

Bitte geben Sie für die pseudonymisierte Speicherung Ihrer Daten die folgende Buchstaben- und Zahlenkombination ein:

1      2

C	H
---	---

Die zwei Anfangsbuchstaben des Vornamens Ihrer Mutter

3      4

S	O
---	---

Die ersten zwei Anfangsbuchstaben Ihres Geburtsortes

5

N
---

Den Anfangsbuchstaben Ihres Geburtsmonats

6

7
---

Die letzte Ziffer Ihres Geburtsjahres

Haben Sie im Rahmen Ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit Erfahrungen mit Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung (d.h. Menschen mit einer angeborenen oder früh erworbenen geistigen und schweren Behinderung) sammeln können?

Ja

Nein

Wenn Sie „Nein“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte den **grünen** Fragebogen aus.

Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte den **gelben** Fragebogen aus.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, wenn Sie „ja“ angekreuzt haben und bereits Erfahrung mit Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung haben.



**1. Wie viele Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung haben Sie im letzten Jahr (September 2018 bis September 2019) in Ihrer Einrichtung (bei Wiederaufnahme nur einmalige Aufzählung) begleitet?**

			3
--	--	--	---

**2. Wie viele der aufgezählten Klient\*innen wurden bei Ihnen wiederholt aufgenommen?**

			1
--	--	--	---

**3. Haben Sie in den letzten fünf Jahren (September 2014 bis September 2019) eine Änderung bezüglich der Anfragen für die Begleitung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung beobachtet?**

Ja, ich habe eine **Zunahme der Anfragen** von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung beobachtet.

Ja, ich habe eine **Abnahme der Anfragen** von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung beobachtet.

**Nein**, ich habe **keine Veränderung** in der Anzahl der Anfragen von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung beobachtet.

**4. Zeigen Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung, Ihrer Einschätzung nach, spezifische Bedarfe in der Begleitung/Versorgung – wenn, ja welche?**

Nein

Ja, folgende(n):

Wohlfühler

---



---

5. Wenn Sie an die Begleitung/Versorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung zurückdenken – welche Herausforderungen sind Ihnen begegnet?

Kommunikation

---

---

---

6. Wenn Sie an die Begleitung/Versorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung zurückdenken – was ist Ihnen besonders gut gelungen?

Sicherheit geben

---

---

---

7. Welche Gelingensbedingungen halten Sie für die Begleitung/Versorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung für relevant?

fr. ks. Umfeld

soz. Unterstützung

geduldet

**8. Engagieren Sie sich in einem bzw. mehreren Arbeitskreisen, die sich mit Palliative Care beschäftigen?**

Ja > Bitte fahren Sie mit **Frage 9** fort.

Nein > Bitte fahren Sie mit **Frage 10** fort.

Mir sind keine Arbeitskreise bekannt. > Bitte fahren Sie mit **Frage 10** fort.

**9. Sind dort Akteur\*innen der Behindertenhilfe beteiligt?**

Ja

Nein

Ist mir nicht bekannt.

Bitte fahren Sie mit **Frage 10** fort.

**10. Wie müsste Ihrer Meinung nach die Arbeit in themenbezogenen Arbeitskreisen organisiert sein, damit sie für Ihre Arbeit einen Gewinn darstellt?**

---

---

---

Bitte fahren Sie mit **Frage 11** fort.

**11. Wie häufig arbeiten Sie mit den nachfolgenden möglichen externen Kooperationspartner\*innen in der Begleitung/Versorgung von Klient\*innen mit geistiger und schwerer Behinderung am Lebensende zusammen?**

	oft	gelegentlich	selten	Partner*in nicht vorhanden
Stationäre Hospize/ambulante Hospizdienste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palliativstationen/SAPV-Teams	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle für Trauernde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitszentren (z.B. MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen (SGB IX)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Wie bedeutsam schätzen Sie die Kooperation mit den nachfolgenden Partner\*innen für eine adäquate Begleitung/Versorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung am Lebensende ein?**

	wichtig	unwichtig	keine Angabe
Stationäre Hospize/ambulante Hospizdienste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palliativstationen/SAPV-Teams	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Pflegeeinrichtungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle für Trauernde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitszentren (z.B. MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen (SGB IX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

13. Für welche konkreten Inhalte nutzen Sie den Austausch mit Ihren Kooperationspartner\*innen vorrangig? (Mehrfachauswahl möglich)

- Austausch über eine\*n Klient\*in
- Fallbesprechungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

14. Waren Sie im Rahmen Ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit bereits in einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung?

- Ja > Bitte fahren Sie mit Frage 15 fort.
- Nein > Bitte fahren Sie mit Frage 16 fort.

15. Mit welcher Intention waren Sie in einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung? (Mehrfachauswahl möglich)

- Aufbau oder Vertiefung einer Kooperation
- Austausch über bzw. mit Klient\*innen
- Öffentlichkeitsarbeit oder gemeinsame Projekte
- Fort- und Weiterbildung
- sonstiges und zwar: Peberkeruvisje SAPU

Bitte fahren Sie mit Frage 16 fort.

16. Bitte ordnen Sie die folgenden Aspekte nach ihrer Bedeutsamkeit für die Begleitung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung von 1 = sehr wichtig bis 8 = unwichtig. Jede Zahl darf nur einmal verwendet werden.



Berücksichtigung der Wünsche des Menschen mit schwerer und geistiger Behinderung	1
Qualifikation und Weiterbildung (z.B. heilpädagogische Expertise)	1
Nutzung verschiedener Kommunikationsformen	1
Interesse an der Arbeit mit Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung	1
Angemessene und bedürfnisorientierte Versorgung (Pflege, Medikation, Hilfsmittel)	1
Enge Kooperation mit An- und Zugehörigen	1
Kooperation im Team	1
Arbeit mit Ehrenamtlichen	1

17. Ist Ihre Einrichtung strukturell dafür ausgelegt, einen Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung zu begleiten?

Ja > Bitte fahren Sie mit Frage 18 fort.

Nein > Bitte fahren Sie mit Frage 19 fort.

18. Woran machen Sie das fest?

---



---



---

19. Was fehlt Ihrer Meinung nach für eine gelungene Begleitung/Versorgung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung?

Nochmal

Werkelt zu entsprechenden Gruppen

20. Ist der zeitliche Umfang in der Abschiedsbegleitung mit An- und Zugehörigen von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung ein anderer als bei Menschen ohne Behinderung?

- Ja, der zeitliche Umfang ist größer.
- Ja, der zeitliche Umfang ist kleiner.
- Nein, der zeitliche Umfang ist gleich.
- Das kann ich nicht beurteilen.

21. Was ist Ihrer Meinung nach das primäre Ziel bei der Abschiedsbegleitung mit Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung?

Sympathievolle

Aufmerksamkeit

**22. Welche Personen sind an Abschiedsprozessen von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung beteiligt? (Mehrfachauswahl möglich)**

Zu- und Angehörige

ein Teil des Teams

der sterbende Mensch mit geistiger und schwerer Behinderung

das gesamte Team

Partner\*innen

Freund\*innen

sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

**23. Wer sollte vorrangig mit einem lebensverkürzend erkrankten Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung über sein Sterben kommunizieren?**

Zu- und Angehörige

Arzt\*Ärztin

Pflegepersonal

Mitarbeiter\*innen der Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderung benötigen keine diesbezügliche Kommunikation

**24. Welche Tätigkeiten übernehmen Ehrenamtliche bei der Begleitung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung? (Mehrfachauswahl möglich)**

Freizeitangebote

Begleitung der Angehörigen

„An der Seite sein“

sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

**25. In welchem Tätigkeitsbereich der Hospiz- und Palliativbegleitung arbeiten Sie?**

Stationäre Palliativversorgung für Erwachsene

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Erwachsene

Stationäres Hospiz für Erwachsene

Ambulanter Hospizdienst für Erwachsene

Stationäre Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche

Stationäres Hospiz für Kinder und Jugendliche

Ambulanter Hospizdienst für Kinder und Jugendliche

sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

**26. Wie alt sind Sie?**

unter 20 Jahre

20-29 Jahre

30-39 Jahre

40-49 Jahre

50-59 Jahre

60 Jahre oder älter

keine Angabe

**27. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?**

männlich

weiblich

divers

keine Angabe

**28. Welche für Ihre derzeitige Tätigkeit relevante Grundqualifikation haben Sie? (Einfachauswahl möglich)**

- Psycholog\*in
- Arzt\*Ärztin
- Gesundheits- und Krankenpfleger\*in
- Sozialarbeiter\*in
- Heilpädagog\*in
- Rehabilitationspädagog\*in
- Sozialmanager\*in
- Medizinpädagog\*in
- sonstiges und zwar: \_\_\_\_\_

**29. Welchen höchsten Abschluss haben Sie erlangt?**

- Berufsausbildung
- Bachelor
- Master/Diplom
- Promotion
- Habilitation

**Hier ist Platz für Anmerkungen, Gedanken und Wünsche.**

---

---

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie diesen Fragebogen in dem frankierten Rückumschlag

bis zum 29.11.2019 an das PiCarDi-Team zurück.