DIPLOMA HOCHSCHULE
Private Fachhochschule Nordhessen

Studiengang: Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychologisches Empowerment

MASTER-THESIS

# Eine qualitative Untersuchung der Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen des ambulanten Hospizvereins [redacted]

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grads
Master of Science (M. Sc.)

Fachbereich Psychologie
Betreuerin Dipl. Psych. Silvia Gurdan

| | |
|---|---|
| Verfasserin | Saskia Schleibaum |
| Matrikelnummer | [redacted] |
| | Zentrum für Online-Lehre |
| Bearbeitungszeit | 24 Wochen |
| Abgabe am | 14. Juli 2022 |

**Abstrakt**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Risiko- und Schutzfaktoren der Resilienz, die bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen wirksam werden, abzubilden. Zur Gewinnung dieser Resilienzfaktoren im gewünschten Forschungsfeld wird eine Untersuchung anhand qualitativer Interviews im ambulanten Hospizverein [redacted] durchgeführt. Der Leitfaden für die Interviews mit zehn ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen und ihren zwei Gruppenleiter*innen basiert auf einer vorherigen Literaturrecherche zu Faktoren der Resilienz in den Bereichen Hospiz und Ehrenamt. Die Interviews werden mit der fokussierten Interviewanalyse untersucht, sodass Risiko- und Schutzfaktoren der Resilienz identifiziert werden.

Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen stellen einen wichtigen Teil in der Hospizarbeit dar, gleichzeitig kommt ihnen wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit zuteil, sodass unklar ist, welche Faktoren der Tätigkeit belastend auf sie wirken und welche schützenden Faktoren bestehen, um diese ausgleichen zu können. In der Arbeit werden Resilienzfaktoren der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen erkennbar, die ebenfalls bei Hospizpfleger*innen auftreten, wie fehlende Inanspruchnahme von Hilfe und die Covid-19-Pandemie, die zu Belastungen führen sowie Faktoren, die schützend wirken wie der kollegiale Austausch. Zudem treten bei den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zusätzliche Faktoren mit schützender Funktion auf wie die Motivation zur Tätigkeit. Im Gegensatz zu den pflegerischen Hospizmitarbeiter*innen führen Probleme von Teammitgliedern und die Häufung von Todesfällen bei den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zu keiner erhöhten Belastung.

Aus den Erkenntnissen der Resilienzfaktoren in der ehrenamtlichen Sterbebegleitung werden Ansätze erarbeitet, die zukünftig genutzt werden können, um Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zu entwickeln. Als erfolgsversprechende Ansätze zeigen sich Supervisionen im Einzel- und Gruppensetting sowie Fort- und Weiterbildungen mit Übungen zum Aufbau von schützenden und zum Abbau von risikoreichen Faktoren.

Schlagworte: Resilienz, ehrenamtliche Sterbebegleitung, ambulante Hospizarbeit, Resilienzförderung, Schutzfaktoren, Risikofaktoren

**Inhaltsverzeichnis**

Abbildungsverzeichnis ..... V

Tabellenverzeichnis ..... V

Abkürzungsverzeichnis ..... VI

1 Einleitung ..... 1

2 Grundlagen der Resilienz in der ehrenamtlichen Sterbebegleitung ..... 3

2.1 Resilienz ..... 3

2.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren ..... 5

2.1.2 Modelle der Gesundheitsentstehung ..... 6

2.2 Ehrenamt in der Hospizarbeit ..... 8

2.3 Ambulanter Hospizverein [redacted] ..... 12

2.3.1 Vereinsarbeit ..... 12

2.3.2 Ausbildung ..... 13

2.3.3 Begleitungen ..... 14

2.4 Resilienzfaktoren in der Hospizarbeit ..... 15

3 Forschungsfragen und Hypothesen ..... 22

4 Methodik ..... 25

4.1 Projektprozess ..... 25

4.2 Stichprobengewinnung ..... 27

4.3 Leitfadeninterview und Datenerhebung ..... 29

4.4 Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten ..... 31

5 Ergebnisdarstellung ..... 33

5.1 Stichprobenbeschreibung ..... 34

5.2 Risikofaktoren ..... 35

5.3 Schutzfaktoren ..... 42

6 Diskussion ..... 54

6.1 Resilienzfaktoren von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen ..... 55
6.2 Resilienzförderung von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen ..... 71
6.3 Limitationen ..... 79
6.4 Ausblick ..... 80
7 Zusammenfassung ..... 81
Literaturverzeichnis ..... 82
Anhang ..... 98
Eidesstattliche Erklärung ..... 115

**Abbildungsverzeichnis**

*Abbildung 1*: Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Engel, 1977) ..... 7
*Abbildung 2*: Psychologische Risikofaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung) ..... 58
*Abbildung 3*: Psychosoziale Risikofaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung) ..... 60
*Abbildung 4*: Schwierige Erlebnisse im Ehrenamt (eigene Darstellung) ..... 63
*Abbildung 5*: Soziale Risikofaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung) ..... 65
*Abbildung 6*: Psychologische Schutzfaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung) ..... 67
*Abbildung 7*: Psychosoziale Schutzfaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung) ..... 69
*Abbildung 8*: Soziale Schutzfaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung) ..... 71
*Abbildung 9*: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit ..... 71
*Abbildung 10*: Bestandteile zukünftiger persönlicher und organisatorischer Maßnahmen zur Resilienzförderung bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung) ..... 72

**Tabellenverzeichnis**

*Tabelle 1*: Kennzeichnung der Interviewaussagen ..... 31
*Tabelle 2*: Vertrauensperson nach Häufigkeiten benannt ..... 46

**Abkürzungsverzeichnis**

| | |
|---|---|
| BGM | Bundesgesundheitsministerium |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| DGP | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin |
| DHPV | Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. |
| HPG | Hospiz- und Palliativgesetz |
| [redacted] | Ambulanter Hospizverein [redacted] |
| MAXQDA | Softwareprogramm für qualitative und Mixed-Methods-Datenanalyse |
| NCBI | National Center for Biotechnology Information, Nationales Zentrum für Biotechnologieinformation |
| PubMed | Medizinische Meta-Datenbank für Publikationen der nationalen medizinischen Bibliothek der Vereinigten Staaten |
| PubPsych | Suchportal für psychologische Publikationen |
| SAPV | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung |
| WHO | Worlds Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation |
| WHPCA | Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, internationaler Zusammenschluss zur Hospiz- und Palliativversorgung |
| ZPID | Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation |

# 1 Einleitung

**Forschungsanlass und Hintergrund der Studie.** Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen stellen einen wichtigen Teil der Hospizarbeit dar, indem sie Personen am Lebensende und deren Angehörige begleiten. Ehrenamtlichkeit kommt bisher zu wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit zuteil, wie eine Studie des deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV, 2018) ergab. Die ehrenamtliche Arbeit stellt allerdings die Grundlage für die Weiterentwicklung der Hospizarbeit dar (DHPV, 2018, S. 2). Die *Hospizbewegung* steht für eine Haltung und offene Kultur im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Personen und deren Umfeld (DHPV, 2018, S. 1). Hospizvereine wie der Hospizverein [redacted]) haben zum Ziel die Kultur von Trauern, Sterben und Abschiednehmen im alltäglichen Leben zu fördern und weiterzuentwickeln ([redacted] 2022, o. S.). Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Erkrankten und Angehörigen bilden seit dem Start der Hospizbewegung im Jahr 1949 durch die Pionierin Saunders den Mittelpunkt dieser palliativen Versorgung (Frank, 2021, S. 12). Diese ermöglicht in ambulanten und stationären Hospizen würdevolle Begleitungen für Sterbende und deren Angehörige ([redacted] 2022, o. S.). Die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen sind durchschnittlich zwischen 50 und 70 Jahren alt (DHPV, 2018, S. 3), sodass bei der Betrachtung von Anforderungen und Herausforderungen Aspekte der Gerontopsychologie zu beachten sind. Die Gerontopsychologie befasst sich mit altersbezogenen Änderungen der menschlichen Psyche, wobei die Frage nach den Bedingungen des erfolgreichen Alterns im Vordergrund steht (Martin & Kliegel, 2014, S. 11). Erfolgreiches Altern beinhaltet die Erhaltung von Lebensqualität und psychischer Gesundheit über die Lebensspanne hinweg (Thiele, 2000, S. 56). Resilienz als psychische Widerstandskraft entwickelt sich über den gesamten Lebensverlauf weiter (Angevaare et al., 2020, S. 7; Windle, 2011, S. 1), die Erhaltung der Resilienz erfordert stetige innere Arbeit der betroffenen Person (Michel, 2022, S. 83). Personen mit ausgeprägter Resilienz können Belastungen eher ausgleichen, sodass sie längerfristige psychische und physische Beeinträchtigung eher verhindern können als Personen mit weniger ausgeprägter Resilienz. Jede Person ist verschiedenen Resilienzfaktoren ausgesetzt, wobei protektive Strategien und Gegebenheiten als Schutzfaktoren fungieren und Faktoren, die negativ auf die Resilienz wirken die Risikofaktoren bilden (Müller et al., 2009, S. 600).

**Problem.** In der steigenden Studienzahl im Bereich der Resilienzforschung wird keine einheitliche Definition von Resilienz verwendet, sodass die Anzahl der Forschungsarbeiten, die sich mit Resilienz als psychische Widerstandkraft beschäftigen derzeit gering ist (Windle, 2011, S. 15). Im Tätigkeitsfeld der Hospizarbeit kommen zu den Risiko- und Schutzfaktoren, denen die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt ist, weitere Faktoren für die Mitarbeiter*innen hinzu (Kränzle & Weihrauch, 2018, S. 6). Resilienzforschungen in der Hospizarbeit umfassen derzeit zum Großteil Faktoren, die den Risiko- und Schutzfaktoren der Resilienz einerseits von Palliativpfleger*innen zuzuordnen sind (Garcia et al. 2021; Müller et al., 2009, Ablett & Jones, 2006) und andererseits Angehörigen von Sterbenden (Donnellan et al., 2014; Haagen & Möller, 2013). Zu der Frage, inwieweit die darin genannten Risiko- und Schutzfaktoren der Resilienz auf ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen zutreffen, bestehen derzeitig keine flächendeckenden Untersuchungen, sodass wissenschaftlich fundierte Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen fehlen.

**Ziel.** In dieser Forschungsarbeit wird eine qualitative Interviewstudie in einem Hospizverein durchgeführt, um Resilienzfaktoren der dortigen Sterbebegleiter*innen erfassen und mithilfe vorhandener Studien aus den Sektoren Hospizarbeit und Resilienz aufbereiten zu können. Mit der vorliegenden Arbeit wird das Ziel verfolgt, Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit zu erfassen und Ansätze persönlicher und organisatorischer Maßnahmen zur Stärkung der Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zu erarbeiten. In dieser Arbeit wird *Resilienz* als psychische Widerstandskraft verstanden. Diese Definition entspricht bestehender Fachliteratur (Angevaare et al., 2020, S. 7; Margraf & Schneider, 2019, S. 27; Windle, 2011, S. 1).

**Aufbau der Arbeit.** Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel: In diesem *Kapitel 1* wurden Forschungsanlass und Hintergrund der Studie dargestellt, woran das derzeitige Problem und das Ziel dieser Arbeit aufgezeigt wurden. In *Kapitel 2* werden die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit erläutert, in Abschnitt 2.1 wird der Begriff Resilienz betrachtet. Darauf folgen in Abschnitt 2.2 Ausführungen zum Ehrenamt in der Hospizarbeit und in Abschnitt 2.3 die Betrachtung eines konkreten Hospizvereins, worauf aufbauend in Abschnitt 2.4 Resilienzfaktoren in der Hospizarbeit aus bestehenden Studien erarbeitet

werden. In *Kapitel 3* werden die Forschungsfragen und Hypothesen erarbeitet, die sich aus der bestehenden Datenlage ergeben. In *Kapitel 4* wird die angewendete Methodik erläutert. Diese umfasst in Abschnitt 4.1 die Beschreibungen des Projektprozesses. In Abschnitt 4.2 folgt die Beschreibung der Stichprobengewinnung, worauf in Abschnitt 4.3 Leitfadeninterview und Datenerhebung sowie in Abschnitt 4.4 die Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten anschließen. Im anschließenden *Kapitel 5* werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebung dargestellt, beginnend mit dem Abschnitt 5.1 der Entwicklung des untersuchten Hospizvereins. Darauf folgen die Darstellung der ermittelten Resilienzfaktoren mit Abschnitt 5.2 als Risikofaktoren und in Abschnitt 5.3 die Schutzfaktoren. Darauffolgend werden in *Kapitel 6* die Ergebnisse diskutiert, wobei in Abschnitt 6.1 Resilienzfaktoren von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen im ambulanten Setting und in Abschnitt 6.2 Maßnahmen zur Resilienzförderung der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen fokussiert werden. In Abschnitt 6.3 werden Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt, woran in Abschnitt 6.4 ein Ausblick auf zukünftige Arbeiten folgt. Die Ausführungen schließen in *Kapitel 7* mit einer Zusammenfassung der Arbeit.

# 2 Grundlagen der Resilienz in der ehrenamtlichen Sterbebegleitung

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen dieser Arbeit erläutert. In Abschnitt 2.1 wird der Begriff Resilienz erarbeitet, wobei in Unterabschnitt 2.1.1 die Resilienzfaktoren in Risiko- und Schutzfaktoren unterteilt und in Unterabschnitt 2.1.2 Modelle der Resilienz erläutert werden. In Abschnitt 2.2 folgt die Beschreibung der ehrenamtlichen Hospizarbeit, in Abschnitt 2.3 wird die ehrenamtliche Tätigkeit in einem konkreten Hospizverein aufgezeigt, die Unterabschnitte umfassen: 2.3.1 die Beschreibung der Vereinsarbeit; 2.3.2 Grundlagen der Ausbildung in der ehrenamtlichen Sterbebegleitung; 2.3.3 Ablauf von hospizlichen Begleitungen. Schließlich werden in Abschnitt 2.4 die Resilienzfaktoren in der Hospizarbeit anhand bestehender Studien erarbeitet.

## 2.1 Resilienz

Resilienz bezeichnet die Widerstandskraft als Fähigkeit einer Person oder einer Organisation sich auf bedrohliche Ereignisse vorzubereiten, sie zu bewältigen und daraus zu lernen, beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2020, S. 1). Im Idealfall bedeutet Resilienz eine positive, widerstandsstärkende Weiterentwicklung (WHO, 2020, S. 2). Diese Definition von Resilienz wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung (BZgA) erweitert in psychische Widerstandsfähigkeit, bei der die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse im Fokus steht (BZgA, 2016, S. 1). Ergänzend hierzu beschreibt Windle (2011) Resilienz als Prozess des Aushandelns, Bewältigens und Anpassens des Individuums an widrige Umstände. Die Resilienz einer Person wird von verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst. Diese Faktoren können sowohl in der Person selbst bestehen oder von außen auf diese einwirken. Äußere Faktoren wirken beispielsweise aus dem unmittelbaren Umfeld der betroffenen Person wie aus der Familie. Innere Faktoren bestehen in der Person selbst, wie das Temperament und genetische Voraussetzungen (Windle, 2011, S. 1). Die Resilienz einer Person entwickelt sich über den gesamten Lebensverlauf (Angevaare et al., 2020, S. 7; Schäfer et al., 2020, S. 37; Windle, 2011, S. 1) und die Erhaltung erfordert eine stetige Anpassung an die Bedingungen, denen die betroffene Person ausgesetzt ist (Michel, 2022, S. 83). Die Resilienz einer Person wird umso mehr beansprucht, je schwerwiegender sie die Erlebnisse einschätzt (Myers, 2014, S. 527). In dem derzeitigen Verständnis der dynamischen Entstehung von Krankheit und Gesundheit gewinnt Resilienz zunehmend an Bedeutung (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 9). Seit den 1990er Jahren nimmt die Anzahl an Forschungen über Resilienz stetig zu. Seitdem wird der Begriff anhand verschiedener Definitionen verwendet, sodass es schwierig ist, zugehörige nationale und internationale Forschungen zu vergleichen (BZgA, 2016, S. 4). Der Schwerpunkt der Resilienzforschung basiert auf der Frage, was Personen gesund hält, sodass die gesunderhaltenden Faktoren fokussiert werden. Dieser Fokus kann als Erweiterung der traditionellen medizinischen Betrachtungsweise gesehen werden, in der ursprünglich krankmachende Faktoren im Mittelpunkt standen (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 8). Grundlegend zur Resilienzforschung trug Werner (1989; 2001; 2002; 2004) bei, indem er erstmals risikoreiche und schützende Faktoren identifizierte, die auf die Resilienz einwirken können. Diese Resilienzfaktoren werden Risiko- und Schutzfaktoren genannt (Werner, 1989, S. 158). Die Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz werden im folgenden Abschnitt 2.1.1 definiert. In Abschnitt 2.1.2 werden das biopsychosoziale Modell nach Engel (1977) und das Modell von Soucek et al. (2016) betrachtet. Zur Erklärung der Faktoren der Resilienz benennt die BZgA das allgemeingültige biopsychosoziale Modell nach Engel (1977). Ein Modell, das sich direkt mit der Entstehung von Resilienz beschäftigt, ist das Modell zur Resilienz am Arbeitsplatz nach Soucek et al. (2016). In diesem

Modell wird das Verständnis der Resilienz als psychische Widerstandskraft des Einzelnen erweitert, sodass ebenfalls die Resilienz der Organisation, indem die betroffene Person tätig ist, betrachtet wird. Beide Modelle werden in Abschnitt 2.1.2 erläutert.

### 2.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren

In der Resilienzforschung wurden in den letzten 25 Jahren verschiedene Faktoren identifiziert, die schützend oder belastend auf die Resilienz der Allgemeinbevölkerung wirken können. Diese Faktoren werden als Risiko- und Schutzfaktoren bezeichnet und können in der Person selbst bestehen oder von außen auf sie einwirken (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 10; BZgA, 2016, S. 2; Windle, 2011, S. 1). Einige Faktoren können von der Person selbst nicht oder nur bedingt verändert werden, wie beispielsweise Alter und Geschlecht oder organisatorische Faktoren wie Arbeitsbedingungen (Schäfer et al., 2020, S. 37). Risiko- und Schutzfaktoren können sich wechselseitig beeinflussen und kompensierend wirken, wobei die Zuordnung eines Faktors zu diesen beiden Kategorien nicht immer eindeutig möglich ist (Schäfer et al., 2020, S. 35). Beispielsweise werden Veränderungen im Leben oft als intensiv wahrgenommen und lösen Stress aus, sodass diese den Risikofaktoren zuzuordnen sind. Andererseits können diese Veränderungen als positive Ereignisse Schutzfaktoren darstellen (Myers, 2014, S. 527). Weiterhin können Faktoren zunächst schützend auf die Resilienz wirken und langfristig zu Risikofaktoren werden wie Vermeidung und Verdrängung (BZgA, 2016, S. 3).

**Risikofaktoren.** Unter Risikofaktoren werden Faktoren zusammengefasst, die positive Anpassungserlebnisse von Personen und Organisationen bedrohen (BZgA, 2016, S. 3), sodass diese einer erhöhten Wahrscheinlichkeit ausgesetzt werden, Erkrankungen zu entwickeln (Schäfer et al., 2020, S. 35). Eine nationale Untersuchung von rund 1.000 Erwachsenen ergab, dass eine hohe wahrgenommene Belastung, Fehlen von Optimismus und Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht oder zum hohen Lebensalter zur Verringerung der wahrgenommenen Resilienz führen können (Kunzler et al., 2018, S. 107). Neben der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht nennt Van Kessel (2013) als weitere Risikofaktoren gesundheitliche Probleme, im Ruhestand, in Trauer oder im Sterben sein und das Erleben von Katastrophen (Van Kessel, 2013, S. 123). Bei den Auswirkungen dieser Faktoren auf die Resilienz sind die

erlebte Belastung und die individuellen Bewältigungsstrategien der jeweiligen Person entscheidend (Schäfer et al., 2020, S. 37).

**Schutzfaktoren.** Als Puffer zwischen den auftretenden Risikofaktoren und der Person können Schutzfaktoren wie Optimismus und Selbstwirksamkeit fungieren (Angevaare et al., 2020, S. 8; Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 10). Schutzfaktoren wirken unabhängig vom Vorliegen eines Risikofaktors positiv auf die Resilienz (BZgA, 2016, S. 3) und reduzieren die Wahrscheinlichkeit von Krankheitsausbrüchen (Schäfer et al., 2020, S. 35). Studien zur Resilienz ergaben, dass die Kombination weniger und individuell wirksamer Schutzfaktoren die Auswirkungen überzähliger Risikofaktoren aufwiegen kann (Werner, 2004, S. 492; Waller, 2001, S. 292; Werner & Smith, 2001, S. 141). In Abschnitt 2.4 werden Risiko- und Schutzfaktoren der Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen aufgezeigt.

### 2.1.2 Modelle der Gesundheitsentstehung

In dem biopsychosozialen Modell werden die Entstehung von Resilienz und die Rolle der Resilienzfaktoren erkennbar (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 10). Wie Schutzfaktoren auf die Resilienz im Arbeits- und Organisationsbereich wirken, wird im Modell von Soucek et al. (2016) sichtbar. Daher werden beide Modelle im Folgenden betrachtet.

**Biopsychosoziales Modell.** Das biopsychosoziale Modell nach Engel (1977) basiert auf der Annahme, dass der Gesundheitszustand einer Person von biologischen Komponenten, psychologischen Prozessen und sozialen Bedingungen beeinflusst wird. Diese bio-psycho-sozialen Ebenen stehen miteinander in Beziehung und können schützend oder belastend auf die psychische und physische Gesundheit einer Person wirken (Engel, 1977, S. 133). Zu den biologischen Einflüssen gehören genetische Veranlagungen und Prädispositionen. Die psychologischen Einflüssen beinhalten intrapersonale Faktoren wie erlernte Hilflosigkeit und Handlungs- bzw. Coping-Strategien. Soziale Faktoren umfassen die Umgebung der Person wie Netzwerke und -strukturen sowie die Verpflichtungen, die im Netzwerk an die betroffene Person gestellt werden (Myers, 2014, S. 9). Auf biologischer Ebene werden Geschlecht, Alter und Charaktereigenschaften zu den Risiko- oder Schutzfaktoren zugeordnet (Bronfenbrenner & Morris, 2007, S. 820), die psychologische Ebene umfasst beispielsweise das Stresserleben und Kognitionen, während auf der sozialen Ebene das Beziehungsgefüge und gelebte Wertschätzung bestehen (Wittchen &

Hoyer, 2011, S. 21). Die bio-psycho-sozialen Bereiche überschneiden und bedingen sich gegenseitig. Die Bereiche wirken auf die individuelle Entwicklung von Gesundheit und Krankheit einer Person, wie in der folgenden *Abbildung 1* veranschaulicht wird. Die Gesundheit umfasst dabei die physische und die psychische Gesundheit, die als psychische Widerstandsfähigkeit auch als Resilienz bezeichnet wird:

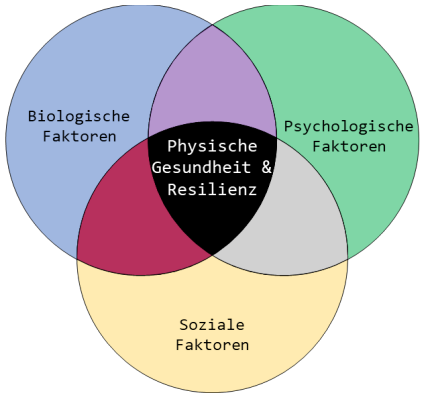


*Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Engel, 1977)*

Die biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bedingen sich gegenseitig, sodass bestehende Dysfunktionalitäten einer Ebene auf die anderen beiden Ebenen wirken. Ebenso kann eine hohe Ausprägungen einer Ebene auf die anderen Ebenen wirken, sodass Gesundheit entstehen kann (Myers, 2014, S. 658). Die Faktoren der drei Ebenen können jederzeit variieren, sodass sich jede*r stetig zwischen Gesundheit und Krankheit bewegt (Engel, 1977, S. 132). Jede Person verfügt zudem über eine individuelle Ausprägung von Strategien zur Bewältigung von Anforderungen auf den Ebenen des biopsychosozialen Modells, sodass verschiedene Personen bei gleichen Anforderungen unterschiedliche Gesundheitszustände zeigen (Engel, 1977, S. 133).

**Resilienz im Arbeitskontext.** Die Unterstützung der Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit ist bei Mitarbeiter*innen und Gruppen in Organisationen zur Bewältigung steigender Arbeitsanforderungen von zentraler Bedeutung, wie Soucek et al. (2016) herausfanden. Daher sind die Beschäftigten auf persönlicher und Team- sowie auf Organisationsebene zu stärken, sodass Risikofaktoren der Resilienz erkannt und abgebaut sowie Schutzfaktoren aufgebaut werden können (Soucek et al., 2016, S. 131). Die Ebene der Organisation umfasst das Arbeitsumfeld, in dem die Individuen und Teams agieren.

Betrachtet werden unter anderem der Handlungsspielraum der Einzelnen und der Teams und deren Identifikation mit dem Leitbild sowie Möglichkeiten, die in der Organisation bestehen zu lernen. Die Resilienz der Organisation umfasst die arbeitsbezogene Ressource, Individuen und Teams bei der Bewältigung von Krisen zu unterstützen. Die Individuen verfügen über persönliche Ressourcen, wie Selbstwirksamkeit, Optimismus und Achtsamkeit. Resilientes Verhalten wird durch die Fähigkeiten positiver Umdeutung, umfassender Planung und fokussierter Umsetzung erkennbar. Auf Teamebene können Ressourcen in einem positiven Teamklima und einer gemeinsamen Vision bestehen. Resilientes Verhalten eines Teams kann sich im Erkennen von Diskrepanzen zwischen Anforderungen und Ressourcen sowie durch flexible Anpassung an diese zeigen. Zwischen den Ebenen Individuum, Team und Organisation sowie zwischen den jeweiligen Ressourcen und Verhaltensweisen können Wechselwirkungen und Wirkzusammenhänge entstehen. Die Betrachtung der Resilienz auf diesen drei Ebenen einer Organisation ermöglicht Probleme und resiliente Verhaltensweisen zu identifizieren sowie Maßnahmen zur Förderung der Resilienz zu entwickeln. Resiliente Organisationen sind daran erkennbar, dass diese die individuelle Resilienz und die der arbeitenden Teams erschließen und systematisch fördern, sodass die Resilienz der Organisation gefördert werden kann (Soucek et al., 2016, S. 132).

### 2.2 Ehrenamt in der Hospizarbeit

Sterbende und ihre Angehörigen haben unmittelbar ab dem Zeitpunkt, an dem sie vom lebensverkürzenden Zustand erfahren, Anspruch auf überkonfessionelle Sterbe- und Trauerbegleitung (WHO, 2002, S. 84). In der Hospizarbeit wird das Ziel verfolgt, sterbenden Personen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende zu ermöglichen. Hospizliche Arbeit kann ambulant und stationär erfolgen. Die Hospizarbeit erfährt seit der Hospizbewegung im Jahr 1949 eine stetig steigende Nachfrage und wachsende Angebote. Seit 1996 haben sich die ambulanten Dienste in Deutschland mehr als verdreifacht, die stationären verachtfacht, wie der deutsche Hospiz- und Palliativverein (DHPV) aufzeigt. Die ambulante Hospizarbeit umfasst rund 1.500 Hospizdienste. Rund 30 Prozent dieser Hospizdienste arbeiten ausschließlich ehrenamtlich. Insgesamt engagieren sich in den Hospiz- und Palliativdiensten und -einrichtungen unter dem DHPV rund 120.000 Personen ehrenamtlich und hauptamtlich. Wesentliche Elemente der Hospizarbeit bilden Spenden und ehrenamtliche Mitarbeiter*innen (DHPV, 2021a, o. S.). Die

qualifizierten, ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen begleiten Personen in der letzten Lebensphase und deren Angehörige, beschreibt das Bundesgesundheitsministerium (BGM). In der Begleitung stehen die Hilfesuchenden mit den individuellen Wünschen und Bedürfnissen und die Angehörigen im Mittelpunkt (BGM, 2022a, o. S.). Die Bezeichnung Angehöriger umfasst hierbei alle Personen mit „verwandten, nahestehenden und freundschaftlichen Beziehungen“ zur Person am Lebensende (Seeger, 2018, S. 19). Hospizarbeit ist ein Teil der palliativen Versorgung, die Angebote zur Versorgung am Lebensende umfasst (DHPV, 2007, S. 1).

**Palliative Versorgung.** Mithilfe der Palliativversorgung sollen die Folgen einer Erkrankung durch medizinische Maßnahmen wie Schmerztherapie gelindert werden, wenn keine Aussicht auf Heilung besteht, schreibt das Bundesgesundheitsministerium (BGM, 2022b, o. S.). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erweitert diese Definition palliativer Maßnahmen um die Linderung physischer, psychosozialer und spiritueller Probleme der Betroffenen (WHO, 2019; 2002). In der palliativen Versorgung wird Sterben als normaler Prozess betrachtet, wobei der Tod weder beschleunigt noch hinausgezögert wird. Innerhalb der palliativen Versorgung wird auch den Angehörigen einer erkrankten Person ein Unterstützungssystem ermöglicht, das von Beginn der Diagnose bis über die Trauerphase nach dem Tod des Angehörigen hinaus reichen kann (WHO, 2002, S. 83). Im internationalen Gebrauch wird diese Versorgungsform als Palliative Care bezeichnet. Die Bezeichnung *palliative Versorgung* wird in dieser Arbeit synonym verwendet und fasst Begrifflichkeiten, die mit dieser Bedeutung einhergehen zusammen.

**Hospiz- und Palliativgesetze.** Der Anspruch auf palliative und hospizliche Versorgung sowie die Umsetzung und Förderung der ambulanten Hospizarbeit sind in Deutschland seit dem Jahr 2002 im § 39a des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) gesetzlich verankert. Das Gesetz wurde 2007 um die Einführung der spezialisierten ambulanten Versorgung (SAPV) ergänzt, um den Anspruch auf Hilfe durch Sterbe- und Trauerbegleitung in Deutschland realisieren zu können (§ 37b SGB V). In beiden Gesetzen wird als wesentlicher Bestandteil die Arbeit Ehrenamtlicher genannt. Der Begleitungsauftrag wurde 2010 durch die Festlegung von Aus-, Fort- und Weiterbildungen für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen abgesichert (Rahmenvereinbarung, 2010, S. 3). Im Jahr 2015 folgte das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) als Gesetz zur Konkretisierung ambulanter

Hospizarbeit mit medizinischen, pflegerischen, psychologischen und seelsorgerischen Versorgungsmaßnahmen für Personen in der letzten Lebensphase durch Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und Begleitungen durch qualifizierte, ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen (HPG, 2015; § 132g SGB V). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) definiert die Aufgabe der SAPV darin, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Die Versorgung durch SAPV-Teams beinhaltet palliativärztliche und -pflegerische Beratung und Versorgung (DGP, 2009, S. 2). Rund 360 Teams der SAPV arbeiten in Deutschland (SAPV, 2022, S. 1). Die Teams arbeiten eng mit den Strukturen der Primärversorgung wie niedergelassenen Ärzten und ambulanten Hospizdiensten vor Ort zusammen (DGP, 2009, S. 1; Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 32). Mit den genannten Gesetzen gehört die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich zu den 15 Prozent der Länder, in denen ein breites Bewusstsein und Richtlinien für die Palliativversorgung besteht, wie eine Untersuchung des internationalen Zusammenschlusses zur weltweiten Hospiz- und Palliativversorgung ergab (WHPCA, 2021b, S. 53).

**Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen.** Ehrenamtliche Sterbebegleitung ist ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der Hospiz- und Palliativarbeit. Das hospizliche Ehrenamt trägt dazu bei, dass sterbenskranke Personen ihren Lebensweg in Würde und ihrer individuellen Persönlichkeit entsprechend zu Ende gehen können (Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 15). Bei den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen können Betroffene oftmals über das eigene Leben sprechen oder mit diesen letzte Dinge regeln, was ihnen mit dem medizinischem Personal schwerer fällt (Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 18). Bei der Bewältigung dieser Anforderungen können insbesondere Ehrenamtliche unterstützen, da sie in herausfordernden Lebensabschnitten Ruhe bringen (Seeger, 2018, S. 20), ein Beziehungsangebot bieten und den Betroffenen Alltäglichkeit ermöglichen (Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 30). Sie sind in einem gemeinsam verabredeten Zeitfenster für den Betroffenen eine stabile Größe in einer schwierigen Zeit (Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 31). Eine Anforderung an Sterbebegleiter*innen ist die Ressourcen der zu begleitenden Person zu erkennen und diese zu fördern (Gratz, 2017, S. 23). Diese und weitere Fertigkeiten erlernen die Ehrenamtlichen in einer Ausbildung der Sterbe- oder Trauerbegleitung, die sie benötigen, um in der Hospizbegleitung tätig

werden zu können (Rahmenvereinbarung, 2010, S. 8; DHPV, 2007, S. 1). Diese Aneignung von Wissen und Sensibilisierung für hospizliche Themen bilden wesentliche Voraussetzungen der Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit, die den Unterschied zu anderen Besuchsdiensten bilden. In der Ausbildung erfahren die Ehrenamtlichen gezielte Vorbereitung und Befähigung für die spätere Tätigkeit. Sie setzen sich intensiv mit den Themen Krankheit, Sterben und Tod auseinander und lernen eigene Kompetenzen und Grenzen kennen sowie einen achtsamen Umgang mit sich und mit den Betroffenen (Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 32)

**Zukünftige Anforderungen an Hospizbereich.** Bereits seit Beginn der Hospizarbeit wird im häuslichen Lebensalltag hospizliches Engagement geleistet, künftig wird dieser Einsatz verstärkt erforderlich sein, prognostizieren Feldhammer & Wauschkuhn (2009, S. 17). Zurzeit benötigen rund 30 Prozent der Erwachsenen in Europa palliative Versorgung am Ende des Lebens, wie eine Studie zum weltweiten Bedarf an Palliativpflege ergab (Knaul et al., 2021, S. 20). Veröffentlichte Studien zu Präferenzen des Sterbeorts zeigen, dass die meisten Personen hospizlich betreut und zuhause sterben möchten (Gomes et al., 2012, S. 9; Higginson & Sen-Gupta, 2000, S. 289).

**Grenzen der Hospizarbeit.** Die Arbeit mit Personen am Lebensende und deren Angehörigen kann bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen eigene Grenzen aufzeigen und die eigene Sterblichkeit und Hilflosigkeit bewusst machen. Sie werden immer wieder gefordert, starke Gefühle wie Angst, Trauer, Ohnmacht, Wut und Schuld auszuhalten und mit diesen umgehen zu können (Haagen & Möller, 2013, S. 136). Die Auseinandersetzung mit eigenen persönlichen Verlusten stellt eine wichtige Voraussetzung dar (Romer & Haagen, 2007, S. 69). Die ehrenamtliche Begleitung in der Hospiz- und Palliativarbeit ist grundsätzlich als Begleitungsangebot zu verstehen, in dem Betroffene mit ihren Bedürfnissen gesehen werden, wobei keine therapeutischen Interventionen durchgeführt werden (Strittmatter, 2011 zit. nach DHPV, 2017a, S. 13). Ein enger Austausch der Ehrenamtlichen mit ihren Koordinator*innen und eine Zusammenarbeit zwischen den Hospizvereinen unterstützt die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen. Bei derzeit rund 120.000 Engagierten und einer wachsenden Zahl an Hospizvereinen (DHPV, 2021a, o. S.) bedarf es umso mehr professioneller Strukturen. Bereits im Jahr 2009 wurde in einer Diskussionsgrundlage zur Unterstützung ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen in

Begegnungen Nähe und Distanz wahrnehmen und setzen lernen. (4) Im informativen Lernfeld werden die wesentlichen Informationen zur Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland vermittelt. Dazu gehören Kenntnisse über Zusammenhänge und Systeme, wie Familien und Institutionen und auch das Wissen über die Auswirkungen von unterschiedlichen Krankheiten im Lebensalltag. (DHPV, 2021b, S. 17; Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 15).

An den Grundkurs schließt eine Praxisphase an, in der die zukünftigen Sterbebegleiter*innen typische Situationen kennenlernen, denen sie in ihrer Arbeit mit hoher Wahrscheinlichkeit begegnen. An diese Ausbildung schließen praxisnahe Fort- und Weiterbildungen für die Ehrenamtlichen an (DHPV, 2021b, S. 18; [redacted]).

### 2.3.3 Begleitungen

Im ambulanten Hospizverein [redacted] werden nach dem Konzept des deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) Begleitungen durch ausgebildete ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen durchgeführt (DHPV, 2021b, S. 18; DHPV, 2017b, S. 5). Diese Ausbildung wird um Module aus der Ausbildung zur Trauerbegleitung ergänzt, sodass Sterbe- und Trauerbegleitungen durchgeführt werden können ([redacted], 2022, S. 1). Bei der Sterbebegleitung geht es um die Begleitung sterbender Personen, entweder auf deren Wunsch hin oder zur Entlastung der Angehörigen. In der Trauerbegleitung werden Angehörige begleitet, nachdem eine ihnen vertraute Person verstorben ist ([redacted] 2022, o. S.). Begleitungen sind individuell, da die Bedürfnisse und persönlichen Voraussetzungen der Beteiligten individuell sind. Gleichzeitig bestehen in Begleitungen und bei den Anforderungen an die Begleitenden wiederkehrende Merkmale (DHPV, 2021b, S. 11):

**Erstkontakt.** Der Erstkontakt zwischen dem Hospizverein und der zu begleitenden Person kann durch zwei Möglichkeiten entstehen: Der direkte Weg besteht darin, dass die hilfesuchende Person für sich selbst oder für eine*n betroffene*n Angehörige*n Unterstützung sucht; beim indirekten Weg findet die Kontaktaufnahme über eine dritte Person statt. Ist dies der Fall, gilt es vor dem Erstkontakt sicherzustellen, dass die Kontaktaufnahme in Absprache und im Einvernehmen mit der betroffenen Person erfolgt. Ziel ist, die Klärung der Wünsche und Bedürfnisse der Hilfesuchenden, um daraus ein passendes Unterstützungsangebot entwickeln zu können (Hofmann, 2012, S. 93; Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 17).

**Durchführung.** Im weiteren Verlauf der Begleitung können sich die Bedürfnisse der zu Begleitenden oder die Kapazitäten der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen verändern. Regelmäßige Austauschgespräche ermöglichen den Beteiligten den aktuellen Stand abzugleichen und gegebenenfalls Veränderungen in der Begleitungsart- oder -intensität vorzunehmen (Hirsmüller & Schröer, 2017, S. 45), beispielsweise in Form zusätzlicher Gespräche oder weiterer Maßnahmen (Schmermer & Vyhnalek, 2012, S. 101). Die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen treffen mit den Hilfesuchenden individuelle Vereinbarungen über Häufigkeit und Dauer der Begleitungstreffen. Zudem sind Begleitungen im Tandem möglich, bei denen die Begleitungen durch zwei ausgebildete Begleiter*innen erfolgt (DHPV, 2017a, S. 39)

**Abschluss der Begleitung.** Für die Beendigung einer Begleitung kommen verschiedene Gründe in Frage wie verschiedene Bedürfnisse der Beteiligten oder der Tod der zu begleiteten Person. Aufgrund der Bindung, die sich in Sterbe- und Trauerbegleitungen zwischen Begleiter*in und den zu Begleiteten entwickeln können, sind Abschiede für beide Seiten eine Herausforderung (DHPV, 2017a, S. 41). Zur Sicherung der Qualität in der Begleitung kann eine Dokumentation durch die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen verwendet werden. Nach Abschluss einer Begleitung soll die Dokumentation der Sterbebegleiter*innen eine kurze Zusammenfassung der Begleitungsinhalte und eine Zeiterfassung umfassen. Für die ehrenamtlichen Begleiter*innen kann es hilfreich sein zu klären, inwieweit Wünsche der Hilfesuchenden unterstützt werden konnten und welche Strategien sie selbst im Umgang mit der Begleitung als unterstützend wahrgenommen haben (Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 25)

### 2.4 Resilienzfaktoren in der Hospizarbeit

Zu individuellen Resilienzfaktoren, denen die Allgemeinbevölkerung ausgesetzt ist, kommen für Mitarbeiter*innen im Tätigkeitsfeld der Hospizarbeit weitere Risiko- und Schutzfaktoren hinzu (u. a. Kränzle & Weihrauch, 2018; Conrad, 2014; Donnellan et al., 2014). Sterbebegleiter*innen können beispielsweise mit den Hilfesuchenden verschiedene Phasen im Prozess von Trauer und Sterben erleben. Diese Phasen definierte die Psychiaterin Kübler-Ross (1977) als fünf Phasen der seelischen Entwicklung von Nicht-Wahrhaben-Wollen, Zorn, Verhandeln, Depression und Zustimmung. In der Begleitung durchlaufen die Hilfesuchenden und die Begleitungsperson diese Phasen. Die Intensität,

Dauer und Reihenfolge der fünf Phasen werden individuell durchlebt (Kübler-Ross & Leippe, 1977, S. 28). Im Folgenden werden weitere Risiko- und Schutzfaktoren betrachtet, die auf Mitarbeiter*innen in der Hospizarbeit wirken. Zudem wird der Bereich des freiwilligen Engagements betrachtet. Aufgrund der Altersstruktur im Ehrenamt mit durchschnittlich 50 bis 70 Jahren (DHPV, 2018, S. 3) werden ebenfalls entsprechende Resilienzfaktoren einbezogen.

**Risikofaktoren.** Als Risikofaktoren für die Resilienz in der Allgemeinbevölkerung können Teile des Wertesystems gelten, beispielweise in der Gesellschaft vorhandene Tabuthemen (Bronfenbrenner & Morris, 2007, S. 820). Derzeitig aktuelle Tabuthemen in der Gesellschaft sind beispielsweise die Beschäftigung mit Sterben, Trauer und Tod (Gneist, 2021, S. 276; Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 9). Werden Ereignisse vom Individuum als nicht bewältigbar eingestuft und zunächst verdrängt oder werden entsprechende Auslöser vermieden, kann sich zwar kurzfristig eine schützende Wirkung entfalten, langfristig stellen Verdrängung und Vermeidung jedoch Risikofaktoren dar (Schäfer et al., 2020, S. 37; Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 11; BZgA, 2016, S. 3). Die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Personen kann zu einer emotionalen Überforderung der Begleitenden führen (Widegger & Them, 2011, S. 100). Teilweise werden eigene Verlusterfahrungen wieder präsent auch wenn diese schon Jahre zurückliegen (DHPV, 2017a, S. 49). Die Arbeit mit Personen, die sich in existenziellen Ausnahmesituationen befinden, erfordert ein besonderes Maß an Selbstfürsorge. Diese Selbstfürsorge ist eine unabdingbare Voraussetzung, um andere stärken zu können und selbst gestärkt aus beanspruchenden Situationen herausgehen zu können. Häufig fehlt Personen im sozialen Berufsfeld diese Selbstfürsorge, wie Zito und Martin (2016) beschreiben. Dieser Risikofaktor für die Resilienz kann unter anderem in mangelnden Fähigkeiten Grenzen zu setzen und gedanklich nicht abschalten zu können, erkennbar werden (Zito & Martin, 2016, S. 90). Zur Verringerung der wahrgenommenen Resilienz können eine hohe wahrgenommene Belastung, Fehlen von Optimismus und Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Zugehörigkeit zum hohen Lebensalter und zum weiblichen Geschlecht führen, wie eine nationale Untersuchung von rund 1.000 Erwachsenen ergab (Kunzler et al., 2018, S. 107). Neben der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht nennt Van Kessel (2013) gesundheitliche Probleme, das Erleben von Katastrophen und in Trauer sowie im Ruhestand zu sein als grundlegende Risikofaktoren (Van Kessel, 2013, S. 123). Der Eintritt in

im Umgang mit den notwenigen Technologien erhalten zu haben (McNeil et al., 2021, S. 91). Eine weitere Erhebung zu Folgen der Covid-19-Pandemie der WHO (2022) ergab, dass das Stresserleben in der Weltbevölkerung stark anstieg. Die WHO sieht dies in der pandemiebedingten sozialen Isolation begründet. Mit der Pandemie waren besonders zu Beginn in großen Teilen der Bevölkerung Einschränkungen des alltäglichen Lebens verbunden, sodass beispielsweise keine Unterstützungsangebote mehr angenommen oder gegeben werden konnten (WHO, 2022, S. 2).

**Schutzfaktoren.** Als Puffer zwischen der Wirkung auftretender Risikofaktoren auf die Resilienz können Schutzfaktoren einer Person fungieren (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 10). Schutzfaktoren können die Wahrscheinlichkeit von Krankheitsausbrüchen reduzieren (Schäfer et al., 2020, S. 35) und gleichzeitig die Resilienz unabhängig von aufkommenden Risikofaktoren fördern (BZgA, 2016, S. 3). Männer verfügen in der Regel über eine höhere Resilienz als Frauen, wie eine Studie zum Vergleich der biologischen Geschlechter ergab (Bengel & Strittmatter, 2001, S. 147). Im vorherigen Absatz wurde die Studie von Andreas et al. (2017, S. 126) aufgezeigt, in der das höhere Lebensalter als Risikofaktor eingeordnet wurde. Im Gegensatz dazu zeigten Jacobi et al. (2014) auf, dass im höheren Lebensalter ab 65 Jahren mit 20 Prozent halb so viele Personen von psychischen Störungen betroffen sind wie im mittleren Erwachsenenalter (Jacobi et al., 2014, S. 82). In diesem Kontext ist somit ein höheres Lebensalter als Schutzfaktor für die Resilienz einzuordnen. Im Sinne des Ansatzes der Gerontopsychologie werden die Faktoren wie das Lebensalter den Schutzfaktoren zugeordnet, wenn diese bei Personen ab dem 65. Lebensjahr zu dessen Gesunderhaltung und Gesundung sowie zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität beitragen (Martin & Kliegel, 2014, S. 11). Zu den Schutzfaktoren für die Resilienz im Erwachsenenalter gehören Lebenserfahrungen und erworbenes Wissen (Angevaare et al., 2020, S. 8). Da ältere Personen in der Regel über mehr Lebenserfahrung und Handlungsstrategien zur Bewältigung einer Situation zurückgreifen können, verfügen sie potenziell über einen stärker ausgeprägten Schutzfaktor der Lebenserfahrung als jüngere Personen (Martin & Kliegel, 2014, S. 42). Für Personen mit einem Alter von über 65 Jahren gelten weiterhin die Fähigkeit Emotionen zu zeigen, Probleme zu lösen und Kraft aus Spiritualität schöpfen zu können als schützend (Van Kessel, 2013, S. 123). Erholung kann als Schutzfaktor fungieren, sodass Beanspruchungen von einer Person beispielsweise durch regelmäßige Pausen besser bewältigt werden können als ohne diese

Kompetenzen von Personen im hospizlichen Tätigkeitsfeld dar (Kränzle & Weihrauch, 2018, S. 13). Selbstfürsorge kann durch ein Sich-Zeit-Nehmen und Ruhe ausgelebt werden. Beides kann Mitarbeiter*innen in der Hospizarbeit nach einer Verlusterfahrung durch den Tod der betreuten Person unterstützen sich innerlich distanzieren und verabschieden zu können. Hierbei ist auch das Reflektieren der Begleitung für eine erfolgreiche Bewältigung bedeutsam (Montag & Kern, 2014, S. 96).

## 3 Forschungsfragen und Hypothesen

Aus der Darstellung der derzeitigen Studienlage wird deutlich, dass Daten zu Resilienzforschungen im Hospizbereich eingeschränkt vorhanden sind. Bei den Studien handelt es sich vornehmlich um Untersuchungen von Hospizpfleger*innen im stationären Bereich (Garcia et al., 2021; McNeil et al., 2021; Müller et al., 2009; Lexa, 2010; Ablett & Jones, 2006) und vereinzelt um pflegende Angehörige (Donnellan et al., 2014) sowie in einem Einzelfall um eine Pilotstudie zur Motivation jüngerer ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen (Fink & Schultz, 2021). Gleichzeitig wurden im ehrenamtlichen Hospizbereich Anforderungen erkennbar, deren Bestehen die Resilienz beeinflussen kann, wie den Handlungsanweisungen für Sterbebegleiter*innen im Hospizbereich durch den deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) und der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zu entnehmen ist (DHPV, 2021b; 2017b; DGP & DHPV, 2009). Die bisherigen Studien lassen offen, welche Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit auftreten. Daraus ergibt sich die erste Forschungsfrage, die es im Zuge dieser Forschungsarbeit zu untersuchen gilt:

Forschungsfrage 1: **Welche Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz treten bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit auf?**

In der derzeitigen Forschungslage werden keine konkreten Maßnahmen zur Resilienzförderung von Mitarbeiter*innen im Hospizbereich erkennbar. Ähnliches wird in der Studienlage im allgemeinen Arbeitskontext erkennbar, indem die Erschließung von Maßnahmen zur Resilienzförderung fehlt, wie Soucek et al. (2016) beschreiben. Die Forschung zur Resilienz im Arbeitskontext ist notwendig, um in Organisationen und bei den einzelnen Mitarbeiter*innen Ressourcen und resiliente Verhaltensweisen erschließen und unterstützende Maßnahmen erarbeiten zu können (Soucek et al., 2016, S. 131). Aufgrund der fehlenden Studienlage entsteht die folgende zweite Forschungsfrage, die in dieser Arbeit untersucht wird:

Forschungsfrage 2: **Durch welche persönlichen und organisatorischen Maßnahmen kann die Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen gestärkt werden?**

In der Bearbeitung der zwei Forschungsfragen werden Faktoren fokussiert, die die Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen beeinflussen. In der ersten Forschungsfrage geht es um die Erarbeitung vorhandener Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen eines ambulanten Hospizvereins. Mit der Bearbeitung der zweiten Forschungsfrage wird die Erarbeitung von Ansätzen zur Förderung von Schutz- und zur Minderung von Risikofaktoren fokussiert.

Welche Angebote bei welchen Personen bzw. Organisationen funktionieren, um schwierige Situationen bewältigen zu können, blieb in bisherigen Forschungen offen, wie in zwei untersuchten Studien zur Gesundheit von Hospizmitarbeiter*innen erkennbar wird (Mills et al., 2017, S. 219; Vachon, 1995, S. 110) In weiteren Studien wurde ersichtlich, dass eine positive Zusammenarbeit der Akteure in der Hospizarbeit (Heiß et al., 2022, S. 143) und im Team (McNeil et al., 2021, S. 91) positiv auf Hospizpfleger*innen wirken kann. Ebenfalls wurden Weiterbildungen von Hospizpfleger*innen (Müller et al., 2009, S. 605; Montag & Kern, 2014, S. 100) und langfristige Hilfen im allgemeinen Arbeitskontext durch die Organisation als hilfreich für die Beschäftigten identifiziert (Schäfer et al., 2020, S. 37). Aus diesen Erkenntnissen wird die erste Hypothese abgeleitet:

Hypothese 1: **Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen, die Unterstützungsangebote der Organisation in Anspruch nehmen, unterscheiden sich in der wahrgenommenen Belastung von denen, die keine solche Unterstützung nutzen.**

Weiterhin wird aus bisherigen Studien ersichtlich, dass die ehrenamtliche Arbeit im Hospizbereich einerseits immer wichtiger wird (Sipreck, 2003, S. 356) und andererseits ein Nachwuchsproblem besteht (Fink & Schultz, 2021, S. 43). Ehrenamtliche Engagierte sind durchschnittlich 50 bis 70 Jahre alt (DHPV, 2018, S. 3). Zur Resilienz älterer Erwachsener bestehen bisher wenige Arbeiten, sodass derzeit wenige fördernde Resilienzfaktoren identifiziert wurden (Bennett & Windle, 2012, S. 22). Erfahrung wurde zwar bereits als allgemeiner Schutzfaktor für die Resilienz identifiziert (Weise, 2022, S. 42; Angevaare et al., 2020, S. 8), jedoch blieb offen, ob sich die Resilienzfaktoren von Hospizmitarbeiter*innen mit zunehmender Erfahrung verändern (Havlin & Keys, 2021, S. 15). Aus diesem Forschungsstand lässt sich die Annahme ableiten, dass ehrenamtliche

Sterbebegleiter*innen mit zunehmender Erfahrung in ihrer Tätigkeit lernen mit Risikofaktoren umzugehen und Schutzfaktoren aufzubauen. Hieraus wird die zweite Hypothese abgeleitet:

Hypothese 2: **Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen verfügen mit steigender Anzahl an durchgeführten Begleitungen über einen verbesserten Umgang mit Risiko- und Schutzfaktoren ihrer Resilienz.**

Weiterhin blieben in bisherigen Studien im Feld der Hospizarbeit offen, wie Mitarbeiter*innen effektiv mit den sich verändernden Anforderungen umgehen können (Vachon, 1995, S. 110), wobei empfohlen wurde Möglichkeiten zu untersuchen, wie Organisationen Mitarbeiter*innen unterstützen können, indem diese die Mitarbeiter*innen verpflichten an Angeboten zur Selbstfürsorge teilzunehmen (Alkema et al., 2008, S. 114). In weiteren Studien zeigten sich Selbstfürsorge und -reflexion als schützend für die Gesundheit von Hospizmitarbeiter*innen (Garcia et al., 2021, S. 145; Kränzle & Weihrauch, 2018, S. 13; Mills et al., 2017, S. 219). Zur Aufarbeitung von schwierigen Situationen gelten professionelle Gespräche als unterstützend (Weise, 2022, S. 44), während unverarbeitete Erlebnisse Belastungen darstellen (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 11). Zudem können Gespräche mit Teammitgliedern von Hospizmitarbeiter*innen als Entlastung empfunden werden (Müller et al., 2009, S. 605). Aus diesem Forschungsstand wird die folgende, dritte Hypothese abgeleitet, mit der es zu prüfen gilt, inwieweit sich ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen hinsichtlich wahrgenommener Unterstützungsangebote in ihren wahrgenommenen Belastungen unterscheiden:

Hypothese 3: **Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen geben subjektiv an sich weniger belastet zu fühlen, wenn sie ihr Verhalten und Erleben regelmäßig reflektieren.**

Die Studienlage zu ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen im Hospizbereich ist derzeit insgesamt als unzureichend zu beschreiben. Studien, die Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz von Mitarbeiter*innen im Hospizbereich abbilden, sind derzeit kaum vorhanden. Gleichzeitig werden Erkenntnisse zur Resilienzforschung im Hospizbereich als wichtig erachtet, um den steigenden Anforderungen, die an die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen gestellt werden, begegnen zu können, sodass diese gestärkt aus ihrer Tätigkeit hervorgehen können. Für die Masterthesis ergibt sich aus dieser Forschungslücke das Ziel Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz bei ehrenamtlich tätigen Sterbebegleiter*innen im ambulanten Setting zu erarbeiten. Hierzu wird eine qualitative Untersuchung der Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz bei ehrenamtlichen

Sterbebegleiter*innen in einem ambulanten Hospizverein durchgeführt. Weiterhin soll diese Forschungsarbeit Aufschluss darüber geben, welche Unterstützungen für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen bisher hilfreich waren und welche Faktoren gegebenenfalls zukünftig zu verbessern sind.

# 4 Methodik

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Forschungsarbeit erläutert. In Abschnitt 4.1 wird der Projektprozess beschrieben von der grundlegenden Literaturrecherche über die Wahl des qualitativen Ansatzes bis zur Durchführung der Interviews. In Abschnitt 4.2 wird die Gewinnung der Stichprobe skizziert. Im Abschnitt 4.3 wird das Vorgehen der Leitfadeninterviews und der Datenerhebung beschrieben. In Abschnitt 4.4 werden die Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten dargestellt.

## 4.1 Projektprozess

**Literaturrecherche.** Die Grundlagen der vorliegenden Arbeit zur Untersuchung der Thematik von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen bildet eine systematische Literaturrecherche. Das Vorgehen wird gewählt, da in einer ersten ungerichteten Literaturrecherche sichtbar wurde, dass bereits einige Studien bestehen, in welchen der aktuelle Forschungsstand zu Anforderungen an Hospizmitarbeiter*innen und zu deren Resilienz aufgezeigt werden (u. a. Garcia et al., 2021; Ablett & Jones, 2006; Vachon, 1995, S. 109). Für die Recherche wurden die folgenden Suchwörter verwendet *Resilienz*, *ehrenamtliche Sterbebegleitung*, *Hospizarbeit*, *Schutzfaktoren*, *Risikofaktoren*. Zusätzlich wurden Suchwörter in englischer Sprache festgelegt: *resilience*, *caregivers*, *hospice*, *older people*. Anschließend erfolgte die Festlegung der Datenbanken, in denen die Literaturrecherche vorgenommen werden soll. Ausgewählt wird die Online-Datenbank PubMed der nationalen medizinischen Bibliotheken der Vereinigten Staaten von Amerika, die als Metadatenbank insbesondere für medizinische Fragestellungen relevant ist (NCBI, 2022, o. S.). Zudem diente die wissenschaftliche Datenbank PubPsych, die europäisch-psychologische Publikationen enthält, zur vertiefenden Suche im Bereich der Psychologie (ZPID, 2022, o. S.). Um auf relevant erscheinende Artikel, die über PubMed und PubPsych nicht frei zugänglich sind, zugreifen zu können, wurden diese im Bestand der Universitätsbibliotheken der Stadt Osnabrück recherchiert. Zudem wurden Bücher anhand des Titels über die Online-Suchmaschine Google books recherchiert. Um derzeitige Entwicklungen im Bereich der

Palliativversorgung und Hospizarbeit berücksichtigen zu können, wurde zudem auf die Recherche themenrelevanter Webseiten zurückgegriffen, wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2022), der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2009) und lokaler ambulanter Hospizvereine, wie dem Hospizverein [redacted] 2022, o. S.). Der Abrufzeitraum der Literatur erstreckte sich von November 2021 bis Juni 2022. Berücksichtigt wurde Literatur in Form von Zeitungsartikeln, Büchern, Konzeptpapieren, Studienergebnisse und Konferenzpapieren, die die aktuelle Problemlage oder Lösungsansätze darlegen. Ausgeschlossen wurde Literatur deren Inhalt nach der Betrachtung von Abstract und Verzeichnis keinen kontextrelevanten Bezug enthält. In *Anhang B* wird die verwendete Forschungsliteratur dargestellt und stichwortartig beschrieben.

**Qualitativer Ansatz.** Die vorliegende Arbeit untersucht in einem sensiblen thematischen Bereich. In der Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen sowie in der Erhebung von Daten zur Resilienz ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen geht es um persönliche und individuelle Erfahrungen, sodass ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wird. Qualitative Forschung dient der Erhebung nicht-standardisierter Daten mit dem Ziel ein bisher wenig erforschtes Feld mithilfe einer kleinen Stichprobe komplex erfassen zu können. Eine differenzierte Beschreibung weniger Fälle wird auch in der qualitativ-psychologischen Forschung fokussiert, wobei zunächst in der Regel keine empirisch-statistische Verallgemeinerung auf ein Kollektiv angestrebt wird. Die Gewinnung und Analyse neuer Daten ermöglicht bestehende Forschungsergebnisse zu erweitern (Mey & Mruck, 2020, S. 19). Um forschungspraktische Ergebnisse zu erhalten, eignet sich im qualitativen Vorgehen die Durchführung von Interviews (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 23), sodass dieser Ansatz in der Forschungsarbeit gewählt wird. Um hierbei systematisch Daten gewinnen zu können, wird zunächst ein Interviewleitfaden entwickelt, anhand dessen die Interviews durchgeführt werden. Im Leitfaden werden Gesprächsinhalte festgehalten, die flexibel gehandhabt und durch Aussagen der Forschungsteilnehmer*innen erweitert werden können (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 6). Die Datenerhebungsmethode des Leitfadeninterviews ermöglicht die sprachlich basierten Interviews zu strukturieren, sodass teilstandardisierte Interviews entstehen (Mey & Mruck, 2020, S. 49). Die Methode der Leitfadeninterview ermöglicht das Erheben eines umfassenden inhaltlichen Datenspektrums, sodass die formulierten Fragen nicht unbedingt Gegenstand der späteren Interviews sein müssen

(Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 31) und im Sinne des Forschungsinteresses Flexibilität und Offenheit ermöglicht wird (Mey & Mruck, 2020, S. 19). Im Anschluss werden die erhobenen Daten systematisch aufbereitet und analysiert. Dafür werden die erhobenen Interviews in die Analyse einbezogen und den Forschungsfragen und Hypothesen entsprechend nach einem einheitlichen Schema analysiert. Der Forschungsprozess und verwendete Instrumente werden zudem offengelegt, um das Vorgehen transparent zu gestalten. Dies entspricht den Empfehlungen von Kuckartz und Rädiker (2020, S. 13) zum systematischen Vorgehen in der Analyse von Interviews. Entsprechend ihrer Empfehlungen haben Kuckartz und Rädiker als Analysemethode die fokussierte Interviewanalyse entwickelt. Im Vergleich zu anderen Analysemethoden von qualitativen Interviews, werden die Interviews in der fokussierten Interviewanalyse nicht ausschließlich problemfokussiert, sondern umfänglich analysiert. Diese Methode wird für die Forschungsarbeit gewählt, da die Bearbeitung der Forschungsfragen und Hypothesen ein problemfokussiertes und lösungsorientiertes Vorgehen erfordert. Mithilfe der fokussierten Interviewanalyse lassen sich gewonnene Daten deskriptiv beschreiben. Ziel ist die systematische Gruppierung der Daten zu bestimmten Themengebieten, sodass die Analyse der Ergebnisse möglich wird. Es handelt sich um ein datenreduzierendes und resümierendes Auswertungsverfahren (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 21),

### 4.2 Stichprobengewinnung

**Theoretische Anforderungen.** Zur Frage der angemessenen Größe der Stichprobe in der qualitativen Forschung werden in der Literatur unterschiedliche Positionen vertreten. Einerseits wird argumentiert die Stichprobengröße sei nicht von Bedeutung, da es vielmehr auf die Auswahl der Fälle ankomme, die eine Beantwortung der Fragestellung erlauben (Sandelowski, 1995, S. 179). Andererseits wird die gegenteilige Position vertreten, bei der es darum geht Fälle einzubeziehen, bis eine Sättigung erreicht wird und keine neuen Ergebnisse mehr zu erwarten sind (Ritschl & Stamm, 2016, S. 64; Onwuegbuzie et al., 2012, S. 13). Bei der Wahl der Stichprobengröße kommt der Breite der Forschungsfrage und der angezielten Verallgemeinerung eine wichtige Rolle zu, sodass eher spezifische, „lokal“ orientierte Forschungsfragen mit einer geringeren Fallzahl auskommen als breiter angelegte Fragestellungen (Mey & Mruck, 2020, S. 27). Sandeloswki (1995, S. 183) beschreibt eine Stichprobengröße in der qualitativen Forschung als angemessen, wenn diese nicht zu groß und gleichzeitig ausreichend groß ist, sodass eine tiefe,

fallorientierte Analyse und ein strukturiertes Verständnis neuer Erfahrungen möglich werden. Weiterhin kommt in der qualitativen Forschung der Fallauswahl eine bedeutsame Rolle zu. Die Auswahl der Proband*innen sollte auf drei Kriterien basieren: Die Proband*innen verfügen über bedeutsame Informationen und sind in der Lage, diese präzise zu formulieren, zudem müssen die Proband*innen Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Untersuchung aufweisen (Gläser & Laudel, 2006 zit. nach Kaiser, 2014, S. 72). Eine allgemeine Herausforderung bei der Untersuchung im Feldzugang stellt die Vorausplanung des zeitlichen Umfangs der Interviews dar. Diese Kriterien gehen mit der Voraussetzung einher, dass der angemessenen Fallauswahl eine intensive thematische Einarbeitung vorausging, um ein Verständnis dafür entwickeln zu können, welche Akteure über die für die Forschung relevante Expertise verfügen könnten (Kaiser, 2014, S. 72). Die Güte der Methode hängt dabei wesentlich davon ab, in welchem Maß es gelingt relevante Inhalte mit den zugehörigen Faktoren und Beziehungen zu erfassen (Mey & Mruck, 2020, S. 24).

**Praktische Anforderungen.** Bei der Wahl der Interviewpartner*innen dieser Arbeit wurde der Fokus daraufgelegt, diejenigen zu erreichen, die über Erfahrungen in der Tätigkeit als ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen im untersuchten Hospizverein verfügen. Um die Repräsentativität der Stichprobe möglichst zu gewährleisten, wurden sowohl weibliche als auch männliche Teilnehmer*innen einbezogen. Um auf Herausforderungen in der Vorausplanung der Interviews speziell im Setting der Begleitungen im Hospizbereich vorzubeugen, indem nicht vorhersehbar ist, inwieweit die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zum Zeitpunkt der geplanten Interviews verfügbar sein würden, wurde die Auswahl der Interviewpartner*innen auf einen minimalen Zeitraum vor den geplanten Interviews reduziert. Für die Kontaktaufnahme wurde ein Informationsschreiben an die Gruppenleitung übermittelt, die dieses an die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen weitergab. In *Anhang C* ist diese *Teilnehmendeninformation* einzusehen. Diese enthält eine schriftliche Zusammenfassung der essenziellen Informationen über das Forschungsprojekt, Informationen über den geplanten Zeitraum und Ort des Interviews sowie die Notwendigkeit der Zustimmung für einen Bandmitschnitt und eine Einverständnis- und Datenschutzerklärung.

Gemäß dem Datenschutz wurden Namen und Hinweise, die Rückschlüsse auf die Person zulassen, anonymisiert. [redacted]

soziodemografischen Daten der Befragten erfasst. Die Reihenfolge wurde gewählt, um durch die Behandlung unproblematischer Themen als Abschluss möglicherweise belastender Themen aus der Befragung abzumildern. Die Datenerhebung wird von Mitte Januar 2022 bis Mitte Februar 2022 mit einer durchschnittlichen Dauer von 45 bis 60 Minuten erfolgen.

**Postskripte.** Im Anschluss der Interviews fertigt die Forscherin Postskripte an. Dieses Vorgehen entspricht den wissenschaftlichen Standards in der qualitativen Forschung und dient der Protokollierung von Besonderheiten, die sich auf das Interview selbst und auf die Zeit außerhalb der Tonbandaufzeichnung vor und nach dem Interview beziehen (Mey & Mruck, 2020, S. 329; Kuckartz, 2018, S. 204; Döring & Bortz, 2016, S. 367). Besonderheiten umfassen unter anderem die Gesprächsatmosphäre, Gesprächsverlauf, Störungen und auffallende Themen (Kuckartz, 2018, S. 171), wie berichtete Schwerpunkte der interviewten Person und Stimmungen.

### 4.4 Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten

Im Anschluss der Erhebung liegt der Fokus auf der Aufarbeitung und Analyse der erhobenen Daten, auf deren Basis die Forschungsfragen und Hypothesen bearbeitet werden.

**Datenvorbereitung und -organisation.** Die Interviews werden durch einen Tonträger aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Vorbereitung und Organisation der Daten gliedern sich in die Festlegung der Transkriptionsregeln, die Anfertigung von Postskripten, die Aufbereitung der soziodemografischen und Hintergrunddaten sowie in die Fallzusammenfassungen der ersten drei Transkripte und deren Exploration. Um zunächst ein regelgeleitetes Transkribieren der geführten Interviews zu ermöglichen, werden Transkriptionsregeln erarbeitet, diese sind in *Anhang G* einzusehen. Die Regeln orientieren sich an Kuckartz und Rädiker (2020, S. 2-3). Ausschnitte der transkribierten Interviews sind zudem im Ergebnisteil dieser Arbeit, in Kapitel 5 dargestellt. In der folgenden *Tabelle 1* wird die Kennzeichnung der Aussagen veranschaulicht:

*Tabelle 1: Kennzeichnung der Interviewaussagen*

| Aussage | Kennzeichnung | Bedeutung der Kennzeichnung |
|---|---|---|
| „Ja.“ | (B1) | B1 = erste*r befragte*r ehrenamtliche*r Sterbebegleiter*in |
| „Ja.“ | (B2-E) | B2 = zweite*r befragter*r … – E = Ergänzung im Postskript |
| „Ja.“ | (G1-12) | G1 = erste Gruppenleitung – 12 = Position im Interview |

Die Aussagen der Proband*innen werden in der Arbeit mit der jeweiligen Kennzeichnung wiedergegeben, sodass diese den einzelnen Proband*innen zuzuordnen sind, B1 steht für die erste befragte ehrenamtliche Person der Sterbebegleitung und G1 für die erste interviewte Gruppenleitung. Zudem wird nach dem Bindestrich die Position der Aussage im Interview erkennbar, wobei *-E* auf die Einsicht im Postskript und *-12* auf die 12. Position im Interview verweist. In den Transkripten werden Metainformationen in einem Dokumentenkopf dargestellt. Gesammelt sind hier Informationen zum Dokumententitel, Name der durchführenden Interviewerin, Interviewpartner*in, Datum und formale Bemerkungen. Neben den Interviewdaten erfasst die Forscherin soziodemografische Daten und Hintergrunddaten der Teilnehmer*innen. Ein entsprechender Vordruck der erhobenen Daten ist in *Anhang H* einzusehen. Diese werden mit Excel aufbereitet und in der Stichprobenbeschreibung 5.1 erläutert. Die Postskripte sind *Anhang I* zu entnehmen. Zudem werden entstandene Vorannahmen über die Forschungsfragen reflektiert. Ziel ist trotz der eigenen Vorprägung eine möglichst große Offenheit im qualitativen Forschungsprozess zu erreichen. Hierzu begibt sich die Forscherin entsprechend der Anregung nach Kuckartz und Rädiker (2020) in die Rolle der interviewten Person, um den Interviewleitfaden aus dieser Perspektive zu testen und anzupassen. Anschließend beginnt die Exploration der Transkripte. Orientiert an den Empfehlungen von Kuckartz und Rädiker (2020) werden die Transkripte in zwei Durchgängen gelesen, um ein Gesamtverständnis entwickeln und erweitern zu können (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 14). Die Forscherin erstellt aus den ersten drei Transkripten Fallzusammenfassungen, um einen Überblick der wesentlichen Inhalte zu bekommen (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 20). Die Fallzusammenfassungen sind in *Anhang J* einzusehen, worauf in *Anhang K* die Transkripte folgen.

**Analyse mithilfe der fokussierten Interviewanalyse.** Auf die erste Datenexploration folgt die systematische Bestimmung der Kategorien mit dem Ziel trennscharfer und nachvollziehbarer Formulierungen. Die ersten Hauptkategorien *Risikofaktor*, *Schutzfaktor* und *Begleitungen* werden basierend auf den Forschungsfragen erstellt. Anhand dieser Gruppierung werden die ersten 30 Prozent der Transkripte chronologisch bearbeitet. Textpassagen, die der jeweiligen Hauptkategorie zugehörig sind, werden mit diesen codiert. Entsprechend der Empfehlung von Kuckartz und Rädiker (2020, S. 31) werden während diesem Codierungsprozess weitere Hauptkategorien und Unterkategorien ergänzt. Dieses Vorgehen wird in den Transkripten dreifach durchgeführt, um Lücken und fehlerhafte

Codierungen auszuschließen. Ziel dieses Prozesses ist es eine hohe Codierqualität zu erreichen. Um Ergebnisse zu formulieren, werden einzelne Aussagen der Befragten und ganze Transkripte miteinander verglichen. Zudem werden quantitative Aspekte wie Häufigkeiten in die Analyse einbezogen. Als allgemeine Analysefragen werden orientiert an Kuckartz und Rädiker (2020) die folgenden formuliert: Was wird zu bestimmten Themen gesagt, wie homogen sind die Antworten zu einem Thema, gibt es Extreme? Wie häufig und umfangreich sind bestimmte Themen codiert? In welcher Beziehung stehen Themen, beziehungsweise Unterkategorien zueinander? Welche Muster lassen sich identifizieren? Welcher Fall sticht heraus und in welcher Hinsicht? (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 79).

**Gütekriterien.** Die Übertragung der klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität auf qualitative Methoden ist teilweise schwierig (Flick, 2020, S. 249; Döring & Bortz, 2016, S. 107). An die Stelle der traditionellen Gütekriterien tritt daher die Forderung nach Transparenz im Erhebungs- und Auswertungsprozess, daher wird der Verlauf des Forschungsprozesses offengelegt. Die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Güte der Untersuchung sollen auch durch die Projektdokumentation gesichert werden. Diese Dokumentation stellt als Anhangsverzeichnis die Projektschritte dar, indem alle relevanten Dokumente und exportierbaren Zwischenschritte sowie das Gesamtprojekt als Projektdatei aufgezeigt werden (siehe S. 98). Die Übersicht orientiert sich an der Checkliste der Kernkriterien zur Beurteilung der Qualität qualitativer Studien von Steinke (1999 zit. nach Döring & Bortz, 2016, S. 116).

In Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2020) werden im weiteren Verlauf der Analyse die Ergebnisse dieser Arbeit zusammengestellt, interpretiert und diskutiert sowie in Bezug zu den Forschungsfragen gesetzt. Basierend auf den Ergebnissen und deren Diskussion werden abschließend Handlungsempfehlungen für zukünftige Interventionsprogramme im Feld der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit generiert und Hinweise auf weiterführende Forschungsgebiete gegeben.

## 5 Ergebnisdarstellung

In dieser Arbeit wird die Bearbeitung der entwickelten Forschungsfragen und Hypothesen (Kapitel 3) zu Resilienzfaktoren von Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit fokussiert. Daher wurden auf Grundlage bisheriger Resilienzforschungen im Hospizbereich (Abschnitt 2.4) leitfadenbasierte Interviews mit ehrenamtlichen

Sterbebegleiter*innen eines Hospizvereins durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung werden im Folgenden erarbeitet, sodass in Abschnitt 5.1 Angaben zur Stichprobe und den durchgeführten Interviews gegeben werden. Darauf aufbauend werden in Abschnitt 5.2 die ermittelten Risikofaktoren und in Abschnitt 5.3 Erläuterungen der ermittelten Schutzfaktoren für die Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen des ambulanten Hospizvereins [redacted] aufgezeigt. Anhand der erhobenen Daten wurden die Hauptkategorien *Risikofaktoren* und *Schutzfaktoren* in weitere Unterkategorien unterteilt. Die Beschreibungen der Haupt- und Unterkategorien sind zudem in *Anhang L* erläutert, woraufhin in *Anhang M* eine Gesamtübersicht aller codierten Textstellen innerhalb der jeweiligen Haupt- und Unterkategorien folgt.

### 5.1 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen des Forschungsprozesses wurden insgesamt zwölf Interviews, davon zehn mit ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen des Hospizvereins [redacted] eines mit der aktiven Gruppenleitung sowie ein weiteres mit dem ehemaligen Gruppenleiter der Hospizgruppe durchgeführt. Alle Befragten haben entsprechend einen inhaltlichen Bezug zur Thematik der vorliegenden Arbeit. Die Gewinnung der Proband*innen erfolgte durch die Zusendung von Informationsschreiben, die nach vorheriger telefonischer Zustimmung durch die Gruppenleitung von dieser an die 22 Sterbebegleiter*innen des Hospizvereins [redacted] weitergegeben wurde. Auf diese Anfrage kamen 13 Einwilligungen zum Interview an die Forscherin zurück, wobei eine potenzielle Probandin innerhalb des Durchführungszeitraumes nicht erreichbar war. Die Rücklaufquote der Stichprobe lag demnach mit zwölf Proband*innen bei 50 Prozent der untersuchten Grundgesamtheit. Diese Rücklaufquote ist im Vergleich zu gewöhnlichen Rücklaufquoten zwischen fünf und 40 Prozent als überdurchschnittlich einzuordnen (Döring & Bortz, 2016, S. 412). Alle zwölf Proband*innen erklärten sich mit der Aufzeichnung in Form einer digitalen Tonaufnahme und der anschließenden wortwörtlichen Transkription sowie mit der Erstellung eines anschließenden Postskriptums einverstanden. Elf der zwölf Teilnehmer*innen präferierten den persönlichen Kontakt, zehn davon in ihrem vertrauten Umfeld, eine Person im neutralen Umfeld und die zwölfte Person im telefonischen Kontakt. Die Datenerhebung fand vom 20. Januar bis zum 15. Februar 2022 statt. Die durchgeführten Interviews erstreckten sich über eine zeitliche Dauer von 42 bis 65 Minuten. Zwei Interviews stellten mit einmal 17 Minuten (G1) und einmal

fordernd genug ist, sodass vor einem Begleitungstreffen das Gefühl entsteht, „das eigentlich gar nicht mehr zu schaffen“ (B10-96).

**Pandemie.** Die pandemiebedingte Situation führt bei den Proband*innen zum Verlust von Bewältigungsstrategien und Einschränkungen des sozialen Netzwerks (B2-148/150, B4-92, B5-130, B6-45, B7-70) und teilweise zur Zunahme der zeitlichen Beanspruchung (B1-111), zu körperlichem Leiden (B2-150) und eigener steigender Wut und Ärger im privaten Umfeld (B2-150, B3-132). Die Pandemie sei für die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen und den Verein das Einschneidendste was ihnen bisher gemeinsam widerfahren sei (B1-109-119, G1-26). Durch die pandemiebedingten Einschränkungen entfallen vermehrt Angebote des Hospizvereins und dortige Kontakte (B3-18, B9-9/68): Der monatliche Austausch in der Gruppe war zeitweise ausschließlich in digitalen Treffen möglich (B6-45, G2-51), externe Supervision findet seit Pandemiebeginn weniger statt (B2-98, B8-44). Zu Beginn der Pandemie sind alle Begleitungen abgebrochen wurden, sodass ein Abschied nehmen für die Beteiligten nicht möglich war (B6-13, B9-13, G2-27). Ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen begegnen Unsicherheiten seitens Hilfesuchender (B1-117, B6-13/21) und bürokratische Hürden, sodass Begleitungen pandemiebedingt nicht zu Stande kommen (B2-144). Zudem entfallen seit der Pandemie die für die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen verpflichtenden Einzeltermine zur Nachbesprechung abgeschlossener Begleitungen (G2-99). Einige der Begleiter*innen haben zudem Probleme mit der Technik für die digitalen Treffen (B7-70, G2-67). Die Aussagen zweier Befragter zeigen, welche Gefühle durch die Pandemie und die damit einhergehenden Maßnahmen persönlich bei den Befragten ausgelöst wurden:

> „im letzten Jahr ganz besonders, weil [Familienmitglied] ist Anfang des Jahres sehr, sehr schwer an Corona erkrankt und hat über ein halbes Jahr in Kliniken verbracht und […] wir haben] nicht gewusst, ob er überhaupt überleben wird. Das war ganz, ganz heftig.“ (B6-45)

> „das Umfeld ist durch die Corona-Situation schwierig und insbesondere dadurch schwierig, [wenn unser] Enkelkind zu Besuch kommt, dann kappen wir […vorher] unsere ganzen Kontakte […]. Das ist schon sehr belastend.“ (B5-130)

In diesen und weiteren Aussagen wird die Angst um Angehörige und die erlebte Isolation erkennbar (B7-70, G2-38). Die Proband*innen stoßen seit der Pandemie eher an ihre Belastungsgrenze (B6-109, G2-38) und begleiten aufgrund der Pandemie „lieber nicht […] und auf keinem Fall im persönlichen Kontakt“ (G2-35/67). Die Proband*innen

beschreiben einheitlich, dass sich pandemiebedingt bei allen etwas verändert hat und die Auswirkungen noch unklar sind (B2-148, B7-70, G2-69).

**Parallelen.** Für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen können Begleitungen besonders belastend sein, wenn diese mit Situationen konfrontiert werden, die sie bereits in ähnlicher Form im Privatleben erlebt haben, wie in elf Aussagen der Befragten deutlich wird (B1-63, B3-28, B4-62, B8-15, B9-23, G2-54). Dabei kann es passieren, dass bei den Betroffenen erlebte Verletzungen reaktiviert werden (B2-122, B3-28, B8-15). Begleitungen, die Parallelen aufweisen, werden von den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen intensiver durchlebt und erfordern mehr Bewältigungskapazitäten. Gleichzeitig liegen Begleitungen mit ähnlichen Geschichten den Proband*innen besonders am Herzen (B3-28, B10-81/96, G2-73). Sechs Proband*innen haben bereits Parallelen erlebt, wobei bei fünf Proband*innen erkennbar wird, dass die zugehörigen durchgeführten Begleitungen zu Belastungen führten (B3-28, B4-62, B8-15, B9-23, B10-81, G2-73).

**Fehlendes Wissen und fehlerhafte Inanspruchnahme von Hilfe.** Aussagen von elf Proband*innen deuten darauf hin, dass das Wissen zu Hilfsangeboten oder deren Inanspruchnahme bei den Proband*innen fehlerhaft ist. Drei Proband*innen lernen erst bei Fort- und Weiterbildungen Bewältigungsangebote kennen (B7-52, B4-81-82) oder vergessen regelmäßig diese anzuwenden (B4-64, B3-79). Ein*e Proband*innen berichtet keine Strategie zu haben, um emotional weniger von Begleitungen ergriffen zu sein (B9-27/76). Im Allgemeinen berichten die Befragten davon, Probleme zu haben nach Hilfe zu fragen (B6-97-100, B8-51-54, B9-86, B10-153-154). Im Privatleben fällt Annehmen und Bitten um Hilfe schwerer als im Ehrenamt (B2-120, B3-109-110, B5-101). Nein-Sagen fällt einer Person schwer (B1-103). Mit zunehmender Erfahrung nehmen ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen weniger supervidierende Angebote des Hospizvereins in Anspruch (B2-48, G2-99). Extern qualifizierte Begleiter*innen, die nach dem Grundkurs in den untersuchten Hospizverein kommen, können keine Patenschaft mit einem Gruppenmitglied als feste*n Gesprächspartner*in eingehen (B7-68). Die Patenschaft, kann zudem wegfallen, wenn die Partner*innen das Ehrenamt beenden, wie bei drei Proband*innen (B1-71, B5-75, B8-66).

**Grenzen wahrnehmen und setzen.** Für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen ist es herausfordernd eigene Grenzen wahrzunehmen und in der Begleitung zu vertreten, wie in

B9-15/101-102, G2-91), zudem würden sie sich durch die Unterstützungsangebote des Hospizvereins [redacted] rundum versorgt fühlen (B8-26/44).

**Motivation.** Die Motivation von Begleiter*innen unterteilt sich in individuelle motivationale Aspekte, die zur Aufnahme führen und in diejenigen, die zur Fortführung des Ehrenamtes führen. Zur Motivation der Aufnahme der Ausbildung konnten mehrere Aspekte herausgearbeitet werden: Übergeordnet werden das *persönliche Interesse* an der Hospizarbeit und *eigene Vorerfahrungen* mit Sterben, Tod und Trauer genannt (B3-8-10/26, B5-8, B9-6, B10-5). Eine Befragte beschrieb ihre persönlichen Gründe wie folgt:

> „Meine Motivation […] ehrenamtlich in der Sterbe- und Trauerbegleitung zu arbeiten […] hatte ganz persönliche Gründe [...]. Vielleicht weil ich die Erfahrung gemacht habe, dass es meiner Mutter überhaupt nicht möglich war persönliche Dinge zu benennen. […] Wenn ich gehe, möchte ich meinen Angehörigen […] was mitgeben [und …] einen guten Abschied finden." (B8-3)

Die Gruppe und besonders das erste Kennenlerntreffen beschreiben die Begleiter*innen als motivierend (B1-5, B4-9-10, B9-72), ebenso sei es ihnen wichtig die Hospizarbeit in die Öffentlichkeit zu tragen (B1-9, B4-112). Erfahrungen aus Begleitungen können zur Motivation der Begleiter*innen beitragen (B10-2-5, G2-21). Diese Motivation ist bei allen Proband*innen daran zu erkennen, dass sie ihr Ehrenamt fortführen möchten.

**Erfüllung, Dankbarkeit, Bereicherung.** Das Ehrenamt als persönliche Bereicherung und dafür Dankbarkeit zu empfinden, berichten elf Proband*innen in 30 Aussagen (B1-91/123, B2-26, B3-49/150, B4-60, B5-21/81, B6-25/35, B8-16/18, B9-21/64, G1-E, G2-75). Erfüllung und Dankbarkeit in der Begleitung beschreiben zwei wie folgend:

> „tiefe Dankbarkeit, dass mich diese Menschen egal ob bei Sterbe- oder Trauerbegleitungen in ihr Leben lassen (.), in das Allerheiligste, was sie haben, also wirklich in ihre Gefühlswelt (.) und manchmal bis tief in den Boden rein, also, dass sie ihr Herz so ausschütten, dass sie so viel Vertrauen haben, macht mich so unglaublich dankbar." (B10-96)

> „Erfüllung. Bei völlig wild fremden Menschen […], in ihre persönlichen intimen Räumlichkeiten und Lebensphasen […] eintauchen […] und Vertrauen aufbauen zu dürfen, […] ist etwas sehr, sehr Wertvolles." (B3-26)

Besonders wertvoll empfinden die Proband*innen Begleitungen, in denen sie schwierige und schöne Situationen miterleben dürfen (B2-123, B3-26/49, B5-81, G2-75).

**Ehrfurcht.** Fünf Befragte berichten, Ehrfurcht und Respekt in der Arbeit mit den zu Begleitenden zu empfinden (B1-33, B3-26, B6-93, B7-36, B9-48). Die Gefühle, die die

[…, der] gehört für uns zum Leben, wenn er denn da ist.“ (G2-31). Bei sieben Befragten ist die Bedeutung des Glaubens seit Beginn des Ehrenamtes stärker geworden (B1-66/93, B3-28, B4-42, B8-42, B9-56, B10-118, G2-31), wie an zwei Aussagen deutlich wird:

> „Durch die Aufarbeitung werde ich immer wieder in meinem Glauben gestärkt. (.) Das ist also eine Bestätigung meines Glaubens. […] Durch den Glauben mache ich die Sterbebegleitung, die ich mache (..) und was ich da erlebe, bestärkt mich da wieder in meinem Glauben.“ (B9-56)

> „[Seit ich mich durch die Begleitungen noch intensiver mit Trauer, Sterben und Tod beschäftige,] hat sich bestätigt, dass die Ressourcen, die ich habe, um mein Leben gut auszuhalten, die richtigen sind [, wie mein] Glauben.“ (B1-92-93)

Glaube und Spiritualität können Begleiter*innen im Alltag und in herausfordernden Situationen unterstützen und als Kraftquelle dienen (B3-32). Ohne diesen Rückhalt könnten Begleiter*innen teilweise keine Begleitungen durchführen, wie zwei berichten (B1-67, B3-32). In einem Einzelfall wird dieser Faktor als nicht schützend genannt (B7-46).

**Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein.** In rund 50 Aussagen wird Selbstwirksamkeit und -bewusstsein bei den Proband*innen erkennbar (u. a. B2-92, B4-101, B5-97). Bereits vor Beginn des Ehrenamtes machen Begleiter*innen persönliche Erfahrungen, durch die sie Selbstwirksamkeit und -bewusstsein aufbauen können (B9-86). Durch Übungen in Fortbildungen der Hospizgruppe können Begleiter*innen ihr Selbstbewusstsein stärken (B2-12, B10-138). Erfahrungen in Begleitungen und im Leben beeinflussen die Selbstwirksamkeit (B2-6/92/162) und fördern diese, wie im Folgenden beschrieben:

> „ich merke eben, dass mein Selbstvertrauen da sehr gewachsen ist in dieser Zeit, sehr!“ (B6-84) und „[man spürt,] dass man wächst, an […] diesen Lebenssituationen. […] Ich] merke, dass Dinge, die ich mir vor 10 Jahren noch gar nicht hätte vorstellen können, dass das plötzlich möglich ist und dass ich auch gut damit zurechtkomme.“ (B6-33) und

> „ich bilde mir ein, ich kann mit Leuten reden, […] vor] allem in schwierigen Situationen. […] Ich] traue mir das dann auch zu, Leute so anzusprechen […] oder auch mal, ja anders zu reden […] als die anderen, was ich früher sicher nicht gemacht hätte. Mir jetzt einzugestehen „das kann ich“ und „das tue ich jetzt einfach auch“. […] Das] finde ich jetzt schon, ist für mich so eine ganz gute Entwicklung.“ (B9-74)

Die Befragten reflektieren ihre persönliche Entwicklung seit Ehrenamtsbeginn an konkreten Situationen, in denen sie bemerkten, dass sie Ängste nehmen (B3-118, B4-112) und Ruhe vermitteln konnten (B2-92, B6-27, B9-25). Die Gruppenleitung beschreibt, dass die Begleiter*innen vom Bewusstsein der Gruppe zur gemeinsamen Selbstwirksamkeit gestärkt werden können, wie es in der untersuchten Hospizgruppe bestehe (G2-62).

**Freizeit und Privatleben.** Die Proband*innen finden im Freizeitverhalten und Privatleben Möglichkeiten, um vom Ehrenamt abzuschalten (in 60 Aussagen genannt). Gespräche über private Probleme sowie Probleme beim Ausführen des Ehrenamts und Zusammensein mit Personen des Vertrauens, wie Familie, Ehepartner*in und Freunden sowie der Austausch mit Gruppenmitgliedern werden als hilfreich genannt (u. a. B1-81, B2-48), wie in *Tabelle 2* aufgezeigt wird:

*Tabelle 2: Vertrauensperson nach Häufigkeiten benannt*

| Person des Vertrauens | Häufigkeit | Interviewte |
|---|---|---|
| Familie | 9 | B1, B2, B3, B4, B5(E), B6, B9, B10, G1 |
| Gruppe oder -mitglied | 8 | B1, B2, B3, B4, B8, B9, B10, G1, G2 |
| Ehepartner*in | 7 | B2, B3, B5, B6, B7(E), B10, G2 |
| Freunde | 7 | B1, B2, B3, B4, B6, B9, B10 |

Hinzu kommen außersprachliche Bewältigungsarten:

> „Der eine […] macht Sport, powert sich körperlich aus, der nächste zieht sich zurück und sagt „ich höre irgendwelche Musik, die mich beruhigt." Der nächste macht Yoga, der nächste macht irgendwelche Mediationen. […] Da gibt's ja wirklich ganz unterschiedliche Strategien. Aber, welche jetzt die Richtige ist, die Richtige für mich, muss ich rausfinden, also da muss jeder für sich selber gucken." (B7-54)

> „Natürlich gibt es viele Kraftquellen, die außerhalb dieser (.) Begleitungen liegen, also auch wenn man nicht drüber spricht" (B10-118)

Die Proband*innen finden Erholung in der Natur (B5-66, B7-30, B10-120, G2-77), Kraft beim Sport (B2-104, B5-69) und Sicherheit im Bewusstsein auf ein nachbarschaftliches Netzwerk zurückgreifen zu können (B3-12, B4-79, B8-26). Hinzu kommen individuelle Nennungen, wie lesen, Fernsehen, Musik hören (B7-30) und singen (B10-120).

**Verein und Gruppe.** Innerhalb des Hospizvereins gibt es verschiedene Angebote, zum einen Angebote, die sich direkt an die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen richten, wie die monatlichen Austauschtreffen (u. a. B8-26, G1-8) und regelmäßige Fort- und Weiterbildungen mit Gruppensupervisionen (u. a. B1-37, B5-119) und zum anderen spirituelle Angebote, die allen Mitgliedern des Hospizvereins Unterstützung bieten sollen (u. a. B1-15, B8-26). In 127 Aussagen der verschiedenen Angebote im Hospizverein sind fünf schützende Aspekte für die Begleiter*innen erkennbar, die zur Übersicht in Unterkategorien gegliedert werden: Gruppengefühl, Patenschaft, Gruppenleitung, spirituelle Angebote und Strategien. Die Unterkategorie Strategien wird in weitere Untergruppen unterteilt, zudem werden alle Unterkategorien der Hauptkategorie *Schutzfaktoren* im Folgenden einzeln betrachtet:

**Gruppengefühl.** Verbundenheit der Gruppenmitglieder kann zu einem Gruppengefühl von Vertrautheit und Sicherheit führen, wie rund 30 Aussagen der zwölf Befragten zeigen (u. a. B2-116, B5-70-71, B7-68, B9-69-70). Verbundenheit können Begleiter*innen auch in Begleitungen empfinden (B3-26, B6-27/53, B9-23). Durch die Verbundenheit mit dem Ehrenamt und der Gruppe empfinden zwei Begleiter*innen Vertrauen in sich selbst (B6-71, B8-38). Die Proband*innen verbinden mit der Hospizgruppe u. a. Folgendes:

> „[Vertrautheit:] Ich weiß: Mit jedem kann ich ins Gespräch gehen, wenn mir danach ist." (B1-75) und „Es ist eine ganz große Verbundenheit da, und das stärkt auch und ich hätte nie gedacht, dass mir Menschen, die ich so spät also noch kennenlerne, und die mir ganz fremd waren, so vertraut sind, wie gute Freunde." (B1-83)

> „Und das ist immer so eine Zuversicht, die nehme ich […] immer so ganz allgemein aus der Gruppe mit. […] Dieses Gemeinschaftsgefühl nehme ich immer sehr, sehr positiv mit, weil [dass] eine Gruppe ist, die sich in jeder Beziehung helfen würde. […] Das ist eine Gruppe, die funktioniert, die weiß, um was es im Leben geht. Die ist bereit, dir in allen Lebenslagen zu helfen. […] Wenn ich irgendein Problem habe, […] hören [sie] sich das wirklich an, die zeigen Mitgefühl." (B9-70)

> „Wir haben einen ganz starken Zusammenhalt […] und sehr viel Unterstützung [und …] Mitempfinden. […] Ich kann da alles ansprechen, was mir Sorgen macht, [… ich] finde immer […] ein offenes Ohr […]. Also das ist die größte Kraftquelle." (B6-39)

Für die Proband*innen fungiert die Gruppe als Kraftquelle (B5-71), die seit Beginn des Ehrenamtes immer weitergewachsen sei (B3-89-91). Das Gruppengefühl könne zudem helfen, belastende Begleitungssituationen (B10-106) und persönliche Belastungen zu bewältigen (B1-75, B6-45, G2-77). Die Gruppenleitung beschreibt einen „sehr hohen Zusammenhalt" und „sehr hohes Vertrauen" in der Gruppe, das auch durch eine hohe Präsenz in Gruppenstunden und Fortbildungswochenenden erkennbar wird (G1-18, G2-83).

**Gruppenleitung.** Die Gruppenleitung als Unterstützung wahrzunehmen, beschreiben die befragten Begleiter*innen in 43 Aussagen (u. a. B3-32, B5-40, B8-26), wobei sie den ehemaligen Gruppenleiter und die aktive Gruppenleiterin und Koordinatorin meinen. Beide führen mit den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen Einzelsupervisionen durch (B3-81, G1-6, G2-20-21). Diese schätzen an der Gruppenleiterin sie immer anrufen zu können (u. a. B7-30, B8-26, B10-106) und dass sie die Stärken, Vorlieben und derzeitige Belastungen der Begleiter*innen kennt und bei Begleitungsanfragen und -fortführungen berücksichtigt (u. a. B1-37, B2-38, B3-104, B4-51/79, B9-38, G2-41/62). Die Unterstützung wird wie folgt beschrieben:

Die Beschreibungen der *Rituale* umfassen Routinen zur Aufarbeitung von Belastungen, die in der Hospizgruppe regelmäßig ausgetauscht, reflektiert und geübt werden. Grundsätzlich profitieren ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen von einem runden Abschluss belastender Situationen (B3-71, G2-27) und müssten ausprobieren, was ihnen am besten helfe (B5-48). Einigen helfe eine detaillierte Vorbereitung der Begleitung durch Sammlung von Informationen (B4-60, B10-52), für andere sei es sinnvoll möglichst neutral und ohne Vorinformationen in die Begleitung zu starten (B7-40). Unmittelbar vor einem Begleitungstreffen für einen *Moment innezuhalten* sei für jede Begleitungsperson wichtig (B1-53, B2-76, B4-99), helfen könne auch *gedanklich ein Netz aufzubauen* (B9-29). Nach Abschluss einer Begleitung gehe es, um das *bewusste Abschied nehmen* (G2-77), wobei Befragte als hilfreich beschreiben, sich unmittelbar nach dem Tod *vom Leichnam zu verabschieden* und an das Bett des Verstorbenen zu setzen (B4-32/51/112, B5-53/21) oder das Fenster zu öffnen, damit die Seele der verstorbenen Person rausfliegen kann (B4-112, B5-53). Ebenso wird als hilfreich wahrgenommen für Verstorbene eine *Kerze anzuzünden* (B9-46) und sich am Grab zu verabschieden, entweder indem die *Beerdigung oder Trauerfeier besucht* wird (B1-125, B4-74-76, B6-57, B7-22, B9-44) oder durch das individuelle *zum Grab zu gehen* (B3-66, B4-72). Rituale seien besonders wichtig, wenn ein Abschiednehmen beispielsweise nach einem Begleitungsabbruch nicht möglich ist. Helfen kann, sich *eigene Rituale zu überlegen*, wie in Form von Notizen, einem Brief (B6-57, B9-46) oder der Austausch mit der Gruppe (G2-27). Alle Proband*innen berichten am meisten von Ritualen, in denen sie dokumentieren und sich Zeit und Ruhe nehmen. Die regelmäßige *Dokumentation* helfe, das Erlebte schriftlich zu reflektieren, aufzuarbeiten und zur Ruhe zu kommen (u. a. B1-57-59, B9-46/58, B10-76/78). Der Nutzen von Dokumentation wird wie folgt beschrieben:

> „definitiv schreibe ich mir auf, wie es gelaufen ist, und da kann man durchaus auch wieder was im nächsten Gespräch aufgreifen und […] es] ist eigentlich immer so, dass man so denkt „Das ist nicht gut gelaufen, dass solltest du vielleicht in Zukunft anders machen“ oder „Hey, das war gut, das kannst du dann künftig auch nochmal anwenden“. (B7-44)

> „Durch das Schreiben verarbeite ich das. Und dadurch ist für mich das anschließend lesen nicht so das Wichtige, sondern das Schreiben“ (B9-48/50)

> „ich gucke mir meine [Abschlussdokumentation] gerne nochmal an, weil ich sie mir fotokopiert habe, […] weil ich hab dann auch […] fast alle, […] ganz viele schöne Bilder und Eindrücke und Gefühle.“ (B8-24)

und Schutzfaktoren für die Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen im untersuchten ambulanten Hospizverein erarbeitet und mit den Ergebnissen bisheriger Arbeiten in Bezug gesetzt werden. In Abschnitt 6.2 folgt die Bearbeitung der zweiten Forschungsfrage, sodass unter Einbezug bisheriger Studien und den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit Ansätze zur Resilienzförderung der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in zwei Bereichen erarbeitet werden: auf deren individueller Ebene und auf der ihrer Organisation. Des Weiteren werden die Forschungshypothesen verifiziert oder falsifiziert. In Abschnitt 6.3 werden die Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt, in Abschnitt 6.4 erfolgt ein Ausblick auf zukünftige Arbeiten.

### 6.1 Resilienzfaktoren von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen

Die Ergebnisse der durchgeführten Befragung bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen im untersuchten ambulanten Hospizverein [redacted] deuten, wie bisherige Studien aus dem pflegerischen Hospizbereich, auf eine Vielfältigkeit und Individualität der Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen im Hospizbereich hin. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind sie einerseits weiteren Risikofaktoren ausgesetzt und können andererseits auf zusätzliche Schutzfaktoren zurückgreifen. Die Resilienzfaktoren bei Sterbebegleiter*innen lassen sich den Ebenen des biopsychosozialen Modells zuordnen, sodass die Faktoren auf diesen Ebenen diskutiert und grafisch dargestellt werden. Die Bearbeitung der ersten Forschungsfrage erfolgt durch bisherige Studienergebnisse und durch die Ergebnisse der qualitativen Befragung der elf aktiven ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen des untersuchten Hospizvereins: zehn ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen; eine ehrenamtliche Sterbebegleiterin mit Leitungsfunktion. Die erste Forschungsfrage lautet:

Forschungsfrage 1: **Welche Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz treten bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit auf?**

Bei den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen wurden 17 Risikofaktoren und 21 Schutzfaktoren für die Resilienz ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen im ambulanten Hospiz identifiziert. Die Resilienzfaktoren wirken auf den verschiedenen Ebenen des biopsychosozialen Modells nach Engel (1977) und lassen sich den Ebenen entsprechend anhand biologischer, psychologischer, psychosozialer und sozialer Risiko- und Schutzfaktoren darstellen. Auf diesen Ebenen werden zunächst die Risikofaktoren und anschließend die Schutzfaktoren diskutiert und durch Abbildungen mit Häufigkeitsangaben

aus bisherigen und dieser Studie gingen grundsätzlich *gesundheitliche Probleme* als biologischer Risikofaktor für die Resilienz hervor. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können auf die Resilienz der Betroffenen wirken (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 11; Van Kessel, 2013, S. 123), wie sich auch in der Untersuchungsgruppe zeigte. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war eine ehrenamtliche Sterbebegleiter*in von persönlichen gesundheitlichen Einschränkungen betroffen (5.2), daher wird dieser Faktor für die Resilienz ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen als grundsätzlich risikoreich eingeordnet, aus dem derzeit für die Untersuchungsgruppe kein akuter Handlungsbedarf hervorgeht.

**Psychologische Risikofaktoren.** Die drei folgenden psychologischen Risikofaktoren in *Abbildung 2* (siehe S. 58) mit Häufigkeitsangaben der befragten ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen dargestellt. Fehlerhafte Selbstfürsorge und -reflexion stellen Risikofaktoren dar, die besonders für Personen gelten, die mit Extremsituationen konfrontiert sind, wie eine Studie von Zito und Martin (2016, S. 90) zeigte. Personen, die andere am Lebensende begleiten, gehören zur Personengruppe, die potenziell belastenden Situationen ausgesetzt ist (Haagen & Möller, 2013, S. 136). In der Untersuchungsgruppe wurden Ansätze von *fehlender Selbstfürsorge und -reflexion* bei allen Begleiter*innen erkennbar. Ihnen fehlte Wissen zu Bewältigungsangeboten oder sie vergaßen diese anzuwenden (5.2). Fehlendes Wissen stellt einen Risikofaktor dar, der die Aufarbeitung von Belastungen erschwert, wie aus Studien im Hospizbereich hervorgeht (McNeil et al., 2021, S. 91; Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 10). *Überlastung im Ehrenamt* zu erleben, stellt einen weiteren Risikofaktor dar (Knissel, 2021, S. 73; Prehn, 2016, S. 11; 5.2). Überlastung kann entstehen, wenn den Betroffenen Ruhepausen fehlen (Prehn, 2016, S. 11), wie bei vier der befragten Sterbebegleiter*innen erkennbar wurde. Dies führte dazu, dass sie in ihrer Resilienz beansprucht wurden, sodass die Fortführung der Begleitung zur Belastung wurde. Zudem wurde erkennbar, dass die Pandemie den Risikofaktor erlebte Überlastung um ein Viertel erhöhte im Vergleich zur Situation vor der Pandemie (5.2). Dass die wahrgenommenen Belastungen pandemiebedingt zunahmen, zeigte sich ebenfalls in einer Studie zum Vergleich von Belastungen bei Hospizpfleger*innen vor und seit Covid-19 (McNeil et al., 2021, S. 91). Im Vergleich mit der Studie von Müller et al. (2009), in der 50 Prozent der Hospizpfleger*innen berichteten derzeit durch die Arbeit belastet zu sein (Müller et al., 2009, S. 604), liegt die Überlastung der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in dieser Studie mit rund 40 Prozent (5.2) um 10 Prozent darunter. Dies könnte

mit den verschiedenen Anforderungen, die an hauptamtliche Pfleger*innen und ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen gestellt werden, einhergehen. Gleichzeitig kann dies auf vorhandene, stressregulierende Schutzfaktoren bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen hindeuten. *Maladaptive Bewältigungsstrategien* wie Vermeidung und Verdrängung haben langfristig negative Auswirkungen auf die Resilienz, können den Betroffenen jedoch zunächst Sicherheit suggerieren (Schäfer et al., 2020, S. 37; BZgA, 2016, S. 3). Die Strategien wie Vermeidung und Verdrängung wurden in dieser Forschungsarbeit in zwei Fällen erkennbar. In einem der Fälle wurden zudem Auswirkungen der Verdrängung und Vermeidung sichtbar, indem eine Begleiterin berichtete in Begleitungen mitzuleiden, sodass sie regelmäßig weine, aber gleichzeitig vermied sich mit einer Verhaltensänderung zu beschäftigen (5.2). Es lässt sich vermuten, das maladaptive Bewältigungsstrategien von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen gezeigt werden, da diese zunächst als schützend wahrgenommen werden und Sicherheit suggerieren. Da Strategien wie Verdrängung und Vermeidung langfristig als Risikofaktoren für die Resilienz einzuordnen sind, gilt es stattdessen adaptive Strategien bei den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen aufzubauen. Die folgende *Abbildung 2* fasst die psychologischen Risikofaktoren zusammen:

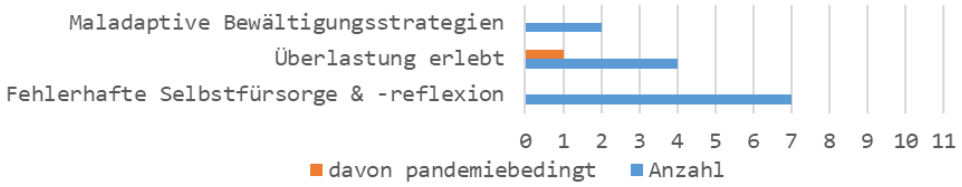


*Abbildung 2: Psychologische Risikofaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung)*

In dieser Forschungsarbeit wurden zwei psychologische Risikofaktoren, die in vorherigen Studien postuliert wurden, nicht identifiziert: Diese umfassen (1) das Fehlen von Optimismus (Kunzler et al., 2018, S. 107), stattdessen wurden bei den befragten Sterbebegleiter*innen Dankbarkeit und die Einstellung, das Ehrenamt als Bereicherung wahrzunehmen, erkennbar (5.3); und das (2) Bestehen von Tabuthemen als Risikofaktoren für die Resilienz (Bronfenbrenner & Morris, 2007, S. 820; Gneist, 2021, S. 276). Den befragten Sterbebegleiter*innen war es wichtig keine Tabuthemen zu haben und in der Familie und in der Hospizgruppe über alles zu sprechen (5.3). Dies deutet darauf hin, dass

Sterbebegleiter*innen im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung dem Risikofaktor Tabuthemen mit dem Schutzfaktor Austausch begegnen.

**Psychosoziale Risikofaktoren.** Die folgenden fünf psychosozialen Risikofaktoren für die Resilienz ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen, die in dieser Arbeit ermittelt wurden, sind in *Abbildung 3* (siehe S. 60) dargestellt: Ein Risikofaktor, der bei den Befragten durch die Pandemie erhöht wurde, umfasst die empfundene *Dreifachbelastung* durch Beruf, Ehrenamt und Familie (5.2). Während diese Art der Belastung bereits vor der Pandemie drei Personen betraf, kam diese durch die Pandemie bei einer weiteren hinzu, sodass derzeit rund 30 Prozent der in dieser Studie befragten Sterbebegleiter*innen betroffen sind. Dass die Pandemie und deren Folgen mit zusätzlichen Risikofaktoren und mit der Erhöhung vorhandener Risikofaktoren einhergeht, zeigten bereits frühere Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2022) und von El-Hage et al. (2020). In einer Studie von McNeil et al. (2021) zeigte sich, dass die Pandemie zu Veränderungen der Kommunikationsmittel in der Hospizarbeit geführt hat. Als Risikofaktor ist dabei die Tatsache einzuordnen, dass Mitarbeiter*innen Probleme hatten digitale Austauschmöglichkeiten wahrzunehmen, wenn sie zuvor keine Einführung in *die digitalen Kommunikationstechnologien* erhielten (McNeil et al., 2021, S. 91), wie in dieser Forschungsarbeit bei der Hälfte der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zu erkennen war (5.2). In bisherigen Studien wurden als Risikofaktor für die Gesundheit betroffener Personen Veränderungen in deren Leben festgestellt (Myers, 2014, S. 527) wie *Umbruchsituationen* (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 11) und der *Renteneintritt* (Weber-Herfort, 2022, S. 84; Van Kessel, 2013, S. 123). Beide Risikofaktoren treten bei den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen des untersuchten Hospizvereins auf, wobei drei Befragte in den nächsten Jahren in Rente gehen und vier sich bereits im Ruhestand befinden. Auf die Bedeutung der Beachtung der Altersstruktur und zukünftigen Herausforderungen für die Hospizgruppe wurde bereits in den biologischen Risikofaktoren eingegangen (siehe S. 57). In der Untersuchungsgruppe wurde eine *fehlende Inanspruchnahme von Hilfe* bei sieben Begleiter*innen erkennbar, sie hatten im Allgemeinen Probleme nach Hilfe zu fragen. Gleichzeitig beschrieben sie die Gefahr mit zunehmender Zeit als ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen die Inanspruchnahme von supervidierenden Angeboten des Hospizvereins weniger zu nutzen, wie bei einer Befragten erkennbar wurde (5.2). Dieser Verzicht auf den Rückgriff auf das eigene soziale Netzwerk stellt ein Risiko dar, durch das die Resilienz im Allgemeinen

S. 604). Im Vergleich mit derselben Studie besteht ebenfalls ein Gleichgewicht zwischen den Angaben der Proband*innen und denen der Hospizpfleger*innen, dass die Verarbeitung von Begleitungen schwieriger ist, wenn *eigene belastende Gefühle* aufkommen (Müller et al., 2009, S. 604; 5.2). In einen Trauerzustand zu fallen, beansprucht die vorhandenen Bewältigungskapazitäten, sodass weitere Beanspruchungen, die unter normalen Umständen bewältigt werden könnten, nicht verarbeitet werden und die Abgrenzung von fremden und eigenen Themen erschwert wird (Van Kessel, 2013, S. 123). Es ist zu vermuten, dass die Bewältigung für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen schwieriger wird, wenn ein unausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz besteht. Dass Probleme im Nähe-und-Distanz-Verhalten zu Belastungen der Mitarbeiter*innen führen können, lassen die Ergebnisse einer weiteren Studie zu Palliativpfleger*innen (Donnellan et al., 2014, S. 932) und die Ergebnisse dieser Studie vermuten, indem Belastung beschrieben wird, wenn in der Begleitung keine Sympathie aufkommt. Dreißig Prozent der Proband*innen beschrieben *fehlende Sympathie* zwischen ihnen und zu Begleitenden mindestens einmal erlebt und als belastend empfunden zu haben (5.2). Dieses Ergebnis kann in der Untersuchungsgruppe als überraschend bezeichnet werden, da die Begleitungen im Hospizverein, im Gegensatz zum Zusammentreffen von Hilfsbedürftigen und Pfleger*innen, individuell durch die Gruppenleitung geplant und koordiniert werden, sodass die Passung der ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen und Hilfesuchenden berücksichtigt wird. Um diese Belastungen zukünftig vermeiden zu können, wird empfohlen die Situation des Erstkontakte genauer zu betrachten. Weitere belastende Situationen sind die *kurze Begleitungsdauern* und das *unerwartete Versterben* der Hilfesuchenden, wie sich bei vierzig Prozent der befragten Begleiter*innen zeigte (5.2). Dieser Faktor trat in der Untersuchungsgruppe doppelt so häufig auf wie in einer Studie zu Belastungsfaktoren bei stationären Hospizpfleger*innen (Müller et al., 2009, S. 604). Es kann vermutet werden, dass die wahrgenommene Belastung bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen erhöht ist, da sie über weniger Routine mit dem Umgang von unerwarteten Todesfällen verfügen als Palliativpfleger*innen. Gleichzeitig ist denkbar, dass Palliativpfleger*innen und ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen aufgrund des abweichendes Alltags und den verschiedenen Anforderungen in den Settings stationär versus ambulant sowie haupt- versus ehrenamtlich unterschiedliche Situationen als belastend empfinden. Das Erleben von *Parallelen* zwischen Privatleben und dem Leben der Hilfesuchenden kann belastend auf

ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen wirken, wie die Hälfte der Befragten erlebte (5.2). Es lässt sich vermuten, dass Begleitungen, in denen diese Parallelen auftreten, einen Risikofaktor für die Resilienz ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen darstellen, wenn die eigenen Erfahrungen nicht vollständig verarbeitet und bewältigt wurden. Erlebte Parallelen scheinen in Begleitungen den Risikofaktor Unverarbeitetes zu triggern, sodass diese die Resilienz ehrenamtlicher Sterbebegleiter*innen grundsätzlich beanspruchen. Der Risikofaktor Unverarbeitetes wurde ebenfalls in einer Übersichtsarbeit zu Resilienzfaktoren identifiziert (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 11). In dieser Forschungsarbeit zeigten sich fünf weitere Situationen, die auf die Resilienz von ehrenamtlichen Begleiter*innen wirken können und in bisherigen Forschungsarbeiten nicht ermittelt wurden. Teilweise werden diese und ähnliche Situationen in den Handreichungen des deutschen Hospiz- und Palliativverbandes als Anforderungen an ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen aufgezeigt (DHPV, 2021b), jedoch ohne empirische Forschungsergebnisse zu deren Wirkung auf die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen aufzuzeigen. Somit können die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit als Erweiterung der Risikofaktoren für die Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen gesehen werden. *Unbekanntes* in Begleitungen beschrieben elf Proband*innen als belastend für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen. Die Herausforderung sei stetig mit unbekannten, neuen Situationen konfrontiert zu sein und sich dabei stets an die Bedürfnisse der Hilfesuchenden anzupassen. Dies sei zu Beginn des Ehrenamtes schwieriger als mit zunehmender Erfahrung, bleibe jedoch eine beständige Herausforderung (5.2). Der Risikofaktor Unbekanntes scheint über die Zeit des Ehrenamtes hinweg eine potenzielle Belastung darzustellen, die immer wieder auftreten kann, sodass diese einer stetigen Beachtung für die Erhaltung der Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen bedarf. Der *Abbruch von Begleitungen* kann für die Sterbebegleiter*innen zum Risiko werden, wenn ihnen dadurch kein Abschiednehmen von den Hilfesuchenden möglich ist oder wenn der Abbruch stattfindet, weil die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zuvor an eigene Grenzen stießen. Die Wahrscheinlichkeit einen Begleitungsabbruch zu erleben, lag bei den befragten Sterbebegleiter*innen bei fünfzig Prozent (5.2). In der Untersuchung beschrieben die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen die *Begleitung junger Personen* im Allgemeinen als belastend, was sechs Befragte damit begründeten, dass die Begleitung junger oder gleichaltriger Personen emotional näher geht. Dies merkten die Begleiter*innen, weil ihnen im Gegensatz zu anderen

Begleitungssituationen Zweifel und Sinnfragen kamen (5.2). Ebenfalls als Risikofaktor für die Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen ließen sich Aussagen identifizieren, in denen sie die *einzige Ansprechperson* für Hilfesuchende darstellten. Dies erlebten vier befragte Begleiter*innen und beschrieben daraus entstehende Belastungssymptome, wie gedanklich nicht abschalten zu können und zu grübeln (5.2). Die Proband*innen berichteten darunter zu leiden, die einzige Ansprechperson für Hilfesuchende zu sein, dass dies aus weiteren Studien im Hospizbereich nicht erkennbar ist, kann mehrere Gründe haben. Denkbar ist, dass diese in der unterschiedlichen Professionalität von hauptamtlichen mit ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen begründet ist oder in der Unterscheidung des stationären und ambulanten Settings. Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen im ambulanten Setting begeben sich für die Begleitungen in der Regel allein in ein fremdes Umfeld, während Hospizpfleger*innen stationär arbeiten oder im Team zu den zu Betreuenden fahren. Die fünfte schwierige Situation, welche die befragten Sterbebegleiter*innen allgemein als belastend beschrieben und die aus bisherigen Studien nicht hervor geht, umfasst *Wut und Streit* im Umfeld der Hilfesuchenden zu erleben und in diesem Umfeld zu begleiten. Zwei Proband*innen hatten dies bereits selbst erlebt (5.2).

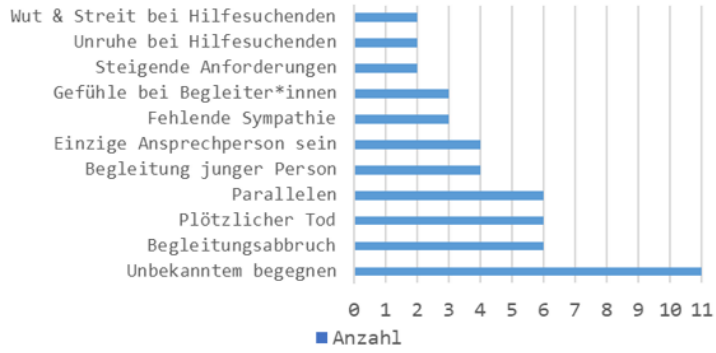


*Abbildung 4: Schwierige Erlebnisse im Ehrenamt (eigene Darstellung)*

Entgegen bisherigen Studien berichteten die Proband*innen zwar Probleme von Teammitgliedern und die Häufung von Todesfällen erlebt zu haben, gaben jedoch nicht an, diese als belastend empfunden zu haben. Dies stellt einen Gegensatz zu zwei früheren Forschungen von befragten Hospizpfleger*innen dar (Prehn, 2016, S. 11; Conrad, 2014, S. 120). Ein Risikofaktor für die Resilienz in der Hospizarbeit, die ebenfalls in früheren Studien und nicht in dieser Forschungsarbeit ermittelt wurden, umfasst die Einstellung zur eigenen Endlichkeit der Mitarbeiter*innen. In Hirsmüller und Schröer (2014, S. 50) wird beschrieben, dass bei Akteuren in der Hospizarbeit besonders Gedanken an die

In einer früheren Studie zur Zusammenarbeit ehrenamtlicher und hauptamtlicher Versorgungsstrukturen in der Hospizarbeit von Müller et al. (2009, S. 604) wurden Anspannungen im Netzwerk als Risikofaktoren identifiziert. In dieser Forschungsarbeit berichteten die Proband*innen, dass die Zusammenarbeit im lokalen Netzwerk funktioniere (5.3), sodass auf diesen potenziellen Risikofaktor nicht näher eingegangen wird.

Das Ausbleiben von Risikofaktoren führt nicht automatisch zum Bestehen von Schutzfaktoren und umgekehrt (2.1.1). Gleichzeitig weisen die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit 21 Schutzfaktoren für die Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit auf. Diese lassen sich ebenfalls auf den Ebenen des biopsychosozialen Modells nach Engel (1977) gruppieren, sodass diese im Folgenden erläutert werden. Aufgrund der Anzahl an ermittelten Schutzfaktoren auf psychologischer, psychosozialer und sozialer Ebene werden diese im Anschluss an die jeweilige Erläuterung grafisch dargestellt und bezugnehmend auf bisherige Studienergebnisse erläutert:

**Biologischer Schutzfaktor.** Als biologischer Schutzfaktor wurde das *männliche Geschlecht* für die Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen identifiziert. Männliche Begleiter würden mehr auf sich und ihre Grenzen achten als die weiblichen, bevor sie eine Begleitung beginnen, berichteten zwei Proband*innen (5.25.3). Die Beobachtung entspricht gleichzeitig einer früheren Vergleichsstudie zur Resilienz von Männern und Frauen (Bengel & Strittmatter, 2001, S. 147).

**Psychologische Schutzfaktoren.** Die befragten ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen weisen drei psychologische Schutzfaktoren auf. Einen Überblick der Häufigkeiten bei den Proband*innen gibt *Abbildung 6* (siehe S. 67). Die psychologischen Schutzfaktoren können durch Angebote der Hospizvereine, in denen die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen tätig sind, fördern, worauf in den beiden folgenden Absätzen eingegangen wird. Charaktereigenschaften von Personen können schützend auf deren Resilienz wirken, beschrieben bereits verschiedene Forschungen, wobei unter anderem Vertrauen in die eigenen Ressourcen und das Umfeld beschrieben wurden (Michel, 2022, S. 83). Auf die Resilienz älterer Personen wirken Vertrauen (MacLeod et al., 2016, S. 1; Bennett & Windle, 2015, S. 22). und Optimismus besonders schützend (Angevaare et al., 2020, S. 8). Beide Eigenschaften werden vom deutschen Hospiz- und Palliativverband für die Arbeit mit Sterbenden vorausgesetzt (DHPV, 2021b, S. 12-13). Die befragten ehrenamtlichen

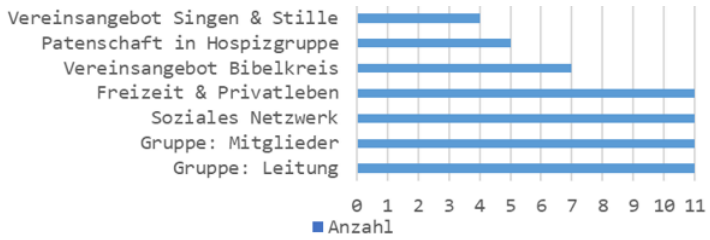


*Abbildung 8: Soziale Schutzfaktoren für die Resilienz bei Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung)*

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Forschungsarbeit und denen vorheriger Arbeiten in den Bereichen der Resilienz und Hospizarbeit wird das Bestehen verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit erkennbar. In der folgenden *Abbildung 15* werden die, in dieser Forschungsarbeit, ermittelten Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit dargestellt:

*Abbildung 9: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit*

*Abbildung 10: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit*

*Abbildung 11: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit*

*Abbildung 12: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit*

*Abbildung 13: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit*

*Abbildung 14: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz …*

*Abbildung 15: Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren von Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit*

### 6.2 Resilienzförderung von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen

Begleiter*innen im Hospizbereich sind vielfältigen, steigenden Arbeitsanforderungen ausgesetzt (u. a. WHPCA, 2021a, S. 68; 5.2), daher ist es von zentraler Bedeutung die Resilienz als psychische Widerstandskraft der Mitarbeiter*innen zu stärken. Gleichzeitig bestehen wenige konzeptuelle Maßnahmen zur Förderung von Resilienz im Arbeitskontext (Soucek et al. 2016, S. 131). Um entsprechende Ansätze für Maßnahmen entwickeln

zu können, wurden in Abschnitt 6.1 die Resilienzfaktoren von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen im ambulanten Setting betrachtet. Darauf aufbauend werden nach dem Modell der Resilienz im Arbeitskontext von Soucek et al. (2016, S. 132) Ansätze für Maßnahmen erarbeitet, bei denen die Förderung der Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen fokussiert wird. Für die Erarbeitung dieser Ansätze auf persönlicher und organisatorischer Ebene werden die aufgestellten Hypothesen und übergeordnet zunächst die zweite Forschungsfrage untersucht:

Forschungsfrage 2: **Durch welche persönlichen und organisatorischen Maßnahmen kann die Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen gestärkt werden?**

Als erfolgsversprechende Ansätze für die Stärkung der Resilienz einzelner Personen und die der Hospizgruppe wurden in der Untersuchungsgruppe diejenigen Ansätze erkennbar, die Übungen zum Aufbau von schützenden und zum Abbau von risikoreichen Faktoren fördern (5.3). Wie Soucek et al. (2016, S. 135) und die Ergebnisse dieser Studie zeigten, schafft eine Stärkung der organisatorischen Ressourcen förderliche Bedingungen, in denen die vorhandenen Resilienzen der einzelnen Organisationsmitglieder ausgebaut werden können. Aus den Ergebnissen der bestehenden Risiko- und Schutzfaktoren der Resilienz der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen ergeben sich Ansätze für persönliche und organisatorische Maßnahmen zur Förderung ihrer Resilienz. Als organisatorische Faktoren werden diejenigen bezeichnet, die durch Angebote für die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen im Hospizverein entstehen, wie Fort- und Weiterbildungen. Persönliche Maßnahmen können von den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen individuell anwendet werden. Mögliche organisatorische und persönliche Maßnahmen zur Bewältigung von Risikofaktoren der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen werden in *Abbildung 47* dargestellt und anschließend erläutert:

Abbildung 16: Abbildung 17: Abbildung 18: Abbildung 19: Abbildung 20: Abbildung 21: Abbildung 22: Abbildung 23: Abbildung 24: Abbildung 25: Abbildung 26: Abbildung 27: Abbildung 28: Abbildung 29: Abbildung 30: Abbildung 31: Abbildung 32: Abbildung 33: Abbildung 34: Abbildung 35: Abbildung 36: Abbildung 37: Abbildung 38: Abbildung 39: Abbildung 40: Abbildung 41: Abbildung 42: Abbildung 43: Abbildung 44: Abbildung 45: Abbildung 46:

*Abbildung 47: Bestandteile zukünftiger persönlicher und organisatorischer Maßnahmen zur Resilienzförderung bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen (eigene Darstellung)*

Begleiter*innen, die berichteten wenige Gruppenangebote zu nutzen, zeigten sich belasteter als diejenigen, die mehr Gruppenangebote nutzten. Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen, die die Angebote des Hospizvereins nutzten, beschrieben mehrheitlich sich unbelastet zu fühlen (5.3; B1, B3, B6, B8, B10). Daher kann angenommen werden, dass zwischen der wahrgenommen Belastung und der Nutzung von organisatorischen Angeboten ein Zusammenhang besteht. Eine weitere persönliche Maßnahme von Sterbebegleiter*innen zum Schutz ihrer Resilienz umfasst das Erlernen und Anwenden des eigenen Zeitmanagements, sodass Begleitungen durchgeführt und Herausforderungen bewältigt werden können. Zeitmanagement umfasst bei Ehrenamtlichen insbesondere das Herstellen von Balance zwischen privaten Anforderungen, wie Beruf und Familie sowie dem Ehrenamt (Feldhammer & Wauschkuhn, 2009, S. 24). In der Untersuchungsgruppe wurde deutlich, dass Zeitmanagement für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen und entsprechenden Maßnahmen, wie Zeit und Ruhe in Form von Erholungspausen, wichtig sind, um die Resilienz zu schützen (5.3). Dass ein solches gesundes Zeitmanagement in der Hospizarbeit wichtig ist, zeigten ebenfalls frühere Studien (u. a. Garcia et al., 2021, S. 145; Kränzle & Weihrauch, 2018, S. 13; Mills et al., 2017, S. 219). Als weitere persönliche Maßnahme von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zum Schutz ihrer Resilienz kann das Nutzen und Erweitern von Erfahrungen aus Begleitungen und privaten Erlebnissen eingeordnet werden. Entsprechend wird die zweite Hypothese untersucht:

Hypothese 2: **Ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen verfügen mit steigender Anzahl an durchgeführten Begleitungen über einen verbesserten Umgang mit Risiko- und Schutzfaktoren ihrer Resilienz.**

Die Hypothese gilt als bestätigt, Begleitungserfahrungen können schützend auf die Resilienz wirken und den Umgang mit den vorhandenen Faktoren positiv beeinflussen, wenn diese von der ehrenamtlichen Begleitungsperson erfolgreich verarbeitet und bewältigt wurden. Die zunehmende Zeit im Ehrenamt und die dabei wachsende Erfahrung sahen die Proband*innen für sich und für ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen im Allgemeinen als hilfreich an. Zudem zeigte sich, dass individuelle Lebenserfahrungen unabhängig von erlebten Begleitungssituationen ebenfalls schützend auf die Resilienz wirken können. Mit zunehmender Erfahrung waren positive persönliche Veränderungen bei den befragten Begleiter*innen erkennbar, indem diese beschrieben, dass ihr Selbstvertrauen wuchs und sie ihr Selbstbild als stärker wahrnahmen. Durch Begleitungserfahrungen bekam ihr Leben subjektiv einen neuen Stellenwert. Auch die befragten Begleiter*innen mit zehn oder

mehr durchgeführten Begleitungen beschrieben jede neue Begleitungssituation als Herausforderung (5.2), berichten jedoch, dass ihre wahrgenommen Belastung mit wachsender Anzahl der Begleitungen sinkt (5.3). Ein möglicher Grund könnte sein, dass mit zunehmender Tätigkeit das Wissen um Techniken aus Fort- und Weiterbildungen ansteigt. Mit den Erfahrungen wächst bei Personen, die andere begleiten das Gefühl auch in schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben (Weise, 2022, S. 42; 5.3). Die Ergebnisse der Befragung dieser Arbeit zeigten, dass es auch erfahrenen ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen passieren kann nach Begleitungen gedanklich nicht abschalten zu können, daher bedarf die Tätigkeit der ehrenamtlichen Sterbebegleitung einer kontinuierlichen Inanspruchnahme von Unterstützung (6.1). In der Untersuchungsgruppe wurde erkennbar, dass das Bewusstsein der Notwendigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, mit zunehmender Erfahrung aus Begleitungen (5.3). Erfahrungen werden im Allgemeinen als hilfreich für die Entwicklung von Resilienz angenommen. Dabei gilt es die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen, wie bei allen erarbeiteten persönlichen Maßnahmen, unbedingt durch organisatorische Maßnahmen zu unterstützen. Auf persönlicher Ebene ist es wichtig, dass die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen offen sind Gruppenangebote für sich zu nutzen und darüber hinaus persönliche schützende Maßnahmen wahrzunehmen. Dies kann auch durch Freizeitaktivitäten positiv unterstützt werden, sowohl im privaten Umfeld durch die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen selbst als auch durch Angebote der Hospizgruppe (5.3). Aus den Ergebnissen des untersuchten Hospizvereins und ergänzend aus bisherigen Studien konnten sechs Ansätze für organisatorische Maßnahmen erarbeitet werden, die in der Organisation zur Förderung der Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen als geeignet gesehen werden: Die Bedeutung *langfristiger Hilfen,* welche die jeweilige Organisation den Mitarbeiter*innen zur Verfügung stellt, geht sowohl aus bisherigen Studien (Knissel, 2021, S. 73; Schäfer et al., 2020, S. 37) als auch aus den Ergebnissen dieser Arbeit hervor (5.3). Langfristige Unterstützungsangebote können vielfältig sein, wobei für Sterbebegleiter*innen besonders *Fort- und Weiterbildungen* mit supervisorischen und praktischen Elementen geeignet sind, um Resilienzfaktoren bearbeiten und Strategien für Begleitungen erlernen zu können. Aufgrund der übergreifenden Themen, denen die ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in ihren Einsätzen begegnen und zur Stärkung der Gruppendynamik, bieten sich Supervisionen und Übungen in der Gruppe an (DHPV, 2021b, S. 32). Supervisionen sind durch individuelle

Die Kategorienbildung der untersuchten Variablen und deren Verknüpfung sind durch die Forscherin beeinflusst. Um im Forschungsprozess Offenheit zu bewahren wurden ein Pretest mit einer unabhängigen Person durchgeführt und die Aktualität des Leitfadens nach jedem Interview überprüft. Um größtmögliche Objektivität zu ermöglichen und den offenen Erzählfluss nicht zu beeinflussen, wurden die Interviewfragen offen formuliert.

Um Resilienzfaktoren von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zu veranschaulichen und zugehörige Maßnahmen mit unterstützender Wirkung aufzuzeigen, wurden zwei Modelle der Resilienz verwendet: das biopsychosoziale Modell von Engel (1977) und das Modell zur Resilienz im Arbeitskontext von Soucek et al. (2016). In der Betrachtung bisheriger Forschungen im Hospizbereich ist die Verwendung der beiden Modelle nicht bekannt, daher wird in dieser Arbeit kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt.

### 6.4 Ausblick

Diese Arbeit gibt Einblicke in die Resilienzfaktoren von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in einem untersuchten ambulanten Hospizverein und in Aspekte, die auf persönlicher und organisatorischer Ebene zur Unterstützung der Resilienz zu beachten sind. Um die erarbeiteten Ansätze an die Hospizarbeit weiterzugeben, werden die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit dem untersuchten Hospizverein durch eine Präsentation innerhalb eines Treffens der Hospizgruppe zur Verfügung gestellt. Aus der Bearbeitung der Forschungsfragen ergeben sich zudem Ansätze für zukünftige Arbeiten:
Die Forschung fand in einem Feld statt, indem die wissenschaftliche Betrachtung von Resilienz einen jungen Ursprung aufweist, sodass offenbleibt, ob die Ergebnisse auf ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen anderer Hospizvereine übertragbar sind. Für weitere Forschungen wird ein Vergleich der Daten mit denen anderer hospizlicher Betreuungsangebote empfohlen. Offen ist zudem, welche ermittelten Resilienzfaktoren einzig auf ambulante und ehrenamtliche Komponenten in der Hospizarbeit zurückzuführen sind. Dieser Aspekt ist in zukünftigen Forschungen vertiefend zu betrachten, beispielsweise durch die Vergleiche von haupt- und ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen oder ambulant und stationär arbeitenden Begleiter*innen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass das Erleben von Belastungen Teil der ehrenamtlichen Sterbebegleitung ist und nicht gänzlich verhindert werden kann. Gleichzeitig kann die Organisation die dort tätigen Begleiter*innen durch verschiedene Maßnahmen

unterstützen wie zur Selbstfürsorge und -reflexion. Empfohlen wird in weiteren Studien aus den Ansätzen dieser Studie Konzepte zur Unterstützung der ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen und ihrer Hospizvereine zu entwickeln und zu erproben.

## 7 Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden die Risiko- und Schutzfaktoren für die Resilienz bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen in der ambulanten Hospizarbeit mithilfe bestehender Literatur und einer qualitativen Untersuchung erhoben und untersucht. Die Erhebung erfolgte durch leitfadenbasierte Interviews mit ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen und der Gruppenleitung des ambulanten Hospizvereins [redacted] Die Daten wurden durch eine fokussierte Interviewanalyse zu Risiko- und Schutzfaktoren gruppiert und bezugnehmend auf Faktoren bestehender Studien zu Hospiz und Ehrenamt untersucht. Im Anschluss wurden Ansätze erarbeitet, die zur Förderung der Resilienz von ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen auf individueller und organisatorischer Ebene beitragen können.

Bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen sind Faktoren erkennbar, die ebenfalls bei hauptamtlichen Hospizmitarbeiter*innen auftreten: Risikofaktoren wie fehlendes Wissen zu Bewältigungsstrategien, die Covid-19-Pandemie und fehlende Inanspruchnahme von organisationsinternen Hilfsangeboten; Schutzfaktoren wie der kollegiale Austausch sowie Glauben und Spiritualität. Hervorzuheben ist, dass bei ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen zu den Faktoren, die in bisherigen Studien der Hospizarbeit vorhanden sind, weitere hinzukommen: Schutzfaktoren wie Motivation zur Tätigkeit und die Patenschaft in der Hospizgruppe zwischen je zwei Ehrenamtlichen; Risikofaktoren wie das Unbekannte in neuen Begleitungen und der Abbruch einer Begleitung. Zu betonen sind die persönlichen Veränderungen, die bei den Ehrenamtlichen durch die Tätigkeit entstehen und zur Auflösung vorheriger Freundschaften führen können. Gleichzeitig empfinden ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen keine Belastung durch kurze Begleitungsdauern und Probleme von Gruppenmitgliedern wie hauptamtliche Mitarbeiter*innen.

Empfohlen wird, ehrenamtliche Sterbebegleiter*innen durch organisationsinterne Maßnahmen wie kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen mit individuellen und gruppenbezogenen Übungen und regelmäßiger Reflexion zu unterstützen, sodass ihre Resilienz durch den Abbau von Risiko- und den Aufbau von Schutzfaktoren gestärkt wird.

**Literaturverzeichnis**

Ablett, J. R. & Jones, R. S. (14.12.2006). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology*, 16 (8), S. 733–740, doi:10.1002/pon.1130

Aburn, G., Gott, M., Hoare, K. (2016). (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (5), S. 980-1000, doi:10.1111/jan.12888

Alkema, K., Linton, J. M., Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4 (2), S. 101-119, doi:10.1080/15524250802353934

Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausin, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y, Munoz, M., Qurik, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wegscheider, K., Wittchen, H.-U., Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210 (2), S. 125-131, doi: 10.1192/bjp.bp.115.180463

Angevaare, M. J., Roberts, J., van Hout, H. P., Joling, K. J., Smalbrugge, M., Schoonmade, L. J., Windle, G., Hertogh, C.M. (2020). Resilience in older persons: A systematic review of the conceptual literature. *Ageing research reviews*, 63 (101144), doi:10.1016/j.arr.2020.101144

Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Dionne-Odom, J. N., Frost, J., Dragnev, K. H., Hegel, M. T., Azuero, A., Ahles, T. A. (2015). Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33 (13), S. 1438-1445, doi:10.1200/JCO.2014.58.6362

Balz, H. J. & Spieß, E. (2009). *Kooperation in sozialen Organisationen: Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Ein Lehrbuch.* (J. Hartung, & K. Fröhlich-Gildhoff: Hrsg.) Stuttgart: Kohlhammer Verlag

## Anhang

| Übersicht der Projektdokumentation | | |
|---|---|---|
| Zuordnung | Name des Dokuments | Zugriff |
| Anhang A | Curriculum des Grundkurses aus dem Hospizverein [redacted] | 99 |
| Anhang B | Verwendete Studienliteratur | 100 |
| Anhang C | Teilnehmendeninformation und Einwilligungserklärung | 101 |
| Anhang D | Leitfaden für das Interview mit der ehemaligen Gruppenleitung | 103 |
| Anhang E | Leitfaden für die Interviews mit den ehrenamtlichen Sterbebegleiter*innen und der aktiven Gruppenleitung | 104 |
| Anhang F | Zustimmung der Ethikberatung | 105 |
| Anhang G | Transkriptionsregeln | 106 |
| Anhang H | Fragen zu soziodemografischen Daten | 107 |
| Anhang I | Postskripte | 108 |
| Anhang J | Fallzusammenfassungen | 110 |
| Anhang K | Transkripte | [redacted] |
| Anhang L | Kategoriensystem: Definition der Haupt- und Unterkategorien | [redacted] |
| Anhang M | Gesamtübersicht der codierten Textstellen | [redacted] |
| Anhang N | Fallorientierte Übersicht der Risiko- und Schutzfaktoren | 114 |

Verlinkung:

Aufgrund der Länge des Dokuments wird es online zur Verfügung gestellt. Zugang zum Dokument erhalten Sie über die folgende Verlinkung:

[redacted]

**Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen und dem Internet) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht physisch oder elektronisch veröffentlicht.

| | |
|---|---|
| Osnabrück, 14. Juli 2022 | Saskia Schleibaum |
| | [redacted] |
| Ort, Datum | Unterschrift |