



Herausragende Masterarbeiten

Studiengang

Systemische Beratung, M.A.

Autor*in

Kerstin Deckert

Masterarbeitstitel

Vom Schweigen und Sprechen über Sterben und Tod

Die Tabuisierung des Themas Sterben und Tod
bei Gesprächsprozessen der
Gesundheitlichen Versorgungsplanung
in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

RPTU Rheinland-Pfälzische Technische Universität Kaiserslautern-Landau
Distance and Independent Studies Center (DISC) Master-Fernstudiengang
„Systemische Beratung“

Masterarbeit

Vom Schweigen und Sprechen über Sterben und Tod

Die Tabuisierung des Themas Sterben und Tod bei
Gesprächsprozessen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung
in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Deckert, Kerstin

26.9.2025

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangssituation.....	1
1.2 Einordnung des Themas	1
1.3 Ziel der Arbeit.....	2
1.4 Methodische Vorgehensweise.....	3
1.5 Aufbau der Arbeit	4
2 Theoretische Grundlagen.....	5
2.1 Tabuisierung	5
2.2 Die Themen Sterben und Tod	11
2.2.1 Die systemtheoretische Funktion von Themen.....	11
2.2.2 Unterscheidung der Begriffe Sterben und Tod.....	12
2.2.3 Historischer Perspektivwechsel auf Sterben und Tod.....	12
2.3 Gesundheitliche Versorgungsplanung	14
2.3.1 Rechtliche und strukturelle Einordnung von GVP	15
2.3.2 Spezifikation Eingliederungshilfe.....	16
3 Forschungsstand.....	17
3.1 Vorgehen bei Auswahl und Auswertung der Studien	17
3.2 Ergebnisse der ausgewählten Studien.....	18
3.3 Forschungslücken	22
4 Forschungsdesign der Befragung.....	24
4.1 Detailfragen und Arbeitshypothesen.....	24
4.2 Auswahl und Begründung der Methodik	28
4.3 Auswahl und Beschreibung der ausgewählten Zielgruppe	29
4.4 Darstellung des Fragebogens.....	30
4.5 Vorgehen bei Datenerhebung und Datenanalyse	32
5 Ergebnisse der Analyse	36
5.1 Ergebnisse zu den Detailfragen.....	36
5.1.1 Begünstigende Aspekte für das Reden über Sterben und Tod in GVP- Gesprächsprozessen.....	37
5.1.2 Fördernde Aspekte für das Verschweigen der Themen Sterben und Tod im GVP-Gesprächsprozess	41

5.2	Ergebnisse zu den Arbeitshypothesen.....	43
5.2.1	Erwartete Kommunikationslatenz bei Bewohnenden	44
5.2.2	Erwartete Brisanz für Mitarbeitende	44
5.2.3	Entlastung für Mitarbeitende im Umgang mit heiklen Themen	45
5.2.4	Förderlichkeit des GVP-Gesprächsangebot	45
5.2.5	Einflüsse der eigenen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod	46
5.2.6	Verlagerung als Folge von empfundenem Unbehagen	47
5.2.7	Expertentum führt zu Verlagerung.....	48
5.2.8	Korrelation zwischen offener Gesprächskultur und Direktheit	49
5.2.9	Die Option des Tabuisierens	49
5.3	Diskussion der Ergebnisse und Implikationen.....	50
5.4	Methodenkritik.....	64
6	Fazit.....	66
6.1	Zusammenfassung.....	66
6.2	Schlussfolgerungen.....	67
6.3	Ausblick	70
	Literaturverzeichnis	- 1 -
	Eigenständige Erklärung	- 4 -
	Anhang	- 5 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Veränderung der Sichtweise auf Sterben und Tod und das Überraschungsmoment	13
Tabelle 2: Spezifische Anforderungen der Eingliederungshilfe	16
Tabelle 3: Arbeitshypothesen mit zugehörigen Items und deren Polung	31
Tabelle 4: Cluster-Zuordnung der Nennungen F16 und F17	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Akteurinnen und Akteure im Tabusystem.....	8
Abbildung 2: Gründe für Geheimhaltung und Offenlegung.....	18
Abbildung 3: Gantt-Diagramm Prozessablauf Fragebogen	33
Abbildung 4: Anzahl der Nennung begünstigender Aspekte innerhalb der Cluster	37
Abbildung 5: Clusterbildung TascCard	37
Abbildung 6: Vermutete Kommunikationslatenz bei Bewohnenden	44
Abbildung 7: Vermutetes Vermeidungsverhalten bei Mitarbeitenden	45
Abbildung 8: Vermutete Entlastung für Mitarbeitende	45
Abbildung 9: Vermutete Zunahme der Kommunikationsbereitschaft bei Bewohnenden	46
Abbildung 10: Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Gesprächsbereitschaft der Bewohnenden	47
Abbildung 11: Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Rückzugsbestrebung bei Bewohnenden.....	47
Abbildung 12: Korrelation zwischen vermutetem Unbehagen bei Mitarbeitenden und ihrer Tendenz zur Auslagerung der Themen an GVP-Beratende	48
Abbildung 13: Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation und der Tendenz zur Auslagerung der Themen an GVP-Beratende	48
Abbildung 14: Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation und der vermuteten Schwächentoleranz in der Gesprächskultur der Einrichtung	49

Alle in der Arbeit dargestellten Abbildungen ohne Quellenangabe sind eigene Darstellungen. Darstellungen aus anderen Quellen oder Darstellungen, die inhaltlich auf anderen Quellen basieren, sind mit Quellenangaben versehen.

Abbildungen und Tabellen sind z.T. mit Symbol hinterlegt und per Link zum Anhang verknüpft und aufrufbar (Tastenkombination: [Strg+\(Mouse\)Klick](#)).

Ein Link unterhalb der Tabellen und Abbildungen führt jeweils zurück an die letzte Textstelle.

Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bspw.	beispielsweise
CFZ	Caritas-Förderzentrum
D	Detailfrage
DOI	Digital Object Identifier (digitaler Objekt-Identifikator)
ebd.	ebenda
F	Frage Item
FB	Fragebogen
H	Arbeitshypothese
gB	gesetzliche Betreuung / rechtliche Vertretung
GVP	Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V
GG	Grundgesetz
GVP	Gesundheitliche Versorgungsplanung (für die letzte Lebensphase)
Kap.	Kapitel
neg	negativ
pos	positiv
SGB V	Sozialgesetzbuch; Fünftes Buch; Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch; Elftes Buch; Soziale Pflegeversicherung
s.	siehe
[sic]	(lateinisch: sīc erat scriptum) steht für ‚so stand es geschrieben‘
u. a.	unter anderem
u. U,	unter Umständen
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
ZEFQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen
z. T.	zum Teil

Da die Leistung -laut Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband- in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (derzeit nach § 75 SGB XII) angeboten werden kann, bezieht sich das Betrachtungsfeld dieser Arbeit auf Gesprächsprozesse mit Kundinnen und Kunden, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen. In der Arbeit wird daher von **Bewohnenden** gesprochen.

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Sterben und Tod und hier besonders das eigene Sterben und der eigene Tod sind Themen, die viele Menschen eher meiden. Als attraktives Gesprächsthema innerhalb von Familie und Freundeskreis erscheint es mindestens als ungeeignet. Im professionellen Kontext der Eingliederungshilfe gibt es nun seit wenigen Jahren die Möglichkeit, diese Themen im Rahmen eines speziellen Gesprächsangebots mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in den Einrichtungen zu besprechen.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) nach § 132g SGB V ist ein Gesprächsangebot in der Eingliederungshilfe mit dem Ziel der Selbstbestimmung und des Empowerments für die Klientinnen und Klienten; im Rahmen einer ergebnisoffenen Gesprächsbegleitung sollen sie vorsorgend ihre Vorstellungen und Wünsche zu eigenem Sterben und Tod formulieren und als Willensäußerung festhalten können. Seit 01.01.2018 können u.a. Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung für ihre Bewohnenden GVP anbieten; dabei handelt es sich um ein Angebot, das in der Altenhilfe mittlerweile verbreitet, in der Eingliederungshilfe erst im Kommen ist. Finanziert wird das Angebot durch die Kranken- und Ersatzkassen; für die Einrichtungen ist es als Kann-Angebot nicht verpflichtend; GVP-Gesprächsbegleitung in der Eingliederungshilfe ist somit nach wie vor ein Nischenangebot; Gesprächsbegleitende¹ befinden sich in ihren Einrichtungen auf Neuland und agieren meist allein und eigenverantwortlich.

1.2 Einordnung des Themas

Den Umgang mit Tod und Sterben in der Gesellschaft und insbesondere im professionellen Kontext beschreibt AU sehr treffend: „Sterben, Tod und Trauer werden oftmals in der Gesellschaft und so auch am Arbeitsplatz tabuisiert bzw. es wird damit nicht adäquat umgegangen, obwohl jedes Jahr rund 900.000 Menschen versterben und jeder Sterbende ein Vielfaches an Trauernden zurück lässt [sic].“ (AU 2018, S. 210) Dies generiert eine gewisse Haltlosigkeit, aber auch ein spannendes Arbeitsfeld für Gesprächsbegleitende der gesundheitlichen Versorgungsplanung (nach § 132g SGB V) im Spannungsfeld zwischen Tabuisierung und Offenheit.

¹ Besonderheit: Gesprächsbegleitende werden einem Auswahlverfahren unterzogen und anschl. zertifiziert geschult, aber sie sind i.d.R. keine systemischen Beraterinnen und Berater.

SCHÄPER sieht im Bereich der Forschung zu dem Themenfeld Sterben in Zusammenhang mit Menschen mit Beeinträchtigung einen deutlichen Forschungsbedarf: „Schaut man auf Menschen mit Behinderungserfahrung, stößt man auf eine deutliche Forschungslücke in Bezug auf Sterbeverläufe und -ursachen, Umstände der Begleitung am Lebensende sowie Sterbewünsche und Suizidbegehren. (SCHÄPER 2024, S. 7)“ Dies gilt besonders auch für die Studienlage im Zusammenhang mit dem sich erst etablierenden Gesprächsangebot der GVP in der Eingliederungshilfe. Die im Rahmen des Health Services Research veröffentlichte aktuelle Studie innerhalb Deutschlands „Gesundheitliche Vorausplanung für die letzte Lebensphase: Wie sind Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Bayern hierauf vorbereitet?“ (KLEMMT et al. 2024) identifiziert Hindernisse bei der Implementierung des Gesprächsangebots GVP, die eine Optimierung unter strukturellen, personalen und emotionalen Aspekten nahelegen. Unter anderem wird im Zuge dieser Forschungsarbeit die Tabuisierung der Thematik als ein Hindernis genannt. Entsprechend untersucht wurde dies mittels Fragebogenerhebung über das Item „Thema zu heikel“. Insbesondere diesem Befund auch aus systemtheoretischer Sicht weiter auf die Spur zu kommen, kann als roter Faden dieser Arbeit verstanden werden.

1.3 Ziel der Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Tabuisierung der Thematik Sterben und Tod sehr komplex ist. Es wird weiter davon ausgegangen, dass eine lineare Ursache-Wirkungs-Perspektive nicht angebracht ist, um die in der Studie genannten Hindernisse der Tabuisierung zu beheben. Es bietet sich an, das Tabuisieren der Themen Sterben und Tod zu untersuchen, da es sich genuin um Kommunikation oder eben Nicht-Kommunikation handelt, mindestens aber um ein Phänomen, das sich entscheidend auf Kommunikation auswirkt. Ziel ist es daher, sich im Sinne einer Grundlagenforschung diesem Phänomen mit seinen Auswirkungen im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung in der Eingliederungshilfe zu nähern, durch eine bestimmte Brille zu beleuchten, und möglicherweise damit auch künftig das Tabuisieren besser an- und besprechen zu können.

Die Tabuisierungstendenzen der Themen Sterben und Tod in Bezug auf Gesprächsprozesse zur GVP in der Eingliederungshilfe werden analysiert und diese vor dem Hintergrund systemtheoretischer Aspekte eingeordnet. Ein Fokus liegt dabei auf der Expertensicht von GVP-Beratenden und deren Beobachtungen und Erkenntnissen zu Aspekten der Tabuisierung der Thematik Sterben und Tod in der Eingliederungshilfe und deren potenziellen Einfluss auf den GVP-Gesprächsprozess.

Es handelt sich dabei um eine Grundlagenforschung, die lediglich auf eine noch dünne allgemeine Forschungslage im Bereich der Gesprächsbegleitung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung zurückgreifen kann. Gewonnene Erkenntnisse können die Entwicklung einer Phänomenologie der Tabuisierung der Themen Sterben und Tod, wie sie GVP-Prozessen in der Eingliederungshilfe innewohnen, unterstützen und dadurch die Thematik differenzierter in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und auf Fachebene diskutiert werden.

Daraus lässt sich als Forschungsfrage ableiten:

Inwiefern beeinflussen aus systemtheoretischer Sicht Tabuisierungstendenzen der Themen Sterben und Tod den Umgang damit im Rahmen des Gesprächsangebots zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe?

Dabei steht im Fokus, wie mit diesem Tabuisieren umgegangen wird; an welchen Stellen Beobachtungslatenzen erhalten werden und an welchen Stellen Kommunikationslatenzen erzeugt und aufrechterhalten werden und welche Implikationen dies für die Umsetzung von Gesundheitlicher Versorgungsplanung in der Eingliederungshilfe bereithalten könnte.

1.4 Methodische Vorgehensweise

Aufgrund der geringen Studienlage zu diesem neuen, sich erst etablierenden Angebot GVP in der Eingliederungshilfe dient die Studie von KLEMMT et al. als Untersuchungsbasis; um eine breitere Sicht aus der Forschung auf das Thema zu erhalten wurden auch benachbarte Themengebiete in den Blick genommen. Die Kriterien für die Auswahl der Quellen für die Literaturlauswertung zur Studienlage sind die Relevanz zu Teilaspekten des Themas in Bezug auf Tabuisierung, Umgang mit der Thematik Sterben und Tod und der Umgang damit in professionellen Kontexten insbesondere der Eingliederungshilfe. Dazu dienen die Ergebnisse verwandter Studien sowie die Erkenntnisse aus den ermittelten theoretischen Grundlagen zur Bildung von Detailfragen und Arbeitshypothesen. Ermittelte Forschungslücken werden durch eine Expertenurnfrage mittels anonymer Fragebogenbefragung unter GVP-Beratenden durchgeführt. Für deren Befragung im Rahmen dieser Arbeit spricht die Kenntnis des Arbeitsfeldes und der professionelle Habitus einer eher selbstreflexiven Haltung und Offenheit zum Thema Sterben und Tod. Der damit einhergehende Verzicht auf weitere Perspektiven ist damit nicht zu beheben; dies wird gesehen und dient lediglich der notwendigen Reduktion eines vertretbaren Arbeitsaufwands und Umfangs der Arbeit.

Die gewonnenen Daten werden sowohl qualitativ durch Clusterkategorisierung wie auch quantitativ durch Auswertung mithilfe statistischer Methoden ausgewertet.

1.5 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel der Arbeit wird die Ausgangssituation und die Einordnung des Themas umrissen, das Ziel der Arbeit und die daraus resultierende Forschungsfrage abgeleitet und das methodische Vorgehen sowie der Aufbau der Arbeit beschrieben.

Das zweite Kapitel behandelt die theoretische Erläuterung der wichtigsten Begrifflichkeiten wie Tabuisierung, Sterben und Tod und das Angebot der GVP, verbunden mit einer Einordnung der systemtheoretischen Bezüge.

Im Mittelpunkt des dritten Kapitels steht die Betrachtung des Forschungsstands und die Darstellung relevanter und aktueller Studienergebnisse zum Thema bzw. aufgrund mangelnder Forschungslage zu verwandten Teilthemengebieten. Diese dienen sowohl als Basis des weiteren Erkenntnisprozesses, als auch zur Darlegung der Forschungslücken.

Die Darstellung des Forschungsdesigns zur Expertenbefragung mittels Fragebogen erfolgt im vierten Kapitel mit einer Beschreibung der Methodik, dem Ablauf der Befragung und der Auswahl der Befragten für Pretest- und Haupttestverfahren. Aus den Forschungslücken werden hier Detailfragen und Arbeitshypothesen mit den entsprechenden Items abgeleitet.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung werden im fünften Kapitel dargestellt und diskutiert. Diese Grundlagenerkenntnisse sollen der Suche nach und der möglichen Entwicklung einer Phänomenologie der Tabuisierung der Themen Sterben und Tod, wie sie GVP-Prozessen in der Eingliederungshilfe begleiten, dienen und erste Implikationen zum Gesprächsangebot der GVP gewähren. Eine methodenkritische Betrachtung im Rückblick schließt diesen Abschnitt ab.

Das sechste Kapitel bietet eine kurze rückblickend-reflexive Zusammenfassung, gefolgt von den wichtigen Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen im Hinblick auf die gestellte Forschungsfrage und ein Ausblick für weiteren Forschungsbedarf.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Tabuisierung

Im Folgenden soll sich mit den Begrifflichkeiten Tabu und Tabuisierung näher befasst werden und ihre Verwendung im Rahmen dieser Arbeit dargestellt werden.

Als Importschlager der Polynesien-Expedition von James Cook, von der er 1780 selbst nie zurückkehrte, kann der Begriff Tabu angesehen werden; damit ließ sich ein Phänomen beschreiben, das weltweit anzutreffen ist, für das bis dahin aber nicht nur in Europa eine Wortschatzlücke bestand. Kraft definiert Tabu folgendermaßen:

„Der aus Polynesien stammende Begriff Tabu kennzeichnet überall auf der Welt² eine zweischrittige, affektiv hoch aufgeladene intrapsychische wie auch interpersonelle Strategie der Ausgrenzung zwecks Regelung des sozialen Zusammenlebens; auf ein Meidungsgebot für bestimmte Verhaltensweisen (Sprach-, Berührungs- und Handlungstabus) folgt bei Übertretung die Androhung, ggf. der Vollzug der sozialen Ausgrenzung, um die Einheit der Gruppe zu wahren; während es in traditionsgeleiteten Gesellschaften in einigen Fällen dabei zu einem psychogenen Tod kommen kann, lassen sich in unserer Kultur oft starke psychosomatische Reaktionen bis hin zu einem Herzinfarkt oder auch ein Suizid beobachten.“ (KRAFT 2004, S. 43)

Die Gründe für die Existenz von Tabus sind vielfältig. Sie können dazu dienen, soziale Harmonie zu bewahren, Konflikte zu vermeiden, das Wohl der Gemeinschaft zu schützen oder kulturelle Werte und Traditionen zu wahren. Tabus sind in vielen Kulturen tief verwurzelt und werden häufig unbewusst von den Mitgliedern der Gesellschaft respektiert. HASSELMANN beschreibt dazu die Ordnungsfunktion des Sichtbarmachens durch Ritualisieren und Tabuisieren als zwei Seiten einer Medaille. Handeln und damit auch Kommunizieren reguliere sich über das Ritual. Unterlassen und damit Nicht-Kommunizieren reguliere sich über das Tabu. Sie zitiert dazu LUHMANN:

„Will man die Welt so beschreiben, daß [sic] man ihrer Ordnung trauen und Bedrohlichkeiten ausgrenzen kann, bedient man sich des Mythos. Kommt es darauf an, Problemsituationen mit Verhalten ohne Abweichungsmöglichkeit auszustatten und etwaiges Abweichen sichtbar zu machen, ritualisiert oder tabuisiert man. Tägliches Verhalten kann sich pragmatisch in beide Richtungen orientieren. Es wird weder vom Mythos noch vom Ritual oder Tabu her unter Konsistenzdruck gesetzt. Der Zusammenhang bleibt flexibel. (HASSELMANN 2020, S. 9)

Kritisch sieht Hasselmann die Einschätzung Luhmanns, Tabus lassen sich durch Aufklärung, Recht und Wissenschaft überwinden. Stattdessen führt sie an, dass der Faktor Angst nicht zu vernachlässigen ist und nicht einfach überwunden werden kann,

² Der polynesischen Begriff wurde in viele Sprachen übernommen; englisch: taboo, französisch: tabou, italienisch: tabù, spanisch: tabú, finnisch: tabu, japanisch: タブー (taboo), arabisch: تابو (taboo), hebräisch: טבוא (taboo) ... (aus: DeepL SE sowie PONS Langenscheidt GmbH 2025)

da er tief verwurzelt sei und ohne weitere Begründung nachwirkt (vgl. ebd., S. 10). Hasselmann spricht von genuinen Tabus als Meidegebote mit der Leitunterscheidung Reinheit und Befleckung,

„...sie entstammen dem kultischen Bereich und erfüllen eine Schutzfunktion, aber auch eine Beschwichtigungsfunktion gegenüber der Gemeinschaft; nach außen fungieren sie als kollektive Abgrenzungssymbole. Wir partizipieren an epochen- und kulturenübergreifenden Nachwirkungen genuiner Tabus, die den Anschein kultureller Universalien angenommen haben: Inzesttabu, innerartliche Tötungshemmung, Umhegung von Geburt und Tod, Totengedenken, Asylrecht. Die Wirkungsgeschichte solcher kulturprägenden Tabus ist nicht abgeschlossen, ihr historisches Nachleben dauert an.“ (HASSELMANN 2020, S. 95)“

Hasselmann weist ebenfalls auf tabuartige Normen hin, die nahelegen, „bestimmte Gegenstände im physischen wie im diskursiven Sinne nicht zu berühren. Was einer tabuartigen Norm unterliegt, ist gewissermaßen dagegen gefeit, thematisiert und problematisiert zu werden.“ (HASSELMANN 2020, S. 95) Dem gegenüber stehen Pseudo-Tabus, die auf stillschweigender Übereinkunft gründen und laut Hasselmann Selbstzwänge in den Mittelpunkt rücken, d. h. „äußere, von der Gemeinschaft gesetzte Zwänge, die sich in innere Zwänge umsetzen. [...] Pseudo-Tabus können unter Aufbietung von Gründen aus einer Diskussion gestärkt hervorgehen.“ (ebd., S. 95–96) RICHTER verdeutlicht die starke Wirkweise eines Tabus im Vergleich zu einem Verbot: „In Abgrenzung zu einem Verbot setzt ein Tabu auf Ausgrenzung und unterbindet damit jegliche Verhandlungen. Es produziert Eindeutigkeit und in der Folge Schweigen und Sprachlosigkeit. So wird einem Tabu dann am besten entsprochen, wenn man nicht darüber spricht.“ (RICHTER 2022, S. 298) Das gemeinsam praktizierte (Ver)Schweigen bedeutet damit eine Kommunikationslatenz. Mit Kommunikationslatenz wird das „Fehlen bestimmter Themen zur Ermöglichung und Steuerung von Kommunikation“ bezeichnet (vgl. Luhmann 1984, S. 457). „Im soziologischen Sinne sind Tabus als Muss-Norm oder strukturfunktionale Latenz zu betrachten, die eine absolut regelnde Funktion haben.“ (HELLWIG 2021, S. 41) Das Tabu bleibt dabei Blick- und Denkschranke sowie Handlungsbeschränkung in einem: Es errichtet einen Jägerzaun im Denken – und löscht das sanktionierte Handeln gleich mit. (HASSELMANN 2020, S. 83)

Tabuisieren ist der Prozess, durch den ein Thema, Verhalten oder eine Handlung zum Tabu erklärt oder als unangemessen betrachtet wird. Es bedeutet, etwas zu vermeiden, zu unterdrücken oder nicht offen darüber zu sprechen. Tabuisieren kann sowohl in der Gesellschaft als auch in bestimmten sozialen Gruppen oder Institutionen stattfinden. Kraft sieht in Tabuisierungen „interpersonelle [...] Abwehr- und Bewältigungsmechanismen.“ (KRAFT 2004, S. 42) Beispiel für Tabuisieren ist, wenn ein Thema wie Tod oder Krankheit in einer Gesellschaft oder Familie so stark gemieden

wird, dass es fast unmöglich wird, darüber zu sprechen oder sich damit auseinanderzusetzen. So beschreiben GANQUIN et al.: „Aus soziologischer Perspektive behüten Tabus bestimmte Themen vor dem gesellschaftlichen Diskurs, denn [es] darf darüber nicht gesprochen werden. Das öffentliche Bezugssystem ist zwar existent, bleibt aber stumm.“ (GANQUIN und SANDER 2006, S. 8–9) Dies hat zur Folge, dass Wissen zum Thema nicht kommuniziert wird, etwas im Diffusen bleibt, indem etwas geahnt wird, sich aber nicht damit befassen kann. Dieses Verdrängen von in Teilen Geahntem in den Bereich des Nicht-Wissen-Wollens, lässt sich aus systemtheoretischer Sicht als das Herstellen strukturfunktionaler Latenz bezeichnen. Nach KÜHL kommt Latenz in jedem System vor: „In der Systemtheorie wird ein solches „Fehlen bestimmter Themen zur Ermöglichung und Steuerung von Kommunikation“ als Latenz bezeichnet. [...] Diese Kommunikationslatenz muss von allen an einer Kommunikation Beteiligten sorgfältig gepflegt werden, weil diese die Funktion eines „Strukturschutzes“ hat. Häufig hat man als Beobachter eine Ahnung, welche Themen nicht ansprechbar sind. (KÜHL 2022)“ Es handelt sich dabei nicht um eine Beobachtungslatenz im Sinne eines blinden Flecks; denn die Kehrseite des Schweigens ist das Bewusstsein, welche Inhalte aus der Kommunikation herauszuhalten seien. Diese Kommunikationslatenz kann aber dazu führen, dass das Verdrängen eines Themas zu einer Beobachtungslatenz führt; so kann bspw. sexueller Missbrauch in der Familie vom eigenen System oft nicht erkannt werden. Tabuisieren bedeutet dann die aktive Herstellung und Ausweitung blinder Flecke. Denn das Verdrängen gelingt leichter, wenn das Thema nicht mehr in der Kommunikation auftaucht; so weit, bis das Thema auch nicht mehr vom System beobachtet werden kann. LUHMANN beschreibt Ausschluss aus dem System so, „daß [sic] jede Kommunikation [...] als Operation eine Differenz produziert und jedes System durch die Rekursivität seines Operierens etwas einschließt und etwas ausschließt. Jedes System koproduziert das, was als Umwelt nicht in das System eingeht, und auch dies kann dann »Schweigen« genannt (!) werden - allerdings Schweigen in einem zweiten Sinn: Schweigen ohne Anschlußfähigkeit [sic]. (LUHMANN und FUCHS 1989, S. 17)“ Während es sich bei allem, was in die Kommunikation kommt, um ein Entscheiden dafür handelt und alles andere damit mehr oder weniger bewusst ausgeschlossen wird, handelt es sich beim Tabu um ein bewusstes Ausschließen; angelehnt an Luhmann wäre dies dann ein Schweigen mit Anschlussfähigkeit; dessen Anschlussoperation ein ebensolches Schweigen ist.

Tabuisierung hat den Zweck, unangenehme oder als bedrohlich empfundene Themen aus der öffentlichen Diskussion herauszuhalten und sie auf einer persönlichen Ebene zu belassen. Sie kann dadurch zur Folge haben, dass wichtige Themen verdrängt oder

eben auch nicht (immer) genau konkretisieren, sie oder ihn gibt es nur als konstruierte Akteurin oder konstruierten Akteur.“ (HELLWIG 2021, S. 48)

2. Die Tabunehmer / die Tabunehmerinnen

Hierbei handelt es sich um alle Personen der Bezugsgruppe des Tabus (Familien, Paare, Religionsgruppen, Länder, Kulturkreise, ...). Sie haben einen wie auch immer gearteten zu schützenden Machtbereich verinnerlicht. Die Tabunehmenden sind die Zielpersonen des Tabus – die Regeln richten sich an sie. Sie werden nach Hellwig dadurch zu Normadressatinnen und -adressaten. Sie profitieren vom Einhalten der Norm und werden dadurch auch zu Normbenefiziarin und -benefiziar. Und sie sind Normsenderin und -sender, denn sie geben Normen aktiv weiter, etwa durch Vorbildverhalten oder direkte Kommunikation (bspw. durch das Verwenden verschleiender Synonyme wie „das Zeitliche segnen“). „Sie sorgen für eine ständige Aufrechterhaltung der Macht der Tabugeberin oder des Tabugebers und für die Einhaltung der Regeln.“ (HELLWIG 2021, S. 49)

3. Die Tabuwächterinnen / die Tabuwächter

Die Tabuwächterinnen und -wächter sind ebenfalls zunächst einmal alle Personen der Bezugsgruppe; diese haben somit eine Doppelrolle.

„Wenn es zu einem Tabubruch kommt, handelt die Gruppe der Tabuwächterinnen und Tabuwächter sofort und schließt die Tabubrecherin oder den Tabubrecher aus. [...] Die Tabus einer Gemeinschaft sind allen Mitgliedern bekannt. Oft ist es ein unterbewusstes Wissen, welches im Laufe des Heranwachsens der Mitglieder erlernt wurde. Sie haben gelernt, dass man etwas nicht tut, über etwas nicht spricht, da es sonst Konsequenzen hat. Da die Gemeinschaft aber weiß, dass etwas für jeden einzelnen tabu ist, weiß sie auch, dass darauf zu achten ist, dass niemand dem zuwiderhandelt. Sie achtet auf Einhaltung des Tabus. Sobald ein Tabubruch bekannt wird, reagieren die Mitglieder der Gemeinschaft gemäß dem erlernten Handlungsmuster und dem Wissen und die Tabubrecherin oder der Tabubrecher wird bestraft. Dies kann unterschiedliche Qualitäten haben.“ (HELLWIG 2021, S. 49)

Nach HELLWIG sind sie somit in ihrer Rolle als Tabuwächterinnen und -wächter Sanktionssubjekt. Sie üben Sanktionen aus oder sind selbst von Sanktionen betroffen, wenn es zu Regelverletzung kommt.

4. Der Tabubrecher / die Tabubrecherin

Diese Akteursrolle lässt sich, ähnlich wie die der Tabugeberin bzw. des Tabugebers, nun wiederum nicht in normativer Weise fassen, da sie nicht weitestgehend verpflichtend vorgesehen und zuordenbar ist: „Ein Tabu zu brechen, oder gegen eine Norm zu verstoßen, ist nicht normativ festgelegt [...].“ (HELLWIG 2021, S. 48) Die Tabubrecherin bzw. der Tabubrecher „hat dabei nicht nur den Schaden, wenn sie/er gegen ein starkes Tabu verstößt, sondern gleichzeitig auch die Funktion, dass ihr/sein

Beispiel zur Stärkung des Tabus beitragen kann oder, wenn sie/er gegen ein schwindendes Tabu verstößt, einen Beitrag zur Auflösung zu leisten. Anhand der Tabubrecherin oder des Tabubrechers und ihrer/seiner Handlung kann deutlich gemacht werden, dass ein Tabu noch gilt, insofern ist diese Rolle wichtig im Tabusystem, denn sie trägt durch ihr Handeln dazu bei, dass der Status des Tabus deutlich wird. (HELLWIG 2021, S. 51) Der Tabubruch eines starken Tabus und dessen Ahndung verstärkt somit erneut die Macht des Tabus; der Tabubruch eines schwachen Tabus kann bei ausbleibender Ahndung „eine öffentliche Diskussion mit dem Ergebnis einer offiziellen Schwächung des Tabus, beziehungsweise eines Verschwinden des Tabus“ (HELLWIG 2021, S. 51) bewirken. Der Tabubruch ließe sich als Provokation verstehen oder aus systemtheoretischer Sicht auch als Perturbation; das Tabusystem wird erschüttert und positioniert sich zum Tabubruch, das Tabu kann daraus gestärkt oder geschwächt hervorgehen.

Interessant ist bei der Betrachtung des Tabusystems, dass unterschiedliche Akteursrollen innerhalb der Funktionsgruppe von der gleichen Personengruppe belegt werden. Die Funktionsgruppe nimmt das Ein- und Aufrechterhalten des Tabus in den Blick; der Tabubruch wird aber dadurch immer mitbedacht. Weiterhin systemtheoretisch interessant ist, dass diese Rollen sich auch innerhalb der Denkprozesse eines psychischen Systems abbilden; sich die Akteursrollen also in einer Person vereinigen. Der Umgang mit Tabuisiertem wird von unterschiedlichen Personen in unterschiedlicher Intensität aufrechterhalten und damit in unterschiedlicher Weise innerhalb des psychischen Systems der Person selbst wie auch in der Kommunikation mit anderen interpersonell gestärkt oder abgeschwächt. Insbesondere im Hinblick auf das Sprachtabu Sterben und Tod ist dieser Aspekt für diese Arbeit relevant. Im Rahmen dieser Arbeit soll von Tabuisierung gesprochen werden als einem Prozess, der in unterschiedlichen Ausprägungen vorliegen kann, nicht von einem Tabu, das absolut gilt und keine Abweichung in der Ausprägung kennt, denn

"Ob man redet oder schweigt, mag aber auch nicht zuletzt von dem Zeitpunkt abhängen, in dem darüber zu entscheiden ist. Für Kommunikation mag es zu spät sein; oder noch schädlicher: zu früh sein. Mit Rücksicht auf Zeit kann sich ein Zurückhalten von Kommunikation empfehlen. In einem sehr allgemeinen Sinne heißt jede Vorsicht mit Kommunikation bereits Geheimhaltung." (LUHMANN und FUCHS 1989, S. 101)

Tabuisierung findet in einem Interaktionssystem statt, dass sich durch Kommunikation und Nichtkommunikation innerhalb seiner Akteursrollen selbst erhält. Dies soll im Folgenden als Tabusystem bezeichnet werden. Das Tabusystem beobachtet sich in seiner Kommunikation und regelt sich dadurch selbst durch Anschluss und Nicht-Anschluss. So bedeutet Tabuisieren mitunter auch ein Abwägen des Zeitpunkts, ob und

wann ein Thema aus der Latenz zu holen und im Gespräch zu manifestieren sei; so dass es doch im Laufe der Zeit von einem Verschweigen zu einem Reden kommen kann als einem im weitesten Sinne geplanten Tabubruch.

2.2 Die Themen Sterben und Tod

In einem kurzen Exkurs basierend auf der Theorie selbstreferenzieller Systeme, soll die Funktion von Themen in der Kommunikation unter Anwesenden kurz beleuchtet werden, bevor sich der Begriffsklärung von Sterben und Tod zugewandt wird. Denn im Rahmen dieser Arbeit wird diese Bezeichnung benutzt: Die Themen Sterben und Tod.

2.2.1 Die systemtheoretische Funktion von Themen

Die interaktionelle Funktion von Themen sieht KIESERLING darin, „unbestimmbare in bestimmbare Systemkomplexität zu transformieren. Sie vereinfachen die für operativen Nachvollzug in jedem Fall viel zu komplexen Interdependenzen, die sich aus doppelter Kontingenz ergeben, so dass ihre Bestimmung durch Kommunikation unter Anwesenden möglich wird.“ (KIESERLING 1999, S. 180) Themen dienen zur Fortsetzung der Fortsetzbarkeit der Kommunikation; bevor nichts geredet wird, redet man über das Wetter. Die Unterscheidung von Themen und Funktionen der Kommunikation bezeichnet nach Kieserling eine Art gegenseitiges sich entwickelndes Kontinuum (vgl. KIESERLING 1999, S.183).

Und weiter: „Erst im Thema wird man den Druck los, irgendetwas tun zu müssen, aber nicht zu wissen und auch nicht wissen zu können: was. Insofern dienen Themen der Angstreduktion, [...]“ (KIESERLING 1999, S. 180). Dies scheint interessant im Hinblick auf tabuisierte und angstbesetzte Themen, wie Sterben und Tod; demnach würde das Unwissen über welche Themen zu sprechen sei, ebenfalls Angst erzeugen. Die Themen Sterben und Tod werden im GVP-Gesprächsprozess gesetzt; den an der Interaktion Beteiligten sind die Themen bekannt; zumindest die Angst, nicht zu wissen, worüber man sprechen könnte, scheint damit zunächst gebannt. Es handelt sich aber um an sich tabuisierte, angstbesetzte Themen. „Themen sind mögliche Kristallisationspunkte für Negationen, und das weiß man oder ahnt man bei ihrer Einführung in den Kommunikationsprozeß [sic]. Mit Thematisierungen läßt [sic] man sich daher auf ein Risiko ein. Das will taktisch überlegt sein und bedarf unter Umständen gesellschaftsstruktureller Absicherung durch Legitimation der Themen. (LUHMANN 1980, S. 100)“ Im Folgenden führt LUHMANN den Begriff Thematisierungsschwelle ein und bezeichnet damit die Situation, in der die Einführung eines Themas in die Kommunikation als besonders schwierig empfunden wird und die Vermeidung dieses Themas dem Fortsetzen der Kommunikation an sich dient. (vgl. ebd. S.100 f.)

Weiter, beschreibt KIESERLING, komme es bei der Wahl der Themen auf die Teilnahmechancen der an der Interaktion Beteiligten an. Asymmetrien werde durch Themenwechsel begegnet in der Hoffnung auf gleichberechtigte Teilnahmechancen und damit auf Fortsetzbarkeit von Kommunikation. (vgl. KIESERLING 1999, S.185 f.) Und auch hier ist GVP ein Gesprächsangebot, das Sterben und Tod als Themen festsetzt; dies könnte für die Fortsetzbarkeit der Kommunikation als hemmend gesehen werden.

2.2.2 Unterscheidung der Begriffe Sterben und Tod

Sterben und Tod werden häufig simultan genutzt und ohne exakte Trennung der Begrifflichkeit. BUSCH führt dazu COLLETT und LESTER an, diese hätten „erstmalig darauf hingewiesen, dass es sich trotz ihrer Untrennbarkeit bei ›Sterben‹ und ›Tod‹ um eigenständige Gegenstände handelt: Das Sterben bezeichnet den Prozess, der im Tod bzw. dem Zustand des Totseins mündet.“ (BUSCH 2020, S. 233) Ergänzend kann angemerkt werden, dass das eigene Sterben bewusst erlebt werden kann, der eigene Tod nicht. Aus entwicklungspsychologischer Sicht beschreibt CRĂCIUN den Tod als Endpunkt der persönlichen Entwicklung: „Der Tod ist Teil des Lebens und stellt den Moment dar, in dem eine Person wirklich aufhört, sich zu entwickeln. (Crăciun 2023, S. 541)“ Bedeutsam ist hier der Hinweis auf die Fähigkeit zur Entwicklung bis zum Lebensende. Erst der Tod beendet diese Entwicklung; nicht das Sterben.

Der Tod bleibt nicht als Ereignis auf das Individuum beschränkt; die Komplexität lässt sich folgendermaßen beschreiben: „Der Tod stellt ein komplexes Phänomen dar, das individuelle, aber auch soziale und kulturelle Aspekte umfasst. Obwohl der Tod primär ein biologisches Ereignis ist, ist er gesättigt mit sozialen (z. B. wie wird der Tod auf sozialer Ebene geregelt, Erbschaftsfragen, etc.), kulturellen (d. h. wie wird der Tod in einer bestimmten Kultur wahrgenommen) und politischen Bedeutungen (d. h. Todesstatistiken und wie sie Gesundheits- oder Rentenpolitik beeinflussen).“ (CRĂCIUN 2023, S. 542)

2.2.3 Historischer Perspektivwechsel auf Sterben und Tod

Die Einstellung der Gesellschaft in ihrer Sicht auf Sterben und Tod hat sich innerhalb der letzten Jahrhunderte gewandelt. Während über lange Zeit das Sterben und der Tod allgegenwärtig und in jedem Lebensalter gleich wahrscheinlich und im direkten Umfeld erlebbar war, wurde er als Normalität betrachtet. Dies änderte sich laut MOHR durch den medizinischen und organisatorischen Fortschritt des Gesundheitswesens; dieser machte „das Sterben zunehmend unsichtbar für die Lebenden, indem die Kranken und Sterbenden dem häuslichen Umfeld entzogen und speziellen Einrichtungen – Spitälern und Hospizen – zugeführt wurden. Am Ende der Entwicklung wurde Sterben nicht nur

unsichtbar, sondern zu einem beschämenden Versagen des Systems.“ (MOHR 2023, S. 24). MOHR nennt die von dem Historiker ARIES herausgearbeiteten vier Phasen dieses Veränderungsprozesses; diese belegt er anschließend mit den Auswertungen von Sterbetafeln auf Sterbewahrscheinlichkeit im Lebenszyklus (s. Tabelle 1, S. 13).



[Tabelle 1: Die Veränderung der Sichtweise auf Sterben und Tod und das Überraschungsmoment](#)

(eigene Darstellung; vgl. Mohr (2023) S. 24 f.)

Sterben in Kindheit, Jugend und Erwerbsalter wurde zum seltenen Schicksalsereignis und als Ergebnis des Scheiterns von Wissenschaft und Technik angesehen. (MOHR 2023, S. 25) Der Entfremdung wirkte dann sowohl die radikale Offenheit der AIDS-Aufklärungsbewegung als auch Öffentlichkeitsarbeit der Hospizbewegung entgegen. Durch die Covid-19-Pandemie drang die Bedrohung durch unkontrollierbares Sterben und Tod sehr stark ins kollektive Gedächtnis. Sterben und Tod wird durchaus öffentlich kommuniziert; Instrumente wie bspw. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind bekannt. Dabei weisen HELLER und WEGLEITNER kritisch darauf hin, dass in der heutigen Entwicklung der pluralistischen Gesellschaften die Art und Weise des Lebens und Sterbens nicht mehr tradiert vorgeschrieben ist:

„Man muss seine Lebens- und Sterbensgeschichte selber schreiben. An die Bürger wird die Erwartung gerichtet, autonom selber zu entscheiden, zu wählen, wie man leben, lieben, arbeiten, reisen, sterben und bestattet werden will. Nicht nur die Lebensgeschichte muss selbst entwickelt, „geschrieben“ und aufgezeichnet werden. Wir werden gezwungen, über die Dramaturgie unseres Altwerdens und Sterbens zu „verfügen“, den Ort und das Wie des Sterbens zu wählen und über den Modus der Versorgung (Maximaltherapie versus Minimaltherapie, kurativ versus palliativ etc.) letztlich noch Vorsorge zu treffen.“ (HELLER und WEGLEITNER 2017, S. 15)

CRĂCIUN verweist auf eine Studie von COTTRELL und DUGGLEBY aus dem Jahr 2016, die zu dem Schluss kamen, dass in westlichen Kulturen „der Tod selbst als akzeptabel angesehen wird, der Sterbeprozess jedoch verleugnet wird.“ (CRĂCIUN 2023, S. 555) Dies könnte im professionellen Kontext der Eingliederungshilfe bedeuten, dass der Umgang mit dem Tod professionell abgewickelt wird (z.B. Gespräche über Bestattungswünsche, Abschließen einer Bestattungsvorsorge über ein Treuhandkonto, ritualisierte Trauerfeier, standardisierte Form der Todesmitteilung innerhalb der Einrichtung und extern über die Lokalpresse), während das Sterben nicht bis kaum thematisiert wird (z.B. das Auslagern durch Verlegung in die Klinik). Der Tod ist Teil des Alltags und der Umgang damit eine Routine als formaler Akt, der die Todesfeststellung, das Ausstellen des Totenscheins und weitere zeitintensive Formalitäten umfasst. Dennoch tritt auf der Ebene des einzelnen Todes keine Gewöhnung ein. Daraus resultiert eine Ambiguität zwischen Besonderheit und Beiläufigkeit. Innerhalb der Alltagsroutine ist der Tod einer von vielen Tagespunkten; es gibt keinen Moment, um

innezuhalten, während er andererseits etwas Feierliches und Heiliges an sich hat. (SCHNELL et al. 2024, S. 60) Während der Tod die Einrichtungen als anspruchsvoller formaler Akt fordert, fordert der Sterbeprozess die Einrichtungen gerade durch das Meiden von Routine und Formalität. Ein passendes Vorgehen steht unter besonderen Vorzeichen sowohl für den Sterbenden als auch für die Mitarbeitenden der Einrichtungen. FALKENSTÖRFER zitiert hierzu ebenfalls den Ethiker Martin Schnell:

„Das Lebensende beansprucht den Sterbenden aktiv und passiv, und zudem beansprucht es die Begleiter, die dem Sterbenden ein 'Du' oder Dritte sind, und das ebenfalls aktiv wie passiv. Der Sterbende gestaltet sein Lebensende aktiv im Hinblick auf die Passivität des Verlassens der Welt. Die Begleiter gestalten ihre Begleitung aktiv, aber im Hinblick auf den passiven Moment des Abschieds und des Gehenlassens.“ (FALKENSTÖRFER 2024, S. 14)

Der Tod einer Person beendet sowohl die Autopoiese des Körpers als auch die Autopoiese ihres psychischen Systems und nimmt Einfluss auf die Autopoiese ihrer Systemumwelten. Das Wissen über den eigenen Tod beeinflusst bereits vor dem Todesereignis die Autopoiese des psychischen Systems einer Person. Der Tod tritt zu einem Zeitpunkt ein; dieser ist in der Regel nicht vorhersehbar. Im Gegensatz dazu ist Sterben kein Zeitpunkt, sondern ein Prozess nicht vorhersagbarer Dauer. Das Sterben einer Person beeinflusst die Autopoiese ihres Körpers und ihres psychischen Systems sowie die Autopoiese ihrer sozialen Systeme und damit auch die Autopoiese ihrer Systemumwelten. Im Rahmen dieser Arbeit wird zwischen den Begriffen Sterben und Tod unterschieden; werden beide meist gleichzeitig benannt, gilt die Aussage für beide, ohne diese an sich gleich zu setzen. Aufgrund ihrer Eingebundenheit in Kommunikationsprozesse wird von den Themen Sterben und Tod gesprochen.

2.3 Gesundheitliche Versorgungsplanung

Das Gesprächsangebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zielt ab auf erweiterte Selbstbestimmung und Autonomie der Kundinnen und Kunden durch Vermittlung von Wissen als Entscheidungsgrundlage und durch Begleitung in der individuellen Entscheidungsfindung zur proaktiven vorausahnenden Gestaltung der letzten Lebensphase. Es geht im Gegensatz zu Palliativ-Care-Angeboten um ein frühzeitiges Darüber-Sprechen; der GVP-Gesprächsprozess kann völlig unabhängig von einem in Kürze erwarteten Sterbe- und Todesereignis und vom Allgemeinzustand der Kundinnen oder des Kunden aufgenommen werden. Sowohl von Einrichtungs- als auch Kundenseite könnte dem Thema also noch recht einfach aus dem Weg gegangen werden; es also verschwiegen, gemieden und damit tabuisiert werden.

2.3.1 Rechtliche und strukturelle Einordnung von GVP

Durch die gesetzliche Verankerung im Jahr 2015 zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz) wurde festgelegt, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) anbieten können. Eine Verpflichtung gegenüber den Einrichtungen besteht nicht; ebenso wenig ein Rechtsanspruch der Bewohnerinnen und Bewohner auf das Beratungsangebot. Ende 2017 wurde die bundesweite Rahmenvereinbarung nach § 132 g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen von GVP zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Trägern der stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung abgeschlossen. Hierin ist die konkretere Ausgestaltung sowie die Kostenübernahme durch die Krankenkassen geregelt.

Rechtlich lässt sich das Gesprächsangebot auch unter dem Aspekt der Patienteneinwilligung und dem Recht auf Selbstbestimmung einordnen. Um sicherzustellen, dass der eigene Wille auch in Situationen gewahrt wird, in denen man selbst nicht mehr einwilligungsfähig ist, können die eigenen Wünsche über zukünftige Behandlungen frühzeitig dokumentiert und besprochen werden. Denn Voraussetzung für eine medizinische Behandlung ist neben der medizinischen Indikation die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten (§ 630d BGB). Bezüglich des Rechts auf Selbstbestimmung (Art. 2 GG) bedeutet dies, dass jede Person selbst entscheiden kann, ob sie in die Behandlung einwilligt oder nicht. Bei Einwilligungsunfähigkeit liegt eine besondere Situation vor. Existiert keine dokumentierte Willensbekundung oder betreffen die Regelungen in der vorliegenden Patientenverfügung nicht die aktuelle Behandlungssituation, so hat eine bevollmächtigte Person oder eine rechtliche Betreuerin bzw. ein rechtlicher Betreuer den Behandlungswunsch festzustellen und auf der Grundlage des sogenannten mutmaßlichen Willens die Entscheidung z.B. zur Einwilligung oder zur Ablehnung der Behandlung stellvertretend im Sinne der betroffenen Person zu treffen. Hierbei sind besonders die Wertvorstellungen, frühere Äußerungen, ethische und religiöse Überzeugungen der betroffenen Person zu berücksichtigen (§ 1901 BGB). Institutionelle Handlungsbereiche sind laut Gesetz somit stationäre Pflegeeinrichtungen (bspw. Altersheime) und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (bspw. Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung).

Akteure im Beratungsprozess sind in erster Linie die Bewohnerinnen und Bewohner und die nach entsprechendem Curriculum ausgebildeten Gesprächsbegleitenden⁴, hier bezeichnet als GVP-Beratende. Als weitere einzubeziehende Akteure zählen die Mitarbeitenden der Einrichtung, rechtlich bestellte Vertretungen, Bevollmächtigte, An- und Zugehörige der Bewohnerinnen und Bewohner, die hausärztliche Praxis sowie Facharztpraxen, Akteure der palliativen Versorgung, Kliniken aber auch bspw. Bestattungsunternehmen und Seelsorgende.

2.3.2 Spezifikation Eingliederungshilfe

Für die Eingliederungshilfe gelten spezifischen Anforderungen an GVP, die sich von denen in der Altenhilfe unterscheiden können. Beispielsweise kann häufig nicht bei den Bewohnenden von einem reifen Todeskonzept ausgegangen werden, auch die Demografie hat in und nach der Zeit des Nationalsozialismus eine andere Entwicklungskurve genommen als im Rest der Gesellschaft, weshalb Einrichtungen der Eingliederungshilfe hier den Umgang mit alten und hochbetagten Menschen erst wieder lernen müssen. Doch auch das Sterben ist aufgrund erhöhter Vulnerabilität auf alle Altersgruppen verteilt und unterscheidet sich damit zum Durchschnitt der Gesellschaft. Tabuisierung in unterschiedlichen Bereichen und Themen ist in der Eingliederungshilfe an sich keine Unbekannte; Mitarbeitende wie Bewohnende kennen bspw. den tabuisierenden Umgang mit Behinderung außerhalb der Einrichtungen. Ein weiterer Punkt, der für GVP in der Eingliederungshilfe entscheidend sein kann, ist die Diskrepanz

zwischen Bevormundung und Selbständigkeit, zwischen Fürsorgeverpflichtung und Selbstwirksamkeitserfahrung. Eine detailliertere Beschreibung dieser Spezifika in der Eingliederungshilfe werden in Tabelle 2 gelistet.

Einrichtungstyp	Spezifika
Altenheim	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Lebenserwartung der Bewohnerinnen und Bewohner • Hohe Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner • Hohe Inzidenz von Demenzerkrankungen • Hohe Inzidenz von Depressionen • Hohe Inzidenz von Suizidgedanken • Hohe Inzidenz von Selbstverletzungen • Hohe Inzidenz von Essstörungen • Hohe Inzidenz von Substanzmissbrauch • Hohe Inzidenz von Schlafstörungen • Hohe Inzidenz von Schmerzen • Hohe Inzidenz von Infektionskrankheiten • Hohe Inzidenz von Herz-Kreislauferkrankungen • Hohe Inzidenz von Diabetes mellitus • Hohe Inzidenz von Bluthochdruck • Hohe Inzidenz von Asthma bronchiale • Hohe Inzidenz von COPD • Hohe Inzidenz von Nierenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Lebererkrankungen • Hohe Inzidenz von Schilddrüsenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Autoimmunerkrankungen • Hohe Inzidenz von Krebs • Hohe Inzidenz von HIV/AIDS • Hohe Inzidenz von Infektionskrankheiten • Hohe Inzidenz von Herz-Kreislauferkrankungen • Hohe Inzidenz von Diabetes mellitus • Hohe Inzidenz von Bluthochdruck • Hohe Inzidenz von Asthma bronchiale • Hohe Inzidenz von COPD • Hohe Inzidenz von Nierenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Lebererkrankungen • Hohe Inzidenz von Schilddrüsenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Autoimmunerkrankungen • Hohe Inzidenz von Krebs • Hohe Inzidenz von HIV/AIDS
Wohngemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Lebenserwartung der Bewohnerinnen und Bewohner • Hohe Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner • Hohe Inzidenz von Demenzerkrankungen • Hohe Inzidenz von Depressionen • Hohe Inzidenz von Suizidgedanken • Hohe Inzidenz von Selbstverletzungen • Hohe Inzidenz von Essstörungen • Hohe Inzidenz von Substanzmissbrauch • Hohe Inzidenz von Schlafstörungen • Hohe Inzidenz von Schmerzen • Hohe Inzidenz von Infektionskrankheiten • Hohe Inzidenz von Herz-Kreislauferkrankungen • Hohe Inzidenz von Diabetes mellitus • Hohe Inzidenz von Bluthochdruck • Hohe Inzidenz von Asthma bronchiale • Hohe Inzidenz von COPD • Hohe Inzidenz von Nierenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Lebererkrankungen • Hohe Inzidenz von Schilddrüsenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Autoimmunerkrankungen • Hohe Inzidenz von Krebs • Hohe Inzidenz von HIV/AIDS
Wohnheim	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Lebenserwartung der Bewohnerinnen und Bewohner • Hohe Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner • Hohe Inzidenz von Demenzerkrankungen • Hohe Inzidenz von Depressionen • Hohe Inzidenz von Suizidgedanken • Hohe Inzidenz von Selbstverletzungen • Hohe Inzidenz von Essstörungen • Hohe Inzidenz von Substanzmissbrauch • Hohe Inzidenz von Schlafstörungen • Hohe Inzidenz von Schmerzen • Hohe Inzidenz von Infektionskrankheiten • Hohe Inzidenz von Herz-Kreislauferkrankungen • Hohe Inzidenz von Diabetes mellitus • Hohe Inzidenz von Bluthochdruck • Hohe Inzidenz von Asthma bronchiale • Hohe Inzidenz von COPD • Hohe Inzidenz von Nierenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Lebererkrankungen • Hohe Inzidenz von Schilddrüsenerkrankungen • Hohe Inzidenz von Autoimmunerkrankungen • Hohe Inzidenz von Krebs • Hohe Inzidenz von HIV/AIDS

Tabelle 2: Spezifische Anforderungen der Eingliederungshilfe

⁴ vgl. § 12 der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Spitzenverbänden der Alten- und Eingliederungshilfe nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen vom 13.12.2017

3 Forschungsstand

Dieses Kapitel dient der Betrachtung des Forschungsstands und der Darstellung relevanter und aktueller Studienergebnisse zum Thema bzw. aufgrund dünner Forschungslage zu Teilthemengebieten der Arbeit. Diese dienen sowohl als Basis des weiteren Erkenntnisprozesses, als auch zum Darstellen der Forschungslücken.

3.1 Vorgehen bei Auswahl und Auswertung der Studien

Die Studie von KLEMMT, M., ZEHL, F. et al. von 2024, „Gesundheitliche Vorausplanung für die letzte Lebensphase: Wie sind Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Bayern hierauf vorbereitet?“, veröffentlicht in Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), DOI: 10.1016/j.zefq.2024.09.004, war der Autorin bereits vorab bekannt. Diese Studie kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass Tabuisierung die Durchführung von GVP-Prozessen behindern kann. Diese Studie war Auslöser für die tiefergehende Fragestellung nach Tabuisierung in der Eingliederungshilfe im Zusammenhang mit GVP-Gesprächsprozessen und einer Annäherung des in der Studie genutzten Items „Thema zu heikel“.

Aufgrund der noch dünnen Studienlage zu GVP wurden weitere Studien flankierend hinzugenommen, die sich mit den Themen Verschweigen schlechter Nachrichten, Menschen mit (kognitiven) Behinderungen, Pflege, Advanced Care Planning, Sterben und Tod, Eingliederungshilfe bzw. Pflegeeinrichtungen befassen. Die Suche fand über das Online-Portal Google Scholar statt unter den genannten Suchbegriffen. Quellen werden mit und ohne Verknüpfung insbesondere zu den Stichworten Tabu, Tabuisierung, Verschweigen, breaking bad news, gesundheitliche Versorgungsplanung, Eingliederungshilfe, Sterben und Tod im Hinblick auf Relevanz zum Thema einbezogen. Bei den flankierend ausgewählten Studien mit Relevanz zum Thema handelt es sich einmal um eine Literatur-Review-Studie von den Herausgebenden SCHNELL, Martin W., SCHULZ-QUACH, Christian und DUNGER, Christine aus dem Jahr 2024 mit dem Titel „Todesvorstellungen von Heilberuflern“, erschienen bei Springer Fachmedien, Wiesbaden unter der ISBN 978-3-658-43828-9. Diese Quelle arbeitet mit Methoden der Literaturzusammenfassung und befasst sich mit den gelebten Erfahrungen von Gesundheitsfachkräften. Die Studie nimmt u.a. auch Bezug zum Umgang mit heiklen Themen wie Sterben und Tod und zu Offenheit im Umgang damit und setzt sich auch mit der Verdrängung dieser Themen auseinander. Eine Studie von TUFFREY-WIJNE, Irene et al. von 2013, „Developing guidelines for disclosure or non-disclosure of bad news around life-limiting illness and death to people with intellectual disabilities“,

erschienen im Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, Ausgabe 36, Seiten 231-242, unter DOI: 10.1111/jar.12026, richtet den Fokus auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung im Zusammenhang mit dem offenen Umgang mit Diagnosen bei lebensverkürzenden Erkrankungen. Somit kann sie als mögliche Hinweisgeberin für Arbeitshypothesen im Hinblick auf Tabuisierungstendenzen in der Eingliederungshilfe gelten, unter dem Vorbehalt, daraus keine direkte Übertragbarkeit zu GVP-Prozessen herleiten zu können. In der Studie von STANCLIFF, R. J. von 2016 „Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability“ veröffentlicht in Research in Developmental Disabilities, ISSN: 0891-4222, S. 47-59, wurden Erwachsene mit kognitiver Beeinträchtigung und Mitarbeiter als Referenzgruppe befragt über ihr Todeskonzept, ihr Wissen über Selbstbestimmung zur Planung des Lebensendes und ihre Angst vor dem Tod.

3.2 Ergebnisse der ausgewählten Studien

Die Studie „Todesvorstellung von Heilberuflern“ von SCHNELL u.a., von 2024, nutzt systematische Literaturrecherche für die vergleichende Zusammenschau relevanter Studien im Bereich Todesvorstellungen von Professionellen in Heilberufen und kommt zu folgenden Erkenntnissen: Heilberufliche Fachkräfte, die mit dem Tod konfrontiert werden, bilden eine Einstellung zum Tod aus, die auch die eigene Sterblichkeit berücksichtigt. (SCHNELL et al. 2024, S. 70) Das Phänomen der Ambivalenz gegenüber der Konfrontation mit dem Tod kann einerseits negative und störende Auswirkungen haben als auch gleichzeitig eine sinnstiftende Wirkung und dadurch mit positiven Gefühlen verbunden sein. (vgl. SCHNELL et al. 2024, S. 71) Die Erkenntnisse bestätigen die Terror Management Theory des Sozialanthropologen Ernest Becker, wonach psychologische Abwehrmechanismen die existenziellen Ängste abfedern können, die

aus dem Konflikt zwischen der bewussten Wahrnehmung der misslichen Lage des Todes und einem inneren Drang zur Selbsterhaltung (Autopoiese) entstehen. Es lässt sich unterscheiden zwischen einfachen Abwehrmechanismen als proximaler Abwehr (Vermeidung, Verleugnung) und komplexeren Abwehrmechanismen (Selbstwertgefühl, kulturelle Weltanschauung als Vermittler von Sinn und Ordnung in der Welt).

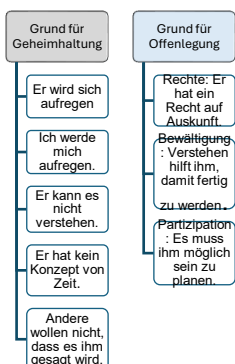


Abbildung 2: Gründe für Geheimhaltung und Offenlegung (eigene Darstellung nach TUFFREY-WIJNE et al. 2013, S. 234)

Daraus schlussfolgert die Studie, dass wenn die „Konfrontation mit dem Sterbeprozess und dem Tod die bewusste Wahrnehmung von Todesgedanken erhöht (...), dann werden Individuen mit hohem Selbstwertgefühl und stabiler sozialer Eingebundenheit gelassener darauf reagieren als Menschen, die in einer der beiden Bereiche verunsichert

sind.“ (SCHNELL et al. 2024, S. 71) Ein sekundärer, relevanter Befund der Studie sei „der Gedanke der Vorbereitung, den viele Teilnehmende als wünschenswert gegenüber einem unerwarteten, plötzlichen Tod beschrieben. Das Angebot einer gewissen pädagogischen Vorbereitung scheint wichtig zu sein, um sich selbst in einem Zustand der Vorbereitung auf die Konfrontation mit dem Tod zu sehen.“ (SCHNELL et al. 2024, S. 73) Es wird hierbei neben dem Wunsch nach Wissen über den Tod auch der Wunsch nach reflexivem Üben und selbsterfahrungsbasierendem Lernen zur Gestaltung von Einstellungen genannt. Es kann ein Unterschied im Erleben des Todes je nach Alter des Sterbenden bei den Heilberuflern festgestellt werden. Der Tod eines Kindes wird häufig mit Gefühlen des professionellen und persönlichen Scheiterns verbunden und potenziert den Wunsch nach Vorbereitung bzw. Vorbereitet-sein. (vgl. SCHNELL et al. 2024, S. 74) Ein weiterer Einflussfaktor sei die Beziehung zum Verstorbenen. So mache es einen Unterschied, ob „er lange Zeit (z. B. Hausarzt, Pflegeheim) oder nur für kurze Zeit (z. B. Notaufnahme) als Person/Mensch bekannt war. Das Gleiche gilt für die Umgebung, in der die Konfrontation mit dem Tod stattfindet (z. B. zu Hause, in einem Krankenhaus usw.).“ (SCHNELL et al. 2024, S. 75) Diese Erkenntnisse aus der Studie lassen sich nicht auf die Eingliederungshilfe übertragen, geben aber interessante Hinweise aus benachbarten Bereichen der pflegerischen Versorgung Sterbender und dem Umgang mit der Erwartung des Todes im professionellen Setting. „Der Tod konfrontiert wie kein anderes Ereignis die Heilberufler mit ihren persönlichen Vorerfahrungen und Erwartungen über die Ordnung der Welt, mit ihren Annahmen über Leben und Tod.“ (SCHNELL et al. 2024, S. 63)

Die Studie „Developing guidelines for disclosure or non-disclosure of bad news around life-limiting illness and death to people with intellectual disabilities“ (TUFFREY-WIJNE et al. 2013) öffnet den Blick unter dem Fokus auf kognitive Behinderung. Die Studie ermittelt Leitlinien für Offenlegen oder Verschweigen (s. Abbildung 2, S. 18) im Sinne einer Abwägung zwischen Reden und Verschweigen; allerdings ohne Berücksichtigung des Faktors Zeit und der Option des noch nicht Redens oder des noch Schweigens. Als Gründe für das Geheimhalten werden u. a. Erwartungen genannt: Die Erwartung, dass der Mensch mit kognitiver Beeinträchtigung seine psychische Stabilität verliert; die Erwartung, dass die medizinische Kraft selbst ihre psychische Stabilität verliert; die Erwartung, dass bei der erkrankten Person die Einsichtsfähigkeit in die Diagnose fehlen könnte; die Erwartung, dass die terminal erkrankte Person kein Konzept von Zeit und Endlichkeit besitzt. Lediglich der Grund, dass Dritte nicht wollen, dass die Diagnose geheim gehalten wird, ist ein erhebbarer äußerer Umstand. Die Gründe für das Offenlegen stehen dagegen in enger Verbindung zum Konzept der Selbstermächtigung;

Wissen, Verstehen und Zukunft selbst gestalten. Diese Studie über die Entwicklung von Leitlinien für die Weitergabe bzw. Nichtweitergabe schlechter Nachrichten über lebensbegrenzende Krankheiten und Tod an Menschen mit geistiger Behinderung ergab, dass Menschen mit geistiger Behinderung besser mit Tod und Sterben umgehen können, wenn ihnen geholfen wird, zu verstehen, was passiert. Gleichzeitig bestehe aber auch die Möglichkeit, dass eine offene Besprechung über eine terminale Prognose Schaden anrichten kann (TUFFREY-WIJNE et al. 2013). Die Studie legt einen sensiblen Umgang mit dem Offenlegen und Verschweigen einer terminalen Prognose nahe. Die Studienergebnisse sind nicht auf GVP-Gesprächsprozesse übertragbar; allerdings gilt für jedes Leben von vornherein eine terminale Prognose; dies offen zu legen oder zu verschweigen bedarf auch bei aus den in der Studie ermittelten Gründen möglicherweise bei GVP-Gesprächsprozessen eines sehr sensiblen Umgangs. Dieser Umgang könnte sich dann entsprechend der Studie an dem Paradigma der größtmöglichen Unterstützung beim Verstehen, unter Vorbehalt keinen Schaden anzurichten, orientieren.

Die Studie von STANCLIFF et al. von 2016 „Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ?“ kommt unter anderem zu der Erkenntnis, dass ein besseres Verständnis des Todes die Angst der Menschen vor ihm verstärken kann und ebenso ein Zusammenhang vermutet werden kann zwischen eigener Todesangst von Personal der Eingliederungshilfe und Wissensvermittlung über Sterben und Tod gegenüber den Kundinnen und Kunde. Die Ergebnisse eines besseren Verständnisses durch Menschen mit leichterer kognitiver Beeinträchtigung untermauern, dass kognitive Faktoren ein Grund dafür sind, warum Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung Schwierigkeiten mit den oft abstrakten Vorstellungen im Zusammenhang mit dem Tod haben. Lernschwierigkeiten würden jedoch besondere Anstrengungen in der Bildung erfordern, um den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gerecht zu werden. So wird festgestellt, dass Vermeidung und Schutz durch Pflegende wichtige Gründe dafür sind, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung weniger Möglichkeiten haben, über Lebensende und Tod zu lernen. Die Studie empfiehlt daher die Entwicklung wirksamer Interventionen und deren Evaluierung, um mehr Möglichkeiten für das Lernen und Verstehen zum Lebensende zu schaffen. Die Studie sieht darin eine wichtige Intervention, um das Recht von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auf Verständnis und Selbstbestimmung zu unterstützen. Darüber hinaus könne eine Intervention Stress, psychische Morbidität, komplizierte Trauer und entrechtete Trauer reduzieren. Die festgestellten Defizite in Bezug auf Wissen und Selbstbestimmung bieten laut Studie eine ausreichende Rechtfertigung für

Interventionen zur Verbesserung dieser Ergebnisse; um selbstbestimmt zu sein, müsse man zumindest ein grundlegendes Verständnis der Themen haben. Die erhebliche Variabilität unter den Teilnehmenden deute jedoch auch darauf hin, dass ein individualisierter Interventionsansatz gewählt werden solle. Darüber hinaus zeige die in der Studie ermittelte höhere Angst bei Menschen mit Behinderung, dass es sich um eine besonders gefährdete Gruppe handele, für die eine noch größere Sensibilität und Unterstützung angebracht sei. Schließlich gebe es Hinweise, dass die Fähigkeit und Bereitschaft des Personals, Bildungsmaßnahmen, die das Lebensende betreffen, durchzuführen, mit ihrer persönlichen Todesangst zusammenhängen kann. In der Praxis könne ein Ansatz zur Bewältigung dieser Herausforderung darin bestehen, dass sich die Mitarbeiter selbst und freiwillig für die Teilnahme an solchen Fortbildungsangeboten entscheiden können. (STANCLIFF et al. 2016, S 49 f.)

Die im Rahmen des Health Services Research veröffentlichte aktuelle Studie „Gesundheitliche Vorausplanung für die letzte Lebensphase: Wie sind Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung in Bayern hierauf vorbereitet?“ (KLEMMT et al. 2024) widmet sich der Umsetzung von GVP in der Eingliederungshilfe und identifiziert Hindernisse, die Optimierung unter strukturellen, personalen und emotionalen Aspekten nahelegen.

„Als Hindernisse bei der Initiierung und Durchführung von gesundheitlichen Vorausplanungsprozessen mit Bewohnenden nennen die Befragten (n = 62; sowohl Einrichtungen mit und ohne Vergütungsvereinbarung § 132g SGB V) mangelnde Fähigkeiten der Bewohnenden (kognitiv, kommunikativ, Einwilligungsunfähigkeit, fehlende Krankheitseinsicht) (n = 25), mangelnde Ressourcen (Personalmangel und häufige Personalwechsel, Zeitknappheit) (n = 24), eine fehlende Relevanz im Setting (aufgrund des Zweifels am Nutzen, des Alters der Bewohnenden oder weil dies aus Perspektive der Befragten nicht in den Aufgabenbereich der Einrichtungen fällt) (n = 14), eine ablehnende Haltung von Bewohnenden (n = 11) und Angehörigen (n = 13), mangelnde Qualifikationen bzw. Wissensdefizite der Mitarbeitenden (juristisch, medizinisch, hinsichtlich Gesprächsführung) (n = 12), die Komplexität und Sensibilität bzw. **Tabuisierung der Thematik** generell (n = 9) sowie eine mangelnde Bereitschaft weiterer Personen wie rechtlichen Betreuer:innen und Ärzt:innen (n = 6).“ (KLEMMT et al. 2024, S. 6)

Unter anderem wird im Zuge dieser Forschungsarbeit die Tabuisierung der Thematik als ein Hindernis genannt. Dieser Punkt wurde in der Studie neben anderen Items untersucht mittels Fragebogenerhebung über das Item „Thema zu heikel“. Insbesondere diesem Aspekt des Heikel-Seins und seiner Relevanz für Kommunikation und Nichtkommunikation im Rahmen der Gesundheitlichen Versorgungsplanung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf die Spur zu kommen, kann als roter Faden dieser Arbeit verstanden werden.

3.3 Forschungslücken

Die Spezifikation der vorliegenden Studien auf die Eingliederungshilfe und das Gesprächsangebot der GVP ist nur eingeschränkt möglich, sie können allerdings als Hinweisgeber für mögliche Arbeitshypothesen dienen. Die Studie von KLEMMT et al. ist hier die vor allem maßgebliche und als eine Grundlagenstudie in dem noch recht unerforschten Gebiet der Gesundheitlichen Versorgungsplanung zu sehen. Die Ergebnisse der Studie geben unter anderem Hinweise auf Hemmnisse, die auf Tabuisierung beruhen könnten, eine weitere Konkretisierung des darin verwendeten Items „Thema zu heikel“ wird allerdings nicht vorgenommen. Die dünne Studienlage zu Tabuisierungstendenzen im Zusammenhang mit dem Gesprächsangebot der GVP macht es erforderlich, sich diesem zu-heikel-Sein zu nähern. Eine erste Bedeutungsübersicht⁵ gibt „heikel“ als mit größter Vorsicht zu behandeln, bedenklich, delikat⁶ an. Diese Wortbedeutungen zugrunde legend und mit den Ausführungen zu Tabuisierung in Verbindung gebracht, kann ein Thema dann als „heikel“ angesehen werden, wenn eine Person irgendwelche negativen Reaktionen als Folge einer Annäherung im Allgemeinen oder als Folge einer spezifischen Auseinandersetzung damit erwartet. Dies ist zunächst unabhängig vom inhaltlichen Gegenstand der Frage oder Aussage. Eine negative Konsequenz bedeutet dann:

1. Die Person selbst oder andere Akteure der sozialen Umwelt sanktionieren die Auseinandersetzung mit dem Thema negativ, und zwar in der Rolle als Tabuwächter,
2. die Person, ist in der Rolle des Tabunehmers und erwartet eine negative Sanktionierung durch ihre soziale Umwelt oder
3. die Person ist selbst von der Auseinandersetzung negativ betroffen in ihrer Rolle als Tabubrecher.

Erwartungen hinsichtlich einer negativen Sanktionierung können dabei je nach Person und Themen unterschiedlich ausfallen; so gibt es eigentlich kein Thema, das per se als „zu heikel“ bezeichnet werden könnte. Themen werden erst durch die konkrete

⁵ Bedeutungsverwandte Ausdrücke: bedenklich · brenzlich · brenzlich · brisant · delikat · heikel · kritisch · neuralgisch · nicht unbedenklich · prekär · problematisch · problembehaftet · schwierig · verfänglich | heiklig veraltet · spinös veraltend (vgl. Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache.)

⁶ Im etymologischen Wörterbuch des Deutschen ist folgende Bedeutung finden: „heikel Adj. ‘bedenklich, delikat, wählerisch (im Essen)’. Im 16. Jh. vom Obd. ausgehend und zunächst in der Bedeutung ‘leicht Ekel empfindend, wählerisch’ verwendet, ist heikel offenbar früh von dem im Md. und Nd. geläufigen ekel (s. d.) beeinflusst. Seine Herkunft läßt sich nicht sicher klären. Am ehesten ist mit Weitzenböck in: Zs. f. Mundartforsch. 12 (1936) 229 f. von mhd. heien, heigen (mundartlich bair. auch haigeln) ‘hegen, schützen’ auszugehen, zu dem ein Adj. heigel, heikel (in Mundarten oft haggel, hagel, hakl) ‘zur Schonung geneigt, sorgfältig’ gebildet sein müßte. Neben heikel findet sich seit dem 17. Jh. die in der Gegenwart veraltete gleichbed. Ableitung heikelich, heiklig. PFEIFER 1993.“

Interaktionssituation, durch die dort agierenden Interaktionspartner und die Erwartungen der Person zu „heiklen Themen“. Deshalb kann ein bestimmtes Thema für eine bestimmte Person unter bestimmten Umständen „heikel“ sein, während es von anderen Personen keineswegs als heikel empfunden wird. Ein beliebiges Thema wird also dann „heikel“, wenn sie bei der Person Angst oder zumindest Unbehagen erzeugt. Und das tut es dann, wenn der Person aufgrund verinnerlichter sozialer Normen bewusst wird, dass das Thema nicht geeignet für eine „alltägliche“ kommunikative Situation ist und/oder eine bestimmte Aussage eine Verletzung bestehender sozialer Normen ist. LUHMANN äußert zum Umgang mit heiklen Themen:

„... wenn man beachtet, dass jede Kommunikation einen Einsatz (enjeu) wagt, etwas aufs Spiel setzt, etwas riskiert, nämlich: abgewiesen zu werden. Das Risiko liegt in der Zuspitzung auf einen Punkt (einen Satz, eine Aussage) und in der Auswahl gerade dieses Punktes unter vielen anderen möglichen. Man kann dies Risiko nicht vermeiden, denn die Kommunikation erfordert Selbstbestimmung. Man kann es durch Verharmlosung der Thematiken abschwächen, aber nicht immer und oft nicht, ohne daß [sic] gerade diese Absicht der Vermeidung heikler Themen schweigend mitkommuniziert wird. (LUHMANN, FUCHS 1989, S. 17–18)“

Als Forschungslücke erweist sich daher die Frage, welche Aspekte das Sprechen oder das Schweigen über die Themen Sterben und Tod befördern und welche Erfahrungen GVP-Beauftragte dabei seit Einführung des Gesprächsangebots in ihren Einrichtungen mit Blick auf die Einrichtung, die Bewohnenden, die Mitarbeitenden und auf sich selbst machen konnten und mit welchen Einschätzungen, Vorerwartungen bzw. Erwartungserwartungen hinsichtlich Tabuisierungstendenzen sie in GVP-Gesprächsprozesse gehen. Auch interessant ist, ob und wie sich GVP-Beratende an dem Paradigma der größtmöglichen Unterstützung beim Verstehen, unter Vorbehalt keinen Schaden anzurichten, bereits orientieren. Und hier auch die Frage, ob die Angst, Schaden anzurichten, GVP-Gesprächsprozesse verhindern oder behindern kann. Im Hinblick auf die Studie von STANCLIFF et al. stellt sich dazu die Frage, ob auch die Angst, selbst Schaden zu nehmen bei Mitarbeitenden und auch den GVP-Beratenden selbst eine Rolle spielt, die Themen Sterben und Tod zu meiden und aus der Kommunikation zu halten. Da die Studie von KLEMMT et al. 2024 Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Bayern anschrieb und die zu Befragenden vor allem auf Ebene der Einrichtungsleitung vermutet werden können, soll in dieser Arbeit ein Fokus auf die Sichtweise der GVP-Beauftragten und deren Expertise gelegt werden; dies soll nicht auf ein Bundesland beschränkt bleiben.

4 Forschungsdesign der Befragung

In diesem Kapitel wird das Forschungsdesign zur Expertenbefragung mittels Fragebogen im Detail beschrieben. Ausgehend von der Darstellung der Detailfragen und Arbeitshypothesen wird die gewählte Methodik der Expertenbefragung mittels Fragebogen und die Auswahl der Zielgruppe dargestellt. Es folgen die Überlegungen zum Erstellen des Fragebogens und zum Vorgehen bei der Durchführung. Auf das Codebuch für den Fragebogen wird verwiesen; dieses befindet sich im Anhang.

4.1 Detailfragen und Arbeitshypothesen

Zur Bildung von Detailfragen und Arbeitshypothesen dienen die im Voraus genannten Studien sowie die Erkenntnisse aus den theoretischen Grundlagen. Aus den beschriebenen Forschungsergebnissen der Studien und den identifizierten Forschungslücken lassen sich im Hinblick auf die Forschungsfrage folgende weiterführende Detailfragen und Arbeitshypothesen ableiten:

Detailfrage D1: Welche Aspekte innerhalb des GVP-Gesprächsprozesses begünstigen aus Sicht der GVP-Beratenden das Reden über die Themen Sterben und Tod?

Gesucht werden soll hierbei nach Aspekten, die den GVP-Beratenden aus ihrer praktischen Tätigkeit bekannt sind. Es wird davon ausgegangen, dass förderliche Aspekte von ihnen aufgrund ihrer Erfahrung im Durchführen von Gesprächsprozessen genannt und reflektiert und damit aus ihrer Sicht heraus begründet werden können.

Detailfrage D2: Welche Aspekte innerhalb des GVP-Gesprächsprozesses fördern aus Sicht der GVP-Beratenden das Verschweigen der Themen Sterben und Tod?

GVP-Beratenden sind aus ihrer Tätigkeit und ihrer Erfahrung im Durchführen von Gesprächsprozessen Aspekte bekannt, die zu einem Vermeiden und Verschweigen der Themen Sterben und Tod führen können. Diese Aspekte können von ihnen genannt, reflektiert und aus ihrer Sicht begründet werden.

Hypothese H1: Es besteht die Erwartungserwartung bei GVP-Beratenden, dass Kommunikationslatenz bei Bewohnenden zu den Themen Sterben und Tod existiert.

GVP-Beratende können die Bereitschaft der Bewohnenden sich mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation auseinanderzusetzen aus ihrer Erfahrung einschätzen. Sie können Aussagen treffen, mit welcher Offenheit sich Bewohnende in der Regel den Themen in den Gesprächen nähern und wie sie die Offenheit von Bewohnenden erleben. Ebenfalls können sie Aussagen dazu treffen, wie häufig Gesprächstermine auf unbestimmte Zeit verschoben oder weitere Gesprächstermine vermieden werden.

Hypothese H2: Es besteht bei GVP-Beratenden die Erwartungserwartung, dass Mitarbeitende die Themen Sterben und Tod als heikel empfinden und diese daher in der Kommunikation vermeiden.

Hier wird davon ausgegangen, dass GVP-Beratende aus ihrem Erleben und ihrer Erfahrung heraus eine subjektive Aussage über ihr Empfinden treffen können, wie sie die Bereitschaft der Mitarbeitenden ihrer Einrichtungen, sich mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation und auch im Hinblick auf ihre Bewohnenden auseinanderzusetzen, einschätzen und bewerten. Sie können eine subjektive Einschätzung darüber abgeben, ob Mitarbeitende ein Unbehagen empfinden bei den Themen Sterben und Tod. Dies lässt Rückschlüsse auf ihre eigenen Erwartungserwartungen zu, denen sie in Gesprächen mit Mitarbeitenden folgen. Erwartungserwartungen führen bspw. dazu, dass GVP-Beratende die Themen Sterben und Tod zwar nicht bei sich selbst als heikel einschätzen, dies aber von ihrem Gegenüber erwarten und daher möglicherweise kommunikativ anders agieren. Hier wird einerseits eine Aussage aufgestellt, die in der Beobachtung erster Ordnung Aufschluss auf die Mitarbeitenden einer Einrichtung aus Expertensicht geben kann, andererseits ließe sich aus der Beobachtungsperspektive zweiter Ordnung auch etwas über die Expertinnen und Experten, die GVP-Beratenden, ableiten. Aus Sicht der GVP-Beratenden könnten diese Ergebnisse auch für eine Selbstreflexion zu in der Peergroup verbreiteten Annahmen erfolgen.

Hypothese H3: GVP-Beratende sehen im GVP-Angebot ein Angebot, das Mitarbeitende als Erleichterung empfinden, da sie Gespräche über Sterben und Tod mit den Klienten dorthin verlagern und damit abgeben können.

Die GVP-Beratenden können eine Einschätzung abgeben, inwiefern sie den Eindruck haben, dass Mitarbeitende ihrer Einrichtung der Durchführung von GVP-Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern vorbehaltlos gegenüberstehen. Ebenfalls können Sie ihre Erfahrungen mit Mitarbeitenden einschätzen, unter dem Aspekt, dass Mitarbeitende es begrüßen, dass Bewohnende mit ihren Gesprächsanliegen über die Themen Sterben und Tod an das GVP-Gesprächsangebot vermittelt werden können.

Hypothese H4: Ein GVP-Gesprächsprozess ist förderlich für die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.

Diese Hypothese bezieht sich stark auf die Wirksamkeitserwartung der GVP-Beauftragten auf ihre eigene Tätigkeit, den GVP-Gesprächsprozess und seinen Einfluss auf die Enttabuisierung der Themen Sterben und Tod.

Hypothese H5a: Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad der Auseinandersetzung der GVP-Beratenden mit eigenem Sterben und Tod und dem Grad der Gesprächsbereitschaft bei den Bewohnenden.

Erleben sich GVP-Beratende als relativ befasst in der Auseinandersetzung mit eigenem Sterben und ihrer eigenen Endlichkeit, wirkt sich dies eventuell auf die Gesprächsbereitschaft der Bewohnenden aus. Die Gesprächsbereitschaft nimmt dann möglicherweise zu.

Hypothese 5b: Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad der eigenen Auseinandersetzung der GVP-Beratenden mit dem eigenen Sterben und Tod und dem Grad des Rückzugs aus den Themen Sterben und Tod bei Bewohnenden.

Rückzugsbestrebungen, Vermeidungsverhalten und Gesprächsabbrüche sind möglicherweise seltener, wenn der GVP-Beratende selbst sich dem Thema des eigenen Sterbens und des eigenen Todes zugewandt nähern kann.

Hypothese 6: Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad an erwartetem Unbehagen der Mitarbeitenden, sich mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen und deren Tendenz bei selbigen, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern.

Unbehagen auf Seiten der Mitarbeitenden kann unterschiedlichste Ursachen haben, sei es eine eigene Vermeidung und Distanzierung zum Thema, aber auch ein im Tätigkeitsfeld begründeter Mangel an Zeit und geeigneter Räumlichkeit oder auch eine Verunsicherung, in welcher Weise darüber gesprochen werden kann. Hier geht es um eine generelle subjektive Einschätzung der GVP-Beratenden, auf das Vermeidungsverhalten und die Verlagerung der Themen Sterben und Tod in den Aufgabenbereich der GVP-Gesprächsbegleitung.

Hypothese 7: Es besteht eine Korrelation zwischen dem leichten Zugang in der Kommunikation zu den Themen Sterben und Tod bei GVP-Beratenden und der Tendenz bei Mitarbeitenden, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern.

Hier soll untersucht werden, inwiefern sich aus den Angaben der GVP-Beratenden eine Korrelation ableiten lässt zwischen dem kommunikativen Umgang mit den Themen Sterben und Tod seitens der GVP-Beauftragten und der Verlagerung dieser Thematik seitens der Mitarbeitenden aus dem eigenen Zuständigkeitsbereich in den der GVP-Beauftragten. Es wird vermutet, dass eine offene Kommunikationsbereitschaft seitens der GVP-Beratenden bei den Themen Sterben und Tod, die Bereitschaft bei

Mitarbeitenden erhöht, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod an die GVP-Beratenden weiterzuvermitteln.

Hypothese H8: Es besteht eine Korrelation zwischen der Direktheit der GVP-Beratenden im Umgang mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation und deren Einschätzung zur Gesprächskultur im Hinblick auf die Themen Sterben und Tod.

Hier sollen aus den Antworten in den Bereichen der eigenen Kommunikationsfähigkeit und der Einschätzung, ob die Themen Sterben und Tod in ihrer Einrichtung tabuisiert werden, Schlüsse über einen möglichen Zusammenhang gezogen werden.

GVP-Beratende konstruieren ihre Wirklichkeit; möglicherweise nehmen Sie wahr, dass ihre Einrichtung aufgeschlossen gegenüber den Themen Tod und Sterben ist, weil sie selbst aufgeschlossen dem gegenüber sind. Es könnten Beobachtungslatenzen bestehen bezüglich dem Vermeidungsverhalten der Mitarbeitenden und gegenüber deren Schwierigkeiten im Umgang mit den Themen Sterben und Tod.

Hypothese H9: Das Verschweigen der Themen Sterben und Tod ist selbst integraler Bestandteil bei GVP-Gesprächsprozessen.

Auch in Gesprächsprozessen der GVP ist es eine gewisse Vorsicht im Umgang mit den Themen Sterben und Tod unerlässlich. Es wird vermutet, dass diese Vorsicht und das damit möglicherweise verbundene Schweigen ein Bestandteil des Gesprächsprozesses sein kann. Zentrales Element ist dabei die Gesprächsbereitschaft des Bewohnenden / der Bewohnenden. Aber auch die momentane Gesprächsbereitschaft des GVP-Beratenden spielt eine Rolle, sich den Themen mit Vorsicht zu nähern.

Kommunikationslatenz von Seiten der GVP-Beratenden kann vermutet werden, wenn beim Gegenüber Angst, sich den Themen zu nähern, erwartet wird. Gleiches gilt, wenn beim Gegenüber die Themen Sterben und Tod und der offene Umgang damit als mit Scham behaftet erlebt wird. Ein weiterer Grund für die Meidung der Themen Sterben und Tod kann bei den GVP-Beratenden vermutet werden, wenn sie wegen eigener momentan instabiler Verfassung nicht die notwendige Stabilität mit ins Gespräch bringen können, um dem Gegenüber die notwendige Sicherheit in der Kommunikation vermitteln zu können. Wie in der Studie von Klemmt ebenfalls festgestellt, können auch räumliche und zeitliche Mangelsituationen eine Gesprächssituation beeinträchtigen. Dies abzufragen und mit der Studie von Klemmt zu vergleichen, kann hilfreich sein, um die Studienergebnisse zu „eichen“. Es besteht weiterhin die Vermutung, dass eine vertrauensvolle Gesprächsbeziehung notwendig ist, um heikle Themen offen besprechen zu können und eine unausgereifte Vertrauens- und Beziehungsebene dem offenen Umgang mit den Themen Sterben und Tod in den Gesprächen nicht dienlich ist.

Letztlich kann auch vermutet werden, dass eigenes Hadern mit der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod einen Austausch blockiert.

4.2 Auswahl und Begründung der Methodik

Die Detailfragen und Arbeitshypothesen sollen mittels anonymer Fragebogen-Befragung näher untersucht werden. Nach Verteilen der Fragebögen mit Anschreiben können diese von den Befragten mittels adressierter und vorfrankierter Umschläge anonym zurückgesandt werden.

Das Ziel der Analyse ist das Feld zu beleuchten, um im Sinne einer Grundlagenforschung eine Datenbasis zu erhalten, die erste Einblicke und Hypothesen erlaubt. Infrage kämen dabei unterschiedliche Methoden wie narratives Interview der am GVP-Gesprächsprozess in unterschiedlichen Rollen beteiligten Akteure, Experteninterviews oder Befragungen mittels Fragebogen. Eine Befragung mittels Fragebogen wird hier der Vorrang gegenüber wenigen Experteninterviews gegeben, da ein erstes Stimmungsbild erhoben werden soll und GVP-Beratende der Eingliederungshilfe befragt werden sollen. Narrative Interviews aller beteiligter Akteure mit einer entsprechend großen Vertreteranzahl in den einzelnen Akteursgruppen würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen.

Ein Vorteil des Fragebogens ist seine Anonymität, da es sich um tabuisierte Themen handelt, die auch teils die eigene Professionalität der Expertinnen und Experten betreffen. Eine Qualität der Beziehungsebene zwischen Befragten und Interviewenden nimmt bei Befragung mittelst anonymisierter Fragebogen keinen Einfluss auf das Antwortverhalten. Dadurch ist der Aussagegehalt möglicherweise näher an der erlebten Realität, da keine Rückschlüsse auf die Befragten selbst oder ihre Professionalität gezogen werden können. Weitere Stärken des Fragebogens sind die Realisierung einer Standardisierung, denn alle Befragten bekommen die exakt gleichen Fragen und durch die Skalierung ist ein Rating möglich. Ebenfalls ermöglicht er aber auch offene Fragen, um einen ersten umfassenden Eindruck zu den Detailfragen zu erlangen. Insgesamt ist der Fragebogen ein passendes Instrument, um vor dem Hintergrund einer Grundlagenstudie durch eine größere Anzahl von Expertinnen und Experten ersten Tendenzen nachzuspüren.

Damit ist dieser Vorteil des Fragebogens auch gleichzeitig sein Nachteil; denn eine Aussagentiefe, wie sie bei Experteninterviews möglich wäre, wird nicht erreicht; ein gezieltes Nachhaken, wie in narrativen Interviews möglich, ebenfalls nicht. Dies wirkt sich auf die Aussagetiefe und das Nachvollziehen von beschriebenen Zusammenhängen aus. Den Aussagen fehlt mitunter ein konkretisierender Bezug zum

individuell gesehenen Kontext der Befragten. Diese Nachteile des Fragebogens werden vor dem Hintergrund einer Grundlagenstudie in Kauf genommen. Folgestudien könnten dies allerdings aufgreifen und durch Befragungen das Feld tiefer dahingehend untersuchen.

Für die Arbeitshypothesen (s. Abschnitt 4.1) soll die Datenerhebung im Fragebogen mittels Skalierungsfragen erhoben werden. Skalierungsfragen eignen sich methodisch, um die Meinung oder den Standpunkt einer Person zu quantifizieren. Skalierungsfragen machen Meinungen und Verhaltensweisen messbar und damit deutbar und ermöglichen so, eine qualitative Einschätzung in eine quantitative Aussage zu übersetzen.

Inhaltlich werden die Detailfragen (s. Abschnitt 4.1) im Fragebogen in einem qualitativen Frageteil behandelt; im Gegensatz zu geschlossenen Fragen, die nur eine begrenzte Auswahl an Antworten erlauben, ermöglichen offene Fragen den Befragten, ihre Antworten frei zu formulieren und ausführlichere Antworten zu geben. Es soll vor allem nach den Erfahrungen der GVP-Beauftragten in der Eingliederungshilfe mit Tabuisierung der Themen Sterben und Tod gefragt werden. Da es um die persönlichen Einschätzungen und Sichtweisen der befragten GVP-Beratenden geht, die sich nicht vorab in eine rein vorgefertigte Kategorisierung einordnen lassen, braucht es hier Freiheitsgrade sowohl in der offenen Datenerhebung als auch später in der nachgelagerten Kategoriebildung zur Datenauswertung.

4.3 Auswahl und Beschreibung der ausgewählten Zielgruppe

Bei der ausgewählten Zielgruppe handelt es sich um GVP-Beratende, die Praxiswissen in der Gesprächsbegleitung und professionelle Erfahrung im Bereich der GVP besitzen. Das vorhandene Expertenwissen besitzt für diese Arbeit eine große Relevanz und wurde bisher in dieser Art noch nicht systematisch-strukturell erhoben. Es handelt sich um Expertinnen und Experten, die entsprechend einem Curriculum geschult wurden; die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist ein Teil dessen Inhalts. Aus ethischen Gründen war daher die Befragung mittels Fragebogen und ohne weitere Begleitung der Befragten vertretbar. Dies gilt sowohl für die Befragung der GVP-Beauftragten der Altenhilfe im Rahmen der Pretest-Durchführung, als auch für die GVP-Beauftragten der Eingliederungshilfe.

Als Kriterien für die Auswahl der an der Befragung für die Datenerhebung Teilnehmenden war wichtig, dass sie erstens GVP-Beratende im Sinne der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Spitzenverbänden der Alten- und Eingliederungshilfe nach § 12 Anforderungen an die Qualifikation der Beraterin/des Beraters (GKV-Spitzenverband vom 13.12.2017) sind, zweitens in Einrichtungen der

Eingliederungshilfe tätig sind, drittens der Aufgabenbereich der GVP-Gesprächsbegleitung im Stellenanteil enthalten ist und viertens, dass sie bereits Erfahrungen in der Umsetzung von GVP-Gesprächsprozessen besitzen. Im Mittelpunkt steht damit die Sichtweise der GVP-Beratenden auf Tabuisierungstendenzen in ihren Einrichtungen; diese Sichtweisen lassen auch Rückschlüsse auf die GVP-Beratenden selbst zu und bilden die Grundlage für einen reflexiven Blick auf GVP-Gesprächsberatende und das GVP-Gesprächsangebot.

Für die Pretestphase des Fragebogens werden aufgrund ihrer ähnlichen Profession GVP-Beratende der Altenhilfe angefragt. Deren Befragung erfolgt beim Einrichtungsträger der Autorin, Caritasverband Speyer, intern. Die Daten des Pretests fanden keinen Eingang in diese Arbeit.

4.4 Darstellung des Fragebogens

Um die genannten Detailfragen und Arbeitshypothesen zu testen, wurden im Fragebogen (s. Anhang) die Fragen und Aussagen so formuliert, dass sich die befragten Personen angesprochen fühlen; ein Expertenwissen zu verwendeten Fachbegriffen (bspw. Todeskonzept) wurde bei den GVP-Beauftragten der Eingliederungshilfe aufgrund des Ausbildungscurriculums vorausgesetzt. Für die Befragung wurden im Fragebogen sowohl Fragen verwendet als auch Aussagen, die als indirekte Fragen mit Aufforderungscharakter fungieren.

Dem eigentlichen Fragebogen geht eine knappe Erhebung voraus, um den Stellenumfang insgesamt und im Aufgabenbereich GVP abzufragen; so soll sichergestellt werden, dass nur GVP-Beauftragte an der Befragung teilnehmen, welche nicht nur die Ausbildung absolviert haben, sondern auch bereits praktische Erfahrungen im Feld sammeln konnten, idealerweise bereits über einen längeren Zeitraum.

Hauptanliegen dieser Arbeit ist es, Antwortmöglichkeiten auf die in Abschnitt 4.1 genannten Detailfragen D1 und D2 zu erhalten. Die Fragen F16 und F17 dienen dieser Suche; dazu ist das Ausfüllen von Freitextfeldern als offene Antwortmöglichkeit vorgesehen. Die eingehenden Nennungen sollen nach Eingang gesammelt und in Kategorien geclustert werden, die sich bei der Durchsicht als geeignet anbieten. Dabei soll möglichst versucht werden, die Clusterkategorien in ihrer Überbegrifflichkeit so zu wählen, dass sie für alle Fragebereiche gelten können. Dadurch erhöht sich die Interpretierbarkeit der Nennungen im Vergleich zueinander. Die Fragen F16 und F17 sind das Kernstück der Befragung, auf der die besondere Aufmerksamkeit der qualitativen Befragung ruht. Dennoch werden diese beiden Items am Ende des Fragebogens platziert, um den Befragten einen Einstieg ins Thema und intensiveres

Auseinandersetzen damit zu ermöglichen. So besteht die Hoffnung, dass durch relativ einfaches Ausfüllen der persönlichen Angaben zum Stellenumfang und Ankreuzen der Skalierungsfragen vorab, eventuelle Schreibhemmungen bei den Befragten gemildert werden. Auf dem Fragebogen wurde auf die Begriffe Kommunikationslatenz und Tabuisierung sowie des genauen Forschungsthema verzichtet, um Hemmschwellen niedrig zu halten; genutzt wurden die Begriffe Reden und Schweigen.

Um die in Abschnitt 4.1 genannten Arbeitshypothesen zu testen, wurden in einem Fragebogen Items formuliert, die überwiegend standardisiert sind und konkrete Antwortmöglichkeiten in einer Likert-Skala vorgeben (s. Anhang, Fragebogen bzw. Codebuch). Die Skalierung reicht dabei von „nie“ bis „immer“ bzw. von „trifft nicht (oder nie) zu“ bis „trifft voll zu“. Bei Arbeitshypothesen, die nach Korrelationen fragen, werden Korrelationsanalysen über je zwei Items betrieben. Ausgehend von der Arbeitshypothese werden denkbare Ausprägungen in Form von Aussagenitems angeboten. Zu einer Arbeitshypothese gibt es stets mehrere Items und der jeweilige Zustimmungsgrad liefert Hinweise zur Verifikation oder Falsifikation der einzelnen Arbeitshypothesen. Die Items werden im Fragebogen mit einer fortlaufenden Nummerierung versehen. Es ergeben sich dadurch Items von F1 bis F14; bei Fragekomplex F15 werden Detailaspekte von 15a-15g durchnummeriert. Die Items F1 und F9 wurden weiter auseinander platziert, damit sie sich nicht gegenseitig beeinflussen; gleiches gilt für die Items F2 und F6. Die ordinalen Ratingskalen reichen von „trifft nie zu“ bis „trifft voll zu“ bzw. „noch nie“ bis „immer“ und sind sechsstufig angelegt. Bei der Beantwortung muss sich dadurch auf eine Tendenz der Zustimmung oder Ablehnung seitens der Befragten festgelegt werden. Es besteht für die Befragten dadurch nicht die neutrale Position, dass eine Aussage genauso häufig zutreffend wie nichtzutreffend ist. Die ordinalen Ratingskalen werden quasi-metrisch behandelt und ausgewertet. Für den Fall, dass

A small thumbnail image of a table with multiple columns and rows, likely representing the hypotheses and items mentioned in the text. The table is too small to read the specific content.

Befragte zu einer Aussage keine Stellung nehmen wollen oder können, wird den Antwortmöglichkeiten der Skala eine weitere Antwortmöglichkeit beigelegt; „keine Angabe“ bzw. „weiß nicht“.

[Tabelle 3: Arbeitshypothesen mit zugehörigen Items und deren Polung](#)

Die Items sind so formuliert, dass sie die Arbeitshypothesen entweder stützen oder schwächen. Eine Polung in Richtung Schwächung der Arbeitshypothese findet mit negativem Vorzeichen Eingang in die Auswertung. Eine Polung in Richtung Stärkung der Arbeitshypothese findet mit positivem Vorzeichen Eingang. So gilt bei positiver Polung: Je weiter rechts die befragte Person das Kreuzchen setzt, desto zutreffender ist die Hypothese. Bei negativer Polung gilt: Je weiter links die befragte Person das Kreuzchen setzt, desto zutreffender ist die Hypothese.

Zur Überprüfung des Fragebogens auf Zuverlässigkeit wird ein Pretestverfahren durchgeführt. Dadurch kann die Konstruktvalidität im sehr ähnlichen Aktionsbereich der GVP Altenhilfe getestet und die Methode dadurch verfeinert werden, um sie besser auf den konzeptionellen Kern hin abzustimmen. So kann der Fragebogen im Pretestverfahrens auf Angemessenheit, Fremdverstehen und Anwenderfreundlichkeit getestet werden.

Für die Transparenz der Forschungsmethode sorgt die Dokumentation der Auswahl der Teilnehmenden, die Beschreibung der Verfahrensschritte bis hin zur Datenanalyse.

Die Trennung der Schauplätze für Pretestverfahren und Forschungsverfahren in den thematisch verwandten Bereich der GVP-Altenhilfe und den Untersuchungsbereich der GVP-Eingliederungshilfe stellt sicher, dass nicht derselbe Personenkreis bei Pretest und Hauptuntersuchung teilnimmt. Ebenfalls für Reliabilität sorgt die Darstellung des detaillierten Codebuches. Das Codebuch macht die Erstellung des Fragebogens transparent und reproduzierbar. Durch die standardisierte Form der Befragung mittels Fragebogen kann ein Maß an Objektivität gewährleistet werden. Die Interpretationsobjektivität, insbesondere bei der Clusterkategorienbildung, wird durch das Beschreiben der Vorgehensweise gewährleistet.

4.5 Vorgehen bei Datenerhebung und Datenanalyse

Im Folgenden soll nun der Zeitplan für die Datenerhebung und die Durchführung der Analyse beschrieben werden. Dies dient der Nachvollziehbarkeit der Schritte zur Gewinnung und Auswertung der Daten. Für den Überblick und die zeitliche Einordnung wurde der Prozessablauf als Gantt-Diagramm dargestellt (s. Abbildung 3, S. 33)

Nach Ableiten der Detailfragen und Arbeitshypothesen wird der Fragebogen im Zeitraum Februar bis März entwickelt. Um diesen auf Verständlichkeit und Anwenderfreundlichkeit aber auch auf sinnvollen Datenoutput zu testen, wird ein Pretest dieser Version durchgeführt. Dazu werden GVP-Beratende der Altenhilfe im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung zur Peersupervision sowohl trägerintern wie extern um Teilnahme am Pretestverfahren gebeten. Diese Fragebögen werden am 02.04.2025 verteilt. Rückläufer gehen von April bis Mai 2025 ein und führen zu einem erneuten Überarbeiten des Fragebogens. Bei Auswertung der Rückläufer der Pretest-Bögen ergeben sich aus den Anmerkungen und Angaben der Befragten mehrere Änderungen in Design und inhaltlicher Formulierung. Die im Pretest verwendete Skala nutzt eine Skala von vier Abstufungen, um eine Tendenz zur Mitte zu vermeiden. Auf Anregung einer Befragten und deren Wunsch nach einer Skalierung in Prozent, wird sich dazu entschieden, anstelle einer Prozentangabe die Skalierung über sechs Werte zu weiten,

um den Befragten eine Antwortmöglichkeit näher an der Mitte zu ermöglichen, eine Tendenz aber weiterhin ablesen zu können. Weiterhin stellt sich die Größe der Textfelder zum Teil als zu gering heraus und nicht angenehm im Ausfüllen und muss angepasst werden. Eine Frage wurde als missverständlich klassifiziert; der Hinweis wurde aufgenommen und die Frage wird neu formuliert. Insgesamt entsprachen die rückläufigen Fragebögen und das Ausfüllverhalten aber den Erwartungen.

Um die Arbeitshypothesen differenzierter beleuchten zu können, erscheint es sinnvoll,

weitere Items in den Fragebogen aufzunehmen. Diese Änderungen durch Hinzunehmen weiterer Items orientiert sich in Fragestellung und Design an den als funktional passend bewerteten Darstellungen des Pretests.

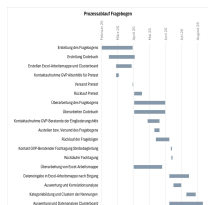


Abbildung 3: Gantt-Diagramm Prozessablauf Fragebogen

Die Suche nach potenziellen Teilnehmenden aus dem Expertenkreis der GVP-Beauftragten fokussiert sich demnach zur Überprüfung des Fragebogens mittels Pretestverfahren auf GVP-Beauftragte der Altenhilfe; für die Befragung selbst dann auf GVP-Beauftragte der Eingliederungshilfe. Ein erster Teil an potenziellen Teilnehmenden wird persönlich während einer trägerinternen GVP-Peersupervision des Caritasverbandes Speyer über die Befragung informiert und um Teilnahme an der Fragebogenaktion gebeten. Nach Rücklauf des Pretests und der Überarbeitung des Fragebogens werden die GVP-Beauftragten der Eingliederungshilfe erneut kontaktiert und erhalten einen Umschlag mit Fragebogen, Anschreiben und frankiertem Rücksendeumschlag. Diese Teilnehmendengruppe kann über eigene Netzwerke weitere GVP-Begleitende in der Eingliederungshilfe erreichen, die sie um Beteiligung bitten. So melden sich weitere Teilnehmende bei der Autorin per Mail, die dann per Antwortschreiben und Zusendung des Fragebogens kontaktiert werden können.⁷ Die Befragung wird im Zeitraum 14.05. bis 23.05.2025 durch Austeilen bzw. Versenden gestartet. Die Befragung erfolgt anonym mittels beiliegendem frankiertem und adressiertem Rückumschlag. Die Rücksendungen gehen ein vom 17.05. bis 11.06.2025. Von zwölf ausgegebenen Fragebögen werden zehn ausgefüllt zurückgeschickt. Um die Stichprobengröße zu erhöhen, wird auf einer Fachtagung der ZWST „Begleitung von Menschen mit Behinderung und anderer vulnerabler Gruppen am Lebensende“ vom 15.06. bis 16.06.25 in Frankfurt am Main nach weiteren GVP-Beratende gesucht; von

⁷ GVP-Begleitende in Einrichtungen bzw. Instituten wurden kontaktiert: CFZ Paul-Joseph-Nardini, Zweibrücken; CFZ St. Christophorus, Kaiserlautern; CFZ St. Laurentius und Paulus, Landau; Diakonissen Speyer Bethesda Eingliederungshilfe, Landau; Heinrich-Kimmle-Stiftung, Pirmasens; Netzwerk Alte Apotheke, Dormagen; Ökumenisches Gemeinschaftswerk Pfalz, Landstuhl; Seewerk Caritasverband Konstanz e.V., Konstanz; St. Johannesstift Ershausen, Schimberg/Thüringen; Thorsten-Goos-Haus Hospizium, Wiesbaden; Zentrum für Angewandte Ethik, Erfurt; Fachtagung Sterbehilfe, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

fünf ausgegebenen Fragebögen kommen drei zurück. Insgesamt entspricht dies einer Rücklaufquote von 76%.

Parallel zur Erstellung des Fragebogens werden sowohl eine Excel-Arbeitsmappe zur Verarbeitung des Datenmaterials aus den Skalierungsfragen als auch Clusterboards mittels TaskCards zur Auswertung der offenen Fragen erstellt. Diese Datenanalyseinstrumente werden nach Durchführung Pretests und mit Überarbeitung des Fragebogens ebenfalls angepasst.

Die Daten werden mittels einer papiergestützten Befragung erfasst. Die im Rahmen der Erstellung und Auswertung der Fragebögen verwendeten Codes befinden sich im Detail dargestellt im Codebuch (s. Anhang, Codebuch). Die Dateneingabe der Rückläufer aus der Hauptbefragung der GVP-Beauftragten der Eingliederungshilfe erfolgt von Mai bis Juni 2025. Daran schließt sich die Auswertung und Datenanalyse bis Mitte August 2025 an. Die eingehenden anonymen Fragebögen wurden durchnummeriert nach Eingang von FB01 bis FB13 und zusätzlich versehen mit Eingangsdatum (s. Anhang, Fragebögen Rückläufer).

Die in den Items F16 und F17 erhobenen Daten zu den Detailfragen werden durch offene Textfelder erhoben. Die eingehenden Nennungen werden im Rahmen der Grundlagenstudie durch induktive Kategorienbildung in einem Prozess sortiert, bei der die Clusterkategorien aus den Daten selbst heraus abgeleitet werden, ohne dass dazu vorhergehende theoretische Annahmen vorgenommen werden. Es handelt sich damit um einen Bottom-up-Ansatz, bei dem von spezifischen Nennungen auf allgemeine Kategorien geschlossen wird, nicht umgekehrt. Die induktive Kategoriebildung wird gewählt, um den weiten Blick auf das Feld im Rahmen der Grundlagenforschung zu erhalten und neue Erkenntnisse aus den Daten zu gewinnen. Die entstehenden Clusterkategorien bilden die Nennungen für die Items F16 und F17 vollständig ab; das vorhandene Datenmaterial wird nicht reduziert oder zusammengefasst.

Die verwendeten Items F1 bis F15g sind quasi-metrisch angelegt. Dabei reichen die sechsstufigen Ratingskalen von „trifft nicht zu“ bis „trifft voll zu“ bzw. von „nie“ bis „immer“. Je nach Ausprägungsgrad werden den Antwortmöglichkeiten die Skalenwert 1 bis 6 zugewiesen. Dabei entspricht „1“ einem niedrigen Ausprägungsgrad (z.B. „trifft nicht zu“) und „6“ einem hohen (z.B. „trifft voll zu“). Bei Items mit negativ gepolten Antwortmöglichkeiten (vgl. hierzu Tabelle 3, S. 31) werden jeweils inverse Zuordnungen getroffen. Die Überprüfung aufgestellter Hypothesen erfolgt durch die Zusammenfassung mehrerer Items, die in ihrer Ausprägung jeweils Hinweise zur Verifikation oder Falsifikation einer Hypothese liefern. Die skalierten Einschätzungen der Umfrageteilnehmenden von mehreren Items, die zur selben Hypothese gehören

wurden aufsummiert. Aus dem vorhandenen Datensatz dieser erhobenen Daten lassen sich gemäß $\mu = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i$ die jeweiligen Mittelwerte bilden. Dabei sind

- μ der Mittelwert,
- N die Anzahl der eingegangenen Antworten (Stichprobenumfang),
- x_i die einzelnen Werte aus dem Zahlenbereich $\{1;2;3;4;5;6\}$, die in die Berechnung einfließen.

Als Maß für die Streuweite der eingegangenen Antworten dient die

Standardabweichung σ . Diese wird mit der Formel $\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}$ ermittelt.

Dabei sind

- σ die Standardabweichung,
- N die Anzahl der eingegangenen Antworten (Stichprobenumfang),
- x_i die einzelnen Werte aus dem Zahlenbereich $\{1;2;3;4;5;6\}$, die in die Berechnung einfließen und
- μ der Mittelwert des Datensatzes.

Zur Untersuchung der Korrelation zweier Items X und Y wird eine Korrelationsanalyse durchgeführt. Dabei ist der Korrelationskoeffizient das statistische Maß, das die Stärke und Richtung eines Zusammenhangs zwischen zwei Variablen quantifiziert. Zur Auswertung vorhandener Abhängigkeiten wird in dieser Arbeit der Pearson-Korrelationskoeffizient r verwendet, der Werte zwischen -1 und 1 annehmen kann.

Für den Korrelationskoeffizienten r gilt: $r = \frac{S_{XY}}{\sqrt{S_X \cdot S_Y}}$, wobei S_x , S_y und S_{XY} Produkte quadrierter Abweichungen darstellen. Konkret gilt:

- $S_X = \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2$ mit \bar{x} als Mittelwert des Datensatzes der Größe X ,
- $S_Y = \sum_{i=1}^N (y_i - \bar{y})^2$ mit \bar{y} als Mittelwert des Datensatzes der Größe Y ,
- $S_{XY} = \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$

Die Interpretation des Korrelationskoeffizienten r liefert demgemäß:

- $r = 1$: Perfekte positive Korrelation (wenn X steigt, steigt auch Y).
- $r = -1$: Perfekte negative Korrelation (wenn X steigt, sinkt Y und umgekehrt).
- $r = 0$: Keine Korrelation (keine lineare Beziehung zwischen X und Y).
- $0 < r < 1$: Positive Korrelation (je höher X , desto höher Y).
- $-1 < r < 0$: Negative Korrelation (je höher X , desto niedriger Y und umgekehrt).

Der Stichprobenumfang N spielt eine wichtige Rolle für die Aussagekraft der statistischen Kennzahlen wie dem Mittelwert μ , der Standardabweichung σ und dem Korrelationskoeffizienten r . Größere Stichproben führen grundsätzlich zu stabileren Schätzungen, einer besseren Repräsentativität der Daten und einer höheren Wahrscheinlichkeit, signifikante Zusammenhänge zu erkennen.

5 Ergebnisse der Analyse

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse nach Auswertung der Fragebögen im Detail beschrieben und dienen zur Beantwortung der Detailfragen und zur Überprüfung der Arbeitshypothesen (s. Kapitel 4.1, S. 24 ff.).

5.1 Ergebnisse zu den Detailfragen

Die Detailfragen D1 und D2, dienen der Suche nach Aspekten, die aus Sicht der GVP-Beauftragten das Reden bzw. das Schweigen über die Themen Sterben und Tod innerhalb der GVP-Prozesse begünstigen. Im Fragebogen wurden diese abgefragt durch die Fragen F16 und F17; GVP-Beratende geben dabei aus ihrer beruflichen Erfahrung und Gesprächspraxis heraus förderliche Aspekte sowohl in Richtung Reden als auch in Richtung Schweigen an. Auf eine Kategorienbildung im Voraus wurde bewusst verzichtet. Stattdessen werden hier die Daten selbst analysiert, um natürliche Gruppierungen zu finden. Nennungen, die zu einem Cluster gehören, sollen untereinander möglichst ähnlich zugehörig sein, während sich Nennungen verschiedener Cluster möglichst unterscheiden sollen. Die Bezeichnung der Clusterkategorien erfolgt für Item F16 und F17 gleich, um die Ergebnisse aus beiden Fragebereichen auch untereinander gut betrachten zu können. Während der Auswertung ließen sich die Nennungen in fünf Cluster einteilen nach Aspekten der Gesprächsführung, nach biographischen Aspekten der Bewohnenden, nach Aspekten der inhaltlichen Ausgestaltung, nach Aspekten zu Auswirkungen des Gesprächsrahmens und nach Aspekten auf der Beziehungsebene. Die einzelnen Cluster werden in der Arbeit folgendermaßen verstanden:

Clusterkategorie	Beschreibung
Gesprächsführung	Hierunter sollen alle Nennungen gefasst werden, die im weitesten Sinn eine Aussage enthalten zu Art und Weise der Gesprächsführung.
Biografie der Bewohnenden	Hierunter sollen alle Nennungen gefasst werden, die im weitesten Sinn eine Aussage enthalten zu biografisch motivierten Aspekten auf Seiten der Bewohnenden.
Inhaltlichen Ausgestaltung	Hierunter sollen alle Nennungen gefasst werden, die im weitesten Sinn eine Aussage enthalten zu Inhalten der Gespräche und deren Wirkung auf den weiteren Gesprächsverlauf.
Gesprächsrahmen	Hierunter sollen alle Nennungen gefasst werden, die im weitesten Sinn eine Aussage treffen über äußere Umstände und den situativen Gesprächsrahmen sowie die Rolle des GVP-Beraters.
Beziehungsebene	Hierunter sollen alle Nennungen gefasst werden, die im weitesten Sinne eine Aussage enthalten zu Auswirkungen und auch Wechselwirkungen von Offenheit gegenüber den Themen Sterben

und Tod und zur Entwicklung des Gesprächsverlaufs unter Berücksichtigung der intra- bzw. interpersonalen Dimension.

Tabelle 4: Cluster-Zuordnung der Nennungen F16 und F17

Wie in Abbildung 4 dargestellt, überwiegt die Anzahl der Nennungen zu fördernden Aspekten des Redens (30 Nennungen) die Anzahl der Nennungen von Aspekten, die das Schweigen begünstigen (18 Nennungen) deutlich.

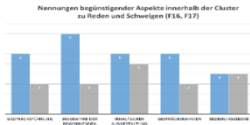


Abbildung 4: Anzahl der Nennung begünstigender Aspekte innerhalb der Cluster



Ein Überblick über die Cluster mit zugehörigen Nennungen zu dem Fragebereich Reden als auch Schweigen befindet sich im Anhang (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Clusterbildung TascCard

5.1.1 Begünstigende Aspekte für das Reden über Sterben und Tod in GVP-Gesprächsprozessen

Die Detailfrage **D1** lautet:

Welche Aspekte innerhalb des GVP-Gesprächsprozesses begünstigen aus Sicht der GVP-Beratenden das Reden über die Themen Sterben und Tod?

Im Fragebogen fand sie Einlass mit Formulierung der Frage **F16**:

Was begünstigt in GVP-Gesprächsprozessen REDEN ÜBER STERBEN UND TOD? (Wie begründen Sie sich das?)

An dieser Stelle sollen nun die erhobenen Aussagen über das Reden über Sterben und Tod begünstigenden Faktoren und Aspekte dargestellt werden. Dazu werden die Einzelnennungen den oben genannten Clusterkategorien zugeordnet und zunächst rein deskriptiv beschrieben. Eine inhaltliche Auseinandersetzung erfolgt im Anschluss in einer Diskussion der Ergebnisse. Die Nennungen werden mit von den Befragten verwendeten Schreibweise übernommen; verwendete Abkürzungen werden in ihrer vermuteten Bedeutung in Fußnoten ergänzt.

Der Clusterkategorie **Gesprächsführung** lassen sich die folgenden Nennungen zuordnen:

- „Trotz Schwere des Themas Leichtigkeit wahren“ (FB02)
- „Zuhören und Ängste besprechen“ (FB03)
- „offen in die Gespräche zu gehen, ohne Zeitdruck Ziele vorzuweisen“ (FB04)
- „Oder lösungsorientiert nach Wünschen fragen“ (FB10)
- „Stille / Pausen aushalten“ (FB11)
- „Beratung in leichter Sprache“ (FB12)

Die Nennungen in diesem Cluster geben eine große Bandbreite an methodischem Vorgehen in der Gesprächsführung wieder. So weist eine Nennung darauf hin, dass es förderlich sein kann in eine Pendelbewegung in der Kommunikation zwischen Schwere und Leichtigkeit zu kommen, anstatt in der Problemsicht zu verhaften.

Eine Nennung befasst sich mit dem Zuhören und kann als Hinweis auf aktives Zuhören verstanden werden. Im Zusammenhang des Zuhörens wird auch das Besprechen von Ängsten genannt; die Nennung stellt einen Zusammenhang her zwischen der Bedeutung des Zuhörens und dem Ansprechen von Ängsten. Sowohl Zuhören, wie auch offenes Sprechen können über Ängste, schafft demnach eine Atmosphäre und ein Gesprächsklima, das für das Ansprechen der Themen Sterben und Tod als förderlich angesehen wird.

Weiter wird die Ergebnisoffenheit der GVP-Gespräche als förderlich genannt; bedeutsam ist hier der Zusammenhang zwischen Gesprächsbereitschaft ohne Fokus auf ein bestimmtes Ergebnis, bspw. eine Patientenverfügung, wie auch die Unabhängigkeit, innerhalb einer bestimmten Frist den Gesprächsprozess oder ein bestimmtes Ergebnis abgeschlossen zu haben.

Eine Nennung gibt die Ausrichtung auf die Lösungssicht im Zusammenhang mit dem Fragen nach Wünschen als förderlich an.

Die Geduld, Pausen und Stille im Gespräch auszuhalten, wird als förderlich erachtet.

Eine Nennung gibt die Verwendung Leichter Sprache⁸ als förderlich an; dies kann als Hinweis verstanden werden, dass Gesprächsprozesse eher leichter auch dem Thema Sterben und Tod zugänglich sind, wenn der Bewohnende der Kommunikation gut folgen kann, indem die Sprache verständlich gewählt, der Satzbau kurz und die Inhalte an seiner Lebenswirklichkeit orientiert sind.

Der Clusterkategorie **Biografie der Bewohnenden** lassen sich die folgenden Nennungen zuordnen:

- „Erfahrungen durch bereits erlebte Verluste → Offenheit im Gesprächsprozess“ (FB01)
- „Todesfälle in Wohngruppen / Tagesförderstätte; Verlust nahestehender Personen: In dem Zh.⁹ kommt es oft zu persönlichen Krisen, die bearbeitet werden wollen“ (FB02)
- „je älter jemand ist, desto offener ggüber¹⁰ Thema. Bewusstsein eigener Sterblichkeit nimmt zu“ (FB02)
- „Das Reden über erlebte Situationen“ (FB03)
- „Wenn der Bewohnende sich schon einmal selbst Gedanken darüber gemacht hat.“ (FB05)
- „Beispiele über Verwandte oder Bewohner, die der Betreffende gut kannte und den Sterbeprozess miterlebt hat“ (FB06)
- „die Biographiearbeit“ (FB07)

⁸ Leichte Sprache ist als Konzept sowohl in der UN-Behindertenrechtskonvention als auch im Behindertengleichstellungsgesetz als Konzept rechtlich verankert. Es handelt sich um eine Vereinfachung sprachlicher Strukturen, häufig auf dem Niveau A1 und A2, um eine bessere Verständlichkeit von Texten zu erreichen. (vgl. Gross 2023, S. 33.)

⁹ Interpretiert als: Zusammenhang

¹⁰ Interpretiert als: gegenüber

- „Wenn jmd. im Umfeld verstorben ist, ist das eine gute ! Gelegenheit.“ (FB10)

In diesem Cluster ähneln sich viele der Nennungen und bezeugen einen Zusammenhang zwischen Beobachtungsmanifestation in der eigenen Biografie der Bewohnenden und dem Sprechen können über Sterben und Tod. Auf der anderen Seite wird auch angedeutet, dass es zu Krisen im Erleben kommen kann, die aufgearbeitet werden wollen; auch dazu scheint das GVP-Gespräch als Angebot verstanden zu werden.

Eine Nennung sieht einen Zusammenhang zwischen hohem Lebensalter und der zunehmenden Auseinandersetzung mit eigenem Sterben und Tod, das zunehmend ins Bewusstsein rückt und damit auch das Sprechen über Sterben und Tod in den GVP-Gesprächsprozessen fördern könnte.

Der Clusterkategorie **Inhaltliche Ausgestaltung** lassen sich die folgenden Nennungen zuordnen:

- „manchmal hilft es, eigene Erfahrungen als Gesprächseinstieg zu benutzen“ (FB01)
- „In Beratungskontexten kam bereits 3 mal Situation, in der Gesprächspartner humorvoll über sein eigenes Sterben und Tod nachdachte u. wie Hinterbliebene ihn/sie feiern sollen, wenn sie gegangen sind. Bewirkt hat dies die Einstellung beider Gesprächspartner: Wie ist es am schönsten für die, die übrig bleiben? Wie für einen selber der letzte Weg?“ (FB2)
- „von meinen Erfahrungen berichten“ (FB03)
- „so gut es geht Fragen beantworten“ (FB11)
- „Informationen über Sterben und Tod → was passiert nach dem Tod“ (FB11)
- „selbst offen über das Thema sprechen“ (FB13)

In dieser Kategorie wird das Kommunizieren eigener biografischer Erfahrungen als förderlich genannt. Diese werden als Gesprächseinstieg in ihrer Funktion als Türöffner beschrieben. In zwei Nennungen wird auch die Expertenfunktion angesprochen, die sich auf die Vermittlung von Wissen bezieht. Dies könnte interessant sein im Hinblick auf Wissensvermittlung zur Unterstützung der individuellen Entscheidungsfindung; der Schwierigkeit zur Vermittlung von Expertenwissen ohne Beeinflussung des Gegenübers als Offenheit in der Entscheidungsfindung. Eine andere Art der Offenheit wird in einer Nennung formuliert; hierbei scheint es sich um den eigenen intrapersonalen Umgang mit den Themen Sterben und Tod zu handeln und scheint einen Zusammenhang zu erkennen zwischen eigener Fähigkeit, sich mit den Themen auseinanderzusetzen und einer besseren Kommunizierbarkeit auf interpersonaler Ebene.

In einer Nennung wird auch die Bedeutung von Humor im Umgang mit schwierigen Themen seitens der Bewohnenden erwähnt sowie die Bedeutung von Reframing des eigenen Todseins als Wirksamkeitserwartung auf Erinnerung und Gedenken bei den Hinterbliebenen.

Der Clusterkategorie **Gesprächsrahmen** lassen sich die folgenden Nennungen zuordnen:

- „dass jemand von ‚außen‘ kommt, für genau dieses Thema. Man als GVP nicht in den Gruppenalltag involviert ist“ (FB04)
- „eigenes Zimmer“ (FB06)
- „die Methoden“ (FB07)
- „die klare Rolle als GVP-Beraterin mit der nötigen Nähe aber auch die Distanz, weil nicht in der Gruppe involviert“ (FB07)
- „Zeitlicher Rahmen“ (FB12)
- „Gruppenangebote / Gesprächskreise zum Thema anbieten“ (FB13)

Die Nennungen „eigenes Zimmer“ und „zeitlicher Rahmen“ verweisen auf einen direkten Zusammenhang zwischen geeigneten Räumlichkeiten und ausreichenden zeitlichen Ressourcen und der Wahrscheinlichkeit der Kommunikation über die Themen Sterben und Tod. In zwei Nennungen wird die externe Stellung der GVP-Beratenden als förderlich für den Gesprächsprozess gesehen; als Begründung dafür wird einmal angeboten, dass trotz der Nähe im Gespräch zwischen Gesprächsbegleiter und Bewohnenden eine Distanz durch das Nicht-Eingebundensein im Alltag und im Wohngruppensystem gegeben ist.

Gruppenangebote und Gesprächskreise werden in einer Nennung als förderlich beschrieben, um über die Themen in Austausch zu kommen. In einer Nennung wird eher generell darauf hingewiesen, dass die Auswahl der Methoden einen Einfluss auf die Kommunizierbarkeit der Themen Sterben und Tod haben kann.

Der Clusterkategorie **Beziehungsebene** lassen sich die folgenden Nennungen zuordnen:

- „Gute bestehende Beziehung, es besteht Vertrauen“ (FB01)
- „Tragfähige Beziehungsebene GVP-Berater + beratene Person. Je tragfähiger Beziehungsebene wird (schwingfähiger), desto einfacher fällt meinem Gesprächspartner sich zu öffnen.“ (FB02)
- „ruhige, vertrauensvolle Atmosphäre während des Gesprächs“ (FB06)
- „ruhige, entspannte, vertrauensvolle Atmosphäre“ (FB12)

Die Nennungen in dieser Kategorie weisen hier sehr ähnliche Aussagen im interpersonellen Bereich auf. In drei Nennungen wird Vertrauen angesprochen und scheint damit als förderlich für das Ansprechen der Themen Sterben und Tod vermutet werden. Eine weitere Nennung beschreibt die Tragfähigkeit der Beziehungsebene als Faktor für gute Schwingfähigkeit in der Kommunikation beider Gesprächspartner und damit förderlich für das Ansprechen der Themen Sterben und Tod.

5.1.2 Fördernde Aspekte für das Verschweigen der Themen Sterben und Tod im GVP-Gesprächsprozess

Die Detailfrage **D2** lautet:

Welche Aspekte innerhalb des GVP-Gesprächsprozesses fördern aus Sicht der GVP-Beratenden das Verschweigen der Themen Sterben und Tod?

Im Fragebogen fand sie Einlass mit Formulierung der Frage **F17**:

Was befördert in GVP-Gesprächsprozessen VERSCHWEIGEN VON STERBEN UND TOD? (Wie begründen Sie sich das?)

An dieser Stelle sollen die im offenen Teil des Fragebogens erhobenen Aussagen über das Schweigen über Sterben und Tod begünstigenden Faktoren und Aspekte dargestellt werden. Dazu werden die Einzelnennungen den oben genannten Clusterkategorien zugeordnet und zunächst rein deskriptiv beschrieben. Die Nennungen werden mit von den Befragten verwendeten Schreibweise übernommen; verwendete Abkürzungen werden in ihrer vermuteten Bedeutung in Fußnoten ergänzt. Eine inhaltliche Auseinandersetzung erfolgt im Anschlussunterkapitel in einer Diskussion der Ergebnisse.

In die Clusterkategorie **Gesprächsführung** fallen die folgenden Nennungen:

- „es entsteht kein konstruktiver Gesprächsprozess“ (FB01)
- „den Bew.¹¹ zu wenig `Raum` zu geben durch ständiges Nachfragen, zu wenig Zeit lassen zum überlegen“ (FB04)
- „Jeder hat sein eigenes `Zeitfenster` für bestimmte Themen und darf das selbst bestimmen auch ohne offensichtlichen Grund – denn jeder hat gute Gründe, warum etwas `jetzt` nicht passt.“ (FB07)

Eine Nennung weist auf die Herstellung eines konstruktiven Gesprächsprozesses hin; gelingt dies nicht, führe dies eher zu keinem Kommunizieren der Themen Sterben und Tod.

Eine Nennung stellt die Bedeutsamkeit der zurückhaltenden Gesprächsführung heraus; zu viel Nachfragen, zu wenige Freiräume für die Bewohnenden in der Kommunikation, zu wenig Geduld, Stille und Pausen verhinderten demnach ein sich Zuwenden können zu den Themen Sterben und Tod.

Eine Nennung stellt die Bedeutung des Kairos heraus; nicht alles ist zu jeder Zeit gut kommunizierbar. Den eigenen geeigneten Zeitpunkt zu finden, ist für die Bewohnenden wesentlich, um über die Themen Sterben und Tod zu sprechen. Ebenfalls wird in diesem Zusammenhang indirekt darauf verwiesen, dass dies Sensibilität und Zurückhaltung seitens der GVP-Beratenden erfordert.

In die Clusterkategorie **Biografie der Bewohnenden** entfallen die Nennungen:

¹¹ Interpretiert als: Bewohnenden

- „Einsamkeit: Letzte aus Familie übrig Gebliebene lässt Gegenüber stumm werden ...“ (FB02)
- „Eigene Lebensgeschichte des Gesprächspartners: Wenn in Fam.¹² Tradition ist, dass nicht darüber gesprochen werden darf, wird darüber nicht gesprochen. Auch nicht, wenn vertrauensvolle Basis besteht.“ (FB02)
- „traumatisierende Erfahrungen des Gesprächspartners im Umgang mit Sterben und Tod lassen diesen die Sprache verlieren.“ (FB02)

Eine Nennung führt die eigene Betroffenheit der GVP-Beratenden an, wenn die zu beratende Person keine Hinterbliebenen mehr hat und unter dieser Einsamkeit leidet. Eigene Betroffenheit kann demnach zu Schweigen über Sterben und Tod bei den GVP-Beauftragten führen.

Eine weitere Nennung spricht die Tabuisierung der Themen Sterben und Tod in der Familie der zu beratenden Person an. Diese Tabuisierung kann so stark ausgeprägt sein, dass selbst eine vertrauensvolle Beziehungsebene und ein geschützter Gesprächsrahmen einen Tabubruch nicht zulassen. Die Kommunikationslatenz wird von der zu beratenden Person dann konstant aufrechterhalten.

Kommt es zu traumatisierendem Erleben im Zusammenhang mit Sterben und Tod bei der zu beratenden Person, kann dies ebenfalls das Schweigen über diese Themen befördern.

In die Clusterkategorie **Inhaltliche Ausgestaltung** fallen folgenden Nennungen:

- „gelegentlich wollen Klienten einen Gesprächsprozess, sind aber nicht bereit sich mit dem Thema auseinander zu setzen“ (FB01)
- „Über andere Probleme und Sorgen reden, die im Alltag nicht geklärt und besprochen werden können.“ (FB03)
- „durch geistige Behinderung fehlende Einsicht zum Thema“ (FB12)
- „meist müssen gesetzliche Betreuer die Entscheidungen treffen“ (FB12)
- „Meinung der gesetzlichen Betreuer ein Gespräch sei nicht notwendig → Absprache, der Bewohner kann es nicht“ (FB12)

Mehrere Nennungen vermuten einen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung und damit einhergehende Nichtkommunikation über Sterben und Tod mit unterschiedlicher Begründung auf Seiten der Bewohnenden oder deren gesetzlichen Vertretung. Als Gründe werden fehlende Einsichtsfähigkeit der Person oder Gesprächsbereitschaft in anderen für die Person gerade wichtigen Themen, aber nicht zu den Themen Sterben und Tod, angeführt. Eine Nichtkommunikation über die Themen Sterben und Tod kann auch dann stattfinden, wenn die Kommunikation darüber lediglich mit der gesetzlichen Betreuungsperson geführt wird oder auch, wenn die gesetzliche Betreuungsperson den GVP-Gesprächsprozess für die Bewohnerin bzw. den Bewohner als nicht leistbar erachtet.

¹² Interpretiert als: wenn es in der Familie Tradition ist,...

In die Clusterkategorie **Gesprächsrahmen** wurden folgende Nennungen zugeordnet:

- „Zeit und das Einzelgespräch lässt Raum und Zeit für Dinge, die sonst nicht angesprochen werden. Für die sonst keine Zeit ist.“ (FB03)
- „Störung von außen = Ablenkung – Unkonzentriertheit; von Fall zu Fall verschieden – manchmal kann das schon das Getränk auf dem Tisch sein“ (FB06)
- „aktuelle Dynamik und Störungen“ (FB07)

Einen Einfluss auf das Nichtkommunizieren von Sterben und Tod im Rahmen von GVP-Gesprächsprozessen wird in der Einzigartigkeit des Gesprächsangebotes selbst gesehen, das den Bewohnenden Einzelgespräche ermöglicht und so einen seltenen Kommunikationsraum anbietet. Damit verbunden scheint die Priorisierung anderer Themen durch die Bewohnenden. Weiterhin wird der Einfluss von Störungen genannt, die eine Ablenkung darstellen können, und damit die Konzentration auch auf die Themen Sterben und Tod erschweren oder verhindern können.

Der Clusterkategorie **Beziehungsebene** lassen sich die folgenden Nennungen zuordnen:

- „wenn ich als GVP-Ber.¹³ selbst mit d. Thema nicht im Reinen bin.“ (FB04)
- „psychisch schlechter werdender Zustand während des Gespräches.“ (FB05)
- „Die eindeutige Aussage nicht darüber sprechen zu wollen.“ (FB05)
- „Tabuisierung, wenn GVP selbst Problem mit Tod hat oder gerade sehr betroffen ist.“ (FB10)

Die Nennungen beziehen sich hier überwiegend auf intrapersonale Aspekte, die Auswirkungen auf die Beziehungsebene haben und damit die Gesprächsdynamik in Richtung Verschweigen der Themen Sterben und Tod beeinflussen. Genannt werden zweimal die Auswirkungen des eigenen Distanzwunschs zu den Themen Sterben und Tod und einmal Mal die Überlegung zu einer Herstellung von mehr Distanz zum Thema, wenn dadurch mit einem sich destabilisierenden psychischen Zustand zu rechnen ist; unklar bleibt, ob dies für Bewohnende gilt oder für den oder die GVP-Beratende selbst. Genannt wird ebenfalls einmal die klare Aussage, nicht über die Themen Sterben und Tod kommunizieren zu wollen; es ist davon auszugehen, dass hier die Aussage Bewohnender gemeint ist, um eine Distanz zu den Themen Sterben und Tod aufrechterhalten zu können.

5.2 Ergebnisse zu den Arbeitshypothesen

Die erfolgten Berechnungen der konkret vorliegenden Datenerhebung mit $N=13$ liefern eine ansatzweise hinreichend hohe Verlässlichkeit zur stabilen Interpretation der Ergebnisse und dienen einem vorsichtigen Abklopfen und Annähern und dem Versuch

¹³ Interpretiert als: GVP-Beratende; und weiter: selbst mit dem Thema...

Komplexität zu reduzieren, um Erscheinungen von Gemeinsamkeit und Unterschied sichtbarer zu machen. Sie dienen nicht der wissenschaftlichen Belastbarkeit, wohl aber liefern sie Anhaltspunkte im Feld und dienen somit als Anregung für weiteres Beobachten und Forschen.

5.2.1 Erwartete Kommunikationslatenz bei Bewohnenden

Die Hypothese **H1** lautet:

Es besteht die Erwartungserwartung bei GVP-Beratenden, dass Kommunikationslatenz bei Bewohnenden zu den Themen Sterben und Tod existiert.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F1 Bewohnerinnen und Bewohner meiner Einrichtung nähern sich den Themen Sterben und Tod offen. (negative Polung)

F9 Vereinbarte Gesprächstermine werden vom Bewohner/ von der Bewohnerin auf unbestimmte Zeit verschoben.

Mehrheitlich geben die GVP-Beratenden an, dass sich Bewohnende in der Tendenz überwiegend offen dem Thema nähern und vereinbarte Gesprächstermine kaum von Bewohnenden auf unbestimmte Zeit verschoben werden. Dies bildet sich auch in der Linkslastigkeit des Diagramms ($\mu=2,54$; $\sigma=0,22$) ab und kann als Indikator dafür gewertet werden, dass grundsätzlich kein Vermeidungsverhalten bezüglich Gesundheitlicher



Versorgungsplanung und der Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase besteht.

[Abbildung 6: Vermutete Kommunikationslatenz bei Bewohnenden](#)

Insofern erscheint die Hypothese, es herrsche bei Bewohnenden eine Kommunikationslatenz unter Vorbehalt der eingeschränkten Datenlage zunächst einmal als widerlegt.

5.2.2 Erwartete Brisanz für Mitarbeitende

Die Hypothese **H2** lautet:

Es besteht bei GVP-Beratenden die Erwartungserwartung, dass Mitarbeitende die Themen Sterben und Tod als heikel empfinden und diese daher in der Kommunikation vermeiden.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F2 Mitarbeitende meiner Einrichtung empfinden ein Unbehagen bei den Themen Sterben und Tod.

F3 Mitarbeitende bitten mich darum, die Themen Sterben und Tod gegenüber einer Bewohnerin / einem Bewohner zu meiden.

F12 Wird bei Bewohnende ein unreifes Todeskonzept vermutet, wird von Mitarbeitenden eher kein GVP-Gesprächsangebot vorgeschlagen.

F13 Die Mitarbeitenden befürchten, dass die Behandlung der Themen Sterben und Tod bei den Bewohnenden Ängste auslöst.

Das Diagramm zeigt eine annähernd normalverteilte Ausprägung in der Einschätzung, ob Mitarbeitende den Themen Sterben und Tod selbst oder im Hinblick auf ihre



Bewohnenden vermeidend gegenüberstehen bzw. das Ansprechen der Themen für heikel halten ($\mu=3,82$; $\sigma=0,19$).

Abbildung 7: Vermutetes Vermeidungsverhalten bei Mitarbeitenden

Die Hypothese, dass bei GVP-Beratenden die Erwartung bestehe, dass Mitarbeitende die Themen Sterben und Tod als heikel empfinden und diese daher in der Kommunikation vermeiden, ist somit zumindest durch die Einschätzungen der GVP-Beauftragten nicht widerlegt. Es ist eine leichte Tendenz ersichtlich, dass Mitarbeitende die Themen als eher heikel empfinden und diese in der Kommunikation vermeiden.

5.2.3 Entlastung für Mitarbeitende im Umgang mit heiklen Themen

Die Hypothese **H3** lautet:

GVP-Beratende sehen im GVP-Angebot ein Angebot, dass Mitarbeitende als Erleichterung empfinden, da sie Gespräche über Sterben und Tod mit den Klienten dorthin verlagern und damit abgeben können.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F6 *Mitarbeitende meiner Einrichtung stehen der Durchführung von GVP-Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern vorbehaltlos gegenüber.*

F8 *Mitarbeitende verlagern die Themen Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Gesprächsbegleitung.*

Es zeigt sich beim Zusammenführen der Daten aus den beiden Items F6 und F8 ein deutlicher Hinweis, dass die Mehrheit der Befragten vermutet, dass Mitarbeitende den GVP-Gesprächen positiv gegenüberstehen, bei gleichzeitiger Verlagerung der Themen



Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der Gesprächsbegleitung ($\mu=4,69$; $\sigma=0,19$).

Abbildung 8: Vermutete Entlastung für Mitarbeitende

Insofern kann dies als Hinweis für die Verifikation der Hypothese gedeutet werden, wonach das GVP-Gesprächsangebot als entlastend für Mitarbeitende und zur Auslagerung der Themen Sterben und Tod in den Aufgabenbereich der GVP-Beratung genutzt wird.

5.2.4 Förderlichkeit des GVP-Gesprächsangebot

Die Hypothese **H4** lautet:

Ein GVP-Gesprächsprozess ist förderlich für die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F4 Im Laufe eines GVP-Gesprächsprozesses geht die Bewohnerin / der Bewohner zunehmend offener mit den Themen Sterben und Tod um.

F5 Im Laufe des GVP-Gesprächsprozesses möchte die Bewohnerin / der Bewohner sich nicht mehr mit den Themen Sterben und Tod auseinandersetzen. (negativ gepolt)

F7 Das GVP-Gesprächsangebot erhöht die Möglichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner über die Themen Sterben und Tod zu sprechen.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten gibt an, dass Bewohnende im Laufe der GVP-Gesprächsprozesse zunehmend offener mit den Themen Sterben und Tod umgehen und dass es nie oder selten vorkommt, dass Bewohnende sich im Verlauf des Gesprächsprozesses nicht mehr mit den Themen Sterben und Tod auseinandersetzen möchten. Vielmehr schätzen die Befragten eine eher zunehmende Auseinandersetzung



mit den Themen Sterben und Tod bei den Bewohnenden als in hohem Maße gegeben ein.

Abbildung 9: Vermutete Zunahme der Kommunikationsbereitschaft bei Bewohnenden

Das Diagramm zeigt eine deutliche Rechtslastigkeit ($\mu=4,87$; $\sigma=0,20$). Insofern belegt das Ergebnis aus der Einschätzung der befragten GVP-Beratenden deutlich die Förderlichkeit der eigenen Tätigkeit. Die Hypothese, dass GVP-Gesprächsprozesse für die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod als förderlich gesehen werden, kann als signifikant und damit starker Hinweis für eine Verifikation der Hypothese gewertet werden.

5.2.5 Einflüsse der eigenen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod

Für die Einflüsse gibt es zwei Hypothesen; H5a und H5b.

Die Hypothese **H5a** lautet:

Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad der Auseinandersetzung der GVP-Beratenden mit eigenem Sterben und Tod und dem Grad der Gesprächsbereitschaft bei den Bewohnenden.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F10 Ich habe mich intensiv mit meinem eigenen Sterben und Tod auseinandergesetzt.

F1 Bewohnerinnen und Bewohner meiner Einrichtung nähern sich den Themen Sterben und Tod offen.

Bis auf eine Ausnahme geben alle befragten Personen an, sich bereits intensiv bzw. sehr intensiv mit Sterben und Tod auseinandergesetzt zu haben, wohingegen der Grad der Einschätzung, inwieweit sich Bewohnende den Themen Sterben und Tod offen nähern. zwischen den Skalenwerten 2 und 6 vorzufinden ist. Insofern stehen Einzelergebnisse, die einen hohen eigenen Auseinandersetzungsggrad und gleichzeitig eine hohe Gesprächsbereitschaft von Bewohnenden benennen, anderen

Einzelergebnissen mit einem ebenso hohen eigenen Auseinandersetzungsgad aber gleichzeitig geringerer Gesprächsbereitschaft von Bewohnenden gegenüber.

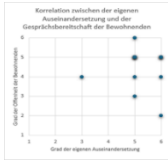


Abbildung 10: Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Gesprächsbereitschaft der Bewohnenden

Dies spiegelt sich auch im Korrelationskoeffizienten $r=-0,03$ wider, so dass kein Zusammenhang zwischen dem Grad der eigenen Auseinandersetzung und dem Grad der Gesprächsbereitschaft nachweisbar ist.

Die Hypothese **H5b** lautet:

Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad der eigenen Auseinandersetzung der GVP-Beratenden mit dem eigenen Sterben und Tod und dem Grad des Rückzugs aus den Themen Sterben und Tod bei Bewohnenden.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F10 *Ich habe mich intensiv mit meinem eigenen Sterben und Tod auseinandergesetzt.*

F5 *Im Laufe des GVP-Gesprächsprozesses möchte die Bewohnerin / der Bewohner sich nicht mehr mit den Themen Sterben und Tod auseinandersetzen.*

Mehrheitlich wird angegeben, dass Rückzugsbestrebungen bei den Bewohnenden eher selten auftreten. Nur bei drei Befragten werden Rückzugsbestrebungen von Bewohnenden eher häufiger beobachtet, bei gleichzeitig geringerer Einschätzung der Auseinandersetzung mit eigener Sterblichkeit. Demzufolge geht ein hoher Auseinandersetzungsgad von GVP-Beratenden mit dem eigenen Sterben und Tod



tendenziell einher mit reduzierten Rückzugsbestrebungen bei Bewohnenden.

Abbildung 11: Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Rückzugsbestrebung bei Bewohnenden

Dennoch ist auch hier die Streuung innerhalb des Items 10 zu gering, um eine signifikante Beurteilung der Hypothese hinsichtlich einer Korrelation zu gewährleisten.

5.2.6 Verlagerung als Folge von empfundenem Unbehagen

Die Hypothese **H6** lautet:

Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad an erwartetem Unbehagen der Mitarbeitenden, sich mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen und deren Tendenz bei selbigen, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern.

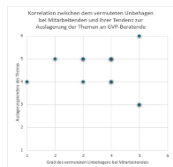
Zugehörig sind die folgenden Items:

F2 *Mitarbeitende meiner Einrichtung empfinden ein Unbehagen bei den Themen Sterben und Tod.*

F8 *Mitarbeitende verlagern die Themen Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Gesprächsbegeleitung.*

Die Beantwortung der Frage F2 „Mitarbeitende empfinden ein Unbehagen...“ streut von nie bis immer. Dennoch geben die Befragten mehrheitlich an, dass die Themen Sterben

und Tod tendenziell meist oder immer in die Zuständigkeitsbereiche der GVP-Gesprächsbegleitung verlagert werden. Somit lässt sich kein Zusammenhang feststellen, der eine Korrelation zwischen den beiden Items belegt ($r=-0,12$). Da immer eine hohe Auslagerungstendenz angegeben wird, kann vermutet werden, dass das



GVP-Gesprächsangebot unabhängig von eigenem Behagen oder Unbehagen von den Mitarbeitenden als passendes Angebot erlebt und vermittelt wird.

[Abbildung 12: Korrelation zwischen vermutetem Unbehagen bei Mitarbeitenden und ihrer Tendenz zur Auslagerung der Themen an GVP-Beratende](#)

Die Hypothese, dass Mitarbeitende das Sprechen über die Themen Sterben und Tod auslagern, weil sie selbst ein Unbehagen fühlen, ist daher nicht belegbar.

5.2.7 Expertentum führt zu Verlagerung

Die Hypothese **H7** lautet:

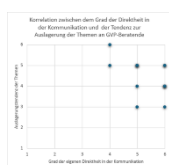
Es besteht eine Korrelation zwischen der Direktheit der/des GVP-Beratenden im Umgang mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation und der Tendenz bei Mitarbeitenden, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F11 *Mir fällt es leicht, die Themen Sterben und Tod anzusprechen.*

F8 *Mitarbeitende verlagern die Themen Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Gesprächsbegleitung.*

Überwiegend fällt es den befragten GVP-Beauftragten leicht, die Themen Sterben und Tod anzusprechen. Und mehrheitlich geben die Befragten auch an, dass die



Mitarbeitenden die Themen Sterben und Tod tendenziell meist oder immer in die Zuständigkeitsbereiche der GVP-Gesprächsbegleitung verlagern.

[Abbildung 13: Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation und der Tendenz zur Auslagerung der Themen an GVP-Beratende](#)

Tendenziell korreliert Item 8 mit Item 11 negativ ($r=-0,46$), das heißt, je leichter einem/einer GVP-Beratenden das Sprechen über diese Themen fällt, desto weniger verlagern Mitarbeitende die Themen in ihren/seinen Zuständigkeitsbereich. Die aufgestellte Hypothese wird durch den vorliegenden Datensatz nicht widerlegt; vielmehr existiert eine schwach negative Korrelation. Das Resultat der Befragung weist auf einen Zusammenhang hin zwischen dem leichten Zugang von GVP-Beratenden in der Kommunikation zu den Themen Sterben und Tod und der Tendenz bei Mitarbeitenden, dann tendenziell nicht Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern.

5.2.8 Korrelation zwischen offener Gesprächskultur und Direktheit

Die Hypothese **H8** lautet:

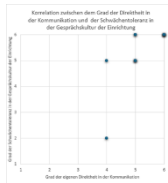
Es besteht eine Korrelation zwischen der Direktheit der GVP-Beratenden im Umgang mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation und deren Einschätzung zur Gesprächskultur in deren Einrichtungen im Hinblick auf die Themen Sterben und Tod.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F11 *Mir fällt es leicht, die Themen Sterben und Tod anzusprechen.*

F14 *Die Gesprächskultur in der Einrichtung ermöglicht Mitarbeitenden, ihre Schwierigkeiten im Umgang mit den Themen Sterben und Tod zu äußern.*

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, fällt es den befragten GVP-Beauftragten überwiegend leicht, die Themen Sterben und Tod anzusprechen. Mit einer Ausnahme geben die Befragten an, dass es zutreffend oder voll zutreffend sei, dass die Gesprächskultur in den Einrichtungen Mitarbeitenden die Äußerung ihrer Schwierigkeiten im Umgang mit den Themen Sterben und Tod ermöglicht, was als



Einschätzung einer hohen Toleranz hinsichtlich der Kommunizierbarkeit von Ängsten im Umgang mit den Themen der Einrichtung ausgelegt werden kann.

[Abbildung 14: Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation und der vermuteten Schwächentoleranz in der Gesprächskultur der Einrichtung](#)

Tendenziell ist zu erkennen, dass eine stärkere Ausprägung von Item 11 mit einer stärkeren Ausprägung von Item 14 positiv korreliert ($r=0,67$). Je leichter es den GVP-Beauftragten selbst fällt über die Themen zu sprechen, desto eher schätzen sie die Gesprächskultur positiv im Umgang mit den Themen Sterben und Tod ein und stimmen zu, dass das Ansprechen dieser Themen Mitarbeitenden hier möglich sei. Die Hypothese scheint damit eher belegt.

5.2.9 Die Option des Tabuisierens

Die Hypothese **H9** lautet:

Das Verschweigen der Themen Sterben und Tod ist selbst integraler Bestandteil von GVP-Gesprächsprozessen.

Zugehörig sind die folgenden Items:

F15 *Nun geht es um Ihr persönliches Empfinden: Ich spreche die Themen Sterben und Tod im GVP-Gesprächsprozess nicht an, ...*

a: *wenn ich beim Gegenüber Angst erkenne.*

b: *wenn ich beim Gegenüber Scham erkenne, sich zu öffnen.*

c: *wenn ich selbst in einer psychisch instabilen Verfassung bin.*

d: *wenn es an geeigneten Räumlichkeiten fehlt, um ungestört zu sein.*

e: *wenn es an ausreichender Zeit fehlt.*

f: *wenn (noch) keine vertrauensvolle Beziehungsebene vorhanden ist.*

g: *wenn ich selbst nicht mit den Themen Sterben und Tod im Reinen bin.*

Die Ergebnisse aus dem Fragekomplex zu Gründen für das eigene Tabuisieren bzw. Zurückhalten der Themen Sterben und Tod ([F15 a-g, Diagramme siehe Anhang](#)) weisen insgesamt eine breite Streuung auf. Die Beantwortung unterscheidet sich individuell stark. Die Entscheidung für Schweigen oder für Reden erscheint damit eng mit der Individualität der GVP-Beratenden verknüpft und damit in hohem Maße individuell.

Die Möglichkeit, die Themen Sterben und Tod unangetastet zu lassen, sie im Gespräch zu verschweigen oder kurzzeitig auszublenden, scheint damit in unterschiedlicher individueller Ausprägung integraler Bestandteil von GVP-Prozessen zu sein, der abhängig ist von der Persönlichkeitsstruktur der GVP-Beratenden.

Die vielfache Bejahung einzelner Teilfragen liefert summarisch Hinweise auf die Bestätigung der aufgestellten Hypothese, dass Verschweigen der Themen Sterben und Tod selbst integraler Bestandteil von GVP-Gesprächsprozessen ist. Wenngleich bis auf zwei Aspekte keine generelle Aussage über gute Gründe des Schweigens herausgelesen werden kann. Diese zwei Aspekte weisen eine klare Tendenz auf und decken sich mit der Studie von Klemmt et al.; so hält es die überwiegende Zahl der GVP-Beratenden für zutreffend bis voll zutreffend, die Themen Sterben und Tod nicht anzusprechen, wenn keine geeigneten Räumlichkeiten oder ausreichenden Zeitressourcen gegeben sind.

5.3 Diskussion der Ergebnisse und Implikationen

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse betrachtet und diskutiert werden. Auch auf Zusammenhänge zwischen den Einzelergebnissen und zu den genannten Studien soll eingegangen werden. Aus den Ergebnissen zu den Arbeitshypothesen und Detailfragen soll sich in dieser Diskussion der Beantwortung der Forschungsfrage genähert werden, inwiefern Tabuisierungstendenzen der Themen Sterben und Tod den Umgang damit in der Eingliederungshilfe insbesondere im Rahmen von Gesprächsprozessen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe aus systemtheoretischer Sicht beeinflussen.

In dem Themenbereich der Detailfragen F16 und F17, mit Aussagen zu Reden und Verschweigen begünstigenden Faktoren und Aspekten, liegt eine deutliche Differenz in der Anzahl der Nennungen vor; mit einem deutlich höheren Anteil an Nennungen in Frageteil F16 als in F17 (siehe Abbildung 4, S. 36). GVP-Beauftragte äußerten sich im Verhältnis fast doppelt so häufig zu Aspekten, die das Reden begünstigen, als zu Aspekten, die das Verschweigen befördern. Daraus ließe sich die Hypothese ableiten, dass das Reden über die Themen Sterben und Tod bei GVP-Beratenden einen stärkeren Fokus besitzt und dazu mehr Eindrücke und Erfahrungen vorliegen; hierzu können daher

mehr förderliche Aspekte gefunden werden. Wohingegen das Verschweigen der Themen Sterben und Tod möglicherweise eher ungesehen bleibt und weniger stark im Fokus das Reflektierens bei den GVP-Beauftragten steht; es daher zu deutlich weniger Nennungen kommt. Möglicherweise bedeutet dies einen blinden Fleck. Es könnte aber auch bedeuten, dass das Verschweigen und Tabuisierungstendenzen beim Gegenüber durch die GVP-Beratenden mitbedacht werden und sie es aufgrund ihrer Rolle gewohnt sind, konstruktiv damit umzugehen und sich hier im Tun auf das Reden hin fokussieren. Die Ergebnisse zu den Aspekten des Redens aus Kapitel 5.1.1 werden innerhalb der einzelnen Clusterkategorien (s. Tabelle 4, Seite 37) in den Blick genommen.

Clusterkategorie Gesprächsführung: Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass die Gesprächsführung als ein wesentliches Gestaltungselement für die Anbahnung eines offenen Sprechens über Sterben und Tod gesehen wird. GVP-Beauftragte scheinen sich hier ihrer gesprächsbegleitenden Rolle bewusst. Sie sehen eine erwartungsoffene Haltung als hilfreich. Diese Erwartungsoffenheit in der Gesprächshaltung kann aus systemischer Sicht darin beruhen, neugierig zu sein auf die Lebenswirklichkeit des Anderen, sich lösen können von eigenen Vorannahmen über den Anderen und dies auch ganz bewusst wollen und sich auch von der eigenen Weltsicht auf die Welt des Anderen zubewegen können. Dieses sich Annähern gelingt in der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig durch Hypothesenbildung. GVP-Beauftragte und Mitarbeitende können sich also nie sicher ob ihrer getroffenen Annahmen sein.

Zuhören können wird als sinnvoll genannt; aktives Zuhören zählt in der systemischen Beratung als eine vornehmliche Methode der Intervention und bedeutet ein zugewandtes sehr präsenten Zuhören. Es dient dem Nachspüren und Andocken an die Lebenswirklichkeit des Gegenübers und signalisiert eine wertschätzende Sicht auf diese Lebenswirklichkeit. Aktives Zuhören kann beim Gegenüber bewirken, sich ernstgenommen und wertgeschätzt zu fühlen. Es gelingt ihm möglicherweise dadurch leichter sich selbst gegenüber eine selbstreflektierende Position einzunehmen und in Abwägungsprozessen, was und wie er erzählt, wie er sich und den Gegenstand seiner Rede reflektiert, um schließlich selbst zu neuen Fragen und Erkenntnissen zu gelangen. Im Sprechen über Sterben und Tod können so möglicherweise bei den Bewohnenden eigene Grenzen in der Kommunikation erahnt, selbstkontrolliert geschwächt und eigene latente Bereiche bewusster in den Blick genommen werden. Der aktiv zuhörende Andere macht dann den Unterschied im Umgang mit den eigenen Tabuisierungstendenzen bei den Themen Sterben und Tod. Der Bewohnende kann sich in Eigenbewegungen in die Rolle des Tabuwächters, des Tabunehmers oder auch des Tabubrechers gegenüber sich selbst bewegen. Aktiv zuhörende GVP-Beratende wären dann Begleiter dieser

Eigenbewegung, nicht nur als Zuhörer, auch als Spiegel oder auch als Komplize/Komplizin beim Tabubrechen.

Die Aussage, trotz Schwere des Themas Leichtigkeit zu wahren, kann als Hinweis gedeutet werden, nicht in der Problemsicht zu verhaften. Hier ist mutmaßlich keine Flucht in leichtere Themen weg von den Themen Sterben und Tod gemeint, sondern eine Pendelbewegung in der Kommunikation zwischen Schwere und Leichtigkeit; systemisch-metaphorisch könnte es als ein Wandern in sich hin und her windenden Serpentinaugen am Berg von der Schatten- auf die Sonnenseite gesehen werden. Als ein Hin- und Herpendeln von der Belastungsseite mit einem Würdigen der Belastungen und ihrem Umgang damit, hin zur Ressourcenseite, dem was diese Person trägt, Kraft gibt und sich für sie als sinnstiftend darstellt. Dies würde bedeuten, dass es Bewohnenden leichter gelingt, sich mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen, eigene innere Tabuisierung abzuschwächen und aus der Rolle des Tabuwächters heraustreten zu können, wenn im Gespräch die Ressourcen gut miteingebunden werden können.

Die Kunst des offenen Sprechens über Ängste wird als förderlich für das Sprechen über die Themen Sterben und Tod gesehen. Das Sprechen über Ängste kann sowohl als Stärke als auch als Schwäche vom Gegenüber gedeutet werden. Sowohl für die GVP-Beratenden als auch für die Bewohnenden bedeutet es, sich dem Anderen im Schwachsein zu zeigen. Dies ist mit Scham belegt. Und wer sich schämt, muss fürchten, seine Würde zu verlieren vor sich selbst und/oder vor dem Anderen. Nur wer sich gewürdigt weiß, muss sich nicht schämen. Das Tabuisieren der Themen Sterben und Tod könnte in der Funktion hierbei beschrieben werden, als ein Verschweigen und Nichtkommunizieren der Themen Sterben und Tod, um sich nicht mit den eigenen Ängsten auseinandersetzen zu müssen und sich dem Anderen auch nicht mit seinen Ängsten als schwach zu zeigen und umgekehrt: auch um den Anderen vor dessen Ängsten schützen zu wollen, damit er sich nicht schwach vor sich oder gegenüber dem Anderen fühlt. Das Tabuisieren der Themen Sterben und Tod hat die Funktion, Würde zu erhalten. Für GVP-Gesprächsprozesse kann daher die Würdigung der Person in ihrem So-Sein einen Schlüssel darstellen im offenen Sprechen über Ängste, die mit den Themen Sterben und Tod verbunden sind. GVP-Beratende haben hier im Umgang mit Scham und Würde eine Schlüsselrolle um Tabuisierungstendenzen zu schwächen.

Ergebnisoffenheit wird als förderlicher Aspekt der Gesprächsführung im Reden über Sterben und Tod genannt. Ergebnisoffenheit in der Gesprächsführung kann bedeuten, dass der GVP-Beratende offen ist gegenüber den Entscheidungsergebnissen der Bewohnenden, aber auch dass es kein fixes Ziel am Ende des Gesprächsprozesses geben muss. Tatsächlich ist, zumindest bei Personen mit Einsichtsfähigkeit, häufig der

Abschluss einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung Wunsch und Gesprächsanlass. Dieser Wunsch kann von Bewohnerseite kommen, aber auch von Einrichtungsseite, verbunden mit dem Wunsch, einen Handlungsleitfaden zu haben, wenn der Sterbeprozess einsetzt, um nach dem Willen der Bewohnenden zu handeln und Meinungsverschiedenheiten, was denn Bewohnerinteresse gewesen sein könnte, im Team zu vermeiden. Ebenfalls förderlich wird in diesem Zusammenhang auch das Fehlen von Druck, innerhalb einer bestimmten Zeit Ergebnisse vorweisen zu müssen, genannt. Dem Bewohnenden wird dadurch signalisiert, dass der Abwägungsprozess im Mittelpunkt steht und nicht das Gesprächsergebnis. Dies entlastet beide Parteien, Bewohnende und GVP-Beratende. Zielstrebigkeit und Zeitdruck sind von GVP-Beratenden zu vermeiden, da sie Tabuisierungstendenzen festigen können.

Als förderlich für das Sprechen über Sterben und Tod wird das Fragen nach Wünschen genannt. Die Frage nach Wünschen fördert die Lösungssicht, die Zukunftsorientierung und eröffnet Möglichkeitsräume. Im Umgang mit Vorsorge für die letzte Lebensphase stehen häufig Erwartungen an gesundheitliche und psychosoziale Probleme, dem Verlust von Zukunftschancen und der starken Einschränkung von Möglichkeiten im Fokus der Bewohnenden. Diese Erwartungen zum Verlust eigener Selbstwirksamkeit lassen sich von diesen in Gesprächen beliebig wiederholen oder verschweigen; ersteres dient der Vertiefung eigener Glaubenssätze, letzteres einer Kommunikationslatenz, um sich vor solchen Glaubenssätzen zu schützen oder diese zu verdrängen. Die Gestaltungsspielräume dieser Lebensphase durch das Fragen nach Vorstellungen und Wünschen offenzulegen, könnte so auch das Sprechen über Sterben und Tod erleichtern, da die Selbstwirksamkeit den Bewohnenden wieder erfahrbar wird. In der Gesprächsführung verhilft dies, aus der Rolle des Problemopfers herauszufinden und zum Visionstäter der eigenen letzten Lebensphase werden zu können.

Förderlich für das Sprechen wird das Aushalten von Stille und Pausen genannt. Dies kann als Hinweis gelten für ein geduldiges Warten und ein ruhiges im Gespräch bleiben. Durch aktives Schweigen und dessen Wirksamkeit auf intrapersonale Denkprozesse, kann auch schwierigen Themen wie Sterben und Tod gerade dadurch ins Kommunikationssystem verholten werden. Wird davon ausgegangen, dass in Gesprächen eine intrapersonale Abwägung dessen stattfindet, was ins Kommunikationssystem gegeben wird und was nicht, könnte entsprechend davon ausgegangen werden, dass bei Tabuisierung und damit einhergehender Kommunikationslatenz diese Abwägungsprozesse, was wie gesagt werden kann, sich noch einmal deutlich komplexer gestalten. Insbesondere, wenn wegen fehlender

Kommunikationserfahrungen in diesem Bereich die passend erscheinenden Worte im Wortschatz fehlen und/oder aufgrund von Beobachtungslatenz das Bewusstwerden aufgrund kognitiver Beeinträchtigung erschwert einzuordnen ist.

Daran knüpft sich auch der Hinweis zur Verwendung einer für das Gegenüber leicht verständlichen Sprache als förderlich; dies kann als Hinweis verstanden werden, dass Gesprächsprozesse eher leichter auch dem Thema Sterben und Tod zugänglich sind, wenn der oder die Bewohnende der Kommunikation gut folgen kann, indem die Sprache verständlich gewählt, der Satzbau kurz und die Inhalte an der Lebenswirklichkeit des/der Bewohnenden orientiert sind. Der Einsatz von Fachbegriffen ist demnach zu vermeiden; ist dies nicht möglich, sollten sie so eingeführt und erklärt werden, dass sie aus der Lebenswirklichkeit des Gegenübers heraus eingeordnet werden können. Es geht um die Herstellung von Anschlussfähigkeit beim Gegenüber; das gelingt dann, wenn die Eigensprache des Menschen mit Behinderung genutzt wird und gleichzeitig versucht wird, seine Wirklichkeit zu verstehen. So weist bspw. GROSS in Bezug auf das Leseverständnis darauf hin, dass Menschen mit geringen literalen Fähigkeiten doppelt so häufig eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz haben wie Personen mit hoher Literalität; sich also auch eigenständig Informationen suchen und diese lesen und verstehen können. Weiterhin wird angeführt: „Nur wer die Vor- und Nachteile verschiedener (Be)Handlungsoptionen kennt und die Konsequenzen einschätzen kann, kann alle Optionen abwägen, um die für sich und für sein Leben richtige Entscheidung zu treffen. (GROSS 2023, S. 74)“ GVP hat das Verstehen unterstützend zu begleiten und orientiert sich dazu am Gegenüber.

Clusterkategorie Biografie der Bewohnenden: Haben die Bewohnenden eigen Erfahrungen in ihrem Leben machen können, ist dies scheinbar ein guter Anknüpfungspunkt für das Besprechen. Können Bewohnende eigene Erfahrungen sammeln und werden sie nicht von Sterben und Tod in ihrem Sozialraum ferngehalten, kann dies förderlich sein, über die Themen Sterben und Tod zu sprechen. Wissen und Erfahrung mit Sterbenden und Toten verringern Beobachtungslatenz; die Teilnahme an Gesprächen über das Sterben und den Tod erhöhen die Kommunikationsfähigkeit im Verstehen und Sprechen. Wissen und Erfahrung können das Tabu schwächen.

Erlebte Krisen, die mit Sterben und Tod verbunden waren, werden als Türöffner für GVP-Gesprächsprozesse genannt. Erlebte Krisen scheinen das Verdrängen der Themen Sterben und Tod in die eigene Beobachtungslatenz zu erschweren. Die Themen bleiben dadurch präsent und können nicht übergangen werden; vielmehr scheinen sie in die Kommunikation zu drängen. Erlebte Krisen schwächen demnach die eigene Akteursrolle als Tabuwächter. Allerdings ist Krisenintervention und der Umgang mit

traumatisierenden Erfahrungen mit großer Sorgfalt zu behandeln und bei Bedarf in die dafür zuständigen Professionen zu übermitteln.

In Bezug auf das Älterwerden scheint das Bewusstsein für die eigene Sterblichkeit zuzunehmen; das Verdrängte strebt aus dem Unterbewusstsein ins Bewusstsein. Die eigene Sterblichkeit lässt sich nicht mehr verdrängen; auch diese Erkenntnis scheint förderlich für das Sprechen über Sterben und Tod zu sein. Verdrängungsmechanismen sind demnach im Tabusystem systemerhaltend. Zunehmende Bewusstwerdung der eigenen Sterblichkeit und des eigenen Todes können das eigene Tabukonzept schwächen.

Clusterkategorie Inhaltliche Gestaltung: Der eigene offene Umgang mit den Themen Sterben und Tod wird in einer Nennung formuliert; hierbei scheint es sich um den eigenen intrapersonalen Umgang mit den Themen Sterben und Tod als GVP-Beratende zu handeln und lässt einen Zusammenhang erkennen zwischen eigener Fähigkeit, sich mit den Themen auseinanderzusetzen und einer besseren Kommunizierbarkeit auf interpersoneller Ebene. Diese Nennung würde damit auch die Arbeitshypothese H5a in Teilen stützen, wonach eine Korrelation vermutet wird zwischen dem Grad der Auseinandersetzung der GVP-Beratenden mit eigenem Sterben und Tod und dem Grad der Gesprächsbereitschaft bei den Bewohnenden.

Eine Nennung empfiehlt das Einbringen eigener biographischer Erfahrungen mit den Themen Sterben und Tod. Dazu sei PFEIFER-SCHAUPP zitiert:

„Es kann nützlich sein, von mir selbst zu erzählen und mich, soweit es angemessen ist und den Prozess unterstützt, mit eigenen Gefühlen zu zeigen. Inzwischen ist es auch in der systemischen Praxis »salonfähig« geworden, auf Gefühle von Klientinnen nicht nur mit zirkulären Fragen zu antworten, sondern Mitgefühl zu zeigen. [...] Es geht also darum, [...] den eigenen theoretischen Grundannahmen und dem eigenen theoretischen Vorwissen mit der gleichen Respektlosigkeit zu begegnen wie Mustern und Symptomen im Klientensystem. (PFEIFER-SCHAUPP 2008, S. 36)“

Denkbar ist neben dem Zeigen von Mitgefühl, oder gerade dadurch, auch das Erzeugen eines Türöffners als Gesprächseinstieg in die möglicherweise tabuisierten Themen Sterben und Tod. Gleichzeitig wird über das Erzählen auch eigenes Erleben in Worten geschildert. Worten, die das darüber sprechen können, erst ermöglichen durch Erweiterung des Wortschatzes beim Gegenüber. Das Nichtsprechen können, weil etwas aufgrund von Sprachtabus bisher nicht in Worte zu fassen ist, könnte dadurch aufgeweicht werden. Gleichzeitig kann in dem Erzählen von Eigenem auch eine vertrauensbildende Maßnahme gesehen werden, die das offene Kommunizieren an sich unterstützt.

Die GVP-Beratenden haben dabei auch die Expertenfunktion, die sich auf die Vermittlung von Wissen bezieht. Dies könnte interessant sein im Hinblick auf Wissensvermittlung zur Unterstützung der individuellen Entscheidungsfindung und damit einhergehend der Schwierigkeit zur Vermittlung von Expertenwissen, wozu neben medizinischem und pflegerischem Wissen auch das Erfahrungswissen gezählt werden kann. Hier gilt der sensible Umgang ohne Beeinflussung des Gegenübers und Offenheit in der Entscheidungsfindung. Es sei auch auf die Bedeutung der unterstützten Entscheidungsfindung verwiesen, die eine selbstreflexive Haltung des Begleitenden bedeutet, also hier die der GVP-Beratenden.

In einer Nennung wird die Bedeutung von Humor im Umgang mit schwierigen Themen seitens der Bewohnenden erwähnt sowie die Bedeutung von Reframing des eigenen Todes. Dies kann möglicherweise als Wirksamkeitserwartung auf die Hinterbliebenen und deren Erinnerungen im Gedenken an das eigene Selbst gelesen werden. Hierin liegt schöpferische Kraft, kreativer Gestaltungsspielraum und Selbstwirksamkeitserfahrung im Gespräch. Selbstwirksamkeitserwartung könnte ein Gegenspieler zur Angst und damit Humor zum geeigneten Mittel für den intrapersonalen Tabubruch und der Schwächung des eigenen Tabusystems gelesen werden.

Clusterkategorie Gesprächsrahmen: Die Nennungen 'eigenes Zimmer' und 'zeitlicher Rahmen' in dieser Kategorie decken sich zum Teil mit den Erkenntnissen der Studie von Klemmt et al., wonach die Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten und ausreichender Zeitressourcen als förderlich für das Gesprächsangebot der GVP gelten können. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass das offene Sprechen vor allem dann gelingt, wenn keine weiteren Tabuwächter erwartet werden, ein Tabubruch im geschützten Raum erfolgen kann und dieser Tabubruch in der zeitlichen Dimension selbstbestimmt erfolgen kann.

Weiterhin wird in einer Nennung die Externalisierung der Gesprächsbegleitung als förderlich genannt. Die externe Stellung der GVP-Beratenden außerhalb des Gruppenalltags scheint förderlich für den Gesprächsprozess; als Begründung dafür wird einmal angeboten, dass trotz der Nähe im Gespräch zwischen Gesprächsbegleiter und Bewohnenden eine Distanz durch das nicht Eingebundensein im Alltag und im Wohngruppensystem gegeben ist. Die Schweigepflicht gegenüber Dritten wird in diesem Zusammenhang nicht erwähnt; könnte aber aufgrund der Selbstverständlichkeit im professionellen Handeln der GVP-Beratenden mitbedacht sein. Hintergrund im Hinblick auf das Tabuisieren kann das eigene Eingebundensein der Bewohnenden in das Tabusystem mit seinen darin herrschenden Kommunikations- und Beobachtungslatenzen sein. Der GVP-Gesprächsprozess findet außerhalb dieser

bestehenden Systeme statt und bildet ein eigenes System, in dem die Grenzen für Kommunikationslatenzen anders gesetzt und erlebt werden können. Selbst der intrapersonale Tabubruch ist hier denk- und umsetzbar; möglicherweise aber nicht im System der Wohn- oder Arbeitsgruppe reproduzierbar.

Gruppenangebote und Gesprächskreise werden in einer Nennung als förderlich beschrieben, um über die Themen in Austausch zu kommen. Vergleichbar ist dieses Setting am ehesten mit einer Art Selbsthilfegruppe. Bewohnende erleben sich mit ihren Themen nicht allein. Dies entspricht dem Ansatz des Empowerments und befördert den Lerneffekt, dass das Sprechen anderen möglicherweise leichter fällt oder eben auch schwer, dass es aber prinzipiell möglich ist. In jedem Fall regt es die intrapersonale Auseinandersetzung an; wie das psychische System damit umgeht, unterliegt seiner Selbstreferentialität. So können Gruppenangebote sowohl Beobachtungs- und Kommunikationslatenzen schwächen, selten aber auch verstärken; in jedem Fall dienen sie der Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod. Die Teilnahme sollte auf Freiwilligkeit beruhen; auch während der Teilnahme sollte auf die Möglichkeit, diese jederzeit verlassen zu können, hingewiesen werden sowie eine anschließende Begleitung gewährleistet sein.

In einer Nennung wird eher generell darauf hingewiesen, dass die Auswahl der Methoden einen Einfluss auf die Kommunizierbarkeit der Themen Sterben und Tod haben kann. Dies verweist ebenfalls auf den sensiblen bewussten Umgang mit Methoden und Angeboten, wie bspw. Themencafés oder Gesprächskreise. Nicht jeder Tabubruch dient dem offenen Sprechen. Der sensible Umgang mit Latenz ist mitzubedenken. Der balancierte Umgang zwischen Tabubruch und Latenzschutz scheint ein wichtiger Aspekt in den GVP-Gesprächsprozessen und erweiterten Gruppenangeboten zu sein.

Clusterkategorie Beziehungsebene: In dieser Clusterkategorie werden Aussagen im interpersonellen Bereich und zur Qualität des Kommunikationssystems zwischen Beratendem und Bewohnenden getätigt. Häufig wird Vertrauen in den Nennungen angesprochen. Vertrauen kann aus systemischer Sicht als ein Mechanismus zur Reduktion von Komplexität gelesen werden. Wird dem Gegenüber Vertrauen entgegengebracht, muss über Nachteile bei persönlicher Äußerung nicht nachgedacht werden; es kann offener gesprochen werden, anstatt alles auf die sprichwörtliche Goldwaage zu legen. Wenn dem Gegenüber Vertrauen entgegengebracht wird, muss nicht darüber nachgedacht werden, ob er das Gesprochene gegen einen verwendet. Was diese Reduktion an Komplexität in jedem Fall befördert ist - wenn auch nicht ausdrücklich genannt - die Schweigepflicht der GVP-Beratenden. Bewohnende können

darauf vertrauen, dass GVP-Beratende Dritten gegenüber keine Auskunft über die Gespräche geben, solange Inhalte nicht ausdrücklich von den Bewohnenden freigegeben werden. Tabubruch gelangt nicht nach außen; offenes Sprechen trifft auf keine Tabuwächter außerhalb des GVP-Kommunikationssystems, sofern dies von den Bewohnenden nicht ausdrücklich gewünscht ist.

Nun soll sich im Folgenden den Aspekten des Verschweigens in Kapitel 5.1.2 gewidmet werden. Hierzu werden ebenfalls die Ergebnisse der einzelnen Clusterkategorien in den Blick genommen:

Clusterkategorie Gesprächsführung: Genannt wird die Herstellung eines konstruktiven Gesprächsprozesses. Gelingt dies nicht, führt dies zu einem Nicht-Kommunizieren der Themen Sterben und Tod. Kommunikationslatenz wird aufrechterhalten oder sogar erzeugt. Möglicherweise spricht der Bewohnende, aber eben nur nicht in diesem Setting.

So wird in einer weiteren Nennung die Bedeutsamkeit der zurückhaltenden Gesprächsführung bedacht. Ein Zuviel an Nachfragen, zu wenige Freiräume für die Bewohnenden in der Kommunikation, zu wenig Geduld, Stille und Pausen verhindern demnach ein sich Zuwenden können zu den Themen Sterben und Tod. Das intrapersonal stabilisierte Funktionssystem aus Tabunehmer und Tabuwächter stabilisiert sich selbst und erhält sich aufrecht. Was aufgenommen wird, entscheidet die Person selbst. Kleinste Veränderung braucht Zeit und ein sich mit sich selbst auseinandersetzen in einem selbstreferentiellen wie selbstreflexiven Prozess. Wird diesem keine Zeit gegeben, erzeugt das Senden von Nachrichten keine Anschlussfähigkeit, gerade bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Kommunikationslatenz in Bezug auf möglicherweise stark intrapersonal tabuisierte Themen wie Sterben und Tod kann dadurch erhalten oder noch ausgeweitet werden.

Eine Nennung stellt die Bedeutung des Kairos heraus. Nicht alles ist zu jeder Zeit gut kommunizierbar. Den eigenen geeigneten Zeitpunkt zu finden, ist für die Bewohnenden wesentlich, um über die Themen Sterben und Tod zu sprechen. Ebenfalls in diesem Zusammenhang wird indirekt darauf verwiesen, dass dies Sensibilität und Zurückhaltung seitens der GVP-Beratenden erfordert. Denn das ungeeignete Zeitfenster kann beim nächsten Termin geeignet sein.

Clusterkategorie Biografie der Bewohnenden: Eine Nennung spricht die eigene Betroffenheit der GVP-Beratenden an. Geschildert wird der Fall einer zu beratenden Person, die keine Hinterbliebenen mehr hat und unter dieser Einsamkeit leidet. Eigene Betroffenheit kann demnach zu Schweigen über Sterben und Tod bei den GVP-Beratenden führen, wenn sie die Belastung in sich selbst nachempfinden. Das

Verschweigen der Themen Sterben und Tod kann dann sowohl dem Wunsch nach eigenem Latenzschutz als auch nach Latenzschutz für Bewohnende entspringen.

Eine Nennung bezieht sich auf das Tabusystem innerhalb der Familie der zu beratenden Person. Tabuisierung der Themen Sterben und Tod in der Familie können intrapersonale Beobachtungs- wie auch Kommunikationslatenzen bei den Bewohnenden erzeugen. Diese Tabuisierung kann so stark ausgeprägt sein, dass selbst eine vertrauensvolle Beziehungsebene und ein geschützter Gesprächsrahmen einen Tabubruch für die Person selbst nicht zulassen. Die Kommunikationslatenz wird von der zu beratenden Person dann konstant aufrechterhalten; sie ist Tabunehmerin und Tabuwächterin in Personalunion. Ein Tabubruch liegt dann nicht im Bereich des Möglichen und stellt einen blinden Fleck dar. Erlerntes Verhalten ist folglich Strukturgeber im Denken, Handeln und Sprechen bzw. Schweigen.

Weiter werden traumatisierende Erlebnisse im Zusammenhang mit Sterben und Tod bei der zu beratenden Person genannt: Hier kann das Vermeiden einer retraumatisierenden Situation im Vordergrund stehen und das Schweigen über diese Themen begründen. Sowohl auf Seiten der zu beratenden Person als auch auf Seiten der GVP-Gesprächsbegleitung steht der Latenzschutz im Vordergrund. Bei GVP-Beratenden lässt sich dies mit Angst davor Ängste beim Gegenüber auszulösen, deuten. Traumatisierende Erlebnisse können das Verdrängen und damit die Beobachtungslatenz und die Kommunikationslatenz erhöhen. Wissen und Erfahrung können dann das Tabuisieren stärken.

Clusterkategorie Inhaltliche Ausgestaltung: Mehrere Nennungen vermuten einen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung und damit einhergehende Nichtkommunikation über Sterben und Tod mit unterschiedlicher Begründung auf Seiten der Bewohnenden oder deren gesetzlichen Vertretung. Als Vermutung ließe sich hier die steigende Personenzahl nennen, mit steigender Anzahl an Personen und damit Tabuwächtern steigt die Komplexität; die Erwartungserwartung, in welcher Weise die Tabuwächterrolle vom anderen ausgefüllt wird oder eben nicht, könnte zu einem vorgreifenden Über- oder Untersteuern in der Kommunikation bzw. Verhindern der Kommunikation führen.

Fehlende Einsichtsfähigkeit der Person wird genannt für das Nichtkommunizieren. Kritisch hinterfragt werden sollte, ob die fehlende Einsichtsfähigkeit bei einem Teil der Bewohnenden allein auf der kognitiven Beeinträchtigung beruht oder Resultat des Nichtkommunizierens ist.

Weiterhin wird Gesprächsbereitschaft in anderen für die Person gerade wichtigen Themen, aber nicht zu den Themen Sterben und Tod, genannt. Dieses Aufhalten in anderen Themen kann einerseits eine Bewegung in der Kommunikation sein, der als

nicht so heikel aufgefasst wird. Er kann aber auch dem Beziehungsaufbau und der Herstellung von Vertrauen dienen; generell vielleicht der Erkenntnis, dass wertschätzend und aufmerksam zugehört wird. Auch hier muss die Dimension Zeit mitberücksichtigt werden; möglicherweise ist es zu diesem Zeitpunkt ein anderes Thema, aber beim nächsten Gesprächstermin auch ein Hinwenden zu den Themen Sterben und Tod.

Eine Nichtkommunikation über die Themen Sterben und Tod kann auch dann stattfinden, wenn die Kommunikation darüber lediglich mit der gesetzlichen Betreuungsperson geführt wird. Eine weitere Nennung spricht in diesem Zusammenhang auch die Einschätzung der gesetzlichen Betreuungsperson an, dass der GVP-Gesprächsprozess für die Bewohnerin bzw. den Bewohner nicht leistbar sei. Wird der GVP-Gesprächsprozess daraufhin nicht aufgenommen, kann dies sinnvoll sein; das Gegenteil kann dadurch aber nicht sensibel herausgefunden werden.

Clusterkategorie Gesprächsrahmen: Die Einzigartigkeit des Gesprächsangebotes selbst wird förderlich für die Nicht-Kommunikation über die Themen Sterben und Tod gesehen. Dies beruhe in seiner Architektur als Einzelgespräch mit Schweigepflichtvereinbarung und ermöglicht so einen seltenen, geschützten Kommunikationsraum. Dieser ungedeckte Bedarf an ungeteilter Aufmerksamkeit scheint auf Bewohnerseite das Gesprächsangebot der GVP attraktiv zu machen, ohne an einer Bearbeitung der Themen Sterben und Tod als ausschlaggebend interessiert zu sein.

Es wird der Einfluss von Störungen genannt, die eine Ablenkung darstellen können, bspw. durch Gegenstände im Raum, die die Aufmerksamkeit binden, Störungen von außen, wichtige Dynamiken im Außen wie das Gruppengeschehen oder aktuelle Themen in der Politik. Dadurch kann die Konzentration verloren gehen auf die Themen Sterben und Tod. Die Ablenkung kann aber auch als Mittel dienen, um vom Thema abzulenken. Bewohnende wären hier Tabuwächter in eigener Sache; ihnen gelingt das Herstellen eines eigenen Latenzschutzes durch eine Ausweichbewegung in andere Themen. Dies ist tatsächlich hilfreich und wünschenswert im Hinblick auf die Kommunikation über Sterben und Tod und der jederzeit wichtigen Freiwilligkeit des GVP-Gesprächsangebots; für diese können Bewohnende u. U. selbst sorgen; GVP-Beratende sollten dafür in jedem Fall Sorge tragen.

Clusterkategorie Beziehungsebene: Im Gegensatz zu den Aspekten, die das Reden fördern, werden hier intrapersonale Aspekte genannt, die erst in Folge Auswirkungen auf die Beziehungsebene haben und damit die Gesprächsdynamik zum Verschweigen der Themen Sterben und Tod beeinflussen. Hier wird zum einen der Distanzwunsch zu den Themen Sterben und Tod genannt und einmal die Überlegung zu einer Herstellung von mehr Distanz zum Thema, wenn dadurch mit einem sich destabilisierenden psychischen

Zustands bei Bewohnenden zu rechnen sei. Verkürzt gesagt: Die Distanz zum Thema stabilisiert die Distanz zum Thema.

Im Folgenden soll sich nun den Ergebnissen aus den Befunden zu den aufgestellten Hypothesen aus Kapitel 5.2 gewidmet werden; wohlgermerkt unter dem Vorbehalt des geringen Stichprobenumfangs für einen valide Befund. Hierzu werden die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen in den Blick genommen und in ihrer Tendenz beleuchtet.

Die Hypothese **H1** konnte widerlegt werden, GVP-Beratende schätzen die Kommunikationslatenz gegenüber den Themen Sterben und Tod bei Bewohnenden der Eingliederungshilfe als eher gering ein, während sie – ausgehend von den Ergebnissen der Hypothese **H2** – eine stärkere Kommunikationslatenz bei Mitarbeitern vermuten.

Insofern erscheint die Hypothese **H3**, wonach das GVP-Gesprächsangebot als entlastend für Mitarbeitende und zur Auslagerung der Themen Sterben und Tod in den Aufgabenbereich der GVP-Beratung genutzt wird, zumindest als nicht widerlegt (H3/F6+F8). Über die Zusammenarbeit an der Schnittstelle von Gruppenalltag und GVP-Setting könnte gerade die Kommunikationslatenz im Gruppenalltag damit für die Durchführung von GVP-Prozessen als förderlich gesehen werden. Hier bietet sich ein Weiterdenken in Richtung Betreuungsalltag, Zeitmanagement, Zeitmangel und Mitarbeiterbegleitung im Umgang mit den Themen Sterben und Tod im Gruppenalltag an. Das Zusammenspiel dieser Faktoren könnte ein Tabusystem in diesem Themenbereich stärken oder schwächen.

Die Hypothese **H4**, wonach ein GVP-Gesprächsprozess förderlich für die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod wäre, erscheint nicht widerlegt (H4/F4+F5+F7). Die GVP-Beratenden sehen darin ein sinnvolles Angebot für die Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod für die Bewohnenden. Hintergründe aus Sicht der Tabuschwächung können möglicherweise das Wissensangebot und der geschützte Raum sein, der den Tabubruch zu Reden über die Themen Sterben und Tod leichter möglich machen. Und auch hier scheint der Faktor Zeit („die Bewohnerinnen und Bewohner gehen zunehmend offener ...“) entscheidend; Zeit haben kann hier bedeuten: Zeit für Wissensvermittlung - medizinisches, pflegerisches Wissen und biografisches Erfahrungswissen -, und Zeit haben für Wissensvermittlung, um die Bewohnenden zur Entscheidungsfähigkeit zu begleiten, Zeit haben für die Begleitung von Abwägungsprozessen und Zeit haben, um Abwägungsprozesse so lange in der Schwebe zu halten, wie dies notwendig ist für die Bewohnenden und damit auch keinen Zeitdruck zu haben, um Ergebnisse vorweisen zu müssen.

Die Hypothesen **H5a** und **H5b** sind beide weder be- noch widerlegbar. Dennoch kann in der Auswertung zu **F10** gesagt werden, dass eine intensive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod mit zwölf Nennungen markant ist. Es kann davon abgeleitet werden, dass GVP-Beratende sich überwiegend bereits intensiv mit den Themen Sterben und Tod auseinandergesetzt haben. Möglicherweise ist die eigene Auseinandersetzung auch ein Teil des Habitus, den sie ihrer Rolle der GVP-Beauftragten zuschreiben.

Die Hypothese **H6**, dass Mitarbeitende das Sprechen über die Themen Sterben und Tod auslagern, weil sie selbst ein Unbehagen fühlen, scheint widerlegt (H6/F2+F8). Eher herrscht generell ein Bestreben zu existieren, diese Gespräche auslagern zu können. Dies kann unterschiedliche Gründe haben.

Die Hypothese (**H7/F11+F8**), wonach eine Korrelation bestehe zwischen der Direktheit der/des GVP-Beratenden im Umgang mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation und der Tendenz bei Mitarbeitenden, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern, scheint - anders als ursprünglich erwartet - als belegt. Dieses Ergebnis kam unerwartet, denn die Korrelationserwartung war „je mehr, desto mehr“. Das Ergebnis zeigt allerdings, dass die Mitarbeitenden weniger GVP-Gespräche vermitteln, je direkter GVP-Beratende die Themen Sterben und Tod in der Kommunikation ansprechen. Dies ist interessant und könnte ein Hinweis sein auf die besondere Stellung der GVP-Beratenden als institutionalisierte Tabubrecher. In Tabusystemen gibt es Tabubruch in zwei Ausprägungen, einmal der Tabubruch des Tabunehmenden; dies wird innerhalb der Funktionsgruppe durch die Akteursrolle 'Tabuwächter' sanktioniert und führt beispielsweise zu sozialem Ausschluss. Andererseits gibt es den Tabubruch der mit Mana Ausgestatteten; diesen ist der ungestrafte Tabubruch erlaubt. GVP-Beratende sind in diesem Sinne keine Tabugeber; aber möglicherweise durch ihre institutionalisierte Rolle ausgestattet mit Mana im Sinne von Sendung und Macht; sie sollen über Sterben und Tod sprechen und damit latente tabuisierte Bereiche berühren. Hier lässt sich nun die Hypothese aufstellen, dass Mitarbeitende diese Direktheit in der Kommunikation auch als Bedrohung empfinden können. Mutmaßlich weniger für sich selbst, möglicherweise aber aus Fürsorgeempfinden den Bewohnenden gegenüber. Je mehr GVP-Beratende als Experten auftreten, umso weniger geben es die Mitarbeitenden aus der Hand, möglicherweise aus Schutzinstinkt vor eigenen Ängsten oder aus Fürsorgeverpflichtung den Bewohnenden gegenüber. Die Mitarbeitenden werden dann zum starken Tabuwächter, wenn sie möglicherweise den Latenzschutz bei sich und den Bewohnenden gefährdet sehen. Möglicherweise stärkt eine niedrige

Thematisierungsschwelle der GVP-Beratenden bei heiklen Themen die Tabuwächterrolle bei Mitarbeitenden, die dieses als machtvoll erleben.

Die Hypothese (**H8/F11+F14**), wonach eine Korrelation bestehe zwischen der Direktheit der/des GVP-Beratenden im Umgang mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation und deren Einschätzung zur Gesprächskultur in deren Einrichtungen im Hinblick auf die Themen Sterben und Tod, erscheint belegt. Dieses Ergebnis ist aus Sicht eines Beobachters zweiter Ordnung zweideutig interpretierbar. Zum einen als *Advocatus diaboli*, wonach GVP-Beratende die Kommunikationskultur in ihrer Einrichtung möglicherweise in Bezug auf die Themen Sterben und Tod aufgrund ihrer eigenen Offenheit und Nähe zum Thema überschätzen und als besonders gut einschätzen. Zum anderen im Rückgriff auf die Expertensicht wonach gerade GVP-Beratende einen guten, da kritisch-reflektierenden Blick auf Kommunikationskultur haben sollten und die Kommunikationskultur dadurch auch kritisch einschätzen können und schließlich auch selbst zu einer offenen Kommunikationskultur in den Themen Sterben und Tod in ihren Einrichtungen beitragen.

Die Zusammenschau der Ergebnisse aus den Antworten zum Fragekomplex F 15 zur Arbeitshypothese **H9** zeigt, dass, mit Ausnahme der Faktoren Zeit und Räumlichkeit, die GVP-Gesprächsprozesse sehr individuelle Ausprägungen besitzen. Insofern scheint sich die Hypothese in unterschiedlicher Ausprägung zur Individualität des GVP-Beauftragten zu bestätigen; somit ist das Nicht-Kommunizieren der Themen Sterben und Tod durchaus ein Bestandteil von GVP-Prozessen, der aber von den beteiligten Personen individuell ausgefüllt wird. Das Verschweigen wird individuell unterschiedlich gehandhabt und unterschiedlich begründet. Während bei Befragten, die sich differenzierter geäußert haben, davon auszugehen ist, dass ihnen die Option des Verschweigens nach Anlass bewusst ist; kann dies bei Befragten, die in allen Bereichen angeben, dass dies für sie keinen Grund für das Verschweigen darstellt, zum einen angenommen werden, dass sie genau hier durch geschickte Gesprächsführung sensibel ansetzen oder aber ihnen die Option des Verschweigens als GVP-Beauftragte als nicht plausibel erscheint. Dies kann durch die Methode Fragebogen nicht weiter konkret erfragt werden. Die Entscheidung zu schweigen oder zu reden, erscheint damit eng mit der Individualität des GVP-Beratenden verknüpft und damit individuell unterschiedlich. Die Möglichkeit, die Themen Sterben und Tod unangetastet zu lassen, sie im Gespräch zu verschweigen oder kurzzeitig auszublenden, scheint aber integraler Bestandteil von GVP-Prozessen zu sein, der abhängig ist von der Persönlichkeitsstruktur des GVP-Beratenden. Eine generelle Aussage über gute Gründe des Schweigens kann nicht herausgelesen werden. An dieser Stelle zeigt sich ganz besonders, wie wichtig es für

GVP-Beauftragte ist, sich selbst in Selbstreflexionsfähigkeit zu üben. Geeignet dazu sind beispielsweise regelmäßige Peer-Supervisionstermine, um stattgefundenе Gespräche zu evaluieren. Ebenfalls wichtig ist, nicht nur für das Reden, sondern auch für das Schweigen und Verschweigen sensibel zu sein. Allzu leicht erscheint das eigene Tun als GVP-Beauftragte als ein Auftrag zum Reden; zum Reden über die Themen Sterben und Tod. Dabei sollte der Blick auf den sensiblen Umgang mit Schweigen und Verschweigen genauso trainiert werden.

In diesem Fragenkomplex F15 fallen zwei Items, F15d und F15e, besonders auf, denn sie unterscheiden sich von den anderen Items in diesem Fragenkomplex durch klare Tendenz; denn unabhängig von der Individualität der GVP-Beauftragten geben diese hier ein eindeutiges Votum ab. Wo zeitliche und räumliche Ressourcen fehlen, kommt es zu einer Nicht-Kommunikation der Themen Sterben und Tod. In Teilen deckt sich dies auch mit oben aufgeführten Studien in Kapitel 3.2 (insbesondere der Studie von KLEMMT et al. 2024).

5.4 Methodenkritik

Nach Auswertung der Ergebnisse sollen nun die in der Untersuchung eingesetzten Methoden und Instrumente kritisch reflektiert werden. Die methodischen Grenzen der Analysen soll hier aufgezeigt werden im Hinblick auf eine bessere Einordnung der gewonnenen Ergebnisse sowie die Möglichkeit zur Verbesserung der Herangehensweise bei möglichen Folgeuntersuchungen.

Aufgrund des Studiumumfangs können die erhobenen Daten und deren Analysen lediglich eine vermutete Skizze zeichnen, die erste Folgehypothesen auf den Weg bringen konnte. Die Grundlagenstudie erfüllt damit nicht den Anspruch auf wissenschaftliche Verifizierung eines Sachverhalts, sondern kann lediglich als Impuls für weiteren und tieferen wissenschaftlichen Diskurs gesehen werden. Die Mixed-Method-Herangehensweise aus qualitativer und quantitativer Datensammlung und Auswertung kann als Emergenzprodukt gesehen werden, mit dem Nachteil, dass sowohl die qualitative Tiefe als auch die quantitative Breite in bescheidenem Umfang gegeben sind. Im Rahmen einer ersten Grundlagenstudie und zum Aufspüren von Hypothesen entsprach das Vorgehen dem Neugierverhalten der Autorin auf Kosten reiner Wissenschaftlichkeit.

Im Hinblick auf die Erhebungsmethode ist festzuhalten, dass Fragebogen-Erhebungen mit Likert-Skalen und offenen Textfeldern nur sehr begrenzt offen sind. Selbst bei den Freifeldern ist der Platz eingeschränkt; der oder die Befragte wird zur Beschränkung genötigt. Dies kann dazu führen, dass bestimmte Aspekte nicht genannt, zu stark

zusammengefasst und nicht sichtbar werden, somit ist es weiterhin möglich, dass wichtige Informationen oder Perspektiven nicht erhoben oder in eine andere Richtung gedeutet werden, als es der oder die Befragte gemeint haben könnte. Es liegt also bei weitem kein vollumfängliches Abbild der Realität und der Hintergründe der Befragten vor. Für eine Folgestudie könnten sich daher ergänzend narrative Interviews für einen detaillierteren Blick als Erhebungsinstrument anbieten. Diese Form der Befragung könnte in weiteren Studien auch dazu genutzt werden, die Perspektivenvielfalt zu erhöhen. Wurden in dieser Studie nur die Perspektiven einiger GVP-Beauftragten in der Eingliederungshilfe erhoben, könnte der Personenkreis in Folgestudien mithilfe narrativer Interviews auf die Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, auf die Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe und auf Angehörige und gesetzliche Betreuung ausgeweitet und damit die Perspektivvielfalt auf Tabuisierungstendenzen zu den Themen Sterben und Tod im Zusammenhang mit GVP-Gesprächsprozessen erhöht werden.

Das Item F14 war durch doppelte Verneinung unscharf formuliert und führte bei der Auswertung zu Schwierigkeiten bei der Deutung. Alternativ böte sich eine andere Formulierung an, etwa: „Es gibt eine Gesprächskultur in der Einrichtung, die ...“

Korrelationsanalysen wurden gemacht, aber wegen recht geringem Stichprobenumfang waren sie in den Aussagen z. T. nicht brauchbar, da die befragte Expertengruppe insgesamt zu homogen war. Somit konnte keine Korrelation abgeleitet werden, dazu fehlte meist die Ausprägung in die andere Richtung. Wo dies möglich war, kann eher den Ergebnissen zu Hypothesen in dieser Arbeit getraut werden, die widerlegt scheinen. Die eigene Subjektivität der Autorin als ebenfalls GVP-Beratende und damit nicht externe Beobachterin, sondern als Teil des Systems GVP und des Systems Eingliederungshilfe, besitzt den Vorteil, den Kontext der Befragten relativ gut zu kennen. Dies bewirkt, dass Aussagen gut eingeordnet werden konnten; gleichzeitig kann dies aber auch zu einer subjektiven Verfälschung führen. Ebenfalls ist die Forschende nicht davor gefeit, blinde Flecken der eigenen Profession selbst zu übersehen. Dies behindert den hehren Vorsatz, als Beobachterin zweiter Ordnung zu agieren; es wurde bewusst gemacht und zumindest versucht.

6 Fazit

6.1 Zusammenfassung

Der Blick auf die im ersten Kapitel dargestellte Ausgangslage kann nach wie vor bestätigt werden. Dennoch lässt sich feststellen, dass zu Beginn der Arbeit eher ein Fokus auf der Vision der Enttabuisierung der Themen Sterben und Tod im Rahmen der GVP-Beratung in der Eingliederungshilfe lag; im Lauf der Arbeit hat sich dieser Blick verschoben auf das sensible Betrachten der Tabuisierungstendenzen mit der Vision sich im GVP-Gesprächsprozess innerhalb dieses Tabuisierungsbereichs in reflexiven Schleifen immer wieder gut in der Kommunikation und Nicht-Kommunikation der Themen Sterben und Tod bewegen zu können.

Im zweiten Kapitel wurden die theoretischen Grundlagen und Begriffsbestimmungen formuliert. Dem Tabusystem konnte sich anhand der Akteursrollen und ihrer Funktion eingängig genähert werden.

Im dritten Kapitel wurde auf die Studie von Klemmt et al 2024 zu GVP in der Eingliederungshilfe rekurriert. Aufgrund der noch geringen Studienlage im Bereich der GVP in der Eingliederungshilfe wurden flankierend die Ergebnisse weiterer Studien zur Seite gestellt, die zwar nicht direkt übertragbar sind, aber als Impulsgeber für weiterführende Gedanken und bei der Entwicklung von Detailfragen, Arbeitshypothesen und zugehörigen Items des Fragebogens dienen konnten. Die ermittelten Forschungslücken zu Tabuisierungstendenzen bei den Themen Sterben und Tod in der GVP der Eingliederungshilfe führten im vierten Kapitel zur Entwicklung des Forschungsdesigns für die Umsetzung einer Befragung unter GVP-Beauftragten der Eingliederungshilfe mittels Fragebogen.

In Kapitel fünf wurden die reichhaltigen Ergebnisse der Befragung zunächst überwiegend deskriptiv dargestellt und im Anschluss diskutiert. Die Methodik der Befragung wurde kritisch reflektiert. Aus den Betrachtungen der Forschungsergebnisse und der Studiendurchführung wurden Implikationen für den Umgang mit Tabuisierungstendenzen aus den Erkenntnissen und deren Bedeutung für GVP-Beratende abgeleitet. Es konnten schwächende und stärkende Einflüsse auf die Autopoiese des Tabusystems gezeigt werden; diese betreffen intrapersonal das einzelne psychische System als auch interpersonell das Interaktionssystem der GVP-Beratung.

In Kapitel sechs soll nun ein Fazit gezogen werden mit den wichtigsten Schlussfolgerungen und einem Ausblick auf künftigen Untersuchungsbedarf im Themenbereich.

6.2 Schlussfolgerungen

Tabuisierungstendenzen der Themen Sterben und Tod werden von den GVP-Beratenden in unterschiedlichen Bereichen gesehen, als solche wahrgenommen und können subjektiv eingeordnet werden. Aufgrund von Beobachtungen vermuten sie Zusammenhänge, die das Sprechen und Schweigen beeinflussen; diese lassen sich den Aspekten der Gesprächsführung, des Beziehungsaufbaus, biografischen Erfahrungswissens, der Gestaltung des Gesprächsrahmens und inhaltlicher Ausgestaltung finden. Dabei zeigen sich innerhalb der befragten GVP-Beratenden Gemeinsamkeiten aber auch stark individuelle Unterschiede im Umgang mit Tabuisierungstendenzen der Themen Sterben und Tod. Auch wenn die Thematisierung der letzten Lebensphase und damit die Themen Sterben und Tod gesetzt sind im GVP-Gesprächsprozess und dies die Fortsetzbarkeit der Kommunikation beschränken möge bzw. sogar ein hohes Risiko auf Kommunikationsabbruch eingegangen wird, scheinen GVP-Beratende einen passenden Umgang damit finden zu können, damit die Kommunikation, und zwar die Kommunikation der Themen Sterben und Tod weitergeführt wird. Denkt man sich GVP-Gesprächsbegleitung als Bühne, scheint es dabei förderlich, wenn nicht geregelt wird, was auf der Bühne gespielt wird, sondern die GVP-Beratenden große Gestaltungsspielräume haben, um auf die individuellen Kommunikationsprozesse eingehen zu können. Hierzu zählt neben dem Faktor Zeitbudget aus systemtheoretischer Sicht vor allem die Möglichkeit des Themenwechsels. Eine Fixierung auf die Themen Sterben und Tod schadet der Kommunikationsfortführung, sollte also von Seiten der Organisation nicht gefordert werden. Das Zuwenden und Abwenden ist ein notwendiger Tanz, um im Gespräch bleiben zu können über die Themen Sterben und Tod. Sprechen und Schweigen schließen sich nicht gegenseitig aus; vielmehr kann beides dem jeweils Anderen unter Berücksichtigung des Faktors Zeit dienen.

Der Asymmetrie in der Kommunikation zwischen GVP-Beratenden, als den Themen gegenüber eher offen kommunizierend und mit Expertenstatus versehenen und den im Tabu noch eher verhafteten Bewohnenden oder Mitarbeitenden der Einrichtungen entgegenzutreten, empfiehlt sich nicht die aufklärerische Haltung; vielmehr scheint sich die Herstellung von Teilnahmechancen an der Kommunikation zu erhöhen, und damit auch die der Inklusion, wenn Themenwechsel zugelassen werden, wenn

Thematisierungsschwellen erkannt, Latenzschutz sensibel berücksichtigt wird und ein Pendeln zwischen unverfänglichen Themen und heiklen Themen gelingt. Dies ist eine Kommunikationsleitung. Sie liegt im Verantwortungsbereich der GVP-Beratenden als im weitesten Sinn institutionalisierten Tabubrechenden. Dabei sollte nicht die Sonderstellung und damit der Machtfaktor genutzt werden, nach dem Motto „Ich kann mir erlauben, das anzusprechen“, denn diese vordergründig sinnvoll erscheinende Aufklärung zur Enttabuisierung unterschätzt eine Differenz zwischen Beobachtungs- und Kommunikationslatenz. „Dies darf nicht als grundlegendes Plädoyer gegen die Kommunikation von Latenzen durch Berater verstanden werden. Schließlich hat es für Organisationen wenig Wert, wenn der Berater alle seine Beobachtungen für sich behält. Aber die Kommunikation von beobachteten Latenzen beim Klienten ist eine ganz eigene Form von Intervention, die häufig nur in homöopathischen, aber immer wiederholbaren Dosierungen möglich ist. (Kühl 2009, S. 6)“ So gesehen erscheint der Themenwechsel sinnvoll für den Umgang mit Tabuisierungstendenzen; das Zurückkommen auf die Themen Sterben und Tod muss dabei an das vorherige vom Bewohnenden gesetzte Thema gut anschließen können, um nicht als zugemutete Wiederholung empfunden und vom Gegenüber abgelehnt zu werden. Daher hat die Biografiearbeit mit den Bewohnenden im Rahmen der GVP-Gesprächsprozesse eine so große Bedeutung; sie erlauben Anknüpfungspunkte, die eine Ablehnung der Themen Sterben und Tod unwahrscheinlicher machen.

Das Fortsetzen der Kommunikation bedeutet in GVP-Gesprächsprozessen aber auch ein Aushalten können von Stille und Pausen; GVP-Beratende sollten keine Angst haben, wenn gerade kein Thema die Kommunikation am Laufen hält. Es ist dann die Vermittlung einer aktiven aber geduldigen Erwartungshaltung hilfreich; im Sinne eines aktiven Zuhörens trotz Stille.

GVP-Beratende sind der Überzeugung, dass ihr Gesprächsangebot ein sinnstiftendes ist. Im GVP-Gesprächsprozess wird ein Tabubereich angesprochen, der von Angst und Ohnmacht gegenüber dem Sterben und Todsein geprägt ist. Durch das Reden wird der Ohnmacht des Nicht-Beherrschbaren entgegengetreten, es entsteht der Eindruck, der vagen Beherrschbarkeit einer künftigen Krise. Demnach wäre der GVP-Gesprächsprozess eine Bühne für die organisierte Fiktion von Aktivität. Der aktive Gesprächsprozess gewährt Latenzschutz vor der Wirkohnmacht im Hinblick auf das eigene Sterben und den eigenen Tod. Und das wiederum ist nicht wenig. Wo keine falschen Hoffnungen mehr möglich sind, kann genau dieses Nachdenken und Planen dürfen der letzten Lebensphase Selbstwirksamkeit und Hoffnung bereithalten. Es öffnet

sich für Bewohnende ein Raum, in dem die Angst geteilt werden kann, mit einer Person, die davor nicht zurückschreckt.

Möglicherweise geht es daher nicht nur um den sensiblen Umgang mit der Tabuisierung von Sterben und Tod in den Einrichtungen, sondern viel mehr auch um den sensiblen Umgang mit dem Latenzschutz in diesem Bereich. GVP-Beratende haben dabei eine Vorbildfunktion, das GVP-Angebot selbst zum Thema zu machen; bspw. GVP-Gespräche thematisieren und darstellen, Vorteile für den Bewohner / die Bewohnerin herausstellen, die hilfreiche Bedeutung eines konkreten Handlungsleitfadens für den Ernstfall thematisieren, unterschiedliche Sichtweisen auf Versorgungswünsche innerhalb des Teams im Blick haben und eine Plattform dafür bieten. Dies sollte immer auf Augenhöhe mit den Mitarbeitenden der Einrichtung geschehen.

Und damit kristallisiert sich ein Rollenverständnis der GVP-Beratenden heraus, das über die reine Ausrichtung auf Enttabuisierung hinausgeht. Dem oder der GVP-Beratenden, als institutionalisierte Funktionsstelle zum Sprechen über die Themen Sterben und Tod, kommt weniger die Rolle des Tabubrechers zu, sondern vielmehr die Verantwortung dafür zu tragen, die Balance zu halten zwischen zwei wichtigen Rollen: Einmal Ermöglicher zu sein für sein Gegenüber den Tabubruch selbstbestimmt zu wagen und dem sensiblen Hüter im Umgang mit dem Latenzschutz seines Gegenübers. Zugespitzt lässt sich formulieren, dass das GVP-Gesprächsangebot gerade deshalb so sinnvoll ist, weil die Themen Sterben und Tod tabuisiert sind. So schließt das Angebot in zweifacher Weise eine Lücke; es schwächt durch sein Sichtbarwerden in der Einrichtung einen Tabubereich und gleichzeitig erhält es Latenzen durch Separierung des Sprechens außerhalb der übrigen Kommunikationssysteme in einem eigenen Interaktionssystem, das den übrigen Systemen nur Umwelt ist und dem die übrigen Systeme nur Umwelt sind. Das Tabu wird aufgrund als sinnvoll erachteter Gründe im Gesprächsprozess gebrochen, muss aber nicht von allen und schon gar nicht von den Systemumwelten gebrochen werden.

Der Autorin ist bewusst, dass sich im Rahmen der Arbeit dem Thema des Umgangs mit Tabuisierungstendenzen auf eine theoretisch-reflexive Art genähert wurde. So bietet diese Arbeit keine Handlungsleitlinien mit Praxistipps für GVP-Beratende zum Umgang mit Tabuisierung der Themen Sterben und Tod. Vielmehr bietet diese Arbeit „nur“ den Hinweis zur Selbstreflexion im Umgang mit Tabuisierungstendenzen. Bei der Reflexion kann die Betrachtung der Akteursrollen im Tabusystem und deren Übertragung auf den konkreten Fall hilfreich sein. Dies erscheint wenig, aber aus system-theoretischer Sicht ist es vielleicht genau dieses andere Hinschauen, als einem Beobachtenden 2. Ordnung,

der den Unterschied im Umgang mit Tabuisierungstendenzen, Offenheit und Latenzschutz ausmacht.

Auch wenn es sich bei den Themen Sterben und Tod um schwache Sprachtabus handelt, bedeutet dies nicht, dass es für GVP-Beratende, Mitarbeitende der Eingliederungshilfe oder die Bewohnenden selbst einfach zu kommunizieren ist. Das GVP-Angebot findet in dieser Konstellation aus Kommunizierbarkeit und Nicht-Kommunikation an der Thematisierungsschwelle der Themen Sterben und Tod sein Tätigkeitsfeld.

6.3 Ausblick

Die teils eigenaktive Kontaktaufnahme von GVP-Beauftragten teils aus anderen Bundesländern zur Autorin und der Interessensbekundung, an der Umfrage teilzunehmen, könnte verstanden werden als Interesse am Thema und einem allgemeinen Interesse an Forschung im Bereich der GVP in der Eingliederungshilfe. Dafür spricht auch die erfreulich hohe Rücklaufquote an eingegangenen Fragebögen insgesamt. Selbst die Rückläufer des Pretests von den GVP-Beauftragten der Altenhilfe, welche im Vorfeld auf die Nichtauswertung der Fragebögen aufmerksam gemacht worden waren, ließen auf eine hohe Motivation durch detailreiche Nennungen im offenen Antwortteil schließen. Dies kann als erste Ermutigung für weitere Forschung besehen werden. Die Arbeit wirft einen ersten Blick auf eine Facette des GVP-Angebots; für weitere Forschung zum Themenbereich Tabuisierung der Themen Sterben und Tod im Zusammenhang der GVP in der Eingliederungshilfe wäre es daher wünschenswert diesen Blick weiter zu fundieren. Experteninterviews können die Ergebnisse be- oder widerlegen; in jedem Fall ergänzen sie diese Arbeit durch die Einbettung von Aussagen in ihren Kontext. Wünschenswert im Sinne der Kundenorientierung wären darüber hinaus auch narrative Interviews von Bewohnerinnen und Bewohnern der Eingliederungshilfe und deren Sichtweise auf den Umgang mit den Themen Sterben und Tod. Insgesamt scheint eine Ausweitung der Forschungsperspektiven auf alle den GVP-Prozess tangierenden Gruppen, wie Einrichtungsleitungen, Mitarbeitende, An- und Zugehörige, rechtliche Vertretungen usw. interessant.

Auch eine Untersuchung zur Evaluierung von GVP-Gesprächsprozessen mit Blick auf tabuisierte Themen Sterben und Tod könnte helfen, Rückschlüsse und mögliche Implikationen für die Arbeit der GVP-Beratenden und für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu finden. Die aufbereitete Sammlung von Best-practice-Beispielen im Umgang mit Tabuisierungstendenzen und Kommunikationsangeboten wäre für GVP-Beratende wie Einrichtungen interessant.

Literaturverzeichnis

Au, Corinna von (2018): Führen in der vernetzten virtuellen und realen Welt. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Busch, Holger (2020): Einstellungen zu Sterben und Tod. In: Héctor Wittwer, Daniel Schäfer und Andreas Frewer (Hg.): Handbuch Sterben und Tod. Stuttgart: J.B. Metzler, S. 233–240.

Crăciun, Irina Catrinel (2023): Förderung der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Eine Perspektive der positiven Psychologie. 1st ed. 2023. Cham: Springer International Publishing; Imprint Springer.

DeepL SE (Hg.): DEEPL Übersetzer. Der präziseste Übersetzer der Welt. Online verfügbar unter <https://www.deepl.com/de/translator>, zuletzt geprüft am 20.08.2025.

Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. „heikel“, bereitgestellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache, <<https://www.dwds.de/wb/heikel>>, abgerufen am 14.03.2025. Online verfügbar unter <https://www.dwds.de/wb/heikel>, zuletzt geprüft am 14.03.2025.

Falkenstörfer, Sophia (2024): Assistierter Suizid im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. In: *CBP Spezial* September (14), S. 12–14.

Ganguin, Sonja; Sander, Uwe (Hg.) (2006): Sensation, Skurrilität und Tabus in den Medien. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy1607/2007358139-b.html>.

GKV-Spitzenverband vom 13.12.2017: Vereinbarung nach 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf, zuletzt geprüft am 23.08.2025.

Gross, Sonja (2023): Leichte Sprache. Grundlagen und Anleitung für eine barrierefreie Kommunikation. 1. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.

Hasselmann, Kristiane (Hg.) (2020): Hidden Dimensions. Zur Latenz und Aktualität tabuartiger Normen. Paderborn: Brill Wilhelm Fink. Online verfügbar unter <https://elibrary-utb-de.eu1.proxy.openathens.net/doi/epdf/10.5555/9783846751923>, zuletzt geprüft am 16.01.2025.

Heller, Andreas; Wegleitner, Klaus (2017): Sterben und Tod im gesellschaftlichen Wandel. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), S. 11–17. DOI: 10.1007/s00103-016-2484-7.

Hellwig, Melanie (2021): Mechanismen eines medialen Tabubruchs. Untersuchung von Tabus zur Erschließung des Phänomens für die Kommunikationswissenschaft: University of Bamberg Press (15), zuletzt geprüft am 04.01.2025.

- Kieserling, André (1999): Kommunikation unter Anwesenden. Studien über Interaktionssysteme. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Klemmt, M.; Zehl, F.; Neuderth, S.; Henking, T. (2024): Gesundheitliche Vorausplanung für die letzte Lebensphase: Wie sind Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen in Bayern hierauf vorbereitet? Versorgungsplanung / Health Services Research. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. DOI: 10.1016/j.zefq.2024.09.004.
- Kraft, Hartmut (2004): TABU. Magie und soziale Wirklichkeit. Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag.
- Kühl, Stefan (2009): Zum Verhältnis von Beobachtungs- und Kommunikationslatenzen in Beratungsprozessen. Working Paper 2/2009. In: <https://www.uni-bielefeld.de/soz/personen/kuehl/pdf/a-Beobachtungs-und-Kommunikationslatenz-3-Endfassung-090309.pdf>, zuletzt geprüft am 12.01.2025.
- Kühl, Stefan (2022): Tabus - Zum Schutz der Organisation. Der ganz formale Wahnsinn. In: *VERSUS Magazin für kritische Organisationspraxis*. Online verfügbar unter <https://versus-online-magazine.com/de/kolumne/stefan-kuehl/tabus/>, zuletzt geprüft am 20.08.2025.
- Luhmann, Niklas (1980): Kommunikation über Recht in Interaktionssystemen. In: E. Blankenburg, E. Klaus und H. Rottleuthner (Hg.): *Alternative Rechtsformen und Alternativen zum Recht. Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie*, vol 6. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, Niklas; Fuchs, Peter (Hg.) (1989): *Reden und Schweigen*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 848).
- Mohr, Ernst (2023): *Tod und Tabu in der Pandemie. Kulturökonomische Lehren aus der Covid-19-Politik*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Müller, Sandra Verena (Hg.) (2015): *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4390040>.
- Pfeifer, Wolfgang et. al. (1993): *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. digitalisierte und von Wolfgang Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache. Online verfügbar unter <https://www.dwds.de/wb/etymwb/heikel>, zuletzt geprüft am 13.03.2025.
- Pfeifer-Schaupp, Ulrich (2008): Trauer in der systemischen Supervision - Oder: Der Tod klopft öfter an, als man denkt. In: *KONTEXT* (39,1), S. 31–50. Online verfügbar unter <https://dgsf.org/service/wissensportal/Trauer%20in%20der%20systemischen%20Supervision%20-2008.pdf/@@download/file>, zuletzt geprüft am 21.02.2025.
- PONS Langenscheidt GmbH (Hg.) (2025): *PONS Textübersetzung*. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://de.pons.com/text-%C3%BCbersetzung/deutsch-japanisch?q=tabu>, zuletzt geprüft am 20.08.2025.
- Richter, Sophia (2022): Pädagogisches Strafen und Schweigen. Entstehung und Effekte des Straf-Tabus in erziehungswissenschaftlichen Diskursen und schulischer Praxis. In: *Vierteljahrsschr. wiss. Pädagog.* 98 (3), S. 288–304. DOI: 10.30965/25890581-09703051.
- Schäper, Sabine (2024): "Wir sind nicht gemeint" - bedingungsloses Zuhören als Haltung. In: *CBP Spezial* September (14), S. 7–11.

Schnell, Martin W.; Schulz-Quach, Christian; Dunger, Christine (2024): Todesvorstellung von Heilberuflern. eine systematische Literaturrecherche der gelebten Erfahrungen von Gesundheitsfachkräften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/978-3-658-43829-6>, zuletzt geprüft am 14.02.2025.

Seidel, M. (2015): Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Krankheit im Alter. In: Sandra Verena Müller (Hg.): Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft), S. 121–138.

Stancliff, Roger J.; Wiese, Michele Y.; Read, Sue; Jettes, Gail; Clayton, Josephine M. (2016): Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ? In: *Research in Developmental Disabilities*, S. 47–59. Online verfügbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089142221530010X?via%3Dihub>, zuletzt geprüft am 10.02.2025.

Tuffrey-Wijne, Irene; Giatras, Nikoletta; Butler, Gary; Cresswell, Amanda; Manners, Paula; Bernal, Jane (2013): Developing guidelines for disclosure or non-disclosure of bad news around life-limiting illness and death to people with intellectual disabilities. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 26 (3), S. 231–242. DOI: 10.1111/jar.12026.

Wittkowski, Joachim (1990): Psychologie des Todes. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Eigenständige Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Harthausen, 26.09.2025

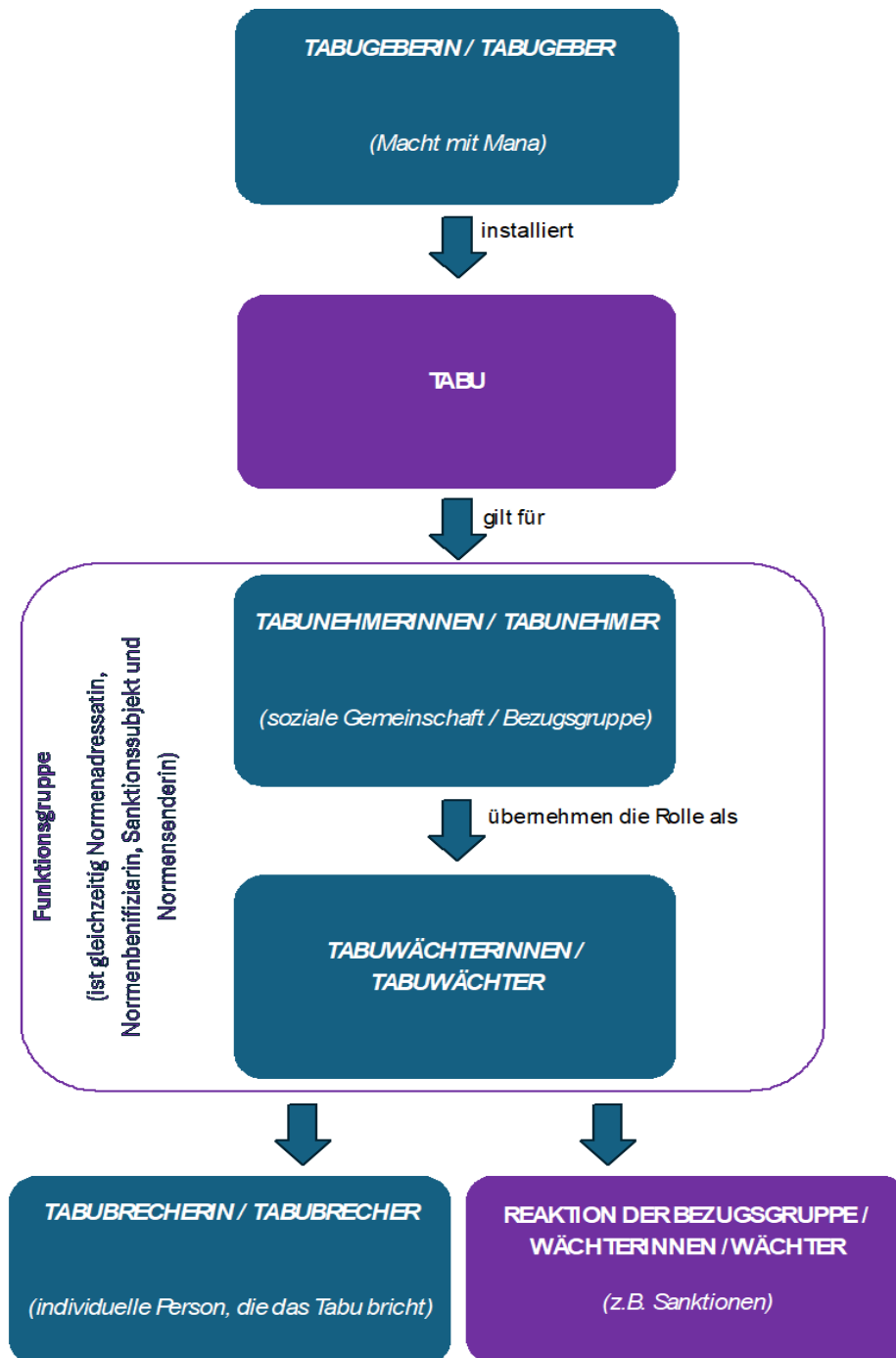
gez. Kerstin Deckert

Anhang

Akteurinnen und Akteure im Tabusystem	- 6 -
Die Veränderung der Sichtweise auf Sterben und Tod und das Überraschungsmoment.....	- 7 -
Spezifische Anforderungen der Eingliederungshilfe	- 8 -
Gründe für Geheimhaltung und Offenlegung	- 11 -
Gantt-Diagramm Prozessablauf Fragebogen	- 12 -
Nennung begünstigender Aspekte innerhalb der Cluster.....	- 13 -
Vermutete Kommunikationslatenz bei Bewohnenden.....	- 14 -
Vermutetes Vermeidungsverhalten bei Mitarbeitenden.....	- 14 -
Vermutete Entlastung für Mitarbeitende.....	- 14 -
Vermutete Zunahme der Kommunikationsbereitschaft bei Bewohnenden	- 15 -
Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Gesprächsbereitschaft der Bewohnenden	- 15 -
Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Rückzugsbestrebung bei Bewohnenden	- 16 -
Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation von und der Tendenz zur Auslagerung der Themen an GVP-Beratende	- 16 -
Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation und der Schwächentoleranz in der Gesprächskultur der Einrichtung	- 17 -
FRAGENKOMPLEX F15 – DIAGRAMME	- 18 -
Clusterbildung mittels TaskCards.....	- 21 -
FRAGEBOGEN	- 22 -
CODEBUCH	- 24 -
Arbeitshypothesen und Polung der zugehörigen Items.....	- 43 -
FRAGEBOGEN PRETEST-VERSION	- 44 -
FRAGEBÖGEN RÜCKLÄUFER	- 45 -
Rohdaten in Excel	- 46 -
Auswertung	- 46 -
Korrelation	- 48 -

Akteurinnen und Akteure im Tabusystem

(eigene Darstellung nach Hellwig 2021, S. 47 ff.)



→ [Zurück zum Text](#)

Die Veränderung der Sichtweise auf Sterben und Tod und das Überraschungsmoment

(eigene Darstellung; vgl. Mohr (2023) S. 24 f.)

Phasen nach ARIES	Sichtweise auf Sterben und Tod	Informationstheoretisch quantifizierbar: Wie überraschend kam der Tod im Laufe eines statistischen Lebens?
Mort familiale	Omnipräsenz des Sterbens Aktezeptanz als integraler Bestandteil des kollektiven Lebens Schutzlosigkeit vor Seuchen Gewissheit „man stirbt“ der vertraute Tod	Hohe Kindersterblichkeit im 19. Jahrhundert verknüpft mit geringem Informationsgehalt des frühen Todes Kindstod als erwartbares Ereignis allgegenwärtig Tod als erwartbares Ereignis allgegenwärtig
Mort de soi	Tod wird zum Einzelschicksal Sterben unter individuellen Umständen Gewissheit „es starb <i>jemand</i> unter individuellen Umständen“ Einzelschicksal Verantwortung beim Einzelnen Individualisierung des Todes	Erkenntnisse zu Hygiene und Schutzmaßnahmen Sterben und Tod wird mit individueller Vorsorge verknüpft Sterben und Tod bleibt weiterhin omnipräsent Überraschungseffekt bei Tod trotz Vorsorge
Mort de toi	kollektive Seuchenbekämpfung, Hygiene- und sanitäre Maßnahmen (Trinkwasserversorgung, Unratbeseitigung), Entstehung des öffentlichen Gesundheitssystems Seuchenbekämpfung als staatliche Aufgabe Kollektivierung der Abwehr des Sterbens	größere Gleichverteilung der Sterbewahrscheinlichkeit Mitte des 20. Jahrhunderts durch medizinischen und medizintechnischen Fortschritt Sterben zu einem bestimmten Zeitpunkt als ein überraschenderes Ereignis
Mort interdite	Sterben als Ergebnis der Dysfunktionalität von Wissenschaft und Gesundheitssystem Tod als unerhörte Zumutung mit beschämender Wirkung Sterben als Tabu	Verschiebung der Sterbewahrscheinlichkeit bis ins hohe Alter bei zugleich geringer Kindersterblichkeit Sterben als informationsarmes Ereignis nur bei den Alten und sehr Alten, Sterben für die unter 60-Jährigen als seltenes und damit überraschendes Ereignis

→ [Zurück zum Text](#)

Spezifische Anforderungen der Eingliederungshilfe

Spezifische Anforderung	Beschreibung
Das Todeskonzept	<p>In der Eingliederungshilfe kann häufig nicht davon ausgegangen werden, dass bei den Bewohnerinnen und Bewohnern insbesondere mit einer geistigen Behinderung ein reifes Todeskonzept¹⁴ vorliegt. Es lassen sich nach WITTKOWSKI vier Subkonzepte innerhalb des Todeskonzept definieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nonfunktionalität (Erkenntnis, dass alle lebensnotwendigen Körperfunktionen beim Eintritt des Todes aufhören), - Irreversibilität (Einsicht in die Unumkehrbarkeit des Todes, wenn er eingetreten ist), - Universalität (Bewusstsein, dass alle Lebewesen sterben müssen; auch man selbst), - Kausalität (Verständnis von physikalischen und biologischen Ursachen des Todes). (vgl. (WITTKOWSKI 1990, 44 f.) <p>In Bezug auf die Kausalität ist bei Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen mit großer Vorsicht zu unterscheiden, ob es sich um ein Wissensdefizit bzw. Unvermögen im Verstehen des Zusammenhangs oder ob es sich um eine Schutzfunktion handelt, und der Mensch nicht wissen will, dass der Tod die Folge ist – dies ist unbedingt zu akzeptieren. Bei fehlendem Wissen oder Verstehen braucht es Hilfe und Unterstützung.¹⁵</p> <p>Beim Subkonzept der Universalität ist zu unterscheiden, ob der Mensch erkennt, ob alle Menschen sterben und ob er auch erkennt, dass das für ihn selbst auch gilt.¹⁶ Auch für die Subkonzepte Irreversibilität und Nonfunktionalität gelingt manchen Bewohnerinnen und Bewohnern eine ganz eigene Sicht auf die Dinge, die auch nicht durch weitere Wissensaufbereitung oder Unterstützung zu ändern wären. Dennoch muss an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung sehr individuell sind und sich dementsprechend die Reifegrade ihrer Todeskonzepte deutlich unterscheiden.</p> <p>Hier ist wichtig zu erwähnen, dass es für die Erstellung einer Patientenverfügung der Einsichtsfähigkeit der verfügenden Person in die Tragweite der Entscheidungen bedarf, die von ihr</p>

¹⁴ Die von NAGY beschriebene phasenhafte Entwicklung eines Todeskonzepts bei Kindern entspricht der von PIAGET formulierten kognitiven Entwicklung von Kindern. Erst in der Stufe konkreter operativen Denkens (bei Kindern ungefähr zw. siebtem und zwölftem Lebensjahr) ist das Todeskonzept ausgereift.

¹⁵ Ein Wissensdefizit kann beispielsweise dazu führen, dass aufgrund fehlender Erfahrung im eigenen Umfeld, behauptet wird, dass Menschen nur sterben, wenn sie erschossen werden. Dieses Wissen, der Autorin gegenüber von einem Bewohnenden geäußert, hatte der junge Mann aus dem Fernsehen. Er schlussfolgerte daraus gegenüber der Autorin, dass er ja nicht sterben könne, denn in der Einrichtung gebe es ja keine Mörder.

¹⁶ Es gibt Bewohnerinnen und Bewohner, die nach einer Bildungseinheit in der Gruppe der Autorin gegenüber mit großer Sicherheit und Überzeugung äußerten, dass zwar alle Menschen sterben, sie selbst aber nicht. Die geäußerte Behauptung, dass alle sterben, nur man selbst nicht, könnte auch in einigen Fällen eine Schutzfunktion besitzen, mit der ein tieferes intrapersonales Wissen latent vor sich selbst gehalten wird.

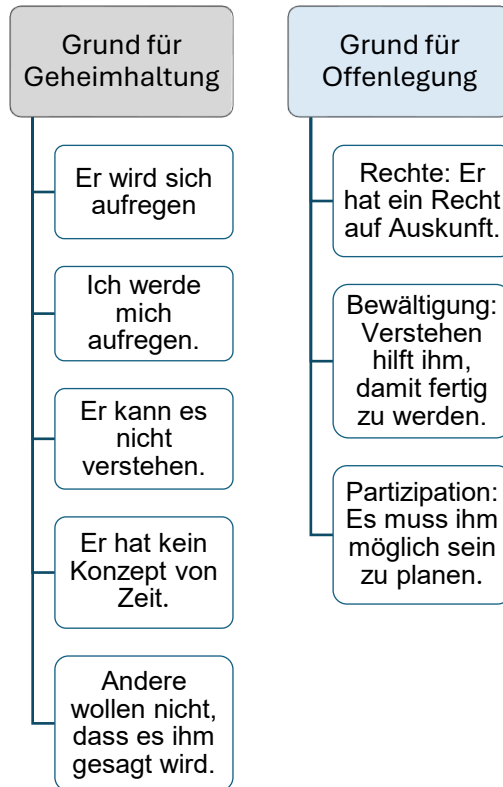
	<p>getroffen werden. Besitzt eine Person keine Einsichtsfähigkeit schließt dies das Erstellen einer Patientenverfügung aus. Im Gesprächsprozess der GVP in der Eingliederungshilfe werden Aussagen über Vorstellungen und Wünsche auch dann dokumentiert, wenn Einsichtsfähigkeit fehlt. Diese Dokumente können helfen, wenn sich der Mensch nicht mehr selbst äußern kann und bspw. im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung oder in der Entscheidungsfindung zwischen Ärztin oder Arzt und der rechtlichen Vertretung ein Vorgehen nach dem Willen der Person gesucht wird.</p>
<p>Alte und hochbetagte Menschen mit Behinderung</p>	<p>Nach der Zeit des Nationalsozialismus lebten nur noch sehr wenige Menschen mit Behinderung in öffentlichen oder kirchlichen Einrichtungen. Menschen mit Behinderung, die der staatlich organisierten Tötung entgangen sind, überlebten meist in ihren Familien. Eine vollständige Alterspyramide hat sich gerade erst aktuell wieder in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgebaut (MÜLLER 2015, S. 121). Menschen mit Behinderung, die heute in Einrichtungen leben, haben eine deutlich höhere durchschnittliche Lebenserwartung als jemals zuvor. Dies bedeutet für das Fachpersonal, den Umgang mit Betagten und Hochbetagten mit Behinderung erproben und lernen zu müssen und dazu passende Routinen und Best Practices zu finden. Sterbe- und Todesfälle sind keine Seltenheit mehr, häufig sind sie aber ausgelagert in Kliniken, selten wird das Lebensende bewusst auf den Wohngruppen begleitet. Je nach Wohneinrichtung kann Sterben und Tod für die Bewohnenden so sichtbar oder weniger sichtbar sein; das Sterben und der Tod Anderer beobachtbar und damit erfahrbar oder nicht erfahrbar sein und damit auch im wahrsten Sinne des Wortes manchmal auch begreifbar sein. Je nach Umgang mit Sterbe- und Todesfällen in der Einrichtung kann dadurch Beobachtungslatenz erhalten oder verringert werden.</p>
<p>Plötzliche, junge Todesfälle</p>	<p>Mittlerweile hat sich infolge der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen einerseits, infolge der Verbesserung der medizinischen Versorgung andererseits auch die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung dem allgemeinen Trend zur steigenden Lebenserwartung, zur Langlebigkeit angeschlossen. Dennoch, ein Teil dieser Personengruppe stirbt deutlich früher als die Normalpopulation (vgl. SEIDEL 2015, S. 121). Gründe hierfür sind störungsbildspezifisch. Diese Todesfälle sind für Mitarbeitende und Mitbewohnende gleichermaßen überraschend und herausfordernd. Todesfälle bei noch relativ jungen Bewohnerinnen und Bewohnern stehen im Gegensatz zur Häufigkeitsverteilung im Rest der Gesellschaft (vgl. dazu Kapitel 2.2.3, S. 12).</p>
<p>Tabuisierung in weiteren Bereichen</p>	<p>Die Eingliederungshilfe ist umgeben von weiteren Tabuisierungstendenzen bspw. in den Themen Umgang mit Behinderung und behinderten Menschen, mit Exklusion und Inklusion, und weiteren gesellschaftlich tabuisierten Themen wie Abhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit, Macht und Machtmissbrauch, Scham und Würde und der Umgang mit</p>

	<p>Sexualität. Es kann davon ausgegangen werden, dass Fachpersonal die Auseinandersetzung mit tabuisierten Themen bereits in einigen Themenfeldern kennt und hier auch einen zum Teil professionellen, eher offenen Umgang in der Kommunikation pflegt. Auch gibt es Gesprächs- und Bildungsangebote für die Mitarbeitenden, die zu einer Sensibilisierung beitragen können.</p>
<p>Spannungsfeld zwischen Selbstwirksamkeit und Fürsorge</p>	<p>Die Eingliederungshilfe befindet spätestens seit Einführung des BTHG im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht. Die Förderung von Selbstwirksamkeit bedeutet, Menschen mit Behinderung dabei zu unterstützen und zu begleiten nach ihren eigenen Wünschen zu fragen und sie zu befähigen eigene Entscheidungen zu treffen. Dabei geht es auch um den Umgang mit Wünschen und Vorstellungen, die den eigenen Vorstellungen als betreuende Person entgegenstehen. Ebenfalls treibt Mitarbeitende die Sorge vor Verletzung ihrer Fürsorgepflicht. Das Handeln aus Fürsorge ist für Mitarbeitende planbarer, weniger störanfällig und damit kalkulierbarer, während das unterstützende, empowernde Mitarbeiterhandeln auch Versuch und Irrtum der betreuten Person mitbedenken und aushalten muss, um ihr Selbstwirksamkeit zu ermöglichen.</p> <p>Diese grundlegenden Überlegungen sollen im folgenden Kapitel im Hinblick auf den Forschungsstand weiter vertieft werden und sich dem Phänomen des Tabuisierens der Themen Sterben und Tod und dem Umgang damit in professionellen Kontexten weiter genähert werden.</p>

→ [Zurück zum Text](#)

Gründe für Geheimhaltung und Offenlegung

(eigene Darstellung nach Tuffrey-Wijne et al. 2013, S. 234)



→ [Zurück zum Text](#)

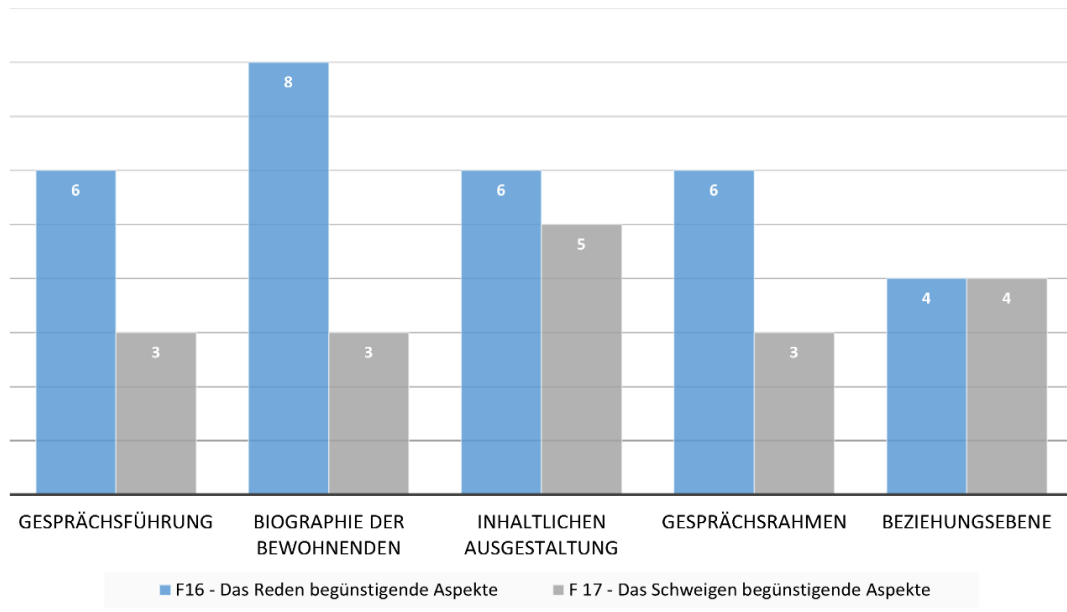
Gantt-Diagramm Prozessablauf Fragebogen



→ [Zurück zum Text](#)

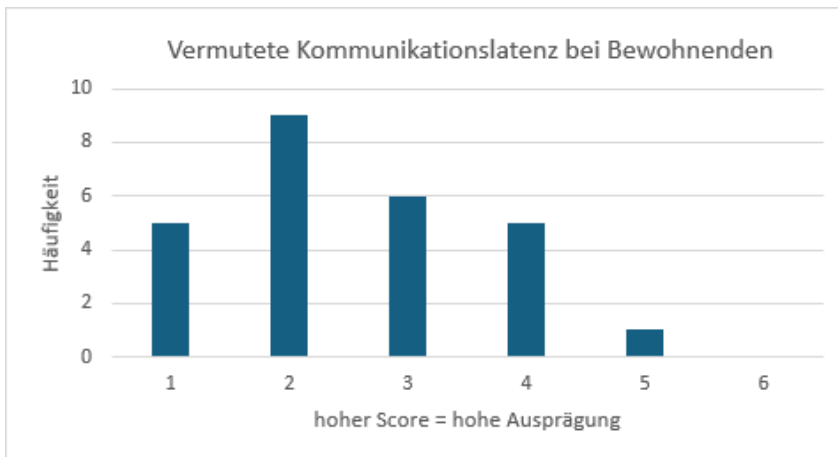
Nennung begünstigender Aspekte innerhalb der Cluster

Nennungen begünstigender Aspekte innerhalb der Cluster zu Reden und Schweigen (F16, F17)



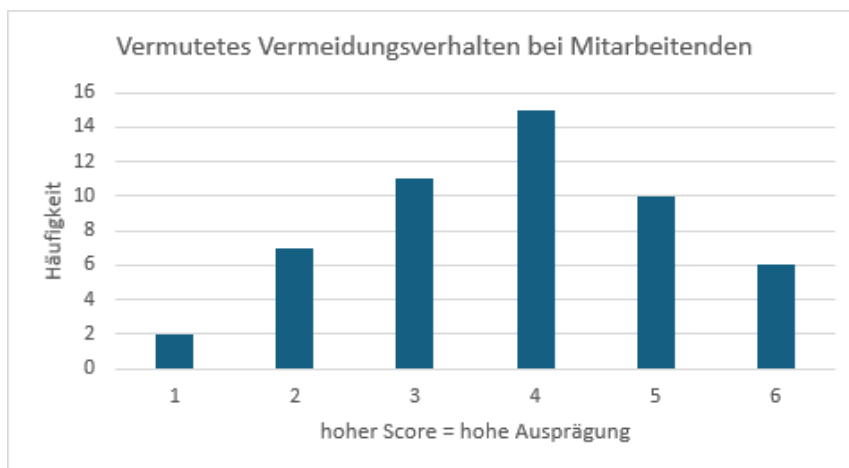
→ [Zurück zum Text](#)

Vermutete Kommunikationslatenz bei Bewohnenden (zu Hypothese H1)



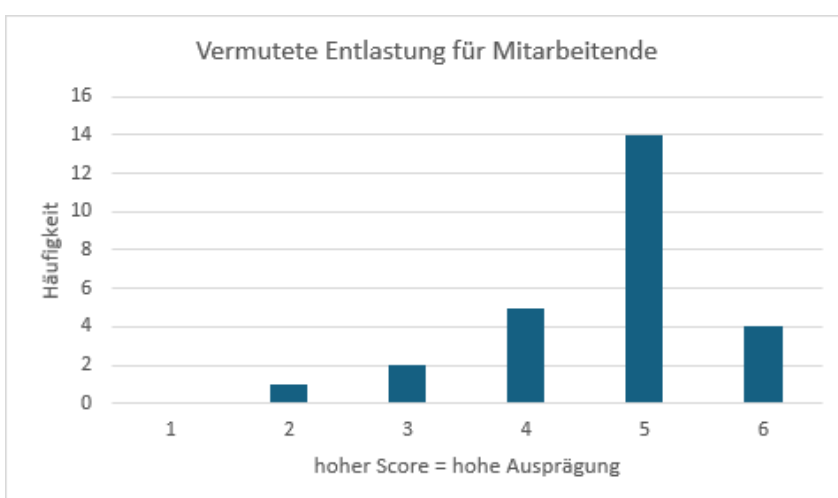
→ [Zurück zum Text](#)

Vermutetes Vermeidungsverhalten bei Mitarbeitenden (zu H2)



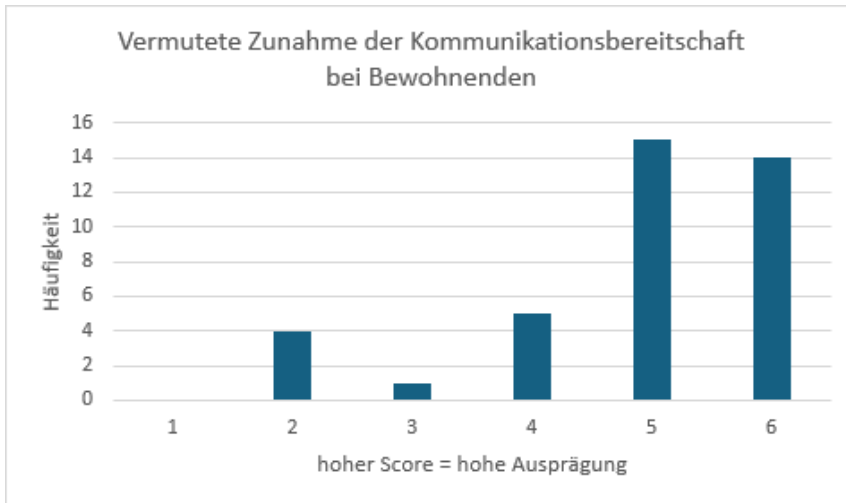
→ [Zurück zum Text](#)

Vermutete Entlastung für Mitarbeitende (zu H3)



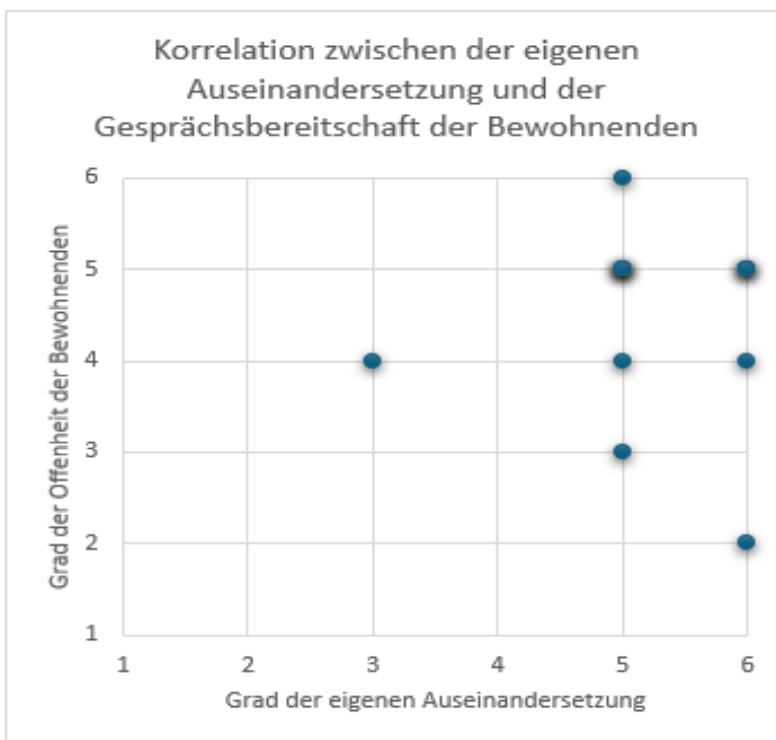
→ [Zurück zum Text](#)

Vermutete Zunahme der Kommunikationsbereitschaft bei Bewohnenden (zu H4)



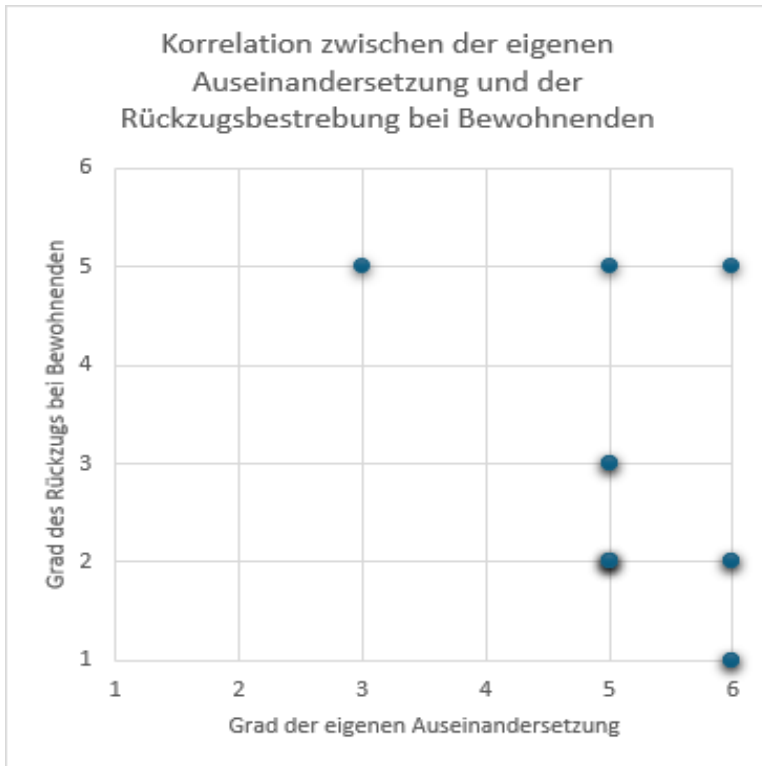
→ [Zurück zum Text](#)

Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Gesprächsbereitschaft der Bewohnenden (zu H5a)



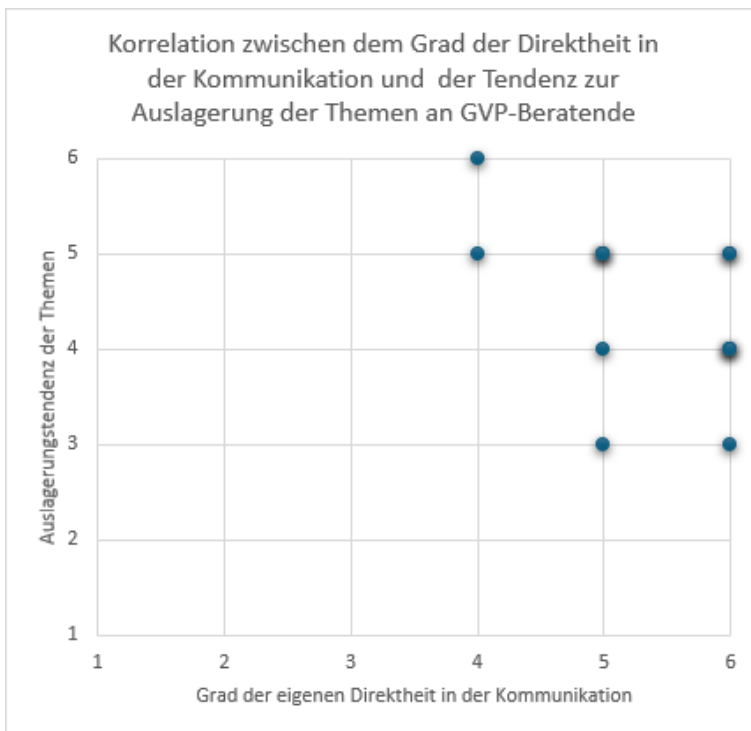
→ [Zurück zum Text](#)

Korrelation zwischen der eigenen Auseinandersetzung und der Rückzugsbestrebung bei Bewohnenden (zu H5b)



→ [Zurück zum Text](#)

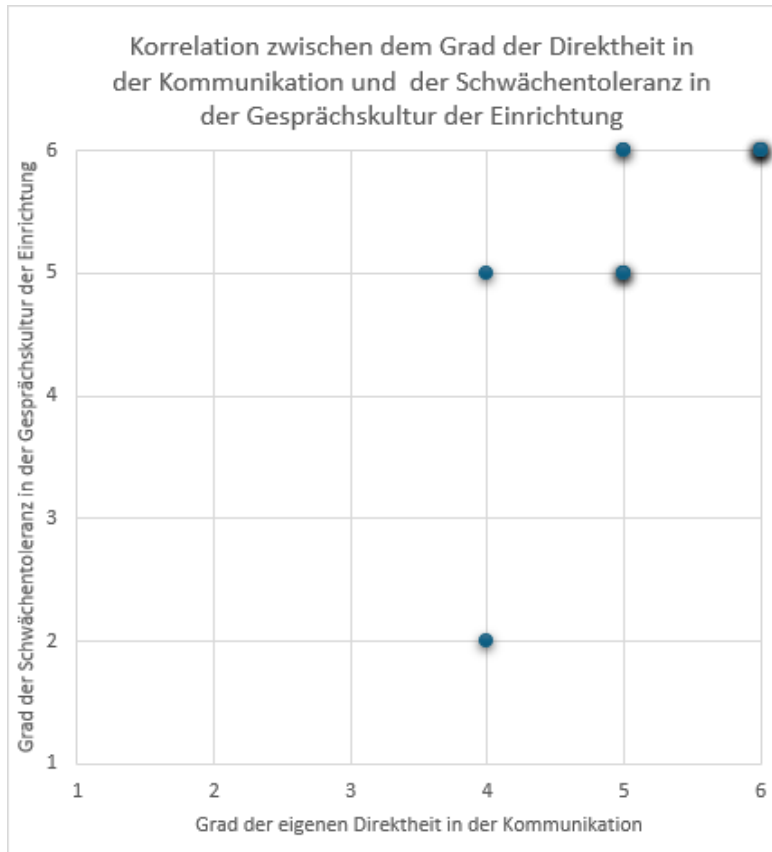
Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation von und der Tendenz zur Auslagerung der Themen an GVP-Beratende (zu H6)



→ [Zurück zum Text](#)

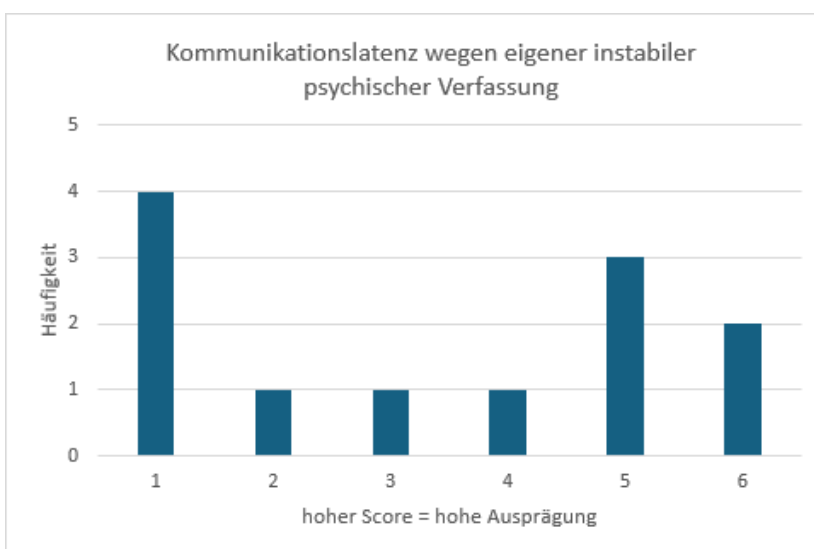
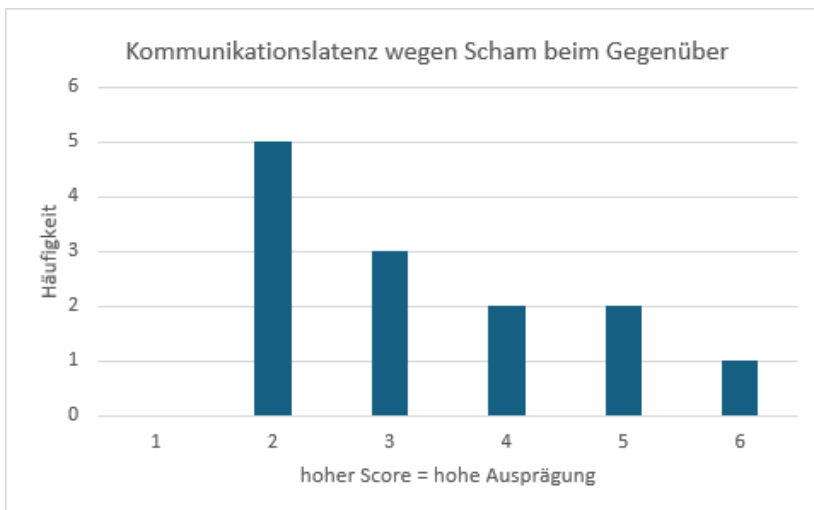
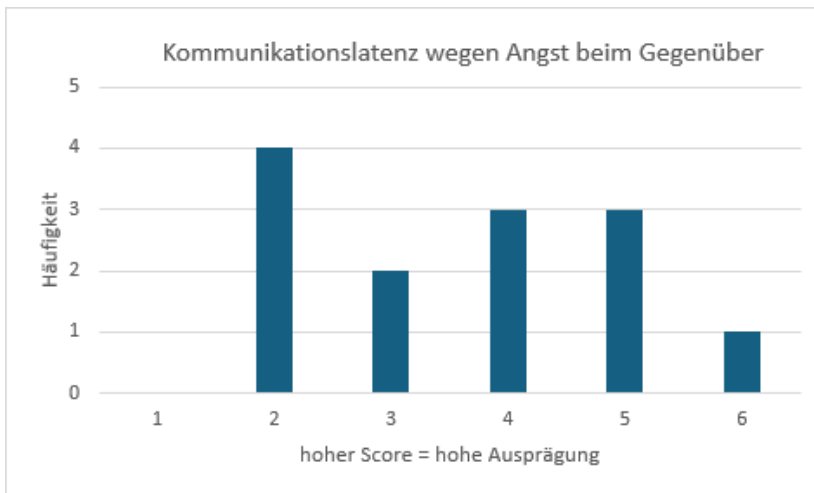


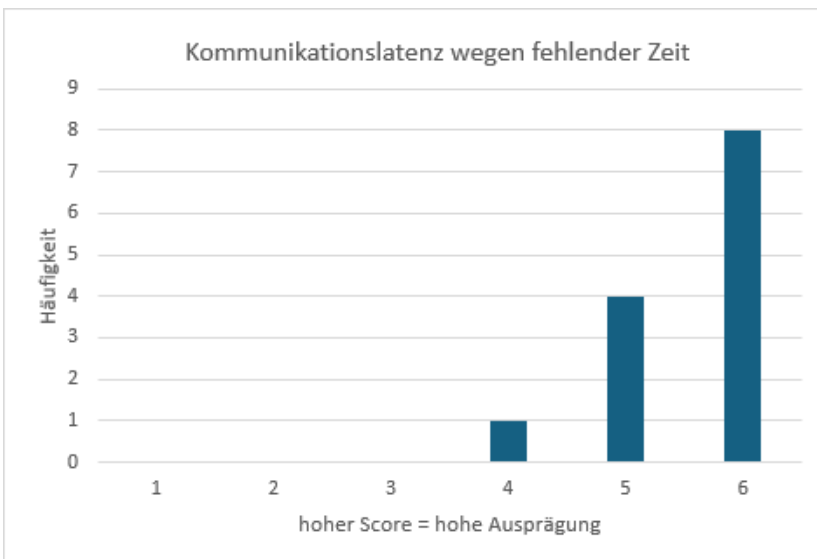
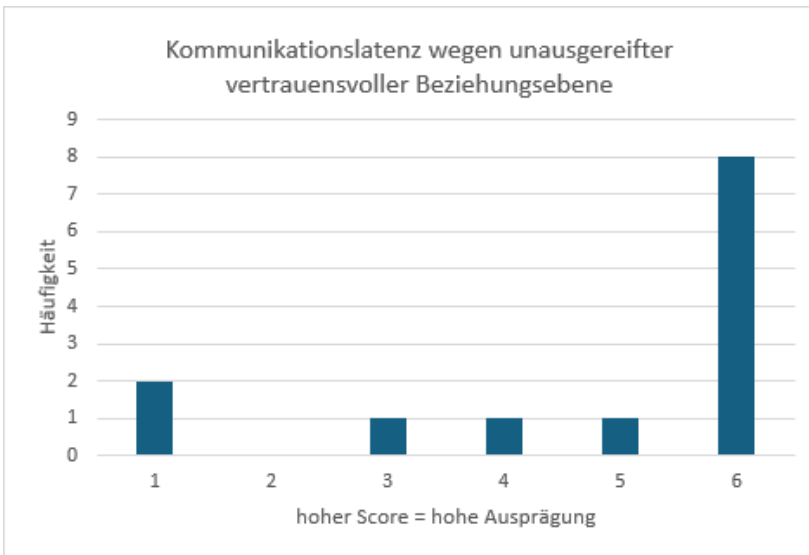
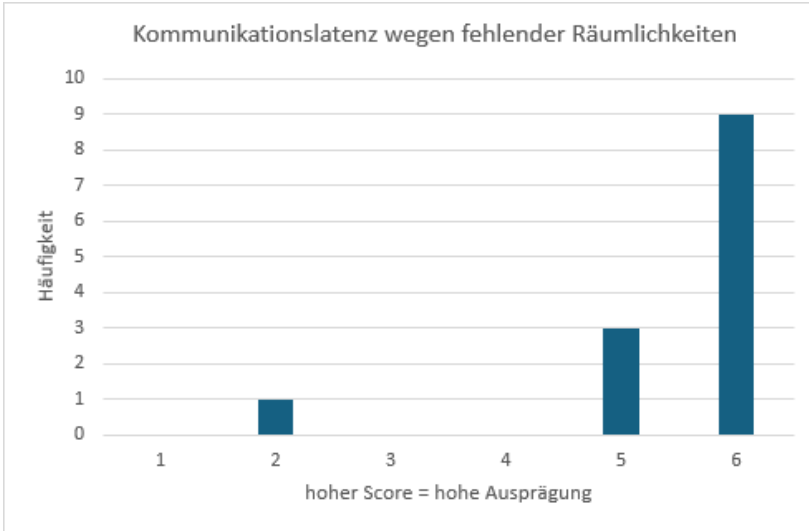
Korrelation zwischen dem Grad der Direktheit in der Kommunikation und der Schwächentoleranz in der Gesprächskultur der Einrichtung (zu H7)

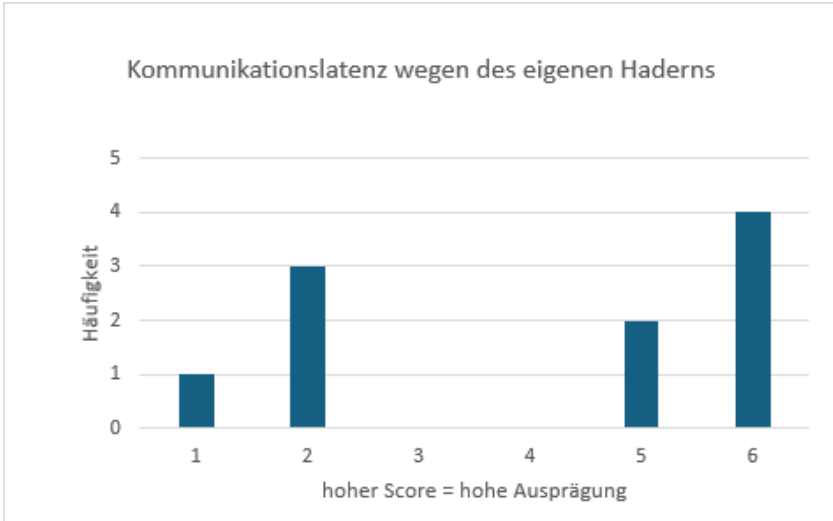


→ [Zurück zum Text](#)

FRAGENKOMPLEX F15 – DIAGRAMME (zu H8)








→ [Zurück zum Text](#)


Clusterbildung mittels TaskCards (unter www.taskcards.de)

☰ Frage 16



Gesprächsführung	Biografie der Bewohnenden	Inhaltliche Ausgestaltung	Gesprächsrahmen	Beziehungsebene
Trotz Schwere des Themas Leichtigkeit wahren (FB02)	Erfahrungen durch bereits erlebte Verluste -> Offenheit im Gesprächsprozess (FB01)	manchmal hilft es, eigene Erfahrungen als Gesprächseinstieg zu benutzen (FB01)	dass jemand von "außen" kommt, für genau dieses Thema. Man als GVP nicht in den Gruppenalltag involviert ist (FB04)	Gute bestehende Beziehung, es besteht Vertrauen (FB01)
Zuhören und Ängste besprechen (FB03)	Todesfälle in Wohngruppe / Tagesförderstätte, Verlust nahestehender Personen: In dem Zh. kommt es oft zu persönlichen Krisen, die bearbeitet werden wollen (FB02)	von meinen Erfahrungen berichten (FB03)	eigenes Zimmer (FB06)	Tragfähige Beziehungsebene GVP-Berater + beratene Person. Je tragfähiger Beziehungsebene wird (schwingungsfähiger), desto einfacher fällt meinem Gesprächspartner sich zu öffnen. (FB02)
offen in die Gespräche zu gehen, ohne Zeitdruck Ziele vorzuweisen (FB04)	je älter jemand ist, desto offener ggüber Thema. Bewusstsein eigener Sterblichkeit nimmt zu (FB02)	So gut es geht Fragen beantworten (FB11)	die Methoden (FB07)	ruhige, vertrauensvolle Atmosphäre während des Gesprächs (FB06)
Oder lösungsorientiert nach Wünschen fragen. (FB 10)	Das Reden über erlebte Situationen (FB03)	Informationen über Sterben und Tod -> was passiert nach dem Tod (FB11)	die klare Rolle als GVP-Beraterin mit der nötigen Nähe aber auch die Distanz, weil nicht in der Gruppe involviert (FB07)	ruhige, entspannte, vertrauensvolle Atmosphäre (FB12)
Stille / Pausen aushalten (FB11)	Wenn der Bewohnende sich schon einmal selbst Gedanken darüber gemacht hat. (FB05)	selbst offen über das Thema sprechen (FB13)	Zeitlicher Rahmen (FB12)	
Beratung in leichter Sprache (FB12)	Beispiele über Verwandte oder Bewohner, die der Betreffende gut kannte und den Sterbeprozess miterlebt hat (FB06)		Gruppenangebot / Gesprächskreise zum Thema anbieten (FB13)	
	die Biographiearbeit (FB07)			
	Wenn jmd. im Umfeld verstorben ist, ist das eine gute Gelegenheit. (FB10)			

☰ Frage 17



Aspekte der Gesprächsführung	Biografische Aspekte der Bewohnenden	Aspekte der inhaltlichen Ausgestaltung	Auswirkungen des Gesprächsrahmens	Aspekte der Beziehungsebene
es entsteht kein konstruktiver Gesprächsprozess (FB01)	Einsamkeit: Letzte aus Familie übrig Gebliebene lässt Gegenüber stumm werden ... (FB02)	gelegentlich wollen Klienten einen Gesprächsprozess, sind aber nicht bereit sich mit dem Thema auseinander zu setzen (FB01)	Zeit und das Einzelgespräch lässt Raum und Zeit für Dinge, die sonst nicht angesprochen werden. Für die sonst keine Zeit ist. (FB03)	wenn ich als GVP-Ber. selbst mit d. Thema nicht im Reinen bin. (FB04)
den Bew. zu wenig "Raum" zu geben durch ständiges Nachfragen, zu wenig Zeit lassen zum Überlegen (FB04)	Eigene Lebensgeschichte des Gesprächspartners: Wenn in Fam. Tradition ist, dass nicht darüber gesprochen werden darf, wird darüber nicht gesprochen. Auch nicht, wenn vertrauensvolle Basis besteht. (FB02)	Über andere Probleme und Sorgen reden, die im Alltag nicht geklärt und besprochen werden können. (FB03)	Störungen von Außen = Ablenkung - Unkonzentriertheit von Fall zu Fall verschieden - manchmal kann das schon das Getränk auf dem Tisch sein (FB06)	psychisch schlechter werdender Zustand während des Gesprächs. (FB05)
Jeder hat sein eigenes "Zeitfenster" für bestimmte Themen und darf das selbst bestimmen auch ohne offensichtlichen Grund - denn jeder hat gute Gründe, warum etwas "jetzt" nicht passt. (FB07)	traumatisierende Erfahrungen des Gesprächspartners im Umgang mit Sterben und Tod lassen diesen die Sprache verlieren. (FB02)	durch geistige Behinderung fehlende Einsicht zum Thema (FB12)	aktuelle Dynamiken und Störungen (FB07)	Die eindeutige Aussage nicht darüber sprechen zu wollen. (FB05)
		meist müssen gesetzliche Betreuer die Entscheidungen treffen (FB12)		Tabuisierung, wenn GVP selbst Probleme mit Tod hat oder gerade sehr betroffen ist. (FB10)
		Meinung der gesetzlichen Betreuer ein Gespräch sei nicht notwendig -> Absprache, der Bewohner kann es nicht (FB12)		

→ [Zurück zum Text](#)

FRAGEBOGEN

Fragebogen zur Unterstützung der Masterarbeit von Kerstin Deckert

Das ist ein anonymer Fragebogen.

Der Fragebogen richtet sich an GVP-Beauftragte der Eingliederungshilfe.

Mit dem Ausfüllen des Fragebogens unterstützen Sie die Masterarbeit von Kerstin Deckert im Themenbereich Gesundheitliche Versorgungsplanung in der Eingliederungshilfe und dem Umgang mit den Themen Sterben und Tod.

Herzlichen Dank!

Vorab geben Sie bitte einen kurzen Einblick in Ihr aktuelles Arbeitspensum als GVP-Beauftragte/r:

Wie groß ist Ihr Gesamtstellenumfang? Std./Woche; davon entfallen auf GVP Std./Woche.

Seit wann sind Sie in Ihrer Funktion als GVP-Gesprächsbeauftragte/r tätig? (Jahr)

Wie viele GVP-Gespräche führen Sie durchschnittlich in einer Arbeitswoche? (bitte ankreuzen)

kein Gespräch 1-2 3-4 5-6 mehr als 7

Bearbeitungshinweis: Wie sehr treffen die Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihr Tätigkeitsfeld als GVP-Beauftragte/r zu? Kreuzen Sie bitte entsprechend an.	nie immer	keine Angabe
F1 Bewohnerinnen und Bewohner meiner Einrichtung nähern sich den Themen Sterben und Tod offen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2 Mitarbeitende meiner Einrichtung empfinden ein Unbehagen bei den Themen Sterben und Tod.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3 Mitarbeitende bitten mich darum, die Themen Sterben und Tod gegenüber einer Bewohnerin / einem Bewohner zu meiden.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4 Im Laufe eines GVP-Gesprächsprozesses geht die Bewohnerin / der Bewohner zunehmend offener mit den Themen Sterben und Tod um.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5 Im Laufe des GVP-Gesprächsprozesses möchte die Bewohnerin / der Bewohner sich nicht mehr mit den Themen Sterben und Tod auseinandersetzen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6 Mitarbeitende meiner Einrichtung stehen der Durchführung von GVP-Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern vorbehaltlos gegenüber.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7 Das GVP-Gesprächsangebot erhöht die Möglichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner über die Themen Sterben und Tod zu sprechen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8 Mitarbeitende verlagern die Themen Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Gesprächsbegleitung.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9 Vereinbarte Gesprächstermine werden vom Bewohner/ von der Bewohnerin auf unbestimmte Zeit verschoben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bearbeitungshinweis: Hier treffen Sie freiwillige Aussagen über sich. Schätzen Sie Ihren eigenen Umgang mit den Themen Sterben und Tod ein. Bitte kreuzen Sie entsprechend an; auch wenn Sie keine Angaben machen möchten.	trifft nicht zu trifft voll zu	keine Angabe
F10 Ich habe mich intensiv mit meinem eigenen Sterben und Tod auseinandergesetzt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F11 Mir fällt es leicht, die Themen Sterben und Tod anzusprechen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter auf der Rückseite →

Fragebogen zur Unterstützung der Masterarbeit von Kerstin Deckert

HINWEIS: Im zweiten Teil des Fragebogens werden Sie um Einschätzungen gebeten. Urteilen Sie bitte von „trifft nie zu“ bis „trifft voll zu“. Dazwischen können Sie abstufen. Können oder wollen Sie dazu keine Aussage machen, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Angabe“ an.

In Freitextfeldern werden Sie um weitere Einschätzungen und Sichtweisen gebeten. Begründen Sie, wenn möglich, Ihre Aussagen. Bitte schreiben Sie leserlich. Herzlichen Dank!

Aus Ihrer Erfahrung: Geben eine Einschätzung zu folgenden Situationen in Ihrer Einrichtung.	trifft nie zu	trifft voll zu	keine Angabe
F12 Wird bei Bewohnende ein unreifes Todeskonzept vermutet, wird von Mitarbeitenden eher kein GVP-Gesprächsangebot vorgeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F13 Die Mitarbeitenden befürchten, dass die Behandlung der Themen Sterben und Tod bei den Bewohnenden Ängste auslöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F14 Die Gesprächskultur in der Einrichtung ermöglicht Mitarbeitenden, ihre Schwierigkeiten im Umgang mit den Themen Sterben und Tod zu äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F15 Nun geht es um Ihr persönliches Empfinden: Ich spreche die Themen Sterben und Tod im GVP-Gesprächsprozess nicht an, ...	trifft nie zu	trifft voll zu	keine Angabe
[a] wenn ich beim Gegenüber Angst erkenne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[b] wenn ich beim Gegenüber Scham erkenne, sich zu öffnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[c] wenn ich selbst in einer psychisch instabilen Verfassung bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[d] wenn es an geeigneten Räumlichkeiten fehlt, um ungestört zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[e] wenn es an ausreichender Zeit fehlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[f] wenn (noch) keine vertrauensvolle Beziehungsebene vorhanden ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[g] wenn ich selbst nicht mit den Themen Sterben und Tod im Reinen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[h] weitere Anlässe für mich, das Thema zu meiden:				

F16 Was begünstigt in GVP-Gesprächsprozessen REDEN ÜBER STERBEN UND TOD? (Wie begründen Sie sich das?)

F17 Was befördert in GVP-Gesprächsprozessen VERSCHWEIGEN VON STERBEN UND TOD? (Wie begründen Sie sich das?)

2

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte senden Sie den Fragebogen in beiliegendem vorfrankiertem Umschlag zurück.

CODEBUCH

Tabelle 1: Überblick über die Fragebogengruppen des Fragebogens

Bereich-/Frageiname	Bereich-/Fragentitel
Anschreiben	
Seite 1	Einleitung
Gruppe A	Rahmenbedingungen GVP-Stelle
Frage I	Stellenumfang allgemein
Frage II	Stellenumfang für GVP
Frage III	Antrittsdatum
Frage IV	Gesprächsanzahl
Gruppe B	Akzeptanz von GVP-Gesprächsprozessen
Frage F1	Offenheit der Bewohnenden
Frage F2	Offenheit der Mitarbeitenden
Frage F3	Tabuisierungswunsch
Frage F4	Enttabuisierung
Frage F5	Vermeidung
Frage F6	Zustimmung
Frage F7	Gesprächsangebot
Frage F8	Auslagerung
Frage F9	Terminvermeidung
Gruppe C	Selbsteinschätzung
Frage F10	Eigene Endlichkeit
Frage F11	Kommunizierbarkeit
Seitenumbruch	Blättern
Folgeseite	Rückseite
Gruppe D	Situative Einschätzungen
Frage F12	Unreifes Todeskonzept
Frage F13	Angsterwartung
Frage F14	Gesprächskultur
Gruppe E	Latenz als Bestandteil
Frage F15 [a]	Erkennen von Angst
Frage F15 [b]	Erkennen von Scham
Frage F15 [c]	Psychische Verfasstheit
Frage F15 [d]	Geschützter Raum
Frage F15 [e]	Zeitmangel
Frage F15 [f]	Beziehungsebene
Frage F15 [g]	Themenkonflikt
Frage F15 [h]	Weitere Anlässe
Gruppe E	Begünstigung von Reden oder Schweigen
Frage F16	Begünstigung von Reden
Frage F17	Begünstigung von Schweigen
Abschluss	Dank und Impuls



ANSCHREIBEN

Kerstin Deckert

[REDACTED], [REDACTED]
[REDACTED] - [REDACTED] [REDACTED]

15.05.2025

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Sehr geehrte Frau [REDACTED],

im Rahmen meiner Abschlussarbeit führe ich eine Befragung durch. Diese richtet sich an GVP-Beauftragte in der Eingliederungshilfe.

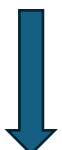
Die Arbeit befasst sich mit der Tabuisierung der Themen Sterben und Tod in Verbindung mit dem Kommunikationsangebot der Gesundheitlichen Versorgungsplanung in der Eingliederungshilfe.

Bitte sende Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem beiliegenden vorfrankierten und voradressierten Rückumschlag an mich zurück.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,

Kerstin Deckert



SEITE 1: EINLEITUNG

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Textblock

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

Das ist ein anonymer Fragebogen.
Der Fragebogen richtet sich an GVP-Beauftragte der Eingliederungshilfe.
Mit dem Ausfüllen des Fragebogens unterstützen Sie die Masterarbeit von Kerstin Deckert im Themenbereich Gesundheitliche Versorgungsplanung in der Eingliederungshilfe und dem Umgang mit den Themen Sterben und Tod.
Herzlichen Dank!

GRUPPE A: RAHMENBEDINGUNGEN FÜR GVP-STELLE

GRUPPENTEXT

Vorab geben Sie bitte einen kurzen Einblick in Ihr aktuelles Arbeitspensum als GVP-Beauftragte/r:

FRAGE I: STELLENUMFANG ALLGEMEIN

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Textquestion, Textfeld

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Wie groß ist Ihr Gesamtstellenumfang?

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Text (Std./Woche)

FRAGE II: STELLENUMFANG GVP

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Textquestion, Textfeld

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

[..]; davon entfallen auf GVP _____ Std./Woche.

SUBQUESTIONTEXT

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Text

FRAGE III: ANTRITTSDATUM

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Textquestion, Textfeld

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

(Jahr)

FRAGETEXT

Seit wann sind Sie in Ihrer Funktion als GVP-Gesprächsbeauftragte/r tätig?

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Text

FRAGE IV: GESPRÄCHSANZAHL

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Single Choice Question, Darstellung als Checkboxliste

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

(bitte ankreuzen)

FRAGETEXT

Wie viele GVP-Gespräche führen Sie durchschnittlich in einer Arbeitswoche?

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

(0) Kein Gespräch

(1) 1-2

(2) 3-4

(3) 5-6

(4) mehr als 7

GRUPPE B: AKZEPTANZ VON GVP-GESPRÄCHSPROZESSEN

GRUPPENTEXT

Bearbeitungshinweis:

Wie sehr treffen die Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihr Tätigkeitsfeld als GVP-Beauftragte/r zu? Kreuzen Sie bitte entsprechend an.

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

Bearbeitungshinweis:

[...]

Kreuzen Sie bitte entsprechend an.

FRAGETEXT

Wie sehr treffen die Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihr Tätigkeitsfeld als GVP-Beauftragte/r zu?

FRAGE F1: OFFENHEIT DER BEWOHNENDEN

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Bewohnerinnen und Bewohner meiner Einrichtung nähern sich den Themen Sterben und Tod offen.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: negativ

(6) nie

(5) ..

(4) ..

(3) ..

(2) ..

(1) immer

(0) keine Angabe

FRAGE F2: OFFENHEIT DER BEWOHNENDEN

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

FRAGETEXT

Mitarbeitende meiner Einrichtung empfinden ein Unbehagen bei den Themen Sterben und Tod.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) nie
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) immer

(0) keine Angabe

FRAGE F3: TABUISIERUNGSWUNSCH

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Mitarbeitende bitten mich darum, die Themen Sterben und Tod gegenüber einer Bewohnerin / einem Bewohner zu meiden.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) nie
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) immer

(0) keine Angabe

FRAGE F4: ENTTABUISIERUNG

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Im Laufe eines GVP-Gesprächsprozesses geht die Bewohnerin / der Bewohner zunehmend offener mit den Themen Sterben und Tod um.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) immer
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) nie

(0) keine Angabe

FRAGE F5: VERMEIDUNG

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Im Laufe eines GVP-Gesprächsprozesses möchte die Bewohnerin / der Bewohner sich nicht mehr mit den Themen Sterben und Tod auseinandersetzen.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: negativ

- (6) nie
- (5) ..
- (4) ..

- (3) ..
- (2) ..
- (1) immer

(0) keine Angabe

FRAGE F6: ZUSTIMMUNG

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Mitarbeitende meiner Einrichtung stehen der Durchführung von GVP-Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohnern vorbehaltlos gegenüber.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) nie
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) immer

(0) keine Angabe

FRAGE F7: GESPRÄCHSANGEBOT

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Das GVP-Gesprächsangebot erhöht die Möglichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner über die Themen Sterben und Tod zu sprechen.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) nie
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) immer

(0) keine Angabe

FRAGE F8: AUSLAGERUNG

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Mitarbeitende verlagern die Themen Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Gesprächsbegeleitung.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) nie
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) immer

(0) keine Angabe

FRAGE F9: TERMINVERMEIDUNG

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Vereinbarte Gesprächstermine werden vom Bewohner / von der Bewohnerin auf unbestimmte Zeit verschoben.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) nie
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) immer

(0) keine Angabe

GRUPPE C: SELBSTEINSCHÄTZUNG

GRUPPENTEXT

Bearbeitungshinweis:

Hier treffen Sie freiwillige Aussagen über sich. Schätzen Sie Ihren eigenen Umgang mit den Themen Sterben und Tod ein. Bitte kreuzen Sie entsprechend an; auch wenn Sie keine Angaben machen möchten.

FRAGE F10: EIGENE ENDLICHKEIT

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Ich habe mich intensiv mit meinem eigenen Sterben und Tod auseinandergesetzt.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nicht zu

- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F11: KOMMUNIZIERBARKEIT

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Mir fällt es leicht, die Themen Sterben und Tod anzusprechen.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nicht zu
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

SEITENUMBRUCH: BLÄTTERN

HINWEISTEXT

Weiter auf der Rückseite →

Angabe Seitenzahl: 1

FOLGESEITE: RÜCKSEITE

HINWEISTEXT

HINWEIS: Im zweiten Teil des Fragebogens werden Sie um Einschätzungen gebeten. Urteilen Sie bitte von „trifft nie zu“ bis „trifft voll zu“. Dazwischen können Sie abstufen.

Können oder wollen Sie dazu keine Aussage machen, kreuzen Sie bitte das Feld „keine Angabe“ an.

In Freitextfeldern werden Sie um weitere Einschätzungen und Sichtweisen gebeten. Begründen Sie, wenn möglich, Ihre Aussagen. Bitte schreiben Sie leserlich. Herzlichen Dank!

GRUPPE D: SITUATIVE EINSCHÄTZUNGEN

GRUPPENTEXT

Aus Ihrer Erfahrung: Geben Sie Einschätzungen zu folgenden Situationen in Ihrer Einrichtung.

FRAGE F12: UNREIFES TODESKONZEPT

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Wird bei Bewohnenden ein unreifes Todeskonzept vermutet, wird von Mitarbeitenden eher kein GVP-Gesprächsangebot vorgeschlagen.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

(1) trifft nie zu

(2) ..

(3) ..

(4) ..

(5) ..

(6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F13: ANGSTERWARTUNG

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

FRAGETEXT

Die Mitarbeitenden befürchten, dass die Behandlung der Themen Sterben und Tod bei den Bewohnenden Ängste auslöst.

SUBQUESTIONTEXT

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nie zu
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F14: GESPRÄCHSKULTUR

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: nie // // immer // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Die Gesprächskultur in der Einrichtung ermöglicht Mitarbeitenden, ihre Schwierigkeiten im Umgang mit den Themen Sterben und Tod zu äußern.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nie zu
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

GRUPPE E: LATENZ ALS BESTANDTEIL

GRUPPENTEXT

Nun geht es um Ihr persönliches Empfinden: Ich spreche die Themen Sterben und Tod im GVP-Gesprächsprozess nicht an, ...

FRAGE F15[a]: ERKENNEN VON ANGST

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: trifft nie zu // // trifft voll zu // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...wenn ich beim Gegenüber Angst erkenne.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

(1) trifft nie zu

(2) ..

(3) ..

(4) ..

(5) ..

(6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F15[b]: ERKENNEN VON SCHAM

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: trifft nie zu // // trifft voll zu // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...wenn ich beim Gegenüber Scham erkenne, sich zu öffnen.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nie zu
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F15[c]: PSYCHISCHE VERFASSTHEIT

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: trifft nie zu // // trifft voll zu // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...wenn ich selbst in einer psychisch instabilen Verfassung bin.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nie zu
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F15[d]: GESCHÜTZTER RAUM

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: trifft nie zu // // trifft voll zu // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...wenn es an geeigneten Räumlichkeiten fehlt, um ungestört zu sein.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

(1) trifft nie zu

(2) ..

(3) ..

(4) ..

(5) ..

(6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F15[e]: ZEITMANGEL

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit: trifft nie zu // // trifft voll zu // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer: Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...wenn es an ausreichend Zeit fehlt.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

(1) trifft nie zu

(2) ..

(3) ..

(4) ..

(5) ..

(6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F15[f]: BEZIEHUNGSEBENE

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit:

trifft nie zu // // trifft voll zu // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer:
Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...wenn (noch) keine vertrauensvolle Beziehungsebene aufgebaut ist.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nie zu
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F15[g]: THEMENKONFLIKT

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Skalenfrage; 6 Skalenpunkte plus Ausweichoption, Beschriftung der Skalenpunkte mit:
trifft nie zu // // trifft voll zu // keine Angabe; Skalenpunkte nie bis immer:
Variation in der Kästchengröße

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...wenn ich selbst nicht mit den Themen Sterben und Tod im Reinen bin.

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Polung: positiv

- (1) trifft nie zu
- (2) ..
- (3) ..
- (4) ..
- (5) ..
- (6) trifft voll zu

(0) keine Angabe

FRAGE F15[h]: WEITERE ANLÄSSE

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Zusätzlich Textquestion; Textfeld

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

...weitere Anlässe für mich, das Thema zu meiden:

SUBQUESTIONTEXT

-

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Text

(88) keine Bearbeitung

GRUPPE E: BEGÜNSTIGUNG VON REDEN ODER SCHWEIGEN

GRUPPENTEXT

-

FRAGE F16: BEGÜNSTIGUNG VON REDEN

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Textquestion; Textfeld

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Was begünstigt in GVP-Gesprächsprozessen Reden über Sterben und Tod?

SUBQUESTIONTEXT

(Wie begründen Sie sich das?)

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Text

(88) keine Bearbeitung

FRAGE F17: BEGÜNSTIGUNG VON SCHWEIGEN

HINWEIS ZUR PROGRAMMIERUNG

Textquestion; Textfeld

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

-

FRAGETEXT

Was befördert in GVP-Gesprächsprozessen Verschweigen von Sterben und Tod?

SUBQUESTIONTEXT

(Wie begründen Sie sich das?)

CODIERUNG UND ANTWORTOPTIONEN

Text

(88) keine Bearbeitung

ABSCHLUSS: DANK UND IMPULS

HINWEIS FÜR TEILNEHMENDE

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte senden Sie den Fragebogen in beiliegendem vorfrankiertem Umschlag zurück.

Arbeitshypothesen und Polung der zugehörigen Items

	Arbeitshypothese	Item		Polung	
H1	Es besteht die Erwartungserwartung bei GVP-Beratenden, dass Kommunikationslatenz bei Bewohnenden zu den Themen Sterben und Tod existiert.	F1		negativ	
		F9		positiv	
H2	Es besteht bei GVP-Beratenden die Erwartungserwartung, dass Mitarbeitende die Themen Sterben und Tod als heikel empfinden und diese daher in der Kommunikation vermeiden.	F2		positiv	
		F3		positiv	
		F12		positiv	
		F13		positiv	
H3	GVP-Beratende sehen im GVP-Angebot ein Angebot, dass Mitarbeitende als Erleichterung empfinden, da sie Gespräche über Sterben und Tod mit den Klienten dorthin verlagern und damit abgeben können.	F6		positiv	
		F8		positiv	
H4	Ein GVP-Gesprächsprozess ist förderlich für die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.	F4		positiv	
		F5		negativ	
		F7		positiv	
H5a	Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad der Auseinandersetzung der GVP-Beratenden mit eigenem Sterben und Tod und dem Grad der Gesprächsbereitschaft bei den Bewohnenden.	F10	pos	F1	pos
H5b	Es besteht eine Korrelation zwischen dem Grad der eigenen Auseinandersetzung der GVP-Beratenden mit dem eigenen Sterben und Tod und dem Grad des Rückzugs aus den Themen Sterben und Tod bei Bewohnenden.	F10	pos	F5	neg
H6	Es besteht eine Korrelation zwischen Grad an erwartetem Unbehagen der Mitarbeitenden, sich mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen und deren Tendenz, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern.	F2	pos	F8	pos
H7	Es besteht eine Korrelation zwischen dem leichten Zugang in der Kommunikation zu den Themen Sterben und Tod bei GVP-Beratenden und der Tendenz bei Mitarbeitenden, Gespräche mit Bewohnenden über Sterben und Tod in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Beratenden zu verlagern.	F11	pos	F8	pos
H8	Es besteht eine Korrelation zwischen dem Umgang der/des GVP-Beratenden mit den Themen Sterben und Tod in der Kommunikation und deren Einschätzung zur Gesprächskultur im Hinblick auf die Themen Sterben und Tod.	F11	pos	F14	pos
H9	Das Verschweigen der Themen Sterben und Tod ist selbst integraler Bestandteil von GVP-Gesprächsprozessen.	F15[a]		positiv	
		F15[b]		positiv	
		F15[c]		positiv	
		F15[d]		positiv	
		F15[e]		positiv	
		F15[f]		positiv	
		F15[g]		positiv	

→ [Zurück zum Text](#)

FRAGEBOGEN PRETEST-VERSION

Fragebogen zur Unterstützung der Masterarbeit von Kerstin Deckert

Das ist ein anonymer Fragebogen. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens unterstützen Sie die Masterarbeit von Kerstin Deckert mit dem Titel: „Vom Schweigen und Sprechen über Sterben und Tod – Die Tabuisierung des Themas Sterben und Tod bei Gesprächsprozessen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe“. Herzlichen Dank!

Vorab geben Sie bitte einen kurzen Einblick in Ihr aktuelles Arbeitspensum als GVP-Beauftragte/r:

Wie groß ist Ihr Gesamtstellenumfang? Std./Woche; davon entfallen auf GVP Std./Woche.
 Seit wann sind Sie in Ihrer Funktion als GVP-Gesprächsbeauftragte/r tätig: (Jahr)
 Wie viele GVP-Gespräche führen Sie durchschnittlich in einer Arbeitswoche? (bitte ankreuzen)
 kein Gespräch 1-2 3-4 5-6 mehr als 7

Bearbeitungshinweis: Wie sehr treffen die Aussagen Ihrer Meinung nach auf Ihr Tätigkeitsfeld als GVP-Beauftragte/r zu? Kreuzen Sie bitte entsprechend an.

f2 Bewohnerinnen und Bewohner meiner Einrichtungen nähern sich dem Thema Sterben und Tod offen.
 nie selten oft immer weiß nicht

f3 Mitarbeitende meiner Einrichtungen empfinden Unbehagen bei den Themen Sterben und Tod.
 nie selten oft immer weiß nicht

f4 Mitarbeitende meiner Einrichtungen stehen der Durchführung von GVP-Gesprächen mit Bewohnerinnen und Bewohner vorbehaltlos gegenüber.
 nie selten oft immer weiß nicht

f5 Mitarbeitende oder Angehörige bitten mich darum, das Thema Sterben und Tod einer Bewohnerin oder einem Bewohner gegenüber zu meiden.
 nie selten oft immer weiß nicht

f6 In GVP-Gesprächen passiert es, dass das Thema Sterben und Tod von der Bewohnerin / dem Bewohner zunächst eingebracht wird und später dann als zu belastend ausgeschlossen wird.
 nie selten oft immer weiß nicht

f7 Es kommt in GVP-Gesprächen vor, dass anfänglich eine große Distanz zum Thema Sterben und Tod besteht und im weiteren Verlauf offener damit umgegangen wird.
 nie selten oft immer weiß nicht

f8 Der Abbruch von Gesprächsprozessen und die spätere Wiederaufnahme erlebe ich als produktiv, so dass sich dem Thema Sterben und Tod dann besser genähert werden kann.
 nie selten oft immer weiß nicht

f9 Mitarbeitende verlagern die Themen Sterben und Tod und damit verwandte Themen wie Trauer in den Zuständigkeitsbereich der GVP-Gesprächsbegleitung.
 nie selten oft immer weiß nicht

Bearbeitungshinweis: Hier treffen Sie freiwillige Aussagen über sich. Schätzen Sie Ihren eigenen Umgang mit den Themen Sterben und Tod ein. Bitte kreuzen Sie entsprechend an; auch wenn Sie keine Angaben machen möchten.

f10 Ich habe mich intensiv mit meinem eigenen Sterben und Tod auseinandergesetzt.
 trifft nicht zu trifft teils zu trifft voll zu keine Angaben

f10 Mir fällt es leicht, das Thema Sterben und Tod anzusprechen.
 nie selten oft immer keine Angaben

Weiter auf der Rückseite →

1 Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte senden Sie den Fragebogen in beiliegendem vorfrankiertem Umschlag zurück.

Fragebogen zur Unterstützung der Masterarbeit von Kerstin Deckert

Im 2. Teil des Fragebogens werden Sie um Einschätzungen gebeten. Urteilen Sie bitte von „trifft nie zu“ bis „trifft voll zu“ bzw. „noch nie“ bis „immer“. Dazwischen können Sie abstufen. Können oder wollen Sie dazu keine Aussage machen, kreuzen Sie bitte das Feld „weiß nicht“ bzw. „keine Angabe“ an. In Freitextfeldern werden Sie um weitere Einschätzungen und Sichtweisen gebeten. Begründen Sie, wenn möglich, Ihre Aussagen.

F11 Aus Ihrer Erfahrung: Welche Gründe tragen dazu bei, dass Mitarbeitende in Ihren Einrichtungen einen GVP-Gesprächsprozess für zu heikel erachten?

	trifft nie zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu	weiß nicht
a) Sorge, bei dem Bewohner / der Bewohnerin Ängste auszulösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sorge, den Angehörigen damit zu nahe zu treten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vermutung unzureichender Fähigkeiten des/der Bewohnenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Annahme, dass das Nichtwissen die zu Betreuenden schützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mitarbeitende/r will sich selbst vor schwierigen Themen schützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sorge, nach dem Gespräch „etwas“ auffangen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) aus Mangel an Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) aus Mangel an geeigneten Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Unkenntnis über die Inhalte von GVP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Scham, mit Sterben und Tod nicht offen umgehen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) sonstige Gründe:					

F12 Welche Anlässe in GVP-Gesprächsprozessen erleben Sie, in denen Sie selbst die Themen Sterben und Tod vermeiden?

	noch nie	selten	oft	immer	keine Angabe
a) Ich vermutete, dass beim Gegenüber eine Grenze der Angst überschritten wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich vermutete, dass mein Gegenüber sich schämt, über ein ihm heikles Thema zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich selbst war in einer psychisch instabilen Verfassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es fehlten geeignete Räumlichkeiten, um ungestört zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es fehlte an Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Es ist (noch) keine vertrauensvolle Beziehungsebene vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich schämte mich davor, meine Gefühle unkontrolliert zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Es ängstigte mich, mich mit Sterben und Tod befassen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Weitere Anlässe für mich, das Thema zu meiden					

F13 Wodurch wird Reden über Sterben und Tod in Verbindung mit dem Gesprächsangebot GVP Ihrer Meinung nach am stärksten begünstigt? (Wie begründen Sie sich das?)

F14 Wodurch wird Schweigen über Sterben und Tod in Verbindung mit dem Gesprächsangebot GVP Ihrer Meinung nach am stärksten begünstigt? (Wie begründen Sie sich das?)

2 Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bitte senden Sie den Fragebogen in beiliegendem vorfrankiertem Umschlag zurück.

FRAGEBÖGEN RÜCKLÄUFER

- Aus Datenschutzgründen sind die Rückläufer in der Veröffentlichung nicht dargestellt. Im Original sind sie vorhanden. -

Rohdaten in Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
2														
3		FB01	FB02	FB03	FB04	FB05	FB06	FB07	FB08	FB09	FB10	FB11	FB12	FB13
4	F1	4	3	4	5	3	4	4	5	3	2	5	3	5
5	F2	4	5	3	4	1	2	5	3	5	4	4	3	4
6	F3	3	4	4	2	4	4	4	2	3	1	2	2	3
7	F4	5	6	4	5	5	5	5	4	5	3	2	4	5
8	F5	2	2	5	2	1	5	3	2	2	5	1	3	2
9	F6	5	5	6	5	6	5	2	5	4	5	5	6	5
10	F7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6
11	F8	5	6	5	4	4	5	3	5	3	4	5	4	5
12	F9	3	2	1	1	2	3	4	2	1	2	1	1	2
13	F10	5	5	3	6	6	5	6	5	5	6	5	5	5
14	F11	5	4	5	6	5	5	6	6	6	6	6	5	4
15	F12	3	3	3	5	5	5	0	2	4	6	2	2	4
16	F13	5	6	6	5	3	6	6	4	4	5	5	3	6
17	F14	6	2	5	6	6	5	5	6	6	6	6	5	5
18	F15[a]	2	3	6	4	5	5	2	2	5	4	2	3	4
19	F15[b]	2	3	2	5	4	6	2	2	5	4	2	3	3
20	F15[c]	3	6	1	5	0	1	6	1	1	2	5	5	4
21	F15[d]	5	6	6	6	2	6	6	6	6	5	6	5	6
22	F15[e]	6	5	6	6	4	5	6	6	6	5	6	5	6
23	F15[f]	4	6	6	6	1	6	6	6	6	5	3	1	6
24	F15[g]	2	1	6	0	0	6	6	0	2	5	5	2	6

Auswertung

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
2	H1	1	2	3	4	5	6	0			μ	σ	Kommunikationslatenz bei Bewohnenden				
3	F1	0	1	4	4	4	0	0									
4	F1 umgep.	0	4	4	4	1	0	0					hoher Score = hohe Ausprägung				
5	F3	5	5	2	1	0	0	0									
6	Summe	5	3	6	5	1	0	0	2,54	0,22							
19	H2	1	2	3	4	5	6	0			μ	σ	heikel für Mitarbeitende				
20	F2	1	1	3	5	3	0	0									
21	F3	1	4	3	5	0	0	0					hoher Score = hohe Ausprägung				
22	F12	0	2	3	3	3	1	1									
23	F13	0	0	2	2	4	5	0									
24	Summe	2	7	11	15	10	6	1	3,82	0,19							
31	H3	1	2	3	4	5	6	0			μ	σ	Mitarbeitende sind erleichtert, abgeben zu können				
32	F6	0	1	0	1	3	3	0									
33	F8	0	0	2	4	6	1	0					hoher Score = hohe Ausprägung				
34	Summe	0	1	2	5	14	4	0	4,63	0,19							
40	H4	1	2	3	4	5	6	0			μ	σ	Themen nicht angesprochen, weil Angst beim Gegenüber				
41	F4	0	1	1	3	7	1	0									
42	F5	2	6	2	0	3	0	0					hoher Score = hohe Ausprägung				
43	F5 umgepolt	0	3	0	2	6	2	0									
44	F7	0	0	0	0	2	11	0									
45	Summe	0	4	1	5	15	14	0	4,87	0,20							
57	F15[a]	1	2	3	4	5	6	0			μ	σ					
58	Anzahl	0	4	2	3	3	1	0	3,62	0,37							

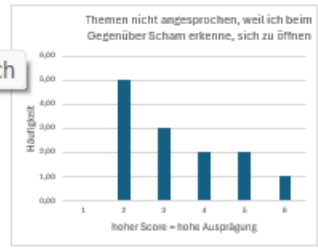
1114 \times \checkmark fx \checkmark $= (B113*B114+C113*C114+D113*D114+E113*E114+F113*F$

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T

67
68
69
70
71
72

F15[b]	1	2	3	4	5	6	0	μ	σ
Anzahl	0	5	3	2	2	1	0	3,21	0,87

Zeichne Diagrammbereich



73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92

F15[c]	1	2	3	4	5	6	0	μ	σ
Anzahl	4	1	1	1	3	2	1	3,33	0,57



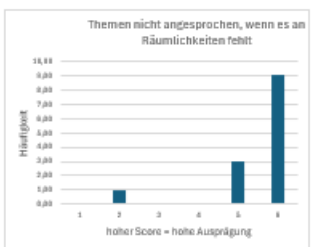
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112

hochindividueller Prozess, der sehr von den Personen abhängt. Daher liefern diese Anteile nur kollektive Erkenntnisse.

113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141

F15[d]	1	2	3	4	5	6	0	μ	σ
Anzahl	0	1	0	0	3	9	0	5,46	0,30

Bitte mit Henkingstudie vergleichen



141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

F15[e]	1	2	3	4	5	6	0	μ	σ
Anzahl	0	0	0	1	4	8	0	5,54	0,18



Korrelation

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Korrelations H5a																		
2	F10	5	5	3	6	6	6	5	6	5	5	6	5	5					
3	F4	5	6	4	5	5	5	5	4	5	3	2	4	5					
4																			
5	μ_{10}	5,230769																	
6	μ_4	4,461538																	
7	r_{10}	0,83205																	
8	r_{14}	1,050031																	
9	$cov_{10;4}$	-0,02959																	
10	$r_{10;4}$	-0,03386																	
11																			
12																			
13	H5b																		
14	F10	5	5	3	6	6	6	5	6	5	5	6	5	5					
15	F5	2	2	5	2	1	5	3	2	2	5	1	3	2					
16																			
17	μ_{10}	5,230769																	
18	μ_4	2,692308																	
19	r_{10}	0,83205																	
20	r_{14}	1,436698																	
21	$cov_{10;4}$	-0,54428																	
22	$r_{10;4}$	-0,45529																	
23																			
24																			
25																			
26																			
27	Korrelations H6																		
28	F2	4	5	3	4	1	2	5	3	5	4	4	3	4					
29	F8	5	6	5	4	4	5	3	5	3	4	5	4	5					
30																			
31	μ_{10}	3,615385																	
32	μ_4	4,461538																	
33	r_{10}	1,192928																	
34	r_{14}	0,877058																	
35	$cov_{10;4}$	-0,12018																	
36	$r_{10;4}$	-0,12442																	
37																			
38																			
39																			
40																			
41	Korrelations H7																		
42	F11	5	4	5	6	6	5	5	6	6	6	6	5	4					
43	F8	5	6	5	4	4	5	3	5	3	4	5	4	5					
44																			
45	μ_{10}	5,207692																	
46	μ_4	4,461538																	
47	r_{10}	0,751068																	
48	r_{14}	0,877058																	
49	$cov_{10;4}$	-0,29586																	
50	$r_{10;4}$	-0,44913																	
51																			
52																			
53																			
54																			
55	Korrelations H8																		
56	F11	5	4	5	6	6	5	5	6	6	6	6	5	4					
57	F14	6	2	5	6	6	5	5	6	6	6	6	6	5					
58																			
59	μ_{10}	5,307692																	
60	μ_4	5,333333																	
61	r_{10}	0,751068																	
62	r_{14}	1,154701																	
63	$cov_{10;4}$	0,583333																	
64	$r_{10;4}$	0,672618																	
65																			
66																			
67																			
68																			
69																			
70																			

