

Thanatopädagogik
Sterbebegleitung bei Menschen mit Hörschädigung und
zusätzlichen geistigen und/ oder körperlichen Behinde-
rungen

Bachelorthesis Sozialpädagogik



(Reuter, 2016)

Saxion Hogeschool Enschede
Akademie Mens en Maatschappij
Fachbereich Sozialwesen

Studieneinheit 9.2

**Bachelorthesis:
Thanatopädagogik
Sterbebegleitung bei Menschen mit Hörschädigung und zusätzlichen geistigen und/ oder körperlichen Behinderungen**

t.amm. 37489

**Franziska Overmeyer – 317817
ESP4DDJ1
Sozialpädagogik-Teilzeit
Dozent: Marcus Flachmeyer
Fachbereich Sozialwesen/ AMM
Saxion Enschede**

Mettingen, den 9.Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	I
ZUSAMMENFASSUNG	II
1 DIE EINFÜHRUNG.....	1
1.1 ANLASS ZUR VERÄNDERUNG	1
1.2 ZIELSETZUNG DER FORSCHUNG	2
1.3 FORSCHUNGSHAUPTFRAGE.....	2
1.4 FORSCHUNGSTEILFRAGEN	3
ZUSAMMENFASSUNG	5
2 THEORETISCHER RAHMEN.....	6
2.1 STERBEN UND TOD	6
2.1.1 <i>Definition Sterben und Tod</i>	6
2.1.2 <i>Sterben und Tod in heutiger Zeit</i>	7
2.2 GEISTIGE BEHINDERUNG UND HÖRSCHÄDIGUNG.....	7
2.2.1 <i>Menschen mit einer geistigen Behinderung</i>	8
2.2.2 <i>Menschen mit einer Hörschädigung</i>	8
2.2.3 <i>Die Deutsche Gebärdensprache</i>	9
2.2.4 <i>Die Gehörlosenkultur</i>	9
2.3 STERBEBEGLEITUNG	10
2.3.1 <i>Sterbebegleitung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung</i>	10
2.3.2 <i>Sterbebegleitung bei Menschen mit einer Hörschädigung</i>	10
2.3.3 <i>Anforderungen an Einrichtungen von Menschen mit einer Behinderung</i>	11
2.4 THANATOPÄDAGOGISCHE KOMPETENZEN.....	12
2.4.1 <i>Thanatopädagogik – Was ist das?</i>	12
2.4.2 <i>Das Aufgabenfeld der Thanatopädagogik</i>	13
2.4.3 <i>Die Schwerpunkte in der thanatopädagogischen Begleitung Hörgeschädigter Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung</i>	13
ZUSAMMENFASSUNG	15
3 DIE UNTERSUCHUNGSMETHODIK.....	16
3.1 DIE ART DER UNTERSUCHUNG	16
3.2 DIE UNTERSUCHUNGSSTRATEGIE UND –DESIGN	16
3.3 POPULATION	17
3.4 VERFAHREN.....	17
3.5 DAS UNTERSUCHUNGSINSTRUMENT.....	17
3.5.1 <i>Der Fragebogen</i>	17
3.6 DIE AUSWAHL DER ZIELGRUPPE.....	18
3.7 DIE GÜTEKRITERIEN	18
3.8 DIE ANALYSEMETHODE FÜR DIE ERFASSTEN DATEN	18
3.9 ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN	19
ZUSAMMENFASSUNG	20
4 DIE AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE	21
4.1 DIE RESULTATE UND DARSTELLUNG DER „SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN“	21
4.2 DIE RESULTATE UND DARSTELLUNG DER KATEGORIE „KOMMUNIKATION“	22
4.3 DIE RESULTATE UND DARSTELLUNG DER KATEGORIE „PERSÖNLICHE RESSOURCEN“	25
4.4 DIE RESULTATE UND DARSTELLUNG DER KATEGORIE „PFLEGE“	28
4.5 DIE RESULTATE UND DARSTELLUNG DER KATEGORIE „PSYCHOSOZIAL“	30
4.6 DIE RESULTATE UND DARSTELLUNG DER KATEGORIE „NETZWERKARBEIT“	32

5	SCHLUSSFOLGERUNGEN	35
5.1	BEANTWORTUNG DER TEILFRAGEN.....	35
5.2	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE.....	37
5.3	EMPFEHLUNGEN.....	38
5.3.1	<i>Empfehlungen für den Auftraggeber</i>	<i>38</i>
5.3.2	<i>Empfehlungen für Folgestudien</i>	<i>40</i>
5.4	DISKUSSION.....	40
5.4.1	<i>Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses</i>	<i>40</i>
5.4.2	<i>Stellungnahme zum Forschungsergebnis.....</i>	<i>41</i>
	LITERATURVERZEICHNIS.....	42
	BILDERVERZEICHNIS	43
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	44
	ANLAGEN	45
ANLAGE I	GESAMTAUSWERTUNG	45
ANLAGE II	FRAGEBOGEN	53
ANLAGE III	BEURTEILUNGSFORMULAR	59

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit entstand im Zeitraum von Januar bis Juni 2016 unter der Anleitung von Herrn Marcus Flachmeyer. Das Thema dieser Bachelorarbeit ist primär innovativ entstanden. Die Verfasserin hat sich bereits vor Beginn dieser Arbeit im letzten Jahr in der Sterbebegleitung fortgebildet. Aus vergangenen Gesprächen alter Arbeitsstellen ist ihr bekannt, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe eine Sterbebegleitung unterschiedlich handhaben. Ihre eigene Einrichtung setzt sich das Ziel ihre Klienten unter bestimmten Voraussetzungen bis zum Lebensende in der Einrichtung zu behalten. Im Gespräch mit der zuständigen Wohnbereichsleitung wurde schnell klar, dass die Einrichtung keinerlei Kenntnis darüber hat, welche Kompetenzen bei ihren Mitarbeitern vorliegen, um dieses Ziel weiterhin zu erreichen.

Menschen, die bereits ein Großteil ihres Lebens, in stationären Einrichtungen leben sollte die Möglichkeit gegeben werden, dies bis zu ihrem Lebensende zu tun. Dazu benötigt es spezielle Kompetenzen seitens der Mitarbeiter, um mit den Anforderungen und Herausforderungen in der Sterbebegleitung von Menschen mit einer Hörschädigung und zusätzlichen Behinderungen zurecht zu kommen.

An dieser Stelle möchte sich die Verfasserin bei Ihrem Dozenten Herrn Marcus Flachmeyer für intensive Vorbereitung und Unterstützung während der Erstellung der Bachelorarbeit bedanken. Ein besonderer Dank gilt ebenfalls der Wohnbereichsleitung der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück – Karl Luhmann Heime – Wohnbereich 2, Frau Karola Schmidt, die durch unbürokratische Wege eine adäquate Unterstützung gab.

Ebenso gilt auch ein Großer Dank der Familie und dem Lebenspartner, wie auch Freunden der Verfasserin. Diese standen immer ratgebend und motivierend zur Seite und trugen somit maßgeblich zur Erstellung dieser Bachelorarbeit bei.

Mettingen, den 9.Juni 2016

Franziska Overmeyer

Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema „Thanatopädagogische Kompetenzen bei Mitarbeitern der Behindertenhilfe und Hilfe für Hörgeschädigte Menschen“. Das Ziel dieser Arbeit ist die Feststellung des Kompetenzstandes der Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück – Karl Luhmann Heime – Bereich für Menschen mit geistigen und/ oder körperlichen Behinderungen und Hörschädigung. Es geht darum die Kompetenzen der Mitarbeiter zu erfassen und diese zu optimieren.

Die Befragung erfolgte anhand einer teilstandardisierten Befragung in vier Einrichtungen, die mit überwiegend lebensälteren Menschen arbeiten. Es wurden Befragungen in fünf Kategorien durchgeführt, die maßgeblich für eine Sterbebegleitung sind. Es handelt sich dabei zum einen um die Kategorie Kommunikation, die insbesondere in der Arbeit hörgeschädigten Menschen eine besondere Bedeutung hat. Hier liegt der Fokus auf die Abfrage von kommunikativen Kompetenzen wie der Grad der Deutschen Gebärdensprache. Als nächste Kategorie werden die persönlichen Ressourcen erfasst. Hier geht es insbesondere darum, inwiefern die Mitarbeiter in der Lage sind mit den Anforderungen einer Sterbebegleitung umzugehen. In der Kategorie Pflege geht es um die Kompetenzen, die Mitarbeiter mitbringen müssen, um einen Klienten in pflegerischer Hinsicht optimal zu versorgen. Hier ging es auch um Erfahrungswerte der Mitarbeiter, wie auch speziellen Methoden. Der Bereich der psychosozialen Betreuung, umfasst die psychischen Bedürfnisse des Klienten. Hier spielen Selbstbestimmung, Offenheit und Ehrlichkeit im Umgang mit Diagnosen oder Prognosen eine besondere Rolle. Der letzte Bereich bezeichnet die Netzwerkarbeit. Keine Sterbebegleitung kann allein durchgeführt werden und erfordert ein Netzwerk von Menschen und Berufsgruppen. Hier geht es um die Zusammenarbeit mit dem Arzt, aber auch mit den Angehörigen oder Betreuern.

Es wurden anhand der Auswertung der vorliegenden Kompetenzen Empfehlungen für die Einrichtung ausgesprochen. Diese können innerhalb von Fortbildungen mit unterschiedlichen Zeitansätzen und Intensität umgesetzt werden.

1 Die Einführung

Die Bachelorthesis beginnt mit einer Zusammenfassung ihres Inhaltes. Anschließend erfolgt die Einführung in die Thematik. Darin angeführt sind zum einen der Anlass des Forschungsthemas für die Soziale Arbeit und der Weiterentwicklung professioneller Praxis. Ebenso sind das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen präzise beschrieben. Der theoretische Rahmen umfasst sämtliche Informationen zur Thematik. Die Untersuchungsmethodik legt noch einmal die Art, das Design und die Untersuchungsstrategie dar. Ebenfalls wird hier das Verfahren beschrieben, wie auch das Untersuchungsinstrument, die Auswahl der Zielgruppe und welche Gütekriterien relevant waren. Eine Beschreibung der Analysemethoden erfolgt. Die Auswertung der Ergebnisse sowie deren Interpretation folgen. Die Bachelorarbeit schließt mit Schlussfolgerungen aus der Forschung, Empfehlungen für die Praxis und einer Diskussion ab.

1.1 Anlass zur Veränderung

Seit dem Jahr 2016 sind die Träger der Gemeinnützigen GmbH für Hörgeschädigte Menschen und die Heilpädagogische Hilfe Osnabrück fusioniert. Die Wohnheime der Gemeinnützigen GmbH für Hörgeschädigte Menschen, umgangssprachlich der Karl-Luhmann-Heime, gehören nun der GmbH Wohnen der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück an. Die Wohnheime, die Werkstatt wie auch der Sozialdienst für gehörlose Menschen mit zusätzlichen geistigen körperlichen Behinderungen bilden nun den Fachbereich für Hilfen für Hörgeschädigte Menschen innerhalb der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück.

Menschen mit Behinderungen werden immer älter. (Vgl. Bleeksma, 1998) Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen für sich entscheiden, wie sie mit diesem Wandel und den dazugehörigen Anforderungen umgehen möchten. Die Einrichtung der Karl-Luhmann Heime verfolgt das Ziel, Menschen mit Hörschädigungen und zusätzlichen geistigen und/oder körperlichen Behinderungen die dort stationär untergebracht sind, bis zum Lebensende in der Einrichtung zu behalten. Sollten die Mitarbeiter einer dauerhaften Überforderung ausgesetzt sein oder die adäquate Versorgung des Klienten nicht mehr gewährleistet sein, muss nach einer alternativen Einrichtung, wie z.B. ein Pflegeheim, geschaut werden. Um das Ziel der Einrichtung möglichst ohne Probleme verfolgen zu können, müssen die Mitarbeiter in den stationären Wohnheimen ausreichende Kompetenzen (thanatopädagogische Kompetenzen) entwickeln, damit sie die Anforderungen einer möglichen Sterbebegleitung bewältigen können.

Aus diesem Grund befasst sich diese Bachelorarbeit mit den thanatopädagogischen Kompetenzen der Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl-Luhmann Heimen, dem Fachbereich für Hörgeschädigte Menschen. Es erfolgte eine quantitative Befragung mit Hilfe eines teilstandardisierten Fragebogens. Es wurden 62 Mitarbeiter von vier Wohnheimen befragt. Diese Wohnheime wurden ausgewählt, da in ihnen die lebensälteren hörgeschädigten Bewohner der Einrichtung leben. Diese Wohnheime setzen sich aller Wahrscheinlichkeit eher mit einer Sterbebegleitung auseinander. Im Rahmen der

Forschung sollten die Kompetenzen der Mitarbeiter abgefragt werden. Aufbauend darauf werden Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen, um den derzeitigen Kompetenzstand zu optimieren. Da die Befragung im Wohnbereich von Menschen mit geistiger und/ oder körperlicher Behinderung und Hörschädigung erfolgt, die Literatur aber zu dieser Thematik kaum Informationen erbringt, können die Resultate ebenfalls für unterschiedliche Institutionen hilfreich sein. Es gibt z.B. Altenheime für gehörlose Menschen ohne geistige Behinderung, wie auch städtische ambulante Hospize, die sich speziell auf Gehörlose ausgerichtet haben. Für die Optimierung der Arbeitsweise dieser Institutionen beispielsweise können die Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit hilfreich sein.

1.2 Zielsetzung der Forschung

Die Verfasserin erforscht in ihrer Befragung unterschiedliche Bereiche in der Sterbebegleitung von Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung und Hörschädigung. Diese Bereiche umfassen die Pflege, die Kommunikation, die psychosoziale Betreuung des Klienten, die persönlichen Ressourcen der Mitarbeiter wie auch die Netzwerkarbeit. Diese fünf Bereiche sind laut der Dr. Ulrich-Lange-Stiftung (2004) und Tomic-Martini (2015) von zentraler Bedeutung. Der Bereich der Kommunikation findet in der Arbeit mit Hörgeschädigten Menschen einen besonderen Stellenwert.

Es ergibt sich aus der Beschreibung der Problematik das Anliegen, die Mitarbeiter, die Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung und Hörschädigung im stationären Wohnkontext begleiten, so zu befähigen, dass sie kompetente Sterbebegleitungen durchführen können, um den Klienten das Sterben „Zuhause“ zu ermöglichen.

Das *Ziel der Praxisforschung* ist somit:

1. Das oberste Ziel dieser Forschung sind Empfehlungen, um die Mitarbeiter in ihren vorhandenen Kompetenzen zu erhalten und Defizite zu ermitteln und mithilfe passender Fortbildungen zu fördern.
2. Der Erhalt eines sicheren Erkenntnisstandes der bisherigen thanatopädagogischen Kompetenzen der Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl Luhmann Heimen. Nur aus diesen Erkenntnissen können hinreichende Empfehlungen formuliert werden.
3. Durch die Befähigung der Mitarbeiter die Klienten in einem möglichen Sterbeprozess zu begleiten, soll das langfristige Ziel, den Bewohnern der stationären Einrichtungen ein lebenslanges Wohnen zu ermöglichen, erreicht werden.

1.3 Forschungshauptfrage

Unter diesen Aspekten soll eine empirische Forschung mit folgender Forschungsfrage erfolgen:

„Über welche thanatopädagogischen Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl Luhmann Heimen, um lebensältere gehörlose Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung angemessen im Sterbeprozess zu begleiten.“

Mit Thanatopädagogik bezeichnet man den Schnittpunkt zwischen Thanatologie, Pädagogik und Medizin. Sie bezeichnet primär die pädagogische Begleitung lebensverkürzt erkrankter Kinder und Jugendlicher. Sie ist ebenfalls im Zusammenhang mit Literatur über die Sterbebegleitung von Menschen mit Behinderung zu finden. Da sich Menschen mit einer geistigen Behinderung und somit auch die Klienten der Karl-Luhmann Heime oftmals auf dem geistigen Niveau von Kindern befinden und die Pädagogik grundsätzlich in der Arbeit mit Menschen einen unabdinglichen Stellenwert hat, trifft der Begriff der Thanatopädagogik auch auf diese Menschen zu.

Der Begriff der Kompetenzen lässt sich unterschiedlich definieren. Spezifisch auf diese Forschung und die oben gemeinten Kompetenzen bezogen sind folgende Definitionen von Kompetenzen zutreffend: Kompetenzen im Sinne von Fähig- und Fertigkeiten oder Kenntnissen. Kompetenz als Motivation, die Voraussetzung für die Bewältigung von schwierigen Aufgaben. Auch spricht man von Handlungskompetenz, die sich z.B. auf bestimmte Berufszweige bezieht. (Vgl. Klieme, 2004) Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der obige Kompetenzbegriff auf das Wissen, Fertigkeiten und Haltungen bzw. Motivationen der Mitarbeiter bezieht.

1.4 Forschungsteilfragen

Hier folgen nun die Forschungsteilfragen, die sich aus der obigen Forschungshauptfrage ergeben haben.

Teilfrage I

Welche Kompetenzen haben die Mitarbeiter in der Kommunikation von und mit gehörlosen Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung?

Diese Frage soll eine Erkenntnis darüber liefern wie kompetent die Mitarbeiter bezüglich der Deutschen Gebärdensprache und anderer Kommunikationsformen, zusätzlich zur deutschen Lautsprache, sind. Hierzu werden ebenfalls alle 62 Mitarbeiter der Wohnheime 2, 5, 8 und der Bodelschwingstraße befragt.

Teilfrage II

Wie gelingt es den Mitarbeitern selbst mit den Anforderungen einer Sterbebegleitung umzugehen?

Zuletzt ist es von Nöten zu erfahren, wie die Mitarbeiter mit den ihnen gestellten Anforderungen umgehen, so dass sie weiterhin psychisch stabil bleiben. Dazu werden alle 62 Mitarbeiter der Wohnheime 2, 5, 8 und der Bodelschwingstraße befragt.

Teilfrage III

Über welche pflegerischen Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter?

Diese Frage verfolgt das Ziel zu erfahren, welche Kompetenzen aber auch Erfahrungen die Mitarbeiter mit Pflege gesammelt haben. Hierzu werden alle 62 Mitarbeiter der Wohnheime 2, 5, 8 und der Bodelschwingstraße befragt.

Teilfrage IV

Über welche Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter im Bereich der psychosozialen Betreuung der Bewohner?

Hier geht es um den Umgang mit dem psychosozialen Aspekt der Klienten. Beispielsweise wird erfragt, welchen Stellenwert die Selbstbestimmung des Klienten bei den Mitarbeitern hat. Insgesamt werden 62 Mitarbeiter der Wohnheime 2, 5, 8 und der Bodelschwinghstraße befragt.

Teilfrage V

Welche Kompetenzen haben die Mitarbeiter um mit dem Netzwerk des Sterbenden kompetent zu arbeiten?

Es geht um die Netzwerkarbeit rund um den sterbenden Klienten. Dieses umfasst Ärzte wie auch Angehörige. Nur durch eine gelingende Kommunikation kann zum Wohle des Klienten gehandelt werden. Es werden 62 Mitarbeiter der Wohnheime 2, 5, 8 und der Bodelschwinghstraße befragt.

Zusammenfassung

1. Die Einrichtung der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, die Karl-Luhmann Heime, verfolgen das Ziel ihre Klienten die Möglichkeit zu geben bis zum Lebensende in den stationären Wohnformen verbleiben zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Mitarbeiter in ihrer thanatopädagogischen Kompetenz gefördert werden.
2. Diese Forschung soll einen Erkenntnisstand liefern, welche Kompetenzen die Mitarbeiter bereits vorweisen können. Ableitend sollen aus ihnen Empfehlungen formuliert werden, die diesen Stand optimieren oder, je nach Ergebnis, gleichbleibend lassen. Die Abfrage der Kompetenzen erfolgt kategorisiert. Insgesamt werden fünf Bereiche abgefragt.

2 Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel erfolgt nun die Darstellung der relevanten theoretischen Aspekte rund um das Thema Sterbebegleitung bei Menschen mit einer Hörschädigung und geistiger und/ oder körperlichen Behinderungen.

2.1 *Sterben und Tod*

Das Thema Sterben und Tod umfasst im Weiteren die Definition beider Begriffe, wie auch das Sterben in heutiger Zeit.

2.1.1 Definition Sterben und Tod

Sterben und Tod gehören zum Leben wie die Geburt. Das Leben beginnt mit der Geburt und endet mit dem Tod. Den Weg in den Tod bezeichnet der Begriff des Sterbens. Allerdings hat der Begriff Sterben unterschiedliche Definitionen. Die erste Definition bezeichnet das Sterben, wenn ein Arzt verschiedene Symptome einer Erkrankung erkennt und diese als potentiell tödlich eingestuft werden. Der Arzt ist durch seine Profession dazu befähigt ein solches Urteil zu fällen und den Patienten somit in die Rolle des Sterbenden einzustufen. „Wenn der Arzt aber eine solche Krankheit diagnostiziert, ist der Kranke für ihn ein Sterbender.“ (Schmied, 1985, S.13) Die zweite Definition bezeichnet die Kommunikation über die gesundheitlichen Fakten, die von Arzt und Patient im Gespräch erörtert werden. Es geht hier primär um die Unterrichtung der Angehörigen über den gesundheitlichen Zustand des Patienten. Auch wenn der Patient selbst nichts von seiner Diagnose weiß, so merkt er doch am Verhalten der Angehörigen das etwas nicht stimmt. Allerdings wird auch davon gesprochen, dass es dem Betroffenen, der erkrankt ist, oftmals schwerfällt mit den Fakten umzugehen und diese anzunehmen. „(...) der Sterbenskranke, auch wenn man versucht, ihm seine Situation nahezubringen, nicht immer willens oder in der Lage ist, die Tragweite des Zustandes voll zu erfassen.“ (Schmied, 1985, S.14) Aus dieser Problematik entstand nun eine dritte Definition von Sterben. Man sagt, dass das Sterben erst dann beginnt, wenn der Patient alle Fakten bewusst erfasst und akzeptiert hat. (Vgl. Schmied, 1985) Somit lässt sich auch die vierte und letzte Definition erklären, die besagt, dass Sterben erst dann beginnt, wenn aus medizinischer Sicht nichts mehr getan werden kann. Die vier Definitionen sind alle gleichbedeutend wichtig für eine Sterbebegleitung. Ohne ärztliche Diagnostik und Meinung, ohne eine ausreichende Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen und ohne die Annahme der Fakten, die eine weitere medizinische Behandlung im Sinne von Heilung, vom Patienten kann ein Sterbeprozess nicht beginnen.

Die Definition des Todes, aus dem griechischen *thanatos*, bezeichnet zunächst den biologischen Tod eines Lebewesens. Mit dem Tod eines Menschen bezeichnet man jeglichen Funktionsverlust des Körpers. Das bedeutet, sämtliche Organe und Gliedmaßen werden nicht mehr durchblutet, das Gehirn stirbt ab. Die Atmung und das Herz bleiben stehen. Der Mensch ist gestorben, er ist tot. Als äußere Zeichen des Todes bezeichnet man das Fehlen der sogenannten Vitalzeichen. Das bedeutet Atmung und Puls sind nicht messbar. Als weitere Zeichen eines sicheren Todes können Totenflecken und die sogenannte Leichenstarre sein. Die Leichenstarre setzt nicht unmittelbar nach dem Versterben ein. Die Totenflecken allerdings schon. Der Kreislauf stoppt und das nicht zirkulierende Blut sackt ab. Dies verursacht die hämatomartigen Flecken auf der Haut eines Verstorbenen.

2.1.2 Sterben und Tod in heutiger Zeit

Der Umgang mit Sterben und Tod hat sich in heutiger Zeit sehr verändert. Zu ganz früherer Zeit war er Teil des Lebens und wurde auch so behandelt. Es folgte dann eine Zeit in der er eher tabuisiert wurde. Nun beginnt er aus dieser Tabuzone zu entschwinden und Teil der Gesellschaft zu werden. Aber er wurde auch institutionalisiert. Es sind stationäre Hospize und Palliativstationen entstanden, die es sich zur Aufgabe gemacht haben Menschen im Sterbeprozess zu begleiten. Dies ist eine Veränderung zur damaligen Zeit in der die Menschen zu Hause gestorben sind. Sie wurden dort gepflegt und starben auch dort. Doch der Wandel der Zeit und auch der des Frauenbildes hat sich verändert. Haben Frauen damals noch Angehörige zu Hause gepflegt, so ist dies durch überwiegende Berufstätigkeit der Frauen gar nicht mehr allein möglich. Wenn Angehörige im heimischen Haus gepflegt werden, dann nicht ohne Hilfe z.B. eines Pflegedienstes. Es ist als positiv zu betrachten, wie sehr sich die Institutionen gewandelt haben und es viele Möglichkeiten gibt Sterbenden einen möglichst selbstbestimmten Sterbeprozess zu ermöglichen. Neben Institutionen wie Hospizen hat sich auch medizinisch ein Wandel vollzogen. Die heutige Medizin in ihrem Fortschritt und Wissenschaft hat dutzende Möglichkeiten um Leben zu retten. Dazu gibt es positive und negative Meinungen. Um aber auch das Sterben erträglicher zu machen ist die Palliativmedizin entstanden.

„Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen normalen Prozess an. Sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern, sondern stellt eine Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden in den Vordergrund, integriert die psychischen und spirituellen Bedürfnisse und bietet ein System der Unterstützung an, damit das Leben der Patienten bis zum Tod so aktiv wie möglich sein kann. Die Palliativmedizin bietet der Familie während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerphase Unterstützung an.“ (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2007, S.1)

Diese Form der Medizin ermöglicht ein Sterben. Sie ist nicht darauf ausgerichtet alles zu tun um Menschenleben zu erhalten. Ihr Fokus ist die Linderung eines Sterbeprozesses. Schmerzen zu stillen und Atemnot zu nehmen sind ihre Aufgabe. Ganz mit dem Ziel ein angenehmes Sterben zu verursachen, nicht beschleunigt oder ausgelöst. Ein besonders kritischer Blick ist dennoch auf die medizinische Versorgung von Menschen mit einer Behinderung zu legen. Es werden z.B. Vorsorgeuntersuchungen weniger als bei Menschen ohne Behinderungen durchgeführt. Als Gründe dafür werden Transportprobleme, sprachliche Barrieren und fehlende Mithilfe usw. genannt. (Vgl. Hasseler, 2014; Drum, 2009). Es macht den Anschein, dass Gesundheitsbedürfnisse von Menschen mit geistigen Behinderungen nicht nachgekommen wird. (Vgl. Gaskell & Nightingale, 2010)

2.2 Geistige Behinderung und Hörschädigung

Eine geistige Behinderung kann unterschiedliche Grade und Auswirkungen haben. Ebenso kann eine Hörschädigung ganz verschieden ausgeprägt sein. Gehörlose Menschen benutzen eine visuelle Sprache und verständigen sich so. Ebenso leben sie in einer eigenen Kultur, vertreten Bräuche und Sitten.

2.2.1 Menschen mit einer geistigen Behinderung

Der Begriff „geistige Behinderung“ ist ein sehr unspezifischer und weiter Begriff. Oftmals wird er als Obergriff für die Bezeichnung von Menschen verwendet, die in unterschiedlichen Bereichen eine sichtbare Beeinträchtigung zeigen. Diese Beeinträchtigung kann jedoch in ihrer Stärke und ihrem Ausmaß variieren. Bei der Verwendung des Begriffes der geistigen Behinderung sollte immer der Umfang in betracht bezogen werden. Oftmals haben Menschen mit einer geistigen Behinderung mehrere Handicaps in unterschiedlichen Bereichen, wie in der Sprache oder Motorik. Jedoch kann es auch sein, dass nur eine leichte Lernbehinderung vorliegt. Im ICD10 wird von einer Intelligenzminderung gesprochen. Diese ist dort in unterschiedliche Grade, von einem leichten bis schwersten Grad, eingeteilt. Wie auch zu einem nicht näher bezeichneten und ohne disoziierte Intelligenz. Ein besonderes Augenmerk ist hier auf den Intelligenzquotienten (IQ) gerichtet, der für die genaue Bezeichnung ausschlaggebend ist. Bei einer leichten Intelligenzminderung (F70) spricht man von einem IQ von 50-69. Damit sind sogenannte Menschen mit einer Lernbehinderung gemeint, die sich durch Lernschwierigkeiten in der Schule zeigen. Meistens sind sie jedoch normal in der Lage zu arbeiten und soziale Beziehungen zu pflegen. (Vgl. WHO, 2013) Bei einer mittelgradigen Intelligenzminderung (F71) spricht man von einem IQ von 35-49. Dies zeigt sich bereits durch Entwicklungsverzögerungen in der Kindheit. Dennoch sind auch diese Menschen dazu in der Lage ausreichende Kommunikationsfähigkeiten und eine Ausbildung zu erhalten. (Vgl. WHO, 2013) Diese Menschen können einen unterschiedlichen Grad an Unterstützung benötigen, um ihr Leben möglichst eigenständig zu gestalten. Bei einer schweren Intelligenzminderung (F72), mit einem IQ von 20-34, ist eine Betreuung rund um die Uhr notwendig. Diese Menschen benötigen in allen Lebensbereichen eine dauernde Unterstützung. Bei einer schwersten Intelligenzminderung (F73), IQ unter 20, ist besonders die eigenständige Kontrolle und Versorgung des Körpers beeinträchtigt. Die Menschen sind oft inkontinent und ihre Kommunikation wie auch Bewegung ist stark eingeschränkt. (Vgl. WHO, 2013) Des Weiteren gibt es noch andere Begrifflichkeiten für eine Intelligenzminderung in besonderem Maße. Zum einen spricht man von einer dissoziierten Intelligenz, in der Sprach- und Handlungskompetenz eine deutliche Diskrepanz aufzeigen. Sowie andere Intelligenzminderungen und nicht näher bezeichnete Intelligenzminderungen, die nur dann Verwendung finden wenn die vorliegenden Informationen nicht ausreichend oder wenn die Kategorisierung der Einschränkung nicht vorgenommen werden kann. (Vgl. WHO, 2013)

2.2.2 Menschen mit einer Hörschädigung

Mit dem Begriff der Hörschädigung werden unterschiedliche Zustände einer Schädigung des Gehörs bezeichnet. Es handelt sich hier um vollständig ertaubte also gehörlose Menschen, Menschen mit unterschiedlichen Graden der Schwerhörigkeit und CI-Träger, sogenannte Träger des Cochlea Implantats. Dies ermöglicht unter bestimmten Umständen wieder das Hören. Es liegen unterschiedliche Gründe vor, weshalb eine Hörschädigung vorliegt. Diese können pränatal oder postnatal erfolgt sein. Mit pränatalen Gründen sind z.B. Organschädigungen des Fötus gemeint. Der ICD10 der Weltgesundheitsorganisation

(WHO, 2016) klassifiziert folgende Gründe für eine Hörschädigung: Unter der Abkürzung H60-H62 sind Krankheiten des äußeren Ohres eingeordnet, H65-H75 bezeichnet Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes, H80-H83 meint Krankheiten des Innenohres und mit der Bezeichnung H90-H95 werden die sonstigen Krankheiten des Ohres bezeichnet. Unter postnatale Gründe fallen z.B. Meningitiserkrankungen infolge von Zeckenbissen oder auch Komplikationen bei Impfungen im Kindesalter. „Zu den häufigsten langfristigen Komplikationen gehört der sensorische Hörverlust. Betroffen sind 7-10% der Kinder und etwa 19%, wenn Streptococcus pneumoniae die Ursache der Meningitis ist.“ (Schmitt, 2004, S. 391)

2.2.3 Die Deutsche Gebärdensprache

Die Deutsche Gebärdensprache ist eine anerkannte Sprache seit dem Jahre 2002. Sie ist auf die Verständigung durch visuell-motorische Handbewegungen und Mimik ausgerichtet. Ebenso werden Begriffe, die keine eigene Gebärde haben, mithilfe des Fingeralphabets gesprochen. Jeder Buchstabe des Alphabets hat im Fingeralphabet eine besondere Form. Die Gebärdensprache ist weltweit unterschiedlich. In Deutschland existieren ebenfalls je nach Region unterschiedliche Dialekte. Die Deutsche Gebärdensprache unterscheidet sich auch in der Grammatik von der deutschen Lautsprache. In der deutschen Lautsprache werden Sätze nach der Reihenfolge Subjekt-Verb-Objekt gesprochen, in der Gebärdensprache gebärdet man das Subjekt-Objekt-Verb. Artikel, Akkusativ, Dativ und Hilfsverb sind in der Deutschen Gebärdensprache nicht zu finden. (Vgl. Fleming, 2014) Das Wort „taubstumm“ wird in heutiger Zeit leider immer noch verwendet, bezeichnet es doch, dass ein Mensch weder hören noch sprechen kann. Dies ist aber falsch und deshalb ist dieser Begriff auch völlig veraltet. Denn gehörlose Menschen können sehr wohl sprechen. Sie verwenden die Gebärdensprache und teilen sich so ihrer Außenwelt mit.

2.2.4 Die Gehörlosenkultur

Ebenso wie andere Länder und Regionen besitzen gehörlose Menschen auch eine eigene Kultur. „Sprache und Kultur sind untrennbar miteinander verwoben. Daher ist die Gehörlosenkultur ohne Gebärdensprache vollkommen unvorstellbar.“ (Goldschmidt, 2008) Die Kultur der Gehörlosen setzt sich durch unterschiedliche Aspekte zusammen. Der bedeutsamste Aspekt ist ihre Sprache, die Gebärdensprache. Weitere Aspekte ihrer Kultur sind Vereine in denen sich gehörlose Menschen treffen und austauschen können. Ebenso wird ihre Kultur auch in Poesie, Theater und Chor gelebt. Durch die Gehörlosigkeit unterscheiden sich auch die Bräuche, wie z.B. Applaus zu geben. Menschen ohne Gehör heben beide Arme in die Luft und wackeln mit ihren Händen um zu applaudieren. Ebenso gibt es auch beim Essen verschiedene Bräuche. Hier wünscht man sich beispielsweise nicht „Guten Appetit“, sondern klopft mit den Fingerknöcheln auf den Tisch. (Vgl. Goldschmidt, 2008)

2.3 Sterbebegleitung

Eine Sterbebegleitung erfolgt immer individuell. Jeder Sterbende hat unterschiedliche Bedürfnisse. Jedoch gibt es Besonderheiten in der Begleitung von geistig behinderten Menschen, ebenso auch von Menschen mit einer Hörschädigung. Diese Begleitung erfordert von den Einrichtungen und dem Personal unterschiedliche Kompetenzen.

2.3.1 Sterbebegleitung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Grundsätzlich ist zu sagen, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht anders sterben als Menschen ohne eine Behinderung. Letztendlich sind das Verstehen des eigenen Sterbens und die Ausdrucksmöglichkeiten, wie teilweise schon zu Lebtagen, im Gegensatz zu einem Menschen ohne eine geistige Behinderung unterschiedlich. (Vgl. Woodgate-Bruhin, 2014) Die Wahrnehmung des Sterbens oder des Beginn des Sterbeprozesses orientiert sich am Grad der Behinderung. „Je nach Schwere und Grad einer geistigen Behinderung kann der Prozess der Erkenntnis verringert oder eingeschränkt sein. Zudem ist es möglich, dass die Erkenntnis erst mit ausgeprägter Symptomatik eintritt.“ (Woodgate-Bruhin, 2014, S.42)

Da bei Menschen mit geistigen Behinderungen primär zunächst von einer besseren Kommunikation ausgegangen werden kann, als bei hörgeschädigten Menschen, ist es wichtig mit dem Betroffenen das Thema Sterben, Tod und Trauer, wenn vom Betreuenden gewollt, zu verbalisieren. „Möchten Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen über die Themen Sterben, Tod und Trauer sprechen, dann ist es sehr wichtig, dass eine einfache Sprache angewandt wird.“ (Tomic-Martini, 2015, S.44) Um einen Sterbeprozess adäquat begleiten zu können, sollte im Vorhinein Biographiearbeit stattfinden. Nur so können die Menschen, die den Sterbeprozess eines Menschen mit Behinderung begleiten, über die Bedürfnisse, Wünsche und Besonderheiten des Sterbenden Bescheid wissen und angemessen auf diese eingehen. Dazu ist es wichtig auch Gespräche mit Angehörigen und Freunden zu suchen, um Besonderheiten des Lebens des Bewohners zu dokumentieren. Jeder Mensch mit Behinderung kann sich unterschiedlich mitteilen. Einige können sich normal verbal artikulieren und so ihre Bedürfnisse und Wünsche äußern, andere können dies nur erschwert oder gar nicht. Die Kommunikation kann zu Lebzeiten angemessen gewesen sein, in den letzten Lebenstagen wird diese immer mehr abnehmen. Nur durch vorherige Biographiearbeit mit Hilfe des Patienten selbst oder seines Umfeldes kann dazu beigetragen werden, dass der Sterbeprozess desjenigen nach seinen Wünschen und Bedürfnissen gestaltet werden kann (Vgl. Haveman & Stöppler, 2004).

2.3.2 Sterbebegleitung bei Menschen mit einer Hörschädigung

Zunächst ist zu sagen, dass Menschen mit einer Hörschädigung rein biologisch nicht anders sterben als andere Menschen. Dennoch liegt bei ihnen eine Besonderheit in der Begleitung, allein schon aufgrund ihrer eigenen Art zu kommunizieren. Gehörlose Menschen kommunizieren in erster Linie über die Deutsche Gebärdensprache (DGS). Bei der älteren Generation gehörloser Menschen kann dies durchaus anders aussehen, da „(...) die jetzige ältere Generation eher weniger die Deutsche Gebärdensprache (DGS), wie sie heute ge-

lehrt wird, verwendet.“ (Lamp, 2010, S.149) Im Rahmen der Wohneinrichtungen für Menschen mit geistigen und/ oder körperlichen Behinderungen und Hörschädigung kann es durchaus vorkommen, dass diese Menschen selbst nur minimal bis gar nicht gebärden und auch nur wenige Gebärden verstehen. Dies erschwert die Kommunikation. In der Arbeit mit Gehörlosen Menschen ist es bei einer visuellen Kommunikation mit Hilfe von Mimik und Gestik, wie die Deutsche Gebärdensprache, erforderlich genügend Zeit in den Dialog einzuplanen. (Vgl. Lamp, 2010) Mit Zunahme des Alters und des Sterbeprozesses kann die Gebärdenkompetenz vollständig verloren gehen und so haben die Mitarbeiter die Aufgabe andere Kommunikationsformen zu verwenden, z.B. nonverbale Kommunikation, Visualisierung usw. „Die Hände können diese Gedanken nicht mehr in bekannte Bilder übersetzen. Und wenn dann auch die Bewegungen nicht mehr kontrolliert vollzogen werden, ist von der Gebärde nur noch eine unwesentliche Geste geblieben.“ (Lamp, 2010, S.149) Hier ist es dann insbesondere wichtig, wie im thanatopädagogischen Bereich bei unheilbar erkrankten Kindern und Jugendlichen, eine Kommunikationsform zu finden die über andere Sinne geht. „Durch biografieorientiertes Arbeiten sowie primär visuell, offfaktorisch und taktil orientierte Angebote (z.B. Aromatherapie, Massagen, Einreibungen) können Mitarbeiter wie Angehörige noch einen recht guten Zugang zu den Senioren finden.“ (Lamp, 2010, S.150)

2.3.3 Anforderungen an Einrichtungen von Menschen mit einer Behinderung

Nicht jede Einrichtung geht mit dem Thema der Sterbebegleitung im stationären Kontext gleich um. Einige Einrichtungen haben das Ziel ihre Bewohner bis zum Ende ihres Lebens in der Einrichtung zu behalten. Dafür werden auch die Mitarbeiter spezifisch ausgebildet und geschult. Andere Einrichtungen setzen sich und ihren Mitarbeiter eine Grenze, legen fest bis zu welchem Zeitpunkt eine kompetente Versorgung gewährleistet sein kann und ab wann ein Umzug in eine spezielle Einrichtung, wie z.B. ein Hospiz oder Pflegeheim, von Nöten ist. Die Problematik einer nicht adäquaten Versorgung eines Klienten ist auch in der internationalen Literatur dargelegt. Auch hier wurden bereits Probleme, insbesondere die Versorgung des Klienten betreffend, erkannt.

Um eine Sterbebegleitung innerhalb einer Einrichtung für Menschen mit einer Behinderung und Hörschädigung durchführen zu können, stellt der Prozess des Sterbens unterschiedliche Anforderungen an das Personal im Rahmen der Thanatopädagogik. Im Rahmen der Literatur erfolgt eine Orientierung an den in ihrem Konzept festgelegten Aufgaben für Mitarbeiter der Dr. Ulrich Lange Stiftung (2004) und nach Literatur von Tomic-Martini (2015). Zu kategorisieren lassen sich die Anforderungen nun in die Bereiche der Pflege, Kommunikation, Netzwerkarbeit mit Angehörigen und anderen Professionen, der psychosozialen Begleitung des Sterbenden und den persönlichen Ressourcen der Mitarbeiter. Der Aspekt der Kommunikation findet hier eine besondere Bedeutung, da es sich um gehörlose Menschen handelt. In Bezug auf die *Pflege* liegt folgendes Problem, nämlich dass „Mitarbeiter mit pädagogischer Ausbildung oft überfordert sind, wenn ein Klient im Sterben liegt, da sie während ihrer Ausbildung nicht gelernt haben, wie die Pflege eines Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen der im Sterben liegt, aussieht.“ (Tomic-Martini, 2015, S.37) Hier gilt es eine Zusammenarbeit mit zuständigen Krankenhäusern, Pflegediensten und Hospizen zu entwickeln. (Vgl. Tomic-Martini, 2015) Ggf. kann hier

auch schon die eine oder andere Berufsgruppe aus einem Wohnheim des gleichen Trägers wertvolle Tipps geben, auch die medizinische Diagnose betreffend. „Issues with care pathways, particularly with the diagnosis and treatment of illness“ ist laut Heslop et al. (2013, S.82) ein identifiziertes Problem, welches ebenfalls aufgrund von fehlendem Fachwissen häufig vorkommt. In der palliativen Begleitung liegt ein besonderer Wert auf der *Kommunikation*. Eine optimale Symptomkontrolle sollte gewährleistet sein. Die Mitarbeiter müssen „Werkzeug“ an der Hand haben, um auch bei einem Menschen mit geistiger Behinderung feststellen zu können, ob dieser Schmerzen hat, um entsprechend schmerztherapeutisch behandeln zu können. Dazu gibt es unter anderem Schmerzskalen, die anstatt Zahlen Gesichter aufgemalt haben. Diese lassen sich aufgrund ihrer Visualisierung auch gut für Menschen mit einer Hörschädigung einsetzen. Hier kann man unterstützend z.B. das einzelne Wort „Schmerz“ gebärden. Laut Heslop et al. (2013, S.82) stellt die Erkennung und Befriedigung von Bedürfnissen eine weitere Problematik dar „problems with recognising needs and adjusting care as needs change.“ Die *Netzwerkarbeit* ist auch eine Grundvoraussetzung für eine gute Begleitung eines Sterbenden. Hier gilt es mit Ärzten auf der medizinisch-pflegerischen Ebene zu kommunizieren, aber auch mit den Angehörigen und gesetzlichen Betreuern. „Der Einbezug der Angehörigen ist sehr wichtig, da oft vergessen geht, dass die Angehörigen mehr leiden als die betroffene Person selbst.“ (Tomic-Martini, 2015, S.49) Weitere wichtige Aspekte sind die *psychosoziale Begleitung* des Sterbenden und auch die *persönlichen Ressourcen der Mitarbeiter*. In Bezug auf den Sterbenden geht es in erster Linie darum, ihm auch im Sterbeprozess so viel Selbstbestimmung wie möglich zu gewährleisten. Des Weiteren ist es wichtig, über die Biographie des Klienten Bescheid zu wissen. Dies setzt eine ausführliche Biographiearbeit voraus. Des Weiteren ist es wichtig auch bei Menschen mit Geistigen Beeinträchtigungen ehrlich im Umgang mit dem gesundheitlichen Zustand zu sein. Auf den Wunsch von Spiritualität sollte eingegangen werden. (Vgl. Dr. Ulrich-Lange-Stiftung, 2004) Mit den persönlichen Ressourcen von Mitarbeitern sind insbesondere die Selbstfürsorge, der Austausch und das Auffangen gemeint. Was benötigen die Mitarbeiter während eines Sterbeprozesses den sie begleiten? Was benötigen sie nach dem Tod eines Bewohners? Hier gilt es genügend Raum für den Austausch zu geben und sich gegenseitig oder mit Hilfe von außen zu stützen.

2.4 Thanatopädagogische Kompetenzen

In der Arbeit mit Menschen sprechen wir von Pädagogik. Primär in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, jedoch auch mit Gruppen erwachsener Menschen arbeiten wir pädagogisch. Die Thanatopädagogik befasst sich mit der pädagogischen Arbeit rund um das Sterben.

2.4.1 Thanatopädagogik – Was ist das?

Mit der Thanatologie (aus dem griechischen Thanatos – der Tod) ist die Wissenschaft des Todes bezeichnet. (Vgl. Feldmann, 2010) Die Thanatopädagogik bezeichnet insbesondere die Schnittstelle von Pädagogik, Medizin und Thanatologie. Sie ist primär auf die pädagogische Begleitung lebensverkürzt erkrankter Kinder bezogen. Die Schmerztherapie findet

eine besondere Berücksichtigung in ihr. Die Thanatopädagogik fokussiert sich nicht ausschließlich auf den Patienten, sondern auch auf dessen Umfeld – auf sein System. Sie unterstützt jegliche Menschen, die auf verschiedenste Art und Weise mit thanatalen Aspekten in Kontakt stehen. (Vgl. Schwarzenberg, 2013) Da in der Arbeit mit Menschen, unabhängig davon welches Alter sie haben, immer in einer bewussten oder unbewussten pädagogischen Art und Weise gehandelt wird und auch in der Sterbebegleitung von beispielsweise erwachsenen Menschen mit Behinderung Medizin und Thanatologie eine gleichsam wichtige Rolle spielen, lässt sich der Begriff der Thanatopädagogik auch auf diese Gruppen übertragen.

2.4.2 Das Aufgabenfeld der Thanatopädagogik

Die Literatur begrenzt das Aufgabenfeld der Thanatopädagogik primär auf die pädagogische Begleitung lebensverkürzt erkrankter Kinder. Jedoch unterstützt sie, wie in ihrer Definition bereits beschrieben, jegliche Menschen, die mit thanatalen Aspekten, also mit dem Tod oder Sterben in Kontakt stehen. Die thanatopädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen greift die Pflege als besondere Form auf. Aufgrund der Erkrankung sind die Kinder und Jugendlichen in unterschiedlichem Maße pflegebedürftig. Die Pflege von Sterbenden umfasst allerdings nicht nur die Devise „satt, sauber, trocken“. Vielmehr geht es um Erfahrung und Wahrnehmung. Aufgrund dessen findet beispielsweise die Basale Stimulation eine besondere Bedeutung. „Das Wort „Basal“ bedeutet hier Basis der körperlichen Wahrnehmung.“ (Conte, 2004, S.4) Gemeint ist die Körperwahrnehmung, primär über die Haut. „Stimulation meint ein eindeutiges Angebot mit einfachsten, für den Betroffenen verständlichen Mitteln.“ (Conte, 2004, S.4) Dies kann durch unterschiedliche Techniken von Berührung bei der morgendlichen Waschung passieren. Ziel ist es die Wahrnehmung des Körpers zu fördern, seinen Bewegungsapparat in Gang zu halten und seine Kommunikation und Wohlbefinden zu fördern. Im Mittelpunkt steht im jeden Fall der Patient. (Vgl. Conte, 2004) Diese Form der Waschung lässt sich nicht nur bei Kindern anwenden. Sie ist eine beliebte Technik zur Förderung der Wahrnehmung bei Sterbenden jeden Alters. Da die Basale Stimulation die Körperwahrnehmung im Fokus hat, kann sie insbesondere für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen, wie z.B. Hörgeschädigte Menschen, eine Wohltat sein. Ihnen wird die Möglichkeit gegeben Signale und Berührungen in ihrem gestörten Körpergefühl zu genießen und sich selbst wieder zu spüren.

2.4.3 Die Schwerpunkte in der thanatopädagogischen Begleitung Hörgeschädigter Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung

Die Thanatopädagogik beschreibt, wie oben bereits beschrieben, den Schnittpunkt zwischen Thanatologie, Pädagogik und Medizin. Sie unterstützt jegliche Menschen die mit thanatalen Aspekten in Kontakt stehen (Vgl. Schwarzenberg, 2013). Ebenfalls beschreibt die Literatur unterschiedliche Aufgabenfelder, die insbesondere bei der Sterbebegleitung von Menschen mit geistiger Behinderung von Bedeutung sind. Diese umfassen laut der Dr. Ulrich-Lange-Stiftung (2004) und Tomic-Martini (2015) folgende thanatopädagogische Schwerpunkte: Pflege des Sterbenden, Netzwerkarbeit mit Angehörigen, Betreuern und Ärzten, die psychosoziale Begleitung des Sterbenden und den persönlichen Ressourcen

der Mitarbeiter, welche einen Menschen mit geistiger Behinderung im Sterbeprozess begleiten. Einen besonderen Schwerpunkt in der Begleitung von hörgeschädigten Menschen bildet die Kommunikation. Die Kommunikation mit hörenden Menschen im Sterbeprozess kann bereits eine Herausforderung darstellen, wenn die Kommunikation auf geistiger und körperlicher Ebene bereits aufgrund von Erkrankungssymptomen eingeschränkt ist. Hörgeschädigte Menschen teilen sich primär durch die Gebärdensprache mit. Das bedeutet sie kommunizieren durch Handbewegungen und Mimik und Gestik. In einem Sterbeprozess können genau diese Bewegungen stark eingeschränkt sein, z.B. Schmerz, Muskelabbau aufgrund von Bettlägerigkeit. Menschen mit einer geistigen Behinderung und Hörschädigung gebärden teilweise nicht. Sie teilen sich durch Mimik und Gestik mit. Teilweise ist aber ihr Behinderungsgrad so hoch, dass ihre eigene Einschätzung von Bedürfnissen und Wünschen nicht adäquat nachgegangen wird. An dieser Stelle sind Beobachtungen von begleitenden Mitarbeitern sehr wichtig. Ebenfalls lässt sich eine Kommunikation durch Hilfsmittel erlangen. Mithilfe von Visualisierungen und Piktogrammen, durch non-verbale Kommunikation und alternativen Kommunikationsmitteln wie Computer oder Tablets kann eine Kommunikation zwischen Menschen deren geistige Fähigkeit wie auch Sinne beeinträchtigt sind herstellen. In der thanatopädagogischen Begleitung von hörgeschädigten Menschen mit geistiger und/ oder körperlicher Beeinträchtigung ist die Pflege auch ein wichtiger Punkt. Die meisten Menschen werden im Laufe ihres Sterbeprozesses pflegebedürftig. Zu Anfang kann dies noch von einer Begleitung bzw. Anleitung gesichert sein, jedoch muss die Pflege, je nach Fortschreiten der Sterbens, vollständig übernommen werden. Für Einrichtungen von hörgeschädigten Menschen mit geistiger und/ oder körperlicher Behinderung bedeutet das, dass sich alle Mitarbeiter in diesem Bereich fortbilden sollten, um die Betreuung des Sterbenden zu gewährleisten. „Mitarbeiter mit pädagogischer Ausbildung oft überfordert sind, wenn ein Klient im Sterben liegt, da sie während ihrer Ausbildung nicht gelernt haben, wie die Pflege eines Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen der im Sterben liegt, aussieht.“ (Tomic-Martini, 2015, S.37) Hier gilt es eine Zusammenarbeit mit zuständigen Krankenhäusern, Pflegediensten und Hospizen zu entwickeln. (Vgl. Tomic-Martini, 2015) Wenn ein Mensch stirbt betrifft dies nicht nur ihn selbst sondern auch sein Umfeld, sein Netzwerk. Dieses gilt von Mitarbeiter miteinbezogen zu werden. Die medizinische Arbeit und Kommunikation mit Ärzten und Krankenhäusern gilt es sicherzustellen. Angehörige und gesetzliche Betreuer sollten, wenn erwünscht, in den Sterbeprozess involviert werden. Regelmäßige Gespräche und Austausch sind von hoher Bedeutung. Die psychosoziale Begleitung eines Sterbenden umfasst dessen Bedürfnisse und Wünsche. Hier sind Aspekte wie Selbstbestimmung und Biographiearbeit ein „muss“. Spiritualität zu leben, sofern erwünscht, und auch einen ehrlichen Umgang mit dem Erkrankten zu pflegen, sofern möglich, spielen eine große Rolle in der psychosozialen Begleitung. Abschließend sind auch die persönlichen Ressourcen der Mitarbeiter, die einen Sterbenden begleiten, von hoher Bedeutung. Nur körperlich wie seelisch gesunde Menschen können eine Sterbebegleitung vollziehen ohne selbst an die eigenen Grenzen zu gelangen. Selbstfürsorge, Gespräche und Austausch unter den Mitarbeitern, externe Hilfen von außen wie Supervision sind Möglichkeiten den Belastungen Herr zu werden.

Zusammenfassung

1. Sterben und Tod haben innerhalb der letzten Jahrzehnte verändert. Das Sterben wurde institutionalisiert. Durch die Entstehung von Hospizen und Palliativstationen wurde ein Ort für Sterbende und ihre Angehörigen geschaffen.
2. Der Begriff geistige Behinderung umfasst das Feld der Intelligenzminderung, die nach dem ICD10 unterschiedliche Grade erhalten kann.
3. Die Hörschädigung kann unterschiedliche Ursachen und Ausmaße haben. Sie reicht von einer Schwerhörigkeit zur vollständigen Ertaubung. Gehörlose Menschen haben eine eigene Sprache, die vollwertig anerkannte Gebärdensprache. Ebenfalls leben sie kulturelle gehörlosentypische Werte.
4. Sterbebegleitung bei Menschen mit Beeinträchtigungen unterschiedlicher Ausmaße und Bereiche gestaltet sich in ihrem Umgang anders als die von Menschen ohne Beeinträchtigung.
5. Sterben stellt unterschiedliche Herausforderungen an Einrichtungen der Behindertenhilfe. Aspekte im Bereich der Kommunikation, Persönliche Ressourcen, Pflege, Psychosoziale Aspekte und Netzwerkarbeit sind Anforderungen an die Mitarbeiter.
6. Die Thanatopädagogik bezeichnet den Schnittpunkt zwischen Pädagogik, Medizin und Thanatologie, der Wissenschaft des Todes. Sie ist primär in der Arbeit mit lebensverkürzt erkrankten Kindern und Jugendlichen zu finden, lässt sich aber auch auf andere Bereiche übertragen.

3 Die Untersuchungsmethodik

Unter der Untersuchungsmethodik sind unterschiedliche Aspekte der Forschung zu berücksichtigen. Hier wären die Untersuchungsart, das Design und die Strategie. Ebenfalls ist die Population zu berücksichtigen. Ebenso auch das Verfahren, wie die Forschung praktisch vollzogen wurde. Das Untersuchungsinstrument und die Auswahl der Zielgruppe folgen. Es erfolgt keine Forschung ohne Gütekriterien. Sie garantieren eine einwandfreie Forschung, die stetig unter denselben Bedingungen dieselben Ergebnisse bringen würde. Ebenfalls wird auch die Analysemethode für die erfassten Daten dargelegt und ethische Überlegungen angestellt.

3.1 Die Art der Untersuchung

Es handelte sich um eine *praxisorientierte* Forschung. Sie dient der Verbesserung der praktischen Arbeit. „(...)practice-oriented research is meant to provide knowledge and information that can contribute to a successful *intervention* in order to change an existing situation“ (Verschuren & Doorewaard, 2010, S.45). Ihre Aufgabe war es einen Kompetenzstand zu erfassen. Anschließend wurden Empfehlungen entwickelt um eine Optimierung der Kompetenzen zu erlangen.

3.2 Die Untersuchungsstrategie und –design

Da die Forschungsfrage einen Ist-Zustand, also eine Momentaufnahme, erfassen soll und daraus resultierend Maßnahmen von der Organisation getroffen werden müssen, war die gewählte Untersuchungsstrategie eine *Querschnittuntersuchung*. (Vgl. Schaffer, 2009) Die Mitarbeiter wurden über ihre Kompetenzen im Bereich der Sterbebegleitung befragt. Diese Befragung war empirisch, da es sich um eine Befragung von Mitarbeitern der Karl-Luhmann Heime handelte und ihre bisherigen Kompetenzen, ihr soziales Handeln bei einer Sterbebegleitung, abgefragt werden sollte. „Gegenstand empirischer Sozialforschung ist soziales Handeln.“ (Schaffer, 2009, S.27). Die Befragung wurde durch einen *quantitativen teilstandardisierten* Fragebogen vorgenommen. Am Ergebnis der Befragung wurde der Optimierungsbedarf festgestellt. Für diese Forschung war das Forschungsdesign eine *Feldforschung*. Da es sich um eine Befragung zu den Kompetenzen einer Sterbebegleitung im beruflichen Kontext handelte, wurden die Mitarbeiter der Einrichtung in ihrer natürlichen Arbeitsumgebung befragt. „Unter Feldforschung versteht man solche Studien, bei denen die Untersuchten während der Studie nicht aus ihrer natürlichen Umgebung herausgelöst sind, das heißt die untersuchte Gruppe wird in ihrer natürlichen Lebens-Umgebung beforscht.“ (Schaffer, 2009, S.70) Die Objektivität bei einer solchen Befragung in dieser Form war anhand des an der Literatur orientierten erstellten Fragebogens ge-

währleistet. Auch dass es sich dabei um eine anonyme Befragung handelte garantiert einen ausgefüllten Fragebogen ohne Beeinflussung durch den Forscher.

3.3 Population

Die Population umfasst die Grundgesamtheit der zu befragenden Personen. Es handelte sich dabei um die Mitarbeiter der Teams der Wohnheime Haus 2, 5, 8 und der Bodelschwingstraße. Es wurden Fachkräfte, Mitarbeiter mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung oder Studium und Nicht-Fachkräfte, Mitarbeiter mit einer höchstens zweijährigen Berufsausbildung befragt. Ausgenommen aus dieser Befragung wurden Praktikanten und FSJler, somit jeder der nicht hauptamtlich beim Träger angestellt ist. Jeder der befragten Mitarbeiter arbeitet im Kontakt mit den Klienten. Mit einer Gesamtanzahl von 62 Mitarbeitern ist eine Vollerhebung erfolgt. Eine Stichprobe entfiel bei dieser Grundgesamtheit.

3.4 Verfahren

Die befragten Mitarbeiter und zuständigen Gruppenleiter wurden einen Tag vor der Verteilung der Fragebögen in einer Rundemail informiert. In dieser wurden das Anliegen und die Thematik der Befragung dargelegt, ebenso auch die Frist bis wann die Ausfüllung der Fragebögen erledigt sein müsse. Diese war auf zwei Wochen ausgerichtet. Die Fragebögen wurden am 18.04.2016 und 19.04.2016 im Papierformat an die jeweiligen Wohnheime übergeben. Nach einer Woche wurde eine Erinnerung in einer Email an die Gruppen geschrieben, so auch einige Tage vor Ablauf der Frist. Am 3.05.2016 war dann ein Großteil von ausgefüllten Fragebögen zurückgekommen. Insgesamt 38 von 62 Fragebögen.

3.5 Das Untersuchungsinstrument

Die Vorgehensweise bei dieser Forschung ist empirisch, da soziales Handeln abgefragt wurde. „Gegenstand empirischer Sozialforschung ist soziales Handeln.“ (Schaffer, 2009, S.27). Sie ist deduktiv gestaltet, da bereits ein theoretischer Rahmen vorhanden war an dem die Realität geprüft wurde. (Vgl. Schaffer, 2009) Die Untersuchung erfolgte im Rahmen einer quantitativen Befragung mit Hilfe eines teilstandardisierten Fragebogens. Die Vollerhebung von 62 Mitarbeitern als große Menge wurde so erfasst. Das Untersuchungsdesign stellte eine Momentaufnahme, demnach eine Querschnittsuntersuchung, dar. Es wurde ein Fragebogen zu Forschung gewählt, da bereits Wissen über das gewählte Thema vorliegt. Dieser Fragebogen ist teilstandardisiert aufgebaut. Er ist überwiegend mit geschlossenen Fragen und Skalen ausgestattet, gibt aber die Möglichkeit eigene Aspekte in offenen Fragen darzulegen.

3.5.1 Der Fragebogen

Der Fragebogen (siehe Anlage II) ist in einer teilstandardisierten Form aufgebaut. Er enthält einen Abschnitt in dem soziodemographische Daten, wie das Geschlecht, Alter und

die Qualifizierung abgefragt werden. Die Befragungsbereiche wurden kategorisiert. Anhand der Literaturgrundlage wurden fünf Kategorien erstellt, die hinsichtlich einer Sterbebegleitung von Bedeutung sind. Innerhalb dieser Kategorien wurden unterschiedliche Frageformen dargestellt. Dazu gehörten offene Fragen, Skalierungsfragen wie auch geschlossene Fragen.

3.6 Die Auswahl der Zielgruppe

Die Zielgruppe der Forschung waren die Mitarbeiter der Einrichtungen für hörgeschädigte Menschen mit geistigen und/ oder körperlichen Behinderungen der Karl Luhmann Heime, der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück. Es handelte sich um vier von sechs Häusern des Bezirkes Osnabrück – Ost. Diese vier Wohnheime wurden ausgewählt, da es sich bei den Bewohnern um lebensältere Klienten handelt. Ein Großteil ist bereits im Rentenalter. Aus rein biologischen Aspekten könnten diese Häuser am ehesten von Sterbebegleitung betroffen sein. Es wurden insgesamt 62 Mitarbeiter befragt, davon beantworteten 38 Mitarbeiter den teilstandardisierten Fragebogen.

3.7 Die Gütekriterien

Eine empirische Forschung sollte echt und ohne doppelten Boden erfolgen. Dazu benötigt es Gütekriterien, die dieses garantieren, damit Ergebnisse nicht verfälscht und die ganze Forschung eines Betruges gleichkommt. Die nun folgenden Gütekriterien treffen auf die oben bereits formulierte Forschungsfrage zu: Zunächst geht es um die *Validität*, die „Gültigkeit“. Es bedeutet, dass ein Messinstrument auch das misst, was es zu messen gilt.“ (Schaffer, 2009, S.38) In dieser Forschung wird auch diese Gültigkeit beibehalten. Dies erfolgte durch die Anwendung eines quantitativen Fragebogens von Menschen, die nicht selbst an dieser Forschung beteiligt sind. Die Anonymität der Mitarbeiter plädierte für eine ehrliche Beantwortung der Fragen ohne persönlichen Nachteil. Durch eine gute Dokumentation der einzelnen Forschungsschritte würde eine „Messung unter denselben Bedingungen auch zu denselben Messergebnissen führen.“ (Schaffer, 2009, S.38) Auch wenn diese Forschung nur von einer Person durchgeführt wurde, hat diese darauf geachtet, dass alle Aktionen schriftlich dokumentiert wurden, damit diese jederzeit andersorts wiederholbar sind. Damit ist die *Reliabilität* gewährleistet. Ebenso ist auch die *Objektivität* der Forschung gewährleistet, da es sich um einen anonymen schriftlichen Fragebogen handelte, den die Befragten für sich allein ausfüllten. Ebenso waren die Fragen objektiv formuliert und an der Theorie orientiert. „Die Objektivität von Messverfahren und Fragen ist weitgehend gewährleistet, wenn die Wahl der Messenden, InterviewerInnen, PrüferInnen keinen Einfluss auf die Ergebnisse hat.“ (Ebermann, 2010)

3.8 Die Analysemethode für die erfassten Daten

Die *Nominalskalen* innerhalb des Fragebogens finden sich bei den Fragen mit Ja und Nein Antwortmöglichkeiten, oder wo zwei Antwortmöglichkeiten zu sehen sind. Dies ist z.B. bei der Frage, ob es sich um eine Fachkraft oder Nichtfachkraft handelt der Fall. Die Antwortmöglichkeiten sind hier distinkt, also deutlich verschieden. (Vgl. Schaffer, 2009). Die

Auswertung erfolgte hier auf einem rein beschreibenden Niveau, lediglich die prozentualen Anteile wurden mit Hilfe von Diagrammen dargestellt. Es wurde also ausgezählt, wie viele Befragte z.B. eine Fachkraft sind. Ebenso wurden auch die Ja/Nein Fragen ausgezählt. „Auf Nominalniveau bewegen sich die statistischen Aussagen auf rein beschreibenden Niveau, also zum Beispiel wie viele und welche Deliktarten sind in der Stichprobe angegeben worden.“ (Schaffer, 2009, S.177). Es befindet sich ebenfalls eine *Ordinalskala* im Fragebogen. Diese erfragte den Grad der Deutschen Gebärdensprache der Mitarbeiter. Da es sich dabei nur um eine Frage handelt, wurde diese ebenfalls ausgezählt und beschreibend ausgewertet. Die bildliche Darstellung erfolgte hier ebenfalls über ein Diagramm. Bei den *Intervallskalen* handelte es sich um jegliche Endpunktskalen im Fragebogen. Die Befragten hatten die Möglichkeit ihre Antwort von Positiv (1) bis ins totale Negative (5) zu platzieren. Diese Skala enthält keinen Nullpunkt. (Vgl. Schaffer, 2009) Die Auswertung erfolgte durch die Berechnung des Mittelwertes. „Jeder einzelne Messwert wird addiert und durch die Zahl der Fälle dividiert.“ (Schaffer, 2009, S. 182). Ebenso wurde auch die Standardabweichung berechnet. „Mit der Standardabweichung (...) wird die mittlere Abweichung aller Messwerte vom Mittelwert beschrieben.“ (Schaffer, 2009, S.183). Die Darstellung erfolgte hier in Tabellenform. Die *offenen Fragen* wurden induktiv im Nachhinein kategorisiert. Je nach Häufigkeit der Antworten bildeten diese eine eigene Kategorie. Einzelne Antworten wurden einzeln genannt. Die kategorisierten Antworten wurden ebenfalls beschreibend ausgewertet bzw. ausgezählt. Eine bildliche Darstellung wurde mit Hilfe von Säulendiagrammen erstellt.

3.9 Ethische Überlegungen

Das Thema der thanatopädagogischen Kompetenzen ist durch seinen Inhalt sehr sensibel. Die Mitarbeiter mussten sich ohne inhaltliche Vorbereitung mit Fragen zu ihrer Person und zum Umgang mit den Klienten in einer belastbaren Situation äußern, wie sie nicht täglich vorkommt. Aus dieser Anforderung resultierten vermutlich die Lücken bei den offenen Fragen und auch manch geschlossener Frage. Insgesamt zeichnet sich jedoch ein sehr gutes Bild ab, welches einen Eindruck in die Erfahrungen und Kompetenzen der Mitarbeiter bringen lässt.

Zusammenfassung

1. Es handelt sich um eine praxisorientierte Untersuchungsart.
2. Die Untersuchungsstrategie ist eine Querschnittsuntersuchung. Das Untersuchungsdesign ist eine Feldforschung.
3. Die Population umfasst 62 Mitarbeiter von vier Wohnheimen.
4. Die Forschung ist empirisch und deduktiv. Es liegt ein teilstandardisierter Fragebogen vor.
5. Es wurden vier Wohnheime gewählt in denen insgesamt 62 Mitarbeiter befragt werden. In diesen Wohnheimen leben überwiegend lebensältere Menschen.
6. Die Gütekriterien Validität, Reliabilität wie auch Objektivität sind gewährleistet.
7. Die Auswertung erfolgte anhand unterschiedlicher Frageformen innerhalb des Fragebogens.
8. Eine Sterbebegleitung gehört nicht zum täglichen Alltag von Mitarbeitern in stationären Wohnformen von Menschen mit Behinderung. Somit stellt sie ein sensibles Thema dar.

4 Die Auswertung der Ergebnisse

Hier folgt nun die Auswertung der Ergebnisse der Befragung zum Thema „Thanatopädaogische Kompetenzen“ (Gesamtauswertung siehe Anlage I). Es werden alle Ergebnisse dieser Befragung aufgeteilt nach den Kategorien des Fragebogens visuell wie auch schriftlich dargelegt. Insgesamt wurden 62 Mitarbeiter, darunter Fachkräfte und Nicht-Fachkräfte, durch einen in ausgedruckter Papierform erstellten teilstandardisierten Fragebogen befragt. Am Tag der Verteilung der Fragebögen in den jeweiligen Wohnheimen wurde eine Email zur Aufklärung verfasst.

In ihr stand der Grund der Befragung, wer davon betroffen sein wird und wann die späteste Abgabe erfolgt. Es wurden zwei Wochen Zeit für die Ausfüllung der Fragebögen gegeben. Nach einer Woche und jeweils in den letzten Tagen folgten weitere Erinnerungsmails an die Häuser mit der Bitte um genügend Rücklauf. Der erwartete Rücklauf von 80%, also nunmehr knapp 50 ausgefüllten Fragebögen, wurde nicht erreicht. Insgesamt kamen 38 ausgefüllte Fragebögen von 62 zurück. Somit beträgt der tatsächliche Rücklauf 61,3%.

Die Fragebögen wurden mehrmals ausgewertet. Zunächst manuell durch einfaches auszählen der gemachten Angaben. Im zweiten Anlauf, der unter anderem dazu diente etwaige Fehler in der manuellen Auswertung zu erkennen, wurde die Auszählung mit Hilfe eines Softwareprogramms „Umfrage-Online“ vorgenommen. In dieses Programm wurden die ausgefüllten Fragebögen eingepflegt, die Auswertung erfolgte durch die Software. Da für die Beantwortung der Forschungsfrage, wie auch der Teilfragen, alle im Fragebogen gestellten Fragen von Nöten sind, werden sie hier anhand der Kategorien des Fragebogens (Kommunikation, Persönliche Ressourcen, Pflege, Psychosozial, Netzwerkarbeit) dargestellt. Dies dient auch zur besseren Übersicht und einer erleichterten Beantwortung der Forschungshaupt- und Teilfragen.

4.1 Die Resultate und Darstellung der „soziodemografischen Daten“

Geschlecht der Teilnehmer:



Insgesamt haben 38 Mitarbeiter die Fragebögen ausgefüllt. 34 Mitarbeiter waren weiblichen Geschlechts, dies macht einen prozentualen Anteil von 89% aus. Drei Mitarbeiter waren männlich und machten somit einen Anteil von 8% Prozent aus. Eine Person machte keine Angabe zu seinem Geschlecht. Diese hat einen Gesamtanteil von 3%.

Abbildung 1 Geschlecht der Teilnehmer

Alter der Teilnehmer:

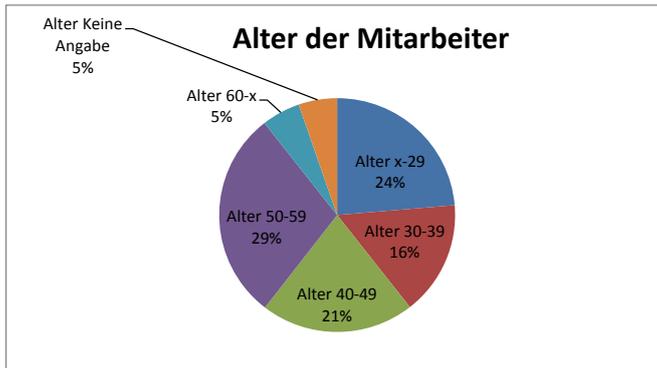


Abbildung 2 Alter der Mitarbeiter

Der Altersanteil der bis 29 Jährigen bekam mit 9 Befragten einen 24%igen Anteil. Den größten Anteil mit 29% machten die 50-59 Jährigen aus. Hier füllten 11 Befragte den Fragebogen aus.

Insgesamt haben 36 Mitarbeiter von 38 ausgefüllten Fragebögen ihr Alter angegeben. Zwei machten keine Angabe. Dies betrug in der Gesamtmasse 5%. Ebenfalls 5% erreichten zwei Mitarbeiter mit dem Alter 60+. Sechs Mitarbeiter im Alter von 30-39 Jahren machten einen Anteil von 16% aus. Die 40-49 Jährigen, insgesamt acht Mitarbeiter, erhielten einen prozentualen Anteil von 21%.

Qualifizierung der Mitarbeiter (Fachkraft oder Nicht-Fachkraft):

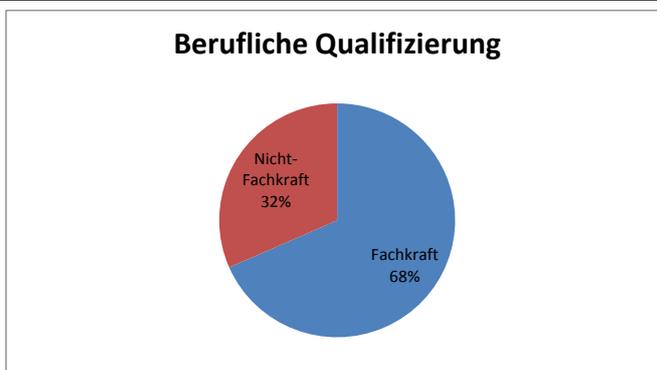


Abbildung 3 Berufliche Qualifizierung

Der Stand einer Nicht-Fachkraft ist erreicht, wenn höchstens eine zweijährige Ausbildung in den genannten Bereichen vorliegt. Dieser Anteil macht mit 32% insgesamt 12 von 38 Befragten aus.

Die Qualifizierung der Mitarbeiter besteht aus der Frage, ob es sich um eine Fachkraft oder Nicht-Fachkraft handelt. Der einer Fachkraft ist erreicht, wenn eine Person eine mindestens dreijährige Ausbildung im pädagogischen, medizinischen oder pflegerischen Bereich vorweisen kann. Dieser Anteil macht mit 68% insgesamt 26 von 38 Befragten aus.

Der Stand einer Nicht-Fachkraft ist

4.2 Die Resultate und Darstellung der Kategorie „Kommunikation“

Grad der deutschen Gebärdensprache:

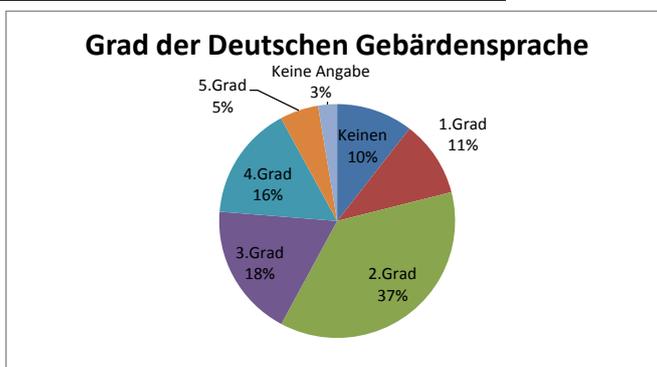


Abbildung 4 Grad der Deutschen Gebärdensprache

In den Karl-Luhmann Heimen haben die Mitarbeiter die Möglichkeit Kurse zur Erlernung der deutschen Gebärdensprache (DGS) zu besuchen. Hier können sie unterschiedliche Grade erlernen. Beginnend mit dem 1. Grad, dem Leichtesten, und endend mit dem 5. Grad dem Höchsten. Von 38 Mitarbeitern, die den Fragebogen beantwortet haben, machten 3%, also einer keine Anga-

be. 5% der Befragten zeigten an, dass sie bereits den fünften Grad der Deutschen Gebärdensprache besitzen. Dies sind zwei Mitarbeiter. Mit 10% zeigten wiederum vier Mitarbeiter an, dass sie bisher noch keinen einzigen Grad der DGS erhalten haben. Insgesamt sechs Mitarbeiter und somit 16% können den vierten Grad vorweisen. Den 3. Grad besitzen insgesamt 18%, also sieben Befragte. Mit 37% und insgesamt 14 Mitarbeitern kann der 2. Grad als die Mehrheit angesehen werden.

Verständigung mit den Klienten:

Dieser Befragungspunkt wurde mit Hilfe einer Intervallskala erfragt. Die Gesamtmenge von 38 Befragten gab eine Antwort ab. Prozentual gesehen ist mit 42,11% und 16 Mitarbeitern der mittlere Intervallwert (3) im Zuge von Angemessen zu Unzureichend am häufigsten angekreuzt worden. Gefolgt von der zwei (2), die mit 13 Kreuzen insgesamt 34,21% erreichte. Mit sieben Antworten liegt hinter diesen beiden Punkten die eins (1) mit 18,42%. Punkt vier (4) und fünf (5) macht mit jeweils einem Kreuz einen Prozentanteil von 2,63% aus.

Der errechnete Mittelwert beträgt 2,37. Die Standardabweichung zeigt einen Wert von 0,91 an.

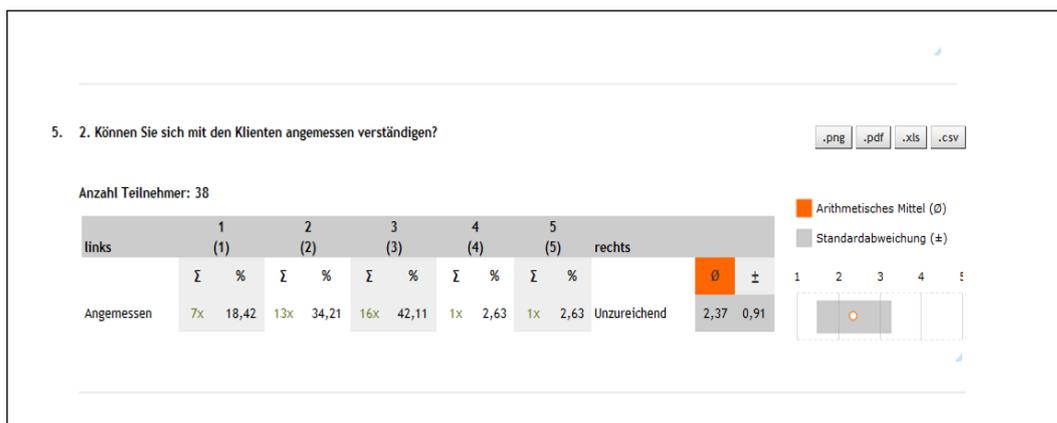


Abbildung 5 Verständigung mit den Klienten (Enuvo GmbH, 2016)

Nonverbale Kommunikation mit den Klienten:

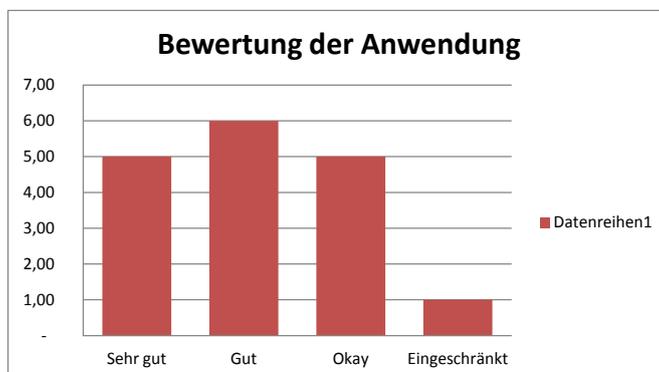


Abbildung 6 Nonverbale Kommunikation mit den Klienten (Bewertung der Anwendung)

Anwendung von nonverbaler Kommunikation wurde beispielsweise fünfmal mit „Sehr

Um die genannten Antworten auszuwerten, wurden Kategorien erstellt. Diese sind unterteilt in der Bewertung der Anwendung der nonverbalen Kommunikation und in den genutzten Hilfsmitteln. Es haben insgesamt von 38 Befragten 34 Mitarbeiter eine oder mehrere Angaben gemacht. Vier machten keinerlei Angaben. Die in den Diagrammen dargestellten Angaben zeigen an, wie oft etwas genannt wurde. Die

gut“ benannt und bewertet. Sechsmal wurde die Bewertung „gut“, fünfmal „okay“ und einmal „eingeschränkt“ genannt.

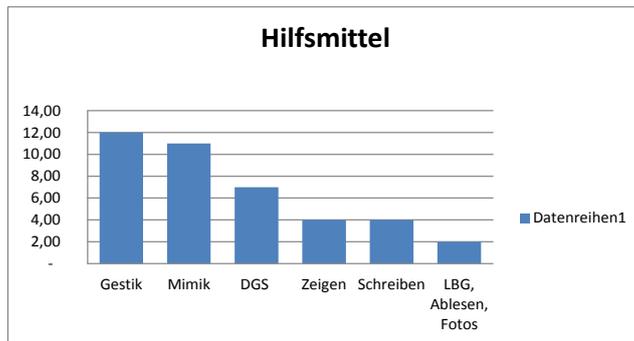


Abbildung 7 Nonverbale Kommunikation mit den Klienten (Hilfsmittel)

Als Hilfsmittel wurde zwölfmal Gestik und elfmal Mimik genannt. Diese machten die Mehrheit aus. DGS wurde siebenmal genannt. Zeigen und Schreiben wurde viermal genannt. LBG bezeichnet lautsprachbegleitende Gebärden, mit Ablesen ist das Ablesen von den Lippen gemeint. Diese und Hilfsmittel wie Körpersprache, Blickkontakt, Bilder, Zeit, Geduld, Lesen, Zeichensprache, Wahrnehmung, Beobachtung,

kommt auf die Gruppe an, Visualisierungen, Gegenstände, Kontaktreflexion, Pacing und Leading wurden jeweils einmal genannt und sind nicht im Diagramm aufgeführt.

Anwendung von Visualisierungen:

Dieser Befragungspunkt wurde wiederum mit Hilfe einer Intervallskala abgefragt. Die gesamten 38 Teilnehmer haben geantwortet. Prozentual gesehen zeigt sich der Wert zwei (2) in der deutlichen Mehrheit mit 36,84% und 14 Kreuzen. Gefolgt vom dritten Wert (3) mit 28,95% und 11 Kreuzen. Direkt im Anschluss danach erfolgt der Wert eins (1) mit 23,68% und neun Kreuzen. Schlusslicht bildet der vierte Wert (4) mit 10,53% und vier Kreuzen. Der Wert fünf (5) wurde nicht angekreuzt. Der errechnete Mittelwert beträgt 2,26. Die Standardabweichung beträgt 0,95.

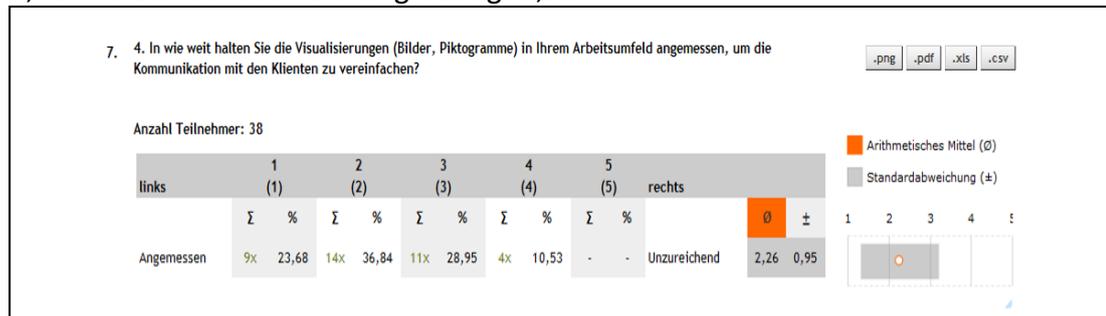


Abbildung 8 Anwendung von Visualisierungen (Enuvo GmbH, 2016)

Visualisierungen als Kommunikationsmittel:

Auch dieser Befragungspunkt wurde mithilfe einer Intervallskala abgefragt. Hier antworteten ebenfalls alle 38 Teilnehmer. Mit 39,47% und 15 Kreuzen liegt der Wert zwei (2) an vorderster Front. Gefolgt von Wert drei (3) und zehn Kreuzen. Wert eins (1) erreichte 26,32% und 10 Stimmen. Das Schlusslicht bildet der Wert vier (4) mit 7,89% und drei Stimmen. Der Wert fünf (5) wurde nicht angekreuzt. Der Mittelwert beträgt 2,16. Die Standardabweichung beträgt hier 0,92.

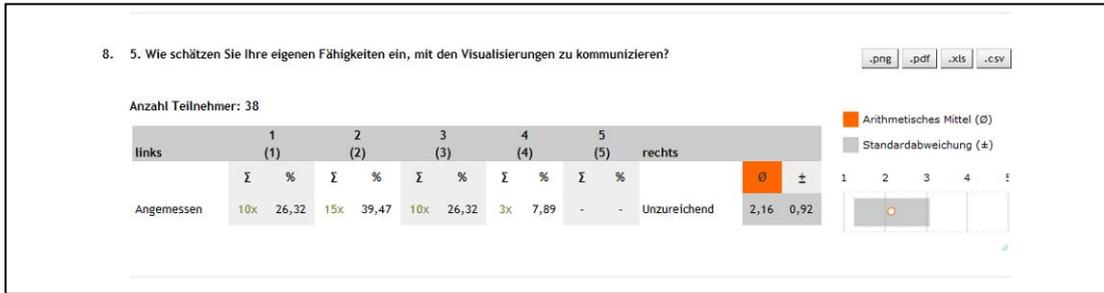


Abbildung 9 Visualisierungen als Kommunikationsmittel (Enuvo GmbH, 2016)

Alternative Kommunikationsmittel:

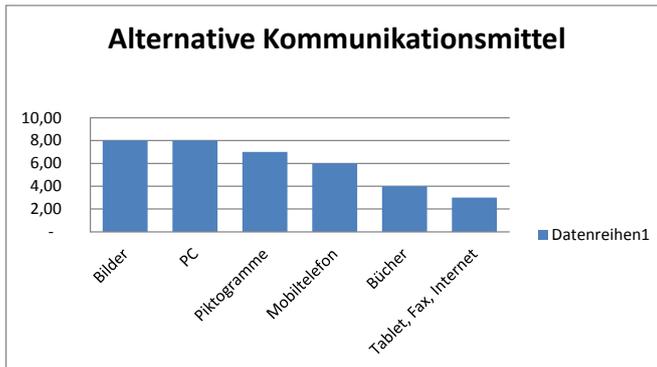


Abbildung 10 Alternative Kommunikationsmittel

Zu dieser Frage machten von insgesamt 38 Befragten 28 eine oder mehrere Angaben. Zehn Mitarbeiter machten keine Angabe. Bilder und der PC wurden als Mehrheit achtmal genannt. Piktogramme sieben und das Mobiltelefon sechsmal. Bücher wurden viermal genannt und das Tablet, Fax oder Internet jeweils dreimal. Email, schreiben, Whats app, DGS, DGS App, Sprach-PC, Fotos, „nichts“ wurden dazu noch jeweils zweimal genannt. Talker, Fingeralphabet, Tafeln, SMS, Methodenkoffer, TV, Gebärdenlexika, „die meisten“ wurden jeweils einmal genannt und sind nicht im Diagramm aufgeführt.

4.3 Die Resultate und Darstellung der Kategorie „Persönliche Ressourcen“

Sterbeprozess begleiten:

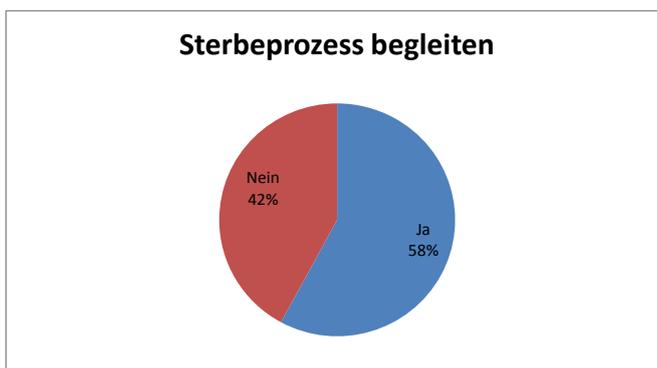


Abbildung 11 Sterbeprozess begleiten

Dieser Punkt beschäftigt sich mit der grundlegenden Frage, ob die Mitarbeiter bereit sind einen Sterbeprozess zu begleiten und wenn ja, was sie dazu benötigen. Die Frage, ob die Mitarbeiter einen Sterbeprozess begleiten oder nicht wurde von der gesamten Masse beantwortet. Hier sagten 21 Mitarbeiter (58%) „Ja“ und 17 (42%) „Nein“.

Zu der Frage was benötigt wird gaben 20 Mitarbeiter eine Antwort ab, 18 machten keine Angabe. Die genannten Hilfen sind im folgenden Diagramm zu ersehen. (Diagramm: Fortbildung (10), Zeit (8), Unterstützung im Team (4), Ruhe (3), frei von anderen Verpflichtungen (3), passende Gebäuden (3), Fachliche Reflexion (3), Fachliche Begleitung (2) und passende Räumlichkeiten (2)). Klare Absprachen, Zusammenarbeit mit Arzt, Beratung, Informationen, Hospizbegleitung, medizinische Hilfsmittel, frei, Unterstützung von Familie und Freunden wurden jeweils einmal genannt und sind nicht im Diagramm aufgeführt.

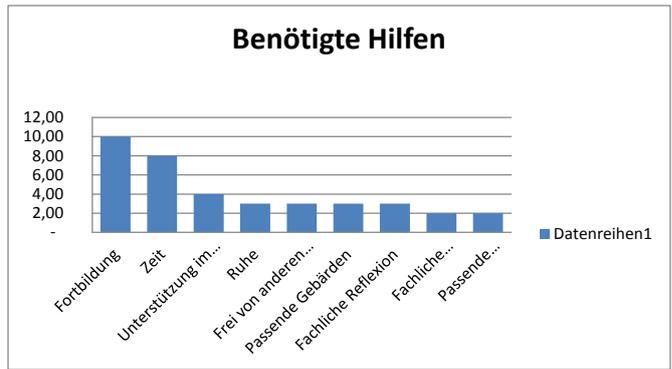


Abbildung 11 Benötigte Hilfen

Persönliche Grenzen im Bereich der Sterbebegleitung:

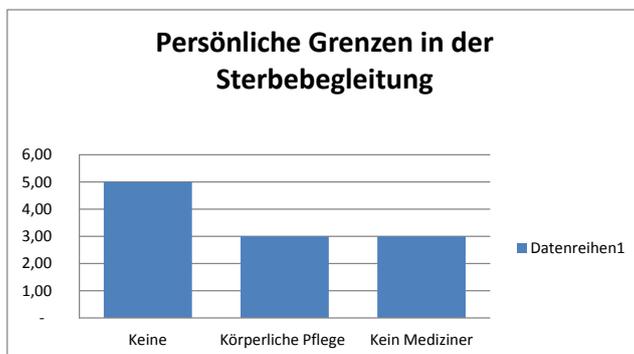


Abbildung 12 Persönliche Grenzen in der Sterbebegleitung

Diese Frage wurde offen beantwortet. Dazu machten 22 Mitarbeiter von 38 Befragten eine oder mehrere Angaben. 16 Mitarbeiter machten keine Angabe. Keine Pflegekraft, bei jungen BW, Lagerung, Wunden, zeitliche Ressourcen, bei Angehörigen/Kindern, hohes Leid bei Angehörigen/BW, Einrichtung zeigt Grenzen, illegale Sterbehilfe wurden jeweils einmalig genannt. Die am häufigsten genannten Antworten, wie keine Grenzen (5), körperliche Pflege (3) und kein Mediziner (3) sind im nachfolgenden Diagramm sichtbar.

keine Grenzen (5), körperliche Pflege (3) und kein Mediziner (3) sind im nachfolgenden Diagramm sichtbar.

Hilfe von Dritten annehmen:

Zu dieser Frage wurde eine Intervallskala erstellt. Die Mitarbeiter sollten einschätzen, inwieweit sie bereit wären Hilfe von Dritten anzunehmen. Diese Frage wurde von 37 Mitarbeitern beantwortet, einer machte keine Angaben. Prozentual gesehen sind Wert eins (1) mit 17 Kreuzen und Wert zwei (2) mit 15 Kreuzen mit 45,95% und 40,54% vorn. Gefolgt von Wert drei (3) mit 10,81% und vier Stimmen. Wert fünf (5) erreichte 2,70% und eine Stimme. Der Mittelwert beträgt 1,73. Die Standardabweichung beträgt 0,87.

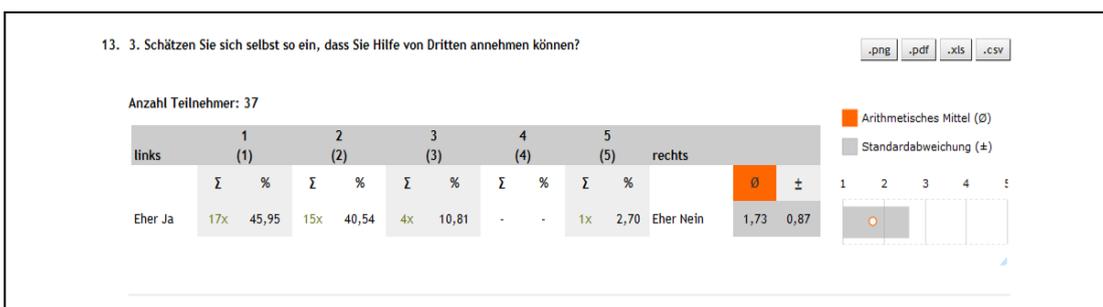


Abbildung 13 Hilfe von Dritten annehmen (Enuvo GmbH, 2016)

Direkte Vorgesetzte nach Hilfe fragen:

Hier geht es darum, inwieweit Mitarbeiter dazu bereit sind ihren Vorgesetzten nach einer passenden Hilfe zu fragen, um in innerer psychischer Balance zu bleiben oder wieder zu gelangen. Eine Person machte dazu keine Angabe. Prozentual gesehen liegt der Wert eins (1) mit 51,35% und 19 Stimmen vorne weg, gefolgt von Wert drei (3) mit 16,22% und sechs Stimmen. Wert zwei (2) und vier (4) sind mit jeweils 13,51% angegeben und fünf Stimmen und Wert fünf (5) mit 5,41% mit zwei Stimmen. Der Mittelwert beträgt 2,08. Die Standardabweichung beträgt 1,32.

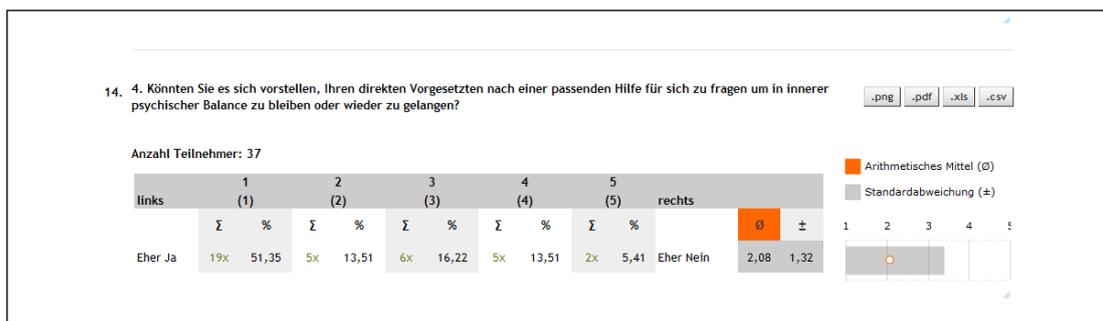


Abbildung 14 Direkte Vorgesetzte nach Hilfe fragen (Enuvo GmbH, 2016)

Hilfen von der Einrichtung nach Versterben eines Klienten:

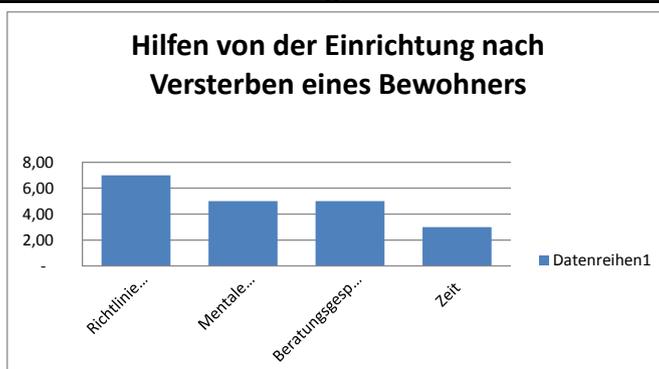


Abbildung 15 Hilfen von der Einrichtung nach Versterben eines Bewohners

Zu dieser Frage machten insgesamt 30 Mitarbeiter eine oder mehrere Angaben. Acht Mitarbeiter machten keine Angabe. (Diagramm: Richtlinie QM (7), Mentale Unterstützung für Team und Bewohner (5), Beratungsgespräche (5), Zeit (3)). Frei, Unterstützung von Kollegen, Hilfe bei Bürokratie/ Fragen (Unterstützung beim telefonieren), keine / nichts wurde jeweils zweimal genannt. Verständnis, Ruhe, Supervision, genug Personal, klare Absprachen, Begleitung durch Sterbebegleiter, Fortbildung, passende Gebärden, Kommunikation, Fachkraft, Aufklärung nach plötzlichem Versterben, keine Ahnung wurde jeweils einmal genannt.

Zu dieser Frage machten insgesamt 30 Mitarbeiter eine oder mehrere Angaben. Acht Mitarbeiter machten keine Angabe. (Diagramm: Richtlinie QM (7), Mentale Unterstützung für Team und Bewohner (5), Beratungsgespräche (5), Zeit (3)). Frei, Unterstützung von Kollegen, Hilfe bei Bürokratie/ Fragen (Unterstützung beim telefonieren), keine / nichts wurde jeweils zweimal genannt. Verständnis, Ruhe, Supervision, genug Personal, klare Absprachen, Begleitung durch Sterbebegleiter, Fortbildung, passende Gebärden, Kommunikation, Fachkraft, Aufklärung nach plötzlichem Versterben, keine Ahnung wurde jeweils einmal genannt.

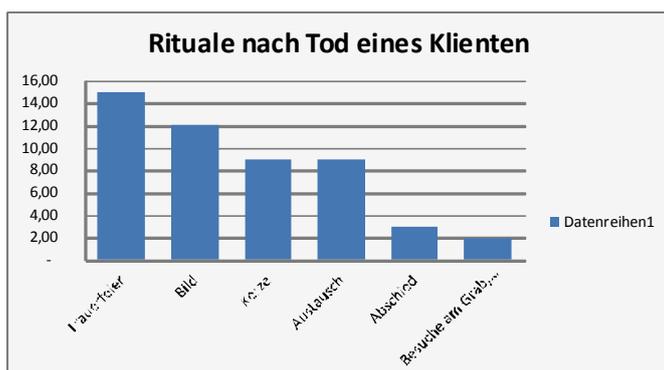


Abbildung 16 Rituale nach Tod eines Klienten

Rituale nach Tod eines Klienten:

Bei dieser Frage machten ebenfalls 30 Mitarbeiter eine oder mehrere Angaben. Acht machten keine Angaben. 15 der Befragten nannten die Trauerfeier als ein Ritual nach dem Tod eines Klienten, 12 möchten ein

Bild aufstellen, neun eine Kerze. Ebenfalls neun benötigen Austausch. Drei brauchen einen Abschied und zwei benötigen Besuche am Grab. Wand mit Bildern des Verstorbenen, Offener Umgang, Fotoalben des Toten Zuwendung, Gespräche, Kreuz, Rundschreiben an alle, Traueranzeige (Zeitung), Kontakt zu Angehörigen/ Betreuer, falls möglich vor dem Tod Wünsche des BW abklären; Visualisierung für BW, angemessene Zeit um beim BW zu verbleiben wurde jeweils einmal genannt und sind nicht im Diagramm aufgeführt.

4.4 Die Resultate und Darstellung der Kategorie „Pflege“

Pflegerische Ausbildung:



Bei dieser Frage geht es darum, ob die Mitarbeiter eine pflegerische Ausbildung haben oder nicht. Diese Frage beantworteten alle 38 Befragten. Diese Frage wurde zu gleichen Anteilen beantwortet. Mit Ja antworteten 19 der Befragten, also insgesamt 50%. Mit Nein ebenso viele.

Abbildung 17 Pflegerische Ausbildung

Durchführung von Teil-oder Ganzkörperwaschungen:



Bei dieser Frage geht es darum, wie viele Mitarbeiter regelmäßig Teil- und Ganzkörperwaschungen durchführen. Alle 38 Mitarbeiter haben diese Frage beantwortet. 23 Mitarbeiter (61%) beantworteten diese Frage mit Ja, 15 (39%) mit nein.

Abbildung 18 Durchführung von Teil- und Ganzkörperwaschungen

Kenntnisse im Bereich der Lagerung von Personen:

Bei dieser Frage wird erfragt, wie gut die Mitarbeiter ihre Lagerungskenntnisse einschätzen. Hier machten 36 Personen eine Angabe, zwei nicht. Prozentual gesehen tendiert hier der Wert drei (3) mit 38,89% und 14 Stimmen am höchsten. Gefolgt von zweiten Wert (2) mit 19,44% und sieben Stimmen. Der Wert eins (1) ist mit 16,67% und sechs Stimmen angegeben. Der Wert fünf (5) und vier (4) ist mit jeweils 13,89% und fünf Stimmen und 11,11% und vier Stimmen vertreten. Der Mittelwert zeigt einen Wert von 2,86 an. Die Standardabweichung beträgt 1,25.

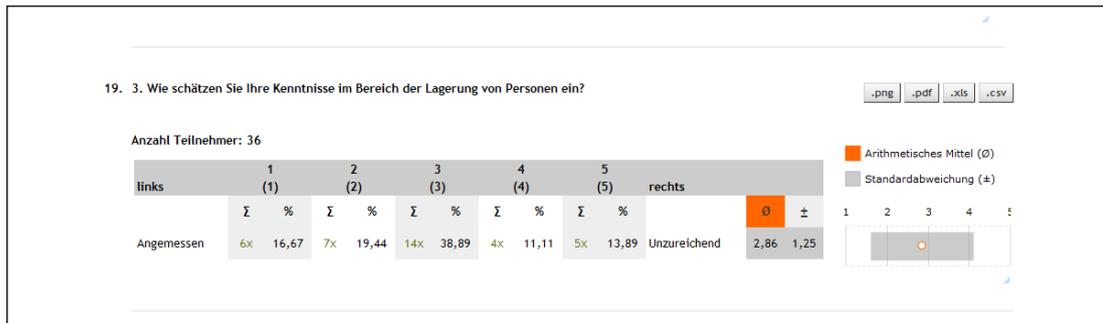
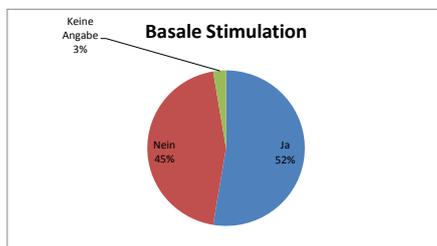


Abbildung 19 Kenntnisse im Bereich der Lagerung von Personen

Basale Stimulation:



Diese Frage nach dem Wissen im Bereich der Basalen Stimulation wurde von insgesamt 37 Befragten beantwortet. Einer machte keine Angabe. Mit Ja beantworteten diese Frage 20 (52%) der 37 Befragten, und 17 (45%) mit Nein.

Abbildung 20 Basale Stimulation

Basale Stimulation: Wie das Wissen erworben?

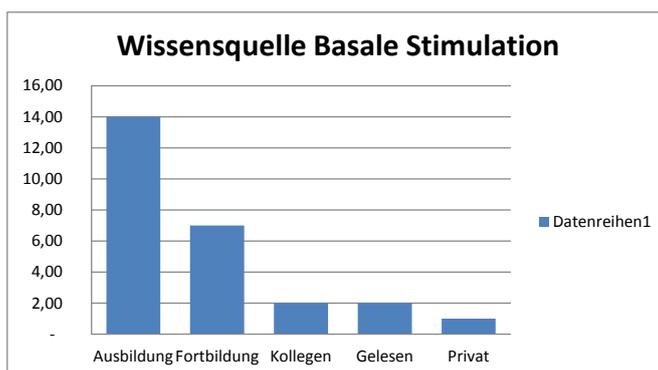


Abbildung 21 Wissensquelle Basale Stimulation

Nun liegt es daran zu ermitteln, wodurch das Wissen erworben wurde. Zu dieser Frage machten 20 Mitarbeiter von 38 eine oder mehrere Angaben. 10 Mitarbeiter machten keine Angaben. 14 nannten die Ausbildung als Wissensquelle. Fortbildungen wurden siebenmal genannt. Von Kollegen erfahren oder gelesen wurde zweimal genannt. Einer nannte „Privat“ als Wissensquelle.

Als Mitarbeiter einen Klienten im Sterbeprozess pflegen:

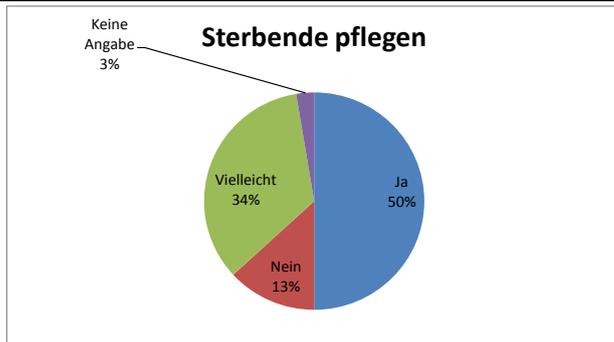


Abbildung 22 Sterbende pflegen

Als Mitarbeiter einen Klienten im Sterbeprozess pflegen, darum geht es bei dieser Frage. Insgesamt machten 37 Mitarbeiter dazu eine Angabe, ein Teilnehmer enthielt sich. 19 (59%) wären bereit einen Sterbenden zu pflegen, fünf (13%) nicht. 13 (34%) vielleicht, z.B. bei entsprechender Fortbildung. Jeweils eine Person gab den Zusatz an eine Pflege im Sterbeprozess nur bei privaten Personen durchzuführen, bei einer entsprechenden Fortbildung und bei persönlichem Kontakt zur Person.

Hier soll geschaut werden, inwieweit die Mitarbeiter die Selbstbestimmung der Klienten achten. 37 Mitarbeiter machten eine Angabe, ein Teilnehmer enthielt sich. Prozentual gesehen liegt hier der Wert (1), welcher ausreichend definiert, mit 43,24% und 16 Stimmen vorn. Gefolgt von Wert zwei (2) mit 35,14% und 13 Stimmen und Wert drei (3) mit 18,92% und sieben Stimmen. Schlusslicht bildet mit 2,7% und einer Stimme der Wert vier (4). Wert fünf (5) wurde nicht gewählt. Der Mittelwert beträgt 1,81. Die Standardabweichung beträgt 0,84.

4.5 Die Resultate und Darstellung der Kategorie „Psychosozial“

Selbstbestimmung des Klienten achten:

Hier soll geschaut werden, inwieweit die Mitarbeiter die Selbstbestimmung der Klienten achten. 37 Mitarbeiter machten eine Angabe, ein Teilnehmer enthielt sich. Prozentual gesehen liegt hier der Wert (1), welcher ausreichend definiert, mit 43,24% und 16 Stimmen vorn. Gefolgt von Wert zwei (2) mit 35,14% und 13 Stimmen und Wert drei (3) mit 18,92% und sieben Stimmen. Schlusslicht bildet mit 2,7% und einer Stimme der Wert vier (4). Wert fünf (5) wurde nicht gewählt. Der Mittelwert beträgt 1,81. Die Standardabweichung beträgt 0,84.

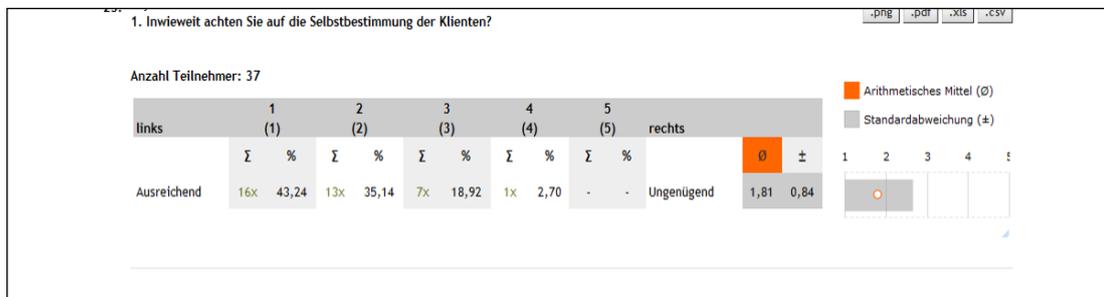


Abbildung 23 Selbstbestimmung des Klienten achten (Enuvo GmbH, 2016)

Selbstbestimmung bei Sterbenden:

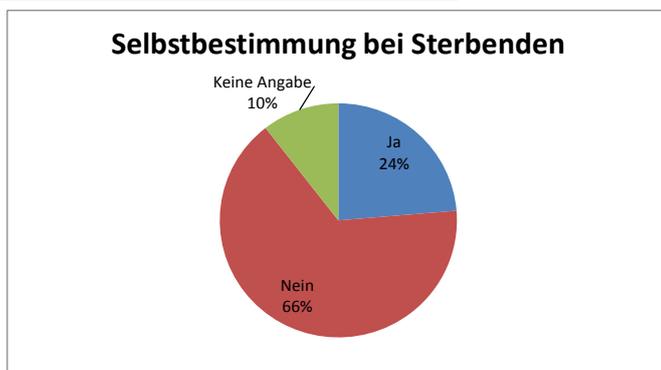


Abbildung 24 Selbstbestimmung bei Sterbenden

Diese Frage hat die Absicht eine Erkenntnis darüber zu erlangen, wie viele Mitarbeiter einem Sterbenden ebenfalls die volle Selbstbestimmung zusichern würden. Diese Frage beantworteten 34 Mitarbeiter. Vier machten keine Angabe. Von diesen 34 Mitarbeitern hätten neun (24%) Schwierigkeiten damit die Selbstbestimmung auch Sterbenden zukom-

men zu lassen, 25 (66%) nicht.

Gespräche über Tabuthemen mit dem Klienten:

Hier geht es darum, inwieweit die Mitarbeiter bereit wären mit dem Sterbenden auch über Tabuthemen zu sprechen. Hier sollten sie sich wiederum auf einer Skala einschätzen. 36 Mitarbeiter machten dazu eine Angabe, zwei nicht. Prozentual gesehen schätzt sich die Mehrheit mit 50% und 18 Stimmen bei Wert eins (1) und 38,89% mit 14 Stimmen bei Wert zwei (2) ein. Gefolgt von 8,33% und drei Stimmen bei Wert drei (3) und 2,78% mit einer Stimme bei Wert vier (4). Der Wert fünf (5) wurde nicht gewählt. Der Mittelwert liegt bei mit 1,64. Die Standardabweichung beträgt 0,76.

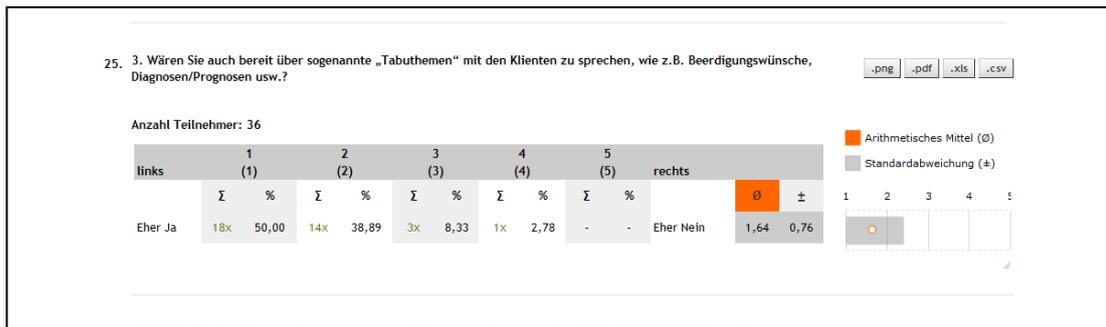


Abbildung 25 Gespräche über Tabuthemen mit dem Klienten (Enuvo GmbH, 2016)

Spiritualität und Religiosität:



Abbildung 26 Spiritualität und Religiosität

antwortete mit Nein.

Bei diesem Punkt geht es darum, ob die Mitarbeiter, unabhängig von ihrem eigenen Glauben, einem sterbenden Klienten einen angemessenen Rahmen für Spiritualität und Religiosität gestalten würden, wenn dies von Klienten erwünscht ist. Zu dieser Frage gaben 37 Mitarbeiter eine Meinung ab, einer machte keine Angabe. 37 Mitarbeiter (97%) beantworteten diese Frage mit Ja, einer machte keine Angabe. Keiner

Biographiearbeit:

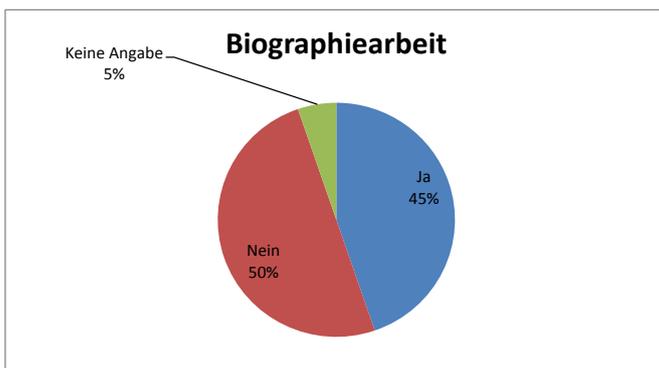


Abbildung 27 Biographiearbeit

a) Hier geht es zunächst darum, ob den Mitarbeitern der Begriff Biographiearbeit überhaupt bekannt ist. Diese Frage wurde von 36 Mitarbeitern beantwortet. Zwei enthielten sich. 17 Personen (45%) beantworteten die Frage mit Ja, 19 (50%) mit Nein.

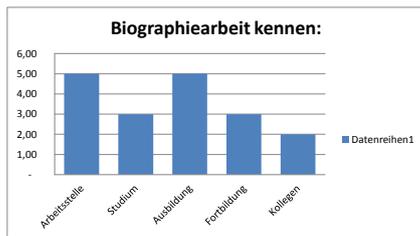


Abbildung 28 Biographiearbeit kennen

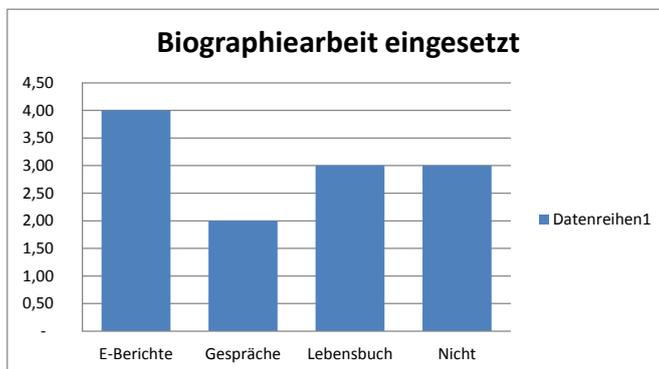


Abbildung 29 Biographiearbeit eingesetzt

Krisenreflexion, Lebensbäume, BW-Akte, Tagesdoku, Mappen, Schatzkiste jeweils einmal genannt und sind nicht im Diagramm aufgeführt.

b) Nun geht es darum, woher die Mitarbeiter diesen Begriff kennen. Dazu haben 16 eine Angabe gemacht, 22 keine. Überwiegend kennen die Befragten Biographiearbeit aus Arbeitsstellen (5) oder der Ausbildung (5), wie auch aus dem Studium (3) oder Fortbildungen (3) und von Kollegen (2).

Ebenso geht es auch darum, inwieweit diese Arbeitsform bereits eingesetzt wurde.

Dazu machten 15 eine Angabe, 23 keine. Als Mehrheiten wurden E-Berichte (4), Gespräche (2), Lebensbuch (3) oder nicht eingesetzt (3) genannt. Bei den Möglichkeiten bei denen Biographiearbeit eingesetzt wurde, wurden Beispiele wie alte Kontakte aktiviert, Orte besucht, im Studium, Fallbesprechung, Karten an Angehörige schreiben, Anamnese, Selbsthilfebögen, Handlungspläne,

4.6 Die Resultate und Darstellung der Kategorie „Netzwerkarbeit“

Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal:

Hier geht es um die Fähigkeit mit medizinischem Fachpersonal (z.B. Hausarzt) angemessen zu kommunizieren, um eine bestmögliche medizinische Versorgung des Klienten sicherzustellen. 36 Mitarbeiter machten dazu eine Angabe, zwei enthielten sich. Der Wert drei (3) beträgt mit 14 Stimmen 38,89%, gefolgt vom Wert zwei (2) mit 36,11% und 13 Stimmen. Schlusslichter bilden der Wert eins (1) mit 19,44% und sieben Stimmen und der Wert vier (4) mit 5,56% und zwei Stimmen. Der Mittelwert beträgt 2,31. Die Standardabweichung beträgt 0,86.

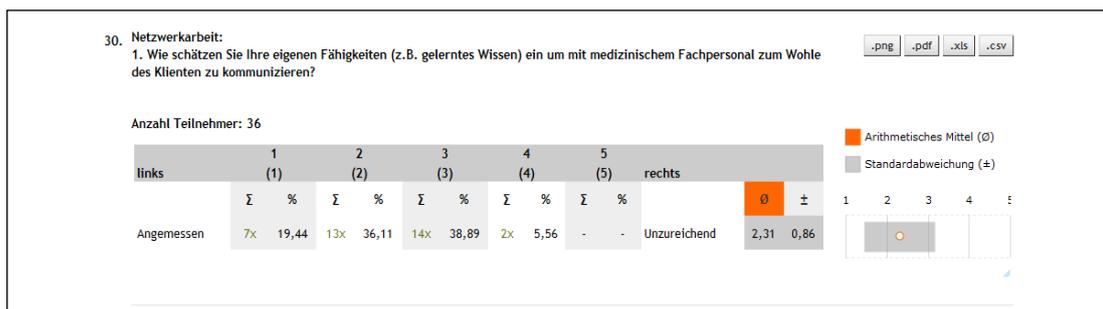


Abbildung 30 Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal (Enuvo GmbH, 2016)

Informationsfluss im Team:

Hier geht es um den Informationsfluss im eigenen Team. Um effektiv arbeiten zu können, benötigt man sämtliche wichtige Informationen. Diese müssen durch mündliche wie schriftliche Übergabe weitergegeben werden. Diese Frage wurde von allen 38 Mitarbeitern beantwortet. 39,47% bewerteten den Informationsfluss in ihrem Team mit dem Wert drei (3) und 15 Stimmen. Gefolgt von 28,95% und elf Personen die den Wert zwei (2) wählten. Den Wert eins (1) wählten 18,42% und somit sieben Mitarbeiter. Schlusslicht bildet Wert vier (4) mit 13,16% und fünf Stimmen. Der Wert fünf (5) wurde nicht gewählt. Der Mittelwert beträgt 2,47. Die Standardabweichung beträgt 0,95.

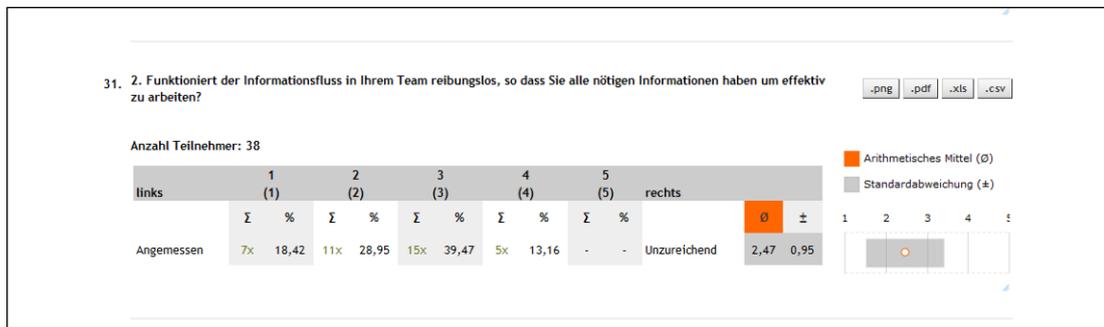


Abbildung 31 Informationsfluss im Team (Enuvo GmbH, 2016)

Dokumentationsverhalten:

Es geht hier um das eigene Dokumentationsverhalten im Team. Inwieweit werden sämtliche Informationen dokumentiert, um eine gute Arbeit zu sichern. 37 Mitarbeiter machten dazu eine Angabe, einer enthielt sich. Mit 45,95% und 17 Stimmen liegt Wert zwei (2) in Führung, gefolgt von Wert eins (1) mit 27,03% und zehn Stimmen. Ebenfalls befindet sich Wert drei (3) mit 24,32% und neun Stimmen dahinter. Schlusslicht bildet der Wert fünf (5) mit 2,70% und einer Stimme. Wert vier (4) wurde nicht angekreuzt. Der Mittelwert beträgt 2,05. Die Standardabweichung beträgt 0,88.

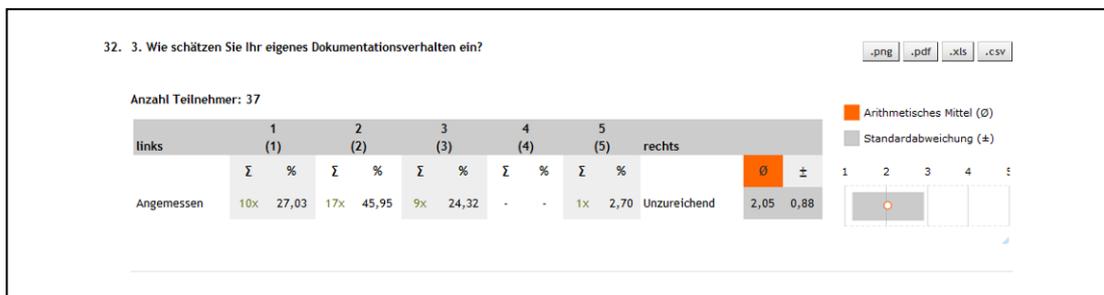


Abbildung 32 Dokumentationsverhalten (Enuvo GmbH, 2016)

Kontakt mit Angehörigen und Betreuern:

Einen Sterbeprozess zu begleiten erfordert eine ausreichende Zusammenarbeit mit Kontaktpersonen des Sterbenden. Dazu gehören primär Angehörige und Betreuer. In der Regel möchten diese am Sterbeprozess teilnehmen und soweit es geht auf dem Laufenden

gehalten werden. Zu dieser Frage haben 37 Mitarbeiter eine Angabe gemacht, einer enthielt sich. 40,54%, somit 15 Befragte schätzten sich bei dem Wert zwei (2) ein, gefolgt von 32,43%, 12 Befragte, die sich bei dem Wert eins (1) einschätzten. Neun Mitarbeitern trugen sich beim Wert drei (3) ein. Diese Anzahl beträgt 24,32%. Schlusslicht bildet wiederum Wert vier (4) mit 2,7% und einer Stimme, Wert fünf (5) erhielt keine Stimmen. Der Mittelwert beträgt 1,97. Die Standardabweichung beträgt 0,83.

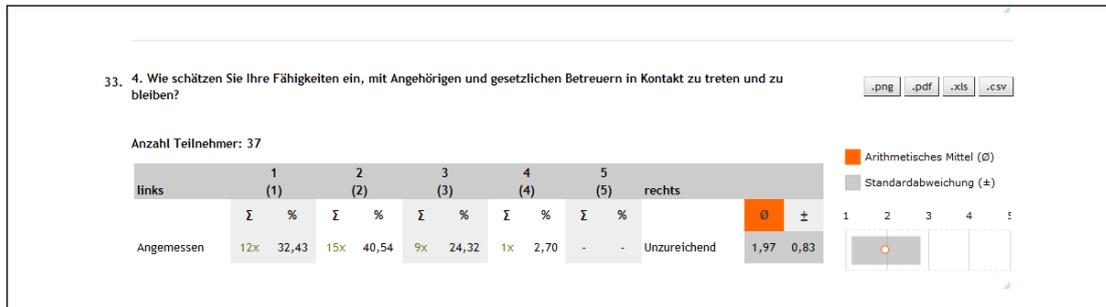


Abbildung 33 Kontakt mit Angehörigen und Betreuern (Enuvo GmbH, 2016)

Miteinbeziehung von Angehörigen im Sterbeprozess:

Diese Frage bezieht sich auf die Miteinbeziehung von Angehörigen in den Sterbeprozess. 25 Mitarbeiter machten dazu eine Angabe, 13 enthielten sich. Mit 44% und 11 Stimmen ist der Wert zwei (2) auf dem Vormarsch, gefolgt von Wert drei (3) mit 36% und neun Stimmen. Ebenso befindet sich Wert vier (4) mit 16% und vier Stimmen direkt dahinter. Schlusslicht bildet Wert eins (1) mit 4% und einer Stimme. Wert fünf (5) wurde nicht gewählt. Der Mittelwert beträgt 2,64. Die Standardabweichung beträgt 0,81.

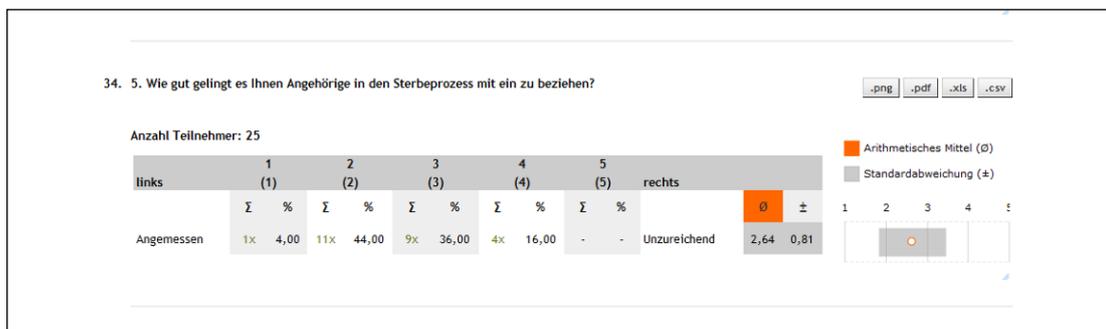


Abbildung 34 Miteinbeziehung von Angehörigen im Sterbeprozess (Enuvo GmbH, 2016)

Kommunikation mit Klienten über Sterben, Tod und Trauer:

Bei dieser Frage geht es um ausreichende Gespräche und Kommunikation zum Thema Sterben, Tod und Trauer mit anderen Klienten einer Wohngruppe. Hier machten 34 Mitarbeiter eine Angabe, vier enthielten sich. 47,06%, somit 16 Mitarbeiter, bewerteten diese Frage mit dem Wert drei (3), gefolgt von 32,35%, elf Mitarbeitern, die den Wert zwei (2) wählten. Den Wert eins (1) wählten drei Mitarbeiter, also 8,82%. Die Werte vier (4) und fünf (5) wurden von jeweils 5,88% bewertet und zweimal gewählt. Der Mittelwert beträgt 2,68. Die Standardabweichung beträgt 0,94.

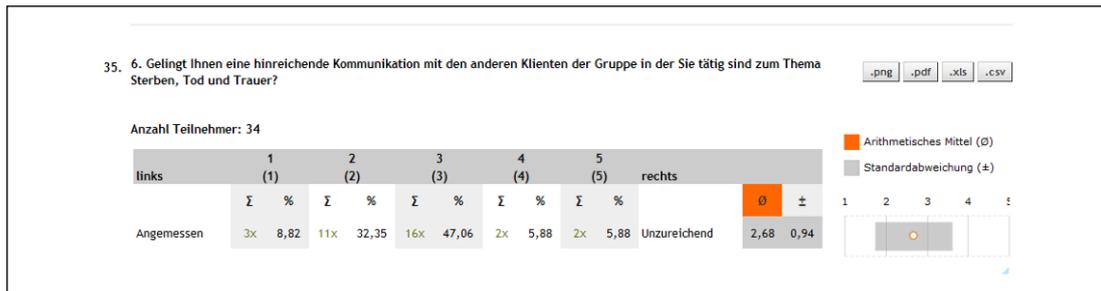


Abbildung 35 Kommunikation mit Klienten über Sterben, Tod und Trauer (Enuvo GmbH, 2016)

5 Schlussfolgerungen

In diesem Abschnitt werden nun die Teilfragen beantwortet, wie auch die Unterschiede in der Qualifikation interpretiert. Ebenfalls wird auch die Forschungsfrage beantwortet. Des Weiteren werden Empfehlungen für den Auftraggeber, in diesem Fall die Einrichtung, formuliert, ebenso auch Empfehlungen für Folgestudien. Im Anschluss erfolgt die Diskussion mit Darlegung der Stärken und Schwächen dieser Forschung, wie auch einer Stellungnahme zum Forschungsergebnis.

5.1 Beantwortung der Teilfragen

Teilfrage I:

„Welche Kompetenzen haben die Mitarbeiter in der Kommunikation von und mit gehörlosen Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung?“

Die Kompetenzen der Mitarbeiter im Bereich der Kommunikation sind insgesamt als gut und umfassend anzusehen. Die Kompetenz der Deutschen Gebärdensprache ist nur vereinzelt noch nicht vorhanden, wird aber mit Anwendung alternativer Kommunikationsmittel, wie Visualisierungen, Mimik und Gestik oder anderen Hilfsmitteln erfolgreich ergänzt. Eine Gebärdensprachekompetenz ist erforderlich, da dies die primäre Kommunikationsform von gehörlosen Menschen darstellt. Sie ist eine anerkannte Sprache und wird über visuell-motorische Handbewegungen und Mimik gesprochen. (Vgl. Fleming, 2014) Jedoch nimmt diese Fähigkeit insbesondere im Alter ab und so ist es erforderlich alternative Kommunikationsformen zu kennen und anwenden zu können, um eine gelingende Kommunikation sicher zu stellen.

Teilfrage II:

„Wie gelingt es den Mitarbeitern selbst mit den Anforderungen einer Sterbebegleitung umzugehen?“

Die befragten Mitarbeiter zeigen ein überwiegend klares Bild ihrer Möglichkeiten und Grenzen bei einer Sterbebegleitung. Nur eine knappe Mehrheit ist bereit einen Sterbenden zu begleiten. Den Befragten ist bewusst, dass ihnen pflegerische und medizinische Kompetenzen fehlen und Fortbildungen und Unterstützung innerhalb des Teams von Nöten sind. Sie sind bereit Hilfe anzunehmen und es ist eine Bereitschaft erkennbar, dass bei entsprechenden Richtlinien (Qualitätsmanagement) und Beratung eine Sterbebegleitung möglich ist. In Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind unterschiedliche Professionen zu finden. Diese sind primär pädagogisch. (Vgl. Tomic-Martini, 2015). Hier liegen die Gren-

zen, da eine Sterbebegleitung Anforderungen im pflegerischen und medizinischen Bereich mitbringt. Eine Zusammenarbeit mit Institutionen wie Hospizen, Pflegediensten und Krankenhäusern ist unumgänglich. (Vgl. Tomic-Martini, 2015). Aufgrund der nicht alltäglichen Aufgabe einer Sterbebegleitung kann auch der eigene Umgang mit dieser unterschiedlich sein. Raum für Austausch und Beratung z.B. in Form von Supervision sind notwendig.

Teilfrage III:

„Über welche pflegerischen Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter?“

Die pflegerischen Kompetenzen zeigen ein „knappes Bild“. Mitarbeiter mit pflegerischer Ausbildung und Erfahrungen in Teil- und Ganzkörperwaschungen machen den Großteil der Befragten aus. Spezifische Lagerungskenntnisse oder Wissen um die Basale Stimulation sind ausbaufähig. Die Bereitschaft der Mitarbeiter einen Sterbenden zu pflegen ist jedoch in der großen Mehrheit vorhanden, so dass daran angeknüpft werden kann.

Die fehlenden spezifischen pflegerischen Kompetenzen sind überwiegend auf die überwiegend pädagogischen Ausbildungen zurückzuführen, die in stationären Wohnformen für Menschen mit Behinderung zu finden sind. Der Schwerpunkt in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist nunmehr die der „Eingliederung“, als die der Pflege. Dennoch ist im Falle einer Sterbebegleitung eine Zusammenarbeit mit entsprechenden Institutionen unumgänglich. Gerade auch, weil Sterbende eine *besondere* Pflege benötigen. Dazu gehört beispielsweise die Basale Stimulation. Ein Form der Waschung, die insbesondere die Wahrnehmung über die Haut anspricht. Für Menschen die gehörlos sind ist dies zeitgleich eine Kommunikationsform. „Stimulation meint ein eindeutiges Angebot mit einfachsten, für den Betroffenen verständlichen Mitteln.“ (Conte, 2004, S.4)

Teilfrage IV:

„Über welche Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter im Bereich der psychosozialen Betreuung der Bewohner?“

Die Haltung der Mitarbeiter hinsichtlich der Selbstbestimmung der Klienten in einem Sterbeprozess oder außerhalb ist als sehr positiv zu betrachten. Ebenso ist die Haltung gegenüber Spiritualität und Religiosität, die ein Klient zu wünschen vermag, durchweg positiv. Die Bereitschaft ein selbstbestimmtes Sterben in gewünschten spirituellen Rahmen zu ermöglichen ist vorhanden. Jedoch fehlt die adäquate Methodik, dies auch bevor ein Sterbeprozess beginnt, mit dem Klienten im Sinne der Biographiearbeit vorbereiten zu können. Die Kenntnisse sind hier mittelmäßig einzustufen. Biographiearbeit wurde leider nur wenig eingesetzt. Um einen angemessenen psychosozialen Rahmen zu gestalten, müssen unterschiedliche Formen von Biographiearbeit bekannt sein. Nur die Kenntnis über die Lebensgeschichte, Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden kann zu einem möglichst selbstbestimmten Sterben beitragen und die Abnahme der Kommunikationsfähigkeit des Klienten auffangen. (Vgl. Hoveman und Stöppler, 2004). Ebenso ist es auch wichtig, ehrlich im Umgang mit dem gesundheitlichen Zustand des Klienten zu sein.

Teilfrage V:

„Welche Kompetenzen haben die Mitarbeiter um mit dem Netzwerk des Sterbenden kompetent zu arbeiten?“

Die Kommunikation mit medizinischem Personal gelingt gut, ebenfalls auch das Dokumentationsverhalten wie auch der Kontakt zu Angehörigen oder Betreuern. Der Informationsfluss ist leider eher als mittelmäßig zu beurteilen, ebenso auch die Kommunikation über Sterben, Tod und Trauer. Der Informationsfluss hängt in erster Linie von der Gewichtung der Informationen ab. Dies bestimmen die Mitarbeiter. Sie müssen in der Lage sein wichtige Informationen abzuwägen und einzuschätzen. Die Kommunikation über Sterben, Tod und Trauer stellt eine Herausforderungen dar, die aufgrund von fehlenden passenden Gebärden eine Schwierigkeit darstellen könnten. Auch die Umfassenheit eines solchen Gespräches kann hier eine Herausforderung sein. „Je nachdem was Mitarbeitende vermuten, welches Wissen oder welche Vorstellungen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen über die Themen Tod, Sterben und Trauer, haben, aber auch welche Ängste oder Hoffnungen sie damit verbinden, bestimmen Mitarbeitende wie sie mit den Menschen, welche an kognitiven Beeinträchtigungen leiden, über diese Themen sprechen.“ (Tomic-Martini, 2015, S. 44/45). Die Einbeziehung der Angehörigen in den Sterbeprozess wurde mit 13 Enthaltungen bewertet. Die Vermutung liegt hier nahe, dass mit zunehmenden Alter keine Angehörigen mehr da sind, bzw. einfach noch keine solch Situation auftrat.

5.2 Beantwortung der Forschungsfrage

„Über welche thanatopädagogischen Kompetenzen verfügen die Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl Luhmann Heimen, um lebensältere gehörlose Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung angemessen im Sterbeprozess zu begleiten.“

Die thanatopädagogischen Kompetenzen der Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl-Luhmann Heimen, sind sehr vielfältig und im oberflächlichen Rahmen von Wissen und Erfahrung gestützt. Die Thanatopädagogik bezeichnet die Schnittstelle von Pädagogik, Medizin und Thanatologie. (Vgl. Schwarzenberg, 2013) Die Thanatologie bezeichnet die Wissenschaft des Todes. (Vgl. Feldmann, 2010). Die thanatopädagogischen Kompetenzen erfassen also unterschiedliche Aufgabenbereiche der Pädagogik, Medizin und Thanatologie. Die Kommunikationsebene zeigt eine ausreichende Kompetenz in der Deutschen Gebärdensprache (DGS), alternativen wie nonverbalen Kommunikationsformen. Die erweiterten Kenntnisse sind wichtig, da sich eine Kommunikation mit gehörlosen Menschen mit einer geistigen und/ oder körperlichen Behinderung nicht ausschließlich auf die Anwendung der DGS beschränkt. „(...) die jetzige ältere Generation eher weniger die Deutsche Gebärdensprache (DGS), wie sie heute gelehrt wird, verwendet.“ (Lamp, 2010, S.149) Die persönlichen Ressourcen sind gezeichnet von dem klaren Bewusstsein der eigenen Grenzen und Wissenslücken. Den Mitarbeitern ist bewusst, was sie benötigen und wo sie es herbekommen. „Um mit solchen Situationen umzugehen ist es wichtig, dass die Einrichtungen Unterstützung anbieten, z.B. seelsorge- rische Begleitung oder Supervision, Raum und Zeit sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen und sich auf solche Situationen vorzubereiten.“ (Tomic-Martini, 2015, S.36) Die pflegerischen Kompetenzen setzen sich aus ausreichenden Qualifikationen und/oder Erfahrungen zusammen. Die spezifischen Bereich, die in einer Sterbebegleitung relevant sind, gilt es hier auszubauen. Die Haltung im Bereich der psychosozialen Betreuung ist positiv und die Bereitschaft Selbstbestimmung zu ermöglichen da. Spezifische Kenntnisse

zur Erschließung von persönlichen Wünschen und Bedürfnissen des Klienten sind ebenfalls auszubauen. Die Arbeit im Netzwerk eines Sterbenden zeigt ausreichende Kommunikationskenntnisse, jedoch ist der Informationsfluss ausbaufähig, wie auch der Aufbau von Gesprächen über Sterben, Tod und Trauer mit Klienten. Der Einbezug von Angehörigen ist aufgrund von möglicherweise fehlender Erfahrungen nicht aussagekräftig zu beurteilen.

5.3 Empfehlungen

Es folgen die Empfehlungen für den Auftraggeber, in diesem Fall die Einrichtung Heilpädagogische Hilfe Osnabrück, die Karl-Luhmann Heime, um die Ergebnisse optimal zu nutzen.

5.3.1 Empfehlungen für den Auftraggeber

Da es sich bei dieser Untersuchung um den Typus einer „*diagnostizierenden Forschung*“ handelte und somit das Problem bereits erkannt wurde, nun weitere Informationen über die Ursache und der Funktion des Problems erlangt wurden, können hilfreiche Interventionen entwickelt werden. Diese erfolgen nun auf unterschiedlichen Ebenen:

Mikroebene:

Den Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl-Luhmann Heimen, wird empfohlen weiterhin offen für die angebotenen Kurse zur Erlernung der Deutschen Gebärdensprache zu sein und diese zu nutzen. Ebenfalls wird an ihre Offenheit gegenüber neuen Medien appelliert, die im Alltag mit gehörlosen Menschen einen positiven Nutzen haben und eine gelingende Kommunikation sichern können. „Ist der Kommunikationspartner nicht oder nur sehr eingeschränkt gebärdenkompetent, müsste sich der (...) Gehörlose sehr konzentrieren und mehr auf den Erfolg beim Lippenlesen verlassen.“ (Lamp, 2010, S.149). Dies kann in der Arbeit mit Gehörlosen, die eine zusätzliche geistige Beeinträchtigung haben, einen Schwierigkeitsgrad darstellen.

Das Sterben gehört leider in den täglichen Alltag hinein und kann ein Wohnheim unvermittelt treffen. Dennoch ist nur die knappe Mehrheit an Mitarbeitern bereit eine Sterbegleitung durchzuführen. Die Mitarbeiter kennen ihre Grenzen und zeigen ein Bedürfnis an Fortbildungen im medizinischen und pflegerischen Bereich. Die Anzahl der Mitarbeiter, die einen Sterbeprozess begleiten würden, könnte mit einem höheren Kompetenzgefühl steigen.

Im Bereich der Pflege zeigen die Mitarbeiter bereits fundiertes Wissen und Erfahrungen. Dennoch ist die Pflege eines Sterbenden eine andere Pflege und erfordert besondere Kenntnisse. Die Mitarbeiter sind hier angehalten, angebotene Fortbildungskurse z.B. zur Erlernung von Wissen und Methoden um die basale Stimulation zu besuchen.

Ähnliches zeigt sich in der psychosozialen Betreuung von sterbenden Klienten. Der Schwachpunkt liegt auch hier in der spezifischen Methodik, der Biographiearbeit. Auch hier sollten entsprechende Fortbildungen besucht werden.

Die Netzwerkarbeit besteht aus der Zusammenarbeit im Team und mit unterschiedlichen Institutionen. „Wir arbeiten mit Pflegefachfrauen und –männern zusammen, wie aber auch mit Ärzten, Psychologen, verschiedenen Therapeuten, Familien und Angehörigen (...).“ (Tomic-Martini, 2015, S.39). Hier ist darauf hinzuweisen, dass sich jeder Mitarbeiter

bewusst sein muss relevante Informationen weiterzugeben und diese transparent zu halten. Eine gute Dokumentation vermeidet Fehler und dient als Beweis für gute Arbeit.

Mesoebene:

Die Organisation der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück ist angehalten, weiterhin Kurse zur Erlernung der Deutschen Gebärdensprache anzubieten. Nur so kann eine Gebärdensprachkompetenz entstehen, da sie primär die Kommunikationsebene in der Einrichtung darstellt. Einen Schwerpunkt könnten auch Kurse mit spezifischen Gebärden zum Thema Sterben, Tod und Trauer zu sein, um hier den Dialog mit den Klienten gewährleisten zu können. Ebenso sollten die Fortbildungen zum Thema „Gelingende Kommunikation“ bestehen bleiben und erweitert werden. Sie bildet eine zentrale Möglichkeit Mitarbeiter über Hilfsmittel in der Arbeit mit gehörlosen Menschen mit geistigen und/ oder körperlichen Behinderungen zu informieren. „Wenn das Leben sich dem Ende zuneigt, mehr und mehr die Worte fehlen, gehen auch der Fluss der Gebärdensprache sowie die Gebärden an sich verloren.“ (Lamp, 2010, S. 149)

Ein Teil der Befragten Mitarbeiter hat sich gegen eine Sterbebegleitung ausgesprochen. Dies muss im Fall des Falles berücksichtigt werden. Vermutlich stehen Ängste und fehlende Kompetenzen dem im Weg. Die Einrichtung ist in der Pflicht ihre Mitarbeiter auf die Anforderungen vorzubereiten. Besonders in der Medizin und Pflege weisen die Mitarbeiter klare Grenzen auf und wünschen sich Fortbildungen und Unterstützung. Es muss eine Richtlinie erstellt werden, wie nach dem Versterben eines Klienten umgegangen werden muss. Dies ist Aufgabe des Qualitätsmanagements. Ebenso sollte es Möglichkeiten der Beratung geben.

Die Mitarbeiter weisen bereits grundlegende pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen auf. Dennoch fehlt ihnen spezifisches Wissen rund um die Pflege von Sterbenden. „Da sich am Lebensende die Pflege erhöht, können nicht nur die Pflegekräfte den Bedarf der Pflege abdecken.“ (Tomic-Martini, 2015, S. 37) Im Bereich der Basalen Stimulation fallen Wissenslücken auf. Durch eine Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Schulen für pflegerische Berufe können entsprechende Fortbildungen entstehen.

In der psychosozialen Betreuung von Klienten sind spezifische Wissenslücken aufgefallen. Es sollten Fortbildungen zu Anwendung von Biographiearbeit entwickelt werden. Sie bildet eine Grundlage in der Begleitung von Sterbenden.

Die Organisation ist hier in der Verantwortung einen ausreichenden Informationsfluss zu den Wohnheimen zu gewährleisten.

Makroebene:

Menschen mit Behinderungen werden immer älter. Mit zunehmendem Alter steigen die Pflegebedürftigkeit und die Mortalität bei Menschen. Dies betrifft auch Menschen mit Behinderung. Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen sich die Frage stellen, inwieweit sie mit den Anforderungen, die diese Veränderung mit sich bringt, umgehen möchten. Diese Forschung hat aufgezeigt, was erforderlich ist, um Menschen die bereits seit Jahrzehnten in einer Einrichtung leben auch ein Sterben in dieser zu ermöglichen. Die Mitarbeiter weisen bereits eine hohe Fachkompetenz auf, die durch einzelne spezifische Fortbildungen auf ein thanatopädagogisches Niveau gebracht werden kann.

5.3.2 Empfehlungen für Folgestudien

Die Sterbebegleitung von hörgeschädigten Menschen weist im Allgemeinen wenig theoretisch belegte Forschung auf. Wobei einige Einrichtungen oder ambulante Hospizdienste existieren, die gehörlose Menschen im Sterben begleiten. Diese Einrichtungen und auch die Einrichtung der Karl-Luhmann-Heime könnte man bei aktuellen Sterbefällen „nutzen“, um durch Beobachtung und Befragung der Mitarbeiter mehr über das Sterben von gehörlosen Menschen im Vergleich zu Hörenden zu erfahren. Welche Besonderheiten, abgesehen von der Kommunikationsebene, können bei Sterbenden mit Hörschädigungen vorkommen. Anschließend an *diese* Studie können wiederum weitere Studien erfolgen, die einen Erkenntnisgewinn darüber zeigen, wie kompetent sich die Mitarbeiter nach unterschiedlichen Fortbildungen fühlen und entwickelt haben. Die jetzige Studie hat einen Bedarf festgestellt, wo Fortbildungsmaßnahmen welcher Art erforderlich sind, um das Einrichtungsziel zu erreichen. Die Einrichtung ist nun daran, Fortbildungen zu entwickeln und ihre Mitarbeiter Kompetenzen entwickeln zu lassen. Im Anschluss an diese Fortbildungsphase könnte im Zuge einer Längsschnittuntersuchung eine erneute Abfrage der Kompetenzen erfolgen. Interessant wäre zu ersehen, ob sich Fähigkeiten, Haltungen und Wissen verändert haben.

5.4 Diskussion

Die Diskussion umfasst die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses, wie auch die Stellungnahme zum Forschungsergebnis.

5.4.1 Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses

Als Schwächen dieses Forschungsprozesses ist der Fragebogen zu bezeichnen. Er war sehr umfangreich und wenig attraktiv gestaltet. Trotz eines Response von über 60% sollte dieser in einer erneuten Forschung visuell ansprechender und kompatibler gestaltet werden. Ebenfalls ließ sich die Papierform des Fragebogens als sehr arbeitsintensiv bezeichnen. Jedoch kam nur diese Möglichkeit in Frage, um eine Befragung durchzuführen. Aufgrund von unterschiedlichen PC-Kenntnissen und Zugängen gestaltete sich eine Befragung durch einen Link als schwierig. Hier hätte mit noch weniger Rücklauf gerechnet werden müssen. Als weitere Schwäche für die Erschließung der Ergebnisse zählte die Unvollständigkeit der Fragebögen. Aufgrund des nicht täglich sichtbaren Themas und des großen Umfangs des Fragebogens sind vermutlich im Verhältnis wenig offene Antworten wie auch vollständig ausgefüllte Fragebögen entstanden. Hier hätten durch komprimierte Fragen mehr Antworten zu Tage kommen können.

Stärken dieser Forschung zeigen vielfältige Einblicke in der Arbeit mit gehörlosen Menschen, die durch die Anwendung eines großzügigen Fragebogens ermöglicht worden war. Durch die abwechslungsreiche Gestaltung hatten die Befragten auch die Möglichkeit offen zu antworten und so Aspekte für den Forschenden anzugeben, die dieser möglicherweise gar nicht berücksichtigt hatte. Durch die Befragung in Papierform hatte jeder Mitarbeiter die gleichen Voraussetzungen einen Fragebogen auszufüllen. Hier wurden Hindernisse wie fehlende PC-Kenntnisse oder Zugänge übersprungen.

5.4.2 Stellungnahme zum Forschungsergebnis

Auf *Makroniveau* ist diese Forschung ein Grundstein in der Forschung um die Sterbebegleitung von Menschen mit einer Hörschädigung und geistiger und/ oder körperlicher Behinderung. Die Informationen der Mitarbeiter der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl-Luhmann Heimen, geben einen guten Einblick in die Notwendigkeit von Fortbildungen in diesem Bereich. Die Kompetenzen setzen sich in der Arbeit mit gehörlosen Menschen mit zusätzlichen Behinderungen aus verschiedenen Bereichen zusammen. Ein besonderer Bereich mit hoher Wichtigkeit spiegelt die Kommunikation wieder.

Auf *Mesoniveau* können die erbrachten Ergebnisse Grundlage dafür sein, Kompetenzrichtlinien zu erstellen, die notwendig sind um gehörlose Menschen mit geistigen und/ oder körperlichen Einschränkungen im Sterbeprozess zu betreuen. Diese Richtlinien können nicht nur der Einrichtung der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, den Karl-Luhmann Heime, zu gute kommen, sondern auch anderen Wohn- oder Pflegeheimen mit einer speziellen Ausrichtung für gehörlose Klienten.

Auf *Mikroebene* sind die erhaltenden Erkenntnisse zunächst einmal von Bedeutung für diese Mitarbeiter Fortbildungsmaßnahmen zu entwickeln, damit diese Unsicherheiten und Unkenntnis abbauen können.

Literaturverzeichnis

Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer

Bleeksma, M. (1998). *Mit geistiger Behinderung alt werden*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Conte, P. (2004). *Basale Stimulation: Theorie und Anwendbarkeit – Ein Erfahrungsbericht*. Norderstedt: GRIN Verlag

Dr.Ulrich-Lange-Stiftung GmbH. (2004). *Begleiten bei Sterben, Tod und Trauer. Konzeptionelle Überlegungen. Aufgaben und Zuständigkeiten. Erfahrungen und Ideen*. Krefeld

Drum, C. (2009). *Guidelines and Criteria for the Implementation of Community-Based Health Promotion Programs for Individuals with Disabilities*. American Journal of Health Promotion, 2009 (24), S.93- S.101

Ebermann, E. (2010). *Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren*. Verfügbar unter: URL: <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-34.html> [Stand: 31.03.2016]

Feldmann, K. (2010). *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. 2. überarb. Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flemming, M. (2014). *Deutsche Gebärdensprache. DGS I*. Osnabrück

Gaskell, S. & Nightingale, S. (2010). *Supporting People with learning disabilities in acute care*. Nursing Standard. 2010 (24). S. 42-48

Goldschmidt, S. (2008). *Kultur der tauben Menschen*. Verfügbar unter: URL: <http://www.taubwissen.de/content/index.php/taubenkultur/einfuehrung-in-unsere-kultur/376-stefan-goldschmidt-kultur-der-tauben-menschen> [Stand: 13.03.2016]

Hasseler, M. (2014). *Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung*. Review Artikel. Deutsche Medizinische Wochenschrift

Haveman, M. & Stöppler, R. (2004). *Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Heslop, P., Blair, P., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A. & Russ, L. (2013). *Confidential Inquiry into premature deaths of people with learning disabilities (CIPOLD). Final report.* Bristol: Norah Fry Research Centre

Klieme, E. (2004). *Was sind Kompetenzen und wie sie sich messen?* Weinheim: Beltz Verlag

Lamp, I. (Hrsg.). (2010). *Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten.* Stuttgart: Kohlhammer

Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung.* Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Schmied, G. (1985). *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft.* Wiesbaden: Springer Fachmedien

Schmitt, B. (2004). *Folgen der bakteriellen Meningitis.* Wiesbaden: Springer Fachmedien

Schwarzenberg, E. (2013). *Thanatopädagogische Begleitung lebensverkürzt erkrankter Kinder und Jugendlicher und ihrer Geschwister in Kinder- und Jugendhospizen.* Wiesbaden: Springer Fachmedien

Tomic-Martini, M. (2015). *Sterbebegleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Sterben, Tod und Trauer in einer Wohnstätte.* Saarbrücken: Akademiker Verlag

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2010). *Designing a Research Project.* (Second edition). The Hague: Eleven International Publishing.

WHO. (2013). *ICD-10-GM Version 2013. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen.* Genf

WHO. (2016). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision.* Genf

Woodgate-Bruhin, M. (2010). *Sterbebegleitung von Menschen mit geistiger Behinderung. Im stationären Kontext.* München: Grin Verlag

Bilderverzeichnis

Enuvo GmbH. (2016). *Umfrage Online.* Verfügbar unter: URL: https://www.umfrageonline.com/?url=result_det&uid=587353 [Stand: 9.06.2016]

Reuter, P. (2016). *Hände*. Verfügbar unter: URL:

<http://www.petra-reuter.com/logos/haende.jpg> [Stand: 16.3.2016]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Geschlecht der Teilnehmer	21
Abbildung 2 Alter der Mitarbeiter	22
Abbildung 3 Berufliche Qualifizierung	22
Abbildung 4 Grad der Deutschen Gebärdensprache.....	22
Abbildung 5 Verständigung mit den Klienten.....	23
Abbildung 6 Nonverbale Kommunikation mit den Klienten (Bewertung der Anwendung)	23
Abbildung 7 Nonverbale Kommunikation mit den Klienten (Hilfsmittel)	24
Abbildung 8 Anwendung von Visualisierungen	24
Abbildung 9 Visualisierungen als Kommunikationsmittel	25
Abbildung 10 Alternative Kommunikationsmittel	25
Abbildung 11 Sterbeprozess begleiten.....	25
Abbildung 12 Benötigte Hilfen.....	26
Abbildung 13 Persönliche Grenzen in der Sterbebegleitung	26
Abbildung 14 Hilfe von Dritten annehmen.....	26
Abbildung 15 Direkte Vorgesetzte nach Hilfe fragen	27
Abbildung 16 Hilfen von der Einrichtung nach Versterben eines Bewohners	27
Abbildung 17 Rituale nach Tod eines Klienten	27
Abbildung 18 Pflegerische Ausbildung	28
Abbildung 19 Durchführung von Teil- und Ganzkörperwaschungen	28
Abbildung 20 Kenntnisse im Bereich der Lagerung von Personen.....	29
Abbildung 21 Basale Stimulation	29
Abbildung 22 Wissensquelle Basale Stimulation.....	29
Abbildung 23 Sterbende pflegen	30
Abbildung 24 Selbstbestimmung des Klienten achten	30
Abbildung 25 Selbstbestimmung bei Sterbenden	30
Abbildung 26 Gespräche über Tabuthemen mit dem Klienten.....	31
Abbildung 27 Spiritualität und Religiosität	31
Abbildung 28 Biographiearbeit	31
Abbildung 29 Biographiearbeit kennen	32
Abbildung 30 Biographiearbeit eingesetzt	32
Abbildung 31 Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal	32
Abbildung 32 Informationsfluss im Team.....	33
Abbildung 33 Dokumentationsverhalten	33
Abbildung 34 Kontakt mit Angehörigen und Betreuern.....	34
Abbildung 35 Miteinbeziehung von Angehörigen im Sterbeprozess	34
Abbildung 36 Kommunikation mit Klienten über Sterben, Tod und Trauer	35

Anlagen

Anlage I Gesamtauswertung

Auswertung Thanatopädagogische Kompetenzen		
38 Befragte		
Kategorie		Anzahl
1. Geschlecht:	Männlich	3
	Weiblich	34
	Keine Angabe	1
2. Alter:	x-29 Jahre	9
	30-39 Jahre	6
	40-49 Jahre	8
	50-59 Jahre	11
	60-x Jahre	2
	Keine Angabe	2
3. Qualifizierung:	Fachkraft	26
	Nicht-Fachkraft	12
	Keine Angabe	0
A Kommunikation		
1. Welchen Grad der Deutschen Gebärdensprache (DGS) haben Sie erworben?	Keinen	4
	1. Grad	4
	2. Grad	14
	3. Grad	7
	4. Grad	6
	5. Grad	2
	Keine Angabe	1
2. Können Sie sich mit den Klienten angemessen verständigen?	Angemessen (1)	7
	(2)	13
	(3)	16
	(4)	1
	Unzureichend (5)	1
	Keine Angabe	0
3. Wie ist eine nonverbale Kommunikation (z.B. Mimik und Gestik) mit den Klienten der Einrichtung möglich?		
	Anwendung	
	Sehr gut	5
	Gut	6
	Okay	5
Hilfsmittel	Eingeschränkt	1
	Gestik	12
	Mimik	11
	Deutsche Gebärdensprache	7
	Zeigen	4

	Schreiben	4
	Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG)	2
	Ablesen	2
	Fotos	2
	Körpersprache, Blickkontakt, Bilder, Zeit, Geduld, lesen, Zeichensprache, Wahrnehmung, Beobachtung, kommt auf die Gruppe an, Visualisierungen, Gegenstände, Kontaktreflexion, Pacing und Leading	1
	Keine Angabe	4
4. In wie weit halten Sie die Visualisierungen (Bilder, Piktogramme) in Ihrem Arbeitsumfeld angemessen, um die Kommunikation mit den Klienten zu vereinfachen?	Angemessen (1)	9
	(2)	14
	(3)	11
	(4)	4
	Unzureichend (5)	0
	Keine Angabe	0
5. Wie schätzen Sie Ihre eigenen Fähigkeiten ein, mit den Visualisierungen zu kommunizieren?	Angemessen (1)	10
	(2)	15
	(3)	10
	(4)	3
	Unzureichend (5)	0
	Keine Angabe	0
6. Welche alternativen Kommunikationshilfsmittel (z.B. Mobiltelefon, Tablet) sind Ihnen geläufig?	Bilder	8
	PC	8
	Piktogramme	7
	Mobiltelefon	6
	Bücher	4
	Tablet	3
	Fax	3
	Internet	3
	Email, Schreiben, Whats app, DGS, DGS APP, Sprach PC, Fotos, „nichts“	2
	Talker, Fingeralphabet, Tafeln,	1

	SMS, Methodenkoffer, TV, Gebärdenlexika, "die meisten"		10
	Keine Angabe		10
B Persönliche Ressourcen			
1. Wären Sie bereit einen Sterbeprozess zu begleiten?	Ja		21
	Nein		17
	Keine Angabe		0
Wenn ja, dann benötige ich:	Fortbildung		10
	Zeit		8
	Unterstützung im Team		4
	Ruhe		3
	Frei von anderen Verpflichtungen		3
	Passende Gebärden		3
	Fachliche Reflexion		3
	Fachliche Begleitung		2
	Passende Räumlichkeiten		2
	Klare Absprachen, Zusammenarbeit mit Arzt, Beratung, Informationen, Hospizbegleitung, medizinische Hilfsmittel, Frei, Unterstützung von Familie und Freunden		1
	Keine Angabe		18
2. Wo sind Ihre Grenzen im Bereich der Sterbebegleitung?	Keine		5
	Körperliche Pflege		3
	Kein Mediziner		3
	Bin keine Pflegekraft, bei jungen Bewohnern, Lagerung, Wunden, Zeitliche Ressourcen, bei Angehörigen/Kindern, hohes Leid bei Angehörigen/Bewohnern, Einrichtung zeigt Grenzen, illegale Sterbehilfe		1
	Keine Angabe		16
3. Schätzen Sie sich selbst so ein, dass Sie Hilfe von Dritten annehmen können?	Eher Ja	(1)	17
		(2)	15
		(3)	4
		(4)	0
	Eher Nein	(5)	1
	Keine Angabe		1

4. Könnten Sie es sich vorstellen, Ihren direkten Vorgesetzten nach einer passenden Hilfe für sich zu fragen um in innerer psychischer Balance zu bleiben oder wieder zu gelangen?	Eher Ja	(1)	19
		(2)	5
		(3)	5
		(4)	6
	Eher Nein	(5)	2
5. Welche Hilfen benötigen Sie von der Einrichtung nach dem Versterben eines Klienten?	Keine Angabe		1
	Richtlinie Qualitätsmanagement		7
	Mentale Unterstützung für Team und Bewohner		5
	Beratungsgespräche		5
	Zeit		3
	Frei, Unterstützung von Kollegen, Hilfe bei Bürokratie/Fragen (Unterstützung beim Telefonieren), Keine/Nichts		2
	Verständnis, Ruhe, Supervision, genug Personal, klare Absprachen, Begleitung durch Sterbebegleiter, Fortbildung, passende Gebärden, Kommunikation, Fachkraft, Aufklärung nach plötzlichem Versterben, keine Ahnung		1
	Keine Angabe		8
	Trauerfeier		15
	Bild		12
Kerze		9	
Austausch		9	
Abschied		3	
Besuche am Grab, Blumen, Fenster auf, mentale Unterstützung für Team und Bewohner		2	
Wand mit Bildern des Verstorbenen, Offener Umgang, Fotoalben des Toten, Zuwendung, Gespräche, Kreuz, Rundschreiben an alle, Traueranzeige (Zeitung), Kontakt zu Angehörigen		1	

	gen/Betreuer, falls möglich vor dem Tod Wünsche des Bewohners abklären, Visualisierung für Bewohner, angemessene Zeit um beim Bewohner zu verbleiben		
	Keine Angabe		8
C Pflege			
1. Haben Sie eine pflegerische Ausbildung?	Ja		19
	Nein		19
	Keine Angabe		0
2. Führen Sie regelmäßig Teil-oder Ganzkörperwaschungen durch?	Ja		23
	Nein		15
	Keine Angabe		0
3. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse im Bereich der Lagerung von Personen ein?	Angemessen	(1)	6
		(2)	7
		(3)	14
		(4)	4
	Unzureichend	(5)	5
	Keine Angabe		2
4. Haben Sie Wissen im Bereich der Basalen Stimulation?	Ja		20
	Nein		17
	Keine Angabe		1
5. Basale Stimulation: Wenn ja, wie haben Sie das Wissen erworben?	Ausbildung		14
	Fortbildung		7
	Kollegen		2
	Gelesen		2
	Privat		1
	Keine Angabe		18
6. Wären Sie bereit, Personen im Sterbeprozess zu pflegen?	Ja		19
	Nein		5
	Vielleicht (z.B. bei entsprechender Fortbildung)		13
	Keine Angabe		1
D Psychosozial			
1. Inwieweit achten Sie auf die Selbstbestimmung der Klienten?	Ausreichend	(1)	16
		(2)	13
		(3)	7

		(4)	1
	Ungenügend	(5)	0
	Keine Angabe		1
	Ja		9
2. Würde es Ihnen schwerer fallen die gleiche Selbstbestimmung auch Sterbenden teilhaben zu lassen?			
	Nein		25
	Keine Angabe		4
3. Wären Sie auch bereit über sogenannte „Tabuthemen“ mit dem Klienten zu sprechen, wie z.B. Beerdigungswünsche, Diagnosen/Prognosen usw.?	Eher Ja	(1)	18
		(2)	14
		(3)	3
		(4)	1
	Eher Nein	(5)	0
4. Würden Sie dem Klienten einen angemessenen Rahmen gestalten, um seine Spiritualität/ Religiosität ausüben zu können?	Ja		37
	Nein		0
	Keine Angabe		1
5.a) Ist Ihnen der Begriff „Biographiearbeit“ aus Ihrem Handlungsalltag bekannt?	Ja		17
	Nein		19
	Keine Angabe		2
b) Wenn ja, woher kennen Sie ihn und wie haben Sie Biographiearbeit in der Praxis eingesetzt?			
Kennen	Arbeitsstelle		5
	Studium		3
	Ausbildung		5
	Fortbildung		3
	Kollegen		2
	Keine Angabe		22
Eingesetzt	E-Berichte		4
	Gespräche		2
	Lebensbuch		3
	Nicht		3
	Alte Kontakte aktiviert, Orte besucht, im Studium, Fallbesprechung, Karten an Angehörige schreiben, Anamnese, Selbsthilfebögen, Handlungs-		1

	pläne, Krisenreflexion, Lebensbäume, BW-Akte, Tagesdoku, Mappen, Schatzkiste		
E Netzwerkarbeit			
1. Wie schätzen Sie Ihre eigenen Fähigkeiten (z.B. gelerntes Wissen) ein um mit medizinischem Fachpersonal zum Wohle des Klienten zu kommunizieren?	Angemessen	(1)	7
		(2)	13
		(3)	14
		(4)	2
	Unzureichend	(5)	0
	Keine Angabe		2
2. Funktioniert der Informationsfluss in Ihrem Team reibungslos, so dass Sie alle nötigen Informationen haben um effektiv zu arbeiten?	Angemessen	(1)	7
		(2)	11
		(3)	15
		(4)	5
	Unzureichend	(5)	0
	Keine Angabe		0
3. Wie schätzen Sie Ihr eigenes Dokumentationsverhalten ein?	Angemessen	(1)	10
		(2)	17
		(3)	9
		(4)	0
	Unzureichend	(5)	1
	Keine Angabe		1
4. Wie schätzen sie Ihre Fähigkeiten ein, mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern in Kontakt zu treten und zu bleiben?	Angemessen	(1)	12
		(2)	15
		(3)	9
		(4)	1
	Unzureichend	(5)	0
	Keine Angabe		1
5. Wie gut gelingt es Ihnen Angehörige in den Sterbeprozess mit ein zu beziehen?	Angemessen	(1)	1
		(2)	11
		(3)	9
		(4)	4
	Unzureichend	(5)	0
	Keine Angabe		13
6. Gelingt Ihnen eine hinreichende Kom-	Angemessen	(1)	3

munikation mit den anderen Klienten der Gruppe in der Sie tätig sind zum Thema Sterben, Tod und Trauer?			
		(2)	11
		(3)	16
		(4)	2
	Unzureichend	(5)	2
	Keine Angabe	4	

Anlage II Fragebogen

Liebe Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Heilpädagogischen Hilfe Osnabrück, Bereich für Hörgeschädigte – die Wohnheime der Karl-Luhmann Heime!

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit führe ich eine Forschung durch.

Diese befasst sich mit dem Thema Sterbebegleitung bei Menschen mit geistigem Handicap und Hörschädigung. Mein Ziel ist es mit diesem Fragebogen Ihre thanatopädagogischen* Kompetenzen abzufragen, die man für eine Sterbebegleitung benötigt. Es geht dabei primär um Sie als Mitarbeiter. Die Befragung erfolgt anonym. Die Ergebnisse werden in meine Bachelorarbeit einfließen und genutzt werden um die Qualität der Mitarbeiterfortbildungen in diesem Bereich zu verbessern.

Die Beantwortung des Fragebogens nimmt etwa 20 Minuten in Anspruch.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Franziska Overmeyer

* Mit Thanatopädagogik bezeichnet man sozusagen den Schnittpunkt zwischen Thanatologie, Pädagogik und Medizin. Sie bezeichnet die pädagogische Begleitung lebensverkürzend erkrankter Kinder und Jugendlicher unter besonderer Berücksichtigung der Palliativen Pädagogik (Schmerzbegleitung). Ferner richtet sie sich im Sinne der Systemorientierung an die Familien und die sie begleitenden Menschen. Somit hat die Thanatopädagogik auch die pädagogische Unterstützung für Menschen zum Gegenstand, die auf einer professionellen und persönlichen Ebene mit thanatalen Aspekten konfrontiert sind.“ (Schwarzenberg, 2013, S. 328) Dieser Begriff wird für diese Forschung von Menschen mit geistigen Behinderungen und Hörschädigung verwendet, da sich die Klienten geistig auf dem Niveau von Kindern befinden und ähnliche Bedürfnisse pflegen.

- 1 2 3 4 5

6. Welche alternativen Kommunikationshilfsmittel (z.B. Mobiltelefon, Tablet) sind Ihnen geläufig?

B) Persönliche Ressourcen

Dieser Befragungsbereich befasst sich mit Ihren persönlichen Bedürfnissen und Wünschen zum Thema Sterbebegleitung.

1. Wären Sie bereit einen Sterbeprozess zu begleiten?

- Ja Nein

Wenn Ja, dann benötige ich:

2. Wo sind Ihre Grenzen im Bereich der Sterbebegleitung?

3. Schätzen Sie sich selbst so ein, dass Sie Hilfe von Dritten annehmen können?

- Eher Ja Eher Nein
 1 2 3 4 5

4. Könnten Sie es sich vorstellen, Ihren direkten Vorgesetzten nach einer passenden Hilfe für sich zu fragen um in innerer psychischer Balance zu bleiben oder wieder zu gelangen?

- Eher Ja Eher Nein
 1 2 3 4 5

5. Welche Hilfen benötigen Sie von der Einrichtung nach dem Versterben eines Klienten?

6. Welche Rituale wünschen Sie sich nach dem Tod eines Klienten?

C) Pflege

In diesem Abschnitt des Fragebogens geht es um den Bereich der pflegerischen Tätigkeiten.

1. Haben Sie eine pflegerische Ausbildung?

Ja Nein

2. Führen Sie regelmäßig Teil- oder Ganzkörperwaschungen durch?

Ja Nein

3. Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse im Bereich der Lagerung von Personen ein?

Angemessen unzureichend

1 2 3 4 5

4. Haben Sie Wissen im Bereich der Basalen Stimulation? (Belebende Waschung)

Ja Nein

5. Wenn ja, wie haben Sie das Wissen erworben?

6. Wären Sie bereit, Personen im Sterbeprozess zu pflegen?

Ja Nein

Vielleicht (z.B. bei entsprechender Fortbildung)

D) Psychosozial

In dem folgenden Teil des Fragebogens geht es um die psychosozialen Aspekte der Betroffenen und in wieweit Sie als Mitarbeiter mit diesen umgehen.

1. Inwieweit achten Sie auf die Selbstbestimmung der Klienten?

Ausreichend

ungenügend

<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

2. Würde es Ihnen schwerer fallen die gleiche Selbstbestimmung auch Sterbenden teilhaben zu lassen?

Ja Nein

3. Wären Sie auch bereit über sogenannte „Tabuthemen“ mit den Klienten zu sprechen, wie z.B. Beerdigungswünsche, Diagnosen/Prognosen usw.?

Eher Ja

Eher Nein

<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5

4. Würden Sie den Klienten einen angemessenen Rahmen gestalten, um seine Spiritualität/ Religiosität ausüben zu können?

Ja Nein

5. a) Ist Ihnen der Begriff „Biographiearbeit“ aus Ihrem Handlungsalltag bekannt?

Ja Nein

- b) Wenn ja, woher kennen Sie ihn und wie haben Sie Biographiearbeit in der Praxis eingesetzt?

Ken-
nen: _____

—

Einge-
setzt: _____

—

E) Netzwerkarbeit

In dem letzten Bereich des Fragebogens geht um Ihre Fähigkeiten im Bereich der Netzwerkarbeit mit Kollegen, Angehörigen, gesetzlichen Betreuern und medizinischem Personal.

1. Wie schätzen Sie Ihre eigenen Fähigkeiten (z.B. gelerntes Wissen) ein um mit medizinischem Fachpersonal zum Wohle des Klienten zu kommunizieren?

Fähigkeiten:

Angemessen					Unzureichend
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	

2. Funktioniert der Informationsfluss in Ihrem Team reibungslos, so dass Sie alle nötigen Informationen haben um effektiv zu arbeiten?

Angemessen					Unzureichend
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	

3. Wie schätzen Sie Ihr eigenes Dokumentationsverhalten ein?

Angemessen					Unzureichend
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	

4. Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeiten ein, mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern in Kontakt zu treten und zu bleiben?

Angemessen					Unzureichend
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	

5. Wie gut gelingt es Ihnen Angehörige in den Sterbeprozess mit ein zu beziehen?

Angemessen					Unzureichend
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	

6. Gelingt Ihnen eine hinreichende Kommunikation mit den anderen Klienten der Gruppe in der Sie tätig sind zum Thema Sterben, Tod und Trauer?

Angemessen					Unzureichend
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	

Anlage III Beurteilungsformular

Bewertungsformular 2015-2016			 Academie Mens en Maatschappij
SE 9.2: Bachelor-Thesis (t.amm.37489)			
Student/in 1	Franziska Overmeyer	St.-Nr.	317817
Student/in 2		St.-Nr.	
Student/in 3		St.-Nr.	
Student/in 4		St.-Nr.	
Student/in 5		St.-Nr.	
Datum			
Prüfer/in			
Unterschrift			

Bewertungsvoraussetzung:	Genügend / Ungenügend	Feedback / Erläuterung
Das Kriterium zum Professionellem Schreiben (Kriterium 1) ist mindestens mit „Genügend“, d.h. mit mindestens sechs Punkten, bewertet worden.		
Die Länge der Bachelor-Thesis beträgt <ul style="list-style-type: none"> • Bei 1 Studierenden 40 Seiten (+/- 5 Seiten) • bei 2 Studierenden 55 (+/- 5 Seiten) • bei 3-5 Studierenden 80 (+/- 5 Seiten). 		
Passt auf: Die Bachelor-Thesis wird grundsätzlich anhand aller Kriterien beurteilt. Verfehlt die Bachelor-Thesis die Anforderungen an die Länge und/ oder das Kriterium zum Professionellen Schreiben, wird er mit „Ungenügend“ bewertet und mit einer „1“ in BISON registriert. Dabei ist es unerheblich, ob infolge der Beurteilung		

der weiteren Kriterien eine Gesamtpunktzahl von 60 Punkten oder mehr erreicht wird.

Kriterium	0 Punkte	3 Punkte	6 Punkte	8 Punkte	10 Punkte	Punkte	Feedback
1. Professionelles Schreiben (Bewertungsvoraussetzung)	Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen sind überwiegend mangelhaft.	Sprachgebrauch, Textaufbau oder Auswahl und Umgang mit Quellen entsprechen nicht dem Leitfaden Professionelles Schreiben.	Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen entsprechen dem Leitfaden Professionelles Schreiben. Quellen sind überwiegend aktuell und wissenschaftlich.	Der gesamte Bericht entspricht dem Leitfaden Professionelles Schreiben hinsichtlich Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen. Der Text ist erkennbar gegliedert, Rechtschreibung und Grammatik sind weitgehend fehlerfrei. Quellen sind aktuell und wissenschaftlich. Verweise und Quellenangaben entsprechen der APA-Norm.	Der gesamte Bericht entspricht dem Leitfaden Professionelles Schreiben, wobei Sprachgebrauch, Textaufbau und/oder Auswahl und Umgang mit Quellen das geforderte Maß im besonderen Umfang übertrifft. Der Text ist logisch gegliedert, Rechtschreibung und Grammatik sind fehlerfrei. Quellen sind aktuell und wissenschaftlich. Verweise und Quellenangaben entsprechen der APA-Norm.		
2, Die Forschung der Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit relevanten Entwicklungen in der Sozialen Arbeit.	Über die Relevanz der Bachelor-Thesis finden sich keine nachvollziehbaren Aussagen.	Die Forschung ist nicht relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit in einem bestimmten Gebiet Sozialer Arbeit innerhalb einer Institution.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit in mehreren vergleichbaren Institutionen.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung evidenzbasierter Sozialer Arbeit in verschiedenen Institutionen.		
3. Die Forschung ist nützlich und/oder innovativ für das Arbeitsfeld.	Innovation und Nutzen der Forschung sind nicht dargestellt.	Die Forschung ist nicht innovative und/oder hat keinen Nutzen für das Arbeitsfeld.	Die Forschung unterstützt die Verbesserung der Hilfeleistung in der Auftrag gebenden Einrichtung.	Die Forschung unterstützt die Verbesserung der Hilfeleistung in der Auftrag gebenden und vergleichbaren Einrichtungen. Theorien werden kritisch mit den Forschungsergebnissen diskutiert.	Die Studie kommt zu neuen Einsichten hinsichtlich der Weiterentwicklung professioneller Praxis. Theorien werden kritisch verglichen und der Standpunkt der Forschenden beruht auf den Forschungsergebnissen.		
4. Die Forschungsfrage der Bachelor-	Die Forschungsfrage ist nicht deutlich.	Die Forschungsfrage ist nicht präzise und basiert nicht auf	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind ausrei-	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind klar definiert, in einem logi-	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind klar definiert, in einem logischen Verhältnis		

lor-Thesis ist präzise und ziel-führend.		dem Forschungsziel.	chend klar und schlie-ßen aneinander an.	schen Verhältnis zueinander und ausführbar.	zueinander und ausführbar. Sie gehen von einem klar erkennbaren praktischen Anlass aus und schließen zugleich an die Theorie an.			
5. Die Forschung basiert auf einem aktuellen und relevanten theo-retischen Hinter-grund (nationale und internationale Quellen).	Der theoretische Hintergrund ist nicht nachvoll-ziehbar und/oder nicht aktuell und relevant.	Der theoretische Hintergrund ist nicht aktuell und/oder relevant.	Mindestens fünf aktuelle, relevante Quellen sind genutzt worden, hierbei mindestens ein internationaler Zeitschriftenartikel. Der theoretische Rahmen umfasst internationale Aspekte des Themas.	Mindestens zehn aktuelle, relevante Quellen sind ge-nutzt worden, hierbei min-destens zwei internationale Zeitschriftenartikel. Die Theorie wird mit eigenen Worten wiedergegeben. Die internationale Perspektive ermöglicht eine Vertiefung des Themas.	Mindestens zwölf aktuelle, rele-vante Quellen sind genutzt wor-den, hierbei mindestens vier in-ternationale Zeitschriftenartikel. Die Theorie wird mit eigenen Worten wiedergegeben. Die inter-nationale Perspektive ist innovativ.			
6. Die Forschungs-methodensind zuverlässig und transparent.	Die Datenerhe-bung ist nicht nachvollziehbar.	Die Daten sind nicht systematisch, über-prüfbar und/oder auf einer akzeptier-ten Methode basie-rend.	Die Daten sind syste-matisch erhoben und überprüfbar. Die ge-nutzten Methoden sind plausibel.	Die Daten sind überprüfbar und systematisch erhoben und aufbereitet. Die genutz-ten Methoden sind plausibel.	Die Daten sind systematisch, überprüfbar und basierend auf einer akzeptierten Methode erho-ben und aufbereitet. Die Forschungsmethode ist kom-plex und/oder es werden ver-schiedene Forschungsmethoden kombiniert.			
7. Die Datenauswer-tung und die Ergebnispräsen-tation sind korrekt.	Datenauswer-tung und/oder Ergebnispräsen-tation sind feh-lerhaft.	Die Datenauswer-tung und die Ergeb-nispräsentation sind nicht plausibel.	Die Datenauswertung ist korrekt, aber die Ergebnisse könnten präziser sein.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt. Die Ergebnisse sind überprüfbar, es werden stichhaltige Aussagen zur Güte der Ergebnisse getroffen.			
8. Die Schlussfolge-rungen basieren auf den Ergebnis-	Schlussfolgerun-gen fehlen.	Die Antworten auf die Fragen sind unzureichend in ihrem Bezug zu den	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der empirischen Forschung und	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der empirischen Forschung und schließen aus-			

sen und dem theoretischen Hintergrund und beantworten die Haupt- und Teilfragen.		Ergebnissen der Forschung und/oder zum theoretischen Hintergrund.	empirischen Forschung und greifen einzelne Aspekte des theoretischen Hintergrunds auf.	schließen ausdrücklich und umfanglich an den theoretischen Hintergrunds an.	drücklich und umfanglich an den theoretischen Hintergrunds an. Eventuelle kritische Auswirkungen der Schlussfolgerungen werden benannt.			
9. Die Empfehlungen sind praxis- und theorieorientiert formuliert.	Empfehlungen fehlen.	Die Empfehlungen sind unklar.	Die Empfehlungen sind klar und können in der Praxis umgesetzt werden. Sie basieren auf den Schlussfolgerungen und schließen an die Ergebnisse der Forschung und einzelne Aspekte des theoretischen Rahmens an.	Die Empfehlungen sind klar, differenziert und handlungsleitend in der Praxis. Sie sind auf Mikro- und Mesoniveau angelegt.	Die Empfehlungen sind klar, differenziert und handlungsleitend in der Praxis. Sie sind auf Mikro-, Meso- und Makroniveau angelegt. Die Empfehlungen zu Folgestudien sind nachvollziehbar und stichhaltig.			
10. Die Diskussion verdeutlicht einen persönlichen und professionellen Standpunkt und einen kritischen Rückblick, der Stärken, Schwächen und alternative Herangehensweisen benennt.	Eine Diskussion ist nicht vorhanden.	Die Diskussion enthält keinen überzeugenden Inhalt.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesse.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesse. Die Bachelor Thesis, wird abschließend kritisch auf Mikro- und Mesoniveau betrachtet.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesse und berücksichtigt dabei auch forschungsethische Aspekte. Die Forscher beziehen auf Mikro-, Meso- und Makroniveau Stellung zum Ergebnis, also zur Bachelor Thesis, wobei sich Wissen und Verständnis verbinden.			
Punkte gesamt (max. 100)								
Gesamtbewertung (Note):								
Die Gesamtbewertung (Ziffer) ergibt sich aus den erreichten Punkten								

Bestehensgrenze

Die Endnote ergibt sich aus der Addition der in den einzelnen Kriterien-Bereichen erzielten Punkte. Um ein „Ausreichend“ / „Genügend“ (= die Note 6) zu erhalten, sind **mindestens 55 Punkte** zu erzielen

Die Notengebung erfolgt nach folgendem Schlüssel:

Note	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max. 100 Punkte	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95-100