



Hochschule **RheinMain**
University of Applied Sciences
Wiesbaden Rüsselsheim

Hochschule **RheinMain** · Kurt-Schumacher-Ring 18 · 65197 Wiesbaden

Fachbereich Sozialwesen

Projektträger Jülich
z.Hdn. Frau Irina Kobrin
Lebenswissenschaften, Gesundheit, Fachhochschulen (LGF)
Forschung an Fachhochschulen (LGF4/5)
Forschungszentrum Jülich GmbH
52425 Jülich

ABSCHLUSSBERICHT | Transdisziplinäre Professionalität im Bereich
spezialisierte ambulanter Palliativversorgung TP|sapv

30. November 2016

AZ: tpsapv|abschluss

fz: HSRM: 03FH001SA2

Prof. Dr. Schütte-Bäumner

Prof. Dr. Schulze FRUAS

fz: FRUAS: 03FH001SB2

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben erhalten Sie heute den Abschlussbericht des Forschungsprojektes „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung TP|sapv“. Es handelt sich um einen gemeinsamen Abschlussbericht der Hochschulen Frankfurt und Wiesbaden.

Selbstverständlich stehen wir Ihnen für weitere Fragen zur Verfügung.

Freundliche Grüße

für den Projektstandort Hochschule RheinMain Wiesbaden
Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner

für den Projektstandort Frankfurt University of Applied Sciences
Prof. Dr. Ulrike Schulze

Prof. Dr. Ulrike Schulze

Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner

Kurt-Schumacher-Ring 18
65197 Wiesbaden

T +49 (0)611 9495 – 1923
F +49 (0)611 9495 – 1303

christian.schuette-baeumner@hs-rm.de
www.hs-rm.de



Abschlussbericht des BMBF Forschungsprojektes

Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung TP|sapv

Zuwendungsempfänger:	Hochschule RheinMain University of Applied Sciences Wiesbaden Rüsselsheim	Frankfurt University of Applied Sciences
Förderkennzeichen:	03FH001SA2	03FH001SB2
Förderzeitraum:	01.10.2010 – 31.03.2016	
Forschungsteam <i>in alphabetischer Reihenfolge:</i>	Dorothee Becker, MAS Palliative Care Prof. Dr. habil. Michael May <i>koordinierende Gesamtleitung bis 01.09.2014 sowie Leitung des Projektstandortes Wiesbaden bis 01.09.2014</i> Dipl. Päd. Falko Müller Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner <i>koordinierende Gesamtleitung ab 01.09.2014 sowie Leitung des Projektstandortes Wiesbaden ab 01.09.2014</i> Susan Smeaton, M. Sc., Dipl. Pflegewirtin (FH) Prof. Dr. Ulrike Schulze <i>Leitung des Projektstandortes Frankfurt</i>	
Redaktion:	Prof. Dr. Christian Schütte-Bäumner	
Abgabetermin Stand:	Wiesbaden 30.11.2016	

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 03FH001SA2 (Wiesbaden) | 03FH001SB2 (Frankfurt) gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor/-innen.

I. KURZE DARSTELLUNG ZU AUFGABENSTELLUNG, PLANUNG UND ABLAUF DES PROJEKTES.....	2
1. Aufgabenstellung.....	2
2. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde.....	3
3. Planung und Ablauf des Vorhabens.....	5
4. Stand der Wissenschaft.....	10
5. Zusammenarbeit mit dritten Stellen.....	25
6. Verwendete Fachliteratur zur Projektausarbeitung.....	31
II. EINGEHENDE DARSTELLUNG.....	46
1. Verwendung der Zuwendung und des erzielten Ergebnisses im Einzelnen.....	46
1.1 Arbeitsphasen und Meilensteine sowie kostenneutrale Verlängerung.....	46
1.2 Zum empirischen Vorgehen.....	52
1.3 Ergebnisse.....	54
1.3.1 Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen.....	54
a) Idealtypische modi operandi.....	54
b) Wenig spezifizierte Kompetenzprofile hohes Maß an transdisziplinärer Professionalität.....	57
1.3.2 Bedürfnisse und Bedarfe.....	59
a) Wahrheit.....	59
b) Ambivalenz.....	61
c) Leibliche Kommunikation.....	61
d) Zeit.....	63
1.3.3 Organisiertheit der SAPV.....	65
a) Komplexität der SAPV.....	65
b) Generalisiertes Wissen Transdisziplinäres Wissen.....	71
c) Hybride Versorgungsordnung.....	73
d) Psychosoziale Stabilisierungsarbeit.....	75
1.3.4 Perspektiven für die Praxis: Konzeptbausteine.....	78
a) SAPV im Setting (Teamkulturen).....	78
b) Teamreflexion (Potentiale der Intervention).....	81
c) Ehrenamt (SAPV an der Schnittstelle zur AAPV).....	83
d) Psychosoziale Arbeit.....	85
2. Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Nachweises.....	90
3. Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit.....	90
4. Voraussichtlicher Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse.....	91
4.1 Politische Rahmung der Ergebnisse durch den fachwissenschaftlichen Projektbeirat.....	91
4.2 Wissenschaftliche Qualifikationsarbeiten im Kontext Tpsapv.....	93
5. Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen.....	94
5.1.1 Fachverbandliche Perspektiven.....	94
5.1.2 Infrastrukturelle sowie sozialpolitische (Weiter-)Entwicklung der SAPV.....	96
6. Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen des Ergebnisses.....	99
6.1 Erfolgte Veröffentlichungen.....	99
6.2 Geplante Veröffentlichungen.....	99
6.3 Erfolgte Vorträge.....	100
6.4 Geplante Vorträge.....	102
III. ANHANG.....	103

I. Kurze Darstellung zu Aufgabenstellung, Planung und Ablauf des Projektes

1. Aufgabenstellung

Vor dem Hintergrund einer selbst vorgenommenen umfassenden wissenschaftlichen Bedarfsermittlung, zielt das Praxisforschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (TP|sapv)“ auf die Entwicklung, Erprobung und formative (begleitende) Evaluierung (vgl. May 2010; Wolff/Scheffer 2003) innovativer Ansätze einer transdisziplinären Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in unterschiedlichen regionalen Sozialräumen.

Der zwar als förderungswürdig eingestufte, jedoch knapp unterhalb der realen Förderpunktzahl gebliebene Erstantrag konzentrierte sich noch sehr stark auf die Frage, wie Kernkompetenzen Sozialer Arbeit in der Praxis eines SAPV-Teams dieses multiprofessionelle Setting um Versorgungsleistungen bereichern könnten, die ja bisher nur unzureichend durch das Sozialgesetzbuch (§§ 37b, 132d SGB V) berücksichtigt und auch nur sehr gelegentlich im Rahmen von Drittmittelinwerbung der jeweiligen SAPV-Teams vergütet werden.

Durch zielführende fachwissenschaftlich relevant Anregungen in den Gutachten und durch erste explorative Erkundungen im Feld der ambulanten Palliativarbeit, die zeigen, dass sich die konkrete Praxis von Professionellen im Rahmen von SAPV häufig nicht an disziplinären Grenzziehungen orientiert, wird der *Fokus* des Projektes auf *praktische Aspekte einer transdisziplinären Professionalität im Bereich SAPV* erweitert.

Entsprechend werden sowohl die *konkreten Formen von im Kontext von SAPV praktizierter Professionalität* ebenso wie der Bedarf an einer achtsamen, humanen, gleichermaßen auf somatische, psychische, soziale wie gegebenenfalls auch spirituelle Dimensionen bezogenen Palliativversorgung zunächst unabhängig von disziplinären Grenzen erhoben und systematisiert.

Vor dem Hintergrund der jeweiligen, gemeinsam mit den Praxispartnern entwickelten, erprobten und formativ evaluierten innovativen Ansätze einer transdisziplinären Professionalität im Bereich SAPV können nun *Anregungen für die entsprechenden disziplinären Ausbildungsgänge*, vor allem aus den Praxis-Bereichen *Sozialer Arbeit und Pflege* dargestellt werden.

2. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde

Das Praxisforschungsprojekt TP|sapv versteht sich selbst als *transdisziplinär angelegter fachwissenschaftlicher Arbeitszusammenhang*. Mittelstraß (2005) hat bereits daraufhin gewiesen, dass „sich bestimmte Probleme dem Zugriff einer einzelnen Disziplin entziehen“. Er verweist in diesem Zusammenhang vor allem auch auf den Gesundheitsbereich. Daran anknüpfend können die gesundheitspolitischen Voraussetzungen (und damit ist in erster Linie die *sozialadministrativ klinische Verfasstheit der SAPV* (gemäß § 37 b, 32 d SGB V sowie die Richtlinie zur SAPV des Gemeinsamen Bundesausschusses) angesprochen) in den Vordergrund gerückt werden. Mit Verweis auf Mittelstraß stellt sich der sozialpolitische Kontext der SAPV insofern als problematisch oder als für die Untersuchung herausforderndes Moment dar, als dass die im Rahmen von Palliativversorgung und Sterbebegleitung auftretenden Probleme durchaus „anderen als allein wissenschaftlichen Fragestellungen“ (ebd.) folgen. Ebenso zeichnet sich ab, dass die von Mittelstraß diagnostizierte „Asymmetrie von Problementwicklungen und disziplinären Entwicklungen“ auch im Feld der SAPV dazu führen, dass „die disziplinären und Fachentwicklungen durch wachsende Spezialisierung bestimmt werden“ (ebd.).

Eine solcherart strategisch konzeptualisierte Spezialisierung beruflicher Kompetenz skizziert beispielsweise die Studie von Muths (2010): hier wird analysiert, wie sich die akademische Primärqualifizierung Pfleger und die hiervon ableitbaren Entwicklungen des Berufsbildes vor dem Hintergrund des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes darstellen. Mittelstraß (2005) hat demgegenüber eine stärker transdisziplinäre Orientierung gefordert. Dabei differenziert er eine „Transdisziplinarität, die sich auf *außerwissenschaftliche Problemstellungen* bezieht, [...] *praktische Transdisziplinarität* genannt“ (Mittelstraß (2005) und von einer „*theoretischen Transdisziplinarität*“ (ebd. Hervorh. d.d. Autor) unterschieden, „die aus der Lösung innerwissenschaftlicher Problemstellungen entsteht“ (ebd.). In diesem Sinne schloss das Praxisforschungsprojekt TP|sapv an ein Verständnis transdisziplinären wissenschaftlichen Arbeitens an, wie es von Bergmann/Schramm (2010) als „Verfolgen eines bestimmten epistemologischen Prinzips“ (ebd.: 10) gekennzeichnet wurde, „indem zwei Pfade der Erkenntnisgewinnung gleichzeitig beschrritten werden – der *Pfad des Erforschens neuer Handlungsoptionen für gesellschaftliche Probleme (Praxispfad)* und der *Pfad des Entwickelns interdisziplinärer Vorgehensweisen oder Methoden (Wissenschaftspfad)*, ohne die ein Verfolgen des Praxispfades nicht oder kaum möglich wäre“ (ebd.).

Auf diese Weise werden die, bereits in der Projektausschreibung genannten Begriffe ‚anwendungsorientierte Forschung‘ und ‚Forschungsverbund‘ konkretisiert und vermittelt. Der Begriff ‚Forschungsverbund‘ übergreift an dieser Stelle zwei Hochschulen und die beiden noch jungen (‚Integrations‘- und auch ‚Interventions‘-)Disziplinen Soziale Arbeit sowie Pflege und bezieht auch wichtige Akteure aus dem Bereich Palliativversorgung und Sterbebegleitung mit ein. Dabei hatte das Projekt bereits in seiner Vorbereitung im Zuge der Gewinnung entsprechender Praxispartner einen wichtigen Beitrag zu deren Vernetzung in der Region geleistet. Durch diese Zusammenarbeit mit Kommunen und öffentlichen, kirchlichen sowie privaten Trägern ist im Projektverlauf darauf geachtet worden, gerade durch seine skizzierte transdisziplinäre Orientierung „innovative soziale Dienstleistungen“ spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in die entsprechenden Hilfssysteme zu integrieren.

Regionsübergreifende Impulse konnten darüber hinaus durch die bereits angebahnten Kooperationsbeziehungen zu wichtigen, mit diesem Arbeitsfeld beschäftigten Fachgesellschaften und Forschungsgruppen gesetzt werden, die allesamt auf eine *Humanisierung der Situation schwersterkrankter und sterbender alter Menschen* zielen.

Um eine produktive Kooperation der Praxis- und Forschungspartner mit dem Forschungsteam „TP|sapv“ sicherzustellen und um die Praxis- und Forschungspartner angemessen einzubinden, ist ein ‚fachwissenschaftlicher Projektbeirat TP|sapv‘ gegründet worden. Ziele dieses fachwissenschaftlichen Beirates waren:

1. *Beratung des Forschungsteams TP|sapv* in sämtlichen Fragen der palliativen Infrastruktur, insbesondere bezogen auf fachwissenschaftliche, inhaltliche und professionelle Standards, gesetzliche Rahmenbedingungen, soziale Infrastruktur und Neuerungen,
2. *empirisch fundierte Ergebnispräsentation* der Forschungsgruppe aus dem Forschungsprozess,
3. *Aufbereitung dieser Ergebnisse* für eine Diskussion über die Weiterentwicklung der SAPV/APV sowie
4. hieran anschließend die Möglichkeit des fachlich inspirierenden Austausches aller Beiratsmitglieder zum Forschungsthema und darüber hinaus zur Formulierung *innovativer Anschlussfragestellungen im Bereich Palliative Care*.

Mit der Einrichtung eines fachwissenschaftlichen Projektbeirates ergab sich demzufolge eine gute Gelegenheit, den Nutzen der Praxisforschung im direkten Kontakt mit den Praxispartnern zu erörtern und ihre Empfehlungen in den weiteren Verlauf der Forschung einzubeziehen. Zur besseren Orientierung legen wir eine Auflistung der Praxispartner im Anlagenapparat bei. Didaktisch waren die Treffen des fachwissenschaftlichen Projektbeirates als Tagesworkshop konzipiert.

3. Planung und Ablauf des Vorhabens

Das Kernforschungsteam bestand zunächst aus den vier wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen, für die jeweils halbe Stellen beantragt worden waren in alphabetischer Reihenfolge

- Frau Esther Berkemer, Diplom-Gerontologin; Diplom-Pflegewirtin (FH) Ffm
- Herr Falko Müller, Diplom-Pädagoge (Univ.) Wi
- Herr Dr. phil. Christian Schütte-Bäumner, Diplom-Pädagoge (Univ.) Wi
- Frau Nadine Walther, Diplom Pflegewirtin (FH) Ffm

Im Verlauf des Forschungsprozess haben sich folgende personelle Veränderungen ergeben:

- Dorothee Becker, MAS Palliative Care Ffm
- Susan Smeaton, M. Sc., Dipl. Pflegewirtin (FH) Ffm

Begleitet und beraten wurden die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen in ihrer Forschungs- und Konzeptentwicklungstätigkeit durch die Projektleitungen der beiden Hochschulen. Die Präzisierung der Untersuchungsinstrumente und die gesamte Auswertung der einzelnen Forschungszugänge sowie die Konzeptentwicklung im Rahmen formativer Evaluation erfolgten im Gesamtteam.

Dennoch gab es sowohl in der Projektleitung wie unter den Mitarbeiter*innen spezielle Verantwortlichkeiten, orientiert an den unterschiedlichen Qualifikationen. So konzentrierte sich der zunächst koordinierende Projektleiter Prof. May sehr stark auf den forschungsmethodischen Bereich. Frau Prof. Schulze übernahm aufgrund ihrer Kompetenzen und Feldkenntnisse federführend den Bereich des Wissens- und Kompetenztransfers sowie die Kooperation mit anderen Projekten und die Verstetigung.

Prof. Dr. phil. Christian Schütte-Bäumner	koordinierende Gesamtleitung	Leitung Standort Wiesbaden
Prof. Dr. phil. habil Michael May	Standort Wiesbaden	
Prof. Dr. phil. Ulrike Schulze	Standort Frankfurt	Leitung Standort Frankfurt
Dipl. Päd. Falko Müller	Standort Wiesbaden	
Dorothee Becker, MAS Palliative Care	Standort Frankfurt	
Susan Smeaton, M. Sc., Dipl. Pflegewirtin (FH),	Standort Frankfurt	

Abb. Forschungsteam TP|sapv

Akzentsetzungen in den Aufgaben der einzustellenden wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen ergaben sich aus den drei zentralen Perspektiven des Projektes, aus dem eine Promotionsarbeit von Herrn Falko Müller hervorgeht:

- a/ zu den beruflichen Habitusformationen von im Rahmen von SAPV-Tätigen,
- b/ zu Prozessualität und thematischen Feldern eingegangener „Arbeitsbündnisse“ von Professionellen im Bereich SAPV,
- c/ zur qualitativen und quantitativen Bedarfsermittlung bezüglich transdisziplinärer Professionalität im Kontext von SAPV.

In den Forschungsprozess wurden Studierende aus unterschiedlichen Studiengängen der Hochschulen Frankfurt und Wiesbaden einbezogen. Diese konnten aber lediglich zur Arbeitserleichterung beitragen, so dass der Einbezug der Studierenden in erster Linie im Sinne von Qualifizierung, Wissenstransfer und Verstetigung zu betrachten ist. Hier lag neben den Projektleitungen auch ein Schwerpunkt von Herrn Prof. Dr. Schütte-Bäumner.

Verlängerung der Projektlaufzeit|kostenneutrale Verlängerung

Herr Prof. Dr. Schütte-Bäumner, der als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der HSRM im Projekt TP|sapv angestellt war, ist zum 01.09.2014 zum Professor am Fachbereich Sozialwesen der HSRM berufen worden. Damit wurde seine Stelle als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt frei. Da zu diesem Zeitpunkt bereits mit der letzten Phase des Projektes begonnen wurde, erschien es wenig sinnvoll, an seiner Stelle eine(n) neue(n) wissenschaftliche(n) Mitarbeiter*in einzustellen, weil, ehe diese(r) eingearbeitet wäre, der Förderungszeitraum des Projektes geendet hätte. An der Frankfurt University of Applied Sciences haben die beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen zum Jahresende 2015 gekündigt. Von daher sind auch an dieser Hochschule Finanzressourcen frei geworden für eine kostenneutrale Verlängerung. Für diese lassen sich inhaltlich zwei Gründe anführen:

Zunächst lässt sich festhalten, dass es dem Forschungsteam, entgegen der Vorhabenbeschreibung, nicht gelungen ist – wie dies bereits im ersten Zwischenbericht vermerkt wurde – eine Typologie beruflicher Habitusformationen zu rekonstruieren. Dies lag zum einen daran, dass in der ersten Phase ethnographischer Begleitung der Teams zunächst einmal der berufliche Alltag der Professionellen in den SAPV-Teams und dessen Organisation fokussiert wurde. Entgegen den Erwartungen, wurde das Forschungsteam in der Ethnographie mit ständig wechselnden Konstellationen von Mitarbeiter*innen konfrontiert und konnte von daher die Praxis einzelner Personen nicht über einen längeren Zeitraum beobachten. Dies aber wäre notwendig gewesen, um berufliche Habitusformationen zu rekonstruieren, die ja durch eine gewisse Art der Kontinuität in der professionellen Praxis charakterisiert sind. Zum andern trat die Komplexität der SAPV-Praxis in den ethnographischen Beobachtungen mit besonderer Deutlichkeit hervor und kann demzufolge als ein wesentliches Ergebniselement der Forschung festgehalten werden. Die überaus unterschiedlichen Kontexte, in denen SAPV-Arbeit geleistet wird – deren ethnographische Untersuchung zum Begreifen der (Struktur-)Logik des Feldes in der ersten Projektphase von zentraler Bedeutung war (!) – erschwerten es zudem, Ansatzpunkte zur Rekonstruktion der Habitusformationen zu finden, weil so die Beobachtung nicht nur durch wechselnde Konstellation der SAPV-Mitarbeiter*innen, sondern durch eine Heterogenität der Handlungskontexte geprägt war. Entsprechend war die Auswertung der Beobachtungen zunächst auf die Rekonstruktion der Logik des Feldes ausgerichtet, die eine wichtige Grundlage für den Anwen-

dungsbezug der letzten dritten Projekt-Phase bildete und zudem auf unserer letzten Sitzung des Fachwissenschaftlichen Projektbeirats auf positive Resonanz seitens der Praxis gestoßen ist.

Im ersten Zwischenbericht wurde vor diesem Hintergrund vermerkt, dass das Forschungsteam eine Rekonstruktion der Habitusformationen auf der Basis der auf Fallbegleitung fokussierten 2. Phase der Ethnographie sowie der 3. Projektphase, der formativen Evaluation neuer von den Praxispartnern erprobter Ansätze einer transdisziplinären Professionalität, anstrebt. So ließ sich in der zweiten Phase mit dem Fokus auf einzelne Fall-Verläufe, also die beobachtende Begleitung der Versorgung einzelner, ausgewählter Patient*innen über einen längeren Zeitraum zwar nicht die Schwierigkeit wechselnder Konstellationen der versorgenden Professionellen still stellen (da auch hier die Hausbesuche bei den ausgewählten Patient*innen häufig durch wechselnde SAPV-Mitarbeiter*innen erfolgten), jedoch ließen sich mit der Fokussierung einzelner Patient*innen die komplexesten und für das versorgerische Handeln wirkmächtigsten Variablen von Setting (häusliche Versorgung, häusliche Situation, Angehörige) und Krankheitsverlauf (Art der Erkrankung, Stadium) für die jeweilige Beobachtung konstant halten. Dies stellte eine wichtige heuristische Überlegung im Hinblick auf die Analyse der Arbeitsbeziehungen im Feld dar (siehe letzter Zwischenbericht), aber auch für die Rekonstruktion der Habitusformationen. Zudem wurden in den betreffenden drei Teams – die nach kontrastiven Merkmalen ausgewählt wurden – Audioaufzeichnungen der ausführlichen Fallbesprechungen angefertigt, die als „natürliche Gruppendiskussionen“ für die Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen transkribiert wurden.

Weiterhin zeigte sich in der beginnenden dritten Phase, dass die Teams Zeiten benötigten, um neue Ansätze der Verwirklichung transdisziplinärer Professionalität in der SAPV unter der Moderation des Forschungsteams so zu konkretisieren, dass sie sich modellhaften erproben und von uns formativ evaluieren ließen. Die Zeit der Moderation des Konkretisierungsprozesses füllte nicht die eingeplante Arbeitszeit. Von daher erschien es dem Team sinnvoller zu sein, statt der geplanten 4 parallelen, von jeweils einer/einem wissenschaftlichen Mitarbeiter*in begleiteten und formativ evaluierten modellhaften Ansätze, ein zeitlich versetztes und sich überlappendes Modell von jeweils zwei parallel begleiteten und evaluierten Projekten umzusetzen, in deren Verlauf bereits die nächsten beiden Modelle mit weiteren Praxispartnern geplant wurden.

Während die Mitarbeiterinnen am Frankfurter Projektstandort mit der bundesweiten standardisierten quantitativen Online-Erhebung der Bedarfsmuster unter SAPV-Teams beschäftigt waren, konzentrierten sich die Mitarbeiter des Wiesbadener Standorts auf den Abschluss und die Analyse der von ihnen durchgeführten zweiten ethnographischen Phase.

Aus dem Material der fokussierten Ethnographie des Verlaufs der Versorgung der jeweils ausgewählten Patient*innen ließen sich einige Problematiken herausarbeiten, die sich bei allen drei in der zweiten Phase beobachteten Teams abzeichnen, weshalb diese als die SAPV grundsätzlich betreffende strukturelle Probleme gelten können.

Aufgrund der *Kontinuität der Beobachtungen* wurde die *Diskontinuität der Versorgungsarbeit* sichtbar, die sich auf die eingangs erwähnte Komplexität und Heterogenität des Feldes zurückführen lässt, die die Teams vor organisatorisch schwer zu bearbeitende Widersprüche stellt. Die Diskontinuität bezeichnet dabei nicht allein die erwähnten wechselnden Konstellationen von Mitarbeitenden und zu Versorgenden pro Fall, sondern auch die *Schnittstellen der teaminternen Zusammenarbeit*, wo hohe Reibungsverluste (etwa als *fallbezogene ‚Geschichtsvergessenheit‘*) und *divergierende Fall-Einschätzungen* zu verzeichnen sind. Daher berührt diese Problematik nicht allein das Zusammenwirken von Professionellen und Patient*innen bzw. ihrem häuslichem Umfeld, sondern auch die Zusammenarbeit in den jeweiligen Teams.

Aus Sicht unserer Forschung besteht hier ein wichtiger Ansatzpunkt für die Entwicklung innovativer Konzepte zur Problembearbeitung. Durch die Auswertung einer bereits als Pre-Test geführten Gruppendiskussion mit einem der teilnehmenden Teams konnten diese Schwierigkeiten auch aus Sicht der Professionellen rekonstruiert werden.

Mit dem zweiten teilnehmenden Team wurden mehrere Vorgespräche geführt und eine Konzeptidee gemeinsam mit einer Team-Mitarbeiterin ausformuliert, die den Einsatzschwerpunkt Sozialer Arbeit in der ambulanten Palliativversorgung betrifft. Dabei fanden sowohl die Erkenntnisse aus der zweiten als auch die der ersten Phase Eingang, indem das Konzept in besonderer Weise die aus dem Aufeinandertreffen von häuslicher und professioneller Logik an der Schnittstelle von Lebenswelt und professioneller Organisation resultierenden Schwierigkeiten in den Blick nimmt. Gemeinsam vorbereitet mit einer Mitarbeiterin dieses SAPV-Teams aus dem Arbeitsbereich Psychosoziales, wurde eine Beitragsskizze für die Jahrestagung der DGSA im April 2015 verfasst, auf der das Konzept sowie die Evaluationsergebnisse vorgestellt wurde. Im dritten Teil der formativen Evaluation wurde die Einbindung ehrenamtlich im Feld Tätiger

und die Differenzierung von AAPV und SAPV fokussiert. Die strukturelle Einbindung des Ehrenamts in die Versorgung innerhalb der SAPV ist gesetzlich vorgegeben (§132d Abs. 2 SGB V) und somit ist diese auch ein Teil der SAPV. Nicht nur auf der strukturellen Ebene, sondern auch in der täglichen Praxis sehen sich Haupt- und Ehrenamt vor besondere Herausforderungen gestellt. In der Unterscheidung zwischen Haupt- und Ehrenamt verbirgt sich somit nicht nur die Unterscheidung zwischen freiwillig und beruflich Tätigen, sondern es ergibt sich auch eine Unterscheidung in AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) und SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung). Die hier gewonnenen Erkenntnisse wurden u.a. in einem Tagesworkshop, der in Zusammenarbeit mit der KASA (Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen), in Frankfurt stattfand, präsentiert und diskutiert.

SAPV Team Frankfurt	Teamkommunikation	Standort Wiesbaden
SAPV Team Hochtaunus	Stabilisierungsarbeit Transparenz der Zuständigkeit	Standort Wiesbaden
SAPV Team Idstein	Ehrenamt, SAPV-AAPV	Standort Frankfurt

Abb. SAPV und formative Evaluation

4. Stand der Wissenschaft

Transdisziplinarität

In der von ihm herausgegebenen „Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie“ hat Jürgen Mittelstraß „Transdisziplinarität“ als einen „Terminus der neueren Wissenschaftstheorie zur Charakterisierung von Forschungsformen [...], die problembezogen über die fachliche und disziplinäre Konstitution der Wissenschaft hinausgehen“ (1996: 329), bezeichnet und ihn dabei chronologisch und inhaltlich von „dem älteren Begriff der Interdisziplinarität“ (ebd.) abzugrenzen versucht. In seinem Beitrag „Von der Interdisziplinarität zur Transdisziplinarität?“ zur THESIS-Arbeitstagung „Transdisziplinarität – Bestandsaufnahme und Perspektiven“ hat Harald Völker (2004) nachgezeichnet, wie Erich Jantsch (vgl. 1970: 409) unter Bezug auf sein hierarchisch organisiertes Vier-Ebenen-Modell für das Erziehungs- und Forschungswesen mit den Ebenen „empirical level“, „pragmatic level“, „normative level“ und „purposive level“ schon in den 1970er Jahren „sich einer definatorischen Systematisierung der Zusammenarbeit

jenseits der Einzeldisziplinen“ (Völker 2004: 13) angenommen und dabei bereits „fast alle heute gebräuchlichen Vorsilbendisziplinaritäten“ (ebd.) – wie Multi-, Pluri-, Cross-, Inter- und Transdisziplinarität – begrifflich aufgefächert hat.

Sicherlich nicht zufällig deckten sich diese Vorschläge zur Differenzierung der Bezeichnungen weitgehend mit denen, auf die sich Expert*innen im Rahmen der OECD-Tagung „Interdisciplinarity. Problems of Teaching and Research in Universities“ (Apostel et al. 1972) einigten, war doch Jantsch an der Vorbereitung dieser Tagung maßgeblich mit beteiligt. Völker (vgl. 2004) zufolge wurden die entsprechenden Definitionen jedoch in der Folgezeit zunächst kaum aufgegriffen. „Ein zweites Leben eingehaucht“ – wie Völker (ebd.: 10) schreibt – bekam dann „die Bezeichnung Transdisziplinarität [...] im deutschsprachigen Raum durch Mittelstraß, der sie ab 1986 erneut in die Diskussion einbrachte“ (ebd.). Schon damals verband er mit Transdisziplinarität den Anspruch, dass diese „die disziplinären Dinge nicht einfach“ (1987: 156) belasse, „wie sie sind“ (ebd.). Vielmehr habe sie danach zu trachten, „und sei es auch nur in bestimmten Problemlösungszusammenhängen, die ursprüngliche Einheit der Wissenschaft – hier als Einheit der wissenschaftlichen Rationalität, nicht der wissenschaftlichen Systeme verstanden“ (ebd.) – wieder herzustellen.

Zwar gibt es bis heute Bemühungen, zu gemeinsamen Definitionen zu kommen (Wiesmann u. a. 2008¹). So hat beispielsweise Schaller (vgl. 2004) in seinem Beitrag zur THESIS-Arbeitstagung Definitionen der Begriffe Transdisziplinarität, Interdisziplinarität und Multidisziplinarität vorgelegt, die sich sehr stark an die von Jantsch und der OECD-Tagung anlehnen. Auch er muss jedoch zugestehen, dass sich in der Fachliteratur dazu „viele, z.T. konkurrierende, Definitionen und Verwendungsweisen“ (ebd. 40) finden lassen. Diesbezüglich hat Völker (vgl. 2004: 21) in seinem Beitrag zur gleichen Tagung in einer 6-Felder-Matrix „einige Unvereinbarkeiten in gängigen Transdisziplinaritätsdefinitionen“ zusammengetragen. Dabei beziehen sich von den drei Vergleichsdimensionen sowohl die Dimension „Gegenstand und Erkenntnisinteresse“ wie „Gesellschaftlicher Ort“ auf das Verhältnis außerwissenschaftlich / innerwissenschaftlich. Und so hat auch Mittelstraß – wie bereits angesprochen – zwischen einer „auf außerwissenschaftliche Problemstellungen“ (2005 zitiert nach Onlinequelle) zielenden, „praktische[n] Transdisziplinarität“ (ebd.) und einer „theoretischen Transdisziplinarität“ (ebd.) unterschieden, „die aus der Lösung innerwissenschaftlicher Problemstellungen entsteht“ (ebd.).

¹ Vgl. auch „Akademien der Wissenschaften Schweiz“: <http://transdisciplinarity.ch/td-net/Aktuell.html>

Bergmann u.a. (vgl. 2010: 10) haben dargelegt, dass wenn „hybride gesellschaftliche Probleme im transdisziplinären Forschungsprozess in wissenschaftlich bearbeitbare Fragestellungen übersetzt [werden], [...] analog zur Problemfigur ein komplexes wissenschaftliches Gefüge aus verschiedenen Fächern/Disziplinen [entsteht], die an der Forschungsaufgabe beteiligt werden müssen“ (ebd.). Vor diesem Hintergrund plädieren sie – wie skizziert – für ein „epistemologisches Prinzip“, indem „der Pfad des Erforschens neuer Handlungsoptionen für gesellschaftliche Probleme (Praxispfad) und der Pfad des Entwickelns interdisziplinärer Vorgehensweisen oder Methoden (Wissenschaftspfad)“ (ebd.) zu vermitteln sind. Dem folgend schloss auch das Praxisforschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (TP|sapv)“ an die auf die Definition von „Transdisziplinärer Forschung“ bezogene Empfehlung der „Akademien der Wissenschaften Schweiz“ zur „Synthese“ einer Weiterentwicklung „Transdisziplinärer Forschung“ an. Diese fasst „Transdisziplinäre Forschung“ als eine, die „nicht nur die Grenzen zwischen den einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen, sondern auch die zwischen den Wissenschaften und anderen gesellschaftlichen Bereichen“ (ebd.: 171) *überschreitet*.

Dass Bergmann u.a. bei ihrer Charakterisierung des „Wissenschaftspfades“ zunächst von „interdisziplinärer Vorgehensweisen und Methoden“ (2010: 10) reden, interpretieren wir mit Schaller in Bezug auf TP|sapv dahingehend, dass dieses sich schon allein aufgrund seiner Institutionalisierungsform als *Kooperationsprojekt zweier Fachbereiche unterschiedlicher Hochschulen* zunächst einmal ‚nur‘ als „interdisziplinäre Praxis ‚zwischen‘ den Disziplinen“ (2004: 40) dieser wissenschaftlichen Systeme konstituieren kann. Als Forschungsprojekt können wir die System-Grenzen der Disziplinen von „Sozialer Arbeit“ auf der einen Seite und „Pflege“ auf der anderen Seite selbst nicht aufheben, sondern *in einer gemeinsamen integrativen Forschungspraxis zunächst nur überschreiten*.

Vor diesem Hintergrund kann der Erfolg unseres Projektes auch nicht „daran gemessen werden [...], inwiefern sich am Ende der temporären und thematisch abgegrenzten Zusammenarbeit die Grenzen der Fächer verschoben und neu sortiert haben. Denn, so Harald Völker (2004: 24 „unbestreitbar dürfte sein, dass wissenschaftlicher Fortschritt im konkreten Fall auch innerhalb von Fächergrenzen möglich ist, insbesondere dann, wenn die Verunsicherung aus der interdisziplinären Zusammenarbeit in die Fächer hinein getragen wird“ (ebd.). Hinzu kommt, dass es weder bezüglich der „Pflege“ noch der „Sozialen Arbeit“ ein Einverständnis darüber gibt, ob es

sich dabei um eigene Disziplinen handelt, oder um „Integrationsdisziplinen“ im Sinne von Schaller, oder ob in beiden wissenschaftlichen Feldern jeweils vielleicht sogar selbst schon „transdisziplinäre“ Ansprüche verfolgt werden. So versuchte beispielsweise Werner Obrecht (vgl. 2001; 2003) schon früh, das von ihm mit Silvia Staub-Bernasconi zusammen entwickelte „Systemtheoretische Paradigma der Sozialen Arbeit als Disziplin und als Profession“ (vgl. dazu zusammenfassend May 2010: Kap. 4.16) als „eine transdisziplinäre Antwort auf die Situation der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Bereich und die Fragmentierung des professionellen Wissens“ (Obrecht 2001) zu profilieren. Und ebenso hat auch Wolf Rainer Wendt (o.J.) die Bedeutung von Transdisziplinarität für die Wissenschaft der Sozialen Arbeit hervorgehoben. Während Mittelstraß (2005) den „historischen Konstitutionszusammenhang der Fächer und Disziplinen“ (ebd.) hervorhebt, gehen Obrecht und andere Vertreter*innen einer systemi(sti)sch ausgerichteten Sozialarbeitswissenschaft (vgl. May 2010: Kap. 4.16) allerdings davon aus, dass die verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedliche Wirklichkeitsbereiche objektiv abbilden, die evolutionär als sich selbstorganisierend herausbildende Systeme gleicher Art hervorgebracht worden seien. Damit werden disziplinäre Grenzen hier nicht problematisiert, sondern als gegenstandsangemessen betrachtet und auf der wissenschaftstheoretischen Basis der Ontologie des wissenschaftlichen Realismus von Mario Bunge (1998) emergentistisch in Beziehung gesetzt. Von daher wäre dieses Programm einer Metatheorie Sozialer Arbeit auch nicht als ein transdisziplinäres, sondern mit Schaller eher als das einer „Integrationsdisziplin“ zu bezeichnen.

Weitergehend verbindet Mittelstraß (2005) mit „Transdisziplinarität“ explizit den Anspruch, die „Engführungen“ (ebd.) von Fächern und Disziplinen aufzuheben, „wo diese ihre historische Erinnerung verloren und ihre problemlösende Kraft über allzu großer Spezialisierung eingebüßt haben“ (ebd.). Entsprechend ist dann auch grundlegend in Zweifel zu ziehen, ob es einer aufgrund ihrer Orientierung an einem „ontologisch- emergentistischen Systemismus“ diesen Anspruch notwendig verfehlenden „transdisziplinären Metatheorie Sozialer Arbeit“ gelingen kann, entsprechende lebenspraktische Problemsituationen, auf die Soziale Arbeit stößt, in Probleme ihrer Theoriearbeit zu überführen und umgekehrt (vgl. May 2005: Kap. 5; May 2010: 236). Zudem steht das von Obrecht u.a. verfolgte Projekt einer solchen transdisziplinären Metatheorie im Widerspruch zu Mittelstraß Postulat, dass Transdisziplinarität „nicht in einen neuen fachlichen oder disziplinären Zusammenhang“ (Mittelstraß 2005) führe und sich ebenso wenig

„in theoretischen Formen“ (ebd.) verfestige. Vielmehr sei sie ein „Forschungsprinzip“, das „Problemwahrnehmungen und Problemlösungen“ (ebd.) leite und somit „auch keine Methode, womöglich ausgearbeitet in Methodologieform“ (ebd.). Explizit auf Mittelstraß Verständnis von „praktischer“ und „theoretischer Transdisziplinarität“ bezieht sich demgegenüber Hartmut Remmers (vgl. 2009: 6) in seinen Vorschlägen für eine sinnvolle Strukturierung der Debatte um eine pflegewissenschaftliche Fachgesellschaft. So beleuchtet er Pflegewissenschaft einerseits als (a) an praktischen Problemen orientierte „Handlungswissenschaft“ und (b) als „transdisziplinäres [...], verschiedene Bezugswissenschaften unter originär pflegewissenschaftlichen Fragestellungen zusammenführendes Integral“ (ebd.). Fachpolitisch impliziert dies für ihn eine „Öffnung der Fachgesellschaft auch gegenüber Angehörigen benachbarter Wissenschaften (bspw. Soziologie, Psychologie, Gerontologie, Medizin) oder auch Berufsgruppen, zumal mit Blick auf ein multiprofessionell strukturiertes Berufsfeld“ (ebd.).

Transdisziplinäre Professionalität

Dewe/Otto (vgl. 2011: 1131; 2011a: 1143f.) haben vorgeschlagen in der Debatte „genauer zu unterscheiden zwischen einer Zentrierung des wissenschaftlichen Interesses (a) auf Profession als einer besonderen Berufsform der Gesellschaft, die die soziale Makroebene betrifft, (b) auf Professionalisierung als berufsgruppenspezifischem sozialen Handlungsprozess, der den ambivalenten Verlauf der Etablierung von Professionen thematisiert und (c) auf die Spezifik eines nicht-technologisierbaren Aggregatzustandes beruflichen Handelns, also auf die Professionalität [...] im Sinne eines habitualisierten, szenisch-situativ zum Ausdruck kommenden Agierens unter typischerweise hochkomplexen wie auch paradoxen Handlungsanforderungen“ (Dewe/Otto 2011: 1131).

Vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung richtete sich das Interesse des Forschungsvorhabens eindeutig auf Formen einer „*transdisziplinären Professionalität*“. Demgegenüber zielt der „ontologisch-emergentistische Systemismus“ von Obrecht u.a. auf eine „Professionalisierung“ Sozialer Arbeit und die Etablierung einer „Integrationsdisziplin“ Sozialer Arbeit, im Sinne von Schaller. Ebenso ließe er sich auch zur Begründung einer „Professionalisierung“ der Pflege heranziehen mit einer entsprechenden sie flankierenden „Integrationsdisziplin“ von Pflegewissenschaft (vgl. auch Bock-Rosenthal 1999; Schaeffer/Wingenfeld 2011). Eine „transdisziplinäre Professionalität“, wie sie im Rahmen dieses Projektes für den Bereich SAPV erprobt und evaluiert wurde, lässt sich auf seiner Grundlage jedoch nicht entwickeln, weil diese

„Metatheorie“ – ganz entgegen des von ihr erhobenen transdisziplinären Anspruchs – in der Ontologisierung der disziplinären Gegenstände die Grenzen sowohl zwischen den Disziplinen als auch zur (Lebens-)Praxis eher verfestigt, denn überwindet.

Gerade indem diese „Metatheorie“ beansprucht, die ihrer Ansicht nach objektiv unterschiedlichen Wirklichkeitsbereichen geschuldete disziplinäre Aufsplitterung der entsprechenden „Bezugswissenschaften“ Sozialer Arbeit hinsichtlich eines auf soziale Probleme bezogenen Erklärungswissens nicht nur untereinander, sondern auch mit einer „Handlungstheorie“ verknüpfen zu können und schließlich sogar mit entsprechenden „Methoden“ bzw. „Arbeitsweisen“ Sozialer Arbeit (vgl. May 2010: Kap. 4.16), verfehlt sie den Kern dessen, was Dewe/Otto als Professionalität gekennzeichnet haben. So zielt Professionalität ihrer Ansicht nach doch auf ein „nicht-technologisierbare[s]“ (2011: 1131) „spezifische[s] Vermögen [...] im Umgang mit Menschen, [...] im Sinne eines szenisch-situativen Handelns unter bisweilen paradoxen Handlungsanforderungen“ (2011a: 1144).

Zwar sieht Obrecht (2009) auch Anschlussmöglichkeiten seines Professionsbegriffs zu Oevermanns strukturtheoretischer Professionstheorie, „wonach alle professionalisierungsbedürftigen Berufspraxen im Kern mit der Aufgabe der stellvertretenden Krisenbewältigung für einen Klienten auf der Basis eines explizit methodisierten Wissens beschäftigt sind und die manifeste Professionalisiertheit dieser Berufe an die Bedingung der bewussten Wahrnehmung dieser stellvertretenden Krisenbewältigung gebunden ist“ (Oevermann 2009: 113). Indem Oevermann diese professionalisierte Praxis stellvertretender Krisenbewältigung nicht nur als „gesellschaftlichen Strukturort“ (ebd.: 115) für eine Vermittlung von Theorie und Praxis zu bestimmen sucht, sondern zugleich auch dafür, dass jene „Dialektik systematisch bearbeitet wird“ (ebd.: 114), „in der mit der Sicherung von Autonomie [...] durch explizites Wissen zugleich die De-Autonomisierung von Lebenspraxis durch wachsende Abhängigkeit von wissenschaftlicher oder künstlerischer Expertise zunimmt“ (ebd.), öffnet sich seine „professionalisierungstheoretische Ableitungsbasis für eine strukturanalytische Bestimmung des Arbeitsbündnisses zwischen dem Experten und dem Klienten“ (ebd.: 113) auch für Fragen von Professionalität. Dies wird besonders deutlich, wenn der dieses Arbeitsbündnis dergestalt als „widersprüchliche Einheit von diffusen und spezifischen Beziehungskomponenten“ (ebd. 117) zu analysieren trachtet, dass sich darin beide Seiten „als ganze Personen in der Logik diffuser Sozialbeziehungen

aneinander binden, obwohl sie grundsätzlich in der spezifischen Sozialbeziehung [...] einer [...] Dienstleistung verbleiben“ (ebd.; vgl. auch 1996: 155).

In Hinblick auf die Professionalisierung Sozialer Arbeit ist für ihn jedoch nicht nur die Frage noch offen, „ob und wie diese widersprüchliche Einheit von spezifischen und diffusen Sozialbeziehungen im pädagogischen Handeln in ein professionalisiertes Arbeitsbündnis überführt werden kann, damit die potentiell negativen Entwicklungsfolgen kontrolliert vermieden und die entwicklungsfördernden Potentiale kontrolliert geweckt werden“ (1996: 148). An seinen berufsstrukturellen Kriterien gemessen, sieht Oevermann (vgl. auch 2002) Soziale Arbeit auch deshalb nur als „Semiprofession“, weil sie neben ihrer eingeschränkten eigenen Autonomie aufgrund ihrer diffusen Allzuständigkeit darüber hinaus über kein klar abgegrenztes Tätigkeitsfeld und entsprechend auch über keine abgegrenzte, eigenständige, wissenschaftliche Kompetenzdomäne verfüge.

Vermutlich vor diesem Hintergrund haben dann auch Ingrid Darmann-Finck und Heiner Friesacher den „Kern der Pflege, oder schlicht, das typisch ‚Pflegerische‘ (2009: 1) – die „pflegerische Domäne“ (ebd.), die diese auch „von den anderen Professionen“ (ebd.) abzugrenzen erlaube – als „Ansetzen an der Leiblichkeit (und nicht nur am Körper) und eine die Existenz umfassende, heilende, Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung in krisenhaften, oftmals sehr verletzlichen Situationen“ (ebd.) zu bestimmen versucht. Und entsprechend haben sie für diese ihre „originären Bereiche“ (ebd.) auch eine „gesetzliche Verankerung der Autonomie der Pflege“ (ebd.) gefordert.

Dieses Professionalisierungsmodell erscheint allerdings in Zeiten, in denen selbst die Medizin als klassische Profession im Zuge einer zunehmenden Verrechtlichung und Verbetriebswirtschaftlichung mehr und mehr ihre Autonomie einzubüßen droht, gänzlich unrealistisch. Hinzu kommt, dass auch Darmann-Finck und Friesacher die Pflege nicht auf die von ihnen postulierte „(Kompetenz-)Domäne“ eingeeengt sehen wollen, sondern zugleich auch Anschluss suchen an „die international etablierten Berufsbilder der Advanced Nursing Practice (ANP) [...], deren Aufgaben eher in Bereichen der medizinischen Versorgung liegen“ (ebd.). Von daher kommen auch bei der von ihnen favorisierten Option für eine Etablierung der Pflege als Profession – besonders im Hinblick auf das, was sie das „typisch ‚Pflegerische‘ bezeichnet haben – zumindest Aspekte einer „transdisziplinären Professionalität“ in den Blick. Eine solche steht jedoch sowohl im Widerspruch zu Parsons (vgl. May 2010: Kap. 4.1 & 4.10) strukturfunktionalistischer

Professionstheorie, wie auch zu ihrer Weiterführungen in Form des strukturbezogenen Professionsmodells von Oevermann, das ebenfalls eine eingegrenzte „wissenschaftliche Kompetenzdomäne“ als ein wesentliches Kennzeichen von Profession und Professionalisierung ausweist. Ebenso wenig begründbar ist ein Modell „transdisziplinärer Professionalität“ vor dem Hintergrund der besonders von Rainer Stichweh (1996: 63) entwickelten systemtheoretischen Professionstheorie. So fasst diese Profession „als spezifische ‚Form‘ [...] gesellschaftlichen bzw. sozialen Handelns, die ein definiertes Funktionssystem betreut“ (Dewe/Otto 2011: 1143), und bindet sie damit ebenso wie ihre wissenschaftlich-disziplinäre Grundorientierung an gesellschaftliche Funktionssysteme (zur kontroversen systemtheoretischen Diskussion, ob es sich bei Helfen um ein eigenes gesellschaftliches Funktionssystem handelt, vgl. May 2010: Kap. 4.8). Eine „transdisziplinäre Professionalität“ verbietet sich vor dem Hintergrund von Luhmanns (vgl. 2009) Systemtheorie aber allein schon deshalb, weil der „Gegenstand“ von Transdisziplinarität vor dem Hintergrund seiner Theorie ein rein innerhalb des wissenschaftlichen Systems generierter und deshalb auch ein Paradigmen bezogener ist. Entsprechend kann bezüglich des „gesellschaftlichen Ortes“ Transdisziplinarität in der Systemtheorie auch nur als eine rein „innerwissenschaftliche Angelegenheit mit starker theoretischer Integration und hohem Theorieniveau“ (Völker 2004: 21) in den Blick kommen.

Am ehesten anschlussfähig scheint unser Begriff „transdisziplinärer Professionalität“ an das Projekt einer „*aufgabenspezifischen reflexiven Theorie der Professionalität*“, wie es von Dewe/Otto (2011a: 1143) vorangetrieben wird. Denn im Vordergrund steht hier „die Qualität der Zuständigkeit und keineswegs die vermeintliche oder tatsächliche Exklusivität der Zuständigkeit, wie es die essentialistische Denkart“ (Dewe/Otto 2011: 1135) klassischer Professions- und Professionalisierungstheorien ins Zentrum rückte. Dabei beansprucht jener neue „reflexiv angelegte“ Theorieansatz nicht nur die mit diesen klassischen Professions- und Professionalisierungstheorien verbundene „legitimations- und standespolitische Debatte [...] hinter sich“ (2011: 1135) zu lassen. Stattdessen lenkt er das wissenschaftliche Interesse auf die Aspekte „der Handlungslogik professionalisierter sozialer Berufspraxis“ (2011a: 1143), „des Wissens und Könnens der Akteure in Handlungsfeldern“ (ebd.) und „der Bedeutung von Reflexivität für die Bewältigung professioneller Aufgaben“ (ebd.).

Zugleich verbindet sich damit das Bestreben, „die im Kern technokratische, vornehmlich effizienz- und leistungsorientierte Debatte um ‚Qualität‘ bzw. ‚Qualitätssicherung‘“ (ebd.)

kritisch zu überwinden, indem die Qualität von Professionalität mit Hilfe von drei Modi zu bestimmen versucht wird:

1. „Den analytischen Qualitätsmodus, Relationierung genannt“ (2011a: 1151). Entgegen der auf unterschiedliche Weise in der Struktur- und Systemtheorie sowie der 'transdisziplinären' Metatheorie des ontologisch-emergentistischen Systemismus bloß erkenntnislogisch zu „vermitteln“ versuchten „Wissenstypen“, geht es hier um die „Kontextualisierung und [...] systematische[] Relationierung von Urteilsformen“ (ebd.: 1149) vor allem in Bezug auf „reflexives Wissensverständnis und situativ/sozialkontextbezogene Angemessenheit“ (ebd.), was auch ein zentraler Aspekt des von uns als transdisziplinär zu fokussieren versuchten Moments von Professionalität darstellt.

2. Den damit schon „als methodische Anwendungsdimension“ (ebd.: 1151) angesprochenen „systematischen Qualitätsmodus, Reflexivität genannt“ (ebd.), als „nicht standardisierbare, nicht-technisierbare Relationierungsleistung in einem je spezifischen Handlungsvollzug“ (ebd.: 1152), um „einen lebenspraktischen Problemfall kommunikativ [als Blockierungszusammenhang] auszulegen, indem soziale Verursachungen rekonstruiert werden, um den Klienten aufgeklärte Begründungen für selbst zu verantwortende lebenspraktische Entscheidungen anzubieten und subjektive Handlungsmöglichkeiten zu steigern“ (ebd.: 1145).

3. „Den strukturellen bzw. gesellschaftsstrukturbezogenen Qualitätsmodus, demokratische Rationalität genannt“ (ebd.: 1152), der sich in dienstleistungstheoretischer Terminologie (vgl. Schaarschuch/Oelerich 2005: 13) sowohl auf die „Erbringungsverhältnisse“ in verschiedenen konkret eingegangenen „Arbeitsbündnissen“, wie auf deren „Erbringungskontexte“ auch im Sinne spezifischer „Produktionsverhältnisse des Sozialen“ (vgl. May 2006) bezieht.

Und so wurde im Rahmen unseres Forschungsvorhabens auch untersucht, inwieweit das jeweilige „*organisationskulturelle System*“ (Klatetzki 1993, vgl. auch 2010) sowie die institutionellen, juristischen, finanziellen und weitere strukturellen Vorgaben eine solch demokratische Rationalität transdisziplinärer Professionalität im Bereich SAPV jeweils begünstigen oder behindern.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in ihren Bezügen zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)

Dass Menschen den Wunsch formulieren, das Ende ihres Lebens zu Hause zu erleben und zu organisieren, auch wenn eine ärztliche, pflegerische und psychosoziale Unterstützung erforderlich wird, ist mittlerweile eine verbindliche Erkenntnis in palliativer Praxis und Theorie (vgl. Schulze 2004; Schulze 2005a). „75% der Palliativpatienten wollen am Lebensende zu Hause versorgt werden. Ein Teil von ihnen benötigt beispielsweise aufgrund einer komplizierten Schmerz- und Symptomsituation eine besonders aufwendige Betreuung. Neben stationären Einrichtungen wie Palliativstationen und Hospizen ist deshalb ein ambulantes Palliativversorgungsangebot notwendig“ (Jansky et al. 2011: 165). Zwar werden in der Literatur die Begriffe „palliativ“ und „Hospiz“ oft synonym gebraucht. Wir schließen uns aber dem von Wilkening/Wichmann (2010) vorgeschlagenem Sprachgebrauch an und sprechen „von ‚palliativ‘ immer dann [...], wenn wir den Akzent hauptamtlich beteiligter Professionen in der Versorgung Sterbender betonen wollen und von ‚Hospiz‘ dann, wenn es uns eher um den bürgerschaftlichen Anteil der freiwilligen Hospizbewegung geht“ (ebd.: 166).

Im Zuge der Professionalisierung der Palliative Care, insbesondere hinsichtlich des Ausbaus der ambulanten Versorgungsstruktur für schwerstkranke Menschen und deren soziales Umfeld, hat der Gesetzgeber nunmehr diese infrastrukturelle Konsolidierung im „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) gültig ab 01. April 2007, rechtlich geregelt (vgl. ebd.: 165). In einer entsprechenden Richtlinie hält der gemeinsame Bundesausschuss die Rahmenbedingungen dieser Versorgungsleistung fest. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die folgenden Kategorien:

- Grundlagen und Ziele
 - Anspruchsvoraussetzungen
 - Anforderungen an die Erkrankungen
 - Besonders aufwändige Versorgung
 - Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
 - Zusammenarbeit der Leistungserbringer
 - Verordnung von SAPV
 - Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse
- (vgl. Richtlinie GBA 2007).

In Abgrenzung zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) sind in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Patient*innen angesprochen, die einen besonders komplexen und intensiven Versorgungsbedarf aufweisen und demzufolge eine besonders spezialisierte und intensive Leistungserbringung benötigen. Als anspruchsberechtigte Patient*innen werden in oben genannter Richtlinie die folgenden Voraussetzungen zusammengefasst:

- unheilbare, progrediente Erkrankung, die in absehbarer Zeit zum Tod führt,
- Notwendigkeit einer besonders aufwendigen Versorgung (komplexe Symptomatik)
- als Orte der Leistungserbringung kommen in Frage: zu Hause, in Pflegeheim, Hospiz (nur ärztl. Versorgung möglich) oder Einrichtungen für behinderte Menschen,
- Verordnung durch Vertrags- (i.d.R. Haus- und Fachärzte) oder Krankenhausarzt, dieser für 7 Tage (vgl. Jansky et al. 2011, Richtlinie GBA 2007).

Sozialrechtlich ist die SAPV im Sozialgesetzbuch V, dort in den Paragraphen 37b sowie 132d geregelt. Hier wird auch die Verordnungsfähigkeit der SAPV durch einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt aufgegriffen. Vor dem Hintergrund dieser sozial- und leistungsrechtlichen Regelungen (gesetzliche Krankenversicherung), begannen ab 2007 in Deutschland Verhandlungen zwischen Leistungserbringern der SAPV und den Kostenträgern, also den Krankenkassen.

In den sogenannten Musterverträgen, die inzwischen in allen Regionen Deutschlands abgeschlossen wurden, ist die detaillierte Gestaltung und Organisation der SAPV nach Maßgabe der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses sowie mit Bezug auf die regionalen Besonderheiten festgelegt². Als besonders entscheidendes Charakteristikum sind erstens die 24-Stunden-Rufbereitschaft/ Einsatzbereitschaft und zweitens die Qualifikationsvoraussetzungen der Mitarbeiter*innen in einem SAPV-Team hervorzuheben. Erst durch die garantierte Erreichbarkeit einer Fachkraft des SAPV-Teams ist es möglich, akute Krisen ambulant aufzufangen und patientenorientiert zu ‚bearbeiten‘. Die versorgungsrechtliche und dienstleistungspraktische Ermöglichung von SAPV repräsentiert in dieser Form eine Innovation, weil eine schmerztherapeutische und symptomkontrollierende Begleitung schwerstkranker Menschen möglich wird. Krankenhauseinweisungen, die aufgrund unzureichender Schmerztherapien und mangelhafter Koor-

² Am Beispiel des SAPV Mustervertrages für das Bundesland Hessen werden detaillierte Regelungen getroffen, die sich auf Items wie ‚Vertragsziele, Vertragsgrundlagen‘ und ‚Anspruchsvoraussetzungen‘ etc. beziehen, vgl. hierzu www.fachverband-sapv.de.

dination der unterschiedlichen Unterstützungsleistungen (wie beispielsweise Pflegedienst, Hausnotruf, Hauswirtschaftliche Hilfen etc.) erfolgen, können nunmehr durch patientenorientiertes Case- und Care-Management vermieden werden. Das Konzept der SAPV fokussiert dabei nicht ausschließlich die Patient*innenperspektive, sondern *das gesamte soziale Umfeld des sterbenden Menschen*. Trotz dieser versorgungsrechtlichen Regelungen ist eine flächendeckende Implementierung der SAPV bisher nicht gelungen. So haben 80 000 Menschen einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen der SAPV. Allerdings beschränkt sich der Versorgungsgrad der SAPV auf 25%, so dass über 60 000 Menschen keine spezialisierte Therapie und umfassende Begleitung am Lebensende bekommen (vgl. Klinkhammer 2011). Neben den Schwierigkeiten einer Implementierung der SAPV im ländlichen Bereich, die der Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Heiner Melching, auf eine schlechte Umsetzung der SAPV-Musterverträge zurückführt, wird darüber hinaus sehr viel grundlegender kritisiert, dass „die bundesweite Vertragslandschaft zur ambulanten Palliativversorgung [...] weiterhin einem Flickenteppich [gleich]. Erst nach und nach werden (unterschiedliche) Musterverträge in den Bundesländern geschlossen“ (Richter-Kuhlmann 2010). Darüber hinaus fehlten gegenwärtig überzeugende Programme, die SAPV in ihren Bezügen zur AAPV darzustellen, um eine Durchlässigkeit beider Versorgungskonzepte zu gewährleisten.

Diese Perspektive wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dem Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband – beides Kooperationspartner des Forschungsprojektes TP|sapv – aufgegriffen, indem sie beispielsweise jene Fragestellung in der Anfang des Jahres 2011 neu gegründeten Arbeitsgemeinschaft Ambulante Palliativversorgung (AG APV) gemeinsam mit Expert*innen der Palliative Care bearbeiten möchten (vgl. von Hayek 2011). Auf diese Weise könnten die medizinischen und sozialen Hilfen der Leistungserbringern der Primärversorgung (zum Beispiel niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie ambulante Pflegedienste und Hospizinitiativen) mit palliativmedizinischer Basisqualifikation, die das Dienstleistungsspektrum der AAPV repräsentieren, in unmittelbarem Zusammenhang mit der SAPV gebracht werden.

Transdisziplinarität und SAPV

Im Hinblick auf das Grundverständnis von Sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich wird immer wieder zunächst eine hospizliche Grundhaltung und erst danach eine spezifische Fachlichkeit hervorgehoben (vgl. Student et al. 2004: 43; Wilkening/ Wichmann 2010: 166).

Dies gilt aber nicht nur für die Soziale Arbeit, sondern – wie Wilkening/Wichmann (vgl. ebd.) hervorheben – auch für alle anderen in diesem Feld tätigen Professionellen. Vor diesem Hintergrund haben sie angemahnt „sich mit hospizlich-palliativen Grundprinzipien sowie einigen regionalen, historischen Entwicklungen vertraut zu machen, bevor man die Sichtung detaillierter Tätigkeitsbeschreibungen und theoretisch möglicher Einsatzfelder vornimmt, die im Einzelnen auf jeder Einsatzstelle mit den Verantwortlichen und Mitgestaltenden ohnehin erst ausgehandelt und erprobt werden müssen“ (ebd.). Zwar beziehen sie dies auf Forschungen und Praxisentwicklungen zu einer Professionalisierung Sozialer Arbeit in diesem Feld. Sie liefern damit jedoch zugleich eine starke Begründung für TP|sapv zu einer „transdisziplinären Professionalität im Bereich von SAPV“. Im § 10 des hessischen Mustervertrags ist festgehalten, dass, „so weit weitere Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) vertraglich eingebunden werden, [...] diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen (haben)“ (vgl. SAPV Mustervertrag Hessen³). Jenseits dieser recht formalen Qualifikationsbestimmung bleibt indes unklar, welches konkrete Leistungs- und Qualifikationsprofil beispielsweise von psychosozial ausgebildeten Fachkräften nachgewiesen werden muss. Überdies fehlen Erkenntnisse darüber, wie das Aufgabenspektrum der SAPV – auch in ihren Bezügen zur AAPV und Hospizarbeit –, dass sich zwischen medizinischer, pflegerischer, sozialer, psychologischer und spiritueller Dimension aufspannt, zwischen und von den unterschiedlichen Professionen grundsätzlich auf- geteilt und verteilt wird. An dieser Stelle wurde schon deutlich, dass die Forschungsperspektive, über eine rein inter-professionelle Einschätzung der jeweiligen Kompetenzmuster hinausgehen musste. Aus diesem Grund wurde der Fokus in Richtung „Transdisziplinäre Professionalität“ verändert und erweitert.

Eine transdisziplinär konzipierte Perspektive kann nicht ignorieren, dass sich die Entwicklung der Palliative Care an historisch gewachsenen Disziplin-, bzw. Professionsverständnissen orientiert. Allerdings sind Überschneidung von Aufgabenbereichen – zum Beispiel mit Bezug auf die Themenbereiche Beratung, Gesprächsführung, Koordination (Care Management) – nicht nur möglich, sondern bereits Realität. Das Forschungsinteresse von TP|sapv richtete sich vor diesem Hintergrund nicht auf die akademische Entwicklung eines neuen Professionstypus.

³ www.fachverband-sapv.de

Vielmehr setzte es sich als selbst transdisziplinäre Forschungsperspektive um. Diese beschränkte sich nicht einfach auf eine Fokussierung solcher „neuer Selbstverständnismuster“, sondern versucht – über die Studie von Jansky et al. (2011) hinausgehend –, auch entsprechende Praktiken sowie dabei von den Professionellen praktisch eingegangene Arbeitsbündnisse empirisch zu rekonstruieren und zu typisieren.

Hier knüpfte TP|sapv an die Ergebnisse des von Prof. Dr. Werner Schneider, Universität Augsburg, geleiteten Forschungsprojektes „Sterben dort, wo man zuhause ist ... – Organisation und Praxis von Sterbebegleitungen in der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit“ (SOFI 20070862) an. Dieses hat in systematisch-vergleichenden ethnographischen Einzelfallstudien bei ausgewählten ambulanten Diensten und in einer darauf aufbauenden teilstandardisierten Erhebung konkrete Praktiken der Sterbebegleitung in der ambulanten Palliativ-/ Hospizarbeit aus der Perspektive der jeweiligen Akteure – also der beteiligten medizinischen und nichtmedizinischen Fachkräfte, der Ehrenamtlichen, der Angehörigen und auch der Sterbenden selbst – untersucht. TP|sapv ging in der Rekonstruktion der von Professionellen eingegangenen Arbeitsbündnissen über das Projekt von Prof. Schneider hinaus. Zudem wollte es über eine zunächst qualitativ angelegte Bedarfsermittlung ggf. fehlende oder vernachlässigte Versorgungsformen eruieren. Darüber hinaus können Aussagen durch die bundesweite online-Befragung zur Überprüfung der rekonstruierten Muster getroffen werden. Weiterhin wurde eine qualifizierte Einschätzung zu den Bedarfen der SAPV, die über die Studie von Jansky et al. hinausgeht, ermöglicht.

Bezüglich der Bestandserhebung wurden die Daten des ebenfalls von Prof. Dr. Werner Schneider geleiteten und koordinierten Forschungsprojektes „Systematische Erfassung von Maßnahmen der SAPV sowie Prüfung ihrer Wirksamkeit: Standardisierte Erhebungen und qualitativ-explorativen Forschungen ‘vor Ort’“ einbezogen. Gleiches gilt auch für das von Prof. Dr. Maria Wasner, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin Klinikum Großhadern und Katholischen Fachhochschule München, geleitete Forschungsprojekt „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“, das über einen Fragebogen an die ärztlichen Leiterinnen und Leiter aller deutschen Palliativstationen Daten zur psychosozialen Versorgungssituation auf den Stationen sammelte.

Vor diesem Hintergrund wurden daraufhin gemeinsam mit unseren Praxispartnern innovative Ansätze einer transdisziplinären Professionalität erprobt. In Hinblick auf die Fragen von Quali-

tät und Wirkung hat sich das Forschungsteam TP|sapv dazu entschieden, jene Erprobung als formative Evaluation durchzuführen, die an die Konzepte „responsiver“ und „dokumentarischer Evaluationsforschung“ (vgl. May 2010: 310ff.; 2011: Kap. 7) anknüpft. Ein wesentlicher Grund dafür sind methodologische Bedenken bezüglich der Messbarkeit von Wirkungen, die über unmittelbare somatische Veränderungen hinausgehen (vgl. May 2011). Diese Bedenken betreffen auch die Wirksamkeitsprüfung über entsprechende Evaluationsbögen sowie die Leitfadenterviews zu „Qualität und Wirksamkeit“ im angesprochenen Projekt von Werner Schneider (vgl. Schneider u.a. 2010), die ja nur Einschätzungen (von Professionellen und Betroffenen), nicht aber reale Wirkungen zum Gegenstand haben. Gleiches betrifft auch das von Michael Wissert geleitete Eigenprojekt der Hochschule Ravensburg-Weingarten zur „Ermittlung von Wirkungen des Case-Managements in der Variante des Unterstützungsmanagements in palliativ-hospizlichen Handlungsfeldern“ (SOFI 20091714), wie auch sein SILQUA-Projekt „Wirkungen von Trauerbegleitung im Rahmen der emotionalen und sozialen Bewältigung von tief gehenden und komplizierten Trauerprozessen (TrauErLeben)“ (Förderkennzeichen 17S03X11). Darüber hinaus beschränkt sich Wissert in seinem Case-Management-Projekt bei Anzahl und Inhalten der initiierten Maßnahmen auf bloße Prozent- bzw. Mittelwertvergleiche. Lediglich beim Vergleich der Dauer der Beratung am Anfang und nach Abschluss der CM-Ausbildung wurden statistische Zusammenhänge gemessen (vgl. Wissert/Vogt/Radbruch 2009).

Im Unterschied zu diesen Projekten setzte die von uns favorisierte „*transdisziplinäre*“ *Forschungsperspektive* in der formativen Evaluation auf eine Rekonstruktion der Standortgebundenheit der erprobten Ansätze. Hierbei bezogen wir Daten des von Prof. Dr. Andreas Hanes, Technische Universität Dresden, geleiteten DFG-Projekt „Konstruktionen des Sterbens: Analyse biographischer und professioneller Perspektiven im Dienstleistungskontext“ ein, das anhand biographischer Interviews mit schwer erkrankten Menschen und mit Expert*inneninterviews unterschiedlicher Professioneller die in der Interaktion zwischen diesen mit weit reichenden Folgen wirksam werdenden unterschiedlichen Wissensordnungen analysierte. Zudem griffen wir die Vorarbeiten des schon erwähnten Projektes von Prof. Dr. Werner Schneider „Sterben dort, wo man zuhause ist ... – Organisation und Praxis von Sterbebegleitungen in der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit“ (SOFI 20070862) auf.

In dem über die Rekonstruktion bezüglich der schwer erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen stärker als in anderen Verfahren auch differenzierte Nutzungs- bzw. Verarbeitungsmuster seitens der Betroffenen in den Blick genommen werden, ging das Forschungsprojekt TP|sapv auch über das britische Nutzungsforschungsprojekt von Beresford et al. (2007) zu Palliativ Care und Social Work hinaus.

5. Zusammenarbeit mit dritten Stellen

Fachwissenschaftlicher Projektbeirat TP|sapv

Um eine produktive Kooperation der Praxis- und Forschungspartner mit dem Forschungsteam TP|sapv sicherzustellen und um die Praxis- und Forschungspartner angemessen einzubinden, wurde, wie bereits erwähnt, ein fachwissenschaftlicher Projektbeirat ‚TP|sapv‘ (FWPB) gegründet.



Abb. Fachwissenschaftlicher Projektbeirat TP|sapv

TP|sapv eingebunden in Lehre und Forschung

Am Schnittstellenbereich von Sozial- und Gesundheitswesen wurde, federführend durch Herrn Prof. Dr. Schütte-Bäumner ein neuer Bachelor-Studiengang ‚Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit [GeSa]‘ am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule RheinMain konzipiert. In diesem Studiengang sind *Lehrveranstaltungen* ‚Hospizarbeit und Palliative Care‘ in den Modulen ‚Exemplarische Berufsfelder‘ (3. Semester), ‚Praxisforschungs-Projekt‘ (5. Semester), ‚Koordination‘ (6. Semester) vorgesehen, so dass Studierende des Studiengangs ‚Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit [GeSa]‘ mit Vorlesungsbeginn ab Wintersemester 2016/2017 von den Ergebnissen der Forschung in dieser Lehrveranstaltung profitieren können. Hier sind auch Lehrforschungsprojekte mit den Praxispartnern geplant. Eine solche Kooperation mit den Praxispartnern in Lehrveranstaltungen ist durch den Antragsteller bereits erfolgreich in der zweise-

mestrigen Lehrveranstaltung Projekt 15.4 Gesundheit und Lebensbewältigung - „Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ Modul 15, LV Nr.: 21510 (Sommersemester 2015), LV Nr.: 21520 (Wintersemester 2015/16) erprobt worden. In diesem Kontext planen Studierende die Anfertigung von Bachelor Abschlussarbeiten. Eine Bachelor Abschlussarbeit wurde bereits im Januar 2015 erfolgreich abgeschlossen. Sie entstand im Lehrforschungsprojekt, das der Antragsteller zuvor als Lehrbeauftragter in der Lehrveranstaltung „Selbstbestimmung und Lebensqualität am Ende des Lebens!? Soziale Arbeit im Bereich End of Life Care“ durchgeführt hat. Überdies ist in diesem Zusammenhang das von Studierenden entwickelte Konzept „Trauerbegleitung im Hospiz Känguru. Konzeptbaustein des Seminars Selbstbestimmung und Lebensqualität am Ende des Lebens!? am Beispiel eines Hospizes für schwerstkranke junge Menschen“ im Wintersemester 2012/13 und Sommersemester 2013 entstanden, das auf der Webseite der Hochschule RheinMain ab 30.08.2013 beworben wurde. An der Frankfurt University of Applied Sciences sind die Daten zunächst im Rahmen von Bachelor- und Masterthesen bearbeitet worden. Unter der Begleitung von Prof. Dr. Schulze entstanden folgende Themenarbeiten (Auszug):

- Zum Stand der ambulanten Pflege in Deutschland – am Beispiel der SAPV
- Bedeutung von Berührung in der Pflege von schwerkranken sterbenden Menschen
- Individualisierte Pflege von sterbenden Menschen durch biografisches Arbeiten
- Selbstverständnis Pflegenden in palliativen Kontexten – eine qualitative Datenanalyse
- Behindert werden im sterbend Sein: Eine kritische Auseinandersetzung mit der möglichen Zuschreibung von Behinderung bei sterbenden Menschen unter Berücksichtigung der kritischen Potentiale der Disability Studies
- Case Management in der Begleitung sterbender Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. Ein Aufgabenfeld für Advanced Practice Nursing.

Wiederholt hospitierten Studierende des Studiengangs MSc Pflege – Advanced Practice Nursing bei einem Projektpartner (Palliativ Care Team) und hatten somit Zugang zu der Schnittstelle von Praxis und angewandter Wissenschaft. Hier entstanden konzeptionelle studentische Arbeiten, z.B. zum Thema 'APN-Ein Rollenkonzept für neue Wege von Palliative Care im stationären Altenpflegebereich'. Prof. Dr. Schulze konzipierte eine Lehrveranstaltung für das Modul 'Konzepte, Modelle und Rollen in Advanced Nursing Practice' des MSc APN zum Thema 'Kompetenz- und Rollen-entwicklung in Feldern von Palliative Care' und lehrte dies jeweils

im Wintersemester (2013/14, 14/15, 15/16). Zudem hat sie das Thema Palliative Versorgung fokussiert auf 'Case Management für Menschen mit Pflegebedarf' (Modul 2 im MSc APN) aufbereitet und vertreten.

Lehrforschung fand insbesondere im Sommersemester 2014 im Modul Projektentwicklung des BSc Pflege statt (Modul 12/ Schulze); hier wurde gearbeitet zu 'Sterben in verschiedenen Kulturen' sowie zu 'Aufgabe, Funktion und Einsatz spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Altenpflegeheimen. Zu letzterem Thema wurde ein Instrument entwickelt, welches Altenpflegerinnen und Altenpflegern ermöglicht, präziser festzustellen, zu welchem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufes sie die Expertise von SAPV einholen müssen.

Im Wintersemester 2013/14 erhielt Prof. Schulze einen Lehrauftrag an der Fachhochschule Wien und lehrte in 14 Lehreinheiten im Masterstudiengang Advanced Nursing Counseling an der Fachhochschule Wien zum Thema Palliative Care. Zum Wintersemester 2016/17 wurde der Lehrauftrag erneuert.

Das Hessische Institut für Pflegeforschung (HessIP) veranstaltete im Rahmen seines 15jährigen Jubiläums, im Herbst 2016, ein Symposium, innerhalb dessen die palliative Versorgung thematisch deutlich platziert war. Diese Veranstaltung richtete sich an Studierende, aber auch an Praktikerinnen und Praktiker und erreichte ein Auditorium von mehr als 190 Besucher*innen.

TP|sapv eingebunden in die Fort- und Weiterbildung

Begleitend zur Implementierung von Praxisforschungsergebnissen in die Lehre zum Thema Palliative Care hat Prof. Dr. Schütte-Bäumner gemeinsam mit dem Institut Sozialer Arbeit für Praxisforschung und Praxisentwicklung (ISAPP) der Hochschule RheinMain einen Weiterbildungskurs konzipiert. Unter dem Titel „Palliative Counseling (FH), Zertifikatskurs, Qualifizierung zur/m Palliative Counselor“ werden die Ergebnisse des Forschungsprojektes TP|sapv für den Ausbau der Methodenkompetenz (Beratung, Coaching, Projektentwicklung) von Fachkräften genutzt. An dieser Stelle wird eine enge Verzahnung des Forschungsprojektes TP|sapv mit der Praxis deutlich.

Zudem werden aktuell die Ergebnisse des Forschungsprojektes TP|sapv im Rahmen der Curriculumsweiterentwicklung der Weiterbildung Palliative Care für psychosoziale Berufsgruppen⁴ genutzt. Ein Weiterbildungskurs Palliativ Care für Pflegenden konnte darüber hinaus bereits im-

⁴ Vgl. www.dgp.de; Sektion Soziale Arbeit

plementiert werden. Für sämtliche Weiterbildungskurse wird eine DGP-Zertifizierung angestrebt. Der Weiterbildungskurs Pflege ist bereits DGP-zertifiziert.

An der Frankfurt University of Applied Science wird derzeit die Möglichkeit zur Konzeptionierung eines, in der Weiterbildung angesiedelten, Masterstudiengangs 'Palliative Care' geprüft und könnte ggf. nach dem schweizer Modell des 'Certificate of Advanced Studies (CAS)' konzipiert werden. Weiterhin werden die Ergebnisse in die Entwicklung eines berufsgruppenübergreifenden Curriculums der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), AG-Bildung getragen und fließen in die Überarbeitung der berufsbezogenen, innerhalb der von der DGP zertifizierten, Curricula ein. Zudem fanden Workshops statt und sind auch zukünftig geplant, wie beispielsweise eine Tagesveranstaltung zur Rolle der ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen, welche gemeinsam mit der KASA (Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen), zum 21. Koordinator*inrentreffen unter dem Titel 'Die Rolle des Ehrenamtes im Netzwerk' durchgeführt wurde und sich an Koordinatorinnen der Hospizarbeit richtete. In einem methodisch geleiteten Workshop, wurden unterschiedliche Perspektiven der Sterbenden, Angehörigen, Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen betrachtet.

TP|sapv eingebunden in bürgerschaftliches Engagement

Dem Selbstverständnis von Palliative Care folgend, werden an der Hochschule RheinMain Themen zur Hospizarbeit sowie zur Palliative Care bürgernah aufgegriffen. Hierzu wurde auf das Konzept eines Bürgerforums zurückgegriffen. Im Jahr 2016 fanden insgesamt bereits 4 Bürgerforen statt zu folgenden Thematiken:

→	Bürgerforum 1	„Was Sie schon immer über das Sterben wissen wollten!“, Informationen über Versorgungsmöglichkeiten in Wiesbaden und Umgebung
→	Bürgerforum 2	„Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“, Informationen über Möglichkeiten und Risiken selbstbestimmter Vorsorge
→	Bürgerforum 3	„Schmerztherapie und Möglichkeiten der Alternativmedizin“, Informationen und Gespräche über Behandlungsoptionen am Ende des Lebens
→	Bürgerforum 4	Spiritualität Glaube Beistand, Spiritual Care als integraler Bestandteil von Palliative Care

Ziel dieser Bürgerforen ist es, die Aktivitäten der Hochschule zu Hospiz und Palliative Care für eine gesellschaftlich relevante Debatte bürgernah und niedrighschwellig zu nutzen und zugleich zu öffnen. Im Vordergrund steht die Ermöglichung von Auseinandersetzungen zu Fragen der Endlichkeit. Die Öffnung der Hochschule in diese Richtung beruht unter anderem auch auf dem Selbstverständnis der Hochschule⁵: „Wir schaffen geeignete Rahmenbedingungen für anwendungsbezogene Forschung, die gesellschaftlich und wissenschaftlich anerkannt ist“. In der Organisation des Bürgerforums wurde darauf geachtet, keine infrastrukturellen Doppelstrukturen zu errichten. Im Gegenteil konnten die Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren ausgebaut und intensiviert werden.

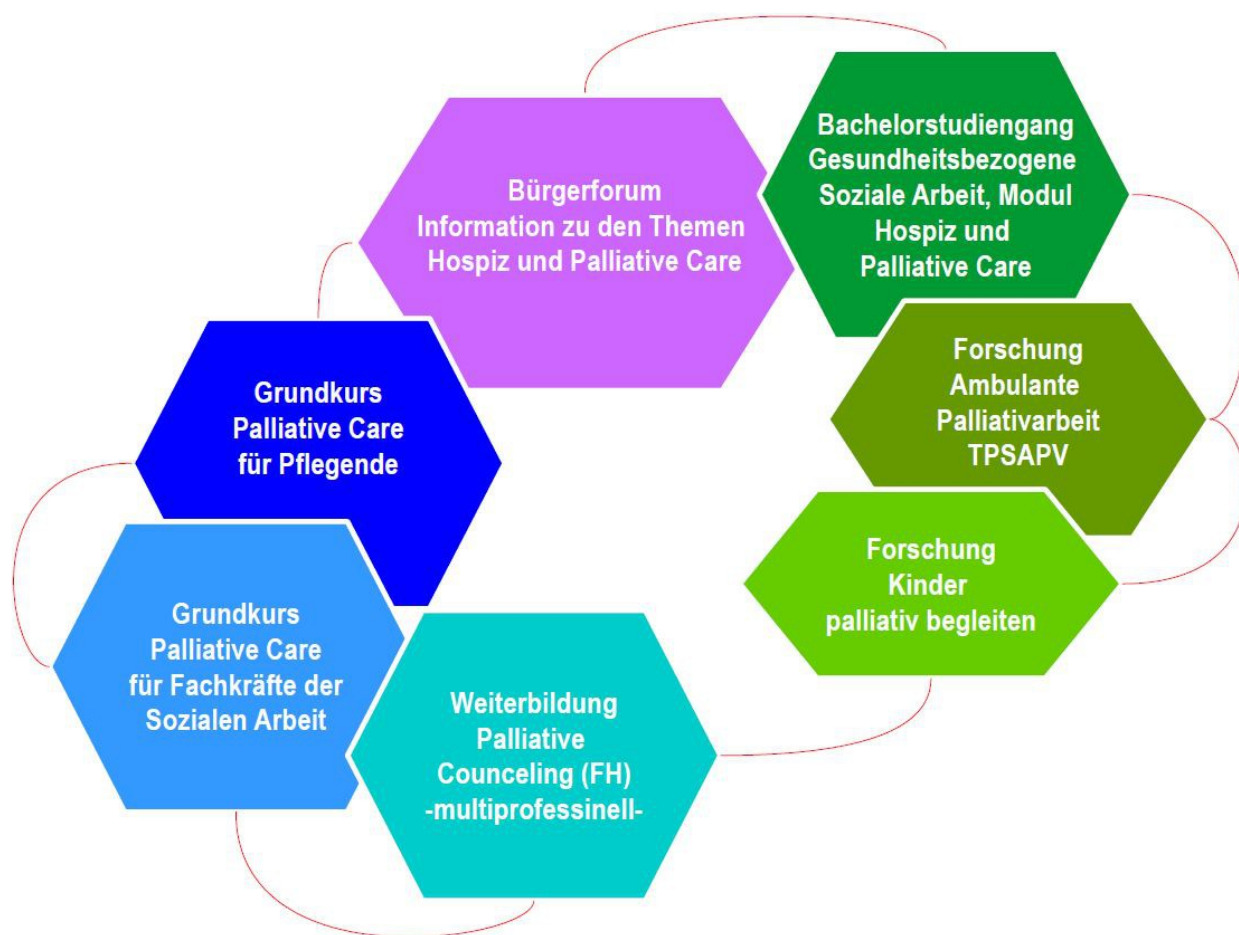


Abb. TP|sapv eingebunden in Lehre, Forschung, Weiterbildung und Zivilgesellschaft

⁵ Vgl. Leitbild der Hochschule RheinMain: <http://www.hs-rm.de/de/hochschule/profil/#leitbild-931>

TP|sapv eingebunden in Politik und Verbandsarbeit

Prof. Schulze wurde im Herbst 2016 von dem Verein „Freizeit- und Bildungsstätte Haus Agatha e.V.“ eingeladen, ein Wochenendseminar durchzuführen zum Thema „Endlichkeit – Endlich Sein“ und sich somit ebenfalls an Bürger aus der Region wandte.

Neben der Diskussion der Projektergebnisse im wissenschaftlichen Projektbeirat wurden Teilergebnisse im deutsch- österreichischen Netzwerk „Palliativbetreuung im Pflegeheim“ (NPP) sowie der Arbeitsgruppe „Verbesserung der Sterbebegleitung in Hessen“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration) und dem Palliativ Care Netzwerk Frankfurt a.M., angesiedelt am städtischen Gesundheitsamt, diskutiert und fanden somit sowohl in bundesweit agierenden Netzwerken als auch in Landes- und in kommunalen Gremien Beachtung. Im 'Deutschen Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e. V.' ist die Gründung einer Fachgruppe Palliative Care angedacht.

TP|sapv eingebunden in pflegerisch-medizinische Entwicklung

Die Ergebnisse zeigten, dass sich Autonomie in der Sterbephase häufig im Beibehalten von Lebensgewohnheiten ausdrückt, vgl. auch (Schulze/Niewohner 2004:41). Als einschränkend und im ungünstigsten Fall als Ursache einer Krankenhauseinweisung, werden z. B. Infusionen genannt. Diese Idee aufgreifend stehen Prof. Dr. Schulze und Mitarbeiter*innen des HessIP in Verbindung mit einem hessischen Unternehmen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung eines Produkts, welches in infusionspflichtigen Krankheitsphasen, die eigenständige Diskonnektierung ermöglicht und somit die Selbstbestimmung Betroffener deutlich erhöhen würde.

6. Verwendete Fachliteratur zur Projektausarbeitung

- Alisch, Lutz-Michael; Rössner, Lutz (Hg.) (1990): Grundlagen der Sozialarbeitswissenschaft und sozialarbeitswissenschaftlicher Forschung. 2., erw. Aufl. Braunschweig: Technische Univ. (Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft, 1).
- Amann, Klaus/Hirschauer, Stefan (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm, in: Hirschauer, Stefan/Amann, Klaus (Hg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie, Frankfurt am Main, S. 7-52.
- Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW (Hg.) (2006): Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept – Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich, Münster.
- Ariès, Philippe (2005): Die Geschichte des Todes, 11. Aufl., München.
- Aulbert, Eberhard/Klaschik, Eberhard/Pichlmaier, Heinz (Hg.) (2000): Beiträge zur Palliativmedizin, Bd.1, Palliativmedizin, Ein ganzheitliches Konzept, Stuttgart.
- Baecker, Dirk (2001): Systemtheorie. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Böllert, Karin (Hg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand, S. 1870–1875.
- Barkhausen, Anita (2003): Das große Werk und die kleinen Schritte. Forschungssupervision für den Alltag wissenschaftlichen Arbeitens, in: Ostermann, Ingrid (Hg.): Perspektive: Global! Internationale Wissenschaftlerinnenkooperationen und Forschung, edition der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, 135-142.
- Bäumner, Matthias (2007): »Ratgeber, Moderator oder einfach nur Zuhörer. Erfahrungen aus der Beratung Angehöriger von Palliativpatienten«, in: Dr. med Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, S. 32-34.
- Bautz, Michael T. (Hg.) (2004): Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Mit 14 Tabellen. Stuttgart: Schattauer (Beiträge zur Palliativmedizin, 6).
- Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun, et al. (Hg.) (2009): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Beckmann, Christof; Richter, Martina (2005): "Qualität" sozialer Dienste aus der Perspektive ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Theoretische und methodologische Annäherungen. In: Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München: Reinhardt, S. 132–147.
- Belardi, Nando (1992): Sterbebegleitung-eine sozialpädagogische Aufgabe?, in: Neue Praxis, 4, S. 372 – 379.
- Beresford, Peter/Adshead, Lesley/Croft, Suzy (2007): Palliative Care, Social Work and Service Users. London: Kingsley. Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/academiccompletetitles/home.action>.
- Bergius, Michael (2007): Alte Menschen in Not: Pflegebedürftige werden oft schlecht versorgt, in: Frankfurter Rundschau, 63. Jg., Nr.203.
- Bergmann, Matthias; Jahn, Thomas; Knobloch, Tobias; Krohn, Wolfgang; Pohl, Christian; Schramm, Engelbert (2010): Methoden transdisziplinärer Forschung. Ein Überblick mit Anwendungsbeispielen. Frankfurt am Main u.a.: Campus.
- Bergmann, Matthias; Schramm, Engelbert (Hg.) (2008): Transdisziplinäre Forschung. Integrative Forschungsprozesse verstehen und bewerten. Frankfurt u.a.: Campus.
- Berls, Michael/Newerla, Andrea/Seiffert, Anne/Gronemeyer, Reimer (o.J.): Das Begleiten von Sterbenden in hessischen Altenpflegeheimen, Gießen.
- Beywl, Wolfgang (1988): Zur Weiterentwicklung der Evaluationsmethodologie. Grundlegung, Konzeption und Anwendung eines Modells der responsiven Evaluation. Univ., Diss. u.d.T.: Beywl, Wolfgang: Zur Neufassung der Evaluationsmethodologie--Köln, 1987. Frankfurt am Main: Lang (Europäische HochschulschriftenReihe 22, Soziologie, 174).
- Beywl, Wolfgang (2006): Evaluationsmodelle und qualitative Methoden. In: Flick, Uwe (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden - Umsetzung. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55674), S. 92–116.
- Bickhardt, Jürgen (2010): Palliativmedizin: Ein Beispiel. Plädoyer für eine Stärkung der hausärztlichen Primärversorgung von Menschen mit unheilbaren Krankheiten (DÄ 19/2010: &8222;Ambulante Palliativversorgung: Der Hausarzt als erster Ansprechpartner&8220; von Nils Schneider et al.). In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, H. 25, S. A-1260. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZGEN&DOKV_NO=DAE77270&DOKV_HS=0&PP=1.

- Bimschas, Bärbel; Schröder, Achim (2003): Beziehungen in der Jugendarbeit. Untersuchung zum reflektierten Handeln in Profession und Ehrenamt. Opladen: Leske + Budrich (Soziale Arbeit).
- Bioskop-Autorinnenkollektiv (2002): ›Sterbehilfe‹. Die neue Zivilkultur des Tötens? Frankfurt am Main. Bitschnau, Karl (2003): Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care: Was ist das? In: Zeitschrift für Palliativmedizin, H. 4/2003: 7.
- Bitschnau, Karl (2007): Palliative Care und Sozialarbeit, in: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 96-100.
- Bitzan, Maria (2008): Praxisforschung, wissenschaftliche Begleitung, Evaluation: Erkenntnis als Koproduktion, in: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.) (2008): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung, VS Verlag: Wiesbaden, S. 336-342.
- Bock-Rosenthal, Erika (1999): Professionalisierung zwischen Praxis und Politik. Der Modellstudiengang Pflegemanagement an der Fachhochschule Münster. Bern, Göttingen: Huber (Hans Huber).
- Bohnsack, Ralf (2001): Typenbildung. Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich, S. 225–252.
- Bohnsack, Ralf (2006): Qualitative Evaluation und Handlungspraxis. Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. In: Flick, Uwe (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden - Umsetzung. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55674), S. 135–185.
- Bohnsack, Ralf (2010): Dokumentarische Methode. In: Bock, Karin; Miethe, Ingrid; Ritter, Bettina (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen: Budrich, S. 247–258. Bohnsack, Ralf (2010): Qualitative Evaluationsforschung und dokumentarische Methode. In: Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris (Hg.): Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Opladen: Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 1. Aufl. Stuttgart: UTB GmbH (UTB L).
- Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris (Hg.) (2010): Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis. Opladen: Budrich.
- Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.) (2001): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich
- Bourdieu, Pierre (1979): Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyrischen Gesellschaft. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (/Suhrkamp-Taschenbuch / Wissenschaft] Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 291).
- Brand, Frank; Schaller, Franz; Völker, Harald (Hg.) (2004): Transdisziplinarität. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Beiträge zur THESIS-Arbeitstagung im Oktober 2003 in Göttingen. Göttingen: Universitäts-Verlag.
- Brückner, Margrit/Thiersch, Hans (2005): Care und Lebensweltorientierung, in: Thole, Werner/Cloos, Peter/Ortmann, Friedrich/Strutwolf, Volkhardt (Hg.): Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Soziale Gerechtigkeit in der Gestaltung des Sozialen. Wiesbaden, S. 137-149.
- Brumley, Richard; Enguidanos, Susan; Jamison, Paula; Seitz, Rae; Morgenstern, Nora; Saito, Sherry et al. (2007): Increased Satisfaction with Care and Lower Costs. Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. In: Journal of the American Geriatric Society, H. 55, S. 993–1000. Online verfügbar unter <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/117995898/PDFSTART>.
- Brumlik, Micha (2000): Advokatorische Ethik und sozialpädagogische Kompetenz, in: Müller, Siegfried/Sünker, Heinz/Olk, Thomas/Böllert, Karin (Hg.): Soziale Arbeit. Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven, Luchterhand Verlag, Neuwied, S. 279-287.
- Bude, Heinz (2003): Fallrekonstruktion, in: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung, Leske und Budrich: Opladen, S. 60-61.
- Bunge, Mario Augusto (1998): Philosophy of science. Rev. ed. New Brunswick, NJ: Transaction Publ. (Science and technology studies).
- Cloos, Peter (2008): Die Inszenierung von Gemeinsamkeit. Eine vergleichende Studie zu Biografie, Organisationskultur und beruflichem Habitus von Teams in der Kinder- und Jugendhilfe. Univ., Diss. u.d.T.: Cloos, Peter: Biografie und Habitus--Kassel, 2004, Ethnografie sozialpädagogischer Organisationskulturen. Weinheim: Juventa-Verl. (Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfeforschung).
- Cloos, Peter; Köngeter, Stefan; Müller, Burkhard; Thole, Werner (2007): Die Pädagogik der Kinder- und Jugendarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm L. (1988): *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Corbin, Juliet M; Strauss, Anselm L (2010): *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. 3., überarb.Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften).
- Daigler, Claudia (2008): *Biografie und sozialpädagogische Profession. Eine Studie zur Entwicklung beruflicher Selbstverständnisse am Beispiel der Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen*. Univ., Diss. u.d.T.: Daigler, Claudia: *Biographie und pädagogische Selbstverständnisse - biographische Rekonstruktionen der Entwicklung beruflicher Selbstverständnisse ostdeutscher Pädagoginnen in der Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen--Tübingen*, 2006. Weinheim: Juventa-Verl. (Edition soziale Arbeit).
- Darbellay, Frédéric; Paulsen, Theres (Hg.) (2008): *Herausforderung Inter- und Transdisziplinarität. Konzepte, Methoden und innovative Umsetzung in Lehre und Forschung*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Dausien, Bettina (1996): *Biographie und Geschlecht. Zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten*, Donat: Bremen.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2005): *Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit, Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin, Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/5858*, Berlin.
- Dewe, Bernd; Otto, Hans-Uwe (2011): *Profession*. In: Otto, Hans-Uwe (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 4., völlig neu bearb. Aufl. München: Reinhardt, S. 1131–1142.
- Dewe, Bernd; Otto, Hans-Uwe (2011a): *Professionalität*. In: Otto, Hans-Uwe (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 4., völlig neu bearb. Aufl. München: Reinhardt, S. 1143–1153.
- Dewe, Bernd (2009): *Reflexive Sozialarbeit im Spannungsfeld von evidenzbasierter Praxis und demokratischer Rationalität. Plädoyer für die handlungslogische Entfaltung reflexiver Professionalität*. In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller, Silke (Hg.): *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 89–111.
- Dewe, Bernd; Otto, Hans-Uwe (1984): *Professionalisierung*. In: Eyferth, Hanns (Hg.): *Handbuch zur Sozialarbeit, Sozialpädagogik*. Neuwied: Luchterhand, S. 775–811.
- Dewe, Bernd; Otto, Hans-Uwe (2001): *Profession*. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Böllert, Karin (Hg.): *Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik*. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand, S. 1399–1423.
- Dewe, Bernd; Otto, Hans-Uwe (2002): *Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns*. In: Thole, Werner; Bock, Karin (Hg.): *Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. Opladen: Leske + Budrich, S. 179–198.
- Dezernat für Soziales und Jugend Ffm (Hg.) (2006): *Partizipative Altersplanung. Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen, Teil I bis V, Dezernat für Soziales und Jugend Frankfurt am Main*.
- Diaz-Bone, Rainer (2002): *Kulturwelt, Diskurs und Lebensstil: eine diskurstheoretische Erweiterung der bourdieuschen Distinktionstheorie*, Opladen.
- Diemer, Wolf; Meiering, Jan; Burchert, Heiko und die Palliative-Care-Teams (2004): *KREBSSCHMERZ-INITIATIVE MECKLENBURG-VORPOMMERN. Palliative-Care-Teams vernetzen die palliativmedizinische Versorgung*. In: Bautz, Michael T. (Hg.): *Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Mit 14 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer (Beiträge zur Palliativmedizin, 6), S. 80–95.
- Dollinger, Bernd (2007): *Reflexive Professionalität. Analytische und normative Perspektiven sozialpädagogischer Selbstvergewisserung*, in: *Neue Praxis*, 2, S. 136-151.
- Dreßke, Stefan (2005a): *Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung*. Frankfurt am Main.
- Dreßke, Stefan (2005b): *Ambivalenzen des guten Sterbens im Hospiz*. In: *Sozial Extra*, H. 10, Oktober, S. 6-10.
- Engel, Eva-Maria; Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Wigger, Annegret, et al. (Hg.) (2008): *Professional support for violent young people. Results of a comparative European study*. 1. Aufl. Freiburg im Breisgau: FEL-Verl. *Forschung-Entwicklung-Lehre* (Beiträge zur Kinder- und Jugendforschung, 3).
- Engelmann, Klaus (2010): *(Rechts-)Grundlagen und Grundfragen der palliativmedizinischen Versorgung*. In: *GesR - Gesundheitsrecht*, H. 11, S. 577–586. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZGEN&DOKV_NO=GHRGESR.2010.11.A.01&DOKV_HS=0&PP=1.
- Everding, Gustava/Westrich, Angelika (2003): *Würdig leben bis zum letzten Augenblick. Idee und Praxis der Hospiz-Bewegung*, 3. Aufl., Beck Verlag: München.

- Ewers, Michael (2005): Palliative Praxis: Eine empirische Untersuchung zu Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern in der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege, im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Abschlussbericht, Kurzfassung, Stuttgart.
- Ewers, Michael (2006): Palliative Praxis: Sichtweisen und Unterstützungsbedürfnisse von Mitarbeitern der ambulanten und stationären Altenhilfe und Altenpflege, IPW Veröffentlichungsreihe, Bielefeld.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (2005): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase, Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., erg. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege).
- Fagerhaugh, Shizuko Y./Strauss, Anselm L. (1977): Politics of Pain Management: Staff-Patient Interaction. Menlo Park. CA: Addison-Wesley.
- Flick, Uwe (1991): Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Keupp, Heiner; Rosenstiel, Lutz von; Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. S. 147-173. München: Beltz
- Flick, Uwe (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, 6. Aufl., Rowohlt: Reinbek bei Hamburg.
- Flick, Uwe (Hg.) (2006): Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte - Methoden - Umsetzung. Orig.- Ausg. Reinbek bei Hamburg; Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55674).
- Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt Verlag: Reinbek bei Hamburg.
- Foucault, Michel (1999): In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France, Frankfurt am Main.
- Friebertshäuser, Barbara (1996): Feldforschende Zugänge zu sozialen Handlungsfeldern. Möglichkeiten und Grenzen ethnographischer Feldforschung, in: Neue Praxis, H. 1, S. 75-86. Friebertshäuser, Barbara (2003): Feldforschung und Teilnehmende Beobachtung, in: Friebertshäuser, Barbara/Prenzel, Annedore (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Weinheim und München, S. 503-534.
- Fülbi, Ursula (2007): Behutsame Worte - wichtige Fragen - gezielte Arbeit. Die Aufgaben der Sozialarbeit im Palliativ- und Hospizbereich sind vielfältig. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, H. 4, S. 10-12. Online verfügbar unter http://www.wisonet.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZICC08A4A63F-C72C0A32BF2A80BA26A4FF&DOKV_HS=0&PP=1.
- Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hg.) (2008): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, 1).
- Gahleitner, Silke Birgitta; Mühlum, Albert (2008): Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit. Professionstheoretische Annäherung und professionspolitische Folgerungen. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, 1), S. 44-60.
- Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (2009): Fazit. Glückliche Profession im fremden Land. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Budrich UniPress, S. 155-158.
- Gerdes, Klaus (1979): Explorative Sozialforschung. Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart. Gerhardt, Uta (1986): Verstehende Strukturanalyse: Die Konstruktion von Idealtypen als Analyseschritt bei der Auswertung qualitativer Forschungsmaterialien, in: Soeffner, Hans-Georg (Hg.): Sozialstruktur und Soziale Typik, Campus: Frankfurt am Main.
- Gerull, Susanne (2009): "...dann nutzt alles Wissen nichts". Wissen und Expertise in multiprofessionellen Arbeitssettings. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Budrich UniPress, S. 35-44.
- Gerull, Susanne (2009): "Das ist unsere Mutti für alles. Das ist die Sozialarbeiterin". Professionelle Identität in der Sozialen Arbeit. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Budrich UniPress, S. 121-130.
- Gerull, Susanne (2009): Forschungsdesign der Studie. In: Geißler-Piltz, Brigitte; Gerull, Susanne (Hg.): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Budrich UniPress, S. 13-18.
- Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung, 4. Aufl., Böhlau Verlag: Wien, Köln, Weimar. Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1965): Awareness of Dying. Chicago: Aldine (auf Deutsch Interaktion mit Sterbenden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1974) Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1968): Time for Dying. Chicago: Aldine.

- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1995; 1965 im amerik. Original): *Betreuung von Sterbenden. Eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige*, Göttingen und Zürich, in der ersten Auflage 1974 unter dem Titel »Interaktion mit Sterbenden« im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht erschienen.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (2008): *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung*. 1. Nachdr. der 2., korrigierten Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften/Methoden).
- Go´mez-Batiste, Xavier; Porta-Sales, Josep; Pascual, Antonio; Nabal, Maria; Espinosa, Jose; Paz, Silvia et al. (2007): Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 Years (2005). Vol. 33/5, S. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, Jg. 5, H. 33, S. 584–590. Online verfügbar unter <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392407001261.pdf>.
- Go´mez-Batiste, Xavier; Porta-Sales, Josep; Pascual, Antonio; Nabal, Maria; Espinosa, Jose; Paz, Silvia et al. (2007): Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 Years (2005). Vol. 33/5, S. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, Jg. 5, H. 33, S. 584–590. Online verfügbar unter <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392407001261.pdf>.
- Goffman, Erving (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main.
- Gouldner, Alvin W. (1984): Etwas gegen nichts. Reziprozität und Asymmetrie, in: Gouldner, Alvin W.: *Reziprozität und Autonomie*. Frankfurt am Main, S. 118-164.
- Gronemeyer, Reimer (2005): Hospiz, Hospizbewegung und Palliative Care in Europa, in: Knoblauch, Hubert, Zingerle, Arnold (Hg.): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin, S. 207-217.
- Gronemeyer, Reimer (2007): *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*, Frankfurt am Main.
- Gronemeyer, Reimer/Jurk, Charlotte/Berls, Michael/Schäfer, Marco/Adam, Holger (2007): *Versorgung am Lebensende. Bestandsaufnahme der palliativen Versorgung in Hessen. Eine Studie im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums. Mit einem einleitenden Kommentar von Prof. Dr. Andreas Heller und Mag. Klaus Wegleitner*, Hessisches Sozialministerium: Gießen.
- Gröning, Katharina (2007a): Die Beratung von pflegenden Angehörigen, in: Dr. med Mabuse. *Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*, 167, S. 39-41.
- Gröning, Katharina (2007b): Das Pflegeheim als Lebensphase: Anmerkungen zur Soziologie des Heims, in: Dr. med Mabuse. *Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*, 169, S. 39-42.
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2005): *Lebensweltorientierung*, in: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.): *Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik*, München und Basel, S. 1136-1148.
- Guba, Egon G; Lincoln, Yvonna S (1989): *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif: Sage.
- Hach, Michaela (2011): *Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. Welche Rolle hat die Pflege?* In: *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 50, H. 03, S. 60–62.
- HAGE / KASA und LAG Hospize Hessen (Hg.) (2006): *Hospizarbeit und palliative Versorgung in Hessen. Gründung und Führung einer ambulanten Hospizinitiative*, Marburg.
- Harmsen, Thomas (2004): *Die Konstruktion professioneller Identität in der sozialen Arbeit. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde*. Univ., Diss.--Münster (Westfalen), 2004. 1. Aufl. Heidelberg: Verl. für Systemische Forschung im Carl-Auer-Verl.
- Harmsen, Thomas (2009): *Konstruktionsprinzipien gelingender Professionalität in der Sozialen Arbeit*. In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller, Silke (Hg.): *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 255–264.
- Harrach, Eva-Marie von; Loer, Thomas; Schmidtke, Oliver (2000): *Verwaltung des Sozialen. Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts*. Konstanz: UVK Universitätsverlag Konstanz.
- Haug, Frigga (2004): *Zum Verhältnis von Erfahrung und Theorie in subjektwissenschaftlicher Forschung*. In: *Forum Kritische Psychologie*, H. 47, S. 56–72.
- Hayek, Julia von (15.02.2011): *Sterben zuhause ermöglichen. Neue Initiative zum Ausbau der ambulanten Palliativversorgung gestartet*. DGP/DHPV.
- Hayek, Julia von (2006): *Hybride Sterberäume in der reflexiven Moderne. Eine ethnographische Studie im ambulanten Hospizdienst*, Münster.

- Heiner, Maja (2001): Evaluation. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Böllert, Karin (Hg.): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. 2., völlig überarb. Aufl. Neuwied: Luchterhand, S. 481–495. Heiner, Maja (2004): Professionalität in der sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heiner, Maja (2007): Soziale Arbeit als Beruf. Fälle - Felder - Fähigkeiten ; mit 25 Tabellen. München: Reinhardt (Soziale Arbeit).
- Heinze, Thomas (1987): Qualitative Sozialforschung. Erfahrungen, Probleme und Perspektiven, Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Heller, Andreas/Heimerl, Katharina/Metz, Christian (Hg.) (2000): Kultur des Sterbens, Bedingungen für das Lebensende gestalten, Lambertus Verlag: Freiburg im Breisgau.
- Heller, Andreas/Knippling, Cornelia (2006): Palliative Care - Haltungen und Orientierungen, in: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern, S. 39-47.
- Herz, Adelheid von (2002): »Wie wird das sein, wenn er stirbt?«, in: Dr. med Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, S. 53-57.
- Hetzel, Mechthild (2007): Provokation des Ethischen. Diskurse über Behinderung und ihre Kritik, Heidelberg.
- Hieber, Pia (2010): Palliative Care ein noch unentdecktes Arbeitsfeld. Soziale Arbeit muss ihr Berufsprofil schärfen und eigene Standards definieren. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, H. 2, S. 17–19. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZ10C27AF0CE285B5E867EAE548DD9E63C7&DOKV_HS=0&PP=1.
- Hildenbrand, Bruno (2000): Anselm Strauss, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt Verlag: Reinbek bei Hamburg, S. 32-42.
- Himmelsbach, Ines (2009): Altern zwischen Kompetenz und Defizit. Der Umgang mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit, VS Verlag: Wiesbaden.
- Hirschauer, Stefan (2001): Ethnographisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zu einer Methodologie der Beschreibung. Zeitschrift für Soziologie, (30), S. 429-451.
- Hitzler, Ronald (2007): Ethnographie, in: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut H. (Hg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen, Gabler: Wiesbaden, S. 207-218. Homfeldt, Hans Günther (Hg.) (2002): Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz - Strategien - wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied: Luchterhand.
- Hopf, Christel (2000): Qualitative Interviews. Ein Überblick, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt Verlag: Reinbek bei Hamburg, S. 349-360.
- Hörning, Karl H. (2001): Experten des Alltags: die Wiederentdeckung des praktischen Wissens, Weilerswist.
- Husebø, Stein (2009): Psychosoziale Fragen. In: Husebø, Stein; Klaschik, Eberhard (Hg.): Palliativmedizin. 5., aktualisierte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 315–384.
- Husebø, Stein; Klaschik, Eberhard (Hg.) (2009): Palliativmedizin. 5., aktualisierte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Jansky, M.; Lindena, G.; Nauck, F. (2011): Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Deutschland. Verträge und Erfahrungen. In: Palliativmedizin, Jg. 12, H. 04, S. 164–174.
- Jenull-Schiefer, Brigitte/Mayr, Michaela/Mayring, Philipp (2006): Hinter jeder Tür der lauernde Tod. Institutionalisiertes Sterben, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, S. 308–314.
- Jordan, Isabella (2007): Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende, Frankfurt am Main.
- Karl, Ute (2006): Soziale Altenarbeit und Altenbildungsarbeit – vom aktiven zum profilierten, unternehmerischen Selbst?, in: Maurer, Susanne/Weber, Susanne (Hg.): Gouvernementalität und Erziehungswissenschaft, S. 301-319.
- Kelle, Udo (2007): Integration qualitativer und quantitativer Methoden, in: Kuckartz, Udo/Grunenberg, Heiko/Dreising, Thorsten (Hg.): Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis, 2. Aufl., VS Verlag, Wiesbaden, S. 50-64.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, Opladen.
- Klaschik, Eberhard (2009): Palliativmedizin. In: Husebø, Stein; Klaschik, Eberhard (Hg.): Palliativmedizin. 5., aktualisierte Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 1–45.
- Klatetzki, Thomas (1993): Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Bielefeld: Luchterhand.

- Klie, Thomas; Buhl, Anke; Entzian, Hildegard, et al. (Hg.) (2005): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit).
- Klinkhammer, Gisela (2007): Palliativmedizin. Junge Disziplin mit großem Potenzial, in: Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 5, S. 217-220.
- Klinkhammer, Gisela (2011): Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: Vorsichtiger Optimismus. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, H. 30, S. A-1599. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZGEN&DOKV_NO=DAE100046&DOKV_HS=0&PP=1.
- Knipping, Cornelia (2006): Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen, in: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung, 49, S.: 1104–1112.
- Knipping, Cornelia (Hg.) (2007): Lehrbuch Palliative Care. 2., durchges. u. korr. Aufl. Bern: H. Huber (Programm Huber. Pflege).
- Knipping, Cornelia (o. J.): Umfassendes Leiden bedarf einer umfassenden Aufmerksamkeit, in: pallium-atelier.com, 16.06.2010.
- Knoblauch, Hubert (2001): Fokussierte Ethnographie, in: Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung, 1, S. 123-141.
- Knoblauch, Hubert (Hg.) (1996): Kommunikative Lebenswelten. Zur Ethnographie einer geschwätzigen Gesellschaft. Konstanz.
- Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.) (2005a): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin.
- Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.) (2005b): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, in: Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin, S.11-27.
- Königter, Stefan (2009): Professionalität in den Erziehungshilfen. In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller, Silke (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 175–193.
- König, Joachim (2007): Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit, 2. Aufl., Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Kostrzewa, Stephan (2010): Gründliche Überprüfung. In: Altenpflege, Jg. 35, H. 12, S. 25–27. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZI4B447D88AEC5379FAFEEEB207FB1F8CA&DOKV_HS=0&PP=1.
- Kränzle, Susanne; Schmid, Ulrike; Seeger, Christa (Hg.) (2007): Palliative care. [Handbuch für Pflege und Begleitung]. 2., überarb. und erw. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Kuckartz, Udo (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, 3. Aufl., VS Verlag: Wiesbaden.
- Kunstreich, Timm (1975): Der institutionalisierte Konflikt. Eine exemplarische Untersuchung zur Rolle des Sozialarbeiters in der Klassengesellschaft am Beispiel der Jugend- und Familienfürsorge. Offenbach: Verlag 2000.
- Kunstreich, Timm; May, Michael (1999): Soziale Arbeit als Bildung des Sozialen und Bildung am Sozialen. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): Transversale Bildung - wider die Unbilden der Lerngesellschaft. Bielefeld: Kleine (Widersprüche, 19.1999=73), S. 35–52.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung, Methoden und Techniken, Band 2, 3. Aufl., Beltz: Weinheim.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung, Methodologie, Band 1, 3. Aufl., Beltz: Weinheim.
- Langner, Sven Ulrich; Schubert, Barbara; Pfeiffer, Peter (2008): Das Dresdner „Brückenprojekt“. Ein gelungenes Beispiel ambulanter palliativmedizinischer Betreuung. In: das Krankenhaus, H. 6, S. 578–583.
- Lehmann, Frank/Geene, Raimund et al. (Hg.) (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz, Beispiele, weiterführende Informationen, 3. erweit. Aufl., BzGA, Köln.
- Lüders, Christian (2006): Qualitative Evaluationsforschung. Was heißt hier Forschung? In: Flick, Uwe (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden - Umsetzung. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55674), S. 33–62.
- Luhmann, Niklas (2009): Die Wissenschaft der Gesellschaft. [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1001).
- Lützenkirchen Anne (2003): Tod und Sterben als Handlungsfelder der sozialen Arbeit, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, H. 3/2003.

- Magnin, Chantal (2005): Beratung und Kontrolle. Widersprüche in der staatlichen Bearbeitung von Arbeitslosigkeit. Univ., Diss.--Bern, 2005. Zürich: Seismo (Schriften zur sozialen Frage, Bd. 1). Maiwald, Kai-Olaf (2004): Professionalisierung im modernen Berufssystem. Das Beispiel der Familienmediation. Univ., Habil.-Schr.--Tübingen, 2002. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Mannheim, Karl (1980): Strukturen des Denkens. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp- Taschenbuch Wissenschaft, 298).
- Mantovan, Franco; Rauter, Elisabeth; Müller, Irene (2009): Massagen und Musiktherapie zur Reduktion der Angst von onkologischen Patienten bei der Palliativversorgung. In: Pflegezeitschrift, Jg. 62, H. 3, S. 164–169. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZI46B5E1D8DF44563C21952890A06D2D31&DOKV_HS=0&PP=1.
- May, Michael (2004): Versuch einer Entmystifizierung sozialen Kapitals. Zur unterschiedlichen begrifflichen Fassung sozialen Kapitals. In: Kessler, Fabian; Otto, Hans-Uwe (Hg.): Soziale Arbeit und soziales Kapital. Zur Kritik lokaler Gemeinschaftlichkeit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., S. 79–93.
- May, Michael (2004a): Selbstregulierung. Eine neue Sicht auf die Sozialisation. Orig.-Ausg. Gießen: Psychosozial-Verl. (Reihe Psyche und Gesellschaft).
- May, Michael (2005): Was ist Soziale Arbeit? Ansätze einer alternativen Begriffsbestimmung. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): Jenseits von Status und Expertise: Soziale Arbeit als professionelle Kultur. 1. Aufl. Bielefeld: Kleine Vlg (Widersprüche, 96), S. 35–48.
- May, Michael (2005a): Wie in der sozialen Arbeit etwas zum Problem wird. Versuch einer pädagogisch gehaltenen Theorie sozialer Probleme. Münster: Lit-Verl. (Sozialpädagogik, Sozialarbeit im Sozialstaat, 14).
- May, Michael (2006): Woher kommt die Produktivität des Sozialen? Ansätze zur Analyse ihrer Produktivkräfte. In: Böllert, Karin; Hansbauer, Peter; Hasenjürgen, Brigitte; Langenohl, Sabrina (Hg.): Die Produktivität des Sozialen - den sozialen Staat aktivieren. Sechster Bundeskongress Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 31–48.
- May, Michael (2007): KONEKT: Kompetenzen im Netzwerk aktivieren. Rekonstruktion und Intervention in einem Konzept integrativer Evaluation. In: Miethe, Ingrid; Fischer, Wolfram; Giebeler, Cornelia; Goblirsch, Martina; Riemann, Gerhard (Hg.): Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung. Opladen: Budrich (Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, 4).
- May, Michael (2007a): Zur (Re-)Produktion sozialer Differenzen auf der Ebene von Kultur und Geschlecht. Grundpfeiler eines theoretischen Bezugsrahmens. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): "Alles schön bunt hier!". Zur Kritik kulturalistischer Praxen der Differenz. Bielefeld: Kleine (Widersprüche, 104), S. 37–62.
- May, Michael (2008): Die Handlungsforschung ist tot. Es lebe die Handlungsforschung. In: May, Michael; Alisch, Monika (Hg.): Praxisforschung im Sozialraum. Fallstudien in ländlichen und urbanen sozialen Räumen. Opladen: Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 2), S. 207–238.
- May, Michael (2009): Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- May, Michael (2010): Evaluationsforschung. In: Bock, Karin; Miethe, Ingrid; Ritter, Bettina (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen: Budrich, S. 305–313.
- May, Michael (2010a): Ältere Migrant(inn)en im Quartier. Stützung und Initiierung von Netzwerken der Selbstorganisation und Selbsthilfe. In: Newsletter Wegweiser Bürgergesellschaft, H. 4, S. 1–8. Online verfügbar unter http://www.buergergesellschaft.de/fileadmin/pdf/gastbeitrag_may_100305_end.pdf.
- May, Michael (2010b): Produktionsweisen des Sozialen älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Pilch Ortega, Angela; Felbinger, Andrea; Mikula, Regina; Egger, Rudolf (Hg.): Macht - Eigensinn - Engagement. Lernprozesse gesellschaftlicher Teilhabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden (Lernweltforschung, 7).
- May, Michael (2011): Wirkung und Qualität in den verschiedenen Ansätzen quantitativer und qualitativer Evaluationsforschung. In: Eppler, Natalie; Miethe, Ingrid; Schneider, Armin (Hg.): Quantitative und qualitative Wirkungsforschung. Opladen; Berlin; Farmington Hills: Barbara Budrich (Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, 2), S. 33–52.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5. Aufl., Beltz: Weinheim.
- Meißner, Winfried; Glaser, Elke (2009): "Auch wenn alles getan ist, gibt es noch viel zu tun" - Palliativ- Care-Team Jena. Ein Modell für die Regelversorgung. In: Hospizdienste und Palliativmedizin, Jg. 03, H. 1, S. 43–49. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZI8F9F03A7F87BDC44D9BDA28A418C8FD6&DOKV_HS=0&PP=1.

- Mennemann, Hugo (1998a): Sterben lernen heißt leben lernen. Sterbebegleitung aus sozialpädagogischer Perspektive, Münster.
- Mennemann, Hugo (1998b): Der Anfang vom Ende humaner Hilfe? Chancen und Risiken theoretischer Überlegungen zur Sterbebegleitung aus sozialpädagogischer Perspektive, in: Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau, 1, S.70-89.
- Mennemann, Hugo (2005a): Case Management - vernetztes Arbeiten in der gesetzlichen Betreuung, in: Case Management, 1, S. 20-25.
- Mennemann, Hugo (2005b): Case Management in der Pflege- und Wohnberatung (Interview), in: Case Management, 1, S. 40-42.
- Mennemann, Hugo (2005c): Case Management in der Altenarbeit und Altenhilfe, Frankfurt, 29. Juni 2005, Manuskript, internes Papier.
- Mennemann, Hugo (2005d): Sterbebegleitung und Sozialpädagogik. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, München und Basel, S.1834-1841.
- Mennemann, Hugo/Greuël, Marius (2006): Soziale Arbeit in der integrierten Gesundheitsversorgung. München 2006.
- Mennemann, Hugo/Ribbert-Elias, Jürgen/Woltering, Ursula (2001): Innovation durch Zusammenarbeit. Das Ahlener System. In: Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (Hg.): Zehn Jahre BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung des ISOInstituts 7. bis 9. Mai 2001 im Internationalen Jugendforum Bonn. Saarbrücken, S. 243-267.
- Meuser, Michael (2007): Repräsentation sozialer Strukturen im Wissen. Dokumentarische Methode und Habitusrekonstruktion. In: Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 209–224.
- Mittelstraß, Jürgen (2005): Methodische Transdisziplinarität. In: TECHNIKFOLGENABSCHÄTZUNG Theorie und Praxis, Jg. 14, H. 2, S. 18–23. Online verfügbar unter <http://www.itas.fzk.de/tatup/052/mitt05a.htm>.
- Mollenhauer Klaus (1972): Theorien zum Erziehungsprozess. Zur Einführung in erziehungswissenschaftliche Fragestellungen, München.
- Moser, Heinz (1995): Grundlagen der Praxisforschung. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Moser, Heinz (2008): Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung, Freiburg im Breisgau.
- Mruck, Katja unter Mitarbeit von Günter Mey (2000). Qualitative Sozialforschung in Deutschland, in: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 4.
- Mühlum, Albert (2007): Machtlos mächtig-Soziale Arbeit in Grenzsituationen des Lebens (am Beispiel Hospiz und Palliative Care), in: Kraus, Björn/Krieger, Wolfgang (Hg.): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung, Lage, S. 389-410.
- Mühlum, Albert (2008): Klinische Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: Gahleitner, Silke Birgitta; Hahn, Gernot (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie- Verl. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, 1), S. 62–74.
- Mühlum, Albert; Bartholomeyczik, Sabine; Göpel, Eberhard (1997): Sozialarbeitswissenschaft, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft. Freiburg: Lambertus (Schriftenreihe / Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit, Bd. 5).
- Müller, Burkhard (1987): Sozialpädagogisches Handeln, in: Eyferth, Hanns/Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.), Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied und Darmstadt, S. 1045-1059.
- Müller, Burkhard (1994): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 2., überarb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Müller, Burkhard (2002): Professionalisierung. In: Thole, Werner; Bock, Karin (Hg.): Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen: Leske + Budrich, S. 725–744.
- Müller, Monika (2007): Total Pain, in: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 386-393.
- Müller, Monika; Kern, Martina; Nauck, Friedemann, et al. (Hg.) (1997): Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter, Seelsorger in Palliativmedizin. 2. Aufl. Bonn: Pallia-Med-Verl. (Schriftenreihe / Verein zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorkranken e.V., 7).
- Müller-Busch, Christof (2005): Patientenautonomie am Lebensende aus (palliativ-)medizinischer Sicht. In: Betreuungsrechtliche Praxis, Jg. 14, H. 2, S. 52–54. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZI2FA5C4A81D08F58327702DEC7E678DCC&DOKV_HS=0&PP=1.

- Müller-Busch, Christof H. (2007): Palliative Care in der Spezialversorgung. In: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. 2., durchges. u. korr. Aufl. Bern: H. Huber (Programm Huber. Pflege), S. 67–72.
- Muths, Sabine (2010): Machbarkeitsstudie. Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. Erstellt im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Universität Bremen. Bremen. (Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, 06). Online verfügbar unter http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ipp-schriften/ipp_schriften06.pdf.
- Nassehi, Armin/Saake, Irmhild (2005): Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie, in: Knoblauch, Hubert, Zingerle, Arnold (Hg.): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin, S. 31-54.
- Nau, Hans (2007): Den Tagen mehr Leben. Sterben gehört zum Leben - Palliativ Care gewinnt an Bedeutung. In: Forum sozialarbeit + gesundheit, H. 4, S. 6–9. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZI5D0B2E605BE80C6A93C27EEE9E0221FA&DOKV_HS=0&PP=1.
- Niewohner, Silke; Schulze, Ulrike (Hg.) (2004): Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase - zwischen Autonomie und Fürsorge. Impulse aus dem Modellprojekt LIMITS Münster. Münster: Lit (Ethik in der Praxis. Materialien, Bd. 10).
- Obrecht, Werner (2003): Transdisziplinäre Integration in Grundlagen und Handlungswissenschaften. In: Sorg, Richard (Hg.): Soziale Arbeit zwischen Politik und Wissenschaft. Ein Projekt des Fachbereichs Sozialpädagogik der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Münster, Westf.: Lit (Sozialpädagogik/Sozialarbeit im Sozialstaat, 18), S. 119–171.
- Obrecht, Werner (2009): Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller, Silke (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 74-72.
- Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hg.) (2005): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München: Reinhardt.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1230), S. 70–182.
- Oevermann, Ulrich (2009): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller, Silke (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 113–142.
- Ortmann, Karlheinz; Waller, Heiko (Hg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren (Grundlagen der sozialen Arbeit, 13).
- Peirce, Charles S. (1955): Deduction, Induction and Hypothesis, in: Peirce, Charles S. (Hg.), Collected Papers, (2), Cambridge, S. 619-644.
- Perrar, Klaus M. (2008): Demenz und Hospiz. Eine gerontopsychiatrische Sicht. In: Die Hospiz- Zeitschrift, Jg. 10, H. 36, S. 4–8. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZIF1550AF837725C9FC8E58084C163AC83&DOKV_HS=0&PP=1.
- Pfeffer, Christine (2005): »Hier wird immer noch besser gestorben als woanders«. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit, Bern.
- Pleschberger, Sabine (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus Sicht alter Menschen in Pflegeheimen, Freiburg im Breisgau.
- Pohl, Christian; Hirsch Hadorn, Gertrude (2008): Methodenentwicklung in der transdisziplinären Forschung. In: Bergmann, Matthias; Schramm, Engelbert (Hg.): Transdisziplinäre Forschung. Integrative Forschungsprozesse verstehen und bewerten. Frankfurt u.a.: Campus, S. 69–91.
- Projektgruppe Wanja (2000): Handbuch zum Wirksamkeitsdialog in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit. Qualität sichern, entwickeln und verhandeln. Münster, Westf.: Votum. Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, Oldenbourg Wissenschaftsverlag: München.

- Remmers, Hartmut (2000): *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Univ., Habil.schr.--Bremen, 1998. 1. Aufl. Bern: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- Remmers, Hartmut (2009): In welche Richtung bewegt sich die pflegewissenschaftliche Fachgesellschaft? In: NEWSLETTER DES IPP BREMEN, Jg. 5, H. 07, S. 6–7. Online verfügbar unter http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ippinfo/IPP_info_no7_online_rz.pdf.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2010): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung: Mit kleinen Schritten voran. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, H. 27, S. A-1336. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZGEN&DOKV_NO=DAE77433&DOKV_HS=0&PP=1.
- Riemann, Gerhard (2000): Die Arbeit in der sozialpädagogischen Familienberatung. Interaktionsprozesse in einem Handlungsfeld der sozialen Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl. (Edition soziale Arbeit).
- Rose, Nikolas (2000): Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt am Main, S.72-109.
- Roser, Traugott/Wasner Maria (2007): Multiperspektivisch denken und lehren. Die Beteiligung der Seelsorge an der Ausbildung ethischer Kompetenz an einem Universitätsklinikum – ein Erfahrungsbericht. *Wege zum Menschen*, 59. Jg., S. 533-550.
- Roß, Josef/Müller, Monika (2005): Was ist Hospizarbeit, in: Sabatowski, Rainer/Radruch, Lukas/Nauck, Friedemann/Roß, Josef/Zernikow, Boris (Hg.): *Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland. Ambulante und stationäre Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland*, Wuppertal, S. 18-21.
- Saunders, Cicely (Hg.) (1993): *Hospiz und Begleitung im Schmerz*. Freiburg im Breisgau. Saunders, Cicely/Baines, Mary (1991): *Leben mit dem Sterben: Betreuung und medizinische Behandlung todkranker Menschen*, Bern, Göttingen, Toronto.
- Schaarschuch, Andreas; Oelerich, Gertrud (2005): Theoretische Grundlagen und Perspektiven sozialpädagogischer Nutzerforschung. In: Oelerich, Gertrud; Schaarschuch, Andreas (Hg.): *Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit*. München: Reinhardt, S. 9–25.
- Schaeffer, Doris (2002): Wissenschaftliche Begleitforschung zum Modellprojekt zur Finanzierung palliativ-pflegerisch tätiger Hausbetreuungsdienste in Nordrhein-Westfalen. Unter Mitarbeit von Michael Ewers. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=SOFI20020317&DOKV_HS=0&PP=1.
- Schaeffer, Doris/Ewers, Michael (2003): Palliativ-pflegerisch tätige Hausbetreuungsdienste in NRW, Ergebnisse der Begleitforschung, P03-121, IPW-Veröffentlichungsreihe, Bielefeld.
- Schaeffer, Doris/Ewers, Michael (2005): *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*, Bern.
- Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (2011): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausg. Weinheim: Juventa-Verl.
- Schaller, Franz (2004): Erkundungen zum Transdisziplinaritätsbegriff. In: Brand, Frank; Schaller, Franz; Völker, Harald (Hg.): *Transdisziplinarität. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Beiträge zur THESIS-Arbeitstagung im Oktober 2003 in Göttingen. Göttingen: Universitäts-Verlag, S. 33–45.
- Schindler, Thomas (2007): Palliative Care in der ambulanten Versorgung. In: Knipping, Cornelia (Hg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 2., durchges. u. korrr. Aufl. Bern: H. Huber (Programm Huber. Pflege), S. 58–66.
- Schirmmacher, Frank (2004): *Das Methusalem-Komplott*, München.
- Schneider, Werner (1999): »So tot wie nötig – so lebendig wie möglich!«. *Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland*, Münster.
- Schneider, Werner (2005): Der »gesicherte« Tod – Zur diskursiven Ordnung des Lebensendes in der Moderne, in: Knoblauch, Hubert, Zingerle, Arnold (Hg.): *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin, S. 55-79.
- Schneider, Werner (2006): Das gute Sterben? Vortrag im Rahmen der Tagung »In Würde sterben. Sterben als Teil des Lebens. 11. November 2006«, Schweisfurth-Stiftung, München, Unveröffentlichtes Manuskript, Elektronische Ressource:http://admin.fnst.org/uploads/1178/Vortrag_W_Schneider_11.11.06.pdf, Zugriff am 14.07.2007.
- Schneider, Werner/von Hayek, Julia (2005): „Sterben dort, wo man zu Hause ist.“, Zur institutionellen Ordnung des Lebensendes in der ambulanten Hospizarbeit, in: Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (Hg.): *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*, Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, S. 117-137.
- Schneider, Werner/von Hayek, Julia/Pfeffer, Christine (2010): *Sterbebegleitung in der ambulanten Hospizarbeit. Untersuchungen zu Organisation und Praxis*, Lit Verlag: Münster.

- Schneider, Werner; Eschenbruch, Nicholas; Thoms, Ursula (31.5.2010): 1. Zwischenbericht 'Begleitforschung SAP-V-Praxis'. Unter Mitarbeit von Eckhard Eichner, Elisabeth Albrecht und Angelika Westrich. Universität Augsburg, Philosophisch-Sozialwissenschaftliche Fakultät. Augsburg. Online verfügbar unter http://www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/interne_medien/schneider/1_zwischenbericht.pdf.
- Schröer, Sebastian; Schulze, Heike (2010): Grounded Theory. In: Bock, Karin; Miethe, Ingrid; Ritter, Bettina (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen: Budrich, S. 277–288.
- Schulze, Ulrike (1997): Handlungslernen im Feld geriatrischer Pflege. Ein Konzept zur Initiierung von Lernprozessen. Univ., Diss.--Dortmund, 1997. 1. Aufl. Oberhausen: Athena (Altern - Bildung - Gesellschaft, 1).
- Schulze, Ulrike (2005): Für ein humanes Sterben. Selbstbestimmung am Lebensende fordert die Unterstützung aller Beteiligten. In: Durchblick: Das Magazin des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V, H. 03, S. 11–13.
- Schulze, Ulrike (2005): Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase – Im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge. In: Klie, Thomas; Buhl, Anke; Entzian, Hildegard; Hedtke-Becker, Astrid (Hg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit), S. 122–132.
- Schulze, Ulrike (2006): ... und der Schmerz ist uner „messlich“. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Jg. 19, H. 6, S. 324–325.
- Schulze, Ulrike; Driebold, S.; Blumenauer, H. (2010): Somatische und psychosoziale Bedürfnisse von Menschen in ihrer letzten Lebensphase – Begleitung Sterbender auf Basis professioneller pflegerischer Diagnostik und Intervention. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 43, S. 135.
- Schulze, Ulrike; Kämmerer-Rütten, Ursula (2011): International Education and the Cross Cultural Classroom: Learning and teaching in international settings. In: Hatakka, Helena (Hg.): Interprofessional and International Learning Experiences in Social and Health Care Higher Education in Lahti University of Applied Sciences: Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print (The publication series of Lahti University of Applied Sciences, 80), S. 57–64.
- Schumann, Michael (1998): Kernprobleme professionellen Handelns. Exemplarische Rekonstruktion einer Jugendarbeit vor Ort. In: Kiesel, Doron; Deinet, Ulrich; Thole, Werner (Hg.): Standortbestimmung Jugendarbeit. Theoretische Orientierungen und empirische Befunde. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verl. (Reihe Politik und Bildung, 15), S. 179–198.
- Schütte, Christian (2002a): Personzentrierte Kommunikation mit Sterbenden in der Hospizarbeit. Köln. Schütte, Christian (2002b): Ganzheitliche Sterbebegleitung. Ein Berufsfeld für die Soziale Arbeit? In: sozialmagazin 27. Jg. H. 9. Weinheim. 2002, S. 25-38.
- Schütte-Bäumner, Christian (2005): Soziale Arbeit und AIDS. Aufgaben, Methoden, Konzepte, in: sozialmagazin, 30. Jg., (3), S. 13-22.
- Schütte-Bäumner, Christian (2006a): Professionalitäten in AIDS-Hilfen. Rekonstruktion sozialarbeiterischer Praxis und die Frage nach Möglichkeiten jenseits eindeutiger Methodologie, in: Di Pasquale, Verena/Stegemann, Karolina/Schuchmann, Uta/Thomas, Stefan (Hg.): Grenz- überschreitungen: zwischen Realität und Utopie, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 215-230.
- Schütte-Bäumner, Christian (2006b): Kriterien, Konzepte, Konfusion? Aktuelle Ressourcen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, in: Geene, Raimund/Kilian, Holger/Ryl, Livia/Schütte, Christian (Hg.): Qualitäten der Gesundheitsförderung. Konzepte für die Praxis, Berlin, Eigenverlag, S. 57-66
- Schütte-Bäumner, Christian (2007): Que(e)r durch die Soziale Arbeit. Professionelle Praxis in den AIDS-Hilfen, Bielefeld.
- Schütte-Bäumner, Christian (2008): Anders Altern: „... weil wir eigene Strukturen brauchen“. Theoretische und empirisch-analytische Überlegungen zum Verhältnis von Geschlechtsidentität und Lebensalter am Beispiel ‚alternativer Wohnprojekte‘ der lesbisch-schwulen Community. Frankfurt am Main, März 2008. Bericht an die Vergabekommission Kleinere Projekte zur Frauen- und Genderforschung zum Forschungsprojekt ‚prekäre soziale Versorgungsstrukturen im Alter‘. Schütte-Bäumner, Christian (2009a): Dezentrierung des professionellen Blicks im Kontext palliativ-hospizlicher Fürsorge. Überlegungen zur Methodologie Sozialer Arbeit in der Begleitung sterbender Menschen, in: Sozial Extra. Zeitschrift für Soziale Arbeit.
- Schütte-Bäumner, Christian (2009b): Soziale Arbeit als Hilfe für Alte. Methodenerweiterung durch ethnographisch orientierte Beratung im Bereich Palliative Care, in: sozialmagazin, 34. Jg., (5), S. 10-21.
- Schütte-Bäumner, Christian (2009c): Körperliche Schmerzen und psychosoziale Krisen – Sterbebegleitung braucht doppelte Aufmerksamkeit, in: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, GWG Gesellschaft für wissenschaftliches Gesprächspsychotherapie, 40 Jg., (2), S. 76-80.

- Schütze, Fritz (1992): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Dewe, Bernd (Hg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske + Budrich, S. 132–170.
- Schütze, Fritz (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkung auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1230), S. 183–275.
- Schütze, Fritz (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriß. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, Jg. 1, H. 1.
- Schwarz, Reinhold (2007): Abschlussbericht zur wissenschaftlichen Begleitung ambulanter palliativmedizinischer Betreuung in Sachsen 2005–2006. Das Integrierte Versorgungsmodell in Dresden. Leipzig. Universität Leipzig, Selbstständige Abteilung Sozialmedizin des Instituts für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin.
- Schweitzer, Susanne; van Oorschot, Birgitt; Köhler, Norbert (2005): Der Patient und seine Familie. Einstellungen und Mitsprachemöglichkeiten von Angehörigen palliativ behandelter Tumorpatienten. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Jg. 55, H. 6, S. 298–304. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZI0B945D4CD207F4FE29570F68FD39818A&DOKV_HS=0&PP=1.
- Schwepe, Cornelia (2003): Wie handeln Sozialpädagoginnen? Rekonstruktionen der professionellen Praxis der Sozialen Arbeit. In: Schwepe, Cornelia (Hg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. Opladen: Leske + Budrich (Lehrtexte Sozialpädagogik), S. 145–165.
- Seyfarth, Constans (1979): Alltag und Charisma bei Max Weber. Eine Studie zur Grundlegung der „Verstehenden Soziologie“. In: Sprondel, Walter Michael; Grathoff, Richard; Sprondel-Grathoff (Hg.): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften. Stuttgart: Enke, S. 155–177.
- Siegmund-Schultze, Nicola (2011 DA - 24.06.2011): Klinische Onkologie: Der Weg ist frei für neue Standards. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, H. 25, S. A-1428.
- Sitte, Thomas (Hg.) (2010): Die Pflgetipps: Palliative Care. Wiesbaden: Deutsche Palliativ Stiftung. Spaar-Huber, Silvia; Verfasser (2006): Sozialarbeit unterwegs zu Palliative Care?! Zur Funktion der Sozialarbeit in Palliative Care. Bern: Ed. Soziothek.
- Stake, Robert (1975): Evaluating the Arts in Education. A Responsive Approach. Columbus/Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company
- Stake, Robert (1997): Advocacy in Evaluation. A Necessary Evil? In: Chelimsky, Eleanor (Hg.): Evaluation for the 21st century. A handbook. Thousand Oaks, Calif.: Sage, S. 470–476.
- Stake, Robert E (1995): The art of case study research. 1. [publ.]. Thousand Oaks: Sage Publ. Stake, Robert E (2004): Standards-based & responsive evaluation. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Statistisches Bundesamt (2005): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2002): Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In: Thole, Werner; Bock, Karin (Hg.): Grundriss soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen: Leske + Budrich, S. 245–258.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch. 1. Aufl. Bern: Haupt (UTB Soziale Arbeit, Sozialwissenschaften, 2786).
- Staub-Bernasconi, Silvia (2009): Der Professionalisierungsdiskurs zur Sozialen Arbeit (SA/SP) im deutschsprachigen Kontext im Spiegel internationaler Ausbildungsstandards. Soziale Arbeit – eine verspätete Profession? In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller, Silke (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 21–46.
- Steen, Rainer (2005): Soziale Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst. München: Reinhardt (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 6).
- Steen, Rainer (2005): Soziale Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst. München: Reinhardt (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 6).
- Stichweh, Rudolf (1994): Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1146).
- Stichweh, Rudolf (1996): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1230), S. 49–69.

- Sting, Stephan (Hg.) (2000): Gesundheit und soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa-Verl. (Dresdner Studien zur Erziehungswissenschaft und Sozialforschung).
- Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 2. Aufl., UTB: München.
- Strauss, Anselm L. /Glaser, Barney (1970): Anguish. The Case History of a Dying Trajectory. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Strauss, Anselm L./Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1985): Social Organization of Medical Work. Chicago und London: University of Chicago Press.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (2010): Grounded theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Unveränd. Nachdr. d. letzten Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verl.-Union.
- Streckeisen, Ursula (2005): Das Lebensende in der Universitätsklinik. Sterbendenbetreuung in der Inneren Medizin zwischen Tradition und Aufbruch, in: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens, Berlin, S. 125-146.
- Strübing, Jörg (2008): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden (Qualitative Sozialforschung, Bd. 15).
- Student, Johann-Christoph (1994): Was ist ein Hospiz?, in: Student, Johann-Christoph (Hg.): Das Hospiz-Buch, Freiburg im Breisgau, S. 19-30.
- Student, Johann-Christoph/Mühlum, Albert/Student, Ute (2004): Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München und Basel.
- Sudnow, David (1973): Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt am Main. td-net, Akademien der Wissenschaften Schweiz Wiesmann Urs u. a. (2008): Transdisziplinäre Forschung weiterentwickeln: Eine Synthese mit 15 Empfehlungen. In: Darbellay, Frédéric; Paulsen, Theres (Hg.): Herausforderung Inter- und Transdisziplinarität. Konzepte, Methoden und innovative Umsetzung in Lehre und Forschung. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, S. 169–196.
- Tewes, Walter (1997): Basiscurriculum für Sozialarbeiter in Palliativmedizin. In: Müller, Monika; Kern, Martina; Nauck, Friedemann; Klaschik, Eberhard (Hg.): Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter. Curricula für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Seelsorger in Palliativmedizin. 2. Aufl. Bonn: Pallia- Med-Verl. (Schriftenreihe / Verein zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e.V., 7), S. 210–240.
- Thole, Werner; Küster-Schapl, Ernst-Uwe (1998): Die MitarbeiterInnen. Könnte Jugendarbeit auch „n Maurer machen“? In: Kiesel, Doron; Deinet, Ulrich; Thole, Werner (Hg.): Standortbestimmung Jugendarbeit. Theoretische Orientierungen und empirische Befunde. Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verl. (Reihe Politik und Bildung, 15), S. 199–223.
- Unger, Hella von/Block, Martina/Wright, Michael T. (2007): Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht, Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin.
- van der Kooij, Cora (2010): Das mäuseitische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Bern: Huber (Altenpflege).
- van Oorschot, B.; Hausmann, C.; Köhler, N. (2004): Patienten als Partner in der letzten Lebensphase. Erste Ergebnisse und Perspektiven eines Modellvorhabens. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 47, H. 10, S. 992–999. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZI5927645B542E1E68590A16D6BEEAEFA0&DOKV_HS=0&PP=1.
- Völker, Harald (2004): Von der Interdisziplinarität zur Transdisziplinarität? In: Brand, Frank; Schaller, Franz; Völker, Harald (Hg.): Transdisziplinarität. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Beiträge zur THESIS-Arbeitsstangung im Oktober 2003 in Göttingen. Göttingen: Universitäts-Verlag, S. 9–28.
- Wasner Maria (2009): Welche Rolle spielt Soziale Arbeit in der Palliativpflege?, in: Zeitschrift für Palliativmedizin, 10, S.134.
- Wasner Maria/Kaub-Wittemer, Dagmar (2006) Kommunikation und psychosoziale Begleitung: Kernkompetenzen in der Palliativmedizin, in: Deutsche Zeitschrift für Onkologie, 38, S. 174-177.
- Wasner Maria/Roser, Traugott/Fittkau-Tönnemann, Bernadette/Borasio, Gian Domenico (2008) Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte, in: Deutsches Ärzteblatt, 105, A674-676.
- Weber, Achim/Gekeler, Corinna (Hg.) (2007): Selbstbestimmt versorgt am Lebensende. Grenzwanderungen zwischen Aids- und Hospizbewegung, AIDS-Forum DAH, 46, Berlin.
- Weber, Max (1922): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Tübingen.

- Weither, Erhard (2008): Palliative Care und Spiritualität. Wozu fordert die Entwicklung in der Palliativ- Versorgung die Krankenhaus-Seelsorge und die Kirche heraus? In: Krankendienst, Jg. 81, H. 4, S. 112–116. Online verfügbar unter http://www.wiso-net.de/webcgi?START=A60&DOKV_DB=ZDZI&DOKV_NO=DZIE-D48C8B7D92721ECA6F3CD60B9E43EEC&DOKV_HS=0&PP=1.
- Wienken, Cornelia (1997): Die Hospizbewegung mit dem Anspruch der Lebens-, Sterbe und Trauerbegleitung, in: Widersprüche, H. 64, S. 89-99.
- Wigger, Annegret (2007): Was tun SozialpädagogInnen und was glauben sie, was sie tun? Professionalisierung im Heimalltag. 2., durchges. Aufl. Opladen: Budrich.
- Wigger, Annegret (2009): Der Aufbau eines Arbeitsbündnisses in Zwangskontexten. Professionstheoretische Überlegungen im Licht verschiedener Fallstudien. In: Becker-Lenz, Roland; Busse, Stefan; Ehlert, Gudrun; Müller, Silke (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 143–158.
- Wilkening, Karin (2000): Organisationskultur des Sterbens – Herausforderungen für die Sozialarbeit, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, H. 3/2000, S. 91–97.
- Wilkening, Karin (2001): Organisation der Sterbebegleitung – eine erste Zwischenbilanz, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, H. 6/2001, S. 221–225.
- Wilkening, Karin (2005): Palliative care als sozialgerontologisches Handlungsfeld. In: Bockisch, Sabine (Hg.): Festschrift zum 100. Jubiläum des FBS der FH Braunschweig/Wolfenbüttel, Braunschweig, S. 205–214.
- Wilkening, Karin (2007): Spirituelle Dimensionen der Begegnungsebenen mit Tod und Sterben im Alter. In: Kunz, Ralph (Hg.): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie, Zürich, S. 121–142.
- Wilkening, Karin/Godzik, Peter (2001): Die Hospizbewegung in Niedersachsen: Wurzeln, Entwicklungen und Perspektiven, in: Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V. (Hg.): Hospiz bewegt Niedersachsen. Hannover: bgv, S. 10–20.
- Wilkening, Karin/Kunz, Roland (2003): Sterben im Pflegeheim – Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Wilkening, Karin/Martin, Mike (2003): Lebensqualität am Lebensende – Erfahrungen, Modelle und Perspektiven, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36. Jg. H. 5/2003: 333–338. Wilkening, Karin; Wichmann, Cornelia (2010): Soziale Arbeit in der Palliativversorgung. In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 165–172.
- Winkler, Michael (1988): Eine Theorie der Sozialpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
- Wissert, Michael (2004): Case-Management in der Altenhilfe, in: Managed Care, 7, S. 29-31. Wissert, Michael; Vogt, Alexandra; Radbruch, Lukas (2009): Wirkungen von Case Management-Qualifizierung. Ergebnisse eines Modellprojekts zum „Unterstützungsmanagement in der palliativen und hospizlichen Arbeit“. In: Case Management, Jg. 6., H. Sonderheft „Palliative Care“, S. 36–44.
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum qualitative Sozialforschung, Jg. 1, H. 1 Art. 22. Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519.%5D>.
- Wolff, Stephan (2000a): Wege ins Feld und ihre Varianten, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, S. 334-349.
- Wolff, Stephan (2000b): Dokumenten- und Aktenanalyse, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, S. 502-513. Wottawa, Heinrich; Thierau, Heike (2003): Lehrbuch Evaluation. 3., korrigierte Aufl. Bern: Huber (Psychologie Lehrbuch).
- Wunder, Michael (2010): Multiprofessionelle SAPV bleibt Wunsch. Die Praxis ist meistens nur "biprofessionell", in: Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin. Die Zeitschrift für interdisziplinäre Schmerztherapie. Sonderheft zu SAPV und AAPV.

II. Eingehende Darstellung

1. Verwendung der Zuwendung und des erzielten Ergebnisses im Einzelnen

Im Folgenden wird die Verwendung der Zuwendung und des erzielten Ergebnisses im Einzelnen durch eine Gegenüberstellung mit den skizzierten Zielen vorgenommen. Grundlage für dieses Vorgehen bildeten einerseits der Arbeitsplan TP|sapv sowie die dort formulierten 12 Meilensteine. Überdies gehen die Inhalte und Ausführungen zur kostenneutralen Verlängerung (knV) mit ein. Jene Gegenüberstellung von Zielen und Ergebnissen fassen wir in einer entsprechenden Matrix zusammen, die Auskunft darüber gibt, in welcher Arbeitsphase (Meilensteine) welche Ergebnisse TP|sapv zustande gekommen sind (vgl. Abb. Ergebnisse TP|sapv).

1.1 Arbeitsphasen und Meilensteine sowie kostenneutrale Verlängerung

Qualitative Bedarfsermittlung theoretical sampling (Meilensteine 1, 2)

Alle wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen führen problemzentrierte Interviews mit Schwerstkranken und ihren Angehörigen sowie Repräsentant_innen der unterschiedlichen Professionsgruppen von SAPV zur Bedarfsermittlung durch, die sich auf die konkrete Ausgestaltung von SAPV und nicht auf bestimmte Disziplinen oder Professionen bezieht. Aufgrund der offenen und axialen Kodierung der Einzelinterviews wird im Gesamtforschungsteam auf der Basis der transkribierten Interviews unter Anleitung der Projektleitung ein erster Versuch der Bildung von Kern- bzw. Schlüsselkategorien zur Systematisierung des Datenmaterials sowie zu Bildung von ‚Typen‘ in Hinblick auf das selektive Kodieren vorgenommen. Dieser Prozess wurde sodann in Kooperation mit den Praxispartnern auf weitere noch zu führende Interviews diskutiert (theoretical sampling) (vgl. erster Zwischenbericht).

Datenbearbeitung und -analyse (Meilensteine 3, 4)

Alle wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen unterziehen die problemzentrierten Interviews zur Bedarfsermittlung einer selektiven Kodierung. Dabei werden zwischen ihnen Arbeitsteilungen verabredet bezüglich der Auswertung der Interviews der verschiedenen Professionsgruppen, der Schwerstkranken und der Angehörigen. Nicht nur sollen dabei unterschiedliche Einschätzungen der verschiedenen Professionsgruppen und disziplinären Orientierungen in den Blick genommen werden, um die Standortgebundenheit der jeweiligen Bedarfseinschätzung zu kontrollieren. Es sollen auch bezüglich der Gruppe der Schwerstkranken und der Gruppe der Angehörigen möglicherweise sich unterscheidende Bedarfsmuster rekonstruiert werden.

Die Auswertung der ero-epischen Gespräche führte zu 160 identifizierten Codes, die zunächst in Sub-Kategorien zusammengefasst wurden. Hieraus wurden folgende Kategorien gebildet:

Fachlichkeit dient der Vermittlung von Sicherheit und ist assoziiert mit strukturiertem Arbeiten, Setzen von Prioritäten, vorausschauendem Arbeit, beobachten können und „berühren wollen“ sowie Gesprächsführung. Weiter genannt werden Wissen zu Symptomkontrolle, Mobilität, Körperbild, psycho-soziale Aspekte sowie zu Hilfsmittelversorgung und Hilfsmittelbeschaffung.

Die Motivation in der SAPV zu arbeiten, orientiert sich v. a. am Pflegeverständnis, d.h. ganzheitlich arbeiten zu können und basiert häufig auf gemachten Erfahrungen mit unheilbar kranken Menschen. Unter Selbstpflege zählt die gegenseitige Anerkennung von Leistungen innerhalb des Teams und die Erkenntnis von und Reflexion zu eigenen Grenzen. Die Vorgeschichte der Betroffenen fasst die Bedingungen der Pflege zusammen, z. B. vorangegangene Therapien, Haushaltsauflösung, Umfeld der Betroffenen. Zu den Wünschen Sterbender zählt die Art der Interaktion und Zugewandtheit durch Professionelle („mit und nicht über die Sterbenden sprechen“), die Selbstbestimmung des Sterbeortes, der Wunsch „nicht elendig zugrunde gehen“ zu müssen, Wahren der Normalität (den sozialen Tod nicht vor körperlichen Tod erleiden), Abschied nehmen, kein Selbstmitleid zeigen. Die Zeit wird in je unterschiedlicher Perspektive betrachtet. So betrachten die Betroffenen Zeit in der Rückschau bzw. der Gegenwart. Sie möchten sich Zeit nehmen und suchen nach Ruhe. Für die professionell Tätigen hingegen, die vorausschauend das professionelle Sorgearrangement steuernd im Blick haben, wird Zeit an der Zukunft gemessen und ist gekennzeichnet von Unruhe.

Konstruktion eines Fragebogens (Meilensteine 5, 6)

Erste Entwürfe für wissenschaftliche Publikationen werden erarbeitet. Zudem gelingt die Konstruktion eines Fragebogens zur quantitativen Bestands- und Bedarfsermittlung (vgl. erster Zwischenbericht sowie Anhang des hier vorliegenden Berichts).

Online-Befragung (Meilensteine 7, 8)

Die standardisierte bundesweite Online-Befragung zur Bestands- und Bedarfsermittlung wird durchgeführt. Kennzahlen über die institutionelle Versorgungsstruktur werden gegenwärtig noch nicht zentral erfasst. Deshalb muss über die in der Untersuchung von Schneider et al. (2010) bereits erfassten hinaus, auf die aktuellen Informationen der Fachverbände sowohl auf Landes-, wie auch auf Bundesebene zurückgegriffen werden. Bezüglich des operationalisierten

Bedarfs an SAPV-Praxen wird sowohl nachgefragt, ob und in welchem Ausmaß diese durch bestimmte Professionsgruppen bisher schon praktiziert werden (= Bestandsermittlung). Es werden aber auch Einschätzungen zur Dringlichkeit des Bedarfes (= Bedarfsermittlung) abgefragt. Ziel der Untersuchung war die Beschreibung spezifischer Profile von in der SAPV-Praxis eingesetzter Kompetenzen, um diese hinsichtlich transdisziplinärer Anforderungen in die spezialisierte Qualifizierung in diesen Bereich zu transformieren. Weiterhin gingen die Ergebnisse in die Leitfragen für die nachfolgenden Interviews mit ein. In der Onlinebefragung wurden die Mitglieder von SAPV-Teams anhand einer Selbsteinschätzung zu eingesetzten Kompetenzen und Weiterentwicklungsbedarfen befragt. Diese liegen den Ergebnissen zufolge am häufigsten in der Gesprächsführung, psychosozialen Betreuung, Arbeitsorganisation, medizinisch-technischen Arbeit und im Bereich der gesetzlichen Regelungen. Interessanterweise werden genau hier auch die höchsten Qualifizierungsbedarfe gesehen - mit 98% in der Gesprächsführung, 95% in der psychosozialen Betreuung sowie 93% bezüglich strukturierten Arbeitens. Die psychosoziale Betreuung hat eine hohe Bedeutung und wird von unterschiedlichen Akteuren wahrgenommen. Weitergehend betrachtet, gibt es wohl keinen einzigen Aspekt der SAPV-Arbeit, der nicht auch eine psychosoziale Dimension beinhalten dürfte. Entsprechend sind zumeist verdeckte psychosoziale Gehalte der Grund dafür, wenn Professionelle den An- bzw. Zugehörigen oder den unheilbar Erkrankten ‚non compliance‘ unterstellen. Vor diesem Hintergrund leuchtet unmittelbar ein, wenn Maria Wasner (2013) in ihrem Stufenmodell der psychosozialen Begleitung dafür plädiert, es müssten psychosoziale Basiskomponenten von allen SAPV-Teammitgliedern qualifiziert abgedeckt werden können. Entscheidend sei dabei, die eigenen Grenzen zu kennen. Dies scheint den von uns Befragten durchaus bewusst zu sein. Dafür spricht nicht nur der von ihnen artikulierte Qualifizierungsbedarf im psychosozialen Bereich, sondern auch der von 39% der Befragten geäußerte Wunsch nach Einzelsupervision. Vor dem Hintergrund, dass die Professionellen der SAPV – im Gegensatz zu denjenigen aus dem Bereich Psychotherapie - in keinem klar abgesteckten Setting arbeiten, sondern in den dichten Beziehungen der krisenhaft zugespitzten häuslichen Situation in viel höherem Ausmaß der Gefahr ausgesetzt sind, sich darin zu verstricken, scheint diese Forderung mehr als plausibel und Ausdruck eines hohen professionellen Selbstanspruchs.

Formative Evaluation (Meilensteine 9, 10)

Mit den Praxispartner_innen werden Gespräche zur exemplarischen Erprobung innovativer Ansätze einer transdisziplinären Professionalität im Bereich bedarfsgerechter, sozialräumlich spezifizierter, ambulanter Palliativversorgung geführt. Jener Prozess der vom Forschungsteam TP|sapv als ‚formative Evaluation‘ zusammengefasst wird, mündet in einer umfassenden Begleitung der ausgewählten SAPV Teams. Sie wurden eingeladen auf einer deutlich selbst-reflexiveren Ebene als in den beruflichen und alltäglichen Routinen, unterschiedlich Alternativ- und ‚Lösungs‘-Vorschläge für den Umgang mit sich unterscheidenden Qualitätsansprüchen zu entwickeln. Zudem wurden Anregungen erarbeitet, wie diese ‚alternativen Handlungskonzepte‘ für die SAPV Praxis, auch in Lehre und Weiterbildung integriert werden können.

Während die summative Evaluation dazu dient, den Erfolg einer Maßnahme zu bewerten, geht es bei der formativen Evaluation um die Evaluation des dazugehörigen Prozesses. Übertragen auf die Durchführung einer formativen Evaluation im Rahmen des Projektes bedeutet dies, die Auseinandersetzung mit bestimmten Themen, die sich aus bereits stattgefundenen Projektphasen und vorhandenem Material, wie z. B. den nach der Analyse der ero-epischen Gesprächen identifizierten Themenfeldern, ergeben haben. Dies erfolgte vor dem, im Projekt zugrundeliegenden transdisziplinären Anspruch, die Ergebnisse mit Vertreterinnen und Vertretern der Praxis, aber auch mit Betroffenen selbst, zu diskutieren. Somit wurde die Möglichkeit geschaffen, einen Prozess der Auseinandersetzung und Bearbeitung zu initiieren, der alle Beteiligten in diesen Prozess einbinden konnte (vgl. Abb. Ergebnisse TP|sapv, Perspektiven für die Praxis: Konzeptbausteine).

Fachwissenschaftliche Diskussion der Ergebnisse, Veröffentlichungen (Meilensteine 11, 12)

Die Konzeptbausteine wurden auf dem dritten FWPB der Fachöffentlichkeit präsentiert. Dieser diskursive Raum wurde zudem dazu genutzt, die aktuellen sozial- und gesundheitspolitischen Debatten in ein Verhältnis mit den TP|sapv-Forschungsergebnissen zu setzen.

Insgesamt nahmen 32 Expert*innen teil, von denen drei, nach Vorlage von Abstracts zu den Ergebnissen, um Kommentierungen gebeten worden waren. Es wurde wie folgt kommentiert (Auszug): Kommentator 1: In dem von starken Hierarchien geprägten Setting im Gesundheitswesen sei allgemein keine ausgeprägte Teamkultur anzutreffen. „Macht spielt eine große Rolle“ und drückt sich im Kontrollversuch bezogen auf einen Krankheitsverlauf und die Patienten aus. Das Phänomen der „Aussteiger“ wird über Enttäuschung bisheriger Teamerfahrungen im

Krankenhaus erklärt. „Funktionalität von Sektorengrenzen“ sind abhängig von der jeweiligen Zusammenarbeit mit anderen Professionen

Kommentator 2: Die palliative Versorgung gewinnt an Bedeutung in der Sozialen Arbeit. Bislang sei zu wenig im palliativen Setting vorhanden. Gleiches gilt für die Seelsorge. „Alle können alles“ stellt die Frage nach Überforderung. „Es ist klar, dass alle Gesprächsführung durchführen können, aber wo sind die Grenzen? Wann müssen Profis dran?“

Kommentator 3: Zur Durchsetzung multiprofessioneller Teams, sei es nun wichtig, die wissenschaftlichen Ergebnisse quantitativ mit Zahlen zu untermauern.

In der sich anschließenden Podiumsdiskussion wurde betont, dass TP/SAPV einen großen Beitrag zur „Sprachfähigkeit“ geleistet hat. Weitere Folgeprojekte müssten „Verhandlungen mit der Politik dienen“. Übereinstimmend kommt der wissenschaftliche Beirat zu dem Ergebnis, dass die Soziale Arbeit zu wenig vertreten sei.

Weiterhin wurde im Rahmen dieser Meilensteine der Projektabschluss im Sinne der Umsetzung des Forschungsberichts sowie der Buchpublikation- TP|sapv besprochen und festgehalten.

Komplexität der SAPV und Rekonstruktion der Logik des Feldes

(kostenneutrale Verlängerung)

Eine Typologie durch die Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen ließ sich im Forschungsprozess, zumindest so wie ursprünglich nicht realisieren. Dies lag zum einen daran, dass wir in der ersten Phase ethnographischer Begleitung der Teams zunächst einmal den beruflichen Alltag der Professionellen in den SAPV-Teams und dessen Organisation fokussiert haben. Entgegen unserer Erwartungen, waren wir in der Ethnographie mit ständig wechselnden Konstellationen von Mitarbeiter*innen konfrontiert und konnten von daher die Praxis einzelner Personen nicht über einen längeren Zeitraum beobachten. Dies aber wäre notwendig, um berufliche Habitusformationen zu rekonstruieren, die ja durch eine gewisse Art der *Kontinuität in der professionellen Praxis* charakterisiert sind.

Zum andern trat die Komplexität der SAPV-Praxis in den ethnographischen Beobachtungen mit besonderer Deutlichkeit hervor. Die überaus unterschiedlichen Kontexte, in denen SAPV-Arbeit geleistet wird – deren ethnographische Untersuchung zum Begreifen der (Struktur-)Logik des Feldes in der ersten Projektphase von zentraler Bedeutung war – erschwerten es Ansatzpunkte zur Rekonstruktion der Habitusformationen zu finden, weil so die Beobachtung nicht nur durch wechselnde Konstellation der SAPV-Mitarbeiter*innen, sondern zudem durch

eine Heterogenität der Handlungskontexte geprägt war. Entsprechend war die Auswertung der Beobachtungen zunächst auf die **Rekonstruktion der Logik des Feldes** ausgerichtet, die eine wichtige Grundlage für den Anwendungsbezug der „Perspektiven für die Praxis: Konzeptbausteine“ bildet.

Ergebniskategorien		Meilensteine (Mst) und kostenneutrale Verlängerung (knV)				
		Mst 1-2	Mst 3-4	Mst 5-8	Mst 9-12	knV
Ergebnisse der Praxisforschung TP sapv	Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen	✕	✕	✕	✕	✕
	Idealtypische modi operandi					
	Transdisziplinäre Professionalität					
	Bedürfnisse und Bedarfe	✕	✕	✕	✕	✕
	Wahrheit					
	Ambivalenz					
	(Leibliche) Kommunikation					
	Zeit					
	Organisiertheit der SAPV	✕	✕	✕	✕	✕
	Komplexität der SAPV					
	Generalisiertes Wissen (Transdisziplinäres Wissen)					
	Hybride Versorgungsordnung					
	Psychosoziale Stabilisierungsarbeit					
	Perspektiven für die Praxis: Konzeptbausteine	✕	✕	✕	✕	✕
	SAPV im Setting (Teamkulturen)					
	Teamreflexion (Potentiale der Intervention)					
	Ehrenamt (SAPV an der Schnittstelle zur AAPV)					
	Psychosoziale Arbeit					

Abb. Ergebnisse TP|sapv

1.2 Zum empirischen Vorgehen

Die Datenerhebung folgte grundsätzlich zirkulär organisierten Phasen der Datenerhebung (vgl. Abbildung „Abb. Forschungsphasen und -ablauf TP|sapv“).

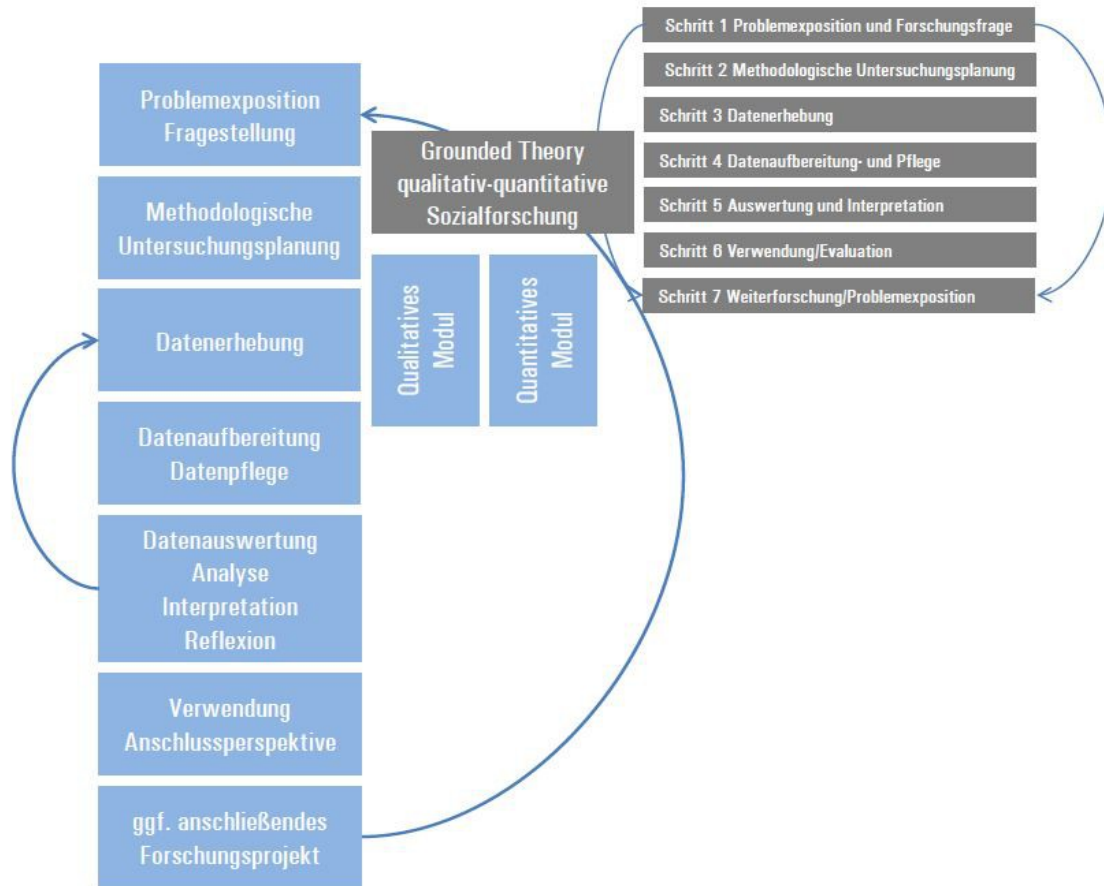


Abb. Forschungsphasen und -ablauf TP|sapv

Es lassen sich drei Feldphasen differenzieren:

Phase I Teilnehmende Beobachtung und ero-epische Gespräche (n=27)

Phase II Online-Befragung (n= 118)

Phase III Leitfaden gestützte Interviews und formative Evaluation (n=10)

In der ersten Feldphase wurden SAPV-Teams in der Interaktion mit betroffenen Menschen teilnehmend beobachtet und begleitet. Darauf aufbauend wurden 27 ero-epische Gespräche (vgl. Girtler 2009) mit hauptamtlich professionell (6) und ehrenamtlichen Tätigen (11), sterbenden Menschen (5) sowie mit ihren An- und Zugehörigen (5) geführt. Die Auswertung und Analyse

dieser qualitativen Erhebung erfolgte mithilfe bereits identifizierter Codes und ergänzend in Abgleich mit den Studien von Schneider (2004) und Wasner (2009). Aus den Ergebnissen der ero-epischen Gespräche und der identifizierten Codes (MAXQDA) wurden im Hinblick auf die Online-Befragung Hypothesen gebildet und Fragen formuliert. Diese sowie die Rechercheergebnisse zu bereits vorhandener Literatur dienten als Grundlage für die Erstellung des quantitativen Befragungsinstruments. Nach der Überarbeitung des Fragebogens durch leitende Vertreterinnen bzw. Vertreter der Hospiz- und Palliativverbände erfolgte nach einem Pre-Test in der zweiten Feldphase eine bundesweite Online-Umfrage mit professionell Tätigen aus SAPV-Teams. Erfasst wurden deren Bedürfnisse und die in der Sicht der professionell Tätigen notwendigen Bedarfe der Betroffenen im Rahmen der SAPV.

Ergänzend wurde in einer dritten Feldphase anhand 10 leitfadengestützter Gespräche - problemzentriert nach Witzel 1982, 1985 - eine Erhebung mit unheilbar kranken sterbenden Menschen durchgeführt (vier Frauen und sechs Männer im Alter zwischen 53 und 81 Jahren). In vier Fällen waren keine An- oder Zugehörigen anwesend. In die Entwicklung der Leitfadenfragen gingen die Ergebnisse sowohl aus den ero-epischen Gesprächen als auch der Online-Befragung ein. Darüber hinaus sollte mit der Zusammensetzung nicht ein Austausch über unheilbar kranke Menschen und deren An- und Zugehörige sondern mit sterbenden Menschen und deren An- und Zugehörigen angeregt werden. Die leitfadengestützten Interviews wurden in Anlehnung an die Grounded Theory ausgewertet. Weiter fand eine Gruppendiskussion mit ehrenamtlich Tätigen statt.

Die je unterschiedlichen Perspektiven der Akteure konnten demnach in die jeweils weiteren Erkenntnisschritte und Umsetzungsgedanken einfließen. Eine Rückkopplung in die Praxis erfolgte sodann im Rahmen der formativen Evaluationen: Mit der Methode der Fokusgruppenarbeit war eine zeitgleiche Einbindung der Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Settings gegeben und somit eine optimale Voraussetzung für mögliche Synergieeffekte geschaffen. Im Verlauf der vorbereitenden Planung ergab sich folgende Zusammensetzung der Fokusgruppen:

- Vertreter*innen eines SAPV-Teams, das sowohl Patient*innen aus dem (groß-)städtischen als auch dem ländlichen Raum versorgt
- Vertreter*innen einer Hospizgesellschaft, die neben der Schulung Ehrenamtlicher, der Beratung und der hospizlichen Versorgung auch ambulante Palliativversorgungsstrukturen vorhält sowie
- unheilbar erkrankte Menschen sowie
- An- und Zugehörige, beide Personengruppen als Expert*innen ihrer jeweiligen Situation.

Des Weiteren wurde die als zentral erachtete Kategorie „Leiblichkeit“ in einem Workshop mit Expertinnen und Experten kommunikativ validiert.

1.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Forschung TP|sapv, wie im Schaubild Abb. Ergebnisse TP|sapv dargestellt, näher erläutert. Diese Ergebnisbeschreibung wird prozessorientiert gestaltet. Eine Feinanalyse ist für eine Buchpublikation vorgesehen.

1.3.1 Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen

Im Hinblick auf die Typenbildung beruflicher Habitusformationen, bei der wir uns an der Dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack 2007) orientierten, tauchten einige methodische Schwierigkeiten auf, die bei ähnlich gelagerten bisherigen Arbeiten der Forschungsgruppe in anderen Arbeitsfeldern (vgl. May et al. 2014) ebenso wenig auftraten, wie in Fachpublikationen über vergleichbare Probleme bei der Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen berichtet wird.

a) Idealtypische modi operandi

So konnten wir auf Basis der Beobachtungsprotokolle der fokussierten Ethnographie in der Komparatistik vier *modi operandi idealtypisch* unterscheiden, in denen auch die in den Forschungsarbeiten von Schütze (2007) herausgearbeiteten Paradoxien professionellen Handelns aufgehoben sind:

- nah-human-emotional versus distanziert-technisch-sachlich;
- spontan-offen-an Singularität des Falles orientiert versus routiniert-strukturiert-Modell orientiert;
- generalistisch-holistisch versus spezialisiert-symptomorientiert;
- abwartend-gewährend versus interventionistisch.

Zwischen diesen Polaritäten ließen sich zwar häufig gewisse Regelmäßigkeiten erkennen, die jedoch nicht als Typik durchgehend im Material aufzufinden waren. Daneben konnten wir schon auf der Basis des Materials der ersten Phase der Ethnographie acht unterschiedliche Orientierungsmuster rekonstruieren, die sich vor allem darin unterschieden, ob sie bestimmte mit der Hospizbewegung verbundene Motive oder eine starke Berufsrollenorientierung, Beziehungsaspekte oder andere professionelle Handlungsorientierungen oder aber eine eher reflexive Grundorientierung akzentuierten. Diese acht verschiedenen Orientierungsmuster waren nicht so ohne weiteres auf die von uns idealtypisch unterschiedenen modi operandi zu beziehen. Auch hier zeigten sich zwar in den Minimalvergleichen einige Überlappungen, aus denen sich in Verbindung mit den Maximalvergleichen jedoch keine konsistenten sich voneinander unterscheidende Typiken rekonstruieren ließen.

Zeigten sich in dieser Weise schon Schwierigkeiten in der sinngenetischen Rekonstruktion, so war erst recht keine soziogenetische Rekonstruktion möglich. Zum damaligen Zeitpunkt hatten wir die Vermutung, dass diese Schwierigkeiten auch dadurch zumindest mitbedingt sein könnten, dass in dieser ersten Phase der Ethnographie, die uns primär dazu dienen sollte, sich ein Überblick über die beruflichen Routinen der SAPV-Teams zu verschaffen und die (Handlungs-)Logiken des Feldes zu rekonstruieren, ganz unterschiedliche Teams unserer Praxispartner begleitet wurden, sodass alle Determinanten sich permanent änderten. Da das Material dieser ersten Phase fokussierter Ethnographie deshalb auch bezüglich der ebenfalls vom Antrag her vorgesehenen Rekonstruktion typischer Arbeitsbündnisse in den SAPV-Teams untereinander, wie zu weiteren Professionellen und Ehrenamtlichen außerhalb der Teams, sowie zu den palliativ zu Versorgenden und ihren Angehörigen gerade bezüglich deren Prozessualität zu wenig Analysemöglichkeiten bot (zumeist keine Fallgeschichten), entschieden wir uns für eine zweite Phase fokussierter Ethnographie, die so im Antrag nicht vorgesehen war. Diese konzen-

trierte sich auf einzelne Fall-Verläufe. Zwar ergab sich auch hier die Schwierigkeit wechselnder Konstellationen der versorgenden Professionellen. Jedoch ließen sich mit der Fokussierung einzelner Patient*innen die komplexesten und für das versorgerische Handeln wirkmächtigsten Variablen von Setting (häusliche Versorgung, häusliche Situation, Angehörige) und Krankheitsverlauf (Art der Erkrankung, Stadium) für die jeweilige Beobachtung konstant halten. Gemeinsam mit den Audioaufzeichnungen der ausführlichen Fallbesprechungen als „natürliche Gruppendiskussionen“ zogen wir auch dieses Material für die Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen, dem „Wie“ des Handelns der Professionellen, vor der Hintergrundfolie unserer Auswertungsergebnisse zur Logik des Feldes heran.

Hatten wir schon im Antrag angekündigt, die disziplinäre und professionelle Ausbildung der im Feld von SAPV beruflich Tätigen als Kontrolle bzw. Spezifizierung in die soziogenetische Typenbildung mit einzubeziehen, zeigten sich bei der Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen zwar bestimmte Regelmäßigkeiten aufgrund der alleiniger Kompetenzdomänen der Medizin. Auch ließen sich Korrespondenzen zu einem bestimmten vorhergehenden Tätigkeitsfeldes beobachten: Z.B. scheint bei früher in der Notfallmedizin Tätigen ein interventionistischer, distanziert-technisch-sachlicher; spezialisiert-symptomorientierter modus-operandi sehr verbreitet. Dennoch ließen sich solche Zusammenhänge nicht als eine berufliche Habitusformation verallgemeinern, weil sie überlagert wurden nicht nur durch die Geschlechtlichkeit – bei Ärztinnen ließ sich sehr viel weniger ein interventionistischer, distanziert-technisch-sachlicher modus operandi als bei Ärzten beobachten. Allerdings konnte auch kein klarer Typus eines bzw. mehrerer ärztlicher Habitusformationen mit geschlechtstypischen Spezifizierungen rekonstruiert werden, weil diese Aspekte noch einmal deutlich gebrochen wurden durch die sehr unterschiedlichen „organisationskulturellen Systeme“ (Klatetzki 1993) der von uns untersuchten SAPV-Teams, die sich besonders einflussreich bezüglich des Orientierungsmusters der dort tätigen Professionellen erwiesen. Wie stark in der Praxis der SAPV-Teams diverse Variationen eines ärztlichen Habitus zum Tragen kommen, scheint zudem abhängig zu sein von der Kliniknähe der Teams. Bei direkt an eine Klinik angebundenen schienen diese sehr viel deutlicher ausgeprägt zu sein, als bei von der Klinik institutionell gänzlich unabhängigen Teams.

b) Wenig spezifizierte Kompetenzprofile|hohes Maß an transdisziplinärer Professionalität

Nun schien das Sampel der von uns in dieser zweiten Phase der fokussierten Ethnographie untersuchten Teams zu gering, um diesbezüglich zu verallgemeinerbaren Aussagen kommen zu können. Zwar haben wir in unserer bundesweiten online-Erhebung zur Bestands- und Bedarfs-ermittlung bezüglich beruflicher Habitusformationen insofern keine wirklich aussagekräftigen Daten erhoben, als dort ja die für den *modus operandi* entscheidende Fragen des „Wie“ einer bestimmten Tätigkeit nicht abgefragt wurde und dies generell wohl auch nur schwer zu operationalisieren ist, da es sich dabei ja um ein sehr stark implizites Handlungswissen (May 2014) handelt. Immerhin aber ließ sich mit den Daten dieser standardisierten Befragung klären, ob sich verschiedene Kompetenzprofile der in der SAPV tätigen Professionellen unterscheiden lassen. Dazu haben wir mit Hilfe des multivariaten Verfahrens einer hierarchischen Clusteranalyse (Ward-Methode) – die sehr geeignet ist, um „homogene Klassen von Merkmalsträgern“ (Fromm 2010) in sehr komplexen Datensätzen zu identifizieren – mit dem Intervall des Quadrierten Euklidischen Abstands zu einer Unterscheidung verschiedener Typen von Kompetenzprofilen unter den einzelnen Professionellen zu kommen versucht, ohne dabei zunächst eine bestimmten Anzahl von Clustern vorzugeben. Als Klassifikationsmerkmal wurde in einem Fall die Referenzvariable „Funktion“ der Befragten im Bereich SAPV gewählt, die in unserer online-Befragung in „Geschäftsführung“, „Teamleitung“, „Koordination“, sowie in der „direkten Patienten- und Patinnenversorgung tätiges Teammitglied“ ausdifferenziert erhoben wurde. In einer weiteren Clusteranalyse wurde als Referenzvariable die Art der Ausbildung herangezogen, ausdifferenziert nach „Studium“, „Ausbildung“ und „sowohl Ausbildung als auch Studium“.

In beiden durchgeführten Clusteranalysen ließ sich jedoch weder eine homogene Gruppe innerhalb eines Clusters erkennen, noch unterschieden sich die Cluster untereinander stark. Und auch die Vorgabe einer bestimmten Anzahl von Clustern erbrachte keine befriedigenden Ergebnisse. *Somit scheint es in den SAPV-Teams – weder vor dem Hintergrund der Ausbildung, noch der Funktion im Team – spezifische, sich in der Praxis, im Einsatz spezifischer Qualifikationen durchtragende Kompetenzprofile zu geben, mit Ausnahme der bereits erwähnten rechtlich abgesicherten Kompetenzdomänen der Medizin.* Wenn es Arbeitsteilungen in den Teams gibt, so scheinen diese hoch individuell zu sein und zumindest keiner sozialen Regelmäßigkeit in Bezug auf Funktion und Qualifikation zu folgen. Auf die Heterogenität des Feldes der

SAPV verweisen darüber hinaus auch die von uns durchgeführten Kreuztabellierungen, um soziale Regelmäßigkeiten im Feld von SAPV in Form interpretierbarer statistischer Zusammenhänge zu ermitteln, von denen auf der Basis von Wahrscheinlichkeitsrechnung davon ausgegangen werden kann, dass sie nicht zufällig sein können und über die erfassten Teams hinaus für das gesamte Feld der SAPV verallgemeinert werden können.

So zeigten sich darin – wenn überhaupt – zumeist nur schwache Zusammenhänge auf einem zum Teil nur unbefriedigendem Signifikanzniveau (vgl. May et al 2016). Dass es uns auf der Basis unseres qualitativen Datenmaterials der beiden Phasen der fokussierten Ethnographie, der aufgezeichneten Teambesprechungen und der formativen Evaluation nicht gelungen ist, zu einer Typologie beruflicher Habitusformationen zu kommen, kann vor diesem Hintergrund als ein Ergebnis und nicht als ein methodisches Scheitern gewertet werden. Dass sich – wie skizziert – in der Auswertung unserer online-Befragung keine signifikanten Zusammenhänge zwischen abgefragten Kompetenzen und abgeschlossenen fachspezifischen Studium zeigten und sich über die Clusteranalyse weder ausbildungs-, noch funktionsbezogen, spezifische Kompetenzprofile ermitteln ließen, kann aber als Hinweis darauf gewertet werden, dass jenseits der rechtsverbindlichen Kompetenzdomäne der Medizin beim Einsatz spezieller diagnostischer Verfahren, sowie der Pharmakologie, in der SAPV-Praxis schon ein *hohes Maß an transdisziplinärer Professionalität* vorherrscht.

Allerdings meint dabei Transdisziplinarität zunächst einmal nicht viel mehr, als dass Professionelle in ihrer Praxis die Grenzen der wissenschaftlichen Disziplinen, in denen sie ausgebildet wurden, überschreiten. Sie ist damit noch nicht automatisch emphatisch auf die Überschreitung disziplinärer Grenzen auch im Hinblick auf andere, als nicht-wissenschaftlich geltende Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Praxisformen (vgl. Mittelstraß 2005) im Hinblick auf die unheilbare Krankheit und den Umgang mit ihr – besonders bei den Erkrankten selbst sowie den ihnen Nahestehenden – bezogen.

Dass sich in der online-Befragung die höchsten Qualifikationsbedarfe in den Bereichen Gesprächsführung, psychosoziale Versorgung, sowie bei den entsprechenden Assessmentinstrumenten zeigten, könnte in diesem Zusammenhang jedoch nicht nur als ein Hinweis auf eine Ausbildungslücke und / oder ein Feld mit diesbezüglich besonders hohen Herausforderungen gelesen werden. Dieser Befund lässt sich darüber hinaus durchaus auch als Orientierung der bisher nahezu rein bi-professionell aus den Bereichen Pflege und Medizin zusammengesetzten

SAPV-Teams an einem emphatisch verstandenen Modell transdisziplinärer Professionalität interpretieren. Denn nur so können die Professionellen dem gerecht werden, was Cicely Saunders „total pain“ (Saunders 1993) genannt hat: als ein Leid von Sterbenden, das sich gerade nicht aufspalten lässt in einen physischen, psychischen oder seelischen und möglicherweise auch spirituellen Anteil, der sich jeweils von entsprechend spezialisierten Professionellen behandeln ließe.

Um setzt sich ein solches Professionsideal in einem modus operandi, der sich mit den Attributen nah-human-emotional, spontan-offen-an Singularität des Falles orientiert, generalistisch-holistisch sowie abwartend-gewährend charakterisieren lässt. In unserer fokussierten Ethnographie zeigte sich dieser besonders bei solchen Fachkräften verbreitet, deren professionelles Orientierungsmuster sehr stark durch die Hospizbewegung geprägt wurde. Tendenziell fand er sich eher bei weiblichen Fachkräften und solchen aus Pflege und Sozialer Arbeit in klinikfernen Teams. Allerdings gibt es vor allem in an Kliniken angebundene Teams auch Fachkräfte aus Pflege und Sozialer Arbeit, die eher managerielle Aufgaben wahrnehmen, die sich in ihrem modus operandi und Orientierungsmuster deutlich davon unterscheiden, ebenso wie sich umgekehrt in unserem Sample männlich Ärzte finden, deren modus operandi und Orientierungsmuster sehr stark diesem transdisziplinären Professionsideal entspricht. Vor diesem Hintergrund scheint eine soziogenetische Typenbildung beruflicher Habitusformationen in der SAPV schlicht unmöglich.

1.3.2 Bedürfnisse und Bedarfe

a) Wahrheit

Die Mitarbeitenden der Palliative Care Teams haben immer das gesamte Sorgearrangement im Blick. Hierzu zählen in erster Linie die Klientinnen und Klienten selbst, aber maßgeblich auch die An- und Zugehörigen, da letztere für die Aufrechterhaltung des Sorgearrangements stehen. Deutlich wird in diesem Zusammenhang die gegenseitige Abhängigkeit bis hin zur Ausweglosigkeit, die sich ausdrückt im „nicht wissen, wohin man gehen könne“ oder umgekehrt in dem „Wissen, dableiben zu müssen“. Der Umgang mit der Wahrheit dient fallübergreifend dem Wunsch nach Aufrechterhaltung, auch wenn sich dieser individuell unterschiedlich gestaltet. So kann es vorkommen, dass die Wahrheit dem Partner oder Partnerin gegenüber nicht ausgesprochen wird, weil man die „Wahrheit nicht zumuten“ will, da „sie nicht verkraftet werden“ könne (vgl. Delgado et al. 2013). Dies gilt in beide Richtungen gleichermaßen, d.h. An- oder

Zugehörige möchten dem Partner die Wahrheit nicht zumuten, wie umgekehrt, die Erkrankten dem gesunden Partner diese nicht zumuten möchten, ähnlich dem „rituellen Spiels wechselseitiger Täuschung“ (Glaser/Strauss 1974).

Dies bestimmt nicht nur die Interaktion in der Beziehung zum Partner, sondern auch die Beziehung zur Pflegeperson, der gegenüber dann häufig stellvertretend die Wahrheit mitgeteilt wird und vermutlich der eigenen Entlastung dient. Die Betroffenen nutzen die Gelegenheit, Mitglieder des Palliativ-Teams ins Vertrauen zu ziehen, wenn einer der Akteure den Raum verlässt: „Ich kann nicht mit ihm darüber reden, es geht nicht, für mich ist doch alles klar“ (teilnehmende Beobachtung 01_FP_11_02_008, S. 3). Andere Betroffene erleben hingegen das Aussprechen von Wahrheit als entlastend. So erzählt ein Betroffener, der seine Ehefrau auf die Situation „danach“ vorbereiten will: „Alle wissen Bescheid, sie hören ja meine Frau, wie sie darüber redet, sehe ich kein großes Problem, hier geht es auch darum, dass sie nicht in ein Loch fällt (GG-Magen-Ca #00:25:17#-#00:25:33#).

In Bezug auf eine mögliche Begrenzung ambulanter palliativer Versorgung gibt es seitens der Betroffenen einen „fiktiven Zeitpunkt“, der eine antizipierte Situationsveränderung beschreibt, inhaltlich aber nicht gefüllt wird und auch als (Be)drohung empfunden werden kann, da er möglicherweise einen Settingwechsel impliziert: „So lange meine Frau sich um mich kümmern kann, muss ich nicht ins Hospiz“ (GG-Magen-Ca #00:27:03-20#; „so weit sind wir net, Gott sei Dank!“ Damit scheint gleichsam der „Eintritt in ein nächstes Stadium“ gemeint (teilnehmende Beobachtung 01_FP_11_02_008, S. 2).

Den Professionellen erscheint Wahrheit als etwas, das es ggf. zu initiieren gilt (vgl. Zimmermann 2007): „... können wir ihr die Heilsidee lassen?“ So kommt es dazu, dass Teammitglieder auf die Aussprache der Wahrheit drängen: ‚Herr Schmidt fragt nach, ob das mit den Bluttransfusionen weitergehen soll und was da geplant sei, da ja die Chemotherapie nicht geholfen habe‘ (teilnehmende Beobachtung 01_FP_11_02_008, S.1) [...] „Eigentlich brauch sie die TK-Infusionen alle 3 Tage, einmal wöchentlich hilft eigentlich gar nicht!“ (S. 3). Dennoch möchten andere Teammitglieder nicht Teil der Beziehungsdynamik werden und entscheiden sich für eine Nicht-Einmischung in die Beziehungsstruktur.

b) Ambivalenz

Nebeneinander bestehende, sich widersprechende Gefühle oder Wünsche finden sich immer wieder in dem Forschungsprojekt TP/SAPV. Sie finden sich bei den Betroffenen selbst, den An- oder Zugehörigen, aber auch seitens des Ehrenamts sowie der hauptamtlich Agierenden. Ambivalenzen beziehen sich auf das Phänomen „Wahrheit“, die als Basis von Entscheidungen gesehen wird. Im Mittelpunkt stehen häufig Fragen nach dem „wie es weitergehen wird“ oder welche Therapie noch erfolgen soll oder auch nicht. Die von den Hauptamtlichen häufig ausgehende Erwartung an den Betroffenen, die Wahrheit zu realisieren, wirkt auf die Betroffenen irritierend und eingrenzend. Demgegenüber ist das Ehrenamt bestrebt, Normalität herzustellen. Diese unterschiedlichen Handlungsmuster entstehen aufgrund der unterschiedlichen Rollen. Während die Ehrenamtlichen als Gast betrachtet werden, der Zeit mitbringt, agieren die Hauptamtlichen in ihrer beruflichen Rolle und ihr Blick ist präventiv zukunftsgerichtet. Eine Ambivalenz zwischen „Lebenswunsch und Lebensmüde“ wird in der Literatur häufig beschrieben (Schnell, Schulz 2012). Ein wichtiger Aspekt ist die Anerkennung der Ambivalenzen, um ein Missverstehen, z.B. die Ambivalenz als Depression zu verkennen, zu vermeiden (Engelke 2015). Das Herstellen von Stabilität und Sicherheit im Sorgearrangement gelingt dann, wenn die Ambivalenzen der Klienten anerkannt werden (Brathuhn/Zwierlein 2014).

c) Leibliche Kommunikation

Pflege bedeutet Arbeit am und mit dem Körper. Pflgerisches Handeln in der ambulanten spezialisierten Palliativversorgung zielt ab auf Bedürfnisse sterbender Menschen, wobei davon auszugehen ist, dass diese Bedürfnisse flüchtig, situativ und selten „einfach“ beobachtbar sind, somit oftmals erfüllt, erahnt, ertastet werden müssen – vielleicht zunächst durch einen, wie Greb (2006, 12) im Rückgriff auf Adorno beschreibt, „verweilenden Blick“.

Das Phänomen der Leiblichkeit und hiermit zusammenhängend der leiblichen Kommunikation, zeigte sich in allen Datensätzen. Ebenso vor dem Hintergrund der Literaturrecherchen wurde deutlich, dass der Begriff der Leiblichkeit ein durchaus unumstrittenes Phänomen darstellt. Charlotte Uzarewicz (2007, 260) formuliert: „Aus unserem leiblichen Wissen, unserem Wissen um die Leiblichkeit heraus, kennen wir z.B. die Möglichkeit des Pflegens, des Heilens, der Zuneigung und Abneigung.“ Damit allein lässt sich jedoch noch keine palliative Praxis aus pflegewissenschaftlicher wie pflegfachlicher Perspektive abbilden. Remmers (2000, 13) anerkennt als einzigartig und unverwechselbar an der Pflege, dass sie sich als „Face-to-face-, Side-

by-side- sowie Body-to body Beziehungen charakterisierenden Interaktionsprozess (...) rekonstruieren“ lässt. Eine „in immer neuen Nuancen erlebte leibliche Nähe“ zum Patienten kann einen „Akt der Perspektivübernahme“ erfolgen lassen, aus dem heraus die Leiden des Gegenübers „wenigstens für einen Augenblick aus dem Körper des anderen heraus nachempfunden werden können.“ (Greb 2006, 14) Somit kann der Leib im pflegerischen Akt als Instrument der Erkenntnis gesehen werden. Pflegehandeln ist Handeln am und mit dem Körper und so soll über das Phänomen der Leiblichkeit versucht werden, implizites pflegerisches Handeln zu explizieren Wenn Schneider (2014, 57) davon ausgeht, dass der Sterbende „irgendwann im Verlauf des Sterbeprozesses (aufgrund nicht mehr vorhandener Ansprechbarkeit) als Alter Ego aus dem Kommunikationszusammenhang seiner sozialen Mitwelt und damit auch als Auskunftgeber (...) ausfällt“, so ist hier davon auszugehen, dass er über leiblichen Ausdruck, eben vermittelt von Körper zu Körper, sehr wohl als Auskunftgeber erhalten bleibt und die Auskünfte im Pflegeprozess auch über einen leiblichen Zugang zu entschlüsseln sind.

Leiblichkeit ließ sich in den Ergebnissen identifizieren als die Haut, als Grenze des Körpers, als dynamische Struktur, als das eigenleibliche (sich) Spüren und die Grenze des leiblichen Körpers als das mit den Sinnen Wahrnehmbare (Sinnesorgane): „(...) man muss versuchen ja, alle Bereiche mit abzufangen und zu gucken, herauszufiltern (...) nicht was ich denke, was die noch brauchen, aber was wollen die mir auch mit ihren Gesten oder mit ihren Reden so signalisieren. (...) Aber das erspüren und dann darauf eingehen (...).“ (T15/8/63).

Das Phänomen der Leiblichkeit wird als geeignet betrachtet, das implizit Pflegerische, die originäre pflegerische Aufgabe zu explizieren. Die Expertinnen und Experten eines zu diesem Phänomen veranstalteten Workshops machten deutlich, dass neben dem Einfließen ihrer Erfahrungen auch eine innere Haltung maßgeblich sei. Haltung bedeutet, Leiblichkeit zuzulassen und anzuerkennen und somit erhält diese den Stellenwert einer intuitiven Diagnostik und pflegerischen Intervention. Es zeigte sich hier die Ambivalenz zwischen „berühren wollen“, aber auch „(...) und dann gibt`s wieder andere die die – äh - die einfach – äh - die da die sich offensichtlich vom Leib halten müssen ,die nix spüren wollen in ihrer Tätigkeit.“ (T25/9/83).

Die Leiblichkeit wird in einen Zusammenhang mit Beobachtung gestellt. Die Beobachtung leiblicher Regungen spielt z. B. in der Kinderkrankenpflege eine große Rolle und wird auch in der palliativen Pflege als Verständigungsbasis bewertet, als leibliche Kommunikation:

- Blick: ein Blick kann bannen, fesseln oder zum Reden oder Schweigen bringen
- Stimme: eine Stimme kann beruhigen, entspannen, aufregen, spannend und ermüdend sein
- Berührung: mit den Händen; Gleichzeitigkeit und Beidseitigkeit des Spürens; fest, schlapp, zart, grob (...),
- oder als leibliche Regung, wie Angst, Schmerz, Müdigkeit, Scham, Schreck, Hunger, Durst (...).

Leibliche Kommunikation wurde als zentrale Kategorie bewertet, was sich ebenfalls im ethischen Grundsatz des Palliative Care „low tech and high touch“ wiederfindet, aber auch in der Diskussion von Prozessen der Nähe-Distanz-Regulierung erneut in den Blick genommen werden muss.

d) **Zeit**

Die Zeit wird in je unterschiedlicher Perspektive betrachtet. So betrachten die Betroffenen Zeit in der Rückschau bzw. der Gegenwart. Sie möchten sich Zeit nehmen und suchen nach Ruhe. Für die professionell Tätigen hingegen, die vorausschauend das professionelle Sorgearrangement steuernd im Blick haben, wird Zeit an der Zukunft gemessen und ist auch gekennzeichnet von situativer Unruhe. Bedeutsam erscheint hier auch ein '*fiktiver Zeitpunkt*': Sind die Betroffenen „noch nicht so weit“, lassen sie sich nicht drängen und widersetzen sich der Logik der Professionellen, indem sie auf Normalität und den Erhalt der Alltagssituation sowie der Autonomie drängen. Eine häufige Handlungsstrategie drückt sich darin aus, dass sie den Blick und / oder Schritt in die Zukunft verhindern oder verlangsamen bis dahin, dass sie in der Situation verharren und aus der Situation heraustreten (aus dem Fenster starren). Dies erfordert von den Professionellen einen Perspektivwechsel, indem sie die Wandelbarkeit akzeptieren, die Steuerung und Führung aufgeben bzw. diese an die Betroffenen geben. Dies gilt es auszuhalten, auch wenn aus der Sicht der Professionellen eine fehlende Antizipation, zu „einer Landung“ im Hospiz“ führen kann. Die teilnehmenden Beobachtungen sowie ero-epischen Gespräche der ersten Projektphase führten zu mehr als 160 identifizierten Phänomenen, teilweise sehr komplex und vielschichtig gefüllt, wie das Thema 'Zeit'.

In den Projektergebnissen erscheint Zeit als Chiffre für

- die Rückschau der Betroffenen; sie ist hier frei von einer unterlegten Methodik, meint also Prozesse der Erinnerung, freie Assoziationen; dementgegen
- Vorschau der hauptamtlich Tätigen auf den zukünftigen Krankheitsverlauf, d.h. oftmals methodisch gesteuert, u.a. durch Assessments;
- als qualitativer Zeitbegriff, im Sinne des Sich-Zeit-Nehmens| Nehmen-Wollens der Klienten und ihrer An- und Zugehörigen, dementgegen steht die
- der quantitative Zeitbegriff der Hauptamtlichen, deren Zeit auch immer messbar sein muss und wird, also als (knappe) Ressource
- darüber hinaus entsteht eine Dualität von benötigter Ruhe seitens der Klient*innen, z.B. zum 'Paar-Sein', dementgegen steht
- die Unruhe, welche durch Professionelle in das Feld getragen werden kann, u.a. aufgrund von heterogenen Handlungslogiken dieser.

'Zeit als Chiffre' wurde als methodisch geleiteter fachlicher Diskurs (World Cafe) in die zweite wissenschaftliche Projektbeiratssitzung aufgenommen. Die Diskussion ließ nachfolgend aufgeführte grafische Abbildung entstehen:

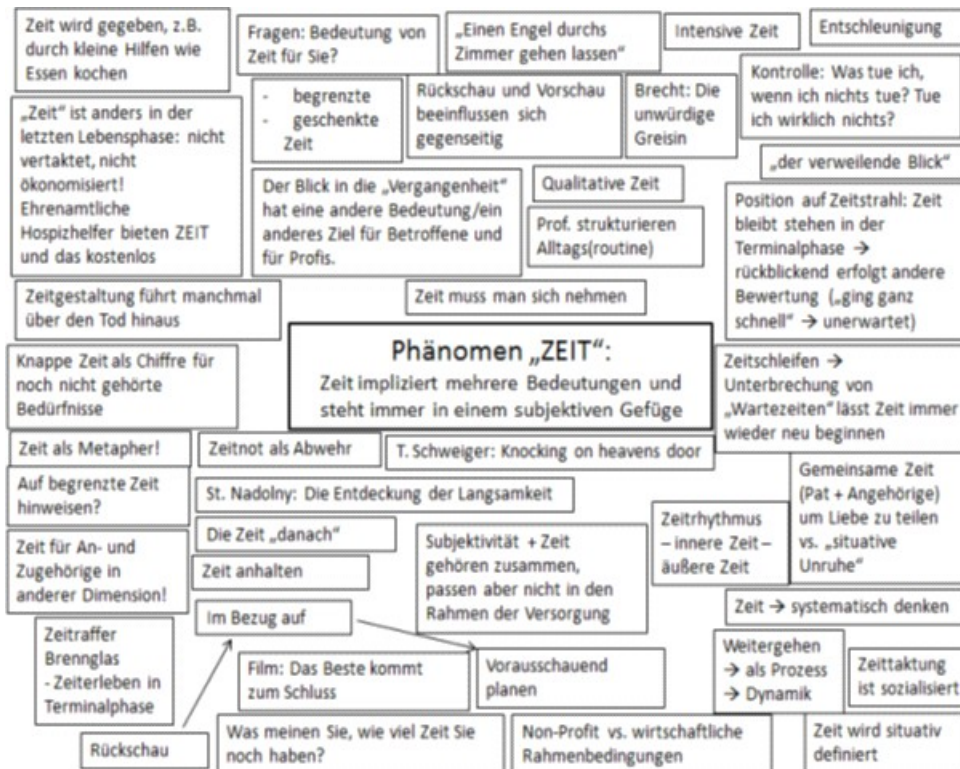


Abb. Zeit

1.3.3 Organisiertheit der SAPV

a) Komplexität der SAPV

Im Mittelpunkt der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung steht der sterbende Mensch und seine Bedürfnisse im Kontext der lebenszeitverkürzenden Erkrankung. Der SAP-Versorgungsanspruch ist auf diese Weise mit der konkreten SAPV-Leistung in Verbindung gebracht. An dieser Stelle formuliert der Gesetzgeber bereits in den sozialrechtlichen Regularien des SGB V resp. der damit in Bezug stehenden SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (vgl. GBA 2007), dass es sich bei Inanspruchnahme der SAPV um eine „besonders aufwendige Versorgung“ sowie um ein „komplexes Symptomgeschehen“ handeln müsse (vgl. GBA 2007, Herv.d.CSB), das im weiter ausdifferenziert wird und zwar als:

- „ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik“ (GBA 2007).

In der konkreten Versorgungspraxis, so zeigen es die empirischen Analysen der TP|sapv-Forschung, führen diese Anspruchsvoraussetzungen und Anforderungen an die Erkrankungen tatsächlich zu außerordentlich komplexen und vielschichtigen ‚Fällen‘, wohlgleich sich das Phänomen der Komplexität in drei unterschiedliche Subdimensionen aufgliedern lässt. Einerseits nimmt die ‚Komplexität im internen Beziehungsgeflecht‘ vor allem die Zusammensetzung, die Interaktion und psychosoziale Dynamik der versorgenden Akteure, die in einem Arbeitsbündnis zum Patienten stehen, in den Blick. Es handelt sich dabei um die ‚mitpflegenden‘ und ‚mitorganisierenden‘ An- und Zugehörigen, die zusammen mit unterschiedlichsten professionellen Fachkräften (vgl. Abbildung „Komplexität der SAPV“) das Versorgungsgeschehen entwickeln, koordinieren und umsetzen, und auf diese Weise die zweite Dimension ‚Komplexität der Koordinierungsleistung‘ in sozialen Praktiken herstellen.

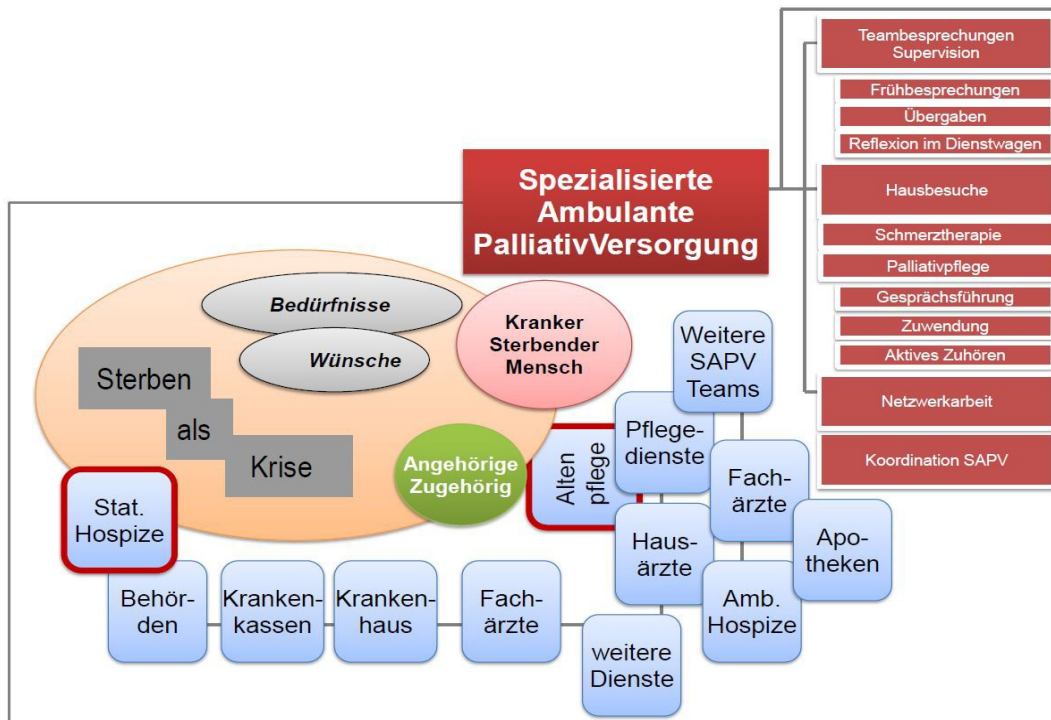


Abb. Komplexität der SAPV

SAPV ersetzt keine bereits etablierten Versorgungssysteme der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), die sich als kooperatives Netzwerk von Hausärzt/innen, ambulanten Hospizinitiativen und -gruppen sowie Pflegediensten darstellen. „Vielmehr ergänzen Interventionen der SAPV bestehende Versorgungskonzepte durch schmerztherapeutische und symptomkontrollierende Begleitung schwerstkranker Menschen in ihrem sozialen Umfeld zu Hause, auch wenn es sich hierbei um ein stationäres Altenpflegeheim oder ein stationäres Hospiz handelt“ (Schütte-Bäumner 2014). Damit wird deutlich, dass auch die dritte Dimension der ‚*unterschiedlichen Orte der SAPV*‘ das Komplexgeschehen verstärken. Wenn SAPV im zu Hause der sterbenden Menschen stattfindet, so haben die je unterschiedlichen institutionellen Logiken der Orte der SAPV (eigene Wohnung oder Haus, stationäres Hospiz oder Altenpflegeheim) wiederum Auswirkungen auf das professionelle Handeln der Akteure.

Zur Logik des Feldes

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung folgt nicht den tradierten struktur-funktional(is-tisch)en Konzepten, welche gesundheit(swirtschaft)liche Versorgung in Deutschland noch immer kennzeichnen. So erscheinen auch disziplinäre Grenzziehungen zwischen den Professionen zwar nicht aufgehoben, aber doch nicht primär handlungsbestimmend zu sein. Klient*innen und Angehörige geben an, es sei zunächst unbedeutsam, welche Berufsgruppen vor Ort seien, da alle hauptamtlich Beteiligten Bedürfnisse erkennen, beantworten und den Bedarfen nachkommen würden, ungeachtet dessen, welche Disziplin originär für das aktuelle Problem als zuständig erklärt werden könne. Flache Hierarchien, gekoppelt an ein Prinzip fachlicher Rückbezüglichkeit scheinen diese, als transdisziplinär zu bezeichnende, Kompetenz hervorzu-bringen. Stets die „anderen (beteiligten Disziplinen) im Blick haben(d)“ (T 15/7/57), zielt die diagnostische Analyse, der jede Vor- Ort- Situation unterzogen wird, auf die Komplexität des Geschehens und die situative wie auch lebensgeschichtliche Verwobenheit der Beteiligten ab. In diesem Zusammenhang auftretende fachliche Unklarheiten werden, anschließend an die Situationsdiagnostik und deren Bewertung, (ggf. telefonisch) an diejenigen Teammitglieder rück-geführt, die über die fachliche Expertise verfügen. Das Vorgehen wird diskursiv verifiziert und fließt im Ergebnis somit direkt in die Handlung ein. Dieser Ansatz erscheint als adäquate Ant-wort auf die hohe Situationsvarianz und somit die Vielgestaltigkeit, ambulanter palliativer Ver-sorgung.

Die Akteure im Feld agieren singulär und vernetzt. Alleine mit einer Situation konfrontiert zu sein, die als krisenhaft angenommen werden kann, erfordert hohe fachliche Kompetenz und Handlungsfähigkeit. So verwundert es nicht, dass ein Großteil der Mitarbeiter*innen in Pallia-tive Care Teams umfängliche Berufserfahrung aus anderen Sektoren des Gesundheitswesens mitbringen, oftmals handelt es sich hier um Bereiche, die ebenfalls eine Zusammenarbeit im Team als Kernkompetenz voraussetzen - zumindest pflegerischen und medizinischen Handelns - wie die Intensivversorgung und die Anästhesie. Darüber hinaus erscheinen diese berufserfah-renen Teammitglieder, mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren, als „Aussteiger“ aus den reduktionistischen, als „krankmachend“ erlebten Strukturen herkömmlicher Gesundheitsver-sorgung in Deutschland. SAPV wird somit nicht selten als letzte persönliche Möglichkeit er-lebt, beruflich an der Gesundheitsversorgung mitzuwirken.

Gleichwohl die engen Strukturvorgaben in der akuten Versorgung als unzumutbar für Mitarbeitende wie Klient*innen bewertet werden, so wird die hohe strukturelle Gestaltbarkeit in der ambulanten Palliativversorgung auch als 'Herausforderung' erlebt. Zwar geht der täglichen Versorgung der Klientinnen und Klienten stets eine Planung voraus, letztendlich orientiert sich das Vorgehen jedoch primär an stabiler bzw. instabiler Klientenbefindlichkeit. Die so geforderte hohe Flexibilität ist voraussetzungsvoll, fordert sie doch eine stetige begründete bzw. begründbare Priorisierung in der Klientenversorgung, die Freiheit wie auch die situative Notwendigkeit zu entscheiden. Anforderungen, die das Feld der (spezialisierten) ambulanten Palliativversorgung an die Mitarbeitenden stellt, zeigen eine gegenläufige Entwicklung zu den im Gesundheitswesen erkennbaren Tendenzen einer Semiprofessionalisierung von Medizin und Pflege. Auch wenn die Aussteiger, vielleicht sogar die Avantgarde, der gesundheitlichen Versorgung schwerstkranker Menschen, tradierte Strukturen ablehnen, so rekurrieren sie inhaltlich auf traditionelle Ideen von Krankenversorgung. „Ganzheitliche“ Versorgung, geknüpft an Werte wie Menschlichkeit und Authentizität erscheinen zentral. „(...) Gutes tun, ja Da-Sein wieder für die Leute.“ (T 15/1/11) (vgl. auch Greb 2006).

Eine verlässliche Vernetzung nach innen ist maßgeblich, nach außen erscheint die Vernetzung heterogen und ist auch von regionalen wie kommunalen Strukturen determiniert. Auffällig erscheint zunächst, dass eine deutliche Mehrzahl der hauptamtlich in der SAPV Tätigen Merkmale verbindet, die nicht innerhalb ihrer Professionsgrenzen zu suchen sind, jedoch als in ihrer beruflichen Erfahrung sowie ihrem beruflichen Verständnis verortet angenommen werden können: berufliche Erfahrungen in traditionellen Settings des Gesundheitswesens, Abkehr von diesen Settings, Wunsch nach Handlungsautonomie sowie eigenständiger Definition von Versorgungsqualität, welche einer holistischen Idee folgt. Berufliche Erfahrungen entstammen insbesondere der Akutmedizin und hier oftmals der Intensivversorgung oder der Anästhesie. Es werden „Auslöser“ beschrieben, die eine Abkehr von diesen Feldern initiierten und vielfach als Grenzen wirksam wurden. So waren enge strukturelle Vorgaben (Hierarchien und Standardisierung beruflichen Handelns), Zeitnot („Fließbandarbeit“), Definitionsmacht anderer und Tendenzen der Depersonalisierung Gründe für die Abkehr von akutklinischer Versorgung. Diese sektorenspezifischen Wirkmechanismen sind in der SAPV nicht – oder nur in weit geringerem Maße - zu finden, was einigen hauptamtlich Tätigen erst ermöglichte, weiterhin in der beruflichen Versorgung kranker Menschen zu verbleiben.

Allerdings handeln Palliative Care Teams auch sektorenübergreifend und kommen so mit jenen Wirkmechanismen in Berührung, die ihnen einerseits vertraut sind, die sie jedoch veranlasst haben, die Sektoren traditioneller bundesdeutscher Gesundheitsversorgung zu verlassen. Am deutlichsten scheint sich die Divergenz palliativ-situationsdefinierter und kurativ-standardisierter Logik in der Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen zu zeigen. So treten Störungen palliativer Versorgung – bis hin zu Versorgungsbrüchen - oftmals an Sektorengrenzen auf.

Kommt es zur Annäherung an das System strenger Aufgabenteilung und Hierarchisierung, werden beispielsweise von der Leitungsebene administrative Aufgaben an die Mitarbeiter*innen im Feld delegiert, beantworten sie diese mit Mechanismen, die in herkömmlichen Sorgearrangements als patientenignorierende Routinen (vgl. Adam-Paffrath 2014) beschrieben werden. So werden die Besuche bei den Klienten kürzer, erfolgen weniger auf Augenhöhe, z.T. stehend, es findet weniger Verhandlung statt, sondern sie werden anweisend. Die Beziehungen werden „flüchtig“. Die Idee einer (tradierten) Fragmentierung erscheint demnach als wenig probat in palliativen Settings. So wird nicht nur eine Reduktion von Schmerz auf physiologische Begründungszusammenhänge abgelehnt, sondern ebenfalls eine Differenzierung von professioneller Haltung und persönlicher Betroffenheit wie auch eine strikte Zuweisung von Tätigkeitsschwerpunkten.

Palliative Sorgearrangements zeichnen sich durch einen hohen Grad an Komplexität (Dichte) wie auch an Situationsvarianz aus, die das multiprofessionelle Team situativ lesen, verstehen und beantworten muss. Eine Dramaturgie ist immer neu zu entwickeln, die szenisches Verstehen voraussetzt, was von den Teammitgliedern begrüßt wird. Sie handeln in der Versorgungssituation singular – jedoch rückbezüglich und intern kontinuierlich eng vernetzt: „es müssen alle in eine Richtung gehen“ und „... den jeweils anderen (benachbarte Disziplin) im Blick haben“.

Situationsangemessenes Agieren ist nur dann möglich, wenn die Situation gestaltbar bleibt. Somit ist SAPV voraussetzungsvoll, sie lässt sich nicht standardisieren und den im Gesundheitswesen üblichen Qualitätsvorgaben unterwerfen. Es können darüber hinaus Phänomene beschrieben werden, deren „Umgehen“ – oder auch der Umgang mit ihnen - die palliative Versorgung limitieren oder gar beenden. So leiden Klienten wie auch An- und Zugehörige unter dem Gebunden-sein, was sich sowohl auf den Ort, die Person und auch die Situation beziehen kann: „... ich komm` hier ja nicht weg“ wird ebenso von Klienten wie auch von Angehörigen

geäußert, wobei es bei Ersteren physisch, bei den Letzteren eher moralisch interpretiert werden muss. Letztendlich kann auch eine Persönlichkeitsveränderung im Sinne des 'Sich selbst Fremdwerdens' oder den anderen als fremd erleben, die palliative Situation instabil werden lassen: „... ich kenn' mich ja gar nicht mehr wieder.“

Begrenzungen palliativer Sorgearrangements bilden sich nicht im Auftrag von SAPV ab, beeinflussen die Situation jedoch maßgeblich. Somit erscheint hier ein ungeklärter und nicht erfasster Beratungsbedarf, um die Versorgung stabil zu halten. Zusammenfassend ließen sich somit folgende Phasen von ambulanter Palliativversorgung explizieren:

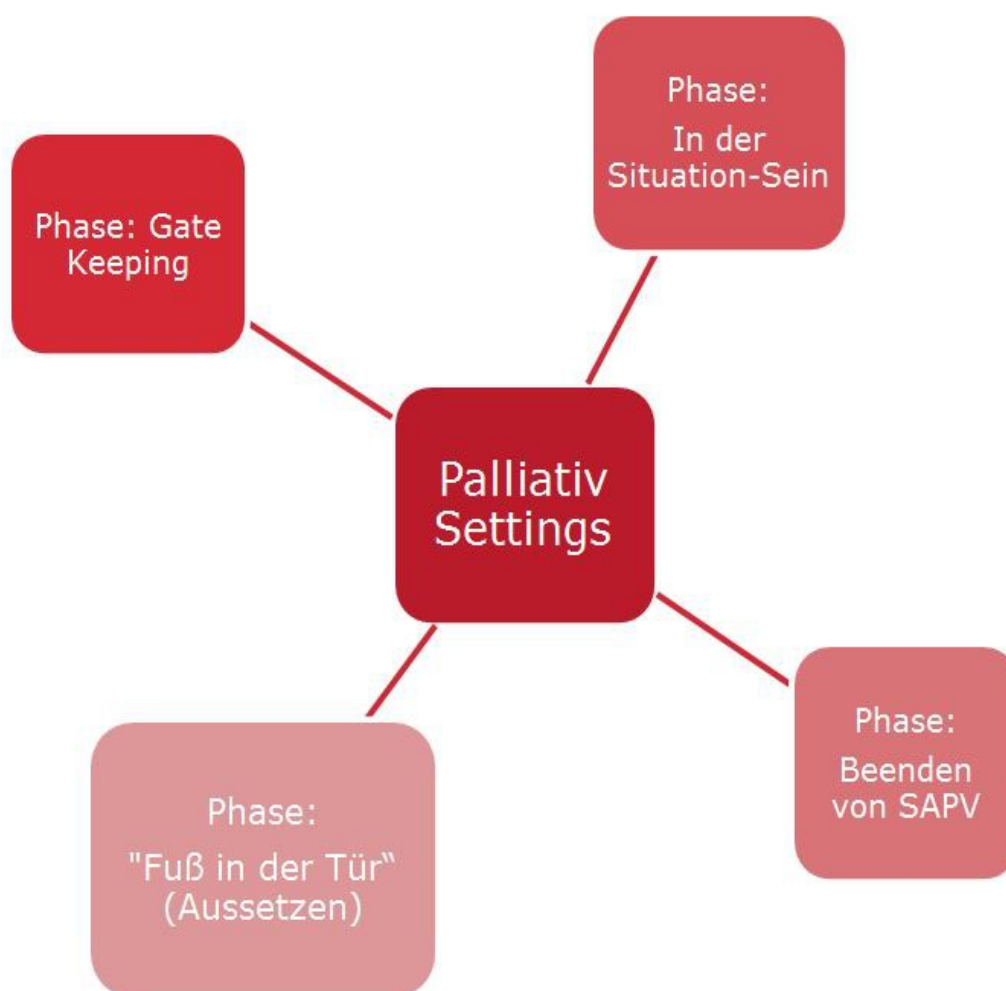


Abb. Zur Logik des Feldes

b) **Generalisiertes Wissen | Transdisziplinäres Wissen**

Zwar verlangt die Versorgung im Verlauf lebenszeitverkürzender Krankheiten und deren komplexe Symptome im Krankheitsgeschehen primär medizinisch-pflegerisches Wissen. Die Bedeutung psychosozialer Arbeit indes ist gleichwohl im Selbstverständnis der *hospice- & palliative Care* unter anderem im Rückgriff auf das von Cicely Saunders entwickelte Konzept des „total pain“ fest verankert (vgl. Saunders 1993). Schmerzen und andere Symptome wie Atemnot, starke Übelkeit, Erbrechen, schmerzende Wunden, Lymphödeme, Juckreiz aber auch Unruhe, Angst, Verunsicherung und Verzweiflung sind vor diesem Hintergrund nicht alleine auf der körperlichen, sondern immer auch auf der sozialen, seelischen und spirituellen Ebene zu interpretieren und zu deuten. Die Nähe zum biopsychosozialen Modell ist dabei offensichtlich. Dennoch definiert der Gesetzgeber, dem ganzheitlichen und multiprofessionellen Selbstverständnis der Palliativarbeit zum Trotz, SAPV als medizinisch-pflegerische und damit primär ‚*bi-professionelle*‘ Versorgungsleistung und verweist die Beteiligung der sogenannten psychosozialen Professionen (Sozialer Arbeit, Psychologie und Seelsorge) auf die Position einer Netzwerkressource der Kooperation mit externen Diensten. Offen bleibt dabei unter welchen professionellen, disziplinären oder diagnostischen Vorzeichen diese Arbeit zu leisten ist (vgl. Schütte-Bäumner 2014). Unter anderem diese Leerstelle wird durch das Forschungsprojekt TP|sapv aufgegriffen. Wenn in der Soziologie das stationäre Hospiz als „Labor des guten Sterbens“ (Dreßke 2005) gilt, so kann das Forschungsteam TP|sapv im ambulanten und vor allem aufsuchenden Setting beanspruchen, die Produktion des ‚guten Sterbens‘ unter den Praxisbedingungen des lebensweltlichen Alltags zu untersuchen. Für eine solcherart ganzheitliche Versorgung sind Fachgrenzen übergreifende Interventionsmethoden sowie eine Fachgrenzen übergreifende Fach- resp. Expert*innen-Sprache zur Verständigung der Professionellen untereinander erforderlich. Der Einsatz jenes Wissen auf der Handlungsebene in Form von methodischem Können beispielsweise konnte in den unterschiedlichen Forschungsprojektphasen während den Hausbesuchen sowie während der Teamgespräche beobachtet und als ‚generalisiertes Wissen‘ gedeutet werden. Auf der Ebene des kommunikativen Handelns ließen sich beispielsweise folgende ‚transdisziplinär situierte Wissensressourcen‘ herausarbeiten und zusammenfassen:

- Kommunikation und Beratung
in einer *reflexiven* und *transitiven* Dimension. „In der reflexiven Form als „Sich-beraten“ bedeutet Beratung eine bestimmte Form der Kommunikation zwischen zwei oder mehr Personen mit dem Ziel, zu einer gemeinsamen akzeptierten Handlungsentscheidung oder zu einem Konsens über die Beschreibung oder Beurteilung eines Sachverhalts zu kommen. In der transitiven Form als „jemanden beraten“ bedeutet Beratung, jemandem einen Rat geben, oder einer anderen Person einen unverbindlichen Handlungsvorschlag machen, wobei „unverbindlich“ heißt, dass diese andere Person den Handlungsvorschlag ablehnen oder akzeptieren kann, ohne als Folge ihrer Handlung eine Sanktion seitens der sie beratenden Person erwarten zu müssen. In beiden Fällen impliziert „Beratung“ eine soziale Beziehung, die sich durch Nicht-Bevormundung auszeichnet“ (Dewe 1995: 120 f.).
- Fachliche Informationen
- Anleitung und Edukation
- Psychosoziale Entlastung
- Erstgespräche.

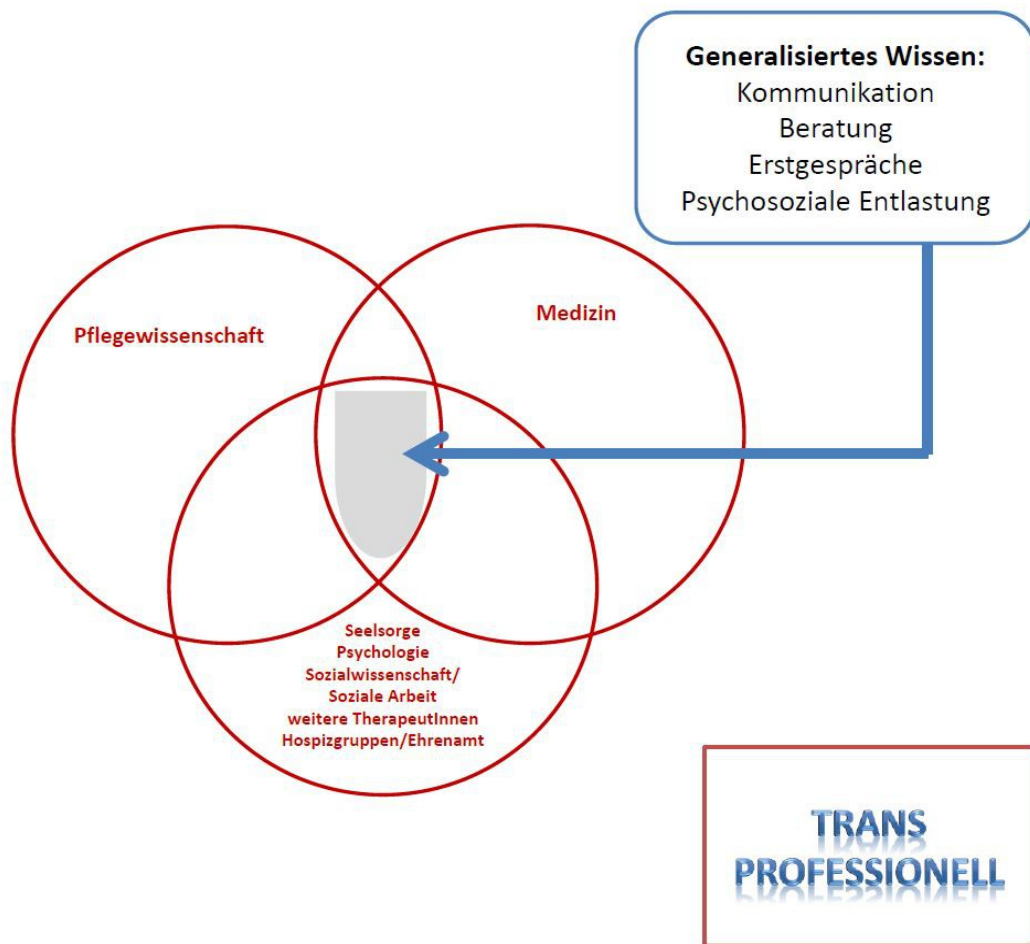


Abb. Transdisziplinäres Wissen

c) Hybride Versorgungsordnung

Aus einer ethnografischen Perspektive liegt der Fokus des Forschungsprojektes TP|sapv auf den Praktiken der Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Ordnungen im Rahmen palliativer Versorgung. Unser besonderes Interesse gilt den psychosozialen Aspekten. Der Blick auf die Mikro-Ebene der Interaktionen zwischen Professionellen und ihren Adressaten konnte sich dabei als Nützlich erweisen, um Gestaltungspotenziale aufzudecken. Vor dem Hintergrund des ganzheitlichen Selbstverständnisses der hospice- & palliative Care wurde zu Beginn der Forschung vermutet, ‚Psychosoziales‘ etwa in Gestalt zentrierter Entlastungsgespräche zur Krankheitsverarbeitung mit Sterbenden und ihren Angehörigen vorzufinden. Derlei Gespräche finden freilich statt! Weit aus deutlicher in den Vordergrund trat jedoch in unseren Beobachtungen der alltäglichen aufsuchenden Arbeit der Palliativteams die Bedeutung impliziter Voraussetzungen

der häuslichen Versorgung. Als implizit gelten sie uns insofern, als der Gesetzgeber in der SAPV-Richtlinie zwar mit Anforderungen an die Erkrankung der Leistungsberechtigten und Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer juristisch-administrative Voraussetzungen der Versorgung formuliert. Die Versorgungspraxis baut jedoch außerdem auf Gegebenheiten und Ressourcen des lebensweltlichen Umfelds der Patientinnen auf.

Es konnte beobachtet werden, dass ein erheblicher Teil der alltäglichen Arbeit der SAPV-Teams darauf zielt, die Versorgungssituation zuhause unter Rückgriff auf diese Ressourcen aufrecht zu erhalten und zu stabilisieren. Im Unterschied zum stationären Setting, wo räumliche, personelle und organisatorische Gegebenheiten die Arbeit strukturieren, müssen diese Strukturen in der alltagsweltlichen, häuslichen Umgebung erst geschaffen bzw. diese auf eine Weise (um)organisiert werden, die den Anforderungen einer kontinuierlichen und stabilen Versorgung genügen. Da diese Form der ‚Arbeit an den Voraussetzungen‘ in keiner Richtlinie und keinem Abrechnungsschlüssel berücksichtigt ist, ohne sie aber eine häusliche Versorgung kaum denkbar wäre, nennen wir sie implizit und die Arbeit an diesen impliziten Voraussetzungen unsichtbare Arbeit. Als zentrales Strukturelement der aufsuchenden Palliativarbeit konnte eine *hybride Versorgungsordnung* rekonstruiert werden. Sie bildet gewissermaßen das organisatorische Prinzip dieser Struktur. Zur Erbringung der spezialisierten Versorgung sind die SAPV-Fachkräfte in besonderer Weise auf Informationen und Mitwirkung der Patienten und ihrer Angehörigen angewiesen. Da die Fachkräfte nicht 24h vor Ort präsent sein können, ergibt sich die Notwendigkeit das Umfeld aktiv in die Versorgung einzubinden, um die Kontinuität der aufsuchenden Arbeit zu ermöglichen. Darüber hinaus müssen die Patientinnen bzw. ihre Angehörigen selbst einen erheblichen Koordinationsaufwand leisten die professionelle Versorgung in ihren lebensweltlichen Alltag zu integrieren. Die hybride Versorgungsordnung bezeichnet also das alltagsweltlich-professionelle Ko-Produktions-Verhältnis, das sich gleichsam selbstverständlich auch als ein Machtverhältnis nachvollziehen lässt, zwischen Fachkräften und häuslichem Umfeld, das die Verteilung der zur Versorgung notwendigen Arbeit und Kompetenzen reguliert. Die unsichtbare Arbeit an den Voraussetzungen wird zur Aushandlung, Etablierung und Reproduktion dieser Versorgungsordnung geleistet.

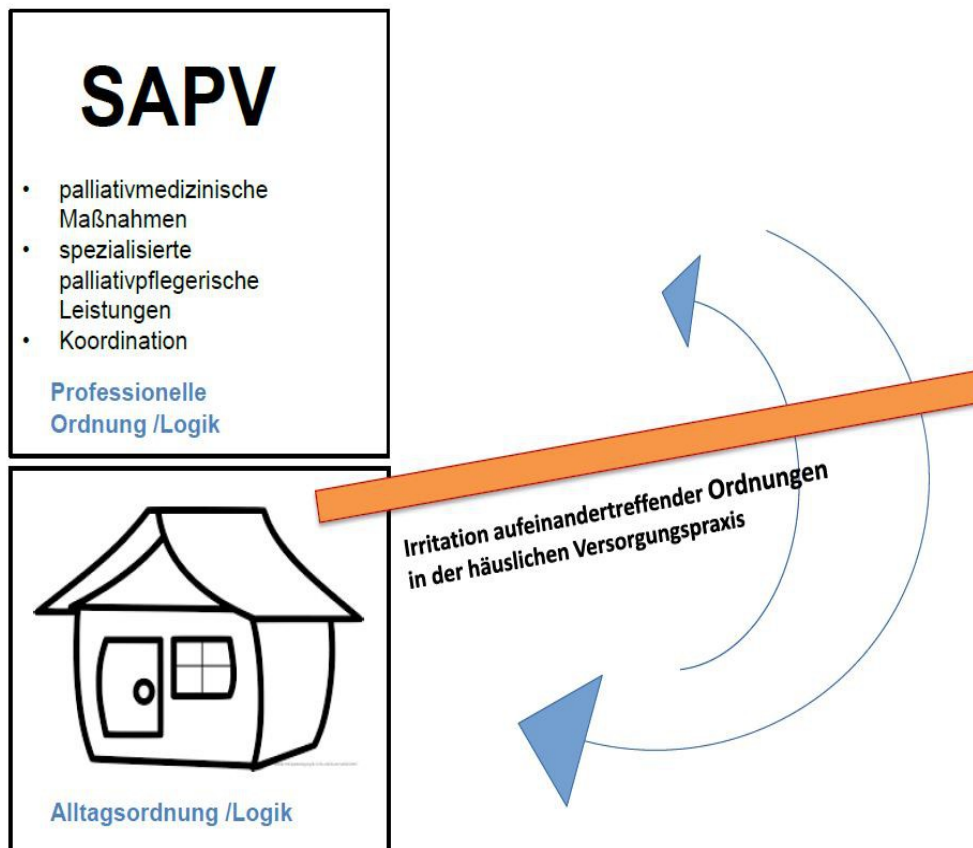


Abb. Hybride Versorgungsordnung

d) Psychosoziale Stabilisierungsarbeit

Aufgabe der SAPV ist, das Sterben in Würde und in einer selbstgewählten Umgebung zu ermöglichen. Aber: Die ambulante Versorgung zu Hause ist voraussetzungsreich: Die Richtlinie SAPV des Gemeinsamen Bundesausschuss formuliert „Anspruchsvoraussetzungen“ (§ 2) und fokussiert auf eine „besonders aufwändige Versorgung“ (§ 4). Zudem werden Anforderungen an Ausstattung und Qualität der Leistungserbringer festgelegt. In der SAPV-Praxis zeigen sich allerdings noch weitere wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende Versorgung: die *Resources des sozialen Umfeldes* der schwerstkranken und sterbenden Menschen.

Weil SAPV-Arbeit komplex strukturiert und organisiert ist, wird der Bedarf an übersichtlichen Arbeitsabläufen geäußert. Als Kategorie der ‚*Transparenz von Zuständigkeit*‘ konnte dieses Teambedürfnis interpretiert und festgehalten werden.

Im Rahmen der formativen Evaluation wurde nun der Versuch unternommen, a) grundsätzlich dem Wunsch der Praxis, geeignete Konzepte für eine alternative Handlungsorientierung ge-

meinsam mit der Praxis auszuprobieren und b) speziell in einem Projektcoaching „Prozess(en) des Entwerfens einer Handlungsordnung“ (Türk 1992: 1633) auf die Spur zu kommen. Mit der Analyse dieser formativen Evaluation plädieren wir für eine Fortsetzung der Praxisprojekte, die (auch) aus organisationsethischer Perspektive sodann die kommunikativ anspruchsvolle Arbeit an Verständigungsprozessen (Krobath/Heller 2010) fokussieren. Das Ziel einer ‚*Transparenz von Zuständigkeit*‘ folgt zudem der Überlegung, ‚SAPV–Arbeit‘ ganzheitlich zu organisieren. Der Arbeitsbogen dient hier als „sensibilisierendes Konzept“ (Blumer 1954). Es wurde von Anselm Strauss im Kontext qualitativer Feldforschungen im Krankenhaus entwickelt. Vor dem Hintergrund eines rasanten medizinisch-technischen Fortschritts und daraufhin massiven institutionell-organisatorischen Veränderungen, werden im Arbeitsbogenkonzept unterschiedliche Qualitäten oder Komponenten von Arbeit und Aufgaben miteinander verknüpft. Wie in einem Bogen prozesshaft aufeinander bezogen, dient das Bild vom Arbeitsbogen dazu, Tätigkeiten des Berufsalltags in ihrer Reziprozität (Aufeinanderbezogenheit) rekonstruktiv darzustellen. Um eine stabile Versorgungssituation in der SAPV sicherstellen zu können, müssen sämtliche Interventionen in einem kontinuierlichen Abstimmungsprozess mit den Patient*innen und ihren Angehörigen ausgehandelt werden (*Arbeitsbogen SAPV*). Die Alltagsroutinen der Patient*innen trifft dabei auf die Logik und Routinen der SAPV-Professionellen und führt daher zu einer „Hybriden Versorgungsordnung“. Diese kommunikativen und interaktiven Aushandlungsprozesse erfordern psychosoziale Kompetenzen der Versorgenden. Es wird dabei davon ausgegangen, dass SAPV eine komplexe Versorgungsform darstellt. Schwierige Handlungssituationen in der Praxis SAPV entstehen häufig an den Schnittstellen

- *Patient*in/Zugehörige ↔ Fachkraft,*
- *Fachkraft ↔ Fachkraft,*
- *Fachkraft ↔ weitere, kooperierende Dienste.*

Fachkräfte der Praxis SAPV thematisieren den Bedarf eines ‚roten Fadens‘. Eine Transparenz der Zuständigkeit wird als Grundvoraussetzung definiert und insbesondere auf den Ebenen Handlung, Dokumentation und Kommunikation gesehen. Die Analyse der Formativen Evaluation macht eine Inblicknahme und Reflexion der Organisiertheit der SAPV deutlich.

Personbezogenes professionelles Handeln der SAPV steht immer auch in größeren sozialen Kontexten et vice versa. Ausgehend vom Arbeitsbogenkonzept ist es sinnvoll, am Bedingungsrahmen der SAPV (Conditional matrix) (vgl. Corbin et al.) weiterzuarbeiten. Organisation und Ethik erscheinen in der Analyse darüber hinaus als notwendige Reflexionskategorien.

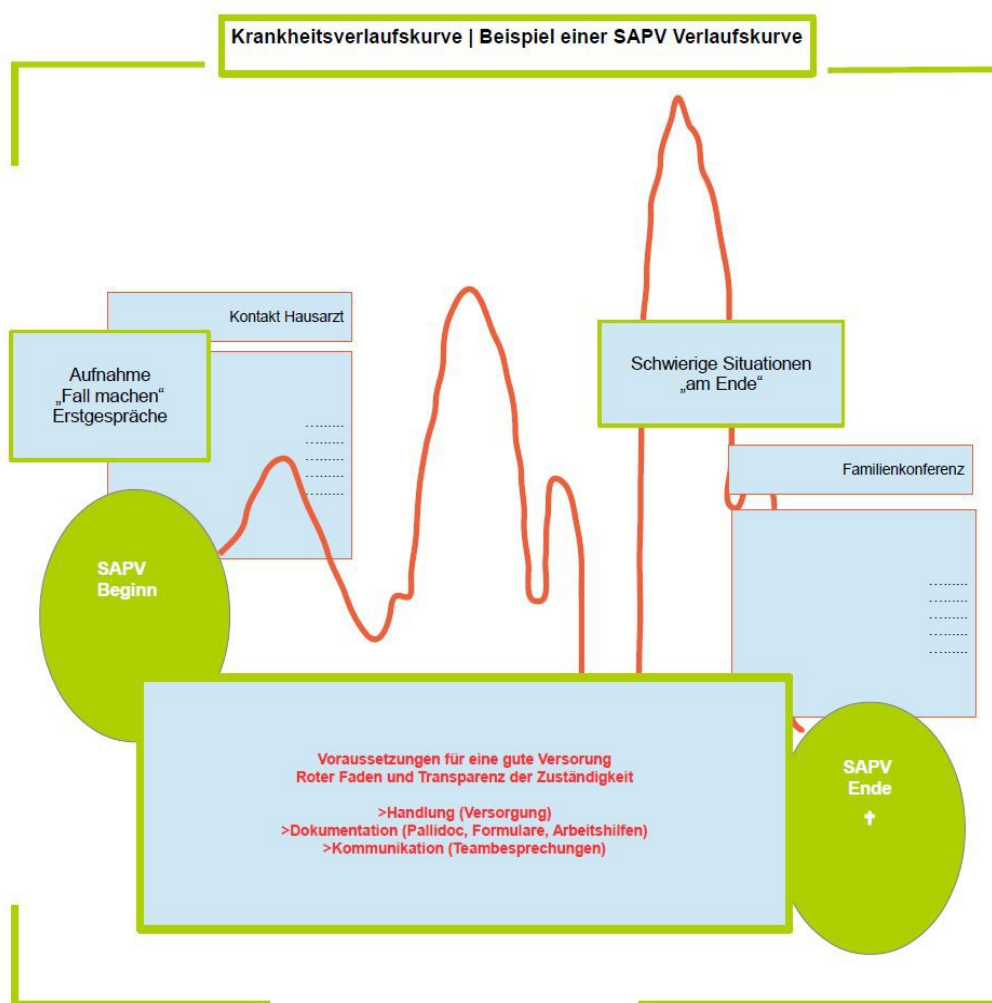


Abb. SAPV Verlaufskurve

1.3.4 Perspektiven für die Praxis: Konzeptbausteine

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse als Konzeptbausteine gebündelt dargestellt. Dies hebt insbesondere den Praxisforschungscharakter hervor.

a) SAPV im Setting (Teamkulturen)

Mit dem Rückgriff auf einen ganzheitlichen Versorgungsansatz der Palliativversorgung, wird deutlich, dass sich die dazu notwendigen Wissenszugänge vervielfältigen. Es geht hier aber nicht darum, die Situation am Lebensende in *einzelne Krisenbereiche zu zerlegen* und diese dann spezialisiert durch einzelne Expert*innen zu behandeln, obgleich dies auch geschieht (und vielleicht auch notwendig ist). Im Alltag der ambulant-aufsuchenden Palliativversorgung aber sind die Fachkräfte beim Hausbesuch mit allen sämtlichen Krisendimensionen auf einmal konfrontiert. Der Problemzusammenhang, mit dem Palliativteams alltäglich konfrontiert sind umfasst neben den körperlichen Einschränkungen der Patient*innen ihre zunehmende *De-Autonomisierung und Abhängigkeit* von anderen am Lebensende sowie eine Krise ihrer sozialen Praxis. Das Beziehungsgefüge der Patient*innen und ihres nächsten Umfelds ist durch Krankheit und Versorgung aus den Angeln der Alltagsroutinen gehoben. Dieser Aspekt wird dann noch zusätzlich verschärft, wenn in den in die Krise geratenen Alltag dann auch noch ein professionelles Versorgungskonzept integriert werden soll, das zusätzliche Anforderungen an die Patient*innen und ihr Umfeld stellt. *SAPV setzt hier als Teamleistung, nicht primär als Individuumsarbeit an.* Teamkultur, so die empirischen Analysen, stellt die Bedingungen dafür her, wie auf den Problemzusammenhang reagiert wird und dafür, wie differenziert sich die jeweiligen Wissenszugänge entfalten können. Aus der Perspektive der Organisationsforschung lassen sich Palliativteams grundsätzlich dem *Typus der kollegialen Organisation* zuordnen. Dieser Typus zeichnet sich vor allen durch flache Hierarchien und formale Gleichheit unter den Mitgliedern aus. Das bedeutet nicht, dass es keine Unterschiede gibt. Aber auf der fachlichen Ebene sind die Mitglieder des Kollegiums prinzipiell gleichrangig. Die Geltung einer von einem Teammitglied vorgetragenen fachlichen Einschätzung ist nicht an Statusmerkmale gekoppelt. Formal gesehen, verleiht ein Dokortitel also dem vorgetragenen Standpunkt nicht mehr Gewicht. Vielmehr kann er von allen anderen hinterfragt und diskutiert werden. Unterschiede zwischen Teammitglieder bleiben aber dennoch nicht verborgen. Sie bestehen zum einen, wie angedeutet, in der Qualifikation und zum anderen in der team-internen, hierarchischen Arbeitsteilung. So gibt es Leitungsfunktionen und je nach Organisationsform Eigentümer*innen oder

Inhaber*innen, die zugleich Teil des Kollegiums sein können. Entscheidend ist nun aus Sicht der TP|sapv-Forschung, wie im Team das Spannungsverhältnis von formaler Gleichheit und team-internen Status-, Positions- und Qualifikationsunterschieden bearbeitet wird. In der Konsequenz bedeutet das, dass der Umgang mit diesem Spannungsverhältnis, also der *Umgang der Teammitglieder untereinander*, Einfluss darauf hat, wie über die Probleme der Versorgungsarbeit bei den Patient*innen gesprochen wird. Die internen Beziehungen haben so gesehen Einfluss auf die Arbeit mit den Patient*innen. Vor dem Hintergrund der analysierten kollegialen Besprechungen, die die Forschungsgruppe TP|sapv ausgewertet haben, kann ein Spektrum aufgezeigt werden, wie sich die Spannung zwischen formaler Gleichheit und den formellen Unterschieden zwischen den Kolleg*innen in den Palliativteams niederschlägt. An dieser Stelle sollen drei Typen zusammengefasst werden, die teamübergreifende Muster der kollegialen Besprechung abbilden: **Typ 1:** *strategische Kommunikation und legitimationsorientierter Problembezug*, **Typ 2:** *dynamische Kommunikation und prozessorientierter Problembezug* und **Typ 3:** *wertorientierte Kommunikation und Parteilichkeit*.

Typ 1

strategische Kommunikation und legitimationsorientierter Problembezug

- Formale Gleichheit wird bearbeitet, indem Hierarchien/ Unterschiede implizit bleiben, sie sind somit verdeckt wirksam
- Umgang mit Unterschieden erfolgt z.B. durch strategische Kommunikation
 - Formulieren des eigenen Standpunkts in der Diskussion in Andeutungen
 - Umgekehrt: vermeiden festgelegt zu werden, ausweichen/ offen halten
 - Dadurch werden Grenzen umgangen, Kompetenzüberschreitungen vermieden, d.h. es gibt implizite Kompetenzdomänen
- Auftretende Probleme in der Versorgung werden dahin geprüft, ob sie die Anwesenheit des Teams in der Versorgung der betreffenden Patient*innen rechtfertigen
- Lösungen für Probleme erscheinen schematisch (weil eine offene Diskussion unüblich ist)
- Gegenseitiges Hinterfragen ist unüblich, weil es als Kompetenzüberschreitung aufgefasst werden könnte, was wiederum das Schematische bedingt

Typ 2

dynamische Kommunikation und prozessorientierter Problembezug

- die formale Gleichheit wird aktiv hergestellt und ihre Gültigkeit bekräftigt
- treten Unterschiede in Wissen, Qualifikation oder Status zu Tage, wird diese Verletzung der formalen Gleichheit im Rahmen der Diskussion repariert (z.B. bei Spezialausdrücken)
- Das ermöglicht, dass Positionen grundsätzlich offen hinterfragt und auf ihre Richtigkeit und Angemessenheit befragt werden können (Spezialausdrücke schließen niemanden aus der Diskussion aus)
- das bedeutet, die Kommunikation ist verständigungsorientiert
- Das ist zugleich das Merkmal und eine Voraussetzung des prozessorientierten Problembezugs:
 - Erstens kann der Versorgungsprozess aufgerollt und auf Fehler und neue Lösungsmöglichkeiten überprüft werden
 - Zweitens ist wichtig, dass Informationen und Erkenntnisse geteilt werden und allen zugänglich gemacht werden (damit alle die gleiche Entscheidungs- und Handlungsgrundlage für die Praxis haben)
- Der dynamische Umgang mit Hierarchien oder Differenzen ist die Bedingung für eine reflexive und prozessorientierte Arbeitsweise, weil es hier auf der Besprechungsebene letztlich keine Verletzungen oder Überschreitungen von Kompetenzbereichen gibt

Typ 3

wertorientierte Kommunikation und Parteilichkeit für Patient*innen

- Es gibt offen anerkannte Führungspositionen (Inhaber*in/Leiter*innen), die sozusagen mit *Richtlinienkompetenz* ausgestattet sind
- Diese Hierarchie ist gekoppelt an eine offene Diskussionskultur, in der formale Gleichheit herrscht und jeder*jede seine*ihre Argumente vorträgt
- Gleichzeitig ist die Diskussionskultur prinzipiell auf Konsens ausgelegt
- Unterschiedliche Standpunkte werden moderiert und synthetisiert, möglichst so, dass ein für alle tragbarer Kompromiss gefunden wird.
- Im Zweifelsfall entscheidet aber der*die Inhaber*in der Richtlinienkompetenz
- Die Position der Richtlinienkompetenz kann man beschreiben als der*die ‚Andere‘ unter Gleichen

b) Teamreflexion (Potentiale der Intervention)

Im Kontext der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sehen sich die Fachkräfte der SAPV vielfältigen Belastungssituationen ausgesetzt. Diese Belastungen stehen zum einen im Zusammenhang mit dem komplexen Symptomgeschehen, das durch die lebenszeitverkürzenden Erkrankungen häufig zu massiven Einschränkungen der Lebensqualität für die Patient*innen sowie für die sie mitversorgenden An- und Zugehörigen führt. Komplexe Symptome in der SAPV sind vielfältig sowie mehrdimensional. Das Konzept des ‚totalen Schmerzes‘ integriert umfangreiche Facetten und Qualitäten beeinträchtigender Situationen. In sämtlichen Phasen des Forschungsprojektes TP|sapv konnte der Umgang der Fachkräfte mit solcherart herausfordernden Situationen und Problemen ethnographisch beobachtet und in Gesprächen nachvollzogen werden. Insbesondere die Vielschichtigkeit ‚psychosozialer Schmerzen‘, wenn körperliche Symptome (zum Beispiel Brustkrebs) in Wechselwirkung mit seelischen (Trauer, Verzweiflung, Hilflosigkeit) und sozialen (Isolation, Einsamkeit, reduzierte Interaktionsmöglichkeiten) Faktoren stehen, führt nicht selten zu herausfordernden, bis hin zu überfordernden Situationen in der konkreten Versorgung (Fallebene, vgl. Spiegel 2013) sowie in der Organisation jener Versorgung (Managementebene, vgl. ebd.). An dieser Grenze, sehr nah am Patienten sein zu wollen und zu müssen, um subjektorientiert das Belastungsgeschehen einschätzen zu können sowie den „Patientenwillen“ zu ergründen (vgl. Fuhr 2015), jenen potentiellen psychosozialen Belastungen also professionell-reflektiert gegenüberzutreten und zugleich in der Gefahr zu stehen, unter dem Eindruck der komplexen Problemlage selbst belastet zu sein/zu werden steht das einzelne Teammitglied sowie alle Teammitglieder als Gruppe.

Das Dilemma des ‚schmerzhaften Beteiligtseins‘ kann gelegentlich in kommunikativen Formaten wie Teamsitzungen (vgl. Kapitel ‚SAPV im Setting (Teamkulturen)‘ besprochen und insofern auch aufgefangen werden. In sämtlichen SAPV-Teams konnte zudem eine Nutzung von externer Supervision beobachtet werden.

Allerdings legen die in diesem Bericht umfassend dargelegten Konfliktbereiche in Zusammenhang mit der palliativen Versorgung nahe, das Reflexionsangebot vor dem Hintergrund einer beschriebenen Reflexionsnotwendigkeit niedrigschwellig, kollegial und regelmäßig, so wie es beispielsweise Maria Knab mit dem Ansatz der Reflexion ‚zwischen Tür und Angel‘ (Knab 2007) vorschlägt, auszubauen. Das Reflexionsprinzip der Intervision kann hier als Potential, bspw. bei einem Ansatz ‚Reflektierendes Team [Reflecting Team]‘, genutzt werden, denn: ‚Ein wesentlicher Aspekt systemischer Beratung liegt in der Unterstützung von (für) Menschen, sich selbst dabei zu beobachten, wie sie die Welt beobachten (»Selbstreferenz«) bzw. wie sie sich selbst und anderen ihre Geschichten erzählen und welche Folgen dies für ihre Lebenspraxis hat‘ (Schlippe/Schweitzer 2016).

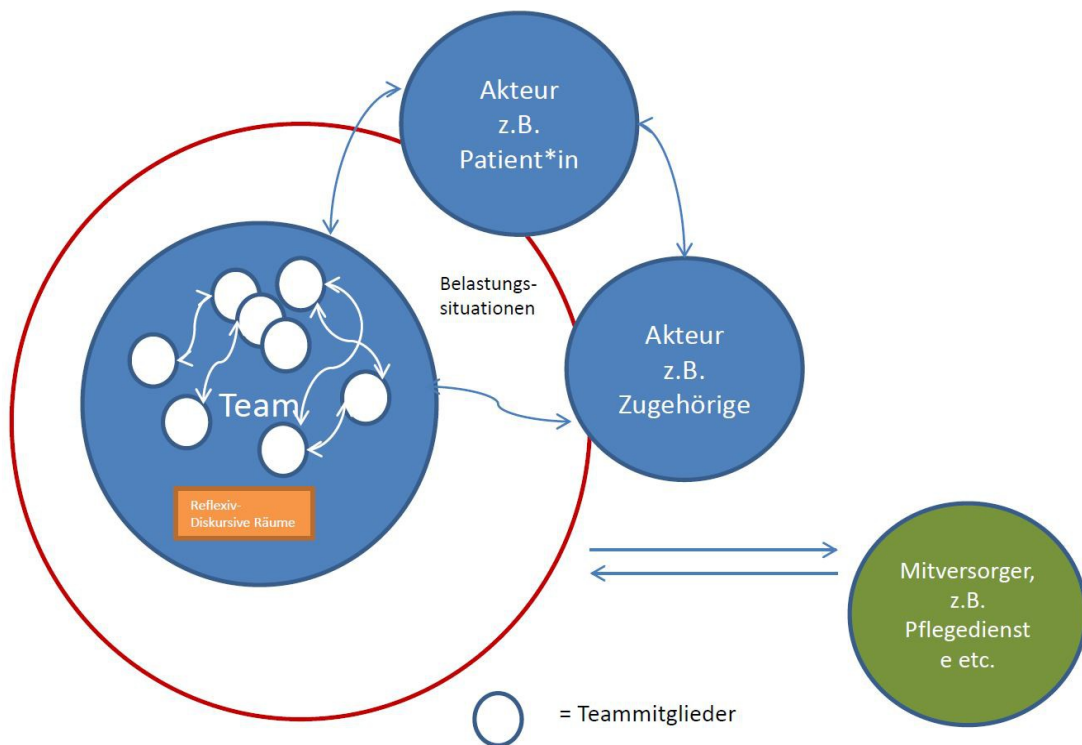


Abb. Teamreflexion

c) Ehrenamt (SAPV an der Schnittstelle zur AAPV)

Das Ehrenamt ist in der palliativen und hospizlichen Versorgung ein wichtiger Bestandteil und beruht auf einer Freiwilligenarbeit, die Zeit und Präsenz zu Verfügung stellt. Die Struktur der Hospizvereine kann man der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) zuordnen. Eine Finanzierung ist durch die Krankenkassen über den §39a Abs.2 SGB V geregelt. Die strukturelle Einbindung des Ehrenamts in die Versorgung innerhalb der SAPV ist gesetzlich vorgegeben (§132d Abs. 2 SGB V) und somit ist die ehrenamtliche Tätigkeit auch ein Teil der SAPV. Nicht nur auf der strukturellen Ebene, sondern auch in der täglichen Praxis, im Miteinander, sehen sich Haupt- und Ehrenamt vor besondere Herausforderungen gestellt. In der Unterscheidung zwischen Haupt- und Ehrenamt verbirgt sich nicht nur die Unterscheidung zwischen freiwillig und beruflich Tätigen sondern es ergibt sich auch eine Unterscheidung in AAPV (allgemeine ambulante Palliativversorgung) und SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung). So begleiten die ehrenamtlich Tätigen vor allem auch sterbende Menschen die der AAPV zugeordnet werden können, nämlich Menschen, die an keinem komplexen Symptomgeschehen leiden und auch nicht mit komplexen Versorgungsstrukturen konfrontiert sind. Mit der Einführung der SAPV hat sich dies insofern verändert, dass die ehrenamtlich Tätigen nun zusätzlich auch Menschen begleiten, die einen Bedarf an SAPV haben. Dies bedeutet, dass deutlich mehr professionell tätige „Mitbegleiter“ in der Versorgung beteiligt sind und somit eine Veränderung der eigenen persönlichen Rolle aber auch die Rolle des Ehrenamtes als Institution zur Folge hat.

Im Kontext der formativen Evaluation war es uns möglich, Vertreterinnen und Vertreter eines Hospizvereines im ländlichen Bereich, die neben der Schulung, Betreuung und Einsatzbegleitung der ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfer eine Struktur zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) anbieten, zu begleiten. Die hauptamtlichen Koordinatorinnen und Koordinatoren (ausgebildete Palliative Care Pflegekräfte) übernehmen hierbei in einer Doppelfunktion zusätzlich die Tätigkeiten der Pflegekräfte eines SAPV-Teams und bilden mit einem zentral organisierten Verein ein Palliative Care Team auf der Grundlage der SAPV. Der externe Verein übernimmt die Koordination und Verwaltung der im Rahmen der SAPV zu versorgenden Patientinnen und Patienten und stellt andere Berufsgruppen wie Palliativ Ärzte, eine Psychologin und eine Case Managerin zur Verfügung. Die Komplexität der Versorgungen spiegelt sich hier deutlich in der Struktur wieder und führt immer wieder zu viel-

schichtigen Konflikten innerhalb des Vereins zwischen haupt- und ehrenamtlich Tätigen. Hinzu kommt die Historie des Hospizvereins, der allein aus ehrenamtlicher Arbeit entstanden ist. Des Weiteren ist die hauptamtliche Tätigkeit im Rahmen der SAPV innerhalb des Vereins noch sehr jung. Hierzu konnte mit den hauptamtlich Tätigen des Hospizvereins folgende Fragestellung erarbeitet werden.

- Wie kann es gelingen, die bestehenden und die neuen Strukturen miteinander zu verbinden?
- Welche Instrumente sind hierbei erforderlich?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde zunächst ein Blick auf die vorhandenen Besprechungsstrukturen und Kommunikationsmöglichkeiten innerhalb des Vereines gerichtet. Hier stellten die Hauptamtlichen einen Bedarf an einer weiteren Möglichkeit zur gemeinsamen Austauschmöglichkeit über die zu betreuenden Menschen fest und somit musste eine neue Plattform geschaffen werden. Nach vier monatiger Laufzeit konnte festgestellt werden, dass von diesem Angebot bisher kein Gebrauch gemacht worden war. Dies wurde von allen hauptamtlich Tätigen sehr bedauert. Die Gründe hierfür wurden von den hauptamtlich Tätigen folgendermaßen benannt:

- die Zeiten passen nicht in den Tagesablauf der ehrenamtlichen Hospizhelfer
- Urlaubszeit
- dies wird von den Ehrenamtlichen nicht als notwendig erachtet.
- Ein weiterer Konflikt, der von den hauptamtlich Tätigen beschrieben wurde, sei die Angst der ehrenamtlich Tätigen, durch die SAPV in den Hintergrund zu rücken oder auch instrumentalisiert zu werden.

Bei einem Treffen mit ausschließlich ehrenamtlich Tätigen wurde erstaunlicher Weise die von den hauptamtlichen Mitarbeiter*innen angegebene Problemlage nicht thematisiert. Die ehrenamtlich Tätigen fühlen sich gut und ausreichend durch die Informationen der hauptamtlich Tätigen unterstützt, sehen nur die zunehmenden kürzeren Begleitungen als bedrohlich, da die Vertrauensarbeit hierdurch deutlich erschwert wird oder die Betroffenen keine Begleitungen wünschen in der kurzen Zeit der Betreuungen. Der für die ehrenamtlich Tätigen gravierendste Unterschied zu den hauptamtlich Tätigen wird der Faktor Zeit angegeben. Zeit wird hier als Privileg aber auch als Geschenk wahrgenommen. Die Offenheit und Neutralität, sich ein eige-

nes Bild der Situationen in einem hohen Maß an Betroffenenorientiertheit machen zu können, wird zum einen als Freiheit und zum anderen als Herausforderung gesehen.

Ein gemeinsames Vorgehen der haupt- und ehrenamtlich Tätigen aus der Perspektive der Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen und somit eine Integration des Ehrenamtes als selbstverständlicher Teil eines multiprofessionellen SAPV Teams ist weiterhin sinnvoll und unterstützenswert. Auch wenn eine Grenzziehung zwischen haupt- und ehrenamtlich Tätigen und SAPV und AAPV aus Sicht der Betroffenen nicht sinnvoll erscheint, ist das Ringen hierum in den gewachsenen Strukturen verankert, sollte aber hier den Anforderungen einer betroffenenorientierten Versorgung (Gronemeyer/ Heller 2014) von schwerstkranken und sterbenden Menschen angepasst werden.

d) Psychosoziale Arbeit

Die Analysen der Protokolle der ethnographischen Beobachtungen der Hausbesuche und die mit den Nutzenden der SAPV geführten ero-epischen Gespräche legen nahe, dass es kaum einen, nicht auch eine psychosoziale Dimension beinhaltenden Aspekt der SAPV-Arbeit geben dürfte. Das was explizit an psychosozialen Themen in der professionellen Praxis der SAPV bearbeitet wird, scheint lediglich die Spitze eines Eisberges zu sein. Entsprechend sind zumeist verdeckte psychosoziale Gehalte der Grund dafür, wenn Professionelle den An- bzw. Zugehörigen oder den unheilbar Erkrankten „non compliance“ unterstellen. Und selbst bei Alltagskonflikten, wenn beispielsweise Nutzende der SAPV – in einer für die Professionellen häufig absurd erscheinenden Weise – auf bestimmten Arrangements ihrer häuslichen Ordnung beharren, die aus Sicht Letzterer eine Optimierung des Sorgearrangements blockieren, hat dies in aller Regel psychosoziale Hintergründe. So scheinen nach den Befunden unserer ethnographischen Studien die akut vom Tod Bedrohten gemeinsam mit den ihnen Nahestehenden solange als möglich bestrebt, das ihnen scheinbar Halt verleihende Korsett ihrer häuslichen „Normalität“ aufrecht zu erhalten. Zumindest dürfte diesem eine bedeutende Funktion in der psychosozialen Abwehr (Mentzos 1988) heftiger Gefühle zukommen, wie sie in dieser bedrohlichen Situation ganz verschieden bei den Betroffenen ausgelöst werden. Damit aber kommt es schon allein aufgrund der unterschiedlichen Zeitperspektiven zu Problemen in der Koproduktion zwischen den Nutzenden der SAPV, die auf dieser Weise sehr stark noch mit der Vergangenheit beschäftigt sind, und den Professionellen, die zukünftige Krisen sowie die sich daraus ergebenden Vorkehrungen für deren häusliche Bewältigung zu antizipieren haben.

Aber auch die Professionellen sind angesichts der komplexen Symptomatik, die ja Voraussetzung einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der SAPV darstellt, bezüglich dieses ihres gesetzlichen Auftrages der „Symptomkontrolle“ mit Ungewissheit und damit in Verbindung stehenden schwierigen Gefühlen konfrontiert. Hinzu kommt, dass umso mehr sie sich auf eine Beziehung zu den tödlich Erkrankten einlassen, sie nach deren Versterben Trauerarbeit zu leisten haben, ganz unabhängig davon, dass Sorgearbeiten – wie Ilona Ostner überzeugend herausgearbeitet hat – schon allein „deshalb gefühls-, weil berührungsintensiv, wenn nicht gar invasiv sind, weil sie 'kulturell gesetzte Distanzen zwischen Menschen' [...] außer Kraft“ (Ostner 2011: 470) setzen. Dazu erforderlich ist – wie dies schon Ende der 1980er Jahre Forschungen zur personenbezogenen sozialen Dienstleistungsproduktion herausgearbeitet haben – ein „berufsgemessene[s] Gefühlsmanagement“ (ebd.: 469), zu dem „dann auch die Arbeit an den unvermeidbaren Asymmetrien in der Beziehung zwischen Dienstleistendem und Dienstempfänger“ (ebd.) gehört. So sind die Professionellen sowohl mit dieser von ihnen zu leistenden Gefühlsarbeit, wie mit der Arbeit an den eigenen Emotionen (Hochschild 2006) in gleich doppelter Weise mit affektiven Aspekten im Rahmen ihrer Sorgetätigkeit beschäftigt. Dabei kann es auch zu „emotionalen Dissonanzen“ kommen, wenn sie in ihrer Sorge um die tödlich Erkrankten in hohem Ausmaß „positive Emotionen“ zeigen, die jedoch nicht mit ihren wirklichen Gefühlen übereinstimmen (Widegger et al. 2011). Und so liegt nicht nur im Falle einer solchen ‚emotionalen Dissonanz‘, sondern auch bei bedrohlichen Gefühlen angesichts von Ungewissheit nahe, dass diese von den Professionellen interpersonal im Rahmen eines bestimmten ‚Gefühlsmanagements‘ oder sogar ‚institutionell‘ (Mentzos 1988) durch ein bestimmtes Arrangement – z.B. Vermeidung von bezugspflegerischen Ansätzen, wie das *Primary Nursing* – abgewehrt werden. Gerade in interdisziplinären Teams, die sich ohnehin durch mehrere verschiedene Akteure auszeichnen, scheint *eine feste Bezugspflegerperson* angezeigt, ermöglicht dies doch eine hohe Fallkenntnis und den Aufbau einer Patientenbeziehung. Dass dies so wenig umgesetzt wird, könnte auch mit der ‚institutionellen Abwehr‘ jener schwierigen Trauergefühle zu tun haben, die aufgrund gerade jener stärkeren Bindung beim *Primary Nursing* von den Professionellen zu bewältigen wären. Nun kann es zwischen der Abwehr der Nutzenden der SAPV und den Professionellen durchaus zu funktionierenden psychosozialen Abwehrkonstellationen kommen, indem beispielsweise die Professionellen trotz realer Ungewissheit sich souverän geben und dies die Unsicherheit sowie die mit ihnen verbunden (bedrohlichen) Gefühle der Nut-

zenden zumindest momenthaft zu dämpfen vermag. Sehr viel häufiger jedoch kommt es unseren ethnographischen Beobachtungen zu Folge nicht zu solchen Abwehrkonstellationen, sondern zu *Schwierigkeiten und Reibungen in der Koproduktion*, weil der Versuch der Transformation einer vorgefundenen häuslichen Ordnung in einen palliativen Raum (von Hayek) nach professionellen Maßstäben mit der häuslichen Ordnung zugleich auch die damit verbundenen Konstellationen der darin institutionalisierten psychosozialen Abwehr der tödlich Erkrankten und ihrer An- und Zugehörigen betrifft, was in der Regel von den Professionellen so nicht erkannt wird. Zwar können Fachkräfte der SAPV in entsprechenden Qualifizierungsmodulen bezüglich solch unbewusster Konstellationen sensibilisiert werden. Allerdings scheint eine kontinuierliche Supervision erforderlich. So haben in unserer online-Befragung zur Bestandserhebung und Bedarfsermittlung in der SAPV immerhin 39% der Befragten an Einzelsupervision angemeldet. Vor dem Hintergrund des Ergebnisses dieser Befragung (May et al. 2016), dass mit 98% am häufigsten Kompetenzen zur Gesprächsführung eingesetzt werden, dicht gefolgt von Kenntnissen in der psychosozialen Betreuung (95%), obwohl die Teams zu einem groß Teil nur bi-professionell aus dem Bereich Pflege und Medizin besetzt sind, leuchtet unmittelbar ein, wenn Wasner in ihrem Stufenmodell der psychosozialen Begleitung dafür plädiert, es müssten *psychosoziale Basiskomponenten von allen SAPV-Teammitgliedern* qualifiziert abgedeckt werden können. Entscheidend sei dabei aber, *die eigenen Grenzen zu kennen*. Dass die Befragten sich dieser durchaus bewusst sind, dafür spricht, dass der mit Abstand höchste Qualifizierungsbedarf mit 82% eben im Bereich Gesprächsführung, gefolgt mit 73% psychosozialer Betreuung artikuliert wurde. Vor dem Hintergrund, dass die Professionellen der SAPV nicht wie diejenigen aus dem Bereich Psychotherapie in einem klar abgesteckten Setting arbeiten, sondern in den dichten Beziehungen der krisenhaft zugespitzten häuslichen Situation in viel höherem Ausmaß der Gefahr ausgesetzt sind, sich darin zu verstricken, scheint auch die schon erwähnte Forderung nach Einzelsupervision mehr als plausibel und Ausdruck eines hohen professionellen Selbstanspruchs.

Dennoch erübrigt sich nach Wasners Ansicht auch durch entsprechende Qualifizierung der Professionellen aus dem Bereich Palliativmedizin und Palliative-Care in psychosozialen Basiskompetenzen nicht, bei speziellen Problemlagen Professionen hinzuzuziehen, die schwerpunktmäßig in der psychosozialen Beratung arbeiten. Dies vertritt auch der Fachverband der SAPV (2015). Die in der online-Befragung erzielten Ergebnisse zeigen aber, dass dies nicht häufig

genutzt wird. Nur 30% der Teams, davon 14% sehr häufig, beziehen Professionelle aus dem Bereich Sozialer Arbeit ein. Aus dem Bereich Psycho-Onkologie sind es 24% der Teams, wovon 6% dies sehr häufig praktizieren. Bezüglich des Bereiches Psychotherapie sinkt der Anteil auf sogar auf nur 17%, 3% davon sehr häufig. Offensichtlich scheinen die Teams die Präambel der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die SAPV, dass der individuelle Hilfebedarf „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten [darf und] wirtschaftlich erbracht werden [muss]“, sehr ernst zu nehmen und psychosoziale Aufgaben – wenn sie diese nicht selbst übernehmen können – an das informelle Umfeld zu delegieren. So geben 94% an, Kontakte mit An- und Zugehörigen, 82% spezielle Gespräche mit An- und Zugehörigen, sowie 86% ehrenamtliche Unterstützung zu vermitteln.

Auch Klie hält die Einbindung ehrenamtlich arbeitender Menschen in die psychosoziale Begleitung als unverzichtbar und zugleich als deren Wesensmerkmal. Unsere ethnographischen Beobachtungen und Interviews bestätigen dies. Möglicherweise werden Ehrenamtliche deshalb als so wertvoll empfunden, weil sie keinen zeitlichen Regulierungen unterliegen und eher die Funktion eines Gastes einnehmen, der gekommen ist, um sich ganz einzulassen auf die Arrangements und Sorgen derjenigen, die mit der Bewältigung des nahen Todes auf ganz verschiedene Weise ringen. Trotz ihres zweifellos wertzuschätzenden Beitrages, kommen jedoch auch Ehrenamtliche in komplexen psychosozialen Problemkonstellationen an ihre Grenzen.

Was die An- und Zugehörigen betrifft, die von den Professionellen der SAPV-Teams in noch stärkerem Ausmaß einzubeziehen versucht werden, so weisen Köhler et al. auf deren hohe eigene Belastungen hin, die im Zeitverlauf der Pflege zunehmend zu Erschöpfungssyndromen führen (von 30% zum Zeitpunkt 1 auf 49% zum Zeitpunkt 2), was mit den Befunden unserer ethnographischen Studien sowie der mit An- und Zugehörigen geführten Interviews korrespondiert. Diese erleben eine Minderung der Lebensqualität und eine soziale Isolation – teilweise gekoppelt mit finanziellen Problemsituationen. Köhler et al. fordern deshalb nicht nur eine psychologische Unterstützung als festen Bestandteil der SAPV, sondern darüber hinaus auch, die soziale und finanzielle Situationen mit aufzunehmen, um ggf. rechtzeitig reagieren zu können.

In gleicher Weise moniert Wasner, dass die psychosozialen Bedürfnisse der Angehörigen von den SAPV-Teams häufig nicht ausreichend wahrgenommen werden und erachtet eine präventiv agierende psychosoziale Betreuung als wichtig, nicht zuletzt um die Versorgungssituation stabil zu halten. Möglicherweise ist dies auch ein Grund für die in der online-Befragung artiku-

lierten Qualifizierungsbedarfe im Bereich psychosozialer Assessment Instrumente. Allerdings muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass solche Instrumente bestenfalls als ein Hilfsmittel fungieren können, um auf der Basis dieses ersten diagnostischen Schrittes mit den Betroffenen in einen gemeinsamen kommunikativen Aushandlungsprozess zu treten, in dem es neue Bewältigungsmöglichkeiten der krisenhaft zugespitzten Situation zu erschließen gilt. Viele davon werden letztendlich einer professionellen Unterstützung bedürfen, die dann jedoch nicht unter Beanspruchung fachlicher Autorität „verordnet“ werden, sondern – wenn nicht von den Betroffenen selbst in dieser Weise gefordert – im gemeinsamen Gespräch als Angebot, bestenfalls auch mit Alternativen, zu unterbreiten sind, um ein entsprechendes Interesse auf ihrer Seite zu eruieren.

Vor dem Hintergrund der sowohl in der Bestands- wie Bedarfserhebung sich zeigenden Bedeutung der psychosozialen Dimensionen der SAPV-Praxis stellt sich die Frage, ob dies zukünftig sich nicht auch in der gesetzlichen Rahmung von SAPV nach § 37 b SGB V niederschlagen müsste, der zufolge sich SAPV bisher nur auf „ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle“ zu konzentrieren habe. Immerhin wird ja in § 3, Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (gem. § 92 SGB V) im Zusammenhang mit der als Versorgungsvoraussetzung ausbuchstabilten „Anforderungen an die Erkrankung“ herausgestellt, dass „die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen“.

Die *hervorstechende Bedeutung der psychosozialen Dimensionen* in der Praxis der SAPV, wie sie sich in den Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsermittlung zeigt, problematisiert in dieser Hinsicht eindrücklich die bisher rein bi-professionell angelegten Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes.

2. Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Nachweises

		Gesamtfinanzierungsplan	Entstandene Ausgaben
812	Wissenschaftliche Mitarbeiter	171.710,83	177.331,00
822	Studentische Mitarbeiter	30.054,06	38.400,00
831	Gegenstände bis 410	0,00	786,00
843	Verwaltungsausgaben	1.105,55	21.573,00
846	Reisekosten	16.669,55	14.705,00
850	Gegenstände über 400	0,00	0,00
Summe		224.839,99	257.595,00

Abb. Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Nachweises für den Projektstandort Wiesbaden

		Gesamtfinanzierungsplan	Entstandene Ausgaben
812	Wissenschaftliche Mitarbeiter	195.658,95	177.331,00
822	Studentische Mitarbeiter	36.108,89	38.400,00
831	Gegenstände bis 410	663,44	1.078,00
843	Verwaltungsausgaben	5.591,02	16.265,60
846	Reisekosten	11.671,81	18.305,00
850	Gegenstände über 400	0,00	0,00
Summe		251.401,76	256.687,00

Abb. Wichtigste Positionen des zahlenmäßigen Nachweises für den Projektstandort Frankfurt

3. Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Arbeit

Das Projekt TP|sapv hatte eine Projektlaufzeit von drei Jahren, was es ermöglichte, einen Mixed-Method-Ansatz zugrundzulegen. Aufgrund dessen, dass der individuelle Leistungsanspruch auf spezialisierte, ambulante Palliativversorgung erst 2007 als individueller Leistungsanspruch im SGB V verankert und 2009 erste Versorgungsverträge geschlossen wurden, gab es keine verlässlich empirische Datenbasis, auf die sich das Vorhaben hätte stützen können. Diese musste demnach zunächst, methodisch qualitativ, entdeckend und sich daran anschließen auch beweisführend, hergestellt werden. Insbesondere das Erkennen und Explizieren einer Logik des

Feldes ist von Praktiker*innen als wertvolles Ergebnis hinsichtlich des Verstehens ihrer Arbeit und ihres Vorgehens, ggf. einer Modifikation dessen und auch der Möglichkeit einer stringenten Argumentationsführung, gewertet worden.

Darüber hinaus konnten wir die Bedeutung ambulanter Sorgearrangements, auch vor dem Hintergrund soziografischer Daten wie dem demografischen Wandel, Singularisierung, Individualisierung u.a., nachweisen, demnach Bedarfe und aber auch Bedürfnisse der Klientel sowie ihrer An- und Zugehörigen aufzeigen.

Eine Inter- oder Transdisziplinarität ist Grundlage dieser Arbeit und muss verstärkt grundgelegt bzw. im Prozess hergestellt werden, damit eine ambulante Begleitung sterbender Menschen gelingen kann. Auch dieses Ergebnis ist bedeutsam für SAPV und deren Vertreter*innen. Dies gelingt auch durch die Einbindung von Fachgesellschaften sowie kommunal und landespolitisch agierende Gremien. Qualifizierung von Studierenden, von in der SAPV hauptamtlich wie ehrenamtlich Tätigen bildet eine weitere Säule im Prozess der Stärkung ambulanter Sorgearrangements – und nicht zuletzt das Hineintragen des Themas in die Zivilbevölkerung (Bürgerforen). Alles dies erscheint im Projekt TP|sapv als gelungen und nachhaltig umgesetzt.

4. Voraussichtlicher Nutzen und Verwertbarkeit der Ergebnisse

Der voraussichtliche Nutzen der Ergebnisse des Forschungsprojektes TP|sapv beziehen sich einmal auf die politisch bedeutsamen Implikationen des Forschungsprojektes sowie auf die wissenschaftlichen Qualifikationsarbeiten, die im Kontext TP|sapv entstanden sind.

4.1 Politische Rahmung der Ergebnisse durch den fachwissenschaftlichen Projektbeirat

Der Fachwissenschaftliche Projektbeirat fand im Projektzeitraum dreimal pro Jahr, also insgesamt dreimal statt. Teilnehmende sind neben dem Projektteam TP|sapv Vertreter*innen der Projektpartner. Ausgehend von der Eingangsfrage, welches das zentrale Problem sei, das für SAPV zu lösen wäre nahmen die Diskussionen häufig den Verlauf von der Frage der Multiprofessionellen Arbeit her über die Profile der Beteiligten Professionen, ihren Finanzierungsschwierigkeiten hin zu Fragen der Haltung und der Qualifizierung der Versorgenden. Berücksichtigung fanden auch strukturelle und (professions-)politische Problemstellungen und der Aspekt der Kommunikationskultur. Hervorgehoben wurden jedoch auch, dass die Etablierung von Palliativversorgung von (partei-) politischer Seite Rückenwind erfahre. Eine Problemstel-

lung, die während der Diskussion immer wieder aufgegriffen wurde und sich auf verschiedenen Ebenen als zentral erwies, ist die der ‚*Uneinheitlichkeit der Umsetzung*‘ von SAPV.

Angefangen bei der regional stark variierenden Versorgungsdichte über Schnittstellenproblematiken und unterschiedliche inhaltliche Auslegung von Begrifflichkeiten bis hin zur Frage der Beteiligung weiterer Professionen neben Pflege und Medizin in der Versorgung der Patient*innen. So gesehen könne man, so der Hinweis eines Diskutanten, nicht von dem „Einen“ zentralen Problem der SAPV sprechen, die Schwierigkeiten seien mindestens *regional verschieden*.

Auch auf die die Uneinheitlichkeit in der Umsetzung des Gedankens der *Multiprofessionalität* wurde hingewiesen und dies damit begründet, dass vom Gesetz her nur die Beteiligung von Medizin und Pflege an der Erbringung von SAPV durch Palliative Care Teams vorgesehen sei. Für weitere Professionen, die im Rahmen palliativer Versorgung die psychosoziale und spirituelle Betreuung Sterbender übernehmen, gebe es keine einheitliche Finanzierung und entsprechend keine einheitliche Umsetzung. Zudem wurde hervorgehoben, dass ein Grund für die mangelnde Umsetzung von Multiprofessionalität in den vertraglich geregelten Vergütungsbedingungen läge. Zwar könnten die Teams ihre Mittel für das einsetzen, was sie für notwendig erachten, wo aber in finanzieller Hinsicht mit den Kassen „schlecht verhandelt“ worden sei, blieben dafür keine Mittel.

Mit dem Ausdruck „Sprachen-Verwirrung“ wird auf den Aspekt hingewiesen, dass die Uneinheitlichkeit in der Umsetzung von SAPV dem geschuldet sei, dass verschiedene Auslegungen gemeinsamer Begriffe umgesetzt worden seien, was ein einheitliches Auftreten der „Community“ erschwere. Gewünscht wird mehr Wissenschaftlichkeit, um mit den Perspektiven der verschiedenen Disziplinen wie Pflege- und Sozialwissenschaften, Medizin, aber auch aus betriebs- und volkswirtschaftlicher Sicht Aufklärung über die Praxis der SAPV zu erlangen.

Zusammenfassung der politisch bedeutsamen Implikationen:

- Verbesserung und Umsteuerung der Uneinheitlichkeit der Umsetzung der SAPV
- Regionale Verschiedenheit der SAPV Versorgungsstrukturen
- Ausbau der multi- resp. transdisziplinären Kooperation
- Verständigung hinsichtlich spezifizierten Expert*innen-Wissens
- Mehr Wissenschaft und Forschung
- Optimierung des Schnittstellenmanagements

4.2 Wissenschaftliche Qualifikationsarbeiten im Kontext Tp|sapv

Folgende wissenschaftliche Qualifikationsarbeiten sind am Projektstandort Hochschule Rhein-Main entstanden resp. befinden sich im Prozess der Planung oder Erarbeitung:

	Form	Thema	Stand	Betreuung
→	BA-Thesis	Soziale Arbeit im Palliative Care Aufgaben und Methoden im interdisziplinären Palliative Team	abgeschlossen	Prof. Dr. Schütte-Bäumner
→	BA-Thesis	Psychosoziale Arbeit mit lebenszeitverkürzt erkrankten Kindern und Jugendlichen	abgeschlossen	Prof. Dr. Schütte-Bäumner
→	BA-Thesis	Wenn Kinder sterben. Kinderhospiz und Palliativstationen für Kinder und Jugendliche	geplant	Prof. Dr. Schütte-Bäumner
→	BA-Thesis	Sterben, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft aus Sicht der Sozialen Arbeit	in Bearbeitung	Prof. Dr. Schütte-Bäumner
→	BA-Thesis	Selbstbestimmung am Lebensende. Ethikkommissionen als Unterstützung in schwierigen Entscheidungsprozessen und das Potential Sozialer Arbeit im Ethikteam	in Bearbeitung	Prof. Dr. Schütte-Bäumner
→	BA-Thesis	SAPV KJ. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche 1	geplant	Prof. Dr. Schütte-Bäumner
→	BA-Thesis	SAPV KJ. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche 2	geplant	Prof. Dr. Schütte-Bäumner
→	Promotion	Zur Produktion von Lebensqualität. Arbeitsbündnisse und Bedürfnisinterpretationen der professionellen Sterbebegleitung	in Bearbeitung	Prof. Dr. May

An der Frankfurt University of Applied Science sind nachfolgend aufgeführte Arbeiten in der Projektlaufzeit abgeschlossen worden:

→	BSc-Thesis	Zum Stand der ambulanten Pflege in Deutschland – am Beispiel der SAPV	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	BSc-Thesis	Bedeutung von Berührung in der Pflege von schwerkranken sterbenden Menschen	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	BSc-Thesis	Individualisierte Pflege von sterbenden Menschen durch biografisches Arbeiten	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	BSc-Thesis	Selbstverständnis Pflegenden in palliativen Kontexten – eine qualitative Datenanalyse	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	BSc-Thesis	Behindert werden im sterbend Sein: Eine kritische Auseinandersetzung mit der möglichen Zuschreibung von Behinderung bei sterbenden Menschen unter Berücksichtigung der kritischen Potentiale der Disability Studies	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	MSc-Thesis	Case Management in der Begleitung sterbender Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. Ein Aufgabenfeld für Advanced Practice Nursing	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	MSc Modulabschluss	APN-Ein Rollenkonzept für neue Wege von Palliative Care im stationären Altenpflegebereich	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	BSc Pflege Lehrforschung	Sterben in verschiedenen Kulturen	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	BSc Pflege Lehrforschungsprojekt	Aufgabe, Funktion und Einsatz spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Altenpflegeheimen	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze
→	MSc Advanced Nursing Practice Counseling (Wien)	Hier entstanden 15 Modulabschlussarbeiten zur Beratung in palliativen Sorgearrangements	abgeschlossen	Prof. Dr. Schulze

5. Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen

5.1.1 Fachverbandliche Perspektiven

Im Folgenden werden beispielhaft und durchaus exemplarisch fachverbandliche Perspektiven *beispielhaft*, in Ergänzung zu den einschlägigen Fachverbänden Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. und Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., aufgeführt:

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG e.V.):

Um Menschen am Lebensende Selbstbestimmung und Würde zu ermöglichen, bedarf es der Stärkung der palliativen und hospizlichen Kultur in allen Versorgungsbereichen. Mit der zunehmenden Etablierung der spezialisierten Angebote der Hospizversorgung sowie der ambulanten und stationären Palliativversorgung (SPV) wurde deutlich, wie gute Strukturen für die Versorgung am Lebensende gestaltet werden müssen. Gleichzeitig traten dadurch die Qualitäts- und Leistungsunterschiede in der Behandlung, Betreuung und Versorgung von Palliativ-

patienten und Sterbenden außerhalb dieser Strukturen deutlicher hervor. Da Menschen am Lebensende auch zukünftig überwiegend in Rahmen der allgemeinen Versorgung behandelt und betreut werden, muss parallel zum Ausbau der SPV dringend die *Hospiz- und Palliativkultur in der allgemeinen Krankenhausbehandlung*, den Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Versorgung gestärkt und etabliert werden (APV), damit die bestehende Ungleichheit gemindert werden kann. Hierzu findet unter Beteiligung von Prof. Dr. Schütte-Bäumner im März 2017 eine Tagung der DVSG in Kooperation mit der Charité Berlin statt.

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG):

„Gesellschaftliche Entwicklungen und medizinischer Fortschritt verändern kontinuierlich die Lebensbedingungen und die Bedürfnisse der Menschen. Besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung stellt dies für die Gerontologie und die Geriatrie immer neue Herausforderungen dar“ (<http://www.dggg-online.de>, 27.11.16) – resümiert die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Sie stellt damit die Unterstützung der Altersforschung in den Mittelpunkt ihres Tätigseins sowie die Förderung der beteiligten Berufsgruppen bei der Umsetzung der Ergebnisse. Die Sektion IV stellt den mitgliederstärksten Teil der Gesellschaft und fokussiert die soziale Teilhabe alter Menschen, aber auch die interprofessionelle Kooperation in der Altenarbeit. 2014 fanden die Ergebnisse des Projektes TP|sapv in Form eines Vortrags Eingang in den Kongress der Gesamtgesellschaft an der Martin-Luther-Universität Halle- Wittenberg. Somit beginnt die DGGG sich verstärkt mit palliativen Sorgearrangements zu befassen.

Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (DN APN& ANP):

Das Deutsche Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V. (DN APN& ANP) befördert die Pflege auf „wissenschaftlich fundiertem sowie auch praktisch hohem Niveau“ (<http://www.dnapn.de>, 27.11.16). Seit seiner Gründung 2008 und der Veröffentlichung eines zentralen Positionspapiers 2011, differenziert sich das Netzwerk immer stärker aus und gibt sich eine, unter dem Gesamtnetzwerk liegende, Struktur durch Installierung von Fachgruppen. In der Diskussion mit dem Präsidenten wurde die Gründung einer Fachgruppe `Palliative Care` angedacht, dieses Ziel wird weiterhin verfolgt. Die Projektergebnisse wurden als Kongressvorträge sowie in Posterpräsentationen 2013 in Berlin sowie 2015 in München vorgestellt und mit den Netzwerkmitgliedern, wie auch mit Fachpublikum diskutiert.

Fachverband SAPV (Fachverband-SAPV):

Der 2010 gegründete Fachverband SAPV Hessen e.V. „steht für vernetzte, interdisziplinäre und multiprofessionelle häusliche Palliativversorgung und Unterstützung von schwerkranken Menschen aller Altersstufen“. Fachkräfte und Wissenschaftler*innen, die im Kontext der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung tätig sind, müssten so der Fachverband, die Qualität Ihres Handelns (Interventionshandeln) kontinuierlich überprüfen. Hierzu hat der Fachverband ein Handbuch Qualitätsmanagement erarbeitet, das mit einer Onlineplattform verknüpft wurde um eine kontinuierliche Aktualisierung und Weiterentwicklung des Qualitätshandbuches zu ermöglichen (vgl. Fachverband SAPV Hessen (Hg.) (2015): Handbuch Qualitätsmanagement in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag). Die Hinweise des Fachverband SAPV korrelieren deutlich mit den Ergebnissen der Forschung TP|savn.

5.1.2 Infrastrukturelle sowie sozialpolitische (Weiter-)Entwicklung der SAPV

Im Folgenden werden beispielhaft und durchaus exemplarisch infrastrukturelle sowie sozialpolitische (Weiter-)Entwicklungen der SAPV benannt:

Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung

„Ein komplexer physischer oder psychosozialer Unterstützungsbedarf findet sich nicht nur in fortgeschrittenen oder gar sterbenahen Erkrankungssituationen, sondern auch frühzeitig im Verlauf einer Krebserkrankung, gelegentlich bereits bei Diagnosestellung einer inkurablen Situation (oder auch in lokal fortgeschrittenen, in kurativer Intention behandelten Erkrankungssituationen mit einer entsprechend hohen tumortherapieassoziierten Belastungskomponente). Erstaunlich ist, dass zu den konkreten Belastungen von Patienten in der Diagnosesituation bislang kaum oder nur sehr alte Daten [10, 11] existieren“ (Gärtner et al. 2015). Es wird von den Autoren darauf hingewiesen, dass eine frühzeitige Integration palliativmedizinische Maßnahmen und die dazu erforderlichen Rahmenbedingungen, so wie es bereits in der Studie von Temel et al. (2010) erläutert wird, gefordert. Mittlerweile hat sich der Ansatz in Palliative Care, frühzeitig Beratungs- und Bildungsangeboten im Kontext von End-of-Life Care zu implementieren, deutlich weiterentwickelt und wird nunmehr auch im deutschen Sprachraum aufgegriffen: „Advance Care Planning ist die Annäherung an das Ideal einer gemeinsamen Entscheidungsfindung für künftige Behandlungsentscheidungen im Fall hypothetischer Krankheitsszenarien, in denen der Betreffende selbst krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähig ist und daher die Ent-

scheidung nicht mehr aktuell beeinflussen kann. Im Zentrum von Advance Care Planning steht ein qualifizierter Gesprächsprozess zwischen dem Betroffenen, wo möglich seinem designierten Vertreter (oder nahen Angehörigen) und einer hierfür geschulten Gesundheitsfachperson (facilitator). Diese steuert als professioneller Moderator diesen Prozess, in welchem der Betroffene seine Werte, Grundhaltungen und Ziele reflektiert, relevante künftige hypothetische Szenarien kennen- und so weit wie nötig verstehen lernt und seine entsprechenden individuellen Behandlungspräferenzen im Austausch mit seinem designierten Vertreter (Angehörigen) entwickelt und artikuliert“ (Coors et al. 2015). Advance Care Planning, übersetzt als vorausschauende Vorsorgeplanung, wurde sodann auch in aktuellen Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt (vgl. Hospiz- und Palliativgesetz⁶).

Hospiz- und Palliativgesetz (HPG): Chancen durch Rahmenbedingungen schaffen

Im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG, vgl. Fussnote 6) werden ganz unterschiedliche sozial- und gesundheitsrechtliche Aspekte zur Neuregelung aufgeführt. Exemplarisch wird hier für den Aspekt der vorausschauenden Vorsorgeplanung der § 132 g SGB V genannt. Vollstationäre Einrichtungen der Pflege beispielsweise sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sollen zur Ermöglichung einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase entsprechende Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung anbieten. Dies führt unweigerlich zu einer Qualifizierung der Leistungserbringer für hospizlich-palliativ situierte Beratungs- und Begleitangebote. Für sämtlich weitere aktuelle Aspekte des HPG (z. B. § 39a Abs.2 Satz 8 SGB V; Förderung der ehrenamtlichen Hospizarbeit) sei auf Melching (2016) verwiesen.

Nationale Strategie, der Chartaprozess

Eine Vielzahl unterschiedlicher Institutionen und Organisationen beteiligen sich im Rahmen des sogenannten Chartaprozesses an der Einrichtungsgrenzen überschreitenden Implementierung hospizlich-palliativer Ansätze. „Seit Veröffentlichung der Charta im September 2010 ist es gelungen, viele weitere Akteure in den Prozess einzubeziehen, die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den existentiellen Phänomenen Sterben, Tod und Trauer zu fördern und die Ziele der Charta stärker im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. 1.457 Organisationen und Institutionen sowie 15.795 Einzelpersonen – darunter auch zahlreiche Politiker aller Ebenen – haben

⁶ Das HPG im Wortlaut ist einzusehen unter www.bundesgesetzblatt.de > Informationen > Bundesgesetzblatt > Bundesgesetzblatt Teil 1 > 2015 > Nr. 48 vom 07.12.2015 > Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland

sich bisher mit ihrer Unterschrift für die Charta und ihre weitere Umsetzung eingesetzt⁷. Aus diesem Bestreben heraus, Sterben, Tod und Trauer als Teil des Lebens zu begreifen und nachhaltig in das gesellschaftliche Bewusstsein zu integrieren, konnten Handlungsempfehlungen im Sinne einer ‚Nationalen Strategie‘⁸ entwickelt werden.

Zusammenfassung der für den Fortschritt auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen relevanten Perspektiven:

- Ausbau der Hospiz- und Palliativkultur in der allgemeinen Kranken- und Pflegeversorgung
- Stärkere Integration hospizlich-palliativen Wissens in die Altersforschung
- Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung und die Notwendigkeit umfassender psychosozialer Kompetenzen für solcherart Beratungs- und Begleitleistungen.
- Weiterentwicklung und Ausbau sowohl spezifischer als auch grundlegender Beratungs- und Begleitangebote.

⁷ <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>

⁸ Vgl. Chartaprozess, Nationale Strategie, [Handlungsempfehlungen](#)

6. Erfolgte oder geplante Veröffentlichungen des Ergebnisses

6.1 Erfolgte Veröffentlichungen

- Becker, Dorothee (2016): Haben "die Hände" alles im Griff? In: *pflügen: palliativ* 2. Quart. (30), S. 42–44.
- May, Michael (2016): *Transdisziplinäre Professionalität*, Sammelband, Beltz Juventa
- May, Michael; Müller, Falko (2016) *Beratung von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung*. In: Giesecke, Wiltrud/Nittel, Dieter (Hg.): *Handbuch Pädagogische Beratung über die Lebensspanne*. Weinheim: Beltz Juventa, S. 698-704.
- May, Michael (2014): Auf dem Weg zu einem dialektisch-materialistischen Care-Begriff. In: *Widersprüche*, Heft 134
- Müller, Falko (2015): ‚Temporäre Kopplung‘ und informierte Zustimmung. Über einige forschungsethische und -praktische Herausforderungen ethnografischen Forschens im Feld aufsuchender Palliativarbeit. In: Schneider, A.; Köttig, M.; Molnar, D. (Hrsg.), 2015: *Forschung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Konzepte – Perspektiven. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit Band 11*. Opladen u.a.: Budrich, S. 75-87.
- Müller, Falko/Schütte-Bäumner, Christian/May, Michael: (2014): Grenzen der Habitussensibilität oder wer bestimmt eigentlich, was Habitus-Sensibel ist? Anmerkungen zur Habitus-Konstruktion im Kontext der Patient*innen-orientierten Palliativversorgung, in: Sander, Tobias (Hg.): *Habitus-Sensibilität. Neue Anforderungen an professionelles Handeln*, Wiesbaden: VS Verlag, S. 147-174.
- Schütte-Bäumner, Christian (2016): *Sozialpädagogische Beratung im Kontext psychosozialer Begleitung Sterbender sowie An- und Zugehöriger Verstorbener*. In: Giesecke, Wiltrud/Nittel, Dieter (Hg.): *Handbuch Pädagogische Beratung über die Lebensspanne*. Weinheim: Beltz Juventa, S. 705–714.
- Schütte-Bäumner, Christian/Müller, Falko (2015): gemeinsam mit Falko Müller: *Psychosoziales Können in der ambulanten Sterbebegleitung. Professionelle und lebensweltliche Orientierungen in der aufsuchenden Palliativversorgung*, in: *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 11. Jg., H. 1, S. 6-7.
- Schütte-Bäumner, Christian (2014): *Pflegende Angehörige schwerkranker Menschen im ‚psychodiagnostischen Fokus‘ / Rezension / Über: Tchitckian, Gérard (2012): Den letzten Weg gemeinsam gehen. Angehörige in Pflege und Begleitung schwerkranker Menschen*. Hamburg 2012, edition zebra Hamburg, 278 S., 18, 50 Euro, in: *Widersprüche, Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, Heft 134, Dezember 2014, S. 129-132.
- Schulze, Ulrike (2014): *Caring. Zur Subjektorientierung im palliativen Setting*. In: Wolfgang George (Hg.): *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Orig.-Ausg. Gießen: Psychosozial-Verl. (Forschung Psychosozial), S. 35–40.
- Schulze, Ulrike (2014): *What do dying people want?* In: *International Newsletter, Frankfurt University of Applied Science* (9), 2014, S. 2
- Schulze, Ulrike (2016): *Bedürfnisse – Bedarfe – Bedingungen im Kontext spezialisierter ambulanter Palliativversorgung*, Tagungsdokumentation 1. Hessisches Symposium für Pflegeforschung, Frankfurt am Main. Fachhochschulverlag

6.2 Geplante Veröffentlichungen

- Herausgeber*innen-Team TP|sapv (geplant für 2017/2018): *Buch-Publikation zu den Ergebnissen des Forschungsprojektes TP|sapv*. Verlag ist angefragt, Inhalte und Gesamtstruktur des Bandes werden gegenwärtig diskutiert und abgestimmt.
- May, Michael (2017): *Arbeitsbeziehung und Emotion*, Sammelband, Beltz Juventa
- May, Michael/Schütte-Bäumner, Christian (2017): *Macht- und Wissensverhältnisse in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung*, Sammelband, VS Verlag, Wiesbaden.
- Müller, Falko (2017): *Die „häusliche Umgebung“ als Wohnraum und Setting. Konflikte um Raumsouveränität in der ambulant-aufsuchenden Palliativversorgung*. In: Meuth, M. (Hrsg.) i.V.: *Pädagogisch-institutionelles Wohnen*. Wiesbaden: VS, im Erscheinen
- Schütte-Bäumner, Christian (2017): *Stabilisierungsarbeit als psychosoziale Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung*, in: Kreutzer, Susanne et al., Sammelband.

6.3 Erfolgte Vorträge

- Becker, Dorothee (2016) Das Phänomen der Leiblichkeit. Fachwissenschaftlicher Projektbeirat. BMBF Praxisforschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“, Wiesbaden. Posterpräsentation
- Becker, Dorothee (2015) (zusammen mit Carolin Hein) Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. 3-Länderkonferenz Pflege und Pflegewissenschaft. Konstanz
- Becker, Dorothee (2016) Arnolshainer Hospiztage, Arnolshain
- May, Michael (2015): Zum Arbeitsgegenstand emotionaler Beziehungsarbeit“ auf der Jahrestagung der Kommission Sozialpädagogik der DGfE „Wa(h)re Gefühle? Sozialpädagogische Emotionsarbeit im wohlfahrtsstaatlichen Kontext“ in Siegen
- May, Michael (2015) Machtbalancen unterschiedlicher Relevanzstrukturen in der SAPV“ im Rahmen des Workshop: „Macht- und Wissensverhältnisse in der Patienten- und Angehörigenedukation im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ auf dem Bundeskongress Soziale Arbeit in Darmstadt
- May, Michael (2014) Die Entwicklung transdisziplinärer Professionalität im Feld Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung als dialektische Aufhebung multipler Grenzen“ auf der Tagung „Grenzanalysen. Empirische Zugänge in der Erziehungswissenschaft“ der OEFB in Salzburg
- May, Michael (2013) Zum Problem der Verhältnisbestimmung zwischen Arbeitsgegenstand, Arbeitsvermögen, Produktionsmitteln und Produktionsverhältnissen in der Empirie und Theoriebildung sozialer Dienstleistungsproduktion“ Empirie AG- Kommission Sozialpädagogik DGfE
- Müller, Falko: „Kollegiale Besprechungen als Grenzrealisierung. Zur Konstitution des professionellen Gegenstandes am Beispiel der multiprofessionellen Palliativ-Arbeit.“ Vortrag auf der 2. Hildesheimer CeLeB-Tagung zur Bildungsforschung: „Pädagogische Teamgespräche. Methodische und Theoretische Zugänge“ an der Universität Hildesheim am 15.09.2016
- Müller, Falko: „Sterbenlernen“. Zur Moral des würdigen Sterbens in der häuslichen Palliativversorgung.“ Vortrag im Rahmen des Symposiums „Widersprüche der Materialisierung neuer Bildungsräume“ auf dem DGfE-Kongress „Räume der Bildung. Räume der Bildung.“ an der Universität Kassel am 15.03.2016
- Müller, Falko: „Teamkulturen und interprofessionelle Zusammenarbeit in ambulanten Palliative Care-Teams“ Vortrag auf der Abschlussagung des Fachwissenschaftlichen Projektbeirates zum Forschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (TP|sapv)“ an der Hochschule RheinMain am 21.01.2016
- Müller, Falko: „Das Potenzial Sozialer Arbeit für die aufsuchende Palliativversorgung. Forschungsbasierte Konzeptentwicklung als Koproduktion von Praxis und Wissenschaft“, Vortrag auf der DGSA-Jahrestagung „Potenziale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin“ an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt am 25.04.2015
- Müller, Falko: „Vom Organisieren der Alltage. Produktionsverhältnisse aufsuchender Palliativarbeit“, Vortrag im 1. Forum pädagogische Organisationsforschung, Pre-Conference zur Jahrestagung der Kommission Organisationspädagogik der DGfE an der Universität zu Köln am 25.02.2015
- Müller, Falko: „Ethnografisch forschen in ambulanten Settings aufsuchender Arbeit“, Vortrag auf der Jahrestagung „Freiheit der Forschung?! Zur Situation der Forschung in der Sozialen Arbeit“ der Sektion Forschung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) an der Philipps-Universität Marburg am 27.06.2014
- Müller, Falko: „Das Modell des Arbeitsbündnisses in der empirischen Erforschung komplexer Handlungssituationen“ Vortrag im Panel „Profession“ der Jahrestagung „Positionsbestimmungen und Perspektiven qualitativer Forschung in der Erziehungswissenschaft“ der Kommission Qualitative Bildungs- und Biographieforschung der Sektion Allgemeine Erziehungswissenschaft der DGfE an der Universität Essen am 28.09.2013
- Müller, Falko; Walther, Nadine: „Praxisforschung in ambulanten Palliativteams. Feldzugang und erste Eindrücke“ im Rahmen der ersten Sitzung des Fachwissenschaftlichen Projektbeirates des Forschungsprojekts TP|sapv an der Fachhochschule Frankfurt am 23.01.2013
- Schütte-Bäumner, Christian (2016) Stabilisierungsarbeit als psychosoziale Praxis der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Palliative Care: Forschungserkenntnisse und -perspektiven. Workshop am Fachbereich Gesundheit der Fachhochschule Münster.
- Schütte-Bäumner, Christian (2016) Stabilisierungsarbeit als Praxis der ambulanten Palliativversorgung. Fachwissenschaftlicher Projektbeirat. BMBF Praxisforschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“, Wiesbaden.

- Schütte-Bäumner, Christian (2015) Soziale Arbeit in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung [SAPV]. >Einblicke in und Ergebnisse der Praxisforschung TPSAPV, Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Halle Münsterland, Münster in Westfalen.
- Schütte-Bäumner, Christian (2015) (gemeinsam mit Michael May, Sindy Herrmann und Hans Nau): Macht- und Wissensverhältnisse in der Patienten- und Angehörigenbildung im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, Vortrag und Workshop, Bundeskongress Soziale Arbeit, Darmstadt.
- Schütte-Bäumner, Christian (2015) Transparenz der Arbeitsabläufe in Teams der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung), Bad Homburg.
- Schütte-Bäumner, Christian (2015) Soziale Arbeit in Palliative Care, KH Freiburg, Einladung durch Prof. Dr. Ines Himmelsbach, Soziale Gerontologie, Gastvortrag und Workshop.
- Schütte-Bäumner, Christian (2015) Psychosoziale Emotionsarbeit in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), Vortrag im Rahmen des von Prof. Dr. habil. Michael May koordinierten Workshops „AG 3.2: Arbeitsbeziehungen und Interaktion“ im Rahmen der Tagung „Wa(h)re Gefühle? Sozialpädagogische Emotionsarbeit im wohlfahrtsstaatlichen Kontext, Jahrestagung der Kommission Sozialpädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (Dgfe)“ an der Universität Siegen.
- Schütte-Bäumner, Christian (2014) (gemeinsam mit Falko Müller): Forschungsbeziehungen der Praxisforschung. Ethnographische Einblicke /Erfahrungen in das Feld aufsuchender Sterbebegleitung. Gastvortrag im Rahmen der „Vorlesung zu qualitativen Forschungsmethoden, Dr. Antje Langer“ Fachbereich Erziehungswissenschaften, Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Schütte-Bäumner, Christian (2014) (gemeinsam mit Falko Müller): Stabilisierung oder die „unsichtbare“ Arbeit an der häuslichen Versorgungssituation, Fachwissenschaftlicher Projektbeirat (TP|sapv).
- Schütte-Bäumner, Christian (2013) (gemeinsam mit Falko Müller): Die Konstitution „psychosozialer“ Handlungsfelder in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Multi Pluri Trans, Emerging Fields in Educational Ethnography, International Conference on Ethnography in Education and Social Work, Luxembourg, Abbaye de Neumünster
- Schütte-Bäumner, Christian (2013) Zugänge und Handlungsstrategien für die Arbeit mit Menschen in prekären Lebenslagen vor dem Hintergrund gesellschaftspolitischer Entwicklungen, Frankfurt
- Schütte-Bäumner, Christian (2013) (gemeinsam mit Falko Müller): Eine Skizze ‚unseres‘ Forschungsprozesses, orientiert am Konzept der Grounded Theory (was Fragen an die Grounded-Theory-Methodologie einschließt), Workshop des Wiesbadener-Frankfurter-Doktorand_innen-Verbundkolloquiums, Goethe-Universität Frankfurt
- Schütte-Bäumner, Christian (2013) Posterpräsentation: Transdisziplinarität|Transprofessionalität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Münster, DVSG-Bundeskongress Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 2013
- Schütte-Bäumner, Christian (2013) Die Bedeutung von Methoden für die Ausbildung und Praxis der Sozialen Arbeit, Wiesbaden
- Schütte-Bäumner, Christian (2013) (gemeinsam mit Falko Müller): Transdisziplinarität im ambulanten Palliativbereich. Forschungsmethodische Einblicke in die empirische Analyse beruflicher Habitusformationen, Bielefeld (Empirie-AG).
- Schütte-Bäumner, Christian (2013) (gemeinsam mit E Berkemer): Fachliche Grenzen überwinden. Vorstellung des Forschungsprojektes TP|SAPV und des Forschungsdesigns, Fachwissenschaftlicher Projektbeirat (TP|sapv).
- Schütte-Bäumner, Christian (2012) Forschung im Bereich ambulanter Palliativarbeit: TP|sapv, Transdisziplinäre Professionalität in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, „Runder Tisch Palliativversorgung und Hospizarbeit MTK“, Landratsamt in Hofheim, Main-Taunus-Kreis, der Kreisausschuss, Gesundheitsamt, Hofheim.
- Schütte-Bäumner, Christian (2012) (gemeinsam mit Matthias Bäumner): Practice and Impacts of palliative Home Care Services by taking the Palliativteam Frankfurt gGmbH, Praxis und Effekte ambulanter Palliativarbeit am Beispiel des Palliativteam Frankfurt gGmbH, 2nd international Day of Social Work and Nursing, Fachhochschule Frankfurt am Main.
- Schütte-Bäumner, Christian (2012) Was bedeutet spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)? Einführung in allgemeine Kriterien und spezielle psychosoziale Aspekte, gemeinsam mit Andrea Foierl, Palliativteam Frankfurt gGmbH, Frankfurt am Main.
- Schulze, Ulrike (2016) Bedürfnisse – Bedarfe – Bedingungen im Kontext spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. 5. Hospiz- und Palliativtag im Werra-Meißner-Kreis. Bad Sooden-Allendorf

- Schulze, Ulrike (2016) Bedürfnisse – Bedarfe – Bedingungen im Kontext spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. 1. Hess. Symposium für Pflegeforschung. Frankfurt University of Applied Science/ Hessisches Institut für Pflegeforschung. FFM
- Schulze, Ulrike (2016) Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung - Zur Logik des Handlungsfeldes. Fachwissenschaftlicher Projektbeirat. BMBF Praxisforschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“. Wiesbaden.
- Schulze, Ulrike (2015) Bedürfnisse und Bedarfe am Lebensende. 7. Fachtagung 'Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen. Landesärztekammer Bad Nauheim
- Schulze, Ulrike (2015) Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung - ein Beispiel von Advanced Nursing Practice. 3. Internationaler APN & ANP Kongress. München
- Schulze, Ulrike (2014) Zur Bedeutung des Subjektiven in der professionellen pflegerischen Interaktion mit dem sterbenden Menschen; Festvortrag anlässlich der Absolventenverabschiedung, Frankfurt University of Applied Sciences, FFM
- Schulze, Ulrike (2014) (gemeinsam mit Ramona Hummel und Nadine Walther). 5. Hochschultag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Bedürfnisse und Bedarfe im Kontext ambulanter Palliativversorgung, Hochschule Osnabrück
- Schulze, Ulrike (2014) (gemeinsam mit Ramona Hummel und Nadine Walther) Bedarfe und Bedürfnisse sterbender Menschen in der häuslichen palliativen Versorgung- Ergebnisse der bundesweiten Onlinebefragung, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Schulze, Ulrike (2014) (gemeinsam mit Ramona Hummel und Nadine Walther) Bedarfe und Bedürfnisse sterbender Menschen in der häuslichen palliativen Versorgung- Ergebnisse der bundesweiten Onlinebefragung. 10.Kongress Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin / 13.Deutscher Kongress Versorgungsforschung, Düsseldorf
- Schulze, Ulrike (2014) (gemeinsam mit Ramona Hummel und Nadine Walther) Bedarfe unheilbar kranker Menschen in der SAPV-Versorgung – Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung im Forschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (TP|SAPV). Kongress Forschungswelten 2014, Vallendar
- Schulze, Ulrike (2013) (gemeinsam mit Esther Berkemer und Nadine Walther) Transprofessionalität - ein neuer konzeptioneller Ansatz in der interdisziplinären spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (TP|SAPV)? 2. Internationaler APN & ANP Kongress „Bleibt alles anders?“ Posterpräsentation. Berlin
- Schulze, Ulrike (2013) (gemeinsam mit Esther Berkemer und Nadine Walther) 3-Länderkonferenz Pflege und Pflegewissenschaft, Konstanz, Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (TP SAPV) – zentrale qualitative Ergebnisse aus der ersten Projektphase. Posterpräsentation. Konstanz
- Schulze, Ulrike (2013) Forschungsfeld ambulante Palliativversorgung, Forschungsnachmittag, Fachbereich 4, Frankfurt University of Applied Sciences
- Schulze, Ulrike (2013) Lehrauftrag im MSc Advanced Practice Nursing| Counselling, 'Palliative Care'; FH Campus Wien
- Schulze, Ulrike (2012) Das Umfeld des sterbenden Menschen -Was kann mich erwarten? 15. Fachtagung „Leben und Sterben“, des Hessischen Sozialministeriums, FFM
- Schulze, Ulrike (2012) (gemeinsam mit Esther Berkemer und Nadine Walther) Aufgaben und konzeptionelle Ansätze klinischer Pflege in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), Kongress Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) Bonn
- Smeaton, Susan (2016) Ergebnisse der bundesweiten online-Befragung. Fachwissenschaftlicher Projektbeirat. BMBF Praxisforschungsprojekt „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“. Wiesbaden.
- Walther, Nadine; Müller, Falko: „Das Forschungsprojekt Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ Präsentation im Rahmen der Sitzung der AG „Verbesserung der Sterbebegleitung“ der Hessischen Landesregierung im Hessischen Sozialministerium in Wiesbaden am 20.02.2013

6.4 Geplante Vorträge

- Schütte-Bäumner, Christian (2017): [Aachener Hospizgespräche](#).
- Schütte-Bäumner, Christian (2017): Fachtagung Soziale Arbeit in der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung (APV – SPV) Funktion – Methoden – Strukturfragen, 30.03.2017, Charité Berlin, DVSG.

III. Anhang

Abkürzungsverzeichnis

DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
FWPB	Fachwissenschaftlicher Projektbeirat TP sapv
knV	Kostenneutrale Verlängerung
MAXQDA	Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse www.maxqda.de
TP sapv	Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (TP sapv)

Im Abschlussbericht verwendete Literatur

- Adam-Paffrath, R. (2014): Würde und Demütigung aus der Perspektive professioneller Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Ethik im ambulanten Pflegebereich. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag.
- Bergmann, Matthias/Schramm, Engelbert (Hg.) (2008): Transdisziplinäre Forschung. Integrative Forschungsprozesse verstehen und bewerten. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Blumer, Herbert (1954): What is wrong with social theory? In: *American Sociological Review* 19 (1), S. 3–10.
- Corbin, Juliet/Hildenbrand, Bruno/Schaeffer, Doris (2009): Das Trajektkonzept. In: Doris Schaeffer (Hg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 55–74.
- Bohnsack, Ralf (2007): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: Ralf Bohnsack, Iris Nentwig-Gesemann und Arnd-Michael Nohl (Hg.): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 225–253.
- Brathuhn S, Zwierlein E (2014): Über die Zweideutigkeit des Todes. Die Unausdeutbarkeit des Todes als Moment humaner Sterbebegleitung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Centre for Educational Research & Innovation; Apostel, Léo et al. (1972): *Interdisciplinarity. Problems of teaching and research in universities*. [Paris]: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Coors, Michael/Jox, Ralf/in der Schmitt, Jürgen (Hg.) (2015): *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Coors, Michael/Jox, Ralf/in der Schmitt, Jürgen (2015): *Advance Care Planning: eine Einführung*. In: Coors, Michael/Jox, Ralf/in der Schmitt, Jürgen (Hg.): *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 11–24.
- Delgado-Guay MO, De la Cruz MG, Epner DE (2013): I Don't want to burden my family: handling communication challenges in geriatric oncology. *Annals of oncology* 2013; 23 (suppl. 7): vii30-vii35.
- Dewe, Bernd (1995): *Beratung*. In: Krüger, Heinz-Hermann/Helsper, Werner (Hg.): *Einführung in Grundbegriffe und Grundfragen der Erziehungswissenschaft*. Opladen: Leske + Budrich, S. 119–131.
- Dreßke, Stefan (2005): *Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Engelke E (2015) *Die Wahrheit über das Sterben: Wie wir besser damit umgehen*. Rowohlt Verlag GmbH: Reinbek.
- Fachverband SAPV Hessen (Hg.) (2015): *Handbuch Qualitätsmanagement in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Fromm, Sabine (2010): *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene*. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, S. 191.
- Gärtner, J.; Wedding, U.; Alt-Epping, B. (2015): Frühzeitige spezialisierte palliativmedizinische Mitbehandlung. In: *Onkologie* 21 (12), S. 1182–1188.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2007): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL)*. Fassung vom: 20.12.2007 BAnz. Nr. 39 (S. 911) vom 11.03.2008, Letzte Änderung: 15.04.2010 BAnz. Nr. 92 (S. 2 190) vom 24.06.2010, In Kraft getreten am: 25.06.2010. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf, zuletzt geprüft am 02.11.2016.
- Girtler, Roland (2009): *Methoden der Feldforschung*. 4., völlig neu bearb. Aufl. Wien [u.a.]: Böhlau (UTB für Wissenschaft Soziologie, 2257).
- Glaser B, Strauss A (1974): *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Greb, U. (2006): „Helfen“ im Diskurs der negativen Dialektik – eine Chiffre für pflegerisches Handeln. In: *Pflege und Gesellschaft*, 11 (1), 12-14
- Gronemeyer, R.; Heller, A. (2014): *In Ruhe sterben*. München, Pattloch Verlag
- Grunwald, Klaus (2015): *Organisation und Organisationsgestaltung*. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 5., erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (Handbuch), S. 1139–1150.
- Hayek, Julia von (2006): *Hybride Sterberäume in der reflexiven Moderne. Eine ethnographische Studie im ambulanten Hospizdienst*. Hamburg u.a.: Lit (Studien zur interdisziplinären Thanatologie, Bd. 8).

- Hochschild, Arlie Russel (2006): Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle. [Erweiterte Neuauflg.]. Frankfurt: Campus (Campus Bibliothek).
- Honer A. (2011): Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Jantsch, Ernst (1970): Inter- and Transdisciplinary University. A Systems Approach to Education and Innovation. In: Policy Sciences (1), S. 403–428.
- Junge M (2014) Ambivalenz: eine Schlüsselkategorie der Soziologie von Zygmunt Bauman. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klatetzki, Thomas (1993): Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Bielefeld: Luchterhand.
- Klie, Thomas (2013): Ehrenamt. Unverzichtbar, aber bitte nicht ausnutzen. In: paliativ (23), S. 32–35.
- Manthey, Marie (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Knab, Maria (2007): Beratung zwischen Tür und Angel. Professionelle Gestaltung von offenen Settings. Ein Beitrag für mehr Gerechtigkeit. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.): Das Handbuch der Beratung. 2. Aufl. 3 Bände. Tübingen: dgvt, S. 1525–1537.
- Krobath, Thomas/Heller, Andreas (Hg.) (2010): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. 1. Aufl.: Lambertus.
- May, Michael; Remsperger, Regina; Weidmann, Stefan (2014): Habitus und Professionalisierung von Fachberatung in Kindertageseinrichtungen. In: Anke König, Hans Rudolf Leu und Susanne Viernickel (Hg.): Perspektive Frühe Bildung. Weiterbildung als Motor für Qualität: Kompetenzorientierung und Durchlässigkeit. 1. Aufl. Weinheim, Bergstr.: Beltz Juventa, S. 222–237.
- May, Michael (2004): Versuch einer Entmystifizierung sozialen Kapitals. Zur unterschiedlichen begrifflichen Fassung sozialen Kapitals. In: Kessl, Fabian; Otto, Hans-Uwe (Hg.): Soziale Arbeit und soziales Kapital. Zur Kritik lokaler Gemeinschaftlichkeit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss., S. 79–93.
- May, Michael (2004a): Selbstregulierung. Eine neue Sicht auf die Sozialisation. Orig.-Ausg. Gießen: Psychosozial-Verl. (Reihe Psyche und Gesellschaft).
- May, Michael (2005): Was ist Soziale Arbeit? Ansätze einer alternativen Begriffsbestimmung. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): Jenseits von Status und Expertise: Soziale Arbeit als professionelle Kultur. 1. Aufl. Bielefeld: Kleine Vlg (Widersprüche, 96), S. 35–48.
- May, Michael (2005a): Wie in der sozialen Arbeit etwas zum Problem wird. Versuch einer pädagogisch gehaltenen Theorie sozialer Probleme. Münster: Lit-Verl. (Sozialpädagogik, Sozialarbeit im Sozialstaat, 14).
- May, Michael (2006): Woher kommt die Produktivität des Sozialen? Ansätze zur Analyse ihrer Produktivkräfte. In: Böllert, Karin; Hansbauer, Peter; Hasenjürgen, Brigitte; Langenohl, Sabrina (Hg.): Die Produktivität des Sozialen - den sozialen Staat aktivieren. Sechster Bundeskongress Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 31–48.
- May, Michael (2007): KONEKT: Kompetenzen im Netzwerk aktivieren. Rekonstruktion und Intervention in einem Konzept integrativer Evaluation. In: Mieth, Ingrid; Fischer, Wolfram; Giebeler, Cornelia; Goblirsch, Martina; Riemann, Gerhard (Hg.): Rekonstruktion und Intervention. Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung. Opladen: Budrich (Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, 4).
- May, Michael (2007a): Zur (Re-)Produktion sozialer Differenzen auf der Ebene von Kultur und Geschlecht. Grundpfeiler eines theoretischen Bezugsrahmens. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): "Alles schön bunt hier!". Zur Kritik kulturalistischer Praxen der Differenz. Bielefeld: Kleine (Widersprüche, 104), S. 37–62.
- May, Michael (2008): Die Handlungsforschung ist tot. Es lebe die Handlungsforschung. In: May, Michael; Alisch, Monika (Hg.): Praxisforschung im Sozialraum. Fallstudien in ländlichen und urbanen sozialen Räumen. Opladen: Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, 2), S. 207–238.
- May, Michael (2009): Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- May, Michael (2010): Evaluationsforschung. In: Bock, Karin; Mieth, Ingrid; Ritter, Bettina (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen: Budrich, S. 305–313.
- May, Michael (2010a): Ältere Migrant(inn)en im Quartier. Stützung und Initiierung von Netzwerken der Selbstorganisation und Selbsthilfe. In: Newsletter Wegweiser Bürgergesellschaft, H. 4, S. 1–8. Online verfügbar unter http://www.buergergesellschaft.de/fileadmin/pdf/gastbeitrag_may_100305_end.pdf.

- May, Michael (2010b): Produktionsweisen des Sozialen älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Pilch Ortega, Angela; Felbinger, Andrea; Mikula, Regina; Egger, Rudolf (Hg.): Macht - Eigensinn - Engagement. Lernprozesse gesellschaftlicher Teilhabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden (Lernweltforschung, 7).
- May, Michael (2011): Wirkung und Qualität in den verschiedenen Ansätzen quantitativer und qualitativer Evaluationsforschung. In: Eppler, Natalie; Miethe, Ingrid; Schneider, Armin (Hg.): Quantitative und qualitative Wirkungsforschung. Opladen; Berlin; Farmington Hills: Barbara Budrich (Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, 2), S. 33–52.
- May, Michael (2014): Auf dem Weg zu einem dialektisch-materialistischen Care-Begriff. In: Widersprüche Redaktion (Hg.): Arbeit am Leben: Care-Bewegung und Care-Politiken. Münster, Westfalen Westfälisches Dampfboot (Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Heft 134), S. 11–51.
- May, Michael; Smeaton, Susan; Sittig, Melanie (2016): Die psychosoziale Dimension der Spezialisierten Ambulante Palliativversorgung. Ergebnisse einer Bestands- und Bedarfserhebung. In: Neue Praxis (5), S. 320–330.
- Melching, Heiner (2016): Hospiz- und Palliativgesetz: aktueller Stand der Umsetzung. In: pflegen: palliativ 3.Quartal (31).
- Mentzos, Stavros (1988): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 709).
- Merleau-Ponty M.(1965): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin.
- Mittelstraß, Jürgen (2005): Methodische Transdisziplinarität. In: TATuP - Zeitschrift des ITAS zur Technikfolgenabschätzung 14 (2), S. 18–23. Online verfügbar unter <http://www.itas.fzk.de/tatup/052/mitt05a.htm>, zuletzt geprüft am 02.11.2016.
- Mittelstraß, Jürgen (2004): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Band 4. Stuttgart: Metzler.
- Moers M. (2012): Leibliche Kommunikation, Krankheitserleben und Pflegehandeln. Pflege & Gesellschaft 17.Jg. H.2. 111-119.
- Monzer, Michael (2010): Ethische Perspektiven im Case Management. In: Krobath, Thomas/Heller, Andreas (Hg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. 1. Aufl.: Lambertus, S. 353–385.
- Muths, Sabine (2010): Machbarkeitsstudie. Konzeption und Überprüfung einer akademischen Erstausbildung von Pflegeberufen auf der Basis des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Land Bremen. Erstellt im Auftrag der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Universität Bremen. Bremen (Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, 06). Online verfügbar unter http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ipp_schriften/ipp_schriften06.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2016.
- Obrecht, Werner (2001): Das Systemtheoretische Paradigma der Sozialen Arbeit als Disziplin und als Profession. Eine transdisziplinäre Antwort auf die Situation der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Bereich und die Fragmentierung des professionellen Wissens. Hochschule für Soziale Arbeit. Zürich (Zürcher Beiträge zur Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, 4).
- Ostner, Ilona (2011): Care – eine Schlüsselkategorie sozialwissenschaftlicher Forschung? In: Adalbert Evers (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. (Sozialpolitik und Sozialstaat)
- Remmers, H. (2002): Pflegerisches Handeln. Bern, Huber Verlag
- Saunders, Cicely (1993): Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatmedizin und einsames Sterben vermeiden können. Dt. Erstausg. Freiburg, Basel, Wien: Herder (Herder-Spektrum, Bd. 4213).
- Schaller, Franz (2004): Erkundungen zum Transdisziplinaritätsbegriff. In: Brand, Frank; Schaller, Franz; Völker, Harald (Hg.): Transdisziplinarität. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Beiträge zur THESIS-Arbeitstagung im Oktober 2003 in Göttingen. Göttingen: Universitäts-Verlag, S. 33–45.
- Schlippe, Arist von/Schweitzer, Jochen (Hg.) (2016): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen. 3., unveränderte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmitz H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann.
- Schneider N., Kern M., Nauck F. (2015): Stellungnahme „Palliativversorgung in Deutschland-Perspektiven für Praxis und Forschung“. Palliativmedizin 16 (02), 37-38.
- Schütte-Bäumner, Christian (2014): Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. In: Wasner, Maria/Pankofer, Sabine (Hg.): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch fuer Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 88–92.
- Schütze, Fritz (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriß. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 1 (1).

- Schulze, U. (2014): Caring – Zur Subjektorientierung im palliativen Setting. In: George, W.: Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen: Gießen, Psychosozial-Verlag, S. 34-42
- Spiegel, Hiltrud von (2013): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis, 5., vollst. überarb. Aufl. München [u.a.]: Reinhardt (UTB, 8277 : Soziale Arbeit).
- Strauss, Anselm (1985): Work and the Division of Labour. In: The Sociological Quarterly 26 (1), S. 1–19.
- Temel JS et al. (2010): Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer, N Engl J Med 2010; 363: 733–742
- Türk, Klaus (1992): Organisationssoziologie. In: Erich Frese (Hg.): Handwörterbuch der Organisation. 3. Aufl. Stuttgart: Verlag Schäffer Poeschel, S. 1633–1648.
- Uzarewicz C. (2007): Die Bedeutung leiblicher Kommunikation im Kontext transkultureller Pflege. In: D. Doming (Hrsg.), Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (S.259-272). Bern: Hans Huber.
- Uzarewicz C. und Uzarewicz M. (2005): Das Weite suchen. Einführung in die phänomenologische Anthropologie der Pflege. Stuttgart.
- Völker, Harald (2004): Von der Interdisziplinarität zur Transdisziplinarität? In: Brand, Frank; Schaller, Franz; Völker, Harald (Hg.): Transdisziplinarität. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Beiträge zur THESIS-Arbeitstagung im Oktober 2003 in Göttingen. Göttingen: Universitäts-Verlag, S. 9–28.
- Wasner, Maria (2013): Psychosoziale Begleitung am Lebensende. Die Bedürfnisse von Sterbenden und Angehörigen nicht übersehen. In: Pflegezeitschrift (66), S. 10–13.
- Weidert S. (2007): Leiblichkeit in der Pflege von Menschen mit Demenz. Zum Umgang mit anspruchsvollen Pflegesituationen im Klinikalltag. Frankfurt am Main: Marbuse.
- Wendt, Wolf Rainer (o.J.): Transdisziplinarität und ihre Bedeutung für die Wissenschaft der Sozialen Arbeit. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit. Online verfügbar unter <http://www.dgsainfo.de/pdf/mit65.pdf>.
- Wiedger, Sonja; Schulc, Eva; Them, Christa (2011): Emotionsarbeit in der End-of-Life-Care. Eine quantitative Explorationsstudie zur Erhebung der Emotionsarbeit von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der End-of-Life-Care. In: Pflegewissenschaft (02), S. 100–112.
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum qualitative Sozialforschung 1 (1 Art. 22). Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519>.
- Wolff, Stefan/Scheffer, Thomas (2003): Begleitende Evaluation in sozialen Einrichtungen. In: Cornelia Schweppe (Hg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik. Opladen: Leske und Budrich (Lehrtexte : Sozialpädagogik), S. 331–351.

- **Abbildungsverzeichnis**
 - Abb. Forschungsteam TP|sapv
 - Abb. SAPV und formative Evaluation
 - Abb. TP|sapv eingebunden in Lehre, Forschung, Weiterbildung und Zivilgesellschaft
 - Abb. Ergebnisse TP|sapv
 - Abb. Forschungsphasen und -ablauf TP|sapv
 - Abb. Zeit
 - Abb. Komplexität der SAPV
 - Abb. Zur Logik des Feldes
 - Abb. Transdisziplinäres Wissen
 - Abb. Hybride Versorgungsordnung
 - Abb. SAPV Verlaufskurve
- **Theoretischer Rahmen der bundesweiten Onlinebefragung zur Bedarfs- und Bestandsaufnahme in der SAPV im Rahmen des Forschungsprojektes „transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (TP|SAPV)“**
- **Merkposten Gespräche mit Sterbenden | SAPV**
- **Schaubild Kooperationspartner**
- **Berichtsblätter**
- **Erfolgskontroll-Bericht**
- **Verwertungsplan**

Finaler Fragebogen

Theoretischer Rahmen der bundesweiten Onlinebefragung zur Bedarfs- und Bestandsaufnahme in der SAPV im Rahmen des Forschungsprojektes „transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (TP|SAPV)“

Der für den Pretest gültige Fragebogen zur bundesweiten Onlineerhebung besteht aus elf Themenfeldern. Der Bogen wird mit einer TAN verschickt und kann somit, entgegen der Durchführung mit einer Losung, von beliebig vielen Mitarbeiter_innen eines SAPV-Teams ausgefüllt werden.

Die Themenfelder wurden vor dem Hintergrund bestehender Studien und bereits durchgeführter Untersuchungen sowie einer qualitativen Vorstudie identifiziert und zur Nutzung innerhalb der Befragung operationalisiert.

Folgende Bereiche werden im Rahmen der bundesweiten Onlinebefragung abgefragt:

- Allgemeine Angaben zur Person
- Fragen zu den Rahmenbedingungen (in der SAPV)
- Fragen zu den versorgten Patient_innen und den An- und Zugehörigen
- Fragen zu den eigenen Kompetenzen und Netzwerkarbeit
- Fragen zum Arbeitsplatz und den Arbeitsplatzbedingungen
- Allgemeine Fragen zum SAPV-Team

Der Bogen enthält zwei „Mussfragen“, deren Beantwortung notwendig ist, um im Gesamtbogen fortfahren zu können. Bei der ersten „Mussfrage“ handelt es sich um die Frage nach der direkten Tätigkeit im Patientenkontakt, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden muss. Relevant wird dies bei der Einschätzung der weiteren Antworten zu patientennahen Tätigkeiten und Einschätzungen des Bedarfes und Bestandes im Feld. Eine weitere „Mussfrage“ ist die Frage nach einer Tätigkeit als Geschäftsführer_in, Koordinator_in oder Teamleiter_in. Diese „Mussfrage“ dient gleichzeitig als Filterfrage. Wird diese mit „Nein“ beantwortet, fährt die befragte Person in den Fragen fort. Bei einer Antwort mit „Ja“ werden ergänzende Fragen zu den Strukturen innerhalb des Teams sichtbar, die im Gegensatz zu den anderen individuell auszufüllenden Fragen nur einmal pro Team benötigt werden. Im Vorfeld dieser Frage findet sich eine entsprechende Erläuterung, um Mehrfachantworten aus einem Team möglichst zu vermeiden, wobei die Projektgruppe dabei auf die Gewissenhaftigkeit der ausfüllenden Mitarbeiter_innen angewiesen ist. Bei dem Bild, dass durch die Ergebnisse gezeichnet wird, muss berücksichtigt werden, dass dies nicht das gesamte Feld abbildet, sondern die persönlichen Angaben und Einschätzungen derer enthält, die an der Befragung teilgenommen haben.

Es folgen eine kurze inhaltliche Beschreibung sowie der theoretische Hintergrund, der hinter den final ausgewählten Items steht.

1. Einleitung

Die Einleitung beinhaltet eine kurze Beschreibung von Umfang und Ziel der Befragung, Informationen zum Datenschutz, der Angabe von Kontaktdaten sowie den Dank, an der Befragung teilgenommen und den Bogen ausgefüllt zu haben. Da der Fragebogen erst durch die zugeteilte Losung ausgefüllt werden kann, die in einer separaten Email an die Ansprechpartner verschickt wird, können die Informationen in der Einleitung des Bogens kurz gehalten werden. Eine thematische Einführung und das Anliegen der Projektgruppe wird ausführlicher in der entsprechenden Email formuliert.

2. Allgemeine Angaben zur Person

Als Einstieg in die Befragung wurde nicht mit den inhaltlichen Fragen begonnen, sondern der Bogen beginnt mit allgemeinen Sozialdaten zu Alter, Geschlecht und Funktion der ausfüllenden Personen. Dabei dient die Frage nach dem „direkten Patientenkontakt“, wie bereits beschrieben, als „Mussfrage“. So können die weiteren Angaben im Hinblick auf bestehenden oder nicht bestehenden Patientenkontakt in der Auswertung unter Berücksichtigung dieses Items interpretiert werden.

Das Alter wurde bewusst nicht in Jahresspannen angegeben, um ein differenziertes Bild zu den Teilnehmer_innen und damit im Feld tätigen zeichnen zu können, ggf. in Beziehung zur Berufszugehörigkeit, Träger, Einsatzgebiet und/ oder Bundesland, in dem das SAPV-Team tätig ist.

Fragen zur Berufsausbildung

Die „Fragen zur Berufsausbildung“ beziehen sich ebenfalls auf die befragte Person im Kontext ihrer Tätigkeit in der SAPV. Da sich die detaillierte Abfrage möglicher in der SAPV tätiger Berufsgruppen als zu komplex darstellte, beschränkte sich die Projektteilgruppe auf die Erhebung des höchsten Bildungsabschlusses. Darauf aufbauend, sofern die teilnehmende Person studiert hat, wird die Studienrichtung abgefragt. Ergänzend abgefragt wird das Vorhandensein einer Fachweiterbildung in Palliative Care oder Palliativmedizin. Ob die Teilnehmer_innen dabei die Fachweiterbildung bereits abgeschlossen haben oder sie zum aktuellen Zeitpunkt noch absolvieren, ist an dieser Stelle nicht relevant. Detaillierte Angaben zu den Berufsgruppen werden in den ergänzenden Fragen an die Geschäftsführung/ Teamleitung erhoben, um sich ein Bild über die Zusammensetzung der Teams machen zu können.

Informationen zum Team

Mit Hilfe der Filterfrage „Ich arbeite als Geschäftsführer_in, Koordinator_in oder Teamleiter_in“ und der vorgeschalteten Erläuterung:

„Der folgende Abschnitt ist für Sie nur relevant, wenn Sie als Geschäftsführer_in, Koordinator_in oder Teamleiter_in tätig sind. Sind diese Funktionen im Team auf mehrere Personen aufgeteilt, bitten wir Sie, sich abzusprechen, wer die nachfolgenden Angaben tätigt. Die Angaben werden pro SAPV-Team nur einmal benötigt.“

wurde der Abschnitt der teambezogenen Informationen in die Befragung eingebettet, um das Versenden zweier separater Bögen zu vermeiden und den Aufwand für die Mitglieder der SAPV-Teams gering zu halten.

In diesem Abschnitt werden teambezogene Daten erhoben, so dass durch den Bogen zum Einen subjektive Einschätzungen der einzelnen Teilnehmer als auch teambezogene Informationen deutlich werden können, vorausgesetzt, die Anweisungen zur Durchführung werden durch die Teilnehmer_innen entsprechend beachtet und umgesetzt, wovon das Projektteam ausgeht.

Beantwortet die teilnehmende Person oben genannte Frage mit ja, berechtigt sie dies, die dann eingeblendeten Fragen zum Team zu beantworten. Dabei werden sowohl Daten zur Anzahl der aktuell versorgten Patient_innen als auch der Anzahl der Mitarbeiter, mit/ ohne Fachweiterbildung, in Vollzeit/ Teilzeit, den dort tätigen Berufsgruppen, den im Team vertretenen medizinischen Fachrichtungen sowie dem Kontakt zu An- und Zugehörigen nach Versterben des Patienten gefragt. Die Fragen nach den Berufsgruppen, die zur Versorgung der Patient_innen entweder kontinuierlich oder bei Bedarf zur Verfügung stehen, sind angelehnt an die Studie „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“ und die darin erhobenen Informationen, um ggf. zwischen der stationären und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vergleichen zu können (vgl. Wasner 2009).

3. Fragen zu den Rahmenbedingungen

Die Fragen zu den Rahmenbedingungen beginnen mit einer Frage zu den zugrundeliegenden Erkrankungen der Patient_innen. Während in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/ SAPV-RL)“ explizit die verschiedenen Symptomatiken beschrieben sind, die einen Anspruch auf SAPV auslösen, ist der Fokus auf zusätzliche Erkrankungen/ Einschränkungen gerichtet, nicht gemeint sind Krebserkrankungen, die die Patient_innen mitbringen. (vgl. SAPV-RL 2007) Zu diesem Themenbereich gehörig sind die Frage nach den individuellen Mitgestaltungsmöglichkeiten des Versorgungsprozesses der Patient_innen sowie die individuelle Einschätzung bzgl. der eigenen Ressourcen oder Kompetenzen, Patient_innen eine umfassende Schmerzlinderung gewährleisten zu können., Dies als ein Beispiel, angelehnt an eins der in der SAPV-RL aufgeführten Symptome, das ausgeprägt vorhanden sein muss. Den Abschluss dieses Blocks bildet die Frage inwieweit das Angebot gleichgeschlechtlicher Pflege vorhanden ist. Eine Frage, die als Patientenwunsch in den im Vorfeld der Fragebogenkonstruktion durchgeführten ero-epischen Gespräche (vgl. Girtler 2001) geäußert wurde.

Ein zweiter Abschnitt dieses Themenbereichs ist die Frage zu möglichen Weiterentwicklungen und Belastungen in der SAPV-Tätigkeit. Dabei wird der Weiterentwicklungsbedarf in der SAPV abgefragt, die die jeweilige teilnehmende Person subjektiv wahrnimmt. Dabei werden neben Kenntnissen zum Bereich der Kommunikation und Gesetzeskenntnisse, psychosoziale Kenntnisse sowie Kenntnisse zu unterschiedlichen Assessmentinstrumenten, aber auch Kenntnisse der Wohlbefindensarbeit (vgl. Friesacher 2008) abgebildet. Die Konstruktion dieses Items ist an die, von Corbin & Strauss entwickelten und beschriebenen und von Friesacher (2008) aufgegriffenen Arbeitstypen angelehnt. Ziel dieses Abschnittes ist es, sich ein Bild zu den eingeschätzten Weiterentwicklungsbedarfen der in der SAPV tätigen Mitarbeiter_innen zu machen und diese in entsprechende Konzepte einfließen lassen zu können. Ebenfalls Bestandteil dieses Themenbereiches ist die Frage nach dem Umgang mit möglichen

Belastungen im Feld. Dabei werden bestimmte Instrumente wie das der Supervision oder Kontinuität in der Patient_innenbetreuung sowie der Grad der Nutzung dieser abgefragt.

4. Angaben zu den durch das SAPV-Team versorgten Patient_innen, An- und Zugehörigen

In Abschnitt vier wurden Fragen zu den versorgten Patient_innen, An- und Zugehörigen formuliert. Dabei fokussierte sich die Projektteilgruppe auf Fragen zum Aufenthaltsort der Patient_innen und damit dem Ort, an dem SAPV durchgeführt wird. Dabei geht es um den subjektiven Eindruck der Befragungsteilnehmer_innen: „wo wird SAPV durchgeführt?“ sowie eine bundesweite Erfassung dieser Information und der Frage inwieweit sich dabei Unterschiede ergeben, wenn keine An- und Zugehörigen vorhanden sind oder die Patient_innen in einem anderen Setting als deren originäres Zuhause leben. Auf Basis der erwähnten Gespräche mit sterbenden Menschen und deren Zu- und Angehörigen sowie Professionellen im Sinne von haupt-, nebenberuflich oder ehrenamtlich tätigen Menschen in der SAPV entstand außerdem die Frage nach der Wahrnehmung zeitlicher Versorgungsressourcen in der SAPV sowie möglichen Unterstützungsmaßnahmen für An- und Zugehörige.

Angelehnt an das Forschungsprojekt „Wirkungen von Trauerbegleitung im Rahmen der emotionalen und sozialen Bewältigung von tiefgehenden und komplizierten Trauerprozessen [TrauERLeben]“ und der Tatsache, „dass Trauernde, die Trauerbegleitung in Anspruch genommen haben, eine signifikant stärkere Verringerung der durch die Trauer erlebten Belastungen wahrnahmen – im Vergleich zu Trauernden ohne Begleitung“ (vgl. Wissert 2013), entstand ein Item zur Weitergabe der Kontaktdaten von Trauerzentren bzw. Trauergruppen. Sowohl bestärkt durch die oben genannte Studie als auch durch zu diesem Themenbereich identifizierte Inhalte in den ero-epischen Gesprächen wurde eine Frage zum Komplex „Trauer“ im Fragebogen integriert.

5. Fragen zu eigenen Kompetenzen- und Netzwerkarbeit

Dieser Themenbereich beinhaltet in Ergänzung zu „Fragen zu möglichen Weiterentwicklungen und Belastungen in der SAPV-Tätigkeit“ die gleichen Items, die hier jedoch in einem anderen Zusammenhang abgefragt werden. Während unter der Überschrift „Fragen zu möglichen Weiterentwicklungen und Belastungen in der SAPV-Tätigkeit“ nach dem konkreten Weiterentwicklungsbedarf aus Sicht der befragten Teilnehmer_innen bzgl. der verschiedenen Kenntnisbereiche gefragt wird, geht es in diesem Abschnitt um die subjektive Einschätzung der befragten Personen, welche Kenntnisse sie konkret in welchem Maße in ihrer praktischen Tätigkeit einsetzen. Aufgrund der identischen Formulierungen soll eine Vergleichbarkeit ermöglicht werden, so dass bei der Auswertung, Weiterbildungsbedarf und tatsächlicher Einsatz in der Praxis bzw. die Kenntnis zu den einzelnen Themen verglichen werden können. Ergänzt wird dieser Bereich mit Fragen zum Thema Netzwerk/ Netzwerkarbeit und der Einschätzung, welche Berufsgruppen in welchem Maße in die Versorgung unheilbar kranker Menschen einbezogen werden sollten. Die aufgeführten Berufsgruppen sind thematisch sortiert aufgeführt und beinhalten sowohl verschiedene Berufsgruppen als auch Unterstützer aus Familie und/ oder privatem Umfeld.

6. Fragen zu Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen

Dieser Themenbereich beginnt mit einer Frage nach der Dauer der Tätigkeit in der SAPV sowie Fragen nach der vertraglichen und tatsächlichen Wochenarbeitszeit. Dieser Komplex schließt ab mit der Frage nach der persönlichen Motivation, aufgrund derer sich die befragte Person für eine Tätigkeit in der SAPV entschieden hat. Lässt sich ein Bild zu den Beweggründen zeichnen und Aussagen dazu formulieren, die ggf. weiterführende Fragen für die Praxis ergeben?

7. Allgemeine Fragen zum SAPV-Team

Den Abschluss des Fragebogens bilden drei Fragen zum SAPV-Team in dem die befragte Person tätig ist: die Frage nach dem zuständigen Träger, dem hauptsächlichen Einsatzgebiet des SAPV-Teams sowie das Bundesland, in dem das SAPV-Team verortet ist.

Die Auswahl der Fragen und Antwortskalen (→ an den Anfang der Beschreibungen)

Neben offenen Fragen zum Alter der Befragten, der Anzahl der Mitarbeiter_innen (insgesamt, mit/ohne Fachweiterbildung) im SAPV-Teams sowie der vertraglichen und tatsächlichen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit besteht der Fragebogen aus geschlossenen Fragen. Aufgrund des Umfangs der Befragung und der Zielsetzung, eine Bedarfs- und Bestandsermittlung durchzuführen, die sich auf unterschiedlichen Themenbereiche in der SAPV bezieht, wurden geschlossene Fragen zugunsten der Handhabbarkeit vorgezogen und mehrheitlich verwendet, wobei es sowohl Fragen mit nur einer möglichen Antwort als auch Fragen mit der Option der Mehrfachnennungen gibt. Auf halboffene Fragen wurde verzichtet. Aufgrund des Umfangs des zu erhebenden Materials, wurde von der Option „Sonstige“ abgesehen, da diese Informationen nicht ausgewertet und damit ohne Zweck erhoben werden würden.

Während vor Allem unter dem Abschnitt „Allgemeine Angaben zur Person“ als auch den „Allgemeinen Fragen zum SAPV-Team“ Nominal-Skalen zum Tragen kommen, kommen in einem Großteil des Bogens endpunktbenannte Intervall-Skalen, als Vierer-Skalen formuliert, zum Einsatz. Dabei wurde bewusst auf einen „Skalenmittelpunkt“ verzichtet, um die Entscheidung, zumindest zu einer Antworttendenz, herbeizuführen und die Möglichkeit einer potentiellen „Fluchtkategorie“ (vgl. Porst 2011) zu vermeiden. Die befragte Person hat immer aber auch die Möglichkeit, eine Frage, bis auf die beschriebenen „Muss-Fragen“ nicht zu beantworten. Ausweichkategorien wie „weis ich nicht“ oder „keine Angaben“ wurden nicht in den Bogen aufgenommen.

Aufgrund des Umfangs der Daten und möglicher für die Befragung in Frage kommender Items musste das zur Verfügung stehende Material stark gekürzt und operationalisiert werden, so dass nicht alle Bereiche abgefragt werden können, die ggf. relevant erscheinen.

Nachfolgend aufgeführt sind die Studien, die bei der Erarbeitung des Fragebogens Berücksichtigung fanden und anhand derer, nach einem Vergleich mit den aus dem Forschungsprojekt vorhandenen Daten, Items gekürzt, gestrichen oder in Ergänzung zu bereits erhobenen Daten mit aufgenommen wurden.

In Ergänzung zur bundesweiten Onlinebefragung wird es eine separate Befragung sterbender Menschen sowie deren An- und Zugehöriger geben. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Personengruppen herstellen zu können, das Befragungsinstrument aber den Anforderungen der genannten Gruppe entsprechend zu modifizieren, werden Teile des Fragebogens darin erhoben, die auch für die Personengruppe relevant scheinen wie z. B. die Items zu potentiell relevanten Berufsgruppen oder Entlastungsangeboten für die An- und Zugehörigen. Einen Fokus wird in dieser Befragung dann nochmals auf das Material der qualitativen Erhebungsphase gelegt, in dem Themenbereiche wie „Affektstatus“ oder „Wünsche Sterbender“ (vgl. Student 2013) erhoben wurden, die nur durch die genannte Adressatengruppe entsprechend inhaltlich gefüllt werden kann. Dieses Vorgehen wird gesondert beschrieben.

<u>Fachverbände</u>	<u>Veröffentlichungen/ Untersuchungen</u>	<u>Jahr</u>	<u>Methode/ Instrumente</u>
DGP (Prof. Dr. M. Wasner)	Forschungsprojekt „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“ http://www.dgpalliativmedizin.de/projekte/forschungsprojekt-psychoziale-begleitung-auf-palliativstationen-in-deutschland.html		Fragebogen: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Fragebogen_Psychoziale_Begleitung_auf_Palliativstationen.pdf Datenverarbeitung und Auswertung mittels Hospiz und Palliativ-Register (mit DHPV)
DGP	HOPE http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Expose_HOPE2011.pdf	2011	Dokumentationsbögen (www.hope-clara.de), Basisbogen, Spiritualität, amb. Palliativversorgung
HS Ravensburg-Weingarten (Prof. Dr. M. Wissert) Kooperationspartner des Projekts: u.a. DVSG	Forschungsprojekt TrauErLebenQuelle: http://dvsg.org/hauptnavigation-links/projektgruppen/sozialarbeit-in-der-palliativversorgung/forschungsprojekt-trauerleben/ (31.03.2014)	2011-2012	Fragebögen http://dvsg.org/fileadmin/dateien/05Aktuelles/01News/ProjektTrauErLeben.pdf
Paula Kubitschek-Stiftung (Prof. Dr. W. Schneider)	"Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis - eine explorative Begleitstudie"	2010-2011	Auswertung Patientendaten (Gespräche mit Patienten, den Angehörigen und den Palliativ Care Teams)
ipa http://www.ipac.org/index.php?id=13	Grundhaltung in der Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen.	2006 -2008 (Publikation in 2011)	Pilotstudie mit 10 qualitativen Interviews und Fragebogen – Untersuchung mit 350 Professionellen aus dem Bereich Palliativmedizin und Hospizarbeit. Kooperation: Universität Oldenburg (Institut für Psychologie) und Palliativzentrum Oldenburg

Literatur

Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Osnabrück: V&R unipress GmbH

Gemeinsamer Bundesausschuss (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/ SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 15. April 2010. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-437/SAPV-RL_2010-04-15.pdf [letzter Zugriff: 10.06.2014]

Girtler, R. (2001): Methoden der Feldforschung. 4. Auflage. Wien: Böhlau

Porst, R. (2011): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 3. überarbeitete Fassung, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Student, J.-C.; Mühlum, A.; Student, U. (2004). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München: Ernst Reinhardt UTB

Wasner, M.: Forschungsprojekt „Psychosoziale Begleitung auf Palliativstationen in Deutschland“. URL: <http://www.dgpalliativmedizin.de/projekte/forschungsprojekt-psychosoziale-begleitung-auf-palliativstationen-in-deutschland.html> [letzter Zugriff: 10.06.2014]

Wissert (2013): http://www.projekt-trauerleben.de/Wirkungen_der_Trauerbegleitung.pdf [letzter Zugriff: 10.06.2014]

Merkposten Gespräche mit Sterbenden | SAPV

Einstieg

- Projektvorstellung
- **Untersuchung zur ambulanten Palliativarbeit - SAPV**
- Auch zur Verbesserung bzw. Optimierung der ambulanten Palliativ-Versorgung
- Auch zur Entlastung der Professionellen (Verbesserung der Arbeitsabläufe)

- **das Gespräch dauert ungefähr 30 Minuten** (60 Minuten einplanen)
- **es handelt sich eher um ein Gespräch und weniger um ein Interview (Frage/Antwort-Modus)**
- Was wollen wir von Ihnen wissen: uns interessieren **Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche** in Zusammenhang mit der Arbeit/der Versorgung des SAPV-Teams
- Fühlen Sie sich in der Lage, dieses Gespräch zu führen?

Bedarfmuster/Bedürfnisse

- **Vielleicht können Sie ja mal beschreiben, was aus Ihrer Sicht wichtig und entscheidend ist am Ende des Lebens/in Ihrer jetzigen Situation**
- ... was **brauchen** Sie?
- ... was sind Ihre Erwartungen an die Versorgung (vgl. Ehlert)
- ... was **wünschen** Sie sich?
- ... beschreiben Sie doch mal, inwieweit sie selbst bestimmen können, was gut für Sie ist, wie selbstbestimmt (Autonomie, vgl. Ehlert) sie sein können
- ... **beschreiben Sie doch mal, inwieweit Sie in Entscheidungen einbezogen werden:**
 - zum Beispiel: der Ort, an dem Sie sterben möchten
 - zum Beispiel die Art, oder die Form der Behandlung

Diagnose

- Beschreiben Sie doch mal die Situation der Diagnosestellung und wie die Diagnose bzw Prognose vermittelt wurde
- wie haben Sie davon (von der Diagnose) erfahren?
- Beschreiben Sie doch mal die Situation nach der Diagnosestellung

Abschied nehmen vom Sterbenden

- Was bedeutet Abschiednehmen für Sie?
- Die Zeit des Abschiednehmens, wie verlief diese Zeit für Sie?
- ... wie sahen die Rahmenbedingungen aus?
- ... hatten Sie (ausreichend) Unterstützung?

Kommunikation

- **Hilft Ihnen das Reden über Ihre Situation?**
- ist das Reden eher lästig? Eine Überforderung?
- Erleben Sie das Reden eher als Zwang zur Auseinandersetzung mit dem Sterben?
- Können Sie offen über das Sterben sprechen?
- **Schildern Sie doch mal die Art und Weise des Redens über das Sterben, den Sterbeprozess**

TP|SAPV

Projektteam TP|sapv

Projektleitungen

Prof. Dr. habil. Michael May (koordinierend)
Hochschule RheinMain Wiesbaden
FB Sozialwesen

Prof. Dr. Ulrike Schulze
Fachhochschule Frankfurt am Main
B Soziale Arbeit und Gesundheit
Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP)

Dipl. Pflegew.(FH) Ramona Hummel, M.Sc | FH FfM

Dipl. Päd. Falko Müller | HS RheinMain

Dr. Christian Schütte-Bäumner | HS RheinMain

Dipl. Pflegew. (FH) Nadine Walther | FH FfM

Assoziiertes Mitglied

Dr. Ingmar Hornke | Palliativteam Frankfurt

Forschungskooperation

Prof. Dr. Werner Schneider | Uni Augsburg

Prof. Dr. Margret Flieder | EH Darmstadt

Prof. Dr. Andreas Hanses | TU Dresden

Prof. Dr. Maria Wasner | KFH München

Prof. Dr. Michael Wissert | HS Ravensburg

Prof. Dr. Dieter Nittel | Uni Frankfurt

Internationale Forschungskooperation

Prof. Dr. Katharina Heimerl | Uni Klagenfurt

Praxispartner Fachverbände & wissenschaftliche Gesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

(DGP)
AK Soziale Arbeit

(DGP)
Sektion Pflege

Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV)

Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen (LAPH)

Hospiz- und Palliativverband Hessen e.V. (HPVH)

Fachverband SAPV Hessen e.V.

Netzwerk Palliativbetreuung im Pflegeheim (NPP)

Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Nursing Practice e.V.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)

Praxispartner Infrastruktur, Verwaltung

Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung in Hessen (KASA)

Jugend- und Sozialamt, Stadt Frankfurt/M.
Rathaus für Senioren, Leitstelle Älterwerden

Frankfurter Forum für Altenpflege

Amt für Gesundheit, Stadt Frankfurt/M.
Netzwerk Hospiz und Palliative Care

Amt für Soziale Arbeit, Wiesbaden
Abteilung Altenarbeit / Pflegestützpunkt

Gesundheitsamt Wiesbaden
Kommunale Gesundheitsförderung

Praxispartner SAPV

Palliativnetz Bensheim | Bergstraße

Amb. Palliativteam Elisabethenstift gGmbH | Darmstadt

Palliativteam Frankfurt gGmbH

Mobiles Palliativteam Frankfurt (Markuskrankenhaus)

Palliative Care Team Nordwest Frankfurt

Palliativteam Friedberg | Wetterau

PCT Palliativnetz Osthessen | Fulda

Palliativteam Leuchtturm | Groß Gerau

Palliativnetz Waldhessen | Bad Hersfeld

Palliativteam Kliniken MTK | Hofheim

Palliativteam Rotes Kreuz Krankenhaus | Kassel

Palliativteam Limburg – Weilburg

Palliativteam Lahn-Dill | Wetzlar

Palliativteam St. Josefs-Hospital | Wiesbaden

PCT Hospiznetz Marburg

PCT Kassel DRK

PCT Hochtaunus

Praxispartner Hospizarbeit

Hospiz St. Katharina, Frankfurt/M.

Hospizgruppe Bürgerinstitut, Frankfurt/M.

Evangelisches Hospiz Frankfurt/M.

Hospizgruppe West, Frankfurt/M.

Hospizverein-Lebensbrücke Flörsheim

Hospiz Advena, Wiesbaden

Hospizgruppe Lichtblick Eschborn

Praxispartner Trauerberatung

Trauerberatungsstelle/
Trauerzentrum, Frankfurt/M.

Noch offen

Palliativteam Hanau

UKGM Palliative Care Team | Gießen

abgesagt

Palliativteam Klinikum Offenbach

PCT am Klinikum Darmstadt

PCT ZAPV Wiesbaden

Stand: 11.02.2014

(TP|sapv)
Transdisziplinäre Professionalität
im Bereich spezialisierter ambulanter
Palliativversorgung

gefördert vom
Bundesministerium für Bildung und Forschung

„Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“
„SILQUA-FH“ - BMBF 4. Förderrunde
Projektzeitraum Juli 2012- Juli 2015

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN 978-3-8379-2430-5	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen Caring – Zur Subjektorientierung im palliativen Setting	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Wolfgang George (Herausgeber) Ulrike Schulze (Autorin)	5. Abschlussdatum des Vorhabens August 2014
	6. Veröffentlichungsdatum November 2014
	7. Form der Publikation Buch
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Frankfurt University of Applied Science/ Hessisches Institut für Pflegeforschung Nibelungenplatz 3 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001SB2
	11. Seitenzahl 294 (8)
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Der Trend zu Verstärkung, kleineren Familien und die demografische Entwicklung deuten darauf hin, dass in Zukunft ein Großteil der deutschen Bevölkerung in Pflegeeinrichtungen sterben wird – schon heute sind es ungefähr 40%. Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen beschreiben die Bedingungen in stationären Einrichtungen, decken relevante Einflussfaktoren auf und geben konkrete Handlungsempfehlungen. Remmers (2000, 13) anerkennt als einzigartig und unverwechselbar an der Pflege, dass sie sich als „Face-to-face-, Body-to-body- und Side-by-side-Beziehungen charakterisierenden Interaktionsprozess (...) rekonstruieren“ lässt. Von dort aus lässt sich pflegerisches Handeln im palliativen Setting exemplarisch entfalten. Die theoretischen Überlegungen werden in folgendem Artikel empirisch durch Daten ergänzt, welche aktuellen Untersuchungen des Praxisforschungsprojektes „Transprofessionelle spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (vgl. www.tp-sapv.de) entnommen sind.	

19. Schlagwörter Palliative Care Pflegeeinrichtungen Caring Subjektorientierung	
20. Verlag Psychosozial-Verlag	21. Preis e-book: 29,99 € Buch: 29,90 €

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN geplant	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – eine Handlungsfeld für Advanced Practice Nursing	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Ulrike Schulze (Autorin)	5. Abschlussdatum des Vorhabens März 2017 (geplant)
	6. Veröffentlichungsdatum Juni 2017 (geplant)
	7. Form der Publikation Artikel
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Frankfurt University of Applied Science/ Hessisches Institut für Pflegeforschung Nibelungenplatz 3 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001SB2
	11. Seitenzahl 10 (geplant)
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum) „Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ - ein Beispiel von Advanced Nursing Practice , München, Kongress des Netzwerkes APN/ ANP, 4.September 2015	
18. Kurzfassung Spezialisierte ambulante Palliativversorgung folgt nicht den tradierten struktur-funktional(istisch)en Konzepten, welche gesundheit(swirtschaft)liche Versorgung in Deutschland noch immer kennzeichnen. So erscheinen auch disziplinäre Grenzziehungen zwischen den Professionen zwar nicht aufgehoben, aber doch nicht primär handlungsbestimmend zu sein. Klient*innen und Angehörige geben an, es sei zunächst unbedeutsam, welche Berufsgruppen vor Ort seien, da alle hauptamtlich Beteiligten Bedürfnisse erkennen, beantworten und den Bedarfen nachkommen würden, ungeachtet dessen, welche Disziplin originär für das aktuelle Problem als zuständig erklärt werden können. Von allen beteiligten hauptamtlich im Feld Tätigen verlangen spezifische, im Projekt TP sapv identifizierte Kennzeichen - wie die hohe Situationsvarianz - eine besondere Expertise. Diese wird im Hinblick auf ein Advanced Nursing Practice entfaltet.	
19. Schlagwörter Palliative Care SAPV Advanced Practice Nursing	
20. Verlag Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Hogrefe	21. Preis 12,00 €

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN 978-3-7799-3128-7	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Beratung von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] May, Michael; Müller, Falko	5. Abschlussdatum des Vorhabens 10.2015
	6. Veröffentlichungsdatum 9.2016
	7. Form der Publikation Handbuchbeitrag
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2
	11. Seitenzahl 8
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 42
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Der Beitrag beleuchtet unterschiedliche Anlässe und Kontexte der Beratung von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen in Konsequenz für deren professionelle Ausgestaltung. Er plädiert für eine konzeptionell-theoretische Verortung dieser Beratung als Bildungsbegleitung und betont die Bedeutung von Begegnungsmomenten (Stern et al.) sowie eine diese begünstigende, auf eine Ethik der Verletzlichkeit (Butler) gegründete professionelle Haltung der Beratenden.	
19. Schlagwörter Beratung, Krankheitsaneignungsprozess, Bildungsbegleitung, Begegnungsmomente, Ethik der Verletzlichkeit	
20. Verlag Belz Juventa	21. Preis 98.00 €

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN 3896919946	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Auf dem Weg zu einem dialektisch-materialistischen Care-Begriff.	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] May, Michael	5. Abschlussdatum des Vorhabens 10.2014
	6. Veröffentlichungsdatum 12.2014
	7. Form der Publikation Zeitschriftenbeitrag
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2
	11. Seitenzahl 40
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 60
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Der Beitrag rekonstruiert die Geschichte des Dualismus von Produktion und Reproduktion im Diskurs der sich materialistisch verstehenden Geschlechterforschung und deren Fortsetzung bzw. Verschiebung in der aktuellen Care-Debatte. Mit der Figur der einer „Ökonomie lebendiger Arbeit“ folgenden „(Re-)Produktion menschlicher Subjektivität“ wird eine dialektische Aufhebung dieses Dualismus vorgeschlagen, die sich bis hinein in eine Analytik der unterschiedlichen Gegenstände, Arbeitsbündnisse und Produktionsverhältnisse von Sorgearbeit konkretisiert. Dies wird am Beispiel des Projektes TD SAPV erläutert. Zudem wird eine politische Perspektive für die sich gegenhegemonial zur kapitalistischen „Ökonomie toter Arbeit“ formierende Care-Revolution-Bewegung zur Diskussion gestellt und Careern eine an Butlers politischer Ethik der Verletzlichkeit anschließende professionelle Perspektive eröffnet.	
19. Schlagwörter Care, Beziehungsarbeit, implizites (Beziehungs-)Wissen, Care-Ethik	
20. Verlag Westfälisches Dampfboot	21. Preis 15.00 €

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Arbeitsbeziehung und Emotion	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] May, Michael	5. Abschlussdatum des Vorhabens 10.2016
	6. Veröffentlichungsdatum 2017
	7. Form der Publikation Sammelbandbeitrag
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2
	11. Seitenzahl 10
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 31
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Der Beitrag beleuchtet die Bedeutung emotionaler Beziehungsarbeit in Kontext von Care. Er diskutiert die Frage, was Professionalität in der emotionalen Beziehungsarbeit charakterisiert und versucht in diesem Zusammenhang eine dialektische Aufhebung des psychoanalytischen Konzeptes von Übertragung/Gegenübertragung im Rahmen des Widerspruchs zwischen toter und lebendiger Arbeit in der emotionalen Beziehungsarbeit. Ein besonderes Augenmerk wird zudem auf Asymmetrien als Gegenstand emotionaler Beziehungsarbeit gelegt.	
19. Schlagwörter emotionale Beziehungsarbeit, Care, Professionalität, Übertragung/Gegenübertragung	
20. Verlag Belz Juventa	21. Preis

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Macht- und Wissensverhältnisse in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] May, Michael; Schütte-Bäumner, Christian	5. Abschlussdatum des Vorhabens 11.2016
	6. Veröffentlichungsdatum 2017
	7. Form der Publikation Sammelbandbeitrag
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2
	11. Seitenzahl
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Der Beitrag beleuchtet die Transformierung einer häuslichen Ordnung in einen palliativen Raum und die dabei erfolgenden Relationierung von Ressourcen. Um sowohl die Ausbildung einer vergleichsweise stabilen Aushandlungsordnung, wie auch die konflikthafte Zuspitzung der beiden Grundoperationen von Transformierung und Relationierung innerhalb eines einheitlichen theoretischen Bezugssystems analysieren zu können und zugleich die im Begriff der psychosozialen Abwehr fokussierte unbewusste Dimension mit einzubeziehen, wird auf das Konzept der Machtbalance von Norbert Elias zurückgegriffen.	
19. Schlagwörter Transformierung, Relationierung, psychosoziale Abwehr, Machtbalancen	
20. Verlag Springer VS	21. Preis

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN 978-3-7799-3411-0	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Transdisziplinäre Professionalität	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] May, Michael	5. Abschlussdatum des Vorhabens 1.2016
6. Veröffentlichungsdatum 3.2017	
7. Form der Publikation Sammelbandbeitrag	
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2	
11. Seitenzahl 20	
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 66
14. Tabellen	
15. Abbildungen	
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Der Beitrag skizziert ein Modell der Professionalisierung am Beispiel der Entwicklung der SAPV im Kontext der Hospizbewegung sowie ein Modell transdisziplinärer Professionalität, was ebenfalls am Beispiel der SAPV exemplifiziert wird. Letzteres wird von anderen Professionsmodellen und vor allem der Strukturtheorie professionalisierten Handelns abgegrenzt. Dabei wird der Bedeutung impliziten Handlungs- und Beziehungswissens eine besondere Bedeutung zugemessen. Zudem wird die Bedeutung von Mimesis sowohl für eine theoretische wie praktische Transdisziplinarität herausgearbeitet.	
19. Schlagwörter Professionalität, Transdisziplinarität, implizites (Beziehungs-)Wissen, Mimesis	
20. Verlag Belz Juventa	21. Preis 34,95 €

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Fachwissenschaftlicher Aufsatz
3. Titel Psychosoziales Können in der ambulanten Sterbebegleitung. Professionelle und lebensweltliche Orientierungen in der aufsuchenden Palliativversorgung	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)]	5. Abschlussdatum des Vorhabens 2015
Schütte-Bäumner, Christian	6. Veröffentlichungsdatum 2015
Müller, Falko	7. Form der Publikation Fachwissenschaftlicher Aufsatz
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse)	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2
	11. Seitenzahl 2
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 11. Jg., H. 1, S. 6-7	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung	
19. Schlagwörter	
20. Verlag	21. Preis

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Becker, Dorothée (2016): Haben "die Hände" alles im Griff? In: pflegen: palliativ 2. Quart. (30), S. 42–44.	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Dorothee Becker	5. Abschlussdatum des Vorhabens 2016
	6. Veröffentlichungsdatum 2016
	7. Form der Publikation Zeitschriftenartikel
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Frankfurt University of Applied Science/ Hessisches Institut für Pflegeforschung Nibelungenplatz 3 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001SB2
	11. Seitenzahl 42-44
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung	
19. Schlagwörter Palliative Care	
20. Verlag pflegen: palliativ	21. Preis

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN geplant	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Die „häusliche Umgebung“ als Wohnraum und Setting. Konflikte um Raumsouveränität in der ambulant-aufsuchenden Palliativversorgung. Erscheint in: Meuth, M. (Hrsg.) i.V.: Pädagogisch-institutionelles Wohnen. Wiesbaden: VS	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Müller, Falko	5. Abschlussdatum des Vorhabens 03, 2016
6. Veröffentlichungsdatum 2017	
7. Form der Publikation Buchbeitrag	
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2	
11. Seitenzahl ca. 22	
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 24
14. Tabellen	
15. Abbildungen	
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Der Beitrag analysiert die Vorstellung der „häuslichen Umgebung“ und ihre normativen Implikationen, die der palliativen Programmatik des „zu Hause“ Sterbens zugrunde liegen. Zweitens nimmt er die Wohnumgebung der Patient_innen als Schauplatz der Hausbesuche in den Blick und interessiert sich für das spannungsreiche Verhältnis von Wohnraum und Setting professioneller Arbeit sowie dessen Effekte auf die Arbeitsbeziehung zwischen Palliativ-Fachkräften und Patient_innen. Die dort ausagierten Konflikte um Raumsouveränität (Wolff 1983) werden schließlich im Zusammenhang mit den institutionellen und normativen Voraussetzungen ambulanter Palliativarbeit betrachtet.	
19. Schlagwörter Hausbesuche, aufsuchende Arbeit, Wohnen, Palliative Care, professionelles Organisieren, professionelles Setting, Ethnografie, diskursive Praktiken	
20. Verlag Springer VS	21. Preis

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN 978-3-8474-0662-4	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Temporäre Kopplung¹ und informierte Zustimmung. Über einige forschungsethische und -praktische Herausforderungen ethnografischen Forschens im Feld aufsuchender Palliativarbeit. In: Schneider, A.; Köttig, M.; Molnar, D. (Hrsg.), 2015: Forschung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Konzepte – Perspektiven. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit Band 11. Opladen u.a.: Budrich, S. 75-87.	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Müller, Falko	5. Abschlussdatum des Vorhabens 03, 2016
	6. Veröffentlichungsdatum 05, 2015
	7. Form der Publikation Buchbeitrag
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2
	11. Seitenzahl 13
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 20
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
18. Kurzfassung Der Beitrag bietet Einblicke in das laufende Forschungsprojekt TP sapv und legt eine Analyse der Bedingungen der Arbeitsbeziehungen im Feld der Palliativversorgung vor, welche die Organisationsform von SAPV als ambulant-aufsuchende Versorgung in den Vordergrund stellt. Es wird dargelegt, wie die „temporäre Kopplung“ zwischen der Zentralorganisation des jeweiligen SAPV-Teams und dem dezentralen Einsatzort in der Wohnumgebung der Patient_innen spezifische Bedingungen der Ko-Produktion von Professionellen, Patient_innen und ggf. ihren Angehörigen schafft und auf diese Weise das „Arbeitsbündnis“ zwischen ihnen strukturiert. Darüber hinaus wird die Wechselwirkung von Forschungsansatz, strukturellen Gegebenheiten des Forschungsfeldes und ethischen Ansprüchen, wie sie durch die Praktiken der jeweiligen Akteure hervorgebracht werden, unter ethischen Gesichtspunkten diskutiert.	
19. Schlagwörter Arbeitsbeziehungen (Arbeitsbündnisse), Hausbesuche, aufsuchende Arbeit, ambulante Dienste, professionelle Organisation, Ethik, Ethnografie	
20. Verlag Barbara Budrich	21. Preis 24,90

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN 978-3-658-06886-8	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Veröffentlichung
3. Titel Grenzen der Habitussensibilität oder wer bestimmt eigentlich, was Habitus-sensibel ist. Anmerkungen zur Habituskonstruktion im Kontext der Patienten-orientierten Palliativversorgung. In: Sander, T. (Hrsg.), 2014: Habitussensibilität. Neue Anforderungen an professionelles Handeln, Wiesbaden: Springer, S. 147-174.	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Müller, Falko; Schütte-Bäumner, Christian; May, Michael	5. Abschlussdatum des Vorhabens 03, 2016
	6. Veröffentlichungsdatum 09, 2014
	7. Form der Publikation Buchbeitrag
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Hochschule RheinMain Kurt-Schumacher-Ring 18 65197 Wiesbaden & Frankfurt University of Applied Sciences Nibelungenplatz 1 60318 Frankfurt am Main	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 03FH001 SA2
	11. Seitenzahl 28
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben 51
	14. Tabellen
	15. Abbildungen
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung Die aus professionstheoretischer Sicht vorgeschlagene Kompetenzanforderung der „Habitussensibilität“ wird am Beispiel hospizlich-palliativer Versorgung kritisch hinterfragt. Als subjektorientierte Leistungsform des Gesundheitswesens bietet palliative Versorgung zunächst günstige Bedingungen für einen „habitussensiblen“ Umgang mit als sterbend geltenden Menschen. Dennoch lässt sich anhand ethnografischer Beobachtungen aus dem Forschungsprojekt TP sapv zeigen, wie institutionelle Logiken die Interaktionsbeziehung zwischen Professionellen und Adressat_innen überformen und zur subjektorientierung in Widerspruch geraten können.	
19. Schlagwörter Habitus, Professionalität, Institution, Palliative Care, Kompetenz, Arzt-Patienten-Beziehung, Ethnografie	
20. Verlag Springer VS	21. Preis 49,99

Zuwendungsempfänger: Hochschule RheinMain	Förderkennzeichen: 03FH001SA2
Vorhabenbezeichnung: Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, TP sapv	
Laufzeit des Vorhabens: 01.10.2010 – 31.03.2016	

1. Beitrag des Ergebnisses zu den förderpolitischen Zielen, z.B. des Förderprogramms - (ggf. unter Angabe des Schwerpunkts) - soweit dies möglich ist

Als Beitrag zum zentralen förderpolitischen Ziel der Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ (SILQUA-FH), praxisnahe Konzepte zu entwickeln, die dazu beitragen, beispielhafte und nachhaltige Verbesserungen herbeizuführen und den Wissenstransfer in die Praxis zu fördern sowie über Forschungsk Kooperationen regionalübergreifende Impulse zu setzen, hat das Projekt TP|sapv auf der Basis der Auswertung von ero-epischen Gesprächen, teilnehmenden Beobachtungen sowie quantitativen Daten einer bundesweiten Online-Befragung, Erkenntnisse zu der komplexen Organisiertheit der SAPV gewonnen, die unter Bezugnahme auf die Befundkategorien „Komplexität der SAPV“, „Generalisiertes Wissen | Transdisziplinäres Wissen“, „Hybride Versorgungsordnung“ und „Psychosoziale Stabilisierungsarbeit“ sehr praxisnah für die Weiterentwicklung der hospizlich-palliativen Infrastruktur sowie damit in Verbindung stehend auch für die Optimierung von Fort- und Weiterbildungscurricula genutzt und eingesetzt werden können.

2. wissenschaftlich-technische Ergebnisse des Vorhabens, die erreichten Nebenergebnisse und die gesammelten wesentlichen Erfahrungen

In Anlehnung an das qualitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren Grounded Theory zur Analyse qualitativer Daten konnte in drei Feldphasen folgende Daten ermittelt werden:

Phase I Teilnehmende Beobachtung und ero-epische Gespräche (n=27)

Phase II Online-Befragung (n= 118)

Phase III Leitfaden gestützte Interviews und formative Evaluation (n=10).

Trotz Schwierigkeiten im Kontext der Typenbildung beruflicher Habitusformationen konnten dennoch vier modi operandi idealtypisch identifiziert werden: -nah-human-emotional versus distanziert-technisch-sachlich; -spontan-offen-an Singularität des Falles orientiert versus routiniert-strukturiert-Modell orientiert; -generalistisch-holistisch versus spezialisiert-symptomorientiert; -abwartend-gewährend versus interventionistisch. Die wenig spezifizierten Kompetenzprofile zeigten aber ein hohes Maß an transdisziplinärer Professionalität. Deutlich wurde dies vor allem im Umgang der Fachkräfte mit den Bedarfen und Bedürfnissen der sterbenden Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen. ‚Wahrheit‘: ‚Ambivalenz‘; ‚Leibliche Kommunikation‘ sowie ‚Zeit‘ sind hier entsprechend herausgearbeitete empirische Kategorien.

Im Rahmen der in der abschließenden Projektphase durchgeführten formativen Evaluation konnten sodann konkrete Perspektiven für die Praxis als Konzeptbausteine entwickelt werden: ‚SAPV im Setting (Teamkulturen)‘; ‚Teamreflexion (Potentiale der Intervention)‘; ‚Ehrenamt (SAPV an der Schnittstelle zur AAPV)‘; ‚Psychosoziale Arbeit‘.

3. Fortschreibung des Verwertungsplans. Diese soll, soweit im Einzelfall zutreffend, Angaben zu folgenden Punkten enthalten (Geschäftsgeheimnisse des Zuwendungsempfängers brauchen nicht offenbart zu werden):

3.1 *Erfindungen/Schutzrechtsanmeldungen und erteilte Schutzrechte, die vom Zuwendungsempfänger oder von am Vorhaben Beteiligten gemacht oder in Anspruch genommen wurden, sowie deren standortbezogene Verwertung (Lizenzen u.a.) und erkennbare weitere Verwertungsmöglichkeiten*

Es wurden keine Schutzrechtsanmeldungen vorgenommen.

3.2 *Wirtschaftliche Erfolgsaussichten nach Projektende (mit Zeithorizont) - z.B. auch funktionale/wirtschaftliche Vorteile gegenüber Konkurrenzlösungen, Nutzen für verschiedene Anwendergruppen/-industrien am Standort Deutschland, Umsetzungs- und Transferstrategien (Angaben, soweit die Art des Vorhabens dies zulässt),*

Die entwickelten Konzeptbausteine werden in der Weiterbildung des Institutes für Praxisforschung und Praxisentwicklung (ISAPP) des Fachbereichs Sozialwesen resp. des iwib - Institut Weiterbildung im Beruf der Hochschule RheinMain erprobt, beispielsweise im Rahmen der – neben der be-

reits etablierten Weiterbildung Palliative Care für Pflegende – Umsetzung der Weiterbildung Palliative Care für psychosoziale Fachkräfte. Diese Weiterbildungen sind, bezogen auf den Weiterbildungskurs für Pflegende, zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) resp. befinden sich zzt in einem Zertifizierungsprozess, der u.a. durch Prof. Dr. Schütte-Bäumner als Mitglied der Sektion Soziale Arbeit der DGP vorangetrieben wird. Weiterhin werden die Ergebnisse des Forschungsprojektes TP|sapv in Modulen des Bachelorstudiengangs Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und ggf auch in einem weiterführenden Masterstudiengang für innovative Lehr-Lern-Kontexte genutzt. Im März 2017 werden die Ergebnisse TP|sapv auf einer Tagung der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in Kooperation mit der Charité Berlin erneut in einen fachwissenschaftlichen Diskussionszusammenhang gestellt.

- 3.3 *Wissenschaftliche und/oder technische Erfolgsaussichten nach Projektende (mit Zeithorizont) - u.a. wie die geplanten Ergebnisse in anderer Weise (z.B. für öffentliche Aufgaben, Datenbanken, Netzwerke, Transferstellen etc.) genutzt werden können. Dabei ist auch eine etwaige Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Firmen, Netzwerken, Forschungsstellen u.a. einzubeziehen,*

Schon während der Projektlaufzeit als auch nach dem Projektende wurden die Forschungserkenntnisse, die Praxis der formativen Evaluation, die auch als Projektentwicklung seitens der Palliativteams genutzt wurde bei unterschiedlichen Fachtagungen präsentiert und zur Diskussion gestellt. Sehr konkret fließen die Ergebnisse in die DGP zertifizierte Weiterbildung Palliative Care für psychosoziale Fachkräfte ein. Weiterhin greift ein bereits bewilligtes Forschungsprojekt unter der Leitung von Prof. Dr. Schütte-Bäumner das Erkenntnisinteresse von TP|sapv auf und führt es mit Blick auf den Arbeitsbereich Palliative Care für Kinder und Jugendliche weiter. Zudem haben die am Projekt Beteiligten schon während der Projektlaufzeit, wie auch danach an Qualifizierungsmaßnahmen unterschiedlicher Organisationen im Bereich Hospiz und Palliative Care mitgewirkt.

- 3.4 *Wissenschaftliche und wirtschaftliche Anschlussfähigkeit für eine mögliche notwendige nächste Phase bzw. die nächsten innovatorischen Schritte zur erfolgreichen Umsetzung der Ergebnisse*

Eine Antragsskizze zur Weiterführung der sozialwissenschaftlich orientierten Forschung zu hospizlich-palliativen Fragestellungen insbesondere zur Weiterführung der oben erwähnten Forschung im Bereich Palliative Care für Kinder und Jugendliche ist in Vorbereitung.

4. Arbeiten, die zu keiner Lösung geführt haben

Zunächst lässt sich festhalten, dass es dem Forschungsteam, entgegen der Vorhabenbeschreibung, nicht gelungen ist – wie dies bereits im ersten Zwischenbericht vermerkt wurde – eine Typologie beruflicher Habitusformationen zu rekonstruieren. Dies lag zum einen daran, dass in der ersten Phase ethnographischer Begleitung der Teams zunächst einmal der berufliche Alltag der Professionellen in den SAPV-Teams und dessen Organisation fokussiert wurde. Entgegen den Erwartungen, wurde das Forschungsteam in der Ethnographie mit ständig wechselnden Konstellationen von Mitarbeiter*innen konfrontiert und konnte von daher die Praxis einzelner Personen nicht über einen längeren Zeitraum beobachten. Allerdings konnten auf Basis der Beobachtungsprotokolle der fokussierten Ethnographie in der Komparatistik vier modi operandi idealtypisch unterschieden werden (vgl. im Abschlussbericht v.a. das Kapitel II.1.3), in denen auch die in den Forschungsarbeiten von Fritz Schütze herausgearbeiteten Paradoxien professionellen Handelns aufgehoben sind.

5. Präsentationsmöglichkeiten für mögliche Nutzer - z.B. Anwenderkonferenzen (Angaben, soweit die Art des Vorhabens dies zulässt),

vgl. Abschlussbericht II 4. & 6.

6. Einhaltung der Ausgaben- und Zeitplanung.

Mit Zuwendungsbescheid vom 22.06.2012 wurden die Mittel zunächst bis zum 30.06.2015 bewilligt. Aufgrund einer veränderten (und genehmigten) Vorhabenplanung – bezüglich der vergeblichen Versuche einer Typenbildung mittels Rekonstruktion beruflicher Habitusformationen wurde der Bewilligungszeitraum dann bis zum bis zum 31.03.2016 kostenneutral verlängert. Herr Prof.

Dr. Schütte-Bäumner, der als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der HSRM im Projekt TP|sapv angestellt war, ist zum 01.09.2014 zum Professor am Fachbereich Sozialwesen der HSRM berufen worden. Damit wurde seine Stelle als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt frei. Da zu diesem Zeitpunkt bereits mit der letzten Phase des Projektes begonnen wurde, erschien es wenig sinnvoll, an seiner Stelle eine(n) neue(n) wissenschaftliche(n) Mitarbeiter*in einzustellen, weil, ehe diese(r) eingearbeitet wäre, der Förderungszeitraum des Projektes geendet hätte. An der Frankfurt University of Applied Sciences haben die beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen zum Jahresende 2015 gekündigt. Von daher sind auch an dieser Hochschule Finanzressourcen frei geworden für eine kostenneutrale Verlängerung. Weitere Ausführungen sind dem bereits vorgelegten Finanzbericht zu entnehmen.

Verwertungsplan

für Vorhaben in einer der Förderlinien des BMBF-Programms „Forschung an Fachhochschulen“

Förderkennzeichen:	03FH001SA2
Projekttitel:	Transdisziplinäre Professionalität im Bereich spezialisierter ambulanter Palliativversorgung TP sapv
Hochschule(n):	Hochschule RheinMain und Frankfurt University of Applied Sciences
Projektleitung:	Prof. Dr. Schütte-Bäumner (Hochschule RheinMain) und Prof. Dr. Ulrike Schulze
Projektpartner: (Name, Rechtsform, Adresse)	vgl. Anlage des Abschlussberichtes Schaubild Kooperationspartner

1. Wirtschaftliche Verwertung aus Sicht der Hochschule und ggf. aus Sicht Dritter		
Lfd. Nr.	Konkrete Verwertung	Zeithorizont

2. Wissenschaftlich-technische Verwertung aus Sicht der Hochschule und ggf. aus Sicht Dritter		
Lfd. Nr.	Konkrete Verwertung	Zeithorizont

3. Wissenschaftliche und wirtschaftliche Folgeentwicklungen/-projekte aus Sicht der Hochschule und ggf. aus Sicht Dritter		
Lfd. Nr.	Nächste Schritte	Zeithorizont
	DGP-Zertifikats-Weiterbildung Palliative Care für Pflegenden (ISAPP und iwib)	bereits installiert
	DGP-Zertifikats-Weiterbildung Palliative Care für psychosoziale Fachkräfte (ISAPP und iwib)	2017-2018
	Tagung, Soziale Arbeit in der allgemeinen und spezialisierter Palliativversorgung (APV – SPV) Funktion – Methoden - Strukturfragen, DVSG, Charité Berlin	03/2017

4. Wissenstransfer (Studien-/Semesterarbeiten, Abschlussarbeiten, kooperative Promotionen, Ausgründungen)		
Lfd. Nr.	Nächste Schritte	Zeithorizont
	Folgeforschungsprojekt Kinder palliativ begleiten, Forschung für die Praxis	bereits gestartet
	7 Bachelorarbeiten	Abschluss ca. 07/2017
	1 Promotion	2017/2018

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zum Ausfüllen des Formblatts

Grundlage

Verwertungspläne sind erforderlich zur Rechtfertigung der Bereitstellung und Ausgabe von öffentlichen Forschungsgeldern und geben Aufschluss über deren bestimmungsgemäße Verwendung. Nachweise einer erfolgreichen Verwertung stellen gleichzeitig eine wertvolle Argumentationshilfe für die Projektförderung dar. Gemäß Nr. 4.2 BNBest-BMBF 98 hat der Zuwendungsempfänger (hier: Fachhochschule) eine **Ausübungs- bzw. Verwertungspflicht** für die Ergebnisse des Projektes.

Der Verwertungsplan stellt bei Antragstellung die geplanten Verwertungsmöglichkeiten dar, wird mit den Zwischenberichten konkretisiert und mit dem Schlussbericht (inkl. konkreter nachprüfbarer Verwertungsschritte) festgeschrieben. Eine Kontrolle der endgültigen Verwertung erfolgt i. d. R. zwei Jahre nach Projektabschluss.

Kurze Darstellung der Ergebnisse des Vorhabens

Wissenschaftlich-technische Ergebnisse des Vorhabens im Vergleich zu den ursprünglichen Zielen, die erreichten Nutzungsmöglichkeiten und die gesammelten Erfahrungen.

Wirtschaftlicher Erfolg

- Verzahnung von Forschungs- und Produktionsstrategien
- Monetärer Nutzen für die Hochschule durch Lizenzvergabe, weitere Entwicklungsaufträge, angewandte Forschung und Lehre
- Ökonomische Umsetzungs-/Transferchancen (Marktpotential, Vorteile gegenüber Wettbewerbslösungen)
- Nutzen für verschiedene Anwendergruppen:
 - Schaffung neuer/Sicherung bestehender Märkte
 - Verbesserung der Wettbewerbssituation und Steigerung von Ertrag/Umsatz
 - Schaffung effizienter Unternehmensstrukturen und Effizienzsteigerung in der Wertschöpfungskette
- Volkswirtschaftlicher Nutzen (Standortreziprozität):
 - Schaffung neuer/Sicherung bestehender Arbeitsplätze, Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit
 - Nachhaltiges Wirtschaften/Verbesserung der Lebensbedingungen definierter Zielgruppen
 - Verbesserung der Sozial- und Infrastruktur

Wissenschaftlich-technischer Erfolg

- Schaffung von Know-how zur Kompetenzerhaltung und Steigerung der wissenschaftlichen Konkurrenzfähigkeit
- Erschließung des Anwenderpotentials (u. a. neue Richt- und Leitlinien, gesetzliche Regelungen, Normen)
- Transfer zu Nutzergruppen (z. B. Aufbau von Netzwerken, Datenbanken, langfristige Verbünde)
- Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses
- Nutzen für öffentliche Aufgaben

Wissenschaftliche und wirtschaftliche Anschlussfähigkeit

- Darstellung einer möglichen nächsten Phase bzw. von nächsten innovatorischen Schritten:
 - Erschließung branchenweiter Nutzung (z. B. verschiedene Produktentwicklungen)
 - Umsetzung der Lösung am Markt
- Initiierung von Folgeprojekten
- Kontaktaufnahme mit potentiellen Verwertern/Nutzern für die Umsetzung der Ergebnisse in angrenzende Wissensgebiete
- Umsetzung der Projektergebnisse in Erfindungen/Schutzrechtsanmeldungen (Hochschule und/oder Dritte)

Wissenstransfer

- Im Rahmen des Forschungsprojektes angefertigte Studien- und Semesterarbeiten
- Im Rahmen des Forschungsprojektes angefertigte wissenschaftliche Abschlussarbeiten (Bachelor, Diplom, Master)
- Im Rahmen des Forschungsprojektes realisierte kooperative Promotionen
- Erfolgte Ausgründungen (Spin-Off, Start-Up, Institute)

Instrumente (Auswahl)

- Verbund-/Netzwerkbildung
- Einwerben von Drittmitteln
- Patente, Schutzrechte, Lizenzen, Urheberrechte (Angaben zur Anmeldung bzw. Zuteilung)
- Veröffentlichungen (Fachartikel, Dissertationen, Diplomarbeiten, Tagungen, Messen etc.)
- Konkrete Vorgehensmodelle (Prozessbeschreibungen, Handbücher, Leitfäden etc.)
- Ausgründungen
- Aufbau von Forschungskräften und -ausstattung in der Hochschule/beim Verbundpartner
- Einbeziehung von Entscheidungsträgern/Beratungsleistungen (z. B. Vorlagen für Verordnungen, Gesetzeskommentierung)