kompetenz nahe zu bringen.

Die vorliegende Arbeit erbringt sowohl für das Feld von Tod und Sterben wie aber auch für die allgemeine Theorienbildung in der Gesundheits- und Sozialpsychologie die folgenden drei, neuen Erkenntnisse:

1. Nicht die real-äußere Welt, sondern die innere, subjektive Welt eines Individuums gibt Aufschluss über die wirksamen, sozialen Ressourcen, die ihm zur Verfügung stehen. Quasi-Objektivierungen (wie z.B. die Größe des sozialen Netzes) sind

nicht hilfreich, um die Ressourcen einer Person auszuloten – die Person muss vielmehr im Bezugssystem ihres inneren Erfahrungsraumes verstanden werden. Operationalisierungen über subjektive Bewertungen (wie z.B. die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen) sind der Weg, der hier zu einem tieferen Verständnis der sozialen Ressourcen führen kann.

2. Am Beispiel der sozialen Ressourcen zeigt sich sehr deutlich, dass zwischen dem interpersonellen, sozialen Raum und dem intrapersonalen Raum keine Grenze zu setzen ist. Der äußere Erlebensraum und der innere Erfahrungsraum bilden sich ineinander ab, wirken aufeinander ein und gehen somit kontinuierlich ineinander über. Sie erweisen sich als so untrennbar miteinander verwoben, dass sich letztlich die ganze Welt im Inneren des Menschen abbildet – vielleicht auch umgekehrt? Beim Versuch, dies zu konzeptualisieren, stoßen die in dieser Arbeit zur Hilfe genommenen Theorien (einschließlich der Person-Kontext-Interaktionstheorien) an ihre Grenzen.
3. Und schließlich erweisen sich die betrachteten, sozialen Ressourcen als abhängiger Teil eines größeren Konzepts. Der Versuch, allein den ressourcenhaften Charakter der sozialen Welt als eigenständiges Konzept zu erfassen, scheitert, da sich unter den verschiedenen Ressourcen-Kennwerten solche zeigen, die Ressourcen stärken, und solche, die die Vulnerabilität einer Person erhöhen, zeigen. Alles ist janus-köpfig und trägt die zwei Seiten von Risiko und Chance in sich (vgl. bspw. Antonovsky, 1979, 1997; Keil, A., 2004; Koestler, 1967, zit. n. Singelis, 1994, 588). Diesem philosophischen Prinzip entsprechend, erweist sich auch in der hier analysierten Studie die soziale Welt als Schutz und Risiko gleichermaßen. Es ist daher hilfreich, die Annahme eines eigenständigen Ressourcen-Konzepts aufzugeben und stattdessen den Schutz und das Risiko, welche durch die soziale Welt entstehen, gleichermaßen zu betrachten.

Die vorliegende Arbeit stellt einen innovativen Brückenschlag zwischen verschiedenen Gebieten der Psychologie dar. Es werden genuin sozialpsychologische Elemente der Ressourcenforschung in ein gesundheitspsychologisches Rahmenkonzept (in Form eines salutogenetischen Blickwinkels) integriert. Dieses

Vorgehen findet zudem im Anwendungsfeld der Thanatopsychologie statt (vgl. Horlacher, 2000). Diese Integration von Blickwinkeln erbringt in Verbindung mit der hier dargestellten Untersuchung einen Modellvorschlag zur Konzeptualisierung von sozialen Risiko- und Schutzfaktoren, der die genannten Erkenntnisse darstellt. Obwohl die Komponenten dieses Modells bereits bekannt waren, wurde ihr Zusammenspiel, das die verschiedenen Gebiete der psychologischen Forschung umfasst, bislang übersehen. Das aus dieser Arbeit entstandene „Modell der Risiko- und Schutzfaktoren aus dem sozialen Raum“ liefert einen Beitrag zur Erkenntnis über die Wirkungsweise sozialer Ressourcen, die Pruchno (2003) anmahnt:

„Whereas the focus of the previous several decades of research has been on identifying the importance of social relationships to individuals, the challenge for the next generation of research is to examine how these intricate associations develop and why they have such powerful and intricate effects.“ (Pruchno & Rosenbaum, 2003, 502)

Möge diese Arbeit dazu beigetragen haben, dass die Natur sozialer Ressourcen ein besseres Verständnis erfahren kann und gewinnbringend zum Wohl der Menschen genutzt werden kann.

11. Zusammenfassung / Summary

Die Bedeutung und Wirkungsweise sozialer Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit. Ihr Ziel liegt zum einen darin, die Bedeutung sozialer Ressourcen in der Konfrontation mit dem Sterben aufzuzeigen, zum anderen darin, gängige Konzeptionen sozialer Ressourcen näher zu analysieren. Die theoretischen Ausführungen gliedern sich in die Betrachtung der Begegnung mit Sterben und Tod als kritisches Lebensereignis und in die Analyse der Konzeptualisierungen sozialer Ressourcen.

Das Datenmaterial enthält multidimensionale Operationalisierungen sozialer Ressourcen, welche untereinander und mit Outcome-Variablen zu Wohlbefinden /Beanspruchung sowie mit personalen Ressourcen in Verbindung gesetzt werden. Folgende Schlussfolgerungen können festgehalten werden: 1. Das gesellschaftliche Feld, in dem Sterben stattfindet, stellt sich v. a. durch die institutionellen Umgebungen als heterogen dar; dennoch erweisen sich soziale Ressourcen als hilfreich, indem sie sich stabilisierend auf das Wohlbefinden auswirken. 2. Die dichotomisierende Trennung von sozialen und personalen Ressourcen lässt sich nicht aufrechterhalten; vielmehr zeigt sich, dass interpersoneller Erlebensraum und personaler Erfahrungsraum ineinander übergehen. 3. Kennwerte, die die subjektive Wahrnehmung der Befragten erfassen, sind zur Operationalisierung sozialer Ressourcen besser geeignet als objektivierende Maße. 4. Die Analyse der sozialen Ressourcen ergibt fünf Dimensionen, welche Schutz- bzw. Risikofaktoren darstellen (als besonders bedeutsam zeigt sich dabei die Dimension „Inneres Verbundensein“, die als grundlegendes Gefühl des sinnvollen und vertrauensvollen Verbundenseins mit der Welt definiert wird); soziale Ressourcen erweisen sich als Teil eines umfassenderen Konzepts von Schutz- und Risikofaktoren.

Auf diesen Ergebnissen und den theoretischen Überlegungen basierend wird ein integratives Modell der „Risiko- und Schutzfaktoren aus dem sozialen Raum“ entworfen, welches als weiterführende Diskussionsbasis dienen kann. Die vorliegende Arbeit leistet damit einen theoretischen wie auch empirischen Beitrag zur Analyse der Wirkungsweise sozialer Ressourcen.

In this dissertation, social resources in the field of facing death and dying are regarded from two viewpoints: showing the significance and effectiveness of social resources in the confrontation with death and dying, and analyzing current conceptions and theories of these resources. Therefore, the theoretical discussion includes a general view of the encounter with dying from a thanatopsychological perspective as well as a critical analysis of current conceptions of social resources (social support, social networks, and social relationships).

The data contains 16 different parameters of social resources that are examined in relation to three steps of analysis: the 16 parameters themselves, outcome variables such as well-being, strain, and demand, and personal resources. The analysis yields the following conclusions: 1. The societal field in which dying occurs, appears to be heterogeneous. Nevertheless, social resources prove to be helpful by stabilizing well-being. 2. The dichotomy of classification in social and personal resources cannot be upheld due to the finding that the interpersonal space of events and the intrapersonal space of experience are interrelated and interdependent. 3. Variables based on the subjective perception of the person are better suited for the operationalisation of social resources as variables that are based on objective measures. 4. The factor analysis of the parameters of social resources indicates five dimensions which constitute risk and protective factors (the dimension "Inner Connectedness" that can be defined as the feeling of significant, trustful connection with the world proves to be especially prominent).

These results and the theoretical analysis constitute the integrative model "Risk and Protective Factors in the Social Space", which may serve as a basis for further research. This work presents a theoretical and empirical contribution to the analysis of modes of action for social resources.

12. Literaturverzeichnis

- Achterberg, J., Dossey, B. & Kolkmeier, L. (1996). *Rituale der Heilung: die Kraft von Phantasiebildern im Gesundungsprozess*. München: Goldmann.
- Aemissegger, U. (1997). Als Arzt im Spannungsfeld zwischen Patient, Angehörigen und Gesellschaft. In P. Fässler-Weibel (Hrsg.), *Sterbende verstehen lernen* (S. 192-207). Freiburg/Schweiz: Paulusverlag.
- Aichner, S., Gruß, P., Hofer, B. & Schießl, C. (2003). Gedenkgottesdienst für Verstorbene in der Palliativstation. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 20-22.
- Allert, R. (2003). Vom Mythos des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 11-13.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36)*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Attig, T. (2000). Anticipatory mourning and the transition to loving in absence. In T. A. Rando (Hrsg.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers* (S. 115-134). Illinois: Research Press.
- Aue, M., Bader, B. & Lühmann, J. (1995). *Krankheits- und Sterbebegleitung: Ausbildung, Krisenintervention, Training* (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Aulbert, E., Klaschick, E. & Kettler, D. (2002). *Palliativmedizin - Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung*. Stuttgart: Schattauer.
- Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie: zur Rolle familialer Unterstützung im Prozess der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Baines, M. (1993). Den totalen Schmerz bekämpfen. In C. Saunders (Hrsg.), *Hospiz und Begleitung. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können* (4. Auflage ed.). Freiburg: Herder.
- Baldwin, D. B. (1983). What dying patients fear most. *Medical economics*, 60(3), 125, 128-130, 134.
- Baltes, M. M. & Silverberg, S. B. (1994). The dynamic between dependency and autonomy: illustrations across the life span. *Life-span development and behavior*, 12, 41-90.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bartels, D. M. & Faber-Langendoen, K. (2001). Caring in crisis: Family perspectives on ventilator withdrawal at the end of life. *Families, systems & health: the journal of collaborative family health care*, 19, 169-176.
- Becker, P. (1992). Moderne Gesellschaft im Umgang mit Sterben und Tod: Hospize - Hospitalisierung des Todes? In A. Nassehi & R. Pohlmann (Hrsg.), *Sterben und Tod* (S. 43-54). Hamburg: LIT.
- Becker, P. & Eid, V. (Hrsg.). (1984). *Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden: praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Reflexionen*. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Bellebaum, A. B., Klaus (Hrsg.). (1994). *Lebensqualität. Ein Konzept für Praxis und Forschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Belschner, W. (1998). *Die Skala Transpersonales Vertrauen: Manual*. Universität Oldenburg.

- Belschner, W. (2001). Tun und Lassen: Ein komplementäres Konzept der Lebenskunst. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 7(2), 85-102.
- Belschner, W. (2002). Die vergessene Dimension in Grawes Allgemeiner Psychotherapie. In W. Belschner, J. Galuska, H. Walach & E. Zundel (Hrsg.), *Transpersonale Psychologie im Kontext* (S. 167-217). Oldenburg: BIS.
- Belschner, W. (2004). Die Dimension des Bewusstseins in der Gesundheitsförderung. In E. Göpel (Hrsg.), *Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann*. (S. 162-188). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Belschner, W. (2005a). Die Normalisierung des Außergewöhnlichen. In P. Lengsfeld (Hrsg.), *Mystik - Spiritualität der Zukunft: Erfahrung des Ewigen* (S. 299-309). Freiburg: Herder.
- Belschner, W. (2005b). Von der "Transpersonalen Psychologie" zur "Psychologie des Bewusstseins". *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 10(1), 16-24.
- Belschner, W. & Bantelmann, J. (2005). *Der Fragebogen Integrale Gesundheit FIG-50: Manual zu Konzept, Konstruktion, psychometrischen Kennwerten und Validität*. Münster: LIT.
- Belschner, W., Gräser, S., Hellmann, A., Meis, M., Scheibler, P. & Annette, S. (2002). *Arbeitsplatz Universität: die Oldenburger Studie zum Gesundheitsmanagement (Studien zur Gesundheitsförderung, Band 4)*. Oldenburg: BIS.
- Bermejo, I. & Muthny, F. A. (1995). Erlebte Belastungen, Bedarf an psychosozialer Fortbildung und "Burnout"-Risikogruppen in der stationären Altenhilfe. In W. H. Senf, G. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Umbrüche - Individuelle Antworten* (S. 243-260). Frankfurt a.M.: VAS.
- Bernard, J. S. & Schneider, M. (1996). Spirituality and death: the essential connection. In J. S. Bernard & M. Schneider (Hrsg.), *The true work of dying: a practical and compassionate guide to easing the dying process* (S. 27-53). New York: Avon Books.
- Bertrand, R. M. & Lachman, M. E. (2003). Personality development in adulthood and old age. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks & J. Mistry (Hrsg.), *Handbook of psychology: Volume 6 - Developmental psychology* (S. 463-485). New York: John Wiley & Sons.
- Beutel, H. & Tausch, D. (Hrsg.). (1996). *Sterben - eine Zeit des Lebens: ein Handbuch der Hospizbewegung*. (4. Auflage ed.). Stuttgart: Quell Verlag.
- Beutel, H. & Tausch-Flammer, D. (1990). Die Stuttgarter Hospiz-Bewegung. In D. Deter & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert verstehen, gesellschaftsbezogen denken, verantwortlich handeln: Theorie, Methodik und Umsetzung in der psychosozialen Praxis* (S. 243-257). Köln: Greven & Bechtold.
- Bickel, H. (1998). Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(3), 193-204.
- Bickel, L. & Tausch-Flammer, D. (1997a). Woher wir kamen und was wir fanden: von den seelischen und spirituellen Grundlagen der Hospizbewegung. In L. Bickel & D. Tausch - Flammer (Hrsg.), *Spiritualität der Sterbebegleitung: Wege und Erfahrungen* (S. 9-20). Freiburg: Herder.
- Bickel, L. & Tausch-Flammer, D. (Hrsg.). (1997b). *Spiritualität der Sterbebegleitung: Wege und Erfahrungen*. Freiburg: Herder.

- Birg, H. & Flöthmann, E. J. (2002). Langfristige Trends der demographischen Alterung in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 387-399.
- Block, S. D. (2001). Psychological considerations, growth, and transcendence at the end of life: the art of the possible. *Journal of the American Medical Association*, 285(22), 2898-2905.
- Blosser-Reisen, L. (1997b). Vollendung des Lebens und Abschiednehmen statt Ausgrenzung Sterbender. In L. Blosser-Reisen (Hrsg.), *Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen* (S. 175-200). Bern: Huber.
- Blosser-Reisen, L. (Hrsg.). (1997a). *Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen (Angewandte Alterskunde, Band 13)*. Bern: Huber.
- Blumenthal-Barby, K. (1991). *Leben im Schatten des Todes: wie wir Schwerstkranken und Sterbenden helfen können*. Wiesbaden: Jopp.
- Bode, C., Westerhof, G. J. & Dittmann-Kohli, F. (2001). Selbstvorstellungen über Individualität und Verbundenheit in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 365-375.
- Bodenmann, G. (1997). Stress und Coping als Prozess. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 74-92). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Böhmer, S. (2002). Lebensqualität. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 349-352). Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Bragdon, E. (1991). *Spirituelle Krisen - Wendepunkte im Leben*. Freiburg: Bauer.
- Braukmann, W. & Filipp, S.-H. (1995). Personale Kontrolle und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 233-251). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Bronfenbrenner, U. (1995a). The bioecological model from a life course perspective: reflections of a participant observer. In P. Moen, G. H. J. Elder & K. Lüscher (Hrsg.), *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development* (S. 599-618). Washington: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (1995b). Developmental ecology through space and time: a future perspective. In P. Moen, G. H. J. Elder & K. Lüscher (Hrsg.), *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development* (S. 619-648). Washington: American Psychological Association.
- Brosius, G. (1989). *SPSS/PC+ Advanced Statistics and Tables*. Hamburg: McGraw-Hill.
- Bruera, E. (2000). New directives for psychosocial research in palliative medicine. In H. M. Chochinov & W. Breitbart (Hrsg.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (S. 407-411). New York: Oxford University Press.
- Bucher, C., Hess, T., Spichiger, E. & Otto, S. (1998). Die wenigsten sterben allein. *Krankenpflege*, 91(11), 17-21.
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *BMJ*, 325, 672.
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.). (2001). *Die zweite Lebenshälfte: psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alters-Survey*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6)* (new). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Burr, W. R. & Klein, S. R. (1994). *Reexamining family stress: new theory and research*. Thousand Oaks: Sage.
- Callanan, M. K., Patricia. (1993). *Mit Würde aus dem Leben gehen. Ein Ratgeber für die Begleitung Sterbender*. München: Knauer.
- Canacakis, J. (1987). *Ich sehe Deine Tränen: Trauern, Klagen, Leben können*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Canacakis, J. & Schneider, K. (1997). *Neue Wege zum heilsamen Umgang mit Krebs: Angebote für Betroffene und Helfer* (3. Auflage). Stuttgart: Kreuz.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence fo a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current directions in psychological science*, 4(5), 151-156.
- Casarett, D. (1999). Case presentation: are dying patients too vulnerable to participate in research? *Journal of pain and symptom managment*, 18(2), 143.
- Cassidy, S. (1995). *Die Dunkelheit teilen: Spiritualität und Praxis der Sterbebegleitung*. Freiburg: Herder.
- Ceelen, P. (1997). "Ich habe sonst niemanden mehr.": vom Sterben in der Einsamkeit. In L. Bickel & D. Tausch-Flammer (Hrsg.), *Spiritualität der Sterbebegleitung: Wege und Erfahrungen* (S. 86-93). Freiburg: Herder.
- Cherny, N. I. (2000). The treatment of suffering in patients with advanced cancer. In H. M. Chochinov & W. Breitbart (Hrsg.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (S. 375-396). New York: Oxford University Press.
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L. J. & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social science & medicine*, 54, 433-443.
- Claibourne, M. C. (2003). *Thanatologic realization and life integration: a study of the dying experience and how people prepare for death*. Doctoral dissertation, USA.
- Coberly, M. & Shapiro, S. I. (1998). A transpersonal approach to care of the dying. *Journal of transpersonal psychology*, 30(1), 1-37.
- Cohen, S. R. & Leis, A. (2002). What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *Journal of palliative care*, 18(1), 48-58.
- Corr, C. A., Doka, K. J. & Kastenbaum, R. (1999). Dying and its interpreters: a review of selected literature and some comments on the state of the field. *Omega*, 39(4), 239-259.
- Corr, C. A., Nabe, C. M. & Corr, D. M. (2003). *Death and dying, life and living*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Covinsky, K. E., Goldman, L., Cook, F. E., Oye, R., Desbiens, N., Reding, D. et al. (1994). The impact of serious illness on patients' families. *Journal of the American Medical Association*, 272(23), 1839-1844.
- Danish, S. J. & D'Augelli, A. R. (1995). Kompetenzerhöhung als Ziel der Intervention in Entwicklungsverläufe über die Lebensspanne. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 156-173). Weinheim: Psychologie-VerlagsUnion.
- Dass, R. & Gorman, P. (1988): *Wie kann ich helfen? Segen und Prüfung mitmenschlicher Zuwendung*. Berlin: Sadhana Verlag.

- Davies, B. (2000). Anticipatory mourning and the transition to loving in absence. In T. A. Rando (Hrsg.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers* (S. 135-154). Illinois: Research Press.
- Davy, J. & Ellis, S. (2003). *Palliativ pflegen. Sterbende verstehen, beraten und begleiten*. Bern: Hans Huber.
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2002). *Statistik mit SPSS, Version 10+11*. Eschborn: Klotz.
- Dinkel, R. H. (2002). Die langfristige Entwicklung der Sterblichkeit in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 400-405.
- Dlugosch, G. E. & Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens FEG*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Doka, K. J. (2000). Re-creating the meaning in the face of illness. In T. A. Rando (Hrsg.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers* (S. 103-114). Illinois: Research Press.
- dpa. (2003). *Bundesärztekammer-Präsident Hoppe: Sterbebegleitung verbessern* Verfügbar unter: <http://www.netdoktor.de/nachrichten/newsitem.asp?y=2003&m=5&d=19&id=97959> [19.05.03]
- Drees, A. (2003). Psychokatalytische Gespräche in einer Initiative zur Betreuung von schwerst- und sterbenskranken Kindern. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 25-26.
- Duda, D. (1989). *Für Dich da sein, wenn Du stirbst: Vorschläge zur Betreuung*. München: Hugendubel.
- Dunne, P. (1997). Dying well! - Issues for the living? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(1), 38-44.
- Eid, M. & Diener, E. (2002). Wohlbefinden. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 634-637). Göttingen: Hogrefe.
- Eissler, K. R. (1978). *Der sterbende Patient: zur Psychologie des Todes*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Elder, G. H. J. (1995). The life course paradigm: social change and individual development. In P. Moen, G. H. J. Elder & K. Lüscher (Hrsg.), *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development* (S. 101-140). Washington: American Psychological Association.
- Elder, G. H. J. (1998a). The life course and human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Hrsg.), *Handbook of child psychology* (5. Auflage ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Elder, G. H. J. (1998b). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1-12.
- Erlemeier, N. (1995). Soziale Unterstützung bei der Auseinandersetzung älterer Menschen mit Belastungen. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 253-262). Darmstadt: Steinkopff.
- Esserman, L., Belkora, J. & Lenert, L. (1995). Potentially ineffective care: a new outcome to assess the limits of critical care. *Journal of the American Medical Association*, 274(19), 1544-1551.
- Fahrmeier, L., et al. (1999). *Statistik. Der Weg zur Datenanalyse* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Fairbairn, G. (1991). Enforced death: enforced life. *Journal of medical ethics*, 17, 144-149.

- Fässler-Weibel, P. (1997b). Seelische Schmerzen erkennen. In P. Fässler-Weibel (Hrsg.), *Sterbende verstehen lernen* (S. 52-75). Freiburg/Schweiz: Paulusverlag.
- Fässler-Weibel, P. (Hrsg.). (1997a). *Sterbende verstehen lernen*. Freiburg/Schweiz: Paulusverlag.
- Feigenberg, L. (1980). *Terminal care: friendship contracts with dying cancer patients*. New York: Brunner/Mazel.
- Feith, G. M., Ochsmann, R., Klein, T., Seibert, A. & Slangen, K. (2001). *Häusliche Betreuung Sterbenskranker: Die Bedeutung der Beziehung für die Trauer der Betreuungsperson* Verfügbar unter: www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft10.htm [17.07.2001]
- Feldmann, K. (1997). *Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse*. Opladen: Leske und Budrich.
- Filipp, S.-H. (1995). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 3-53). Weinheim: PVU.
- Filipp, S.-H. (1997). Geleitwort. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. VII-VIII). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Filipp, S.-H. (2002). Kritische Lebensereignisse. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 345-348). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H. & Ferring, D. (2002). Vergleichsprozesse in der Auseinandersetzung mit schweren körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie im Dialog*, 3(1), 2-12.
- Flammer, E. (1996). Die Angst vor dem Sterben verstehen. In H. Beutel & D. Tausch (Hrsg.), *Sterben - eine Zeit des Lebens: ein Handbuch der Hospizbewegung*. (4. Auflage ed., S. 16-22). Stuttgart: Quell Verlag.
- Flammer, E. & Tausch-Flammer, D. (1992). Die personenzentrierten Einstellungen in der Begleitung Sterbender. *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 132-143.
- Flick, U. (2002). Psychosoziale Belastung durch Pflege. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 392-394). Göttingen: Hogrefe.
- Fliege, H. & Philipp, S.-H. (2000). Subjektive Theoren zu Glück und Lebensqualität: Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 74jährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 307-313.
- Franke, A. (1997). Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In A. Antonovsky (Hrsg.), *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 169-215). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Frankl, V. E. (1982). *Der Wille zum Sinn: ausgewählte Vorträge über Logotherapie* (3. Auflage). Bern: Huber.
- Frankl, V. E. (1983). *Das Leiden am sinnlosen Leben* (7. Auflage). Freiburg: Herder.
- Freundenberg, E. & Philipp, S.-H. (1998). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. *Psychomed*, 10(1), 14-17.
- Freund, A. & Riediger, M. (2003). Successful aging. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks & J. Mistry (Hrsg.), *Handbook of psychology: Volume 6 - developmental psychology* (S. 601-628). New York: John Wiley & Sons.

- Ganzini, L. (2002). Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *The New England Journal of Medicine*, 347(8), 582-588.
- Geiss, G. & Belschner, W. (2003). Was be- und was entlastet Menschen in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen? *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 16-17.
- Geiss, G. & Belschner, W. (2004). *Zwischenbericht zum Forschungsprojekt "Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen"*. Oldenburg: Carl-von-Ossietzky-Universität, Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie.
- Geiss, G., Belschner, W. & Oldenbourg, R. (2005). "Ohne meinen Glauben könnte ich diese Arbeit hier nicht tun." Hat die spirituelle Orientierung Auswirkungen auf die subjektive Belastetheit bei Menschen, die professionell mit sterbenden Patienten zu tun haben? *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 11(2), 42-56.
- Gennep, A. v. (1960). *The rites of passage: a classic study of cultural celebrations*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Goos-Detjen, B. (in Vorbereitung). *Die Beziehung zwischen kritisch kranken Patienten und ihren Angehörigen und deren krankheitsbedingte Veränderung*. Diplomarbeit, Carl-von-Ossietzky-Universität, Oldenburg.
- Graf, G. & Roß, J. (2003). Brauchen wir Qualitätssicherung in der Hospizarbeit? *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 14-15.
- Gräser, S. (2003). *Hochschule und Gesundheit: Salutogenese am Arbeitsplatz Universität*. Opladen: Lengerich.
- Greve, W. (1997a). Sparsame Bewältigung - Perspektiven für eine ökonomische Taxonomie von Bewältigungsformen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 18-41). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Greve, W. (1997b). Bewältigungsforschung zwischen Praxis und Erkenntnis: wozu suchen wir nach welcher Art von Einsicht? In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 67-73). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Grimm, D. (2004). *Belastungen und Entlastungen bei kritisch kranken Menschen und ihrem direkten Umfeld: eine qualitative Auswertung im Rahmen des Forschungsprojektes "Be- und Entlastungsfaktoren in kritischen Krankheits- und Sterbeprozessen"*. Diplomarbeit, Carl-von-Ossietzky-Universität, Oldenburg.
- Grob, P. (1997). Angstbereitschaft und Angstabwehr. In P. Fässler-Weibel (Hrsg.), *Sterbende verstehen lernen* (S. 11-39). Freiburg/ Schweiz: Paulusverlag.
- Grof, S. (1996). Die Erfahrung von Tod und Sterben: psychologische, philosophische und spirituelle Aspekte. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 2(2), 72-93.
- Großkopf, V. & Schanz, M. (2003). Die Finanzierung ambulanter und stationäre Hospize. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 23-24.
- Gyger-Stauber, K. (1997). Durch Liebe überfordert, durch Liebe gefordert. In P. Fässler-Weibel (Hrsg.), *Sterbende verstehen lernen* (S. 100-120). Freiburg/Schweiz: Paulusverlag.
- Haase, I. & Schwefel, D. (1995). Bedarfs- und Bedürfnisforschung im Gesundheitswesen. In F. W. Schwartz, B. Badura, B. Blanke, K.-D. Henke, U.

- Koch & R. Müller (Hrsg.), *Gesundheitssystemforschung in Deutschland* (S. 37-42). Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Hacker, W. & Reinhold, S. (1999). *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen BHD-System*. Frankfurt: Swets Tests Services.
- Hall, M. & Irwin, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Hrsg.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (S. 473-492). Washington DC: APA.
- Hannich, H.-J. (2002). Psychosoziale Begleitung Schwerstkranker und Sterbender. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 398-406). Göttingen: Hogrefe.
- Hardinghaus, W., Rogner, J. & Meyer, B. (1999). Zur Qualität und Identität von Sterbebegleitung im Krankenhaus am Beispiel des Palliativprojektes SPES VIVA. *Das Gesundheitswesen*, 61, 203-206.
- Häuser, W. & Klein, W. (2002). Gespräche über das Lebensende. *Familiendynamik*, 27(4), 367-393.
- Heijden, G. v. d. (2006). *Butterfly effect* Verfügbar unter: www.ucl.ac.uk/~ucesgvd/butterfly.pdf [28.09.2006]
- Heinke, N. (2002). Last und Bereicherung: Pflegende Angehörige erfahren Sinn und Anerkennung - doch die psychischen und physischen Strapazen sind enorm. *Psychologie heute*, 6, 55.
- Helmert, R. & Voges, W. (2002). Einflussfaktoren auf die Mortalitätsentwicklung bei 50- bis 69-jährigen Frauen und Männern in Westdeutschland im Zeitraum 1984-1998. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 450-462.
- Herrlein, P. (2003). Qualität und Lebbarkeit: Eine Problemskizze. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 18-19.
- Hess, T., Spichiger, E., Bucher, C. & Otto, S. (1998). Sterben und Tod in der Klinik: Die wenigsten sterben allein. *Krankenpflege*, 11, 17-21.
- Hinton, J. (1999). The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliative Medicine*, 13, 19-35.
- Hörl, C. (Hrsg.). (1999). *Brücke in eine andere Welt: was hinter der Hospiz-Idee steht*. Freiburg: Herder.
- Horlacher, K. D. (2000). Kritische Lebensereignisse. In M. Amelang (Hrsg.), *Determinanten individueller Unterschiede* (S. 455-486). Göttingen: Hogrefe.
- Hottes, S. (2005). *Ökosystemischer Ansatz nach Bronfenbrenner* Verfügbar unter: http://www.netzwelt.de/lexikon/ökosystemischer_Ansatz_nach_Bronfenbrenner.html [14.02.2005]
- Höver, G. (2003). Neue Herausforderungen für die Qualitätssicherung in der Hospiz- und Palliativarbeit. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 4-7.
- Howe, J. (1995). Sterbebeistand: Orientierung an den Erwartungen und Bedürfnissen der Betroffenen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 252-259.
- Huecker, N. N. (2005). *Glossar* Verfügbar unter: <http://www.huecker.com/nlp/glossar.shtml> [17.07.2006]
- Hultsch, D. F. & Cornelius, S. W. (1995). Kritische Lebensereignisse und lebenslange Entwicklung: Methodologische Aspekte. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 72-92). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Ita, D. J. (1995). Testing of a causal model: acceptance of death in hospice patients. *Omega*, 32(2), 81-90.

- Jäger, W. (1992). *Suche nach dem Sinn des Lebens: Bewusstseinswandel durch den Weg nach innen*. (2. Auflage). Petersberg: Via Nova.
- Jäger, W. (2000). *Die Welle ist das Meer: mystische Spiritualität* (6. Auflage). Freiburg: Herder.
- Jander, L. (1993). *Gemeinsam gegen die Verzweiflung: Gespräche über das Leben mit Schwerstkranken und Sterbenden*. Freiburg: Herder.
- Jaspers, K. (1932). *Philosophie - Existenzerhellung*. Berlin: Springer.
- Jerusalem, M. (1997). Grenzen der Bewältigung. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 261-271). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). *Allgemeine Selbstwirksamkeit* Verfügbar unter: <http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine-Selbstwirksamkeit.htm> [20.03.2003]
- Kalua, P. M., Tan, S. Y. & Bacon, J. G. (1999). Better care for a dying: Hawaii healthcare system develops a manual for end-of-life care. *Health progress*, 80(2), 58-61.
- Kaluza, J. & Töpferwein, G. (2001a). An manchen Tagen ist es wirklich schlimm... *Pflege aktuell*, 11, 586-589.
- Kaluza, J. & Töpferwein, G. (2001b). Gegen die Uhr: Forschungsprojekt zur Sterbebegleitung in sächsischen Altenpflegeheimen. *Heim und Pflege*, 7, 257-259.
- Kaluza, J. & Töpferwein, G. (2001c). Würdevoller Umgang mit Sterbenden. *Heilberufe*, 11, 70-71.
- Karl, A. (1989). Sterbebegleitung als Aufgabe der Krankenschwester. In J.-C. Student (Hrsg.), *Das Hospiz-Buch* (S. 57-62). Freiburg: Lambertus.
- Kast, V. (1987). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* (8. Auflage). Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kast, V. (2000). *Sich einlassen und loslassen* (16. Auflage). Freiburg: Herder.
- Kast, V. (2004). Die Kunst, sich dem Strom des Lebens zu überlassen. *Psychologie Heute*, 8, 26-30.
- Kastenbaum, R. (1996). *Cookies baking, coffee brewing: toward a contextual theory of dying (dt. Übersetzung) (Beiträge zur Thanatologie, Heft 2)* Verfügbar unter: <http://www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft2.htm> [16.08.2004]
- Kastenbaum, R. (2004). *On our way: the final passage through life and death*. Berkeley: University of California Press.
- Kaut, K. P. (2002). Religion, spirituality, and existentialism near the end of life. *American behavioural scientist*, 46(2), 220-234.
- Kearney, M. (2000). Spiritual care of the dying patient. In H. M. Chochinov & W. Breitbart (Hrsg.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (S. 357-374). New York: Oxford University Press.
- Keil, A. (2004). *Wenn Körper und Seele streiken: die Psychosomatik des Alltagslebens*. Kreuzlingen: Hugendubel.
- Keil, A. (2006). *Dem Leben begegnen: Vom biologischen Überraschungsei zur eigenen Biografie*. Kreuzlingen: Hugendubel.
- Keil, T. U. (2002). Was sich die Sterbenden von den Lebenden wünschen. *ZM*, 92(24), 50-51.
- Kelly, G. A. (1986). *Die Psychologie persönlicher Konstrukte*. Paderborn: Junfermann.

- Kirchner, M. (2005). *Persönliche Einstellungen als Ressourcen im Sterbeprozess: bei kritisch-kranken Menschen, ihren Bezugspersonen und dem professionell-betreuenden Team*. Diplomarbeit, Carl-von-Ossietzky-Universität, Oldenburg.
- Kirk, P., Kirk, I. & Kristjanson, L. J. (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*, 328, 1343-1350.
- Klaschik, E. (1997). *Umgang mit Sterbenden heute (Beiträge zur Thanatologie, Heft 14)* Verfügbar unter: <http://www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft%2014.htm> [16.08.2004]
- Klaschik, E. & Nauck, F. (1992). Therapieerfahrung im stationären Palliativbereich. In A. Nassehi & R. Pohlmann (Hrsg.), *Sterben und Tod* (S. 55-64). Hamburg: LIT.
- Klaschik, E. & Nauck, F. (2003). Dokumentation und Qualitätssicherung in der Palliativmedizin. *Die Hospiz-Zeitschrift*, 17(5), 8-10.
- Klauer, T. (1997). Vom allgemeinen Adaptationssyndrom zum dyadischen Coping: Bemerkungen zu Vergangenheit und Zukunft der Beschreibung von Belastungs-Bewältigungs-Prozessen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 93-104). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Klauer, T. (2002). Soziale Unterstützung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 543-546). Göttingen: Hogrefe.
- Klein, T., Löwel, H., Schneider, S. & Zimmermann, M. (2002). Soziale Beziehungen, Stress und Mortalität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 441-449.
- Klein, T., Ochsmann, R., Feith, G. M., Seibert, A. & Slangen, K. (2001). *Häusliche Betreuung Sterbenskranker: Zur Bedeutung insitutioneller und privater Hilfe (Beiträge zur Thanatologie, Heft 11)* Verfügbar unter: <http://www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft11.htm> [17.07.2001]
- Klute, D. (1997). *Der Gemeindepastor und die Sterbenskranken: qualitativ-empirische Studie über Seelsorge im Sterbezusammenhang am Beispiel der Pastoren eines Dorfes*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Köper, B. (2001). *Neue Anforderungen und Beanspruchung in der Flugsicherung durch moderne technische Systeme*. Dortmund.
- Kornfield, J. (2005). *Enlightenments*. Beatenberg: Dharma Tapes.
- Kraimer, K. & Garz, D. (Hrsg.). (1991). *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen FKK*. Göttingen: Hogrefe.
- Krauß, O. (2000). Konstruktion und Evaluation eines Trainingsprogramms zum Umgehen mit Sterbenden und ihren Angehörigen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 177-197.
- Krischke, N. R. (1996). *Lebensqualität und Krebs*. München: Quintessenz.
- Kruse, A. (1995). Menschen im Terminalstadium und ihre betreuenden Angehörigen als "Dyade": Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28(4), 264-272.

- Kruse, A. (1996). Wie erleben ältere Menschen den herannahenden Tod? In Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.), *Sterben und Sterbebegleitung* (S. 139-162). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A., Kröhn, R., Langerhans, G. & Schneider, C. (1992). *Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 2)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. & Schmitz-Scherzer, R. (1995). Sterben und Sterbebegleitung. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 289-300). Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, A. & Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.). (1995). *Psychologie der Lebensalter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kruse, J. (1997). Der sterbende Patient. In W. Tress (Hrsg.), *Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen Medizin* (S. 195-199). Stuttgart: Schattauer.
- Kübler-Ross, E. (1989). Vorwort. In J.-C. Student (Hrsg.), *Das Hospiz-Buch* (S. 7-8). Freiburg: Lambertus.
- Kübler-Ross, E. (1995). *Sterben lernen - Leben lernen* (5. Auflage). Güllenheim: Silberschnur.
- Kübler-Ross, E. (1997). *Sehnsucht nach Hause*. Güllenheim: Silberschnur.
- Kuckartz, U. (1999). *Computergestützte Analyse qualitativer Daten: eine Einführung in Methoden und Arbeitstechniken*. Opladen/Wiesbaden.
- Laireiter, A.-R. (2002). Soziales Netzwerk. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 546-550). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.). (1993). *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern: Huber.
- Lakotta, B. (2003). Noch mal leben vor dem Tod. *Spiegel*, 26, 126-132.
- Laux, L. (1995). Die Integration idiographischer und nomothetischer Persönlichkeitspsychologie. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 15-25). Darmstadt: Steinkopff.
- Lazarus, R. S. (1995). Streß und Streßbewältigung - ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198-232). Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lehr, U. (1995). Zur Geschichte der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 3-15). Darmstadt: Steinkopff.
- Leppin, A. (1997). Stresseinschätzung, Copingverhalten und Copingerfolg: Welche Rolle spielen Ressourcen? In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 196-208). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Levend, H. (2006). Selbstbestimmtes Sterben - eine Illusion? *Psychologie Heute*, 7, 42-47.
- Levine, S. (1997a). *Sein lassen. Heilung im Leben und im Sterben*. Bielefeld: Context Verlag.
- Levine, S. (1997b). *Wege durch den Tod: who dies*. (4. Auflage). Bielefeld: Context Verlag.

- Lohninger, H. (2006). *Grundlagen der Statistik* Verfügbar unter: http://www.statistics4u.com/fundstat_germ/index.html
- Lonergan, B. J. F. (1958). *Insight: a study of human understanding*. New York: Philosophical Library.
- Lutterotti, M. v. (1989). Sterbebegleitung als Aufgabe des Arztes. In J.-C. Student (Hrsg.), *Das Hospiz-Buch* (S. 44-56). Freiburg: Lambertus.
- Magnusson, D. (2003). The Person Approach: concepts, measurement models, and research strategy. *New directions for child and adolescent development*, 101, 3-23.
- Magnusson, D. & Stattin, H. (1998). Person-context interaction theories. In R. M. Lerner (Hrsg.), *Handbook of child psychology. Vol. 1: Theoretical models of human development* (S. 685-759). New York: John Wiley & Sons.
- Maier, H. & Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *Journal of Gerontology*, 54(1), 44-54.
- Makowka, E. (1998). *Humanes Sterben im Krankenhaus*. Münster: LIT.
- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G. & Slenker, S. (1991). Relationship among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*, 68, 1347-1359.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: implications of cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Marrone, R. (1999). Dying, mourning, and spirituality: a psychological perspective. *Death studies: education, counseling, care, law, ethics*, 23(6), 495-519.
- Marwick, C. (2003). More information needed about experience of dying, report says. *BMJ*, 326, 784.
- Mayer, A.-K. & Filipp, S.-H. (2002). Krankheitsbewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 307-309). Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (5. Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Meier, D. E. (2004). Variability in end of life care. *BMJ*, 328, 296-297.
- Mennemann, H. (1998). *Sterben lernen heißt leben lernen: Sterbebegleitung aus sozialpädagogischer Perspektive*. Münster: LIT.
- Merod, R. (2004). Trauer, Tod und Sterben. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36(4), 807-820.
- Merten, K. (1995). *Inhaltsanalyse: Einführung in Theorie, Methode und Praxis* (2. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterview - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung* (S. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Minnemann, E. & Schmitt, E. (1995). Kontinuität und Diskontinuität als Konzepte biographischer Altersforschung. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 93-106). Darmstadt: Steinkopff.
- Moen, P., Elder, G. H. J. & Lüscher, K. (Hrsg.). (1995). *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development*. Washington: American Psychological Association.

- Montada, L. (1995). Kritische Lebensereignisse im Brennpunkt: eine Entwicklungsaufgabe für die Entwicklungspsychologie? In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 272-292). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Mummendey, H. D. (1999). *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Muthny, F. A. (1997). Coping am Beispiel der Krankheitsverarbeitung: Hohe Erwartungen, tiefe Enttäuschungen und der Morgen danach. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 58-66). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Nestmann, F. & Schmerl, C. (Hrsg.). (1991). *Frauen - das hilfreiche Geschlecht: Dienst am Nächsten oder soziales Expertentum?* Hamburg: Rowohlt.
- Nuland, S. B. (1994). *Wie wir sterben: Ein Ende in Würde?* München: Kindler.
- Ochsmann, R., Slagen, K., Feith, G. M., Klein, T. & Seibert, A. (2001). *Sterbeorte in Rheinland-Pfalz: Zur Demographie des Todes (Beiträge zur Thanatologie, Heft 8)* Verfügbar unter: <http://www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft8.htm> [17.07.2001]
- Ohi, G. (1995). Ethical orientations and dignified death. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 49(1), 155-159.
- Olbrich, E. (1995). Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderungen? In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 123-139). Weinheim: PsychologieVerlagsUnion.
- Olbrich, E. (1997). Die Grenzen des Coping. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 230-246). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Olbrich, E. & Pöhlmann, K. (1995). Prozess und Interaktion in der Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 81-93). Darmstadt: Steinkopff.
- Oldenbourg, R. (in Vorbereitung). *Soziale Unterstützung im Kontext von Sterben und Tod - bei PatientInnen, Bezugspersonen und Professionellen*. Diplomarbeit, Carl-von-Ossietzky-Universität, Oldenburg.
- Oorschot, B. v. (2002). Sterben und Sterbebegleitung in Thüringen. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung und Werkstattbericht aus dem Modellvorhaben "Patienten als Partner" in Jena. *Ärztblatt Thüringen*, 13(11), 663-665.
- Pampaluchi-Wick, J. (1997). Kommunikation im System des Kranken. In P. Fässler-Weibel (Hrsg.), *Sterbende verstehen lernen* (S. 127-137). Freiburg/Schweiz: Paulusverlag.
- Payne, S. A. & Langley-Evans, A. (1996). Perceptions of a "good" death: a comparative study of the view of hospice staff and patients. *Palliative Medicine*, 10(4), 307-312.
- Petzold, H. (2003). *Lebensgeschichten erzählen: Biographiearbeit - narrative Therapie - Identität*. Paderborn: Junfermann.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J. & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In G. R. Pierce, B. R. Sarason & I. G. Sarason (Hrsg.), *Handbook of social support and the family* (S. 3-23). New York: Plenum Press.
- Piper, H.-C. (1984a). *Gespräche mit Sterbenden* (3. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

- Piper, H.-C. (1984b). Seelsorgerische Erfahrungen. In P. Becker & V. Eid (Hrsg.), *Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden: Praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Reflexionen* (S. 57-68). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Piper, H.-C. (1989). Der Seelsorger als Betreuer des sterbenden Mitmenschen und seiner Familie. In J.-C. Student (Hrsg.), *Das Hospiz-Buch* (S. 73-80). Freiburg: Lambertus.
- Pruchno, R. & Rosenbaum, J. (2003). Social relationships in adulthood and old age. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks & J. Mistry (Hrsg.), *Handbook of psychology: Volume 6 - Developmental psychology* (S. 487-509). New York: John Wiley & Sons.
- Rabow, M. W., Hardie, G. E., Fair, J. M. & McPhee, S. J. (2000). End-of-life care content in 50 textbooks from multiple specialties. *Journal of the American Medical Association*, 283(6), 771-778.
- Rando, T. A. (2000a). Anticipatory mourning: a review and critique of the literature. In T. A. Rando (Hrsg.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers* (S. 17-50). Illinois: Research Press.
- Rando, T. A. (2000c). The six dimensions of anticipatory mourning. In T. A. Rando (Hrsg.), *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers* (S. 51-102). Illinois: Research Press.
- Rando, T. A. (Hrsg.). (2000b). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Illinois: Research Press.
- Reddemann, L., Engl, V. & Lücke, S. (2003). *Imagination als heilsame Kraft* (11. Auflage): Klett-Cotta.
- Rest, F. (1981). *Den Sterbenden beistehen*. Heidelberg: Quelle und Meyer.
- Rest, F. (1992). *Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit: Studienbuch für Krankenpflege, Altenpflege und andere* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rest, F. (2001). "Tod" als Konstrukt des lebenden Menschen. Über die spirituelle Sicht des Sterbens. In M. Schlagheck (Hrsg.), *Theologie und Psychologie im Dialog über Sterben und Tod* (S. 103-144). Paderborn: Bonifatius.
- Rieckmann, N. (2002). Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 462-465). Göttingen: Hogrefe.
- Ritter-Gekeler, M. (1992). *Lebens- und Sterbekrisen. Untersuchungen zur Entwicklung der Bewältigungskonzepte in Psychologie und Sterbeforschung*. Weinheim: Juventa.
- Rogers, C. & Schmid, P. F. (1998). *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (3. Auflage). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*. Bonn: Referat für Öffentlichkeitsarbeit.
- Ross, M. M. (1998). Palliative Care: an integral part of life's end. *The Canadian nurse*, 94(8), 28-31.
- Runde, P. & Giese, R. (2004). Wer wird künftig Vater und Mutter pflegen? *Frankfurter Rundschau*, 87, 9-10.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.

- Salewski, C. (1997). Formen der Krankheitsverarbeitung. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 42-57). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (Hrsg.). (1990). *Social support: an interactional view*. New York: Wiley & Sons.
- Saunders, C. (1999). *Brücke in eine andere Welt: was hinter der Hospiz-Idee steht*. Freiburg: Herder.
- Saunders, C. (Hrsg.). (1993). *Hospiz und Begleitung im Schmerz: Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können* (4. Auflage ed.). Freiburg: Herder.
- Saunders, C. & Baines, M. (1991). *Leben mit dem Sterben: Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*. Bern: Hans Huber.
- Schaeffer, D. & Ewers, M. (Hrsg.). (2002). *Ambulant vor stationär: Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber.
- Schermer Sellers, T. (2000). A model of collaborative health care in outpatients medical oncology. *Families, systems & health: the journal of collaborative family health care*, 18, 19-33.
- Schlömer-Doll, U. & Schlömer-Doll, D. (1996). *Zeit der Hoffnung - Zeit der Angst: psychologische Begleitung von Krebspatienten*. Wien, New York: Springer.
- Schmidt-Denter, U. (2005). *Soziale Beziehungen im Lebenslauf* (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Schmitz-Scherzer, R. (1989). Sterbebegleitung. In D. W. v. Goddenthow (Hrsg.), *Mit dem Tode leben: Sterbebegleitung und praktischer Rat* (S. 69 -76). Freiburg: Herder.
- Schmitz-Scherzer, R. (1992). Sterben heute. In R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Altern und Sterben* (S. 9-23). Bern: Hans Huber.
- Schmitz-Scherzer, R. (1995a). Aspekte der menschlichen Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte: Entwicklungskrisen, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsthemen. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 171-179). Darmstadt: Steinkopff.
- Schmitz-Scherzer, R. (1995b). Sterbebegleitung - eine Last für professionelle und familiäre Helfer? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 247-251.
- Schmitz-Scherzer, R. (2001). Sterben und Sterbebegleitung: Zum Wissensstand in der Thanatologie. *Psychoscope*, 10, 6-10.
- Schneider, B. (1993). Sterbebegleitung. *Die Schwester/Der Pfleger*, 6, 550-553.
- Schneider, H.-D. (1995). Die soziale Umwelt im Alter als Ressource oder als Belastung? In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 263-270). Darmstadt: Steinkopff.
- Schröder, C. (2001). Psychosoziale Arbeit im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung. In H. Schröder & W. Hackhausen (Hrsg.), *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation*. Frankfurt: VAS.
- Schröder, H., Schröder, C., Förster, F. & Bänsch, A. (2003). *Palliativstationen und Hospize in Deutschland: Belastungserleben, Bewältigungspotenzial und Religiosität der Pflegenden*. Wuppertal: Hospiz Verlag.
- Schröder, K. E. E. (1997). Ressourcen in Prozess der Stressverarbeitung - Erkenntnisse und Folgerungen für die zukünftige Forschung. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 221-229). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.

- Schröder, K. E. E. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 174-195). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Schwarz, G., Salewski, C. & Tesch-Römer, C. (1997). Psychologie der Bewältigung - Variationen über ein altbekanntes Thema? In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 1-6). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Schwarzer, R. (1991). *University of California Social Support Inventory - deutsche Version* Verfügbar unter: http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/UCLA-SSI_deutsch.htm [20.03.2003]
- Schwarzer, R. (2002a). Proaktive Bewältigung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 45-48). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2002b). Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 521-524). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Social support and mental health: a conceptual and empirical overview. In L. Montada, S.-H. Filipp & M. J. Lerner (Hrsg.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (S. 435-458). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schwarzer, R. & Schmitz, G. S. (1999). *Proaktive Einstellung* Verfügbar unter: <http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/Proaktive-Einstellung.htm> [20.03.2003]
- Schwarzer, R. & Schulz, U. (2000). *Berliner Social Support Skalen* Verfügbar unter: <http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/Berliner-Social-Support-Skalen.htm> [20.03.2003]
- Schweidtmann, W. (1995). Ethische Überzeugungen von Mitarbeitern und die Praxis der Sterbebegleitung. In W. H. Senf, G. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Umbrüche - Individuelle Antworten* (S. 234-242). Frankfurt a.M.: VAS.
- Schweidtmann, W. (1996). Begleitung Sterbender und Betreuung der Angehörigen. In S. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Sterben und Sterbebegleitung* (S. 109-112). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seibert, A., Ochsmann, R., Feith, G. M. & Klein, T. (2001a). *Erfahrungen professioneller Helferinnen und Helfer im Umgang mit Tod und Sterben: Einstellungen zur Sterbehilfe (Beiträge zur Thanatologie, Heft 17)* Verfügbar unter: <http://www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft17.htm> [17.07.2001]
- Seibert, A., Ochsmann, R., Feith, G. M., Klein, T. & Slangen, K. (2001b). *Häusliche Betreuung Sterbenskranker: Zur Motivation der Familienangehörigen (Beiträge zur Thanatologie, Heft 9)* Verfügbar unter: www.uni-mainz.de/Organisationen/thanatologie/Literatur/heft9.htm [17.07.2001]
- Seymour, J. E. (1999). Revisiting medicalisation and "natural" death. *Social science & medicine: an international journal*, 49, 691-704.
- Shanan, J. (1995). Verarbeitung von Belastungen. In A. Kruse & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Psychologie der Lebensalter* (S. 61-69). Darmstadt: Steinkopff.
- Silbereisen, R. K. & Noack, P. (2006). Kontexte und Entwicklung. In W. Schneider & F. Wilkening (Hrsg.), *Theorien, Modelle und Methoden der Entwicklungspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Serie V: Entwicklungspsychologie, Band 1)* (S. 311-368). Göttingen: Hogrefe.

- Silver, R. L. & Wortmann, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & M. Seligman (Hrsg.), *Human helplessness: theory and applications* (S. 279-340). New York: Academic Press.
- Singelis, T. M. (1994). The measurement of independent and interdependent self-construals. *Personality and social psychology bulletin*, 20, 580-591.
- Sommer, B. (2002). Entwicklung der Sterblichkeit im früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern seit 1991. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35(5), 406-411.
- Specht-Tomann, M. & Tropper, D. (2003). *Bis zuletzt an deiner Seite: Begleitung und Pflege schwer kranker und sterbender Menschen*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Stangl, W. (2005). *Werner Stangls Lehrtext-Sammlung* Verfügbar unter: <http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at:4711/LEHRTEXTE/Lehrtexte.html> [14.02.2005]
- Staudinger, U. M. (1997). Grenzen der Bewältigung und ihre Überschreitung: Vom Entweder-Oder zum Sowohl-Als-Auch und weiter. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 247-260). Weinheim: Beltz/PsychologieVerlagsUnion.
- Staudinger, U. M. & Baltes, P. B. (1996). Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47(57-77).
- Staudinger, U. M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter: Expertisen zum Dritten Altersbericht der Bundesregierung* (S. 95-114). Opladen: Leske und Budrich.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti & D. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology* (Bd. 2: Risk, disorder, and adaptation, S. 801-847). New York: Wiley.
- Staudinger, U. M. & Pasupathi, M. (2000). Life-span perspectives on self, personality, and social cognition. In F. Craik & T. Salthouse (Hrsg.), *The handbook of aging and cognition* (2. Auflage ed., S. 633-687). New York: Erlbaum.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., Grambow, S., Parker, J. et al. (2001). Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of pain and symptom management*, 22(3), 727-737.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L. & Tulsky, J. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476-2482.
- Stepnick, A. & Perry, T. (1992). Preventing spiritual distress in the dying client. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30(1), 17-24.
- Stock, K. (1993). Die seelsorgliche Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. *Die Schwester/Der Pfleger*, 32(2), 156-159.
- Strittmatter, G. (1991). Möglichkeiten und Grenzen in der Begleitung von Sterbenden aus der Sicht des klinischen Psychologen. In G. Strittmatter (Hrsg.), *Sterben in Würde. Mut zum Leben* (S. 57-64). Münster: LIT.
- Strittmatter, G. (1998). Sterbebegleitung als Lebensbegleitung. Erfahrungen und Konzepte. *Störfaktor 41. Zeitschrift kritischer Psychologinnen und Psychologen*, 11(1), 25-59.

- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W. & Schut, H. (Hrsg.). (2001). *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association.
- Student, J.-C. (1989a). Ohne Schmerzen sterben. In D. W. v. Goddenthon (Hrsg.), *Mit dem Tode leben: Sterbebegleitung und praktischer Rat* (S. 54-69). Freiburg: Herder.
- Student, J.-C. (Hrsg.). (1989b). *Das Hospiz-Buch*. Freiburg: Lambertus.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(3), 24-33.
- Tausch, D. (1987). *Die Vorstellung des möglichen Sterbens einer nahestehenden Person: eine empirische Untersuchung einer psychotherapeutischen Möglichkeit*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1985). *Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Tausch-Flammer, D. (1993). *Sterbenden nahe sein. Was können wir noch tun?* Freiburg: Herder.
- Tausch-Flammer, D. (1997). "Hallo! Ist dort jemand?": von der Hingabe an sich selbst und der Hingabe an den anderen. In L. Bickel & D. Tausch - Flammer (Hrsg.), *Spiritualität der Sterbebegleitung: Wege und Erfahrungen* (S. 34-59). Freiburg: Herder.
- Tausch-Flammer, D. (2001). Begleitung in der Zeit des Sterbens. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 11-13.
- Thiessen, B. (2004). *Re-Formulierung des Privaten: Professionalisierung personenbezogener, haushaltsnaher Dienstleistungen (Studien Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Band 8)*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Thomae, H. (1987). Psychologische Biographik als Synthese idiographischer und nomothetischer Forschung. In G. Jüttemann & H. Thomae (Hrsg.), *Biographie und Psychologie* (S. 108-118). Berlin: Springer.
- Thomae, H. (1988). *Das Individuum und seine Welt: eine Persönlichkeitstheorie* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, W. & Köhle, K. (1999). Inanspruchnahme und Kosten psychoonkologischer Liaisondienste. *Psychother Psychosom med Psychol*, 49, 160-167.
- Tirier, U. (2003). *Wenn alles sinnlos erscheint. Logotherapie in der Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Menschen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Trommsdorff, G. (1999). Autonomie und Verbundenheit im kulturellen Vergleich von Sozialisationsbedingungen. In H. R. Leu & L. Krappmann (Hrsg.), *Zwischen Autonomie und Verbundenheit. Bedingungen und Formen der Behauptung von Subjektivität* (S. 392-419). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Vachon, M. L. S. (1998). Psychosocial needs of patients and their families. *Journal of palliative care*, 14(3), 49-56.
- Vogd, W. (1998). *Professionelles Handeln im Grenzbereich von Leiden, Sterben und Spiritualität*. Marburg: Tectum Verlag.
- Walach, H. (2001). Bausteine für ein spirituelles Welt- und Menschenbild. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 2, 63-77.
- Waltz, M. & Brühl, D. (1993). Das soziale Umfeld von Krebskranken und dessen stützende Funktion. In W. Fichten & P. Gottwald (Hrsg.), *Sinnfindung und Lebensqualität: Bericht zur psychoonkologischen Tagung an der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg*. Oldenburg: BIS.

- Wass, H. (2001). Past, present, and future of dying. *Illness, crisis and loss*, 9(1), 90-110.
- Weber, H. (1997). Zur Nützlichkeit des Bewältigungskonzeptes. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 7-18). Weinheim: Beltz/Psychologie Verlagsunion.
- Weber, H. (2002). Ressourcen. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch* (S. 466-469). Göttingen: Hogrefe.
- Weisman, A. D. & Worden, W. J. (1975). Psychosocial analysis of cancer deaths. *Omega*, 6(2), 68-74.
- Wiesenhütter, E. (1974). *Blick nach drüben: Selbsterfahrungen im Sterben*. Hamburg: Furche-Verlag.
- Wilkening, K. & Kunz, R. (2003). *Sterben im Pflegeheim. Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Wilkening, K. & Martin, M. (2003). Lebensqualität am Lebensende: Erfahrungen, Modelle und Perspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 333-338.
- Wittkowski, J. (1993). Die psycho-soziale Betreuung Sterbender: Konzepte, Verfahrensweisen und Ergebnisse zur Effizienzkontrolle. In F. Baumgärtel & F.-W. Wilker (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Spiegel ihrer Praxis* (S. 215-220). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Wittkowski, J. (1996). *Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod FIMEST*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittkowski, J. (1999). Umgang mit Sterben und Tod: Wie lassen sich die Ergebnisse der Grundlagenforschung in der Praxis umsetzen? *Report Psychologie*, 2, 114-120.
- Wittkowski, J. (2002). Psychologie des Todes: Konzepte, Methoden, Ergebnisse. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23(1), 5-29.
- Wittkowski, J. (2005). Einstellungen zu Sterben und Tod im höheren und hohen Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 18(2), 67-79.
- Wittkowski, J., Schröder, C. & Bolm, G. (2004). Die Todesthematik in der Medizinischen Psychologie. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 13(3), 109-120.
- Yasutani Roshi. (1994). The fundamental delusion. In D. Schiller (Hrsg.), *The little Zen companion* (S. 40). New York: Workman Publishing.
- Yeginer, A. (2000). Spirituelle Praxis als Hilfe zur Bewältigung einer Krebserkrankung. In W. Belschner & P. Gottwald (Hrsg.), *Gesundheit und Spiritualität* (S. 119-148). Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem bis.
- Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen im Klartext*. München: Pearson Education.

13. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Systemtheoretisches Modell nach Bronfenbrenner	58
Abbildung 2: Beziehungsmodell nach Sulmasy (2002)	66
Abbildung 3: Verteilung der StudienteilnehmerInnen in Institutionsarten	119
Abbildung 4: Verteilung der StudienteilnehmerInnen in Personengruppen	120
Abbildung 5: Kennzahlen des Alters in Abhängigkeit der Institutionsart.....	121
Abbildung 6: Kennzahlen des Alters in Abhängigkeit der Personengruppe.....	122
Abbildung 7: Altersmittelwerte bei ÄrztInnen in unterschiedlichen Institutionen	122
Abbildung 8: Altersmittelwerte bei Pflegenden in unterschiedlichen Institutionen ...	123
Abbildung 9: Berührungsdauer mit Tod und Sterben in Verbindung mit den Personengruppen.....	125
Abbildung 10: Kennwerte der Berührungsdauer mit Tod und Sterben in den einzelnen Personengruppen.....	125
Abbildung 11: durchschnittliche Berührungsdauer mit Sterben und Tod bei ÄrztInnen in unterschiedlichen Einrichtungen.....	126
Abbildung 12: durchschnittliche Berührungsdauer mit Sterben und Tod bei Pflegenden in unterschiedlichen Einrichtungen.....	127
Abbildung 13: Suche nach Unterstützung und Geschlecht	132
Abbildung 14: Soziale Unterstützung und Geschlecht.....	133
Abbildung 15: Netzstärke und Geschlecht	133
Abbildung 16: Mittelwert-Diagramm von Suche nach Unterstützung und Religionszugehörigkeit	134
Abbildung 17: Mittelwert-Diagramm von Sozialer Resonanz und Religionszugehörigkeit	134
Abbildung 18: Mittelwert-Diagramm von Unterstützungsbedürfnis und Alter.....	135
Abbildung 19: Änderungsdruck und Alter	135
Abbildung 20: Soziale Unterstützung und Personengruppe	136
Abbildung 21: Mittelwert-Diagramm für Gegebene Unterstützung und Personengruppe.....	136
Abbildung 22: Mittelwert-Diagramm für Emotionale Unterstützung und Personengruppe.....	137
Abbildung 23: Mittelwert-Diagramm für Soziale Resonanz und Personengruppe ...	137
Abbildung 24: Mittelwert-Diagramm für Netzgröße und Personengruppe	138

Abbildung 25: Mittelwert-Diagramm für Netzstärke und Personengruppe.....	138
Abbildung 26: Mittelwerte des Zufriedenheitsindex in den Personengruppen	139
Abbildung 27: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten sozialer Unterstützung und der Institutionsart.....	140
Abbildung 28: Mittelwert-Diagramm von Sozialer Resonanz und Institutionsart.....	141
Abbildung 29: Mittelwerte in der Netzgröße bei Befragten aus unterschiedlichen Institutionsarten	141
Abbildung 30: Mittelwertdiagramm des Zusammenhangs zwischen Netzstärke und Institutionsart	142
Abbildung 31: Mittelwert-Diagramm für emotionale Erschöpfung und Institutionsart.....	144
Abbildung 32: Mittelwert-Diagramm für Intrinsische Motivierung und Institutionsart	145
Abbildung 33: Mittelwert-Diagramm für Unzufriedenheit und Institutionsart.....	145
Abbildung 34: Mittelwert-Diagramm zu Momentanem Wohlbefinden und Personengruppe.....	146
Abbildung 35: Mittelwert-Diagramm zu Generellem Wohlbefinden und Personengruppe.....	146
Abbildung 36: Mittelwert-Diagramm zu Anzahl der Belastungsquellen und Personengruppe.....	147
Abbildung 37: Mittelwert-Diagramm zu Emotionaler Erschöpfung und Personengruppe.....	147
Abbildung 38: Mittelwert-Diagramm zu Unzufriedenheit und Personengruppe	148
Abbildung 39: Mittelwert-Diagramm zu Reaktivem Abschirmen und Personengruppe.....	148
Abbildung 41: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten der Outcome-Variablen und der Sozialen Resonanz	152
Abbildung 42: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten der Outcome-Variablen und der Netzgröße	152
Abbildung 43: Zusammenhang zwischen den Mittelwerten der Outcome-Variablen und der Netzstärke.....	153
Abbildung 44: Zusammenhang der Mittelwerte von Zufriedenheits-, Problemindex, Änderungsdruck und Generellem Wohlbefinden	153
Abbildung 45: Zusammenhang der Mittelwerte von Zufriedenheits-, Problemindex, Änderungsdruck und Höhe des Belastungsmaßes.....	154
Abbildung 49: Modell der Risiko- und Schutzfaktoren aus dem sozialen Raum.....	186

Tabelle 1: Ähnlichkeiten und Besonderheiten von Sterbekrisen und Lebenskrisen (nach Ritter-Gekeler, 1992).....	28
Tabelle 2: Kategorisierung der Berührungsdauer mit Belegung der einzelnen Kategorien.....	124
Tabelle 3: Statistische Werte der Kennwerte sozialer Ressourcen	131
Tabelle 4: Statistische Werte der Outcome-Variablen.....	144
Tabelle 5: Korrelative Beziehungen der Outcome-Variablen.....	149
Tabellen 6: Korrelative Beziehungen der Einzelkennwerte der sozialen Ressourcen untereinander (Erläuterung: Tabelle ist in zwei Untertabellen geteilt.)	159
Tabelle 7: Dimensionsstruktur nach der Faktorenanalyse aller sozialen Kennwerte	162
Tabelle 8: Statistische Werte der Dimensionen sozialer Ressourcen	165
Tabelle 9: Korrelative Beziehungen der Dimensionen.....	165
Tabelle 10: Statistische Werte der Konstrukte Proaktivität, Selbstwirksamkeit, Transpersonales Vertrauen und Kontrollüberzeugungen	168
Tabelle 11: Ausgewählte, partielle Korrelationen zwischen sozialen Kennwerten und personalen Ressourcen.....	168
Tabelle 12: Dimensionen nach der gemeinsamen Faktorenanalyse von sozialen Kennwerten und personalen Ressourcen	170

Anhang

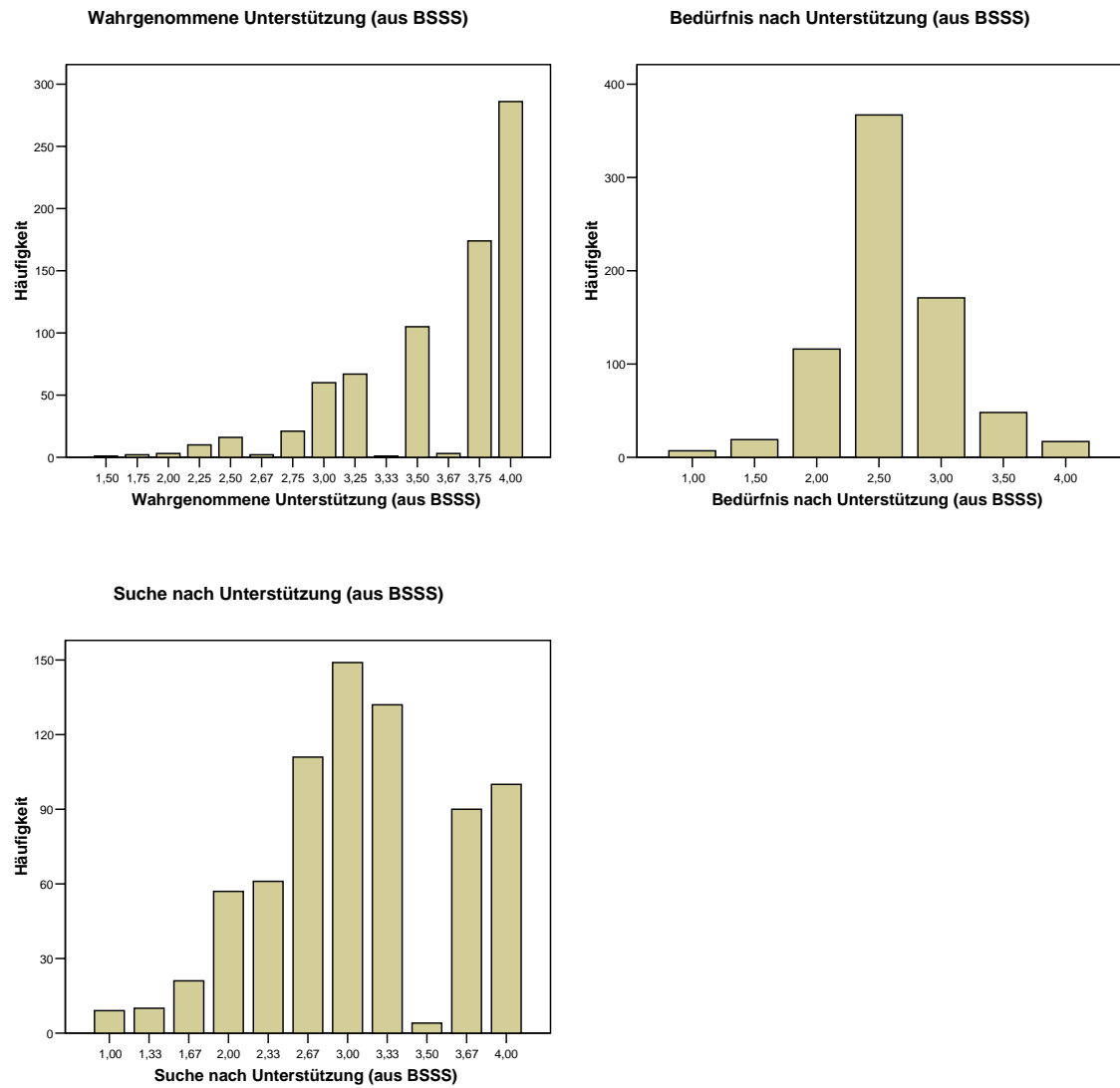
Anhang 1: Operationalisierung der Kennwerte sozialer Ressourcen

Name des Einzelkennwerts	Quelle des Einzelkennwerts	Bildung des Kennwerts
Wahrgenommene Unterstützung	Support Scheme, aus BSSS	$SUM(bsss01, bsss02, bsss03, bsss04) / (4 - NMISS(bsss01, bsss02, bsss03, bsss04))$
Bedürfnis nach Unterstützung	Support Scheme, aus BSSS	$SUM(bsss05, bsss06) / (2 - NMISS(bsss05, bsss06))$
Suche nach Unterstützung,	Support Scheme, aus BSSS	$SUM(bsss07, bsss08, bsss09) / (3 - NMISS(bsss07, bsss08, bsss09))$
Informationale Unterstützung	Soziale Unterstützung, aus SSI	$SUM(ssi01, ssi02, ssi03, ssi04, ssi05, ssi06, ssi07, ssi08, ssi09, ssi10) / (10 - NMISS(ssi01, ssi02, ssi03, ssi04, ssi05, ssi06, ssi07, ssi08, ssi09, ssi10))$
Instrumentelle Unterstützung	Soziale Unterstützung, aus SSI	$SUM(ssi21, ssi22, ssi23, ssi24, ssi25, ssi26, ssi27, ssi28, ssi29, ssi30) / (10 - NMISS(ssi21, ssi22, ssi23, ssi24, ssi25, ssi26, ssi27, ssi28, ssi29, ssi30))$
Motivationale Unterstützung	Soziale Unterstützung, aus SSI	$SUM(ssi41, ssi42, ssi43, ssi44, ssi45, ssi46, ssi47, ssi48, ssi49, ssi50) / (10 - NMISS(ssi41, ssi42, ssi43, ssi44, ssi45, ssi46, ssi47, ssi48, ssi49, ssi50))$
Emotionale Unterstützung	Soziale Unterstützung, aus SSI	$SUM(ssi61, ssi62, ssi63, ssi64, ssi65, ssi66, ssi67, ssi68, ssi69, ssi70) / (10 - NMISS(ssi61, ssi62, ssi63, ssi64, ssi65, ssi66, ssi67, ssi68, ssi69, ssi70))$
Gegebene Unterstützung	Soziale Unterstützung, aus SSI	$SUM(ssi81, ssi82, ssi83, ssi84, ssi85, ssi86, ssi87, ssi88, ssi89, ssi90) / (10 - NMISS(ssi81, ssi82, ssi83, ssi84, ssi85, ssi86, ssi87, ssi88, ssi89, ssi90))$
Netzgröße	gebildeter Kennwert, aus SSI	Summe der Belegung je Personengruppe über alle Tabellen hinweg (d.h. hat jemand zu einer der 4 Fragen mindestens einmal etwas anderes als 1/1 angekreuzt, so erhält er für diese Personengruppe eine $ssiges_ = 1$. Dies bedeutet, diese Personengruppe ist im Netz der Person vorhanden.) Ssiges1-10 werden dann zusammengezählt. Es ergibt sich für Patienten und Professionelle ein Höchstwert von 7, für Bezugspersonen ein Höchstwert von 8, der für Gruppenvergleiche auf 7 gesetzt wird.
Netzstärke	gebildeter Kennwert, aus SSI	<ol style="list-style-type: none"> 4 Zufriedenheitstabellen werden in eine überführt durch Summenbildung der Zufriedenheitswerte je Zeile. Es entsteht $ssigessz1-10$ (Summe der Zufriedenheitswerte). Summe muss umgelegt werden auf Ankreuzhäufigkeit der Zeile: Es wird $ssibz1-10$ (Netzstärke Belegung Zufriedenheit) gebildet, die angibt, wie oft in Zeilen zu einer Personengruppe ein Wert >0 vorkommt. Summe der Zufriedenheit in einer Personengruppe geteilt durch Belegung ergibt durchschnittliche Zufriedenheit mit einer Personengruppe: $ssigessz1/ssibz1 = ssidz1$. Die entstandene Variable $ssidz1-10$ gibt die Zufriedenheit der befragten Person mit dieser

		Personengruppe an. 4. Netzst entsteht durch Summe der durchschnittlichen Zufriedenheiten geteilt durch Anzahl der Zufriedenheitswerte: $ssidz1 + \dots + ssidz10$ / netzstn (Summe der Belegung bei ssidz1-10)
Zufriedenheitsindex in engen Beziehungen	gebildeter Kennwert, aus FEG	Summe feg04,05,06 im Bereich 2-5 (umkodiert als 1-4)
Problemindex in engen Beziehungen	gebildeter Kennwert, aus FEG	Summe feg12,13,14 im Bereich 2-5 (umkodiert als 1-4)
Änderungsdruck in engen Beziehungen	gebildeter Kennwert, aus FEG	Summe feg20,21,22 (im Range: 0-3)
Konstruktivität des engen Netzes	gebildeter Kennwert, aus FEG	SUM(feg33,34,38)
Destruktivität des engen Netzes	gebildeter Kennwert, aus FEG	SUM(feg48,49,50)
Soziale Resonanz	Skala Soziale Resonanz, aus FIG-50	SUM(pe14,pe15,pe16,pe17) / (4-NMISS(pe14,pe15,pe16,pe17))

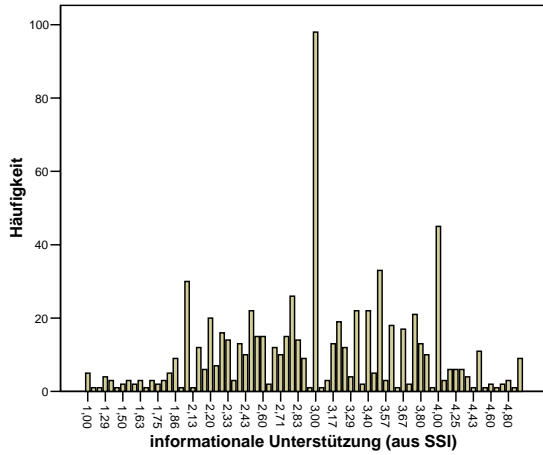
Anhang 2: Häufigkeitsverteilungen der Kennwerte sozialer Ressourcen

Support Schemes:

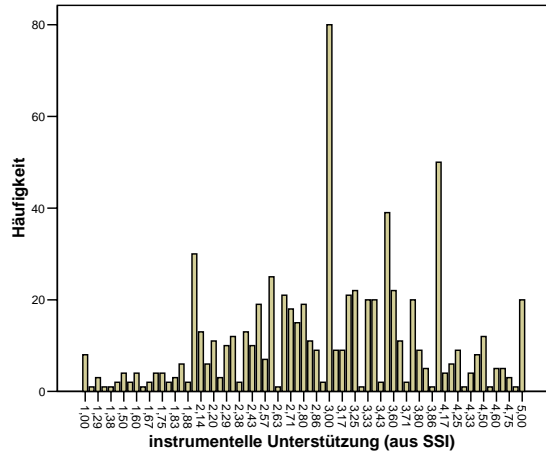


Soziale Unterstützung:

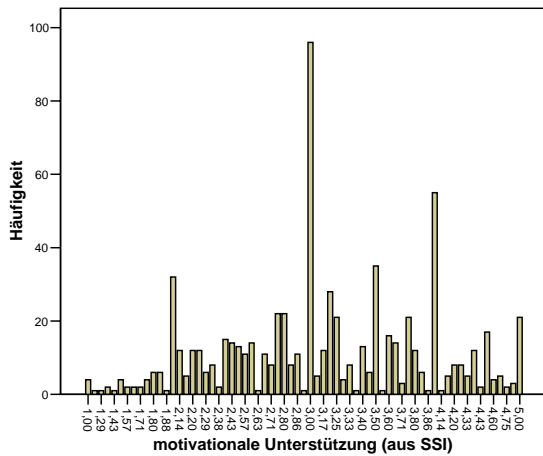
informationale Unterstützung (aus SSI)



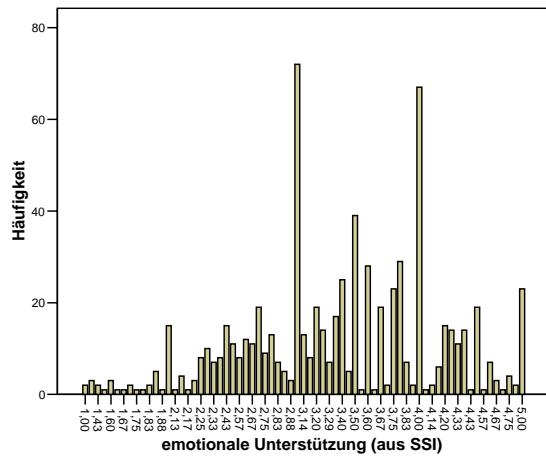
instrumentelle Unterstützung (aus SSI)



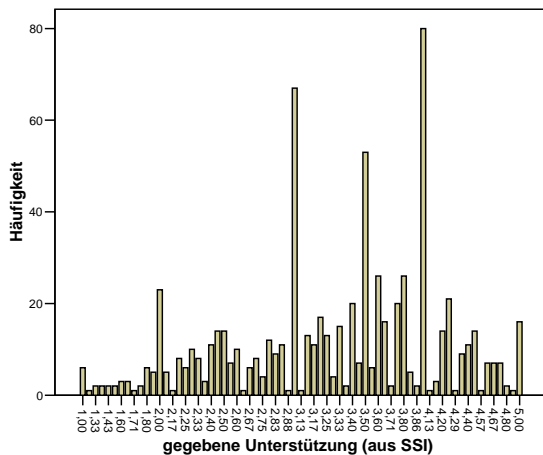
motivationale Unterstützung (aus SSI)



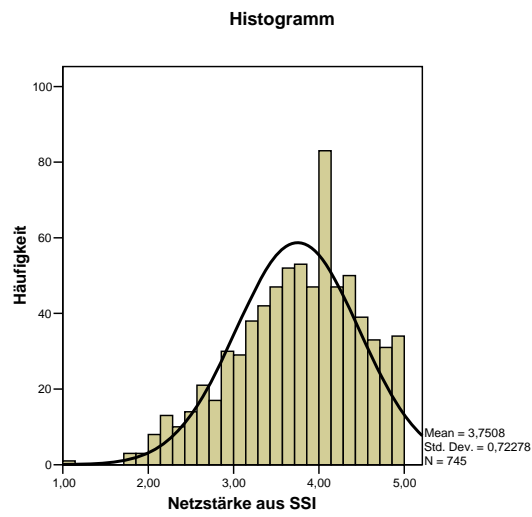
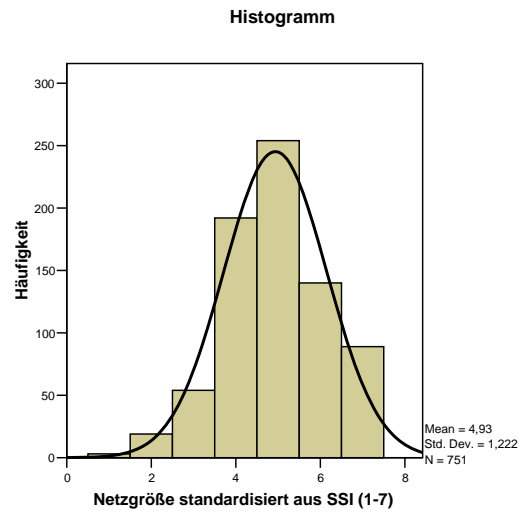
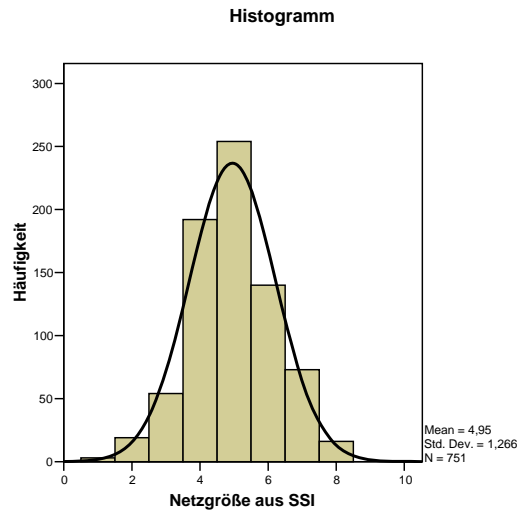
emotionale Unterstützung (aus SSI)



gegebene Unterstützung (aus SSI)

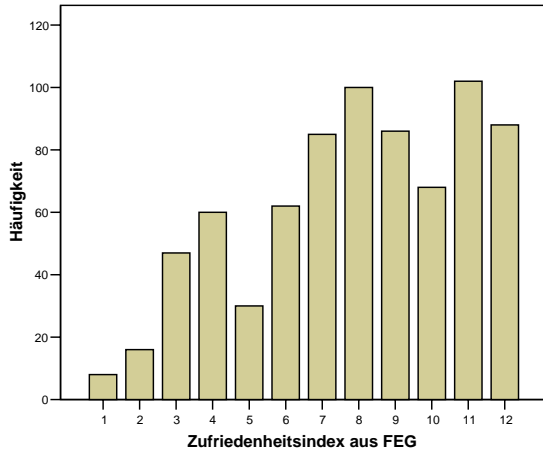


Netzgröße/Netzstärke:

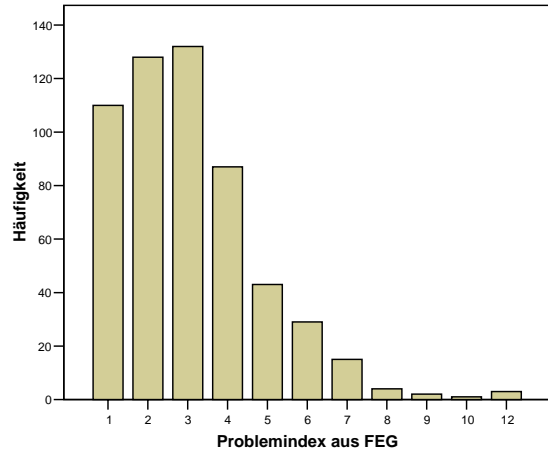


Zufriedenheitsindex, Problemindex, Änderungsdruck, Konstruktivität, Destruktivität:

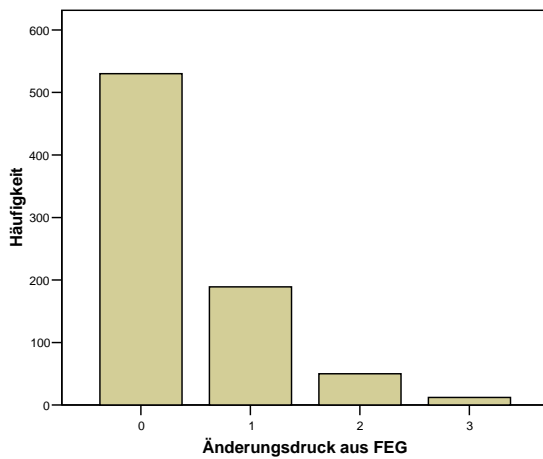
Zufriedenheitsindex aus FEG



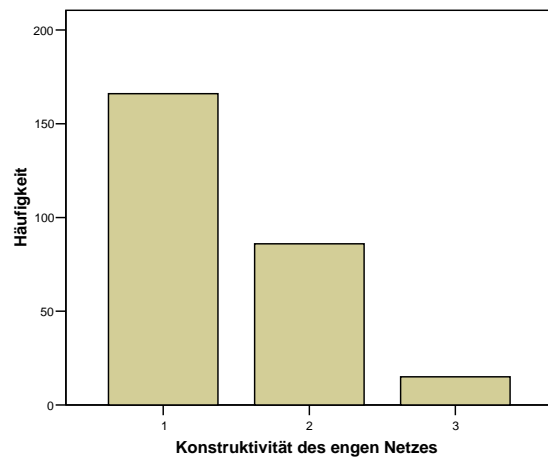
Problemindex aus FEG



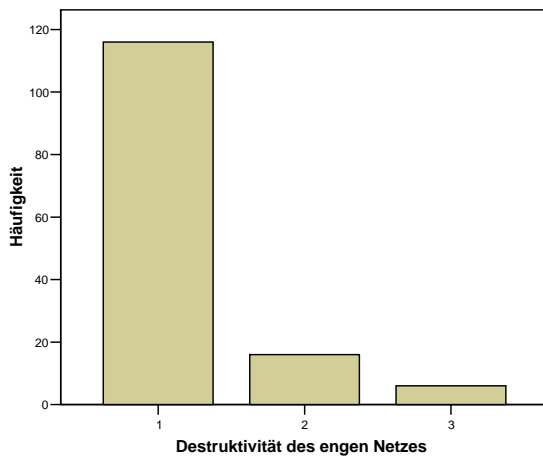
Änderungsdruck aus FEG

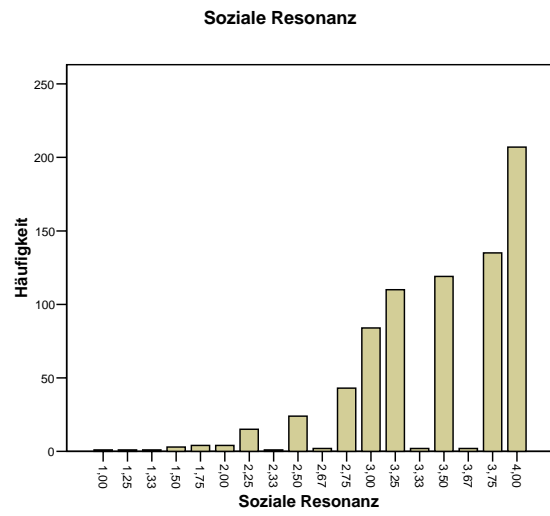


Konstruktivität des engen Netzes



Destruktivität des engen Netzes



Soziale Resonanz:

Anhang 3: Interaktionen zwischen sozialen Ressourcen und Rahmendaten der Stichprobe

	<i>Ge- schlecht</i>	<i>Religions- zugehörig- keit</i>	<i>Alter</i>	<i>Berüh- rung mit Sterben /Tod</i>	<i>Personen- gruppe</i>	<i>Institutions- art</i>
<i>Wahr- genommene Unterstützung</i>					B: Chi-Quadrat = 16,304, p = 0,012	
<i>Unter- stützungs- bedürfnis</i>			E: F = 8,303, p < 0,001; BFT: Statistik = 6,025, p < 0,001	E: F = 2,286, p = 0,034; BFT: Statistik = 2,838, p = 0,012		
<i>Suche nach Unterstützung</i>	A: p < 0,001; D: T = - 4,419, p < 0,001	B: Chi- Quadrat = 17,933, p < 0,001; E: F = 8,345, p < 0,001			B: Chi-Quadrat = 17,466, p = 0,008; E: F = 2,936, p = 0,008; BFT: Statistik = 3,349, p = 0,003	
<i>Informationale Unterstützung</i>	D: T = - 2,330, p = 0,020				B: Chi-Quadrat = 16,613, p = 0,011; E: F = 2,944; p = 0,008; BFT: Statistik = 3,032, p = 0,007	B: Chi-Quadrat = 11,384, p = 0,044; E: F = 2,533; p = 0,027
<i>Instrumentelle Unterstützung</i>	A: p = 0,001; D: T = - 2,553, p = 0,011	E: F = 3,415, p = 0,033	E: F = 1,888, p < 0,001	E: F = 1,364, p = 0,038	B: Chi-Quadrat = 37,653, p < 0,001; E: F = 7,964; p < 0,001; BFT: Statistik = 7,706, p < 0,001	B: Chi-Quadrat = 11,533, p = 0,042; E: F = 2,488; p = 0,030
<i>Motivationale Unterstützung</i>	A: p = 0,003; D: T = - 3,796, p < 0,001	B: Chi- Quadrat = 8,490, p = 0,014; E: F = 4,629, p = 0,010	E: F = 1,435, p = 0,017	F: r = - 0,110**	B: Chi-Quadrat = 23,711, p = 0,001; E: F = 4,627, p < 0,001; BFT: Statistik = 4,694, p < 0,001	B: Chi-Quadrat = 26,987, p < 0,001; E: F = 5,025, p < 0,001
<i>Emotionale Unterstützung</i>	A: p < 0,001; D: T = - 4,697, p < 0,001	B: Chi- Quadrat = 6,926, p = 0,031; E: F = 3,595, p = 0,028		F: r = - 0,112**;	B: Chi-Quadrat = 19,959, p = 0,003; E: F = 3,452, p < 0,002; BFT: Statistik = 3,805, p = 0,001	B: Chi-Quadrat = 35,735, p < 0,001; E: F = 7,808, p < 0,001
<i>Gegebene Unterstützung</i>	A: p < 0,001; D: T = - 5,600, p < 0,001		E: F = 2,151, p < 0,001; F: r = - 0,128**	E: F = 1,703, p = 0,001	B: Chi-Quadrat = 78,981, p < 0,001; E: F = 17,096, p < 0,001; BFT: Statistik = 19,267, p < 0,001	B: Chi-Quadrat = 11,360, p = 0,045; E: F = 2,756, p = 0,018

<i>Soziale Resonanz</i>	A: $p = 0,005$; D: $T = -3,169$, $p = 0,002$	B: Chi-Quadrat = $20,272$, $p < 0,001$; E: $F = 10,724$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $11,567$, $p < 0,001$	E: $F = 2,221$, $p = 0,003$	E: $F = 2,504$, $p = 0,001$	Kruskal-Wallis--Test: Chi-Quadrat = $84,268$, $p < 0,001$; E: $F = 14,488$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $18,155$, $p < 0,001$	B: Chi-Quadrat = $30,969$, $p < 0,001$; E: $F = 5,014$, $p < 0,001$
<i>Netzgröße</i>			B: Chi-Quadrat = $18,543$, $p = 0,010$; E: $F = 2,293$, $p = 0,026$	E: $F = 3,329$, $p = 0,002$	B: Chi-Quadrat = $51,959$, $p < 0,001$; E: $F = 9,341$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $9,979$, $p < 0,001$	B: Chi-Quadrat = $45,090$, $p < 0,001$; E: $F = 7,391$, $p < 0,001$
<i>Netzstärke</i>	C: $p < 0,001$; E: $F = 18,595$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $17,816$, $p < 0,001$; D: $T = -4,221$, $p < 0,001$	B: Chi-Quadrat = $7,341$, $p = 0,025$; E: $F = 4,078$, $p = 0,017$			B: Chi-Quadrat = $37,141$, $p < 0,001$; E: $F = 6,914$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $7,743$, $p < 0,001$	B: Chi-Quadrat = $27,294$, $p < 0,001$; E: $F = 5,785$, $p < 0,001$
<i>Zufriedenheitsindex</i>			F: $r = -0,103^{**}$; E: $F = 1,909$, $p = 0,035$; BFT: Statistik = $1,602$, $p = 0,104$		B: Chi-Quadrat = $37,129$, $p < 0,001$; E: $F = 7,122$, $p < 0,001$	
<i>Problemindex</i>	D: $T = 2,926$, $p = 0,004$			E: $F = 3,268$, $p < 0,001$	B: Chi-Quadrat = $15,194$, $p = 0,019$	
<i>Änderungsdruck</i>			F: $r = -0,219^{***}$; E: $F = 14,803$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $21,114$, $p < 0,001$		B: Chi-Quadrat = $33,035$, $p < 0,001$; E: $F = 4,205$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $4,003$, $p = 0,001$	
<i>Konstruktivität in engen Beziehungen</i>	D: $T = 1,899$, $p = 0,059$					
<i>Destruktivität in engen Beziehungen</i>	D: $T = 2,354$, $p = 0,022$					

Erläuterung der Indices:

A: Kolmogorov-Smirnov-Z-Test

B: Kruskal-Wallis-Test

C: Mann-Whitney-U-Test

D: T-Test

E: ONEWAY-Anova (ggf. mit BFT: Brown-Forsythe-Test)

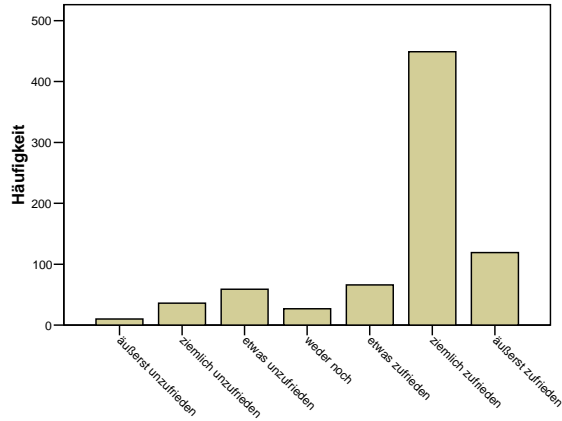
F: Rangkorrelation nach Spearman

Anhang 4: Operationalisierung und Häufigkeitsverteilung der Outcome-Variablen in der Stichprobe

<i>Name des Einzelkennwerts</i>	<i>Quelle des Einzelkennwerts</i>	<i>Bildung des Kennwerts</i>
Generelles Wohlbefinden	aus FEG	feg01
Momentanes Wohlbefinden	aus FEG	feg02
Anzahl der Belastungsquellen	gebildeter Kennwert, aus FEG	1. feg11-feg18 umkodiert: 1 als 0, 2-5 als 1 (Anzahl der Nennungen aus den 8 vorgegebenen Bereichen gebildet, wenn die Nennung größer als „gar nicht“ ist) 2. Summe der umkodierten feg11-feg18 (Die so entstehende Maßzahl liegt entsprechend zwischen den Extremwerten 0 und 8 und gibt Aufschluss darüber, in wie vielen Bereichen die befragte Person eine subjektive Belastung erlebt)
Belastungsausmaß	gebildeter Kennwert, aus FEG	Summe der umkodierten feg11-feg18
Emotionale Erschöpfung	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae05pol,ae07,ae08,ae26,ae27) / (5 - NMISS(ae05pol,ae07,ae08,ae26,ae27))$
Intrinsische Motivierung	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae01,ae03,ae18,ae22,ae23) / (5 - NMISS(ae01,ae03,ae18,ae22,ae23))$
Erlebte Unzufriedenheit	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae10,ae11,ae20,ae24,ae32) / (5 - NMISS(ae10,ae11,ae20,ae24,ae32))$
Klientenaversion	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae02,ae06) / 2 - NMISS(ae02,ae06)$
Reaktives Abschirmen	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae14,ae28pol,ae13pol) / 3 - NMISS(ae14,ae28pol,ae13pol)$
<i>Name des Einzelkennwerts</i>	<i>Quelle des Einzelkennwerts</i>	<i>Bildung des Kennwerts</i>
Generelles Wohlbefinden	aus FEG	feg01
Momentanes Wohlbefinden	aus FEG	feg02
Anzahl der Belastungsquellen	gebildeter Kennwert, aus FEG	1. feg11-feg18 umkodiert: 1 als 0, 2-5 als 1 (Anzahl der Nennungen aus den 8 vorgegebenen Bereichen gebildet, wenn die Nennung größer als „gar nicht“ ist) 2. Summe der umkodierten feg11-feg18 (Die so entstehende Maßzahl liegt entsprechend zwischen den Extremwerten 0 und 8 und gibt Aufschluss darüber, in wie vielen Bereichen die befragte Person eine subjektive Belastung erlebt)
Belastungsausmaß	gebildeter Kennwert, aus FEG	Summe der umkodierten feg11-feg18
Emotionale Erschöpfung	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae05pol,ae07,ae08,ae26,ae27) / (5 - NMISS(ae05pol,ae07,ae08,ae26,ae27))$
Intrinsische Motivierung	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae01,ae03,ae18,ae22,ae23) / (5 - NMISS(ae01,ae03,ae18,ae22,ae23))$
Erlebte Unzufriedenheit	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae10,ae11,ae20,ae24,ae32) / (5 - NMISS(ae10,ae11,ae20,ae24,ae32))$
Klientenaversion	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae02,ae06) / (2 - NMISS(ae02,ae06))$
Reaktives Abschirmen	Skalenwert aus BHD	$SUM(ae14,ae28pol,ae13pol) / (3 - NMISS(ae14,ae28pol,ae13pol))$

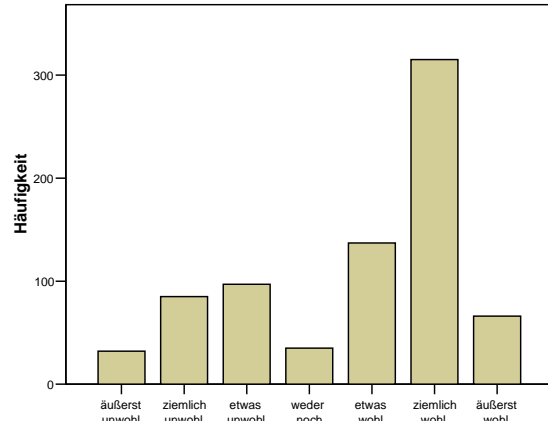
Generelles und Allgemeines Wohlbefinden:

Im allgemeinen bin ich in meinem Leben ...



Im allgemeinen bin ich in meinem Leben ...

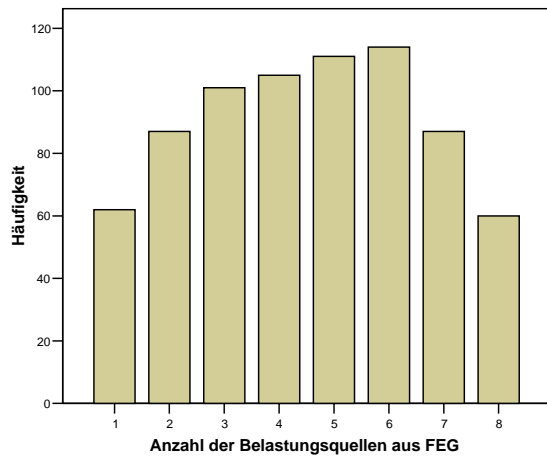
Insgesamt fühle ich mich im Moment ...



Insgesamt fühle ich mich im Moment ...

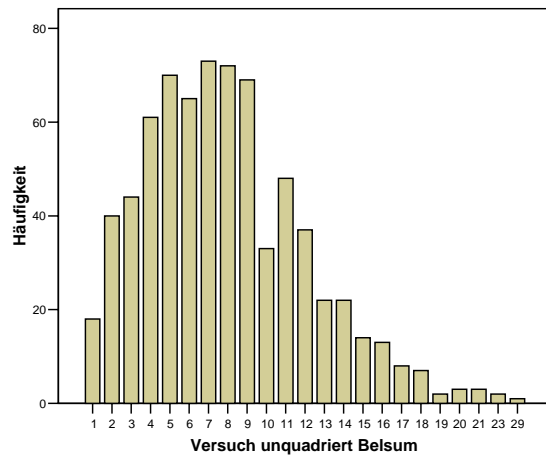
Summe der Belastungsquellen und Belastungsausmaß:

Anzahl der Belastungsquellen aus FEG



Anzahl der Belastungsquellen aus FEG

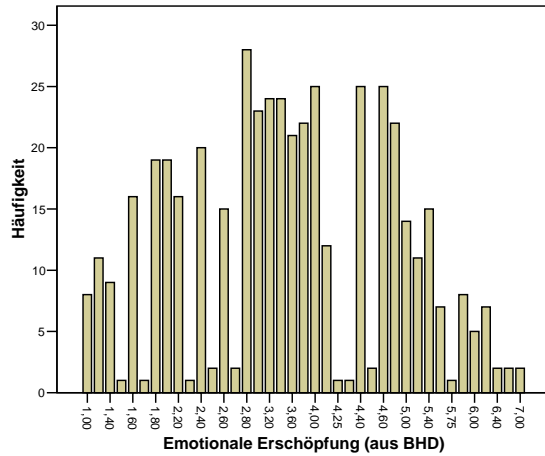
Versuch unquadriert Belsum



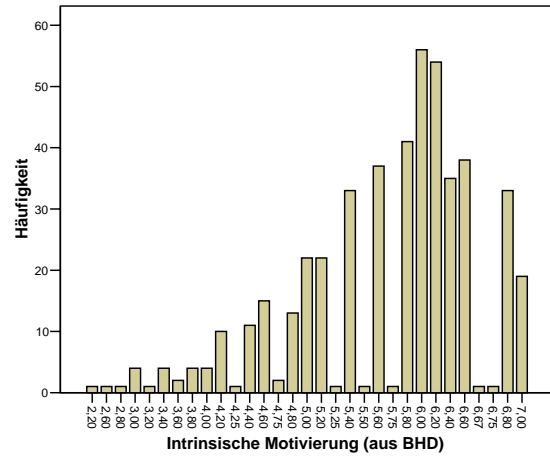
Versuch unquadriert Belsum

Emotionale Erschöpfung, Intrinsische Motivierung, Unzufriedenheit in der Arbeit, Klientenaversion und Reaktives Abschirmen:

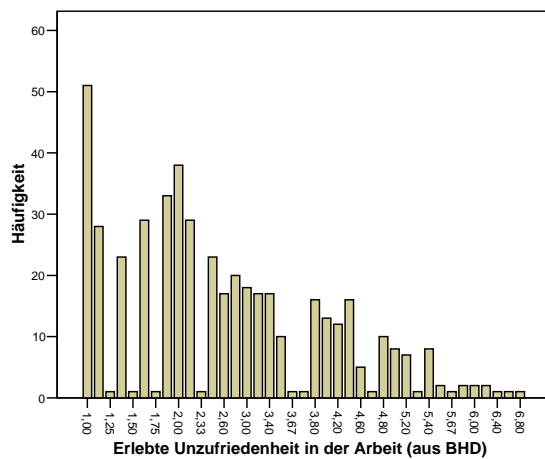
Emotionale Erschöpfung (aus BHD)



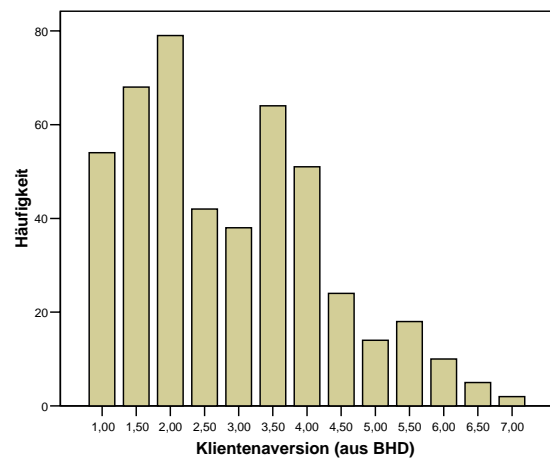
Intrinsische Motivierung (aus BHD)



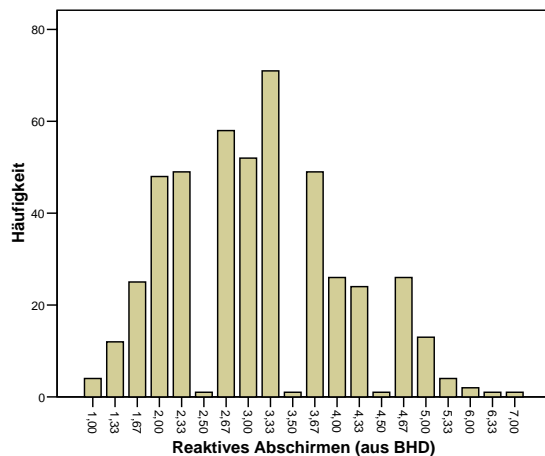
Erlebte Unzufriedenheit in der Arbeit (aus BHD)



Klientenaversion (aus BHD)



Reaktives Abschirmen (aus BHD)



Anhang 5: Interaktionen zwischen Wohlbefindens-/Belastungsindizes und Rahmendaten der Stichprobe

	<i>Ge- schlecht</i>	<i>Religions- zugehörig- keit</i>	<i>Alter</i>	<i>Berüh- rung mit Sterben /Tod</i>	<i>Institu- tionsart</i>	<i>Personen- gruppe</i>
<i>Allgemeines Wohlbefinden</i>	A: $p = 0,011$; D: $T = -3,697$, $p < 0,001$				B: $p = 0,002$; E: $F = 3,259$, $p = 0,006$; BFT: Statistik = $3,123$, $p = 0,009$	E: $F = 7,669$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $9,618$, $p < 0,001$
<i>Momentanes Wohlbefinden</i>		B: Chi- Quadrat = $5,731$, $p = 0,057$; E: $F = 2,911$, $p = 0,055$; BFT: Statistik = $3,035$, $p = 0,049$			B: $p = 0,001$; E: $F = 4,119$, $p = 0,001$; BFT: Statistik = $3,977$, $p = 0,001$	B: Chi-Quadrat = $85,904$, $p < 0,001$; E: $F = 16,431$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $21,083$, $p < 0,001$
<i>Anzahl der Belastungs- quellen</i>	A: $p = 0,005$; D: $T = 2,779$, $p = 0,006$		F: $r = -0,338$, $p < 0,001$; E: $F = 14,752$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $14,797$, $p < 0,001$	F: $r = 0,219$, $p < 0,001$; E: $F = 2,144$, $p = 0,037$	B: Chi-Quadrat = $12,970$, $p = 0,024$; E: $F = 2,584$, $p = 0,025$	B: Chi-Quadrat = $95,023$, $p < 0,001$; E: $F = 18,424$, $p < 0,001$
<i>Belastungs- ausmaß</i>		B: Chi- Quadrat = $8,518$, $p = 0,014$; E: $F = 3,056$, $p = 0,048$				B: Chi-Quadrat = $22,719$, $p = 0,001$; E: $F = 3,341$, $p = 0,003$
<i>Emotionale Erschöpfung</i>			E: $F = 4,172$, $p = 0,001$; F: $r = -0,146^{**}$	E: $F = 4,121$, $p = 0,001$; F: $r = 0,183^{**}$	E: $F = 13,205$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $13,218$, $p < 0,001$; B: Chi-Quadrat = $61,003$, $p < 0,001$	E: $F = 17,809$, $p < 0,001$; B: Chi-Quadrat = $64,122$, $p < 0,001$
<i>Intrinsische Motivierung</i>	D: $T = -3,465$, $p = 0,001$		E: $F = 6,631$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $7,676$, $p < 0,001$; F: $r = 0,263^{**}$	E: $F = 3,114$, $p = 0,009$	E: $F = 15,054$, $p < 0,001$; B: Chi-Quadrat = $72,711$, $p < 0,001$	E: $F = 7,073$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $7,851$, $p < 0,001$; B: Chi-Quadrat = $28,835$, $p < 0,001$
<i>Unzufriedenheit in der Arbeit</i>	D: $T = 3,687$, $p < 0,001$		E: $F = 7,808$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $10,028$, $p < 0,001$; F: $r = -0,269^{**}$	E: $F = 3,404$, $p = 0,005$; BFT: Statistik = $3,360$, $p = 0,006$; F: $r = 0,136^{**}$	E: $F = 19,097$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $18,399$, $p < 0,001$; B: Chi-Quadrat = $84,205$, $p < 0,001$	E: $F = 14,084$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = $17,705$, $p < 0,001$; B: Chi-Quadrat = $55,513$, $p < 0,001$

<i>Klientenaversion</i>	D: T = 3,464, p = 0,001			E: F = 2,877, p = 0,014; F: r = 0,146**	E: F = 7,136, p < 0,001; B: significant	E: F = 8,491; p < 0,001; B: significant
<i>Reaktives Abschirmen</i>			E: F = 6,268, p < 0,001; F: r = -0,200**		E: F = 7,276, p < 0,001; BFT: Statistik = 6,817, p < 0,001 B: Chi-Quadrat = 32,588, p < 0,001	E: F = 10,079, p < 0,001; B: Chi-Quadrat = 35,206, p < 0,001

Erläuterung der Indices:

A: Kolmogorov-Smirnov-Z-Test

B: Kruskal-Wallis-Test

C: Mann-Whitney-U-Test

D: T-Test

E: ONEWAY-Anova (ggf. mit BFT: Brown-Forsythe-Test)

F: Rangkorrelation nach Spearman

**Anhang 6: Rangkorrelationen nach Spearman und Partielle Korrelationen
(Kontrollvariablen Demographische Rahmendaten) zwischen den Sozialen
Ressourcen und den Outcome-Variablen**

Emotionale Erschöpfung	Belastungsausmaß		Anzahl der Belastungsquellen		Momentanes Wohlbefinden		Generelles Wohlbefinden		
-0,185**	-0,227**	-0,217**	-0,131*	-0,224**	0,283**	0,178**	0,342**	0,267**	Wahrgenommene Unterstützung
-0,088	-0,038	-0,015	0,042	-0,013	0,033	-0,059	-0,008	-0,032	Bedürfnis nach Unterstützung
-0,118*	-0,089	-0,109**	-0,104*	-0,108**	0,117*	0,093*	0,123*	0,151**	Suche nach Unterstützung
0,038	0,014	0,024	0,075	-0,026	0,137*	-0,082*	0,106	0,018	informationale Unterstützung
0,058	0,044	-0,037	0,055	-0,092	0,111*	-0,023	0,045	0,091*	instrumentelle Unterstützung
0,024	0,084	-0,063	0,061	-0,123**	0,061	0,014	0,088	0,160**	motivationale Unterstützung
0,007	0,017	-0,103**	0,024	-0,144**	0,136*	0,068	0,149**	0,216**	emotionale Unterstützung
0,054	0,097	0,011	0,093	0,031	0,077	0,085*	0,067	0,148**	gegebene Unterstützung
-0,194**	-0,246**	-0,184**	-0,143**	-0,117**	0,280**	0,289**	0,382**	0,358**	Soziale Resonanz
-0,018	0,129*	0,178**	0,132*	0,148**	0,063	-0,009	0,013	0,025	Netzgröße
-0,169**	-0,125*	-0,213**	-0,060	-0,197**	0,269**	0,241**	0,161**	0,305**	Netzstärke
-0,066	-0,231	-0,090*	-0,005	0,028	0,336*	0,235**	0,122	0,288**	Zufriedenheitsindex
0,137	0,694**	0,651**	0,515**	0,516**	-0,365**	-0,190**	-0,427**	-0,267**	Problemindex
0,101	0,342*	0,324**	0,233	0,286**	-0,202	-0,188**	-0,070	-0,217**	Änderungsdruck
0,208	0,301*	0,179**	0,242	0,111	-0,180	-0,135*	-0,142	-0,068	Konstruktivitätsindex
-0,206	0,105	0,119	0,064	0,133	-0,017	-0,115	0,037	-0,112	Destruktivitätsindex

Reaktives Abschirmen		Klienten-aversion		Erlebte Unzufriedenheit		Intrinsische Motivierung	
-0,075	-0,050	-0,073	-0,113*	0,200**	-0,206**	0,166**	-0,199**
0,001	-0,038	-0,003	-0,011	-0,018	-0,039	0,085	-0,079
-0,060	-0,082	-0,026	-0,087	-0,101	-0,173**	0,066	-0,150**
0,016	0,017	-0,017	-0,041	0,047	0,027	0,010	0,035
0,114*	0,063	-0,045	-0,051	-0,039	-0,064	0,000	0,078
-0,019	-0,056	-0,031	-0,070	0,010	-0,097*	0,057	0,135**
0,004	-0,026	-0,089	-0,141**	-0,080	-0,145**	0,069	0,135**
-0,027	-0,040	-0,111*	-0,192**	-0,043	-0,123**	0,081	0,157**
-0,109*	-0,174**	-0,185**	-0,209**	-0,290**	-0,377**	0,273**	0,428**
-0,100	-0,120**	0,052	-0,035	0,003	-0,088	-0,035	0,067
-0,044	-0,121**	-0,079	-0,142**	-0,220**	-0,345**	0,180**	0,301**
-0,016	-0,018	-0,065	-0,160**	-0,200	-0,130**	0,185	0,152**
0,214	0,057	0,186	0,089	0,388**	0,154**	-0,330*	-0,132**
0,087	0,016	-0,026	0,079	0,109	0,174**	0,021	-0,174**
0,207	0,049	0,055	0,090	0,157	0,181*	0,052	-0,107
0,196	0,217*	-0,125	0,109	-0,083	0,188	-0,084	-0,322**

Anhang 7: Varianzanalytische Bezüge (Varianzanalysen und Kovarianzanalysen mit Kontrolle der demographische Rahmendaten) zwischen den Sozialen Ressourcen und den Outcome-Variablen

Anzahl der Belastungsquellen	Momentanes Wohlbefinden		Generelles Wohlbefinden		
	F	p	F	p	
F = 2,372; p = 0,008	F = 4,672; p < 0,001 *	F = 4,187; p < 0,001 *	F = 5,474; p < 0,001 *	F = 5,390; p < 0,001 *	Wahrgenommene Unterstützung
F = 0,502; p = 0,807	F = 0,563; p = 0,760	F = 0,741; p = 0,617;	F = 1,064; p = 0,383	F = 1,020; p = 0,412	Bedürfnis nach Unterstützung
F = 3,698; p < 0,001	F = 1,860; p = 0,049	F = 1,685; p = 0,091	F = 1,831; p = 0,053 *	F = 1,581; p = 0,119 *	Suche nach Unterstützung
F = 1,370; p = 0,054	F = 0,841; p = 0,783 *	F = 0,897; p = 0,678 *	F = 0,833; p = 0,797 *	F = 0,840; p = 0,779	informationale Unterstützung
F = 1,433; p = 0,034	F = 1,037; p = 0,409 *	F = 0,955; p = 0,567	F = 0,749; p = 0,903 *	F = 0,693; p = 0,946 *	instrumentelle Unterstützung
F = 1,190; p = 0,185	F = 1,174; p = 0,196 *	F = 1,111; p = 0,278	F = 2,055; p < 0,001 *	F = 1,853; p = 0,001 *	motivationale Unterstützung
F = 1,121; p = 0,278	F = 1,338; p = 0,066 *	F = 1,091; p = 0,323 *	F = 1,113; p = 0,282 *	F = 1,117; p = 0,283 *	emotionale Unterstützung
F = 1,039; p = 0,409	F = 1,091; p = 0,318 *	F = 0,848; p = 0,757	F = 1,027; p = 0,428 *	F = 1,091; p = 0,323 *	gegebene Unterstützung
F = 1,551; p = 0,129	F = 5,982; p < 0,001 *	F = 3,980; p < 0,001 *	F = 9,317; p < 0,001 *	F = 7,221; p < 0,001 *	Soziale Resonanz
F = 1,647; p = 0,133	F = 3,196; p = 0,004	F = 1,745; p = 0,110	F = 1,628; p = 0,138	F = 1,420; p = 0,206	Netzgröße
F = 2,472; p = 0,017	F = 6,720; p < 0,001 *	F = 4,730; p < 0,001 *	F = 4,702; p < 0,001 *	F = 3,251; p = 0,002 *	Netzstärke
F = 2,613; p = 0,003	F = 3,220; p < 0,001	F = 3,309; p < 0,001 *	F = 5,088; p < 0,001 *	F = 5,430; p < 0,001 *	Zufriedenheitsindex
F = 15,231; p < 0,001	F = 3,788; p < 0,001	F = 3,693; p < 0,001	F = 5,420; p < 0,001 *	F = 4,595; p < 0,001	Problemindex
F = 8,040; p < 0,001	F = 18,061; p < 0,001 *	F = 15,602; p < 0,001 *	F = 10,832; p < 0,001 *	F = 5,987; p = 0,001	Änderungsdruck
F = 2,466; p = 0,089	F = 2,929; p = 0,056	F = 1,727; p = 0,182	F = 0,441; p = 0,644	F = 0,231; p = 0,794	Konstruktivitätsindex
F = 0,011; p = 0,989	F = 0,223; p = 0,801	F = 0,030; p = 0,970	F = 1,490; p = 0,231	F = 1,908; p = 0,157 *	Destruktivitätsindex

<i>Erlebte Unzufriedenheit</i>	<i>Intrinsische Motivierung</i>		<i>Emotionale Erschöpfung</i>		<i>Belastungsausmaß</i>		
F = 2,896; p = 0,001	F = 3,854; p < 0,001	F = 4,297; p < 0,001	F = 2,752; p = 0,002	F = 2,235; p = 0,013	F = 3,260; p < 0,001	F = 3,138; p < 0,001	F = 2,255; p = 0,011
F = 0,346; p = 0,912	F = 1,943; p = 0,073 *	F = 1,550; p = 0,161	F = 0,973; p = 0,443	F = 0,886; p = 0,505	F = 0,647; p = 0,693	F = 0,474; p = 0,828	F = 0,181; p = 0,982
F = 1,589; p = 0,117	F = 1,948; p = 0,037	F = 2,639; p = 0,006	F = 1,404; p = 0,175	F = 1,421; p = 0,178	F = 1,961; p = 0,036	F = 1,837; p = 0,061	F = 3,190; p = 0,001
F = 1,398; p = 0,044	F = 1,318; p = 0,072	F = 1,484; p = 0,022	F = 1,084; p = 0,326	F = 0,986; p = 0,507	F = 1,134; p = 0,248	F = 1,217; p = 0,157	F = 1,360; p = 0,052 *
F = 0,891; p = 0,689	F = 1,093; p = 0,312	F = 0,954; p = 0,587	F = 1,165; p = 0,210	F = 1,041; p = 0,405	F = 1,005; p = 0,470	F = 1,014; p = 0,454	F = 1,416; p = 0,035
F = 0,972; p = 0,536	F = 0,902; p = 0,674	F = 0,903; p = 0,670	F = 0,974; p = 0,532	F = 0,982; p = 0,515	F = 1,119; p = 0,271 *	F = 1,156; p = 0,225	F = 0,883; p = 0,711
F = 1,203; p = 0,176	F = 1,222; p = 0,149 *	F = 1,248; p = 0,134	F = 1,007; p = 0,465 *	F = 1,077; p = 0,345	F = 1,318; p = 0,077 *	F = 1,360; p = 0,063 *	F = 1,011; p = 0,458
F = 1,358; p = 0,065	F = 0,810; p = 0,823	F = 0,890; p = 0,685	F = 0,747; p = 0,902 *	F = 0,840; p = 0,770	F = 1,153; p = 0,228	F = 1,129; p = 0,268	F = 1,064; p = 0,362
F = 4,219; p < 0,001	F = 8,081; p < 0,001	F = 4,185; p < 0,001	F = 3,455; p < 0,001	F = 1,652; p = 0,099	F = 5,481; p < 0,001 *	F = 4,065; p < 0,001 *	F = 3,615; p < 0,001
F = 0,629; p = 0,707	F = 0,735; p = 0,622	F = 0,274; p = 0,949	F = 1,507; p = 0,174	F = 0,436; p = 0,855	F = 2,726; p = 0,013	F = 2,247; p = 0,038	F = 1,595; p = 0,147
F = 4,429; p < 0,001	F = 5,126; p < 0,001	F = 1,852; p = 0,077	F = 5,742; p < 0,001	F = 4,083; p < 0,001	F = 3,927; p < 0,001	F = 3,476; p = 0,001	F = 2,676; p = 0,010
F = 2,024; p = 0,026	F = 1,089; p = 0,369	F = 0,740; p = 0,700	F = 1,666; p = 0,079	F = 2,226; p = 0,013	F = 2,324; p = 0,009	F = 1,698; p = 0,072	F = 2,258; p = 0,011
F = 4,187; p < 0,001	F = 1,558; p = 0,126	F = 1,681; p = 0,093	F = 2,200; p = 0,021	F = 2,368; p = 0,013	F = 40,340; p < 0,001	F = 32,561; p < 0,001	F = 18,323; p < 0,001
F = 4,235; p = 0,006	F = 4,237; p = 0,006	F = 2,390; p = 0,069	F = 8,233; p < 0,001	F = 7,992; p < 0,001	F = 27,074; p < 0,001	F = 22,713; p < 0,001	F = 9,623; p < 0,001 *
F = 0,801; p = 0,451	F = 1,378; p = 0,255	F = 0,461; p = 0,632	F = 4,389; p = 0,014	F = 3,256; p = 0,042	F = 4,091; p = 0,018	F = 1,790; p = 0,171	F = 5,508; p = 0,005
F = 0,619; p = 0,542	F = 6,037; p = 0,003	F = 0,138; p = 0,872	F = 0,810; p = 0,448	F = 1,406; p = 0,252	F = 1,800; p = 0,171	F = 0,220; p = 0,863	F = 2,577; p = 0,082

Multivariate Teststatistik (Pillai-Spur)	Reaktives Abschirmen		Klientenaversion		
	F = , p =	F = , p =	F = , p =	F = , p =	
0,000	F = 1,629; p = 0,088	F = 1,749; p = 0,062	F = 1,339; p = 0,200	F = 0,786; p = 0,655	F = 2,540; p = 0,004
0,448	F = 0,474; p = 0,827	F = 0,242; p = 0,962	F = 2,017; p = 0,062	F = 1,299; p = 0,257	F = 1,152; p = 0,331
0,027	F = 0,792; p = 0,637	F = 0,575; p = 0,817	F = 0,862; p = 0,569	F = 1,143; p = 0,331	F = 1,834; p = 0,053
0,081	F = 1,032; p = 0,417	F = 0,922; p = 0,631	F = 1,126; p = 0,259 *	F = 1,189; p = 0,186 *	F = 1,343; p = 0,059
0,041	F = 1,328; p = 0,069	F = 1,208; p = 0,168	F = 1,449; p = 0,026 *	F = 1,121; p = 0,275	F = 1,138; p = 0,245
0,026	F = 1,091; p = 0,314	F = 0,909; p = 0,658	F = 1,265; p = 0,107	F = 1,236; p = 0,138	F = 1,115; p = 0,277
0,086	F = 0,668; p = 0,964	F = 0,821; p = 0,801	F = 1,625; p = 0,006	F = 1,459; p = 0,030	F = 1,258; p = 0,118
0,081	F = 0,744; p = 0,905	F = 0,872; p = 0,716	F = 1,399; p = 0,042	F = 0,983; p = 0,511	F = 1,099; p = 0,306
0,000	F = 3,080; p = 0,001	F = 2,099; p = 0,029	F = 2,562; p = 0,004	F = 2,053; p = 0,033	F = 7,371; p < 0,001
0,032	F = 1,784; p = 0,101	F = 1,021; p = 0,412	F = 1,530; p = 0,167	F = 0,807; p = 0,565	F = 2,096; p = 0,053
0,000	F = 1,896; p = 0,069	F = 0,901; p = 0,505	F = 1,755; p = 0,095	F = 0,868; p = 0,532	F = 7,318; p < 0,001
0,000	F = 1,483; p = 0,135 *	F = 0,862; p = 0,578	F = 1,761; p = 0,059	F = 1,782; p = 0,056	F = 1,576; p = 0,103 *
0,000	F = 0,651; p = 0,753	F = 0,490; p = 0,881	F = 1,177; p = 0,308	F = 1,201; p = 0,294	F = 3,973; p < 0,001
0,000	F = 0,248; p = 0,863	F = 0,344; p = 0,794	F = 1,862; p = 0,135	F = 2,168; p = 0,092	F = 5,842; p = 0,001
0,053	F = 0,324; p = 0,723	F = 0,403; p = 0,669	F = 1,404; p = 0,248	F = 1,047; p = 0,354	F = 2,432; p = 0,091
0,087	F = 1,948; p = 0,148	F = 0,565; p = 0,571	F = 0,916; p = 0,404	F = 1,036; p = 0,360	F = 1,057; p = 0,352

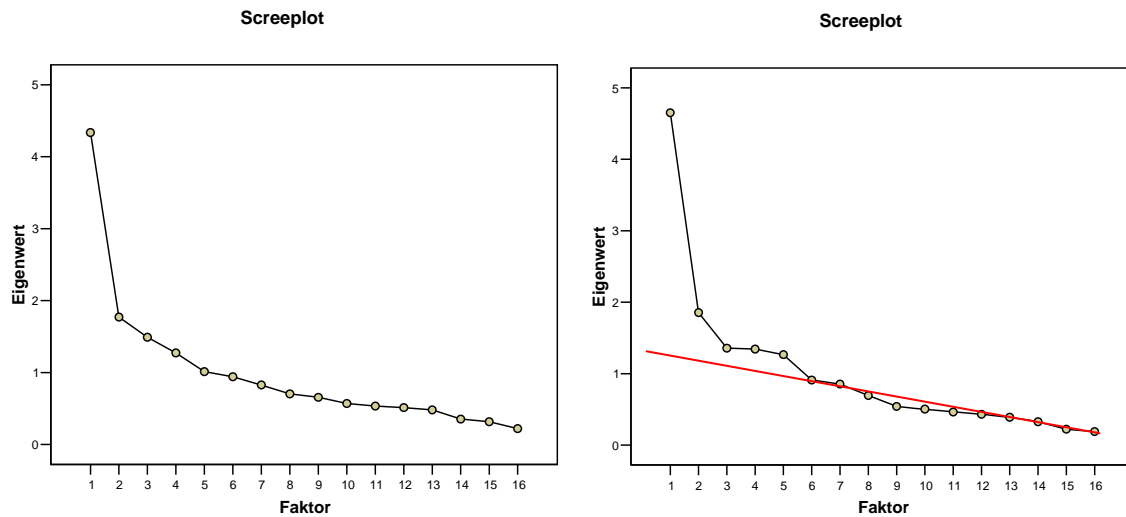
Erläuterung:

obere Zeile: multivariate Varianzanalyse

untere Zeile: multivariate einfaktorielle Kovarianzanalyse

*: Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen nicht erfüllt ($p < 0,010$)

Anhang 8: Screeplots, routierte Komponentenmatrix, erklärte Gesamtvarianz und Komponentendiagramm in routierten Raum bei der Faktorenanalyse zur Dimensionsfindung der Einzelkennwerte



Erläuterung:

- links: Screeplot der verwendeten Faktorenanalyse mit paarweisem Fallausschluss
rechts: Screeplot derselben Faktorenanalyse mit listenweisem Fallausschluss (das 5-Komponenten-Modell wird hier noch deutlicher als links, allerdings wird aufgrund der hohen Zahl fehlender Werte der paarweise Fallausschluss für die Faktorenanalyse gewählt)

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente				
	1	2	3	4	5
motivationale Unterstützung (aus SSI)	,878	,112	-,042	,042	,056
emotionale Unterstützung (aus SSI)	,844	,187	-,048	-,030	-,043
instrumentelle Unterstützung (aus SSI)	,833	,070	-,091	,094	,011
informationale Unterstützung (aus SSI)	,776	,010	,012	,048	,110
gegebene Unterstützung (aus SSI)	,667	,199	,189	-,185	,043
Netzstärke aus SSI	,595	,351	-,204	,022	-,067
Soziale Resonanz	,075	,727	-,076	-,105	,002
Zufriedenheitsindex aus FEG	,128	,672	,010	,164	-,120
Wahrgenommene Unterstützung (aus BSSS)	,250	,669	-,197	,035	,184
Suche nach Unterstützung (aus BSSS)	,244	,466	,012	-,002	,327
Problemindex aus FEG	,038	-,201	,692	,214	,060
Netzgröße aus SSI	-,073	,338	,678	-,122	-,167
Änderungsdruck aus FEG	-,061	-,253	,645	,077	,133
Destruktivität des engen Netzes	-,045	-,054	,078	,842	,045
Konstruktivität des engen Netzes	,057	,117	,070	,793	-,060
Bedürfnis nach Unterstützung (aus BSSS)	,018	,052	,054	-,018	,904

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

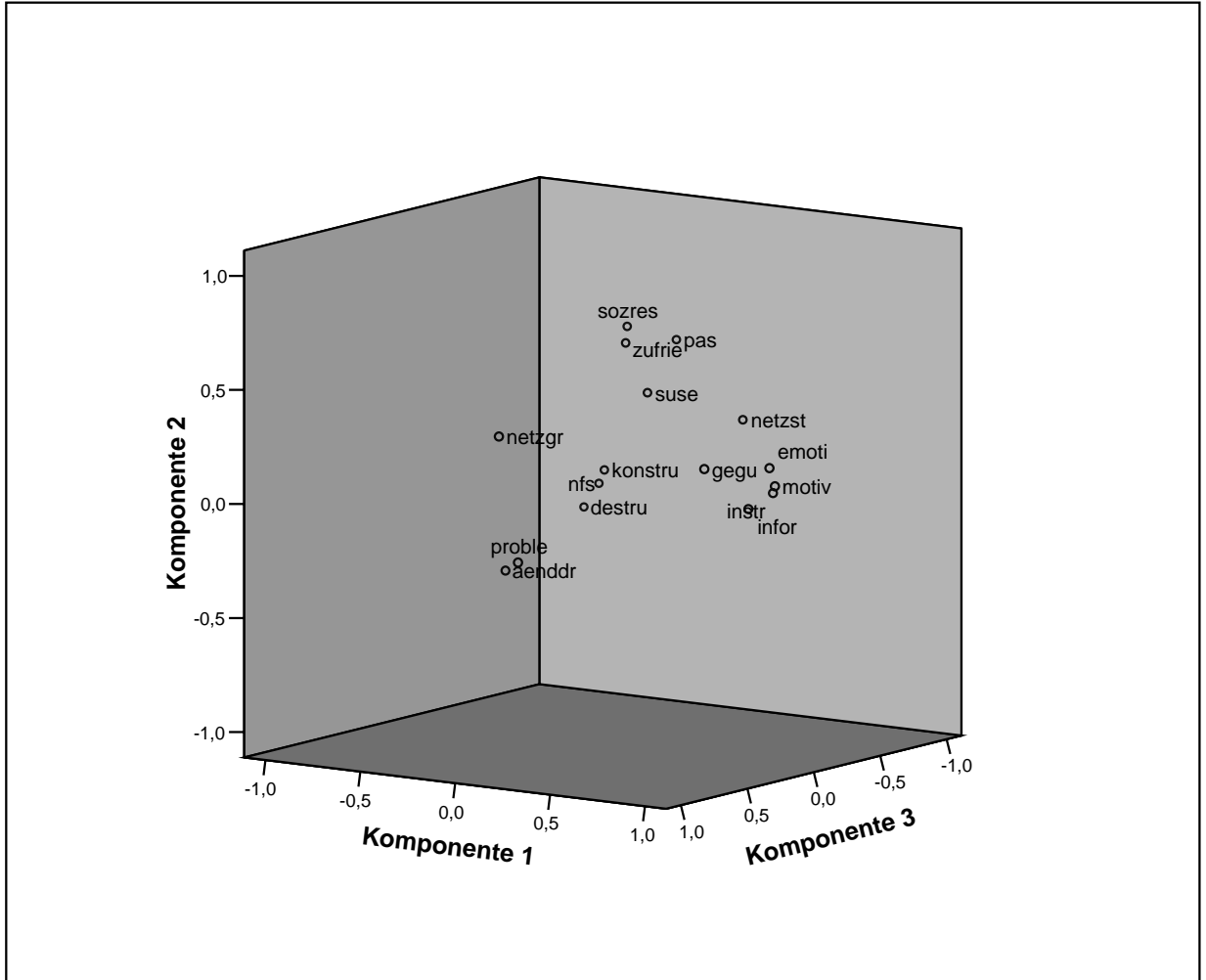
a. Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,335	27,095	27,095	3,737	23,356	23,356
2	1,772	11,075	38,170	2,098	13,114	36,470
3	1,491	9,316	47,486	1,503	9,395	45,865
4	1,272	7,952	55,438	1,494	9,336	55,202
5	1,012	6,327	61,765	1,050	6,564	61,765
6	,942	5,888	67,653			
7	,827	5,169	72,822			
8	,704	4,401	77,223			
9	,656	4,098	81,321			
10	,570	3,565	84,886			
11	,534	3,337	88,224			
12	,513	3,207	91,431			
13	,481	3,005	94,435			
14	,354	2,210	96,645			
15	,316	1,972	98,618			
16	,221	1,382	100,000			

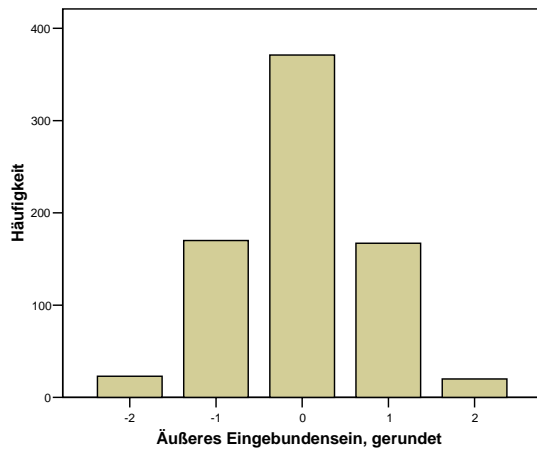
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Komponentendiagramm im rotierten Raum

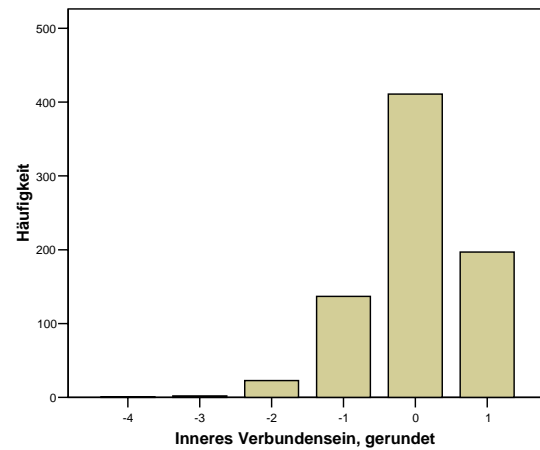


Anhang 9: Häufigkeitsverteilungen der z-transformierten und gerundeten Dimensionswerte

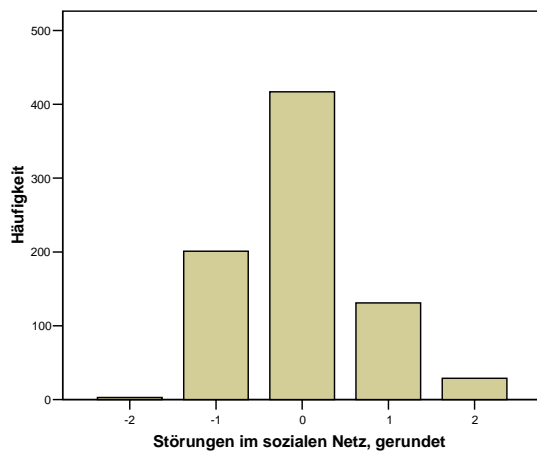
Äußeres Eingebundensein, gerundet



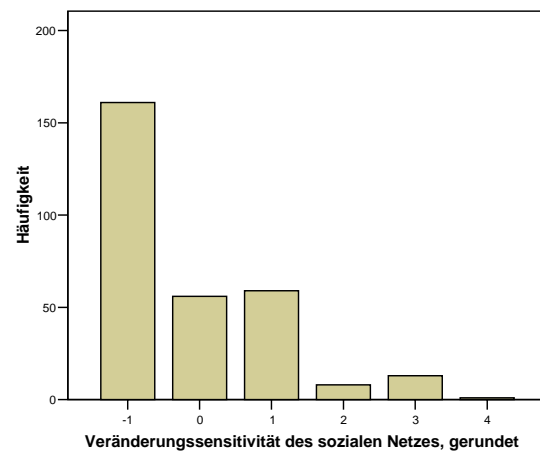
Inneres Verbundensein, gerundet



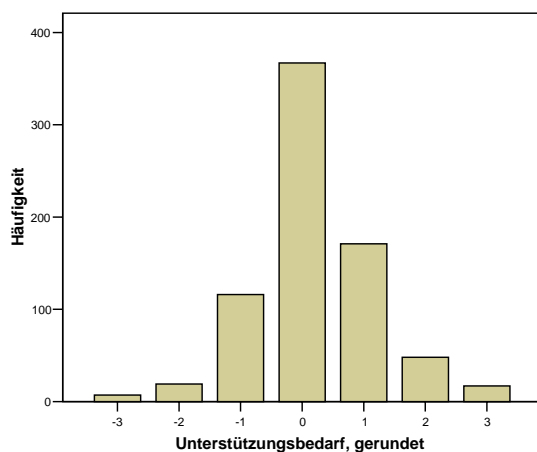
Störungen im sozialen Netz, gerundet



Veränderungssensitivität des sozialen Netzes, gerundet



Unterstützungsbedarf, gerundet



Anhang 10: Zusammenhänge zwischen 5 Dimensionen und Rahmendaten der Stichprobe

	<i>Ge- schlecht</i>	<i>Religions- zugehörig- keit</i>	<i>Alter</i>	<i>Berührungs- dauer mit Sterben/Tod</i>	<i>Personen- gruppe</i>	<i>Institutions- art</i>
<i>Äußeres Einge- bundensein</i>	A: $p < 0,001$; D: $T = -4,972$, $p < 0,001$	B: Chi- Quadrat = 6,087, $p = 0,048$; E: $F = 3,506$, $p = 0,031$			B-Test: Chi- Quadrat = 15,959, $p = 0,014$; E: $F = 2,911$, $p = 0,008$; BFT: Statistik = 3,242, $p = 0,004$	B-Test: Chi- Quadrat = 28,517, $p < 0,001$; E: $F = 6,023$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = 5,762, $p < 0,001$
<i>Inneres Verbunden- sein</i>	A: $p = 0,013$; D: $T = 3,185$, $p = 0,002$	B-Test: Chi- Quadrat = 11,092, $p = 0,004$; E: $F = 7,870$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = 7,421, $p = 0,001$	E: $F = 1,332$, $p = 0,011$		B-Test: Chi- Quadrat = 30,899, $p < 0,001$; E: $F = 6,000$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = 7,084, $p < 0,001$	
<i>Störungen im sozialen Netz</i>		E: $F = 3,023$, $p = 0,049$	E: $F = 1,737$, $p = 0,001$	E: $F = 1,291$, $p = 0,027$	B-Test: Chi- Quadrat = 36,869, $p < 0,001$; E: $F = 5,807$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = 5,887, $p < 0,001$	B-Test: Chi- Quadrat = 16,851, $p = 0,005$; E: $F = 2,983$, $p = 0,011$; BFT: Statistik = 3,099, $p = 0,009$
<i>Veränderun- gs-sensitivi- tät des sozialen Netzes</i>	D: $T = -2,246$, $p = 0,026$		E: $F = 1,915$, $p = 0,028$			
<i>Unterstützun- gs-bedarf</i>			E: $F = 8,303$, $p < 0,001$; BFT: Statistik = 6,025, $p < 0,001$	E: $F = 2,286$, $p = 0,034$; BFT: Statistik = 2,838, $p = 0,012$		

Erläuterung der Indices:

A: Kolmogorov-Smirnov-Z-Test

B: Kruskal-Wallis-Test

C: Mann-Whitney-U-Test

D: T-Test

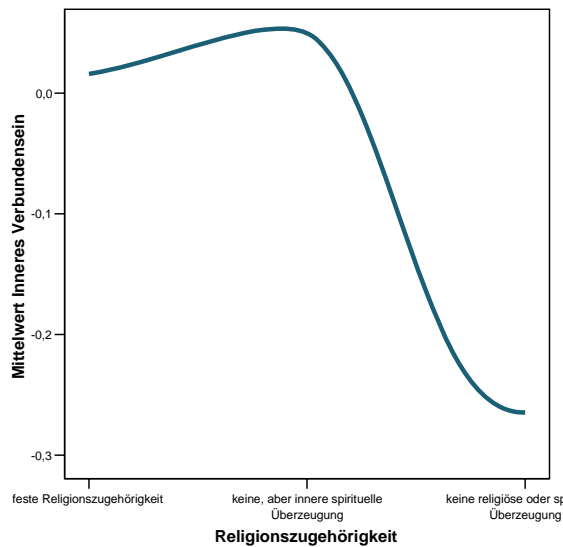
E: ONEWAY-Anova (ggf. mit BFT: Brown-Forsythe-Test)

F: Rangkorrelation nach Spearman

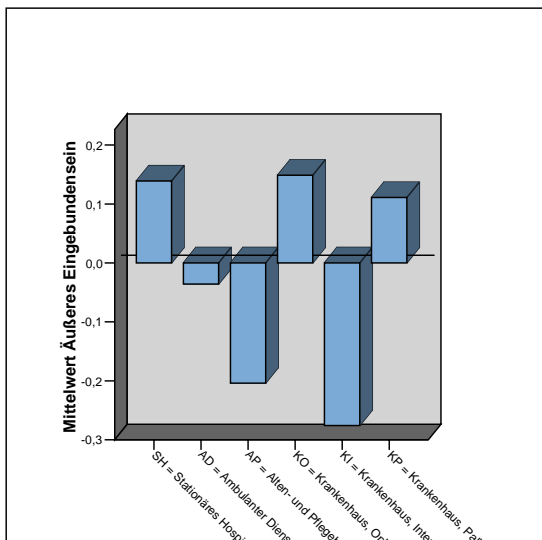
Kurze Erläuterung der relevanten Zusammenhänge zwischen den gebildeten Dimensionen und den Rahmendaten der Stichprobe:

Die Verbindung zu den demographischen Rahmendaten der Stichprobe ist erwartungsgemäß geringer als bei den Einzelwerten, da keine Operationalisierung der gebildeten Dimensionswerte im Hinblick auf Fragebogenskalen vorliegt. Um ein Instrument zur Testung der fünf gefunden Dimensionen an verschiedenen Stichproben zu erhalten, müssten dazu die Schritte der Fragebogenkonstruktion durchlaufen werden.

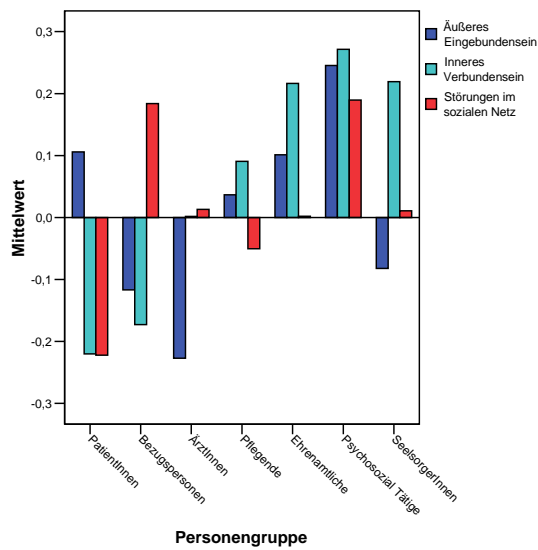
Es zeigen sich generell die für die Einzelkennwerte geschilderten Zusammenhänge auch in geringerer Ausprägung für die gebildeten Dimensionen. Die aussagekräftigsten Zusammenhänge sind dabei die folgenden:



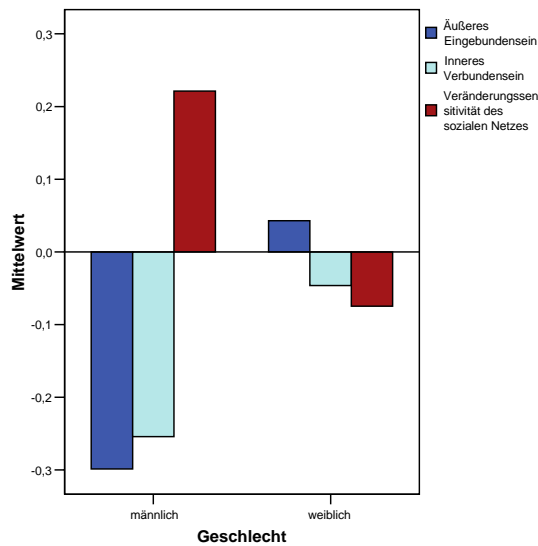
Drei der fünf gebildeten Dimensionen zeigen eine Verbindung zur Religionszugehörigkeit des Befragten: Schwach ist der Zusammenhang zwischen Äußerem Eingebundensein und Religionszugehörigkeit sowie zwischen Störungen im sozialen Netz und Religionszugehörigkeit. Ein starker Zusammenhang besteht zwischen Religionszugehörigkeit und Innerem Verbundensein: So zeigen Menschen, die keine religiöse oder spirituelle Überzeugung angeben, signifikant geringere Werte im „Inneren Verbundensein“ als alle anderen Befragten.



Gering sind die Zusammenhänge der sozialen Dimensionen zur Institutionszugehörigkeit des Befragten: Es besteht ein schwacher Zusammenhang zwischen Störungen im sozialen Netz und Institutionsart. Ein stärkerer Zusammenhang zeigt sich zum Äußeren Eingebundensein: Befragte aus intensivmedizinischen Stationen sowie Alten- und Pflegeheimen geben signifikant geringere Werte im Äußeren Eingebundensein an als Befragte aus Palliativstationen, onkologischen Stationen sowie stationären Hospizen.



Aussagekräftiger sind die Zusammenhänge zwischen den sozialen Dimensionen und der Personengruppe, der die Befragten angehören. Hier zeigen sich hoch signifikante Beziehungen zum Äußeren Eingebundensein sowie höchst signifikante Beziehungen zum Inneren Verbundensein und zu den Störungen im sozialen Netz. So äußern die befragten ÄrztInnen das von allen Personengruppen signifikant geringste Äußere Eingebundensein, während Psychosozial Tätige in diese sozialen Dimension die höchsten Werte angeben. Beim Inneren Verbundensein geben die befragten PatientInnen von allen Befragten die signifikant geringsten Werte an, während die höchsten Werte von Seelsorgenden, Freiwillig Helfenden und Psychosozial Tätigen erreicht werden. In den angegebenen Störungen im sozialen Netz geben die PatientInnen die geringsten Werte an, während Bezugspersonen und Psychosozial Tätige die höchsten Störungswerte erzielen.



Schließlich liegt bei einigen Dimensionen sozialer Einbindung noch ein geschlechtsdifferenzierender Effekt vor. So weisen die weiblichen Befragten der Stichprobe signifikant höhere Werte im Äußeren Eingebundensein und im Inneren Verbundensein auf als die männlichen. Männliche Befragte hingegen erzielen signifikant höhere Werte in der Veränderungssensitivität des sozialen Netzes.

Anhang 11: Varianzanalytische und kovarianzanalytische (demographische Rahmendaten kontrolliert) Beziehungen zwischen den fünf Dimensionen und den Outcome-Variablen

	Äußeres Eingebundensein	Inneres Verbundensein	Störungen im sozialen Netz	Veränderungssensitivität des Netzes	Unterstützungsbedarf
Generelles Wohlbefinden	F = 1,616; p = 0,170	F = 24,152; p < 0,001 *	F = 5,241; p < 0,001	F = 0,637; p = 0,637	F = 1,020; p = 0,412
	F = 2,615; p = 0,035 *	F = 25,632; p < 0,001 *	F = 6,163; p < 0,001 *	F = 0,246; p = 0,912	F = 1,064; p = 0,383
Momentanes Wohlbefinden	F = 1,713; p = 0,146	F = 16,587; p < 0,001 *	F = 7,701; p < 0,001	F = 0,730; p = 0,573	F = 0,741; p = 0,617
	F = 2,139; p = 0,075	F = 21,734; p < 0,001 *	F = 8,477; p < 0,001 *	F = 1,335; p = 0,259	F = 0,536; p = 0,760
Anzahl der Belastungsquellen	F = 2,167; p = 0,072	F = 3,757; p = 0,011	F = 17,043; p < 0,001	F = 0,808; p = 0,522	F = 0,502; p = 0,807
	F = 1,831; p = 0,122	F = 4,195; p = 0,006	F = 19,194; p < 0,001	F = 2,909; p = 0,023	F = 0,181; p = 0,982
Belastungs- ausmaß	F = 0,653; p = 0,625	F = 10,639; p < 0,001	F = 30,940; p < 0,001 *	F = 0,353; p = 0,842	F = 0,474; p = 0,828
	F = 0,719; p = 0,579	F = 13,227; p < 0,001 *	F = 38,828; p < 0,001	F = 1,538; p = 0,193	F = 0,647; p = 0,693
Emotionale Erschöpfung	F = 0,476; p = 0,754	F = 7,980; p < 0,001	F = 3,990; p = 0,004	F = 0,896; p = 0,468	F = 0,886; p = 0,505
	F = 0,537; p = 0,709	F = 11,744; p < 0,001	F = 3,814; p = 0,005	F = 1,895; p = 0,113	F = 0,973; p = 0,443
Intrinsische Motivierung	F = 1,463; p = 0,213	F = 8,550; p < 0,001	F = 3,342; p = 0,011	F = 0,859; p = 0,490	F = 1,550; p = 0,161
	F = 3,069; p = 0,016	F = 14,293; p < 0,001	F = 3,250; p = 0,012	F = 2,839; p = 0,026	F = 1,943; p = 0,073 *
Erlebte Unzufriedenheit	F = 0,781; p = 0,538	F = 12,039; p < 0,001	F = 4,763; p = 0,001	F = 0,110; p = 0,979	F = 0,346; p = 0,912
	F = 2,294; p = 0,059	F = 17,332; p < 0,001	F = 4,890; p = 0,001	F = 1,509; p = 0,201	F = 1,152; p = 0,331
Klienten- aversion	F = 2,164; p = 0,073	F = 4,311; p = 0,005	F = 2,112; p = 0,079	F = 1,633; p = 0,169	F = 1,299; p = 0,257
	F = 3,851; p = 0,004	F = 4,634; p = 0,003	F = 2,282; p = 0,060	F = 1,303; p = 0,271	F = 2,017; p = 0,062
Reaktives Abschirmen	F = 0,347; p = 0,846	F = 3,369; p = 0,019	F = 0,519; p = 0,722	F = 0,228; p = 0,922	F = 0,242; p = 0,962
	F = 0,954; p = 0,433	F = 5,046; p = 0,002	F = 0,511; p = 0,728	F = 0,561; p = 0,691	F = 0,474; p = 0,827
Multivariate Teststatistik (Pillai-Spur)	0,257	0,000	0,000	0,784	0,626
	0,031	0,000	0,000	0,171	0,448

Erläuterung:

obere Zeile: multivariate Varianzanalyse

untere Zeile: multivariate einfaktorielle Kovarianzanalyse

*: Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen nicht erfüllt (p < 0,010)

Anhang 12: Operationalisierung, Interkorrelationen und Häufigkeitsverteilungen der Persönlichkeitsmaße

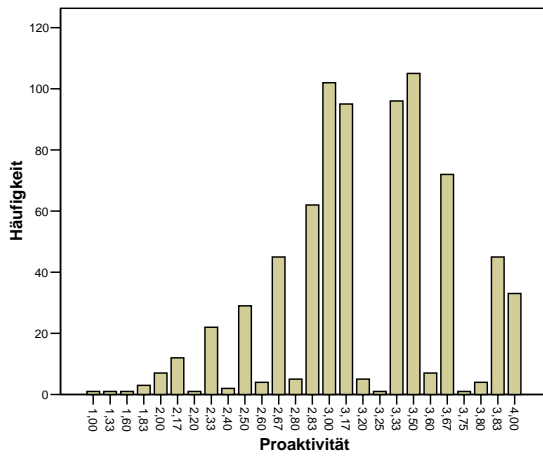
Name des Einzelkennwerts	Quelle des Einzelkennwerts	Bildung des Kennwerts
Proaktivität	Skalenwert aus „Fragebogen zur Proaktiven Einstellung“	$SUM(pe01, pe02pol, pe03, pe04pol, pe05, pe06pol) / (6 - NMISSE(pe01, pe02pol, pe03, pe04pol, pe05, pe06pol))$
Selbstwirksamkeit	Skalenwert aus „Fragebogen zur Selbstwirksamkeit“	$SUM(pe07, pe08, pe09, pe10) / (4 - NMISSE(pe07, pe08, pe09, pe10))$
Transpersonales Vertrauen	Skalenwert aus TPV	$SUM(pe18, pe19, pe20, pe21) / 4 - NMISSE(pe18, pe19, pe20, pe21)$
Internale Kontrollüberzeugung	Markeritem aus FKK	pe11
Sozial bedingte Kontrollüberzeugung	Markeritem aus FKK	pe12
Fatalistisch bedingte Kontrollüberzeugung	Markeritem aus FKK	pe13

	Proaktivität	Selbstwirksamkeit	Transpersonales Vertrauen	Internale Kontrollüberzeugung	Sozial bedingte Externalität	Fatalistisch bedingte Externalität
Proaktivität	1,000	,299(**)	,145(**)	,370(**)	-,379(**)	-,181(**)
Selbstwirksamkeit		1,000	,085(*)	,349(**)	-,176(**)	-,029
Transpersonales Vertrauen			1,000	,017	,004	-,029
Internale Kontrollüberzeugung				1,000	-,227(**)	-,051
Sozial bedingte Externalität					1,000	,160(**)
Fatalistisch bedingte Externalität						1,000

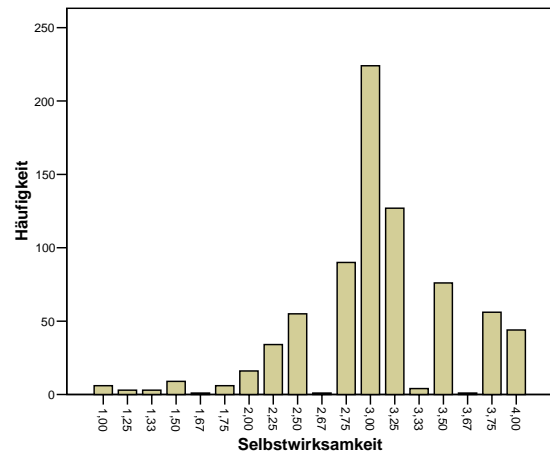
** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

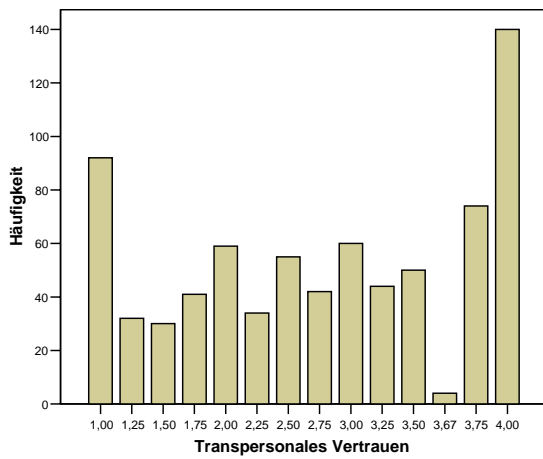
Proaktivität



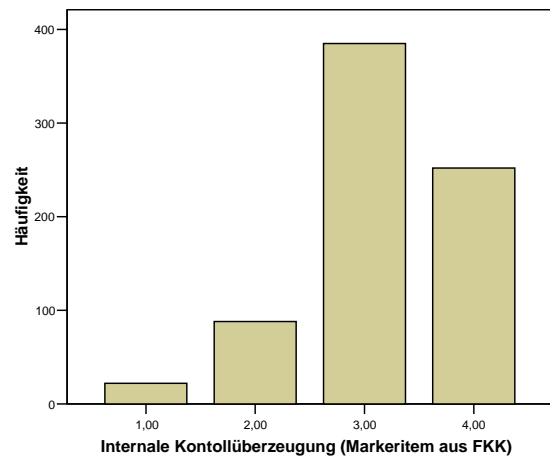
Selbstwirksamkeit



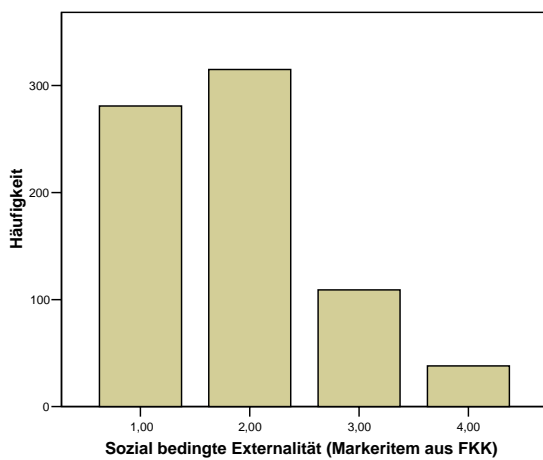
Transpersonales Vertrauen



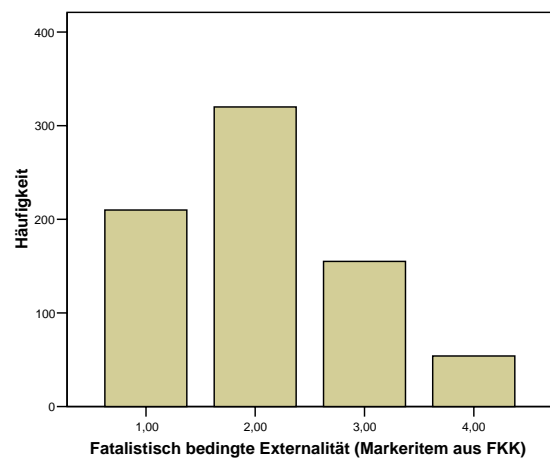
Internale Kontrollüberzeugung (Markeritem aus FKK)



Sozial bedingte Externalität (Markeritem aus FKK)



Fatalistisch bedingte Externalität (Markeritem aus FKK)



Anhang 13: Partielle Korrelationen zwischen den sozialen Ressourcen und der Dimensionen und den Persönlichkeitseigenschaften (demographische Rahmendaten und Outcome kontrolliert)

		<i>Pro-aktivität</i>	<i>Selbst-wirksam-keit</i>	<i>Transper-sonales Vertrauen</i>	<i>Internale Kontroll-überzeugung</i>	<i>Sozial bedingte Externa-lität</i>	<i>Fatali-stisch bed. Ex-ternalität</i>
<i>Wahrgenommene Unterstützung</i>	Korr. ,393 Sign. ,011	,090 ,576	,150 ,350	,234 ,142	-,171 ,285	,136 ,398	
<i>Bedürfnis nach Unterstützung</i>	Korr. -,021 Sign. ,895	-,081 ,615	,145 ,367	-,109 ,498	,112 ,485	,149 ,352	
<i>Suche nach Unterstützung</i>	Korr. ,292 Sign. ,064	-,147 ,359	-,083 ,608	,003 ,987	-,009 ,958	,207 ,194	
<i>informationale Unterstützung</i>	Korr. -,061 Sign. ,705	,108 ,503	-,028 ,863	,011 ,948	,004 ,980	-,086 ,591	
<i>instrumentelle Unterstützung</i>	Korr. -,049 Sign. ,761	,223 ,161	,018 ,910	,129 ,420	,117 ,467	-,241 ,128	
<i>motivationale Unterstützung</i>	Korr. -,278 Sign. ,078	,036 ,825	-,059 ,713	,104 ,519	,172 ,282	-,017 ,914	
<i>emotionale Unterstützung</i>	Korr. ,099 Sign. ,540	,325 ,038	-,146 ,361	,268 ,090	,180 ,259	,013 ,937	
<i>gegebene Unterstützung</i>	Korr. ,128 Sign. ,425	,309 ,050	-,132 ,410	,029 ,857	-,122 ,446	-,175 ,273	
<i>Soziale Resonanz</i>	Korr. ,077 Sign. ,633	,121 ,450	,066 ,680	,016 ,920	,048 ,764	-,395 ,011	
<i>Netzgröße</i>	Korr. -,217 Sign. ,174	-,224 ,158	,201 ,208	,048 ,768	,078 ,628	-,020 ,903	
<i>Netzstärke</i>	Korr. ,034 Sign. ,834	,074 ,645	,065 ,688	,066 ,683	-,047 ,772	,121 ,450	
<i>Zufriedenheits-index</i>	Korr. ,020 Sign. ,900	-,268 ,090	-,148 ,357	-,262 ,099	,004 ,980	-,347 ,026	
<i>Problemindex</i>	Korr. -,119 Sign. ,459	,173 ,280	-,117 ,468	,053 ,742	-,265 ,094	,096 ,548	
<i>Änderungsdruck</i>	Korr. -,241 Sign. ,129	,072 ,653	-,009 ,958	-,157 ,326	,222 ,163	-,041 ,799	
<i>Konstruktivität des engen Netzes</i>	Korr. ,170 Sign. ,289	-,271 ,087	,168 ,293	,051 ,751	,059 ,713	-,115 ,473	
<i>Destruktivität des engen Netzes</i>	Korr. ,039 Sign. ,808	-,142 ,377	-,014 ,929	,072 ,656	,285 ,071	-,106 ,510	
<i>Äußeres Eingebundensein</i>	Korr. ,097 Sign. ,252	,151 ,075	,260 ,002	,138 ,105	-,100 ,240	-,132 ,119	
<i>Inneres Verbundensein</i>	Korr. ,303 Sign. ,000	,032 ,704	,230 ,006	,103 ,226	-,159 ,061	-,195 ,021	
<i>Störungen im sozialen Netz</i>	Korr. ,014 Sign. ,869	-,088 ,299	,090 ,290	,073 ,393	,071 ,403	,025 ,773	
<i>Veränderungs-sensitivität des sozialen Netzes</i>	Korr. ,065 Sign. ,449	-,293 ,000	,015 ,859	-,017 ,845	,099 ,244	-,018 ,837	
<i>Unterstützungs-bedarf</i>	Korr. ,072 Sign. ,399	,023 ,789	,031 ,718	,136 ,110	-,028 ,741	,082 ,334	

Anhang 14: Erklärte Gesamtvarianz und routierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse von personalen und sozialen Ressourcen

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,625	21,022	21,022	3,862	17,556	17,556
2	2,454	11,153	32,175	2,176	9,889	27,445
3	1,573	7,151	39,326	1,951	8,868	36,313
4	1,335	6,070	45,395	1,558	7,083	43,396
5	1,287	5,852	51,247	1,535	6,975	50,372
6	1,194	5,427	56,674	1,386	6,302	56,674
7	,993	4,512	61,186			
8	,935	4,248	65,435			
9	,866	3,934	69,369			
10	,765	3,479	72,847			
11	,733	3,332	76,180			
12	,715	3,252	79,432			
13	,612	2,781	82,212			
14	,587	2,670	84,883			
15	,549	2,496	87,379			
16	,530	2,407	89,786			
17	,502	2,280	92,065			
18	,492	2,237	94,303			
19	,413	1,877	96,180			
20	,335	1,524	97,703			
21	,290	1,316	99,020			
22	,216	,980	100,000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotierte Komponentenmatrix ^a

	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
motivationale Unterstützung (aus SSI)	,878	-,008	,106	-,045	,032	,065
emotionale Unterstützung (aus SSI)	,850	,102	,106	-,045	-,018	-,033
instrumentelle Unterstützung (aus SSI)	,834	,013	,029	-,088	,090	,016
informationale Unterstützung (aus SSI)	,773	-,117	,058	,007	,032	,052
gegebene Unterstützung (aus SSI)	,675	,076	,168	,187	-,158	-,114
Netzstärke aus SSI	,607	,212	,245	-,203	,031	-,060
Soziale Resonanz	,110	,350	,608	-,103	-,043	-,213
Zufriedenheitsindex aus FEG	,151	,049	,574	-,164	,269	-,127
Wahrgenommene Unterstützung (aus BSSS)	,297	,254	,534	-,239	,109	-,021
Suche nach Unterstützung (aus BSSS)	,282	,289	,388	,038	,039	,094
Problemindex aus FEG	,011	-,174	-,040	,690	,174	,144
Netzgröße aus SSI	-,102	-,176	,507	,494	-,076	-,040
Änderungsdruck aus FEG	-,059	,055	-,235	,776	,054	-,047
Destruktivität des engen Netzes	-,040	-,103	-,055	,094	,810	,018
Konstruktivität des engen Netzes	,065	,020	,060	,076	,786	-,009
Bedürfnis nach Unterstützung (aus BSSS)	,039	,215	,156	,117	,002	,647
Proaktivität	,055	,668	,202	-,120	-,042	-,258
Selbstwirksamkeit	,044	,688	,060	-,081	-,068	,161
Transpersonales Vertrauen	,141	-,049	,533	-,007	-,257	,141
Internale Kontrollüberzeugung (Markeritem aus FKK)	,000	,785	,015	-,009	,039	,013
Sozial bedingte Externalität (Markeritem aus FKK)	-,009	-,407	-,064	,017	,131	,520
Fatalistisch bedingte Externalität (Markeritem aus FKK)	-,038	-,053	-,150	-,042	-,076	,681

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich meine Dissertationsschrift mit dem Titel

„Soziale Ressourcen in der Begegnung mit Sterben und Tod“

selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die Dissertationsschrift wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt.

Oldenburg, den 22. November 2006

Gerlinde Geiss