FORUM
Gemeinschaftliches Wohnen e.V.
Bundesvereinigung

Das Hospiz im Quartier

Bedarfsgerechte Angebote, vielfältige Netzwerkpartnerschaften und die Öffnung in den sozialen Nahraum

Gute Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Leben und Sterben im vertrauten Umfeld

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Lisa Paus, MdB für die Publikation zum Abschluss des Pilotprogramms „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das eigene Zuhause ist für viele Menschen ein Ort der Geborgenheit. In Momenten, in denen wir uns krank oder müde, erschöpft oder unsicher fühlen, wünschen wir uns in den allermeisten Fällen nichts sehnlicher, als zu Hause zu sein. Denn hier fühlen wir uns wohl und sicher. Und so wundert es auch nicht, dass die meisten Menschen nicht nur bis ins hohe Alter in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben möchten – sie wollen auch dort sterben dürfen.

Die Wirklichkeit sieht jedoch ganz anders aus: Der häufigste Sterbeort ist das Krankenhaus. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Ob und wie ein Mensch am Lebensende versorgt wird, hängt oft auch vom Wohnort ab.

Das Bundesseniorenministerium will, dass künftig mehr Menschen in ihrer letzten Lebensphase in ihrem vertrauten Umfeld bleiben können. Dazu haben wir das Pilotprogramm „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ gefördert. Hier ging es um verschiedene Fragen: Wie können beispielsweise auch in ländlichen Regionen mehr professionelle Angebote der hospizlich-palliativen Versorgung geschaffen werden? Oder welche besonderen Bedarfe ergeben sich aus den medizinischen Fortschritten in der Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen? Und wie kann es gelingen, nicht nur die Lebensqualität und Selbstbestimmung des sterbenden Menschen zu stärken, sondern auch die pflegenden An- und Zugehörigen ein Stück weit zu entlasten?

Auf der Suche nach Lösungen für diese Fragen förderten wir deutschlandweit ganz unterschiedliche Projekte. Diese greifen mit ihren Angeboten die Bedarfe in den jeweiligen Quartieren auf und wollen bestehende Versorgungslücken schließen. Die Projekte zeigen, auf welch individuelle Weise schwer kranke und sterbende Menschen im gewohnten Umfeld begleitet werden können.

Ich danke allen Beteiligten, die mit ihrem Engagement zum Gelingen dieses Pilotprogrammes beigetragen haben. Damit unterstützen Sie gutes Leben bis ins hohe Alter – denn dazu gehört eben auch die Aussicht, am Ende des Weges gut begleitet zu werden. Lassen Sie uns gemeinsam dafür arbeiten.

Mit freundlichen Grüßen

Lisa Paus

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhalt

Vorwort 5
Dr. Josef Bura

Einleitung: Selbstbestimmt leben, pflegen und sterben im Quartier 6
Dr. Romy Reimer

Neue Wege in der Hospiz- und Palliativversorgung 8
Gerda Graf

Leben und Sterben im Quartier 15
Ursula Kremer-Preiß

Öffnungstendenzen in den sozialen Nahraum: Erkenntnisse aus den Pilotprojekten 22
Lara Graupner

Interview: RICAM Hospiz Zentrum Berlin 29
Philipp Freund

Förderschwerpunkt A: Teilstationäre hospizliche Angebote 32

Interview: DAS NEST – Stationäres und Teilstationäres Kinder- und Jugendhospiz sowie Hospiz & Palliativ-WG für Jugendliche 34
Elisabeth Schuh, Petra Moske

Förderschwerpunkt B: Ambulante Wohnformen 38

Interview: Haus Hebron – „Gemeinsam gegen Einsamkeit“ 40
Christoph Müller

Förderschwerpunkt C: Stationäre Angebote 43

Interview: „Hospizzimmer Ostallgäu“ im Senioren- und Pflegeheim Waal 45
Madita Lang

Bildnachweise 47

Vorwort

„Mourir vivant“ ist ein Satz aus dem Französischen, den man wörtlich mit „lebendig sterben“ übersetzen würde. Er ist in einem Video-austausch mit dem Thema „Wohnen im Alter“ gefallen, den eine befreundete französische Organisation im Rahmen eines von ihr organisierten Forschungsprojektes durchgeführt hatte.

Der Ausspruch war sicher nicht nur für mich, sondern auch für alle anderen überraschend. Ein Moment der Stille trat ein. Gerade war es noch um Erfahrungen und Erwartungen vom Älterwerden in Projekten gemeinschaftlichen Wohnens gegangen und plötzlich rückte das Lebensende in den Blick.

„Mourir vivant“ drückt knapp, aber doch präzise das aus, was sich viele Menschen von ihrem eigenen Sterben wünschen: eingebunden zu sein in eine Gemeinschaft, sich mit den verbliebenen Fähigkeiten noch in dieses soziale Gefüge einbringen zu können, Zuwendung und Unterstützung zu erfahren und zugleich wertgeschätzt und anerkannt zu werden. All dies bildet auch den Kern des Selbstverständnisses der gegenwärtigen Hospizarbeit: Menschen in ihren letzten Lebenstagen, -wochen und -monaten so viel Selbstbestimmtheit und Teilhabe wie möglich zu gewähren. Damit sie aus ihrem „normalen“ Alltag „gehen“ können, auch wenn dieser sehr verschieden sein kann.

In ihrer rund 30-jährigen Geschichte hat die moderne Hospizbewegung eine eigenständige Wohnform als Alternative zum Leben und Sterben im Krankenhaus, in klassischen stationären Einrichtungen und zu Hause entwickelt. Wie andere neue Wohnformen im Alter auch, sind Hospize vielfach als Ergebnisse von bürgerschaftlichem Aufbruch entstanden. Immer werden sie auch (mit)getragen von reformfreudigen Expertinnen und Experten. Bürgerschaftliche Mitwirkung ist dabei nicht – wie oft anderswo – ein Add-on, sondern steht im Zentrum der hospizlichen Arbeit.

Das FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V., Bundesvereinigung, durfte das Pilotprogramm „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ des Bundesfamilienministeriums fachlich begleiten und inspirierende Projekte kennenlernen, die die Selbstbestimmtheit, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe von schwerstkranken und sterbenden Menschen verbessern.

Dr. Josef Bura,

Erster Vorsitzender
FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V.,
Bundesvereinigung

Einleitung
„Selbstbestimmt leben, pflegen und sterben im Quartier“
Dr. Romy Reimer

Im Oktober 2020 startete das Pilotprogramm „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Ziel des Programms ist die Stärkung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit, Lebensqualität und sozialen Teilhabe von schwerstkranken und sterbenden, meist älteren Menschen. Hierzu fördert das Ministerium noch bis Ende 2023 innovative Projekte der Hospizarbeit und Palliativversorgung und rückt diese stärker in den Fokus der Öffentlichkeit.

Insgesamt 11 Projekte in neun Bundesländern erhielten den Zuschlag für eine baulich-investive Förderung. Wichtigstes Auswahlkriterium war, dass die Vorhaben Modellcharakter und übertragbare Ansätze im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung aufweisen. Außerdem sollten die Angebote auf lokale Bedarfe reagieren und entweder dem Ausbau, der Weiterentwicklung oder der Optimierung der lokalen Versorgung dienen. Ausgewählt wurden Projekte, die mindestens einem von drei Förderschwerpunkten entsprechen. Schwerpunkt A umfasst die teilstationären hospizlichen Angebote wie z.B. Tages- oder Nachthospize, die den Verbleib im eigenen Zuhause unterstützen und zur Schließung der Lücken zwischen stationärer und häuslicher Versorgung beitragen. Förderschwerpunkt B beinhaltet ambulante Angebote zur Unterstützung des häuslichen Wohnens und zur Stärkung sozialer Beziehungen (Nachbarschaft, Freundeskreis, An- und Zugehörige). Im Schwerpunkt C werden die Errichtung, der Umbau oder die Erweiterung bestehender stationärer Hospize gefördert. Im Mittelpunkt stehen hier die verbesserte Versorgung und Betreuung insbesondere in strukturschwachen Regionen.

Unter den Projekten, die sich für eine Förderung beworben hatten, wurden bevorzugt jene berücksichtigt, die sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen und quartiersbezogenen Gesundheits- und Sozialsystem verstehen. Bestehende lokale Partnerschaften und Kooperationen wirkten sich ebenso positiv aus, wie Ansätze, die auf überzeugende Weise ehrenamtliches Engagement einbinden und fördern oder zur Entlastung und Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger beitragen.

Die vorliegende Fachpublikation lenkt den Fokus in der Schlussphase des Programms auf das Quartier und lotet die Voraussetzungen für eine gute Einbindung von hospizlicher Arbeit in den sozialen Nahraum aus. Im Rahmen der programmbegleitenden Öffentlichkeitsarbeit hatte das FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V., Bundesvereinigung, bereits im November 2021 die Fachtagung „Selbstbestimmt leben, pflegen und sterben im Quartier“ ausgerichtet und zu einem gemeinsamen Austausch zwischen Vertreterinnen und Vertretern von Projekten, weiteren Fachleuten aus der Hospiz- und Palliativversorgung, der Wissenschaft, der Pflege sowie von Quartiers- und Nachbarschaftsinitiativen eingeladen. Die vorliegende Publikation knüpft an die Beiträge dieser Tagung an, um die Inhalte und Erkenntnisse einer größeren Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Beispielsweise lenkte Gerda Graf, Zweite Vorsitzende der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. und Pionierin der Hospizbewegung in Deutschland, im Rahmen ihres Impulsvortrags, den Blick auf die Entwicklungspotentiale hospizlicher Arbeit.

In ihrem Beitrag zu dieser Publikation skizziert Gerda Graf noch einmal wichtige Etappen der Hospiz- und Palliativversorgung. Anhand des von ihr mitentwickelten Projekts „Düren sorgsam“ plädiert sie für den Weg einer ganzheitlichen, zivilgesellschaftlich verankerten Sorgekultur, zu der auch die hospizliche Arbeit gehört.

Auch Ursula Kremer-Preiß vom Kuratorium Deutsche Altershilfe führt in dieser Publikation noch einmal Inhalte ihres Tagungsbeitrags aus. Thematisiert werden grundlegende Anforderungen an eine quartiersorientierte Hospizarbeit sowie Herausforderungen bei der Planung, Durchführung und Verstetigung von Quartiersansätzen, gerade auch im Zusammenhang mit den Themen Wohnen und Pflege.

Der Beitrag von Lara Graupner bietet einen Einblick in die Arbeit der wissenschaftlichen Begleitung des Programms. Sie ist akademische Mitarbeiterin im Evaluationsteam, das unter der Leitung von Professorin Dr. Ines Himmelsbach am IAF – Institut für Angewandte Forschung der Katholischen Hochschule Freiburg angesiedelt ist. Lara Graupners Beitrag geht insbesondere auf die Netzwerke der Projekte und ihre Verankerung im Quartier ein. Vorgestellt werden unter anderem Ergebnisse von Sozialraumanalysen und Optionen zur Verbesserung der Quartiersanbindung.

Im letzten Kapitel der Broschüre werden alle geförderten Projekte kurz vorgestellt. Vertiefende Einblicke zu Hintergründen, Entwicklungen und Herausforderungen bieten vier Projektinterviews. Dabei stammen drei aus dem Programm selbst, ein viertes, das Ricam Hospiz Berlin, wurde in einem vorangegangenen Programm gefördert und lieferte zur Integration voll- und teilstationärer Angebote wichtige Impulse, die in dem jetzigen Programm aufgegriffen und fortentwickelt werden. Das Gespräch mit dem Ricam Hospiz Berlin ermöglicht einen Einblick in Erfahrungen und Erkenntnisse eines bereits seit drei Jahren laufenden Projekts.

Neue Wege in der Hospiz- und Palliativversorgung

Gerda Graf

***Gerda Graf** ist 2. Vorsitzende der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V. und war fast 10 Jahre lang ehrenamtliche Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (heute Ehrenvorsitzende). Sie ist Mitbegründerin der „Hospizzeitschrift" und des „Bundeshospizanzeigers", Autorin zahlreicher Publikationen und Mitwirkende bei großen Forschungsprojekten. Gerda Graf baute den SAPV und das ambulante Hospiz- und Palliativzentrum für den Landkreis Düren auf sowie das stationäre Hospiz Düren, das sie auch leitete. Für ihr großes Engagement und ihre Verdienste in der Hospizbewegung wurde sie mit dem Bundesverdienstorden am Bande und dem Kulturpreis Europa ausgezeichnet.*

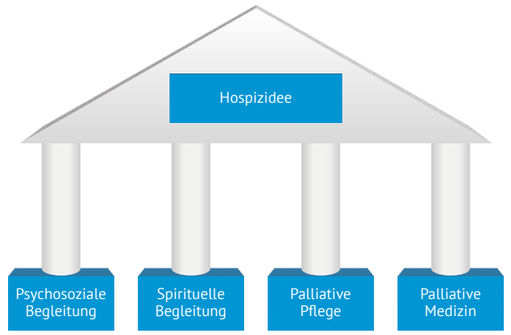
Rückblick

Die Bürgerbewegung Hospiz – eine Idee setzt sich durch

Die neuen Wege in der Hospiz- und Palliativversorgung benötigen den Blick zurück, um die Bürgerbewegung Hospiz begreifbar zu machen. Ihre Anfänge skizzieren mehr denn je, was es braucht, um mitmenschliches Handeln in den Fokus gesellschaftlicher Gestaltung zu rücken. Hospizkultur ist erwachsen aus dem Lernen von Sterbenden. Diese Erfahrungen sind so wertvoll und wertebeständig, da die Gewissheit unserer eigenen Sterblichkeit lebendiger Bestandteil des menschlichen Daseins ist. So wundert es nicht, dass nach wie vor die Mehrheit der Menschen zu Hause versterben möchte.

Die Bürgerbewegung Hospiz wurde ab 1970 in Deutschland zum Wegbereiter der Hospiz- und Palliativversorgung. Die neuzeitliche Entwicklung ist in Europa auf Cicely Saunders (1918 – 2005) zurückzuführen. „Es macht schutzbedürftige Menschen so verletzlich, dass sie glauben, sie wären eine Last für die anderen. Die Antwort ist eine bessere Betreuung der Sterbenden, um sie zu überzeugen, dass sie immer noch ein wichtiger Teil unserer Gesellschaft sind"[1].

Wer von Ihnen erinnert sich noch an die siebziger Jahre und den damaligen Umgang mit Sterbenden? In den Kliniken war es üblich, die letzten Lebenstage im Badezimmer zu verbringen. Den Patientinnen und Patienten im Krankensaal (6-8 Personen) oder im Dreibettzimmer wurde der Sterbeprozess nicht zugemutet. Abgeschoben und oft alleingelassen, so gestaltete sich das damalige Sterben. Damals begann die Bürgerbewegung Hospiz als eine Revolution gegen diese Art zu Tode zu kommen. 1992 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG-Hospiz), heute Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) gegründet.



Die vier Säulen der Hospizidee sind die Grundlage der Hospizkultur. Die ganzheitliche Sicht auf Körper, Seele und Geist spiegelt wider, was die Hospizbewegung in Deutschland seit ihren Anfängen weiterentwickelt. Psychosoziale Begleitung umfasst die emotionale Unterstützung des Sterbenskranken und seiner Angehörigen. Die qualifizierten Ehrenamtlichen der Hospizdienste werden in über 100 Stunden geschult für diese Begleitung und absolvieren zusätzlich ein Praktikum im Pflegeheim, Krankenhaus oder Hospiz[2].

Diese qualifizierten Ehrenamtlichen unterstützen die Betroffenen und die Zugehörigen nicht nur durch Gespräche, sie helfen dabei unerledigte Bedürfnisse aufzuarbeiten. Spirituelle Begleitung umfasst die geistige Erfahrbarkeit, die sich an der Seinsfrage orientiert. Sie ist geprägt von einer extrinsischen Spiritualität, deren Kennzeichen die jeweilige Religiosität ist, und einer intrinsischen Spiritualität, deren Geisteshaltung von innen kommt, d.h. geistige Empfindungen, die von einer großen Ergriffenheit getragen sind (z.B. der Naturliebhaber – das Vogelgezwitscher am Morgen) und in Abhängigkeit zur jeweiligen Person stehen. Die spirituelle Begleitung ist durch die Fürsorge des Menschen bei der Suche nach sich selbst gekennzeichnet (Selbstwert, Selbstbewusstsein), bei der Begegnung mit sich (Lebensbilanz) und beim Sich-Finden. Die Beantwortung der Sinnfrage ist dabei nicht der vordringlichste Aspekt – verstehen kann man den Tod nicht – sondern die Hilfe, diese Lebenserfahrung zu bestehen. So gehören zur Sterbebegleitung auch das Einlassen und die Akzeptanz der jeweiligen Spiritualität des Sterbenskranken und der Zugehörigen.

[1] Zitat Cicely Saunders.

[2] Vgl. DHPV (2021): Qualifizierte Vorbereitung Ehrenamtlicher in der Sterbebegleitung. Rahmenempfehlungen für Kursleitungen, URL.: https://www.dhpv.de/files/public/broschueren/2021_Broschu%CC%88re_RzQVEA.pdf (Zugriff 21.06.2023).

Palliative Medizin und Palliative Pflege sind darauf ausgerichtet, Schmerzen und andere Symptome, die in der letzten Lebensphase aufkommen können, zu behandeln und zu lindern, um die Lebensqualität der Menschen zu verbessern. Hausärzte und Pflegekräfte qualifizieren sich in 160 Stunden, um die Leiden lindernden Aspekte zu berücksichtigen. Als Beispiel hier die Gegenüberstellung von Krankenhausziel und Hospizziel:

Krankenhausziel	Hospizziel
Heilung eines Organs	Fürsorge
Funktionsorientiert	abgestimmt auf Bedürfnisse
Krankenpflege	Leiden lindernde Betreuung
Mobilisation	Körper, Seele, Geist, Ganzheitspflege

Die Arbeit im multidisziplinären Netzwerk und die andauernde Konfrontation mit Leid beruht auf einer lebensbejahenden Haltung, die gekennzeichnet ist von Toleranz, Mut zur Begegnung und Nächstenliebe den Menschen gegenüber. Ziel aller hospizlichen Bemühungen ist es, ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen und dauerhaft eine neue Sorgekultur zu etablieren.

Einblick

Hospizkultur im Spiegel der ganzheitlichen Versorgung heute

„Das Erfolgsmodell Hospiz gilt es, auch durch den Bundesgesetzgeber, weiter zu optimieren und flächendeckend auszubauen“.[3] Die ehrenamtliche Hospizarbeit wurde anerkannt und unterstützt. Mit der Auslobung des Gustav-Heinemann-Bürgerpreises 2003 wurde auch die politische Dimension sichtbar. 16 Landesverbände (analog der Bundesländer) und weitere überregionale Organisationen bilden mit den regionalen Verbänden bzw. Vereinen einen Verbund hospizlicher Solidarität, dessen Expertise mit dem Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. auf Bundesebene beständig gefragt ist und der auch im wissenschaftlichen Kontext eine ganzheitliche Versorgung forciert. Im interfraktionellen Gesprächskreis ist der DHPV fest verankert, sodass die Gesetzesvorhaben große politische Unterstützung erfahren. Die Erfahrungen der qualifizierten Ehrenamtlichen, eingebettet in Forschungsprojekte[4], bahnen den Weg von der Hospizkultur hin zu einer Sorgekultur im Quartier. Dazu bedarf es der Betrachtung des Ganzen. Nicht nur die Bedürfnisse von Körper, Seele und Geist vulnerabler Personen sind in den Blick zu nehmen, sondern ebenso die Institutionen, die sich der Heilwerdung menschlichen Daseins verpflichtet haben. Die bisherige Fragmentierung (wie oft erlebbar im Krankenhaus und im Pflegeheim, die rein körperliche Dimension) widerspricht dem Lernen am Leben.

Wenn das ICH zerbrechlich wird, sind wir aufgefordert die Frage zu stellen „Mensch was brauchst du?“ Diese Hinwendung zum Menschen stellt gleichzeitig das Tun der unterschiedlichen Institutionen im Gesundheitswesen in Frage (Beispiel Krankenhausziel – Hospizziel). Der jeweilige fragmentarische Blick verhindert, sich einer Perspektivenvarianz zu bedienen, die der individuellen Sorge gerecht wird. Hospiz als Versprechen[5] zeigt den polylogen Ansatz[6], sieht das Bedürfnis des Einzelnen, der An- und Zugehörigen, bis hin zur gesamten Gesellschaft. Diese lebensbejahende Leistung als Teil koordinierter multidisziplinärer Tätigkeit mit qualifizierten Ehrenamtlichen führt zu einer weiteren Entwicklung, die Sorge trägt für ein mitmenschliches und friedvolles Miteinander.

Ausblick

Von der Hospizkultur zur Sorgekultur

Für ein gutes Leben und Sterben im Quartier gilt es, den Erfahrungsschatz von der Hospizbewegung zu übertragen auf Modelle, die zukunftsweisend die Demografie berücksichtigen. Am Beispiel von „Düren sorgsam“ wird deutlich, wie eine Initiative soziale Teilhabe durch Synergien im Quartier entwickelt. Das Projekt „Initiative Sorgekultur – solidarisch und gerecht sorgen in Stadt und Kreis Düren“ konzentriert sich auf die zivilgesellschaftliche Verantwortung für sorgebedürftige Menschen und hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgungsqualität zu verbessern und Versorgungsdefizite zu decken. Oftmals kennen weder die alten Menschen noch ihre An- und Zugehörigen die verschiedenen haupt- und ehrenamtlichen Sorgeangebote, so dass sie erst dann Hilfe suchen, wenn es nicht mehr anders geht, d.h., wenn sie an ihre Grenzen stoßen oder ein Notfall sie dazu zwingt. Dann muss die betroffene Person oft hospitalisiert oder in ein Pflegeheim eingewiesen werden. Mit stärkerer und früher einsetzender Unterstützung können diese Notfälle vermieden und die Aufnahme in stationäre Einrichtungen zumindest zeitlich hinausgeschoben werden. Dies würde auch die Zahl sowohl emotional schwieriger als auch finanziell aufwändiger Fälle reduzieren. Eine erhöhte Sensibilität der Bevölkerung und eine stärkere Bereitschaft zur Nach-

[3] Vgl. Bödiker, Marie Luise; Graf, Gerda; Schmidbauer, Horst (Hg.) (2011): Hospiz ist Haltung. Kurshandbuch Ehrenamt, S. 17, Esslingen: der hospiz verlag.

[4] Vgl. Klie, Thomas; Schneider, Werner; Moeller-Bruker, Christine, Greißl, Kristina (2019): Ehrenamtliche Hospizarbeit in der Mitte der Gesellschaft?, Esslingen: der hospiz verlag.

[5] Vgl. Graf, Gerda; Höver Gerhard (2006): Hospiz als Versprechen. Zur ethischen Grundlegung der Hospizidee, Wuppertal: der hospiz verlag.

[6] Vgl. Petzold, Hilarion G.; Horn, Erika; Müller, Lotti (Hg.) (2011): Hochaltrigkeit: Herausforderungen für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, Springer.

barschaftshilfe verringern die Situation von Überforderung. So hat die Initiative Sorgekultur die verschiedenen Bevölkerungs- und Berufsgruppen wie auch die bestehenden Versorgungseinrichtungen besser vernetzt und die Solidarität mit den Sorgebedürftigen und ihren Angehörigen gestärkt. Als Blaupause dient die Arbeit der Hospizbewegung Düren-Jülich e.V.[7] Nachweislich steigt der Sorgebedarf bei betagten, kranken und einsamen Menschen. Gleichzeitig nehmen die Ressourcen für Pflege, Betreuung und Begleitung ab. Dies führt zu vielfältigen Dilemmata und Konfliktsituationen. Die verabschiedete Ethikcharta diente als Grundlage der Entwicklung von „Düren sorgsam", um drei neue Versorgungsformen aufzubauen.

Ethikcharta für die Initiative Sorgekultur

Die „Initiative Sorgekultur – solidarisch und gerecht Sorgen in Stadt und Kreis Düren" orientiert sich an der folgenden Ethikcharta, bestehend aus neun Grundsätzen:

1. Unsere Sorgekultur in Stadt und Kreis Düren basiert auf dem Grundsatz der Menschenwürde. Deshalb verpflichten wir uns den Werten der Solidarität, der Gerechtigkeit und des Vertrauens.

2. Wir respektieren alle in Stadt und Kreis Düren lebenden und sich aufhaltenden Personen gegenseitig als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner. Diesen Respekt erachten wir als selbstverständlich für alle Menschen unabhängig von ihrem Status als Frau oder Mann, unabhängig von ihrer sexuellen oder transgender Orientierung, unabhängig von ihrer gesellschaftlichen Stellung, unabhängig von ihrer Religion, ihrer Kultur, ob arm oder reich, ob jung oder alt. Deshalb fordern wir, dass alle Menschen Zugang zu den erforderlichen Sorgeleistungen haben.

3. Wir verteilen die vorhandenen Mittel fair und angemessen, d.h. effizient, gemäß dem Maß der Bedürftigkeit und zweckmäßig, gemäß den Grundbedürfnissen eines jeden Menschen.

4. Wir alle erbringen die notwendigen Sorgeleistungen, soweit wir dazu in der Lage sind.

5. Wir verpflichten uns zu gegenseitiger Solidarität. Wir wollen die Verantwortung zwischen den Generationen stärken, junge Familien unterstützen und Menschen mit Unterstützungsbedarf beistehen.

6. Wir kommunizieren offen und ehrlich über Probleme sowie die Dilemmasituationen im Zusammenhang mit Sorgeleistungen und den anvisierten Lösungen, d.h. transparent und mit Blick auf den Nutzen und die Durchführbarkeit.

7. Wir fördern, begleiten und unterstützen weitere Initiativen zivilgesellschaftlicher Art zur Bewältigung und zur Verbesserung der Sorgekultur.

8. Wir beziehen die Erkenntnisse, Modelle und Empfehlungen einschlägiger wissenschaftlicher Institutionen zur Verbesserung der Sorgekultur ein und unterstützen Forschung auf diesem Gebiet.

9. Wir treffen uns in regelmäßigen Abständen, um uns über unsere Aktivitäten auszutauschen, die ergriffenen Maßnahmen zu überprüfen und auszuwerten und künftige Engagements gemeinsam zu planen und zu starten.

Den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern aller Kommunen wurde die Ethikcharta vorgestellt. Alle Bürgermeisterinnen und Bürgermeister unterzeichneten sie. Gemeinsam mit den Verantwortlichen der Kreis- und Stadtverwaltung wurde die Einführung von „Düren sorgsam" diskutiert und schriftlich vereinbart.

Zu dem Projekt „Düren sorgsam" gehörte in einem ersten Schritt die Qualifizierung von ehrenamtlichen Sorgebeauftragten in 16 Kommunen des Kreises Düren.

Gemeinsam mit Dr. Ruth Baumann-Hölzle (Dialog Ethik Zürich) wurde ein Curriculum für die 40-stündige ehrenamtliche Qualifizierung der Sorgebeauftragten erstellt. Parallel erfolgte die Entwicklung eines digitalen „Sorgekompass" für Hilfesuchende mit Hilfe von Ehrenamtlichen der Initiative Sorgekultur. Der digitale Sorgekompass gibt Auskunft über Hilfsangebote in Stadt und Kreis Düren. Über eine Suchfunktion können Hilfebedürftige anonymisiert Hilfestellen finden. Zusätzlich gibt es in der Innenstadt die Anlaufstelle „Düren sorgsam" als Beratungsbüro mit ehrenamtlich qualifizierter Besetzung.

Weiterer Baustein von „Düren sorgsam" ist ein bürgerschaftlicher Dialog, der zweimal im Jahr stattfindet, der Sensibilisierung der lokalen Bevölkerung dient und gegenseitige Hilfsbereitschaft, z.B. in der Nachbarschaft, fördern soll.

[7] Vgl. Baumann-Hölzle, Ruth; Wils, Jean-Pierre; Huber, Hildegard; Graf, Gerda (2/2007): Caring Communities als gelebte Sorgekultur, S. 34-47, hospiz zeitschrift, dhpv.

Gemeinsam leisten Initiative und Staat bzw. Ehren- und Hauptamt somit einen Beitrag zum Gemeinwohl, das sich in einem „guten Leben“ – aber auch einem „guten Sterben“ – der Bürgerinnen und Bürger ausdrückt[8]. Der Erfolg der lokalen Initiative spricht dafür, dass das Verfahrensmodell der «Initiative Sorgekultur» auch in anderen Gemeinden und Kommunen eine lebendige Sorgekultur fördern und unterstützen kann.

Besondere Herausforderungen für die Etablierung von Sorgestrukturen bestehen jedoch angesichts des demografischen Wandels, der fortschreitenden Individualisierung und der zunehmenden Säkularisierung. Mit Blick auf die Säkularisierung wird es künftig Aufgabe sein, die Verfahrensmodelle der Sorgekultur – angepasst an die jeweiligen lokalen Verhältnisse – zu integrieren. Den Herausforderungen des demografischen Wandels könnte dadurch begegnet werden, dass eine lebendige Sorgekultur sich aktiv um den ehrenamtlichen Nachwuchs kümmert. Dies könnte erreicht werden, wenn mit Blick auf den höheren Hilfebedarf bei Betagten und Hochbetagten auch die eigene Bedürftigkeit deutlich gemacht wird, wie dies die US-amerikanische Philosophin Martha Nussbaum zum Ausdruck gebracht hat: „Wofür ich appelliere, ist eine Gesellschaft von Bürgern, die sich eingestehen, bedürftig und hilflos zu sein. Das ist der Ausgangspunkt einer humanen Politik.“[9] Die erbrachten ehrenamtlichen Hilfen zeigen deutlich, dass Sorgekultur Präventionskultur ist, die dazu führt, dass wenige staatliche Finanzhilfen in Anspruch genommen werden müssen. Sei es, dass Heimaufnahmen nicht notwendig wurden, sei es die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen oder jedwede Unterstützung in den Kommunen bei Einsamkeit.

Das Modell „Düren sorgsam“ zeigt, wie Hospizkultur zu einer Sorgekultur entwickelt werden kann, die Strukturen aufbaut, um den Bedürfnissen der Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen Unterstützung zu gewähren. Die neuen Wege in der Hospiz- und Palliativversorgung tragen dazu bei, die eigene Häuslichkeit durch ein multidisziplinäres Netzwerk tragfähig zu gestalten.

[8] Vgl. Battaglia, Denise; Baumann-Hölzle, Ruth (2013): Gutes Leben - gutes Sterben, Zürich: Schulthess Verlag.

[9] Martha Nußbaum, im Interview mit ZEIT CAMPUS, URL.: https://www.zeit.de/campus/2017/01/martha-nussbaum-philosophin-angst-nutzen-populismus/seite-3 (Zugriff 21.06.2023).

Leben und Sterben im Quartier

Ursula Kremer-Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe

Ursula Kremer-Preiß *(Sozialwissenschaftlerin) ist seit 1998 Referentin im Kuratorium Deutsche Altershilfe im Fachbereich „Architektur und Wohnen“ und leitet seit 2010 den Fachbereich „Wohnen und Quartiersgestaltung“. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind neue Wohnformen im Alter und kommunale Altenhilfeplanung. Sie berät unter anderem Sozialplanerinnen und -planer sowie die Kommunalpolitik bei der Planung und Umsetzung altersgerechter Wohnformen und quartiersbezogener Versorgungskonzepte.*

Hintergrund

Lange Zeit schenkte man dem Raum in der Sorgearbeit für Menschen mit Hilfebedarf und in schweren Lebenskrisen nur wenig Aufmerksamkeit. Das hat sich in den letzten Jahren deutlich geändert. Seit einigen Jahren gibt es einen regelrechten Hype um das Thema Sozialraum, Quartiersentwicklung und Sozialraumorientierung (SRO). Kaum eine Tagung im sozialen Bereich kommt darum herum und es sind zahlreiche Förder- und Fortbildungsangebote, Informationsschriften und Datenbanken mit Praxisbeispielen zu diesem Thema entstanden. Es gibt kaum ein soziales Handlungsfeld, in dem dieser Ansatz nicht als bedarfsorientiertes Handlungskonzept bei Reformen diskutiert wird: Schon seit den 1970er Jahren in der Stadtentwicklung und Sozial-Psychiatrie, seit den 1990er Jahren in der Kinder- und Jugendhilfe, seit 2000 systematisch in der Altenhilfe und der Behindertenhilfe, in jüngster Zeit auch in der Wohnungslosenhilfe, der Integrationsarbeit sowie im Gesundheitswesen. Es erscheint zielführend, sich auch in der Hospizarbeit mit diesem Ansatz auseinanderzusetzen, und das Leben und Sterben im Quartier in den Blick zu nehmen.

Warum Hospizarbeit quartiersbezogen ausrichten?

Aber warum sollte man auch Hospizarbeit quartiersbezogen ausrichten? Weil man sich von diesem Handlungskonzept Lösungen für vielfältige gesellschaftliche Herausforderungen verspricht, die auch die Hospizarbeit tangieren. Die demografischen, sozialen, ökonomischen oder technologischen Herausforderungen können nicht mehr mit

klassischen Instrumenten der Sozialpolitik bewältigt werden. Neue Konzepte sind gefordert. Man erhofft sich, diesen gesellschaftlichen Herausforderungen durch eine stärkere Lokalisierung und Beteiligung der örtlichen Akteure besser begegnen zu können. Zwar ist es schwierig, systematisch nachzuweisen, dass sozialraumorientierte Quartiersarbeit Wirkungen in diese Richtung tatsächlich erzielt, es gibt jedoch in der Praxis zahlreiche Einzelbelege für ihre positiven Impulse[1]. Betroffene berichten, dass die Strukturen vor Ort auf ihre Bedarfe besser angepasst werden konnten und dass sich durch einen intensiveren Austausch im Quartier für sie mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ergeben hat. Kommunen berichten, dass sie ihre Planungen passgenauer auf die lokalen Bedarfe ausrichten konnten. Ebenso habe sich die Kooperation der örtlichen Akteure synergetischer zusammengefügt[2]. Vergleichsstudien mit Kontrollgruppen dokumentieren eine bessere Gesundheitsentwicklung von Menschen, die in sozialraumorientierten Settings leben und es konnten auch Kosteneinsparungen bei Sozialleistungen nachgewiesen werden[3]. Ein sozialraumorientierter Quartiersansatz könnte daher auch für die Hospizarbeit ein Gewinn sein.

[1] Vgl. Burmester, Monika; Friedemann, Jan; Funk Stephanie C.; Kühnert, Sabine; Zisenis, Dieter (Hg.) (2020): Die Wirkungsdebatte in der Quartiersarbeit, Bochum: Verlag für Sozialwissenschaften, Springer.

[2] Kremer-Preiß, Ursula; Mehnert, Thorsten (2019): Quartiers-Monitoring – Abschlussbericht einer Langzeitstudie von 2012-2017, Heidelberg: medhochzwei Verlag.

[3] Westerheide, Peter (2010): Wer profitiert wie? – Forschungsergebnisse zum sozioökonomischen Mehrwert der Mehrgenerationenwohnprojekte im Quartier. WIR GESTALTEN ZUKUNFT– Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen aus dem Netzwerk: Soziales neugestalten (SONG), o. O.

Grundsätze – Wo Quartier drauf steht, muss auch Quartier drin sein!

Um diese Wirkungen auch für die Hospizarbeit generieren zu können, müssen aber die Grundsätze eines sozialraumorientierten Quartiersansatzes beachtet werden. Zwar gibt es in der Fachwelt keinen Konsens darüber, was unter Sozialraum und sozialraumorientierter Quartiersarbeit zu verstehen ist und in der Praxis ist nicht immer „Quartier“ drin, wo „Quartier“ draufsteht, es gibt aber **Kernelemente**, die als grundlegende Anforderungen auch an eine quartiersorientierte Hospizarbeit zu stellen sind:

Lebensweltbezug

Sozialraumorientierte Quartiersarbeit ist trotz ihrer begrifflich räumlichen Ausrichtung zunächst einmal ein hoch personenorientiertes Konzept, das die Menschen mit ihren Sichtweisen, Lebenslagen und Lebenswelten in den Fokus rückt. Ziel ist, den Menschen ein selbstbestimmtes Leben und Sterben nach ihren eigenen Vorstellungen und Wünschen zu ermöglichen. Der konsequente Bezug auf die Wünsche/Interessen/den Willen der Menschen bildet den Kern sozialraumorientierter Konzepte[4]. Eine sozialraumorientierte Quartiersentwicklung in der Hospizarbeit nimmt damit eine personenorientierte, ganzheitliche Perspektive ein und sieht die Menschen in ihren gesamten Kontexten, auch mit ihren noch vorhandenen Ressourcen. Ziel ist es, individuelle Lösungen zu finden und für jeden Chancen zu bieten, sich entsprechend seiner Bedürfnisse und Potentiale entfalten zu können.

Sozialraumbezug

Aus der Personenorientierung ergibt sich der sozialräumliche Bezug des Konzeptes. Sozialraumorientierte Quartiersarbeit will die Sozialräume der Menschen so gestalten, dass sie dort nach ihren Vorstellungen gut leben und sterben können. Eine quartiersbezogene Hospizarbeit nimmt gezielt die Sozialräume und Quartiere in den Blick und richtet sich damit verstärkt dezentral aus. Es geht darum, die sozialen Nahräume der Betroffenen so anzupassen, dass auch Sterbende noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben können und hier die notwendigen Hilfen erhalten.

[4] Vgl. Hinte, Wolfgang; Kreft, Dieter (2013): Sozialraumorientierung, In: Wörterbuch soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Kreft, Dieter (Hg.), S. 869-872, Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.

Was ist ein Sozialraum?
Ein Sozialraum ist die räumliche Umgebung einer Person, die die subjektive Menge ihrer sozialen Beziehungen abbildet – auch als **Lebensräume/Lebenswelt** bezeichnet. Im Grunde sind alle Orte, wo eine Person Beziehungen eingeht, Teile seiner Sozialräume, sie müssen sich nicht auf ein Territorium begrenzen (z.B. Verein, Arbeitsplatz usw.)[5].

Was ist ein Quartier?
Ein Quartier ist demgegenüber ein spezifisches Territorium, in dem mehrere Personen gemeinsam interagieren und in dem sich ihre Sozialräume - auch als **sozialer Nahraum** (z.B. Veedel, Kiez) bezeichnet - überschneiden[6].

Beteiligungsbezug

Aus der Personenorientierung ergibt sich auch der notwendige Beteiligungsbezug. Sozialraumorientierte Quartiersarbeit ist ein hoch partizipatives Konzept, das die Menschen in die Entwicklung und Gestaltung ihrer Lebenswelt und -räume einbezieht und sie befähigen will, sich dort mit ihren Ressourcen einzubringen (Empowerment). Eine quartiersorientierte Hospizarbeit sichert Beteiligungsprozesse der Betroffenen und bezieht sie partizipativ in die Gestaltung ihrer Lebens- und Sterbesituation ein. Sie verleiht auch den Quartiersbewohnerinnen und -bewohnern mehr Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung einer bedarfsgerechten Hospizarbeit in ihrem Quartier und aktiviert lokale Ressourcen, sich mit- und selbstverantwortlich in die Hospizarbeit einzubringen.

Vernetzungs-/Kooperationsbezug

Diese komplexen Aufgaben kann keiner alleine bewältigen. Sozialraumorientierte Quartiersarbeit ist ein kooperatives Konzept, das die personellen und sozialräumlichen Ressourcen synergetisch durch effektive Formen der Abstimmung, Kooperation und Vernetzung zusammenführen will. So sollen den versäulten Unterstützungsangeboten „Sorgende Gemeinschaften“ entgegensetzt werden, die in einem Welfare Mix aus Staat, Markt und Zivilgesellschaft die Versorgung sichern. Eine quartiersbezogene Hospizarbeit versucht, die vielfältigen in der Hospizarbeit tätigen lokalen Akteure zu vernetzen und ein synergetisches Zusammenwirken in geteilter Verantwortung zu sichern.

[5] Vgl. Schnur, Olaf (2008): Quartiersforschung - Zwischen Theorie und Praxis, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
[6] Ebd.

Wege der Umsetzung – Anregungen für eine quartiersbezogene Hospizarbeit

Akteure, die sich auf den Weg machen wollen, ihre Hospizarbeit quartiersbezogen aufzustellen, müssen sich einer Reihe von Herausforderungen bei der Umsetzung stellen.

Herausforderungen bei der Planung

Am Anfang jeder Quartiersarbeit steht die Erkundung der Lebenswelten der Betroffenen. In der Praxis hat sich bewährt, durch Befragungen der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen oder mittels Bürgerforen die Sichtweisen der Quartiersbewohnerinnen und -bewohner zu erfassen, wie man im Quartier leben und sterben will. Zur Identifikation der Quartiere wird in der Praxis u.a. die Technik der Nadelmethode angewendet, die subjektiv erlebte Grenzen von sozialen Nahräumen sichtbar macht. Experten-Interviews mit örtlichen Akteuren oder Quartiersbegehungen sind bewährte Methoden, um sich schnell einen Überblick zu verschaffen, wie die Strukturen vor Ort sind und ob sie auch den Bedarfen der Hospizarbeit entsprechen.

Herausforderungen bei der Durchführung

Auf der Grundlage all dieser Analyseschritte kann gemeinsam ein Konzept entwickelt werden, wie das Quartier weiterentwickelt werden soll, damit man hier gut Leben und Sterben kann. Ein solches Quartierskonzept wird in der Praxis häufig gemeinsam mit den örtlichen Akteuren und Betroffenen in Quartierswerkstätten erarbeitet[7].

[7] Vgl. Deinert, Ulrich (2007): Sozialräumliche Jugendarbeit. Grundlagen, Methoden und Praxiskonzepte, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Der hoch partizipative Ansatz erfordert, dass in möglichst allen Umsetzungsschritten die Betroffenen und die Quartiersbewohnerinnen und -bewohner zu beteiligen sind. Bürgerversammlungen, Ideenkonferenzen, Quartiersgespräche, Planungszellen, Bürgergutachten, aktivierende Befragung, Community Organizing sind nur einige Methoden in der Praxis, um Beteiligung auf unterschiedlichen Stufen zu sichern[8].

Zentral für eine gelingende Quartiersarbeit ist weiterhin, Verbündete im Quartier zu finden und mit diesen „in lokalen Verantwortungsgemeinschaften" vernetzt zusammenzuwirken. Ein interessantes Beispiel für eine gut im Quartier vernetzte Hospizarbeit ist das Heilhaus Kassel.

Praxisbeispiel: Mehrgenerationenhospiz vernetzt im Quartier

Unter dem Dach der HEILHAUS-STIFTUNG URSA PAUL arbeiten verschiedene gemeinnützige Gesellschaften. Im Haus der Mitte, das 2016 in der Siedlung am Heilhaus eröffnet wurde, ist auch das erste Mehrgenerationenhospiz Deutschlands beheimatet. Das Mehrgenerationenhospiz ist ein Hospiz für alle Altersstufen: Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen werden entsprechend ihrer Bedürfnisse versorgt und begleitet und bei der Auseinandersetzung mit dem Abschied vom Leben unterstützt.

Das Heilhaus ist seit Jahren mit den örtlichen Akteuren im Quartier vernetzt und versucht aktiv sich in die Quartiersentwicklung einzubringen. Seit 2008 ist das Heilhaus als Mehrgenerationenhaus anerkannt und wird gefördert. Engagierte aus dem Quartier unterstützen die Heilhausbewegung in dem gemeinnützigen Förderverein Freundeskreis für Lebensenergie e.V. (https://www.heilhaus.org).

Herausforderungen bei der Verstetigung

Nicht nur die Durchführung, sondern auch die Verstetigung solcher Quartiersentwicklungsprozesse, ist eine Herausforderung.

[8] Vgl. Stiftung Mitarbeit/ÖGUT (Hg.) (2018): Bürgerbeteiligung in der Praxis. Ein Methodenhandbuch, Bonn: Verlag Stiftung Mitarbeit.

Quartiersentwicklung ist ein fortlaufender Prozess, der nicht mit der Umsetzung einer Maßnahme abgeschlossen ist. Um diese Prozesse nachhaltig zu sichern, bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen. So müssen Initiativen der Hospizarbeit, die quartiersbezogen arbeiten wollen, ihre Arbeitsstrukturen verändern. Sie müssen sich mehr dezentral und raumbezogen organisieren und ihre Mitarbeitenden zu mehr Team- und Netzwerkarbeit befähigen. Praktische Erfahrungen zeigen, dass eine nachhaltige Quartiersentwicklung zudem nur gelingt, wenn ein verlässliches Quartiersmanagement (QM) – durch einen sog. Kümmerer – gesichert ist. Das QM ist ein systematisches Verfahren zur Steuerung aller Prozesse im Quartier. Da es aktuell keine Regelfinanzierung für dieses QM gibt, bleibt die nachhaltige Finanzierung des Quartiersmanagements auch für die Hospizarbeit eine Herausforderung[9].

Sind Quartiersansätze auch für die Hospizarbeit der richtige Weg?

Nicht nur die beschriebenen Herausforderungen bei der Umsetzung, sondern auch Kritik an diesem Ansatz wirft die Frage auf, ob dieser Handlungsansatz der richtige Weg für die Hospizarbeit ist. So wird u.a. kritisiert, dass die geforderte Aktivierung der Betroffenen nicht bei allen und insbesondere nicht bei Sterbenden immer vorausgesetzt werden kann. Die raumgestaltende Arbeit erfordere zudem viel Energie, wodurch die Gefahr besteht, dass der Einzelne mit seinen Bedarfslagen in den Hintergrund tritt.

Sicher wird man diese Argumente bei einer quartiersbezogenen Hospizarbeit im Blick behalten müssen. Bei aller Kritik an diesem Handlungskonzept entwickelt sich in der Praxis aber zunehmend ein konsensfähiges Verständnis über die Chancen dieses Ansatzes: Quartiersansätze können vereinfacht gesagt als eine „…Möglichkeit verstanden werden, die ‚gesellschaftlichen Möglichkeitsräume' aufzuschließen, um Menschen die Chance zu eröffnen, ihren ‚persönlichen Möglichkeitsraum' zu erweitern…"[10]. Und das ist eine Chance, die auch sterbenden Menschen gewährt werden sollte.

[9] Vgl. Mehnert, Thorsten; Kremer-Preiß, Ursula (2017): Handreichung Quartiersentwicklung – praktische Umsetzung sozialraumorientierter Ansätze in der Altenhilfe, Heidelberg: medhochzwei Verlag.

[10] Röh, Dieter (2011): Ein altes Prinzip frisch aufpoliert! – Möglichkeiten und Grenzen sozialräumlicher Orientierung in der Gemeindepsychiatrie. In: Standpunkt: sozial, Heft 1/11: 9–21.

Öffnungstendenzen in den sozialen Nahraum: Erkenntnisse aus den Pilotprojekten

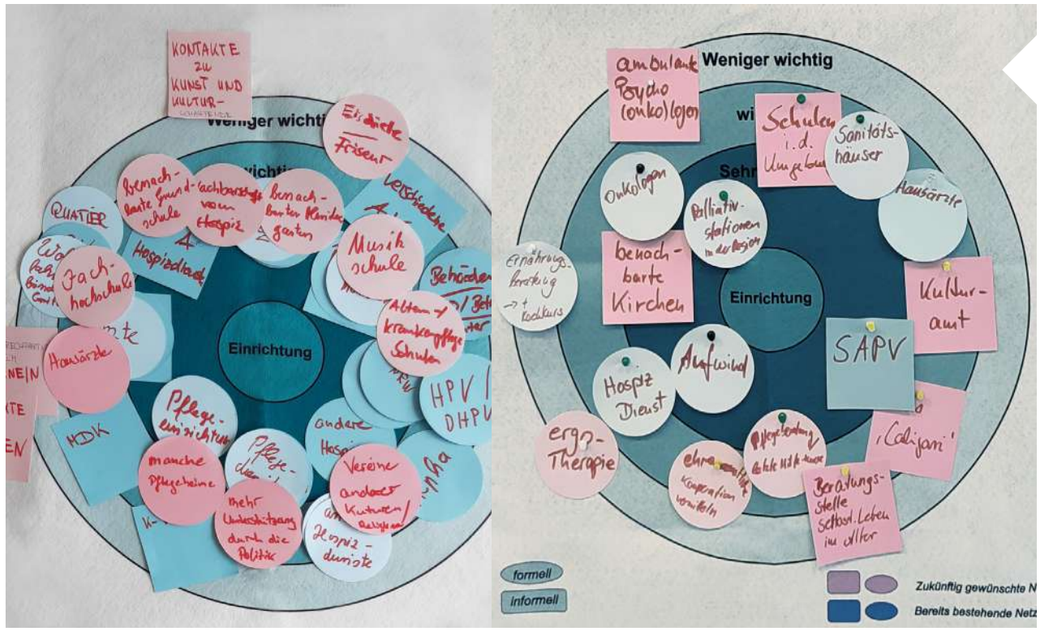
Lara Graupner

***Lara Graupner**, Gesundheitspädagogin M.Sc., ist akademische Mitarbeiterin im Evaluationsteam, der von Professorin Dr. Ines Himmelsbach geleiteten wissenschaftlichen Begleitung des Hospizprogramms. Zusätzlich lehrt sie an Hochschulen, vor allem in gesundheits- und therapiewissenschaftlichen Studiengängen.*

Als ehemalige Physiotherapeutin verfügt sie über umfassende praktische Erfahrung. Hier betreute sie Patientinnen und Patienten und konzipierte präventive Angebote für Privatpersonen sowie im betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Versorgungsnetzwerke in der Hospizarbeit stellen einen wichtigen Eckpfeiler in der erfolgreichen Gestaltung einer bedarfsgerechten Hospiz- und Palliativversorgung dar. Hierfür ist die Einbindung im besten Falle aller örtlichen Akteurinnen und Akteure, Interessensgruppen und Einrichtungen aus Bürgerschaft und Selbstverwaltung sowie Leistungsträgern notwendig. Darüber hinaus können auch nicht regelhaft in die Palliativversorgung integrierte Akteurinnen und Akteure einen wichtigen Beitrag leisten, um ein individuelles Leistungsangebot zu gewährleisten. Dazu bedarf es eines Konzeptes der Zusammenarbeit und Kommunikation für Netzwerkpartner, um die Kooperation sicherstellen zu können. Wie diese Konzepte bei den Projekten des Hospizprogramms aussehen, ist im Folgenden von Interesse. Unter der Leitfrage „Was sind die spezifisch vor Ort gegebenen Infrastrukturen und Notwendigkeiten?“ wurden die Konzepte sowie die Netzwerke der Projekte analysiert. Die durchgeführte Sozialraumanalyse verfolgte das Ziel, relevante Akteurinnen und Akteure in dem Versorgungsfeld zu identifizieren sowie Anbindungsmöglichkeiten und bereits bestehende Quartiersstrategien zu erkennen.

Um sich der oben genannten Fragestellung anzunähern, wurden Aussagen zur Thematik der Quartiersstrategien und Netzwerkarbeit aus den Konzeptionen der Projekte extrahiert. Daraus ablesen lässt sich eine Tendenz zum Wunsch einer Öffnung ins Quartier. Als Aspekte der Quartiersanbindung wurden beispielsweise die Bedeutung der ÖPNV-Anbindung oder die Nähe zu vorhandenen Wohnstrukturen wie Kindergarten, Grundschule und Pfarrheim genannt.
Weiter werden Quartiersbausteine als Zukunftsvision im Sinne der Erweiterung des bestehenden Versorgungsangebotes durch die Öffnung in den sozialen Nahraum gesehen. Laut einer Einrichtung ist der Aufbau eines Palliativ-Netzwerks ein maßgeblicher Faktor für das Gelingen des Projekts. Gemeinwesenarbeit soll im Sinne von „Bürger motivieren, mitgestalten lassen und deren Hilfsangebote koordinieren“ umgesetzt werden. Die Mehrheit der Projekte verbindet mit nachbarschaftlichen Kooperationen bzw. einer Quartiersanbindung das Ziel, den Hospizgästen ein möglichst selbstständiges Alltagsleben und soziale Teilhabe am (Quartiers-) Leben zu ermöglichen.



Netzwerkkarten wissenschaftliche Begleitung Hospizprogramm

Neben der Analyse von Einrichtungskonzeptionen wurde eine strukturiert-standardisierte Netzwerkkarte erstellt, welche im Rahmen einer Gruppenarbeit mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren aus den Projekten bestückt wurde. Arbeitsauftrag hierbei war es, relevante Netzwerkagierende zu sammeln und auf vorbereiteten Moderationskarten zu verschriftlichen. Hierbei galt es zu differenzieren, welche Beziehungen bereits bestehen und welche für die Zukunft gewünscht werden. Ein weiterer Differenzierungsaspekt waren formelle und informelle Netzwerkpartnerschaften. In einem nächsten Schritt wurden die gesammelten Netzwerkagieren-

den von den Projektbeteiligten auf der Karte platziert. Hierbei gab es eine Kategorisierung in drei Wichtigkeitsstufen, wie auf den Beispielabbildungen der Netzwerkkarten erkennbar ist.

Die Netzwerkkarten wurden miteinander verglichen und analysiert. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse unserer Analysen mit dem Ziel vorgestellt, den Blick für die Unterschiede in der Ausgestaltung multiprofessioneller Zusammenarbeit im Netzwerk zu schärfen:
Die Anzahl der genannten Netzwerkpartnerschaften beträgt zwischen 16 und 39 Akteurinnen und Akteuren. Es werden deutlich mehr wichtige Netzwerkpartnerschaften genannt als weniger wichtige.

Die Netzwerkpartnerinnen und -partner, die auf den Karten nah an die Einrichtung selbst platziert wurden, bestehen vor allem aus Akteurinnen und Akteuren, die auch in unmittelbarer Zusammenarbeit mit den Einrichtungen stehen und in den Bereich der Leistungserbringer einzuordnen sind. Hier sind häufig ambulante Hospizdienste oder -vereine, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) oder Krankenhäuser genannt. Ebenso spielen hier die niedergelassenen Haus- und Fachärzte und -ärztinnen sowie die Gemeinden oder Kommunen eine wichtige Rolle. Die mittlere Sparte und damit ‚wichtige Netzwerkpartnerinnen und -partner' ist überwiegend gefüllt mit Beratungs- und Therapieangeboten, Kirchengemeinden, Seelsorge sowie Vereinen anderer Kulturen/ Religionen, Apotheken und Sanitätshäusern.

Die vom Zentrum der Karte entfernten Akteurinnen und Akteure sind zum Beispiel Dienstleistende wie Catering, Fahrdienste, Frisierende oder Dolmetschende. Ebenfalls wird hier im Kontext von Fortbildungsangeboten der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) genannt. Die Projekte nehmen stets Bezug zu Kultur- und Kunstschaffenden, Schulen oder auch der Universität. Die Zielsetzung der Gewinnung neuen Ehrenamts wird auf dieser Ebene angenommen. Weiter wird hier auch der Begriff Quartier allgemein genannt sowie die Nachbarschaftshilfe. Wir interpretieren dies dahingehend, dass die Einrichtungen zwar Kooperationspotential erkennen, aber noch kein konkretes Konzept der Einbindung für diese Art von Netzwerkpartnerschaft vorliegt.

Einen weiteren Hinweis zu Quartiersstrategien bietet die Frage nach bestehenden und im Verhältnis dazu zukünftig gewünschten Partnerschaften. Anfangs wurde auf Leistungserbringende verwiesen, die direkt mit der Einrichtung zusammenarbeiten. Hier werden zwar relevante Partnerschaften mit Krankenhäusern, Haus- und Fachärzten und -ärztinnen oder ambulanten Pflegediensten als bereits bestehend gelistet, aber nochmal genannt mit der Anmerkung, dass eine Zusammenarbeit in Zukunft intensiviert gewünscht ist. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Netzwerkarbeit an manchen Stellen Lücken aufweist und die sektorale Verzahnung, im Sinne der Zusammenarbeit von ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung, optimiert werden kann bzw. muss, um eine Versorgungssicherheit gewährleisten zu können. Im ländlichen Raum besteht beispielsweise die Problematik der schnellen Verfügbarkeit des Haus- oder Palliativarztes beziehungsweise der Haus- oder Palliativärztin.

Die konzeptionellen Leitsätze der Projekte, wie beispielsweise „Erfolgreiche Arbeit im Quartier schafft lebendige Nachbarschaften, knüpft Netzwerke und organisiert Angebote der Begegnung und der bürgerschaftlichen Teilhabe", scheinen bei der praktischen Umsetzung teilweise auf Schwierigkeiten zu stoßen. Während der Gruppenarbeit äußerten Mitarbeitende einer Einrichtung Bedenken, dass ihre spezifische Klientel möglicherweise „zu herausfordernd" für eine Quartiersöffnung sein könnte. Das Evaluationsteam interpretiert dies als Hinweis darauf, dass die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers eher aus prekären Lebenssituationen stammen. Im Gegensatz dazu wird eine Quartiersöffnung eher mit Menschen aus dem Mittelstand assoziiert. Diese Unterschiede könnten im Rahmen supervisierter Beratung reflektiert und durch Schulungen Kompetenzen für die Quartiersöffnung geschaffen werden.

Öffnungstendenzen in den sozialen Nahraum machen sich durch Nennungen zukünftig gewünschter Partnerinnen und Partner im Bereich Kunst- und Kulturschaffender bemerkbar. Mehrere Einrichtungen verbinden damit die Hoffnung, die umliegende Bürgerschaft besser erreichen zu können. Vorgetragen wurde etwa die Idee, über das regionale Kino für das Thema Sterben und Tod in der Gesellschaft zu sensibilisieren und auf diesem Weg auch auf das eigene Angebot aufmerksam zu machen. Auch monatliche Kultur- und Themenabende im eigenen Haus (Pilotprojekt) mit Öffnung für das ganze Quartier könnten die eigene Sichtbarkeit stärken.

Neben klassischen Nennungen bereits bestehender Partnerschaften mit Kirchengemeinden, Seelsorgedienste oder Bildungseinrichtungen wie Hochschulen, Schulen („Hospiz macht Schule“) und Kindergärten wird auch die Zusammenarbeit mit Vereinen anderer Kulturen und Religionen als wichtiger Baustein der Quartiersstrategie genannt. Allerdings erwähnt diesen Aspekt nur eine Einrichtung. Eine Berücksichtigung dieser Partnerschaft kann die Einbindung der bislang im hospizlichen Kontext deutlich unterrepräsentierten Personengruppe der Eingewanderten und ihren (direkten) Nachkommen fördern und sollte bei der Netzwerkgestaltung nicht außer Acht gelassen werden. Der Zugang dieser Personengruppe zu den Angeboten der hospizlichen Versorgung ist gegenwärtig noch deutlich erschwert. Dies wird nicht nur anhand wissenschaftlicher Studien deutlich, sondern auch im Gespräch mit Einrichtungsakteurinnen und -akteuren. Einige Einrichtungen berichten, dass sie

bisher nur wenig Kontakt zu Eingewanderten und ihren direkten Nachkommen hatten. Ein Projekt erwähnt die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden, ohne jedoch darauf einzugehen, ob diese Zusammenarbeit bereits besteht oder zukünftig gewünscht ist. Es ist anzunehmen, dass aufgrund dieser Nennung zumindest in einer Einrichtung Erfahrungen mit Sprachbarrieren gemacht wurden.

Im Hinblick auf die Einrichtungsfinanzierung wird deutlich, dass alle Einrichtungen, die keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, diese als zukünftig gewünschte Kooperationspartnerinnen und -partner nennen. Liegt bereits ein Versorgungsvertrag vor, werden diese nicht mehr genannt. Allerdings wird dann auf alternative Sponsorinnen und Sponsoren oder auch auf politische Akteurinnen und Akteure verwiesen. Letzteres mit der Anmerkung, dass man sich hier mehr Unterstützung seitens der Politik wünscht. Es wird angenommen, dass sich der Wunsch nach Unterstützung auf die Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bezieht. Innovative Versorgungsformen wie teilstationäre Angebote müssen sich aktuell noch in der Versorgungslandschaft positionieren. Die Rahmenbedingungen hierfür sind teilweise noch vage formuliert oder nicht überall bekannt, was zu einer Unsicherheit bei den umsetzenden Akteurinnen und Akteuren führen kann.

Zusammenfassend kann angenommen werden, dass erste Wünsche und Strategien hinsichtlich eines Quartiersansatzes bestehen. Konkrete Konzepte mit Umsetzungsvorhaben und Maßnahmen zur Öffnung in den Nahraum fehlen bislang noch bei der Mehrheit der Projekte. Dies erklärt sich daraus, dass sich lediglich vier der elf ausgewählten Projekte zum Zeitpunkt der Analyse bereits in der Umsetzungsphase befinden. Die Evaluation verdeutlicht den prozesshaften Charakter der Entstehung eines Projekts, der auf Erkenntnisse, Entwicklungen und Anforderungen dynamisch reagieren kann. Hierin liegt eine Chance zur bedarfsgerechten Planung und Gestaltung der Projekte. Eine professionelle Ausgestaltung der Quartiersöffnung setzt eine koordinierte Strategieentwicklung und eine systematische Planung des Aufbaus voraus. Hilfreich können hier neben einer klaren Verantwortungszuweisung insbesondere Stellenanteile für eine Netzwerkkoordination zum Beispiel durch eine Sozialarbeiterin oder einen Sozialarbeiter sein. Das Pilotprogramm unterstützt geförderte Projekte dabei Quartiersstrategien zu etablieren, nicht zuletzt durch die flankierende wissenschaftliche Begleitung. Damit verbunden ist das übergeordnete Ziel, die neuen Versorgungsformen der Hospiz- und Palliativversorgung nachhaltig zu stärken, so

Öffnungstendenzen in den sozialen Nahraum: Erkenntnisse aus den Pilotprojekten

dass diese ihr volles Potential für die Zukunft entfalten können. Im besten Fall können andere neue Einrichtungen von den Modellprojekten lernen und eigene vergleichbare Konzepte entwickeln und davon profitieren. Die nächsten Schritte der wissenschaftlichen Begleitung umfassen das Durchführen von Fokusgruppen, bei denen ebenfalls die Themen Netzwerkarbeit und Koordination von Bedeutung sind. Durch einen interdisziplinären Austausch können zusätzliche Informationen zur weiteren Ausgestaltung und Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerke gewonnen werden.

Profil IAF

Das von Fr. Prof. Ines Himmelsbach geleitete Institut für Angewandte Forschung - IAF ist das zentrale Forschungsinstitut der KH Freiburg. Seit 1996 bündelt und koordiniert es sämtliche Forschungsaktivitäten der Hochschule. Die Forschung an der KH Freiburg umfasst unterschiedliche Formen wie empirische, Interventions- und Grundlagenforschung.

Das IAF führt Forschungsprojekte zu einer breiten Themenpalette durch. Hierbei konzentriert es sich auf drei zukunftsweisende und innovative Schwerpunkte:

- Bildung, Sozialisation und Inklusion
- Versorgungsforschung in Gerontologie, Pflege und Gesundheitswesen
- Religion und Ethik

Interview: RICAM Hospiz Zentrum Berlin

Philipp Freund, Geschäftsführer RICAM Hospiz gGmbH

Das Ricam Hospiz Zentrum vereinte als erstes Hospiz in Berlin die vollstationäre und teilstationäre Versorgung für Erwachsene unter einem Dach. Welche Ideen und Ziele sind mit dem Projekt verbunden?

Wir beobachten eine zunehmende Belastung im häuslichen Bereich, trotz guter ambulanter Versorgung. Die teilstationäre Hospizversorgung soll die Versorgungslücke zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung schließen. Dabei gehen wir davon aus, dass auch schwerkranke Menschen einen Alltag fern von Diagnostik und Krankheitsgeschehen erleben möchten. Wichtig dabei ist aus unserer Sicht, dass deren Partnerinnen und Partner familiär und beruflich entlastet werden und eine engmaschige Begleitung von Medikamentenumstellungen und weiteren Therapien sichergestellt ist.

Unsere Ziele folgen dem hospizlichen Grundgedanken: Hospize bejahen das Leben und machen es sich zur Aufgabe, Menschen in der letzten Lebensphase zu unterstützen und zu pflegen. Die Hospizbewegung möchte Sterbenden und ihren Angehörigen helfen, sich auf das Lebensende einzustellen und den Tod anzunehmen. Durch unser Angebot tragen wir dazu bei, dass am Ende eines Lebens möglichst alle Betroffenen hilfreich begleitet werden.

Was sind die Vorteile Ihres Versorgungssettings?

Da die Angebote im teilstationären Bereich von allen Gästen genutzt werden können, entstehen Synergieeffekte. Das Tageshospiz bietet beispielsweise Gruppenaktivitäten sowie Ausflüge an, die sich in einem rein stationären Bereich nur schwer regelhaft verwirklichen ließen.

Welche Bausteine beinhaltet Ihr Angebot?

Das Tageshospiz versteht sich zunächst als „Safe Place“. Die Kolleginnen und Kollegen schaffen einen Raum, der Teilhabe sowie Teilnahme ermöglicht. Dabei spielt es nach einer Zeit des Ankommens für die Gäste oftmals keine Rolle mehr, ob andere Menschen sie haarlos, geschwächt oder anderweitig gezeichnet sehen. Dieser Raum entsteht nicht zufällig. Er wird täglich gewissenhaft gebaut und orientiert sich dabei an den Wünschen und Bedürfnissen der Gäste. Darüber hinaus bieten wir Entlastungs- und Beratungsgespräche, auch für An- und Zugehörige, sowie psychosoziale Betreuung, komplementäre Therapien und Musiktherapie. Durch unsere Kooperation mit verschiedenen Dienstleisterinnen und Dienstleistern können wir vor Ort Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie sowie Frisieren anbieten.

Das Ricam Hospiz Zentrum in Berlin-Rudow öffnete Anfang 2020 seine Türen. Wie wird es angenommen und wie ist es im Stadtteil verankert?

Unser Gebäude befindet sich auf einem Grundstück der Philipp Melanchthon Gemeinde, die dankenswerterweise einen Erbpachtvertrag über 99 Jahre mit uns geschlossen hat. Bevor das Ricam seine Pforten öffnete, befand sich auf dem Grundstück das Gemeindehaus. Dort wurden Konfirmationen und Abi-Partys gefeiert, Nachbarschaftstreffen gestaltet und auch eine Kita betrieben. Wir wurden – und werden – mit offenen Armen empfangen. 2020 haben wir nicht nur unsere Türen geöffnet, wir waren, wie viele andere auch, von der Pandemie betroffen und mussten uns abgrenzen. Das ist nun glücklicherweise vorbei.

Wie gelingt aus Ihrer Sicht der Brückenschlag ins Quartier?

Zum einen durch eine natürliche, selbstverständliche Präsenz. Ein Stück weit aber auch, dank des Tageshospizes, das strukturell bessere Möglichkeiten zur Öffnung ins Quartier bietet und Hospizarbeit vor Ort sichtbarer machen kann. Tagesgäste können durch den Austausch mit Gästen, die im stationären Ricam Hospiz leben, einen Einblick in deren hospizliche Lebenswirklichkeiten erhalten. Und auch die An- und Zugehörigen können sich besser ein Bild von der Versorgung und Begleitung in einem stationären Hospiz machen.

Was würden Sie Projektträgern empfehlen, die ein ähnliches Vorhaben realisieren möchten?

Besuchen Sie bestehende Projekte. Sie sind nicht die Einzigen, die derzeit ein Tageshospiz eröffnen wollen, daher bieten sich vielerlei Möglichkeiten der Information und Vernetzung.

Was wünschen Sie sich für Ihr Projekt für die Zukunft?

Momentan fehlt eine angemessene Rahmenvereinbarung für Tageshospize mit den Kostenträgern, die eine Planungssicherheit gewährleisten würde. Relativ häufig müssen Tagesgäste aufgrund ihrer schweren Erkrankungen ihre Besuche absagen. Eine spontane Neubelegung des Platzes ist jedoch nicht realisierbar. Die derzeitige monatliche Ausfallquote von durchschnittlich 20% stellt das Ricam vor große Herausforderungen. Für Menschen mit lebensverkürzender Erkrankung und deren Familien, die auf vielfältige hospizliche Angebote dringend angewiesen sind, bleibt zu wünschen, dass der Schwung, der derzeit viele Tageshospize entstehen lässt, weiter an Kraft gewinnt und sich die finanziellen Rahmenbedingungen für die Bereitstellung solcher Angebote sukzessive verbessern.

Förderschwerpunkt A:
Teilstationäre hospizliche Angebote

Palliativ-hospizliche „Tages- und Nachtbetreuung“ im St. Josef-Hospital

Das Angebot richtet sich an Personen, die keine klinische Versorgung benötigen und zu Hause versterben möchten. Es beinhaltet eine stundenweise Betreuung am Tag oder in der Nacht und bietet Entlastung für pflegende Angehörige.

Standort: Wiesbaden/Hessen
Einzugsgebiet: ca. 500.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 10 Plätze (5 in der Tages- und 5 in der Nachtbetreuung)
Trägerin: St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH
Projekttyp: Erweiterung der hospizlich-palliativen Angebote

www.joho-stiftung.de

Erweiterungsbauwerk am Hospiz Villa Auguste

Mit dem ersten Tageshospiz in Sachsen wird eine Bedarfslücke für schwerstkranke und sterbende Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen hinsichtlich der Versorgung und Entlastung im häuslichen Umfeld geschlossen.

Standort: Leipzig/Sachsen
Einzugsgebiet: 609.869 Einwohnende (Leipzig), 8,67 Mio. (mitteldeutsche Metropolregion)
Anzahl Gäste: 8 - 12 Plätze
Trägerin: Hospiz Villa Auguste Leipzig gGmbH
Projekttyp: Erweiterung der hospizlich-palliativen Angebote

www.hospiz-villa-auguste.de

Tageshospiz an der Oker – Aufbau eines Zentrums für hospizliche Arbeit

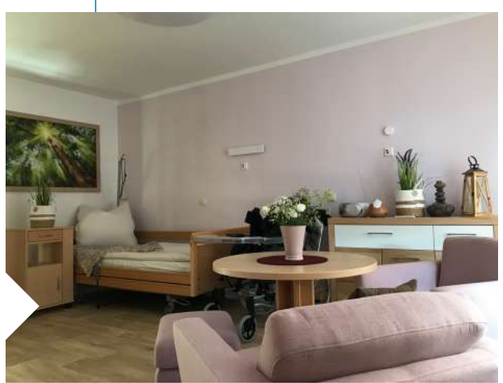
Zusammenführung ambulanter, teilstationärer und stationärer Hospizarbeit durch den Aufbau eines Kompetenzzentrums für hospizliche Arbeit mit Erweiterung um ein Tageshospiz, Sozialberatung für Pflegebedürftige in der Häuslichkeit und Angehörige.

Standort: Braunschweig/Niedersachsen
Einzugsgebiet: ca. 250.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 8 Plätze
Trägerinnen: Diakonie-Stiftung im Braunschweiger Land, Hospiz Braunschweig gGmbH
Projekttyp: Erweiterung der hospizlich-palliativen Angebote

www.hospiz-braunschweig.de

Palliative Kleinsteinheit im ländlichen Raum, Staßfurt

Das temporäre Wohnangebot unterstützt die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit bei einem kurzfristig eintretenden Pflegebedarf und hilft unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die Versorgung erfolgt bedarfsabhängig, rund um die Uhr oder stundenweise am Tag oder in der Nacht.



Standort: Staßfurt/Sachsen-Anhalt
Einzugsgebiet: ca. 25.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 3 Plätze
Trägerin: Pfeiffersche Stiftungen zu Magdeburg-Cracau
Projekttyp: Schaffung hospizlich-palliativer Angebote

www.pfeiffersche-stiftungen.de

Interview: DAS NEST – Stationäres und Teilstationäres Kinder- und Jugendhospiz sowie Hospiz & Palliativ-WG für Jugendliche

Elisabeth Schuh, Petra Moske, Vorsitzende nestwärme e.V. Deutschland

Sie sind das einzige Projekt, das Projektbausteine aller drei Förderschwerpunkte des Pilotprogramms aufweist. Wie kam es zu diesem umfassenden Ansatz?

Seit 1999 engagiert sich der in Trier gegründete nestwärme e.V. als unabhängiges und gemeinnütziges Sozialunternehmen im deutschsprachigen Raum für Familien mit schwerkranken, chronisch kranken und vor allem lebensverkürzend erkrankten Kindern und Jugendlichen. Seitdem beobachten wir mit Sorge, dass sich die Situation für betroffene Kinder und deren Familien nicht verbessert, sondern sich verschlechtert – insbesondere im ländlichen Raum, fernab der urbanen Zentren.

Da die Kinderhospizarbeit in unserer Gesellschaft große Ängste auslöst, wird sie stärker noch als die Hospizarbeit für Erwachsene tabuisiert und ist damit kaum sichtbar. 2020 haben wir das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gGmbH (ism) mit einer Studie zur bedarfsgerechten Unterstützung chronisch schwer, unheilbar oder lebensverkürzend erkrankter junger Menschen und ihrer Familien beauftragt.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass der Bedarf gut vernetzter ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege-, Hospiz- und Beratungsangebote im nahen Umfeld groß ist. Als wichtigster Baustein wurde das stationäre wohnortnahe Kinder- & Jugendhospiz ermittelt. Es ergänzt das bereits bestehende ambulante Angebot des nestwärme e.V., der nestwärme gGmbH und des regionalen Versorgungsnetzwerks und schließt damit eine wesentliche Lücke.

Welche Voraussetzungen braucht es, um ein solches Vorhaben zu realisieren?

Unserer Erfahrung nach ist es von großem Vorteil, bereits fest in lokalen und regionalen, aber auch überregionalen Netzwerken der Kinder- und Jugendarbeit sowie des Freiwilligenmanagements und der Selbsthilfestrukturen eingebunden zu sein. Doch nicht nur die Netzwerke der fachlichen Arbeit spielen eine Rolle bei der Entwicklung und Gestaltung eines neuen Projekts, sondern auch die erprobte vertrauensvolle und erfolgreiche Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene sowie mit Verantwortlichen der Landespolitik, die frühzeitig angesprochen und in die Projektformulierung beratend miteinbezogen werden sollten.

Als zentral betrachten wir bei unserem Projekt die mündliche Förderzusage der Stiftung Rehkids, die in den ersten 10 Jahren, nach Eröffnung des Kinder- und Jugendhospizes, dieses jährlich mit einer großzügigen Spende unterstützt.

Weiterhin entscheidend war für uns die Aufnahme in das Pilotprogramm „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Neben der Finanzierung von Einrichtungsgegenständen für das Kinderhospiz und der Hospiz-WG ist die wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens durch die Katholische Hochschule Freiburg von zentraler Bedeutung. Wir erwarten uns hiervon wichtige Impulse für die Gespräche und Verhandlungen mit den verschiedenen Ansprechpersonen, die für Zulassung und Finanzierung des Hospizes notwendig sind. Die Realisierung unseres Vorhabens wird auch von einer gut geplanten und langfristig angelegten Öffentlichkeits- und Pressearbeit, idealerweise einer Kampagne, abhängen. Dies ist uns inzwischen durch eine Kooperation mit dem Trierischen Volksfreund seit November 2022 im Rahmen einer Spendenkampagne für das nestwärme Kinderhospiz und einer permanenten Berichterstattung rund um das Thema Kinderhospiz gelungen.

Wodurch zeichnet sich die Palliativ- und Hospizarbeit für Kinder und Jugendliche aus und gibt es spezifische Anforderungen an die Angebote?

Im Unterschied zu den Hospiz- und Palliativangeboten für schwerstkranke und sterbende Erwachsene ist es eine Besonderheit der Kinder- und Jugendhospizarbeit, dass die Familien auf Wunsch ab der Diagnose und nicht nur in der letzten Lebensphase begleitet werden.

Hospiz- und Palliativangebote für Kinder und Jugendliche unterstützen nicht nur bei medizinischen und pflegerischen Fragestellungen oder Krisen. Sie begleiten den oft langen Prozess der Auseinandersetzung mit Verlusten, Hoffnungen und Fragen sowohl auf Seiten der Kinder als auch bei deren Eltern und Geschwistern. Oft leben die betroffenen Kinder viele Jahre mit ihrer Grunderkrankung und der Prognose, das Erwachsenenalter nicht zu erleben. Mit einer kurativen Therapieoption haben viele von ihnen heute glücklicherweise die Aussicht auf ein längeres Leben und dies bei guter Lebensqualität. Sie alle haben das Recht und den Wunsch auf gesellschaftliche Teilhabe, Bildung und Unterstützung, um ihre Entwicklungspotentiale ausbilden und sich in unsere Gesellschaft einbringen zu können. Wir erleben, dass genau dies immer noch in vielen Bereichen des Lebens nur sehr schwer realisierbar und in manchen Fällen überhaupt nicht möglich ist. Daher sehen wir es als wichtige Aufgabe der Kinder- und Jugendhospizarbeit, dass sie vielfältige alters- und entwicklungsgerechte Angebote schafft, die in den familiären Alltag integrierbar sind und eine Versorgung der Kinder in ihrem familiären Umfeld ermöglichen bzw. unterstützen.

Welche Schwierigkeiten waren / sind ggf. bei der Umsetzung des Projekts zu bewältigen?

In Deutschland gibt es bislang kein gesichertes Zahlenmaterial, um genaue Aussagen über Fallzahlen zu Kindern und Jugendlichen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen treffen zu können. Dies konnten wir nur mittels der erwähnten Studie zur „Schätzung“ der Zahlen in unserer Region und der Konkretisierung der Bedarfe der Familien lösen.

Auf dieser Grundlage konnten wir die Öffentlichkeit, Politik und Fachwelt überzeugen, dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Beispielsweise gelang es an einem „Runden Tisch“ verschiedene Expertinnen und Experten zusammenzubringen, um schrittweise eine realistische Umsetzung unseres Konzepts zu entwickeln.

Bürokratische und gesetzliche Hürden erschweren Innovation und Projekte, die, so wie unseres, parallel verschiedene Sektoren ansprechen und integrieren wollen. Hier brauchen wir nach wie vor einen „langen Atem“ und Förderinnen und Förderer, die uns die Chance geben, Zeit und Mittel aufzubringen, um die Vorarbeit leisten zu können – ohne Spenderinnen bzw. Spender oder Stiftungen wäre dies nicht möglich gewesen.

Was würden Sie Projektträgern empfehlen, die ein ähnliches Vorhaben realisieren möchten?

Aus unserer Sicht sind hohe Fachlichkeit, gute Zusammenarbeit und Kommunikation mit Stakeholdern sehr bedeutsam.

In einer Projektvorphase oder Orientierungsphase ist der Erfahrungsaustausch mit anderen Trägerinnen und Trägern der Kinderhospizarbeit, den Hospiz- und Kinderhospizverbänden, den Kranken- und Pflegekassen sowie den betroffenen Familien wichtig, um Versorgungslücken, zentrale Themenfelder und Wünsche der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien wahrzunehmen. Entscheidend ist auch die Suche nach zuverlässigen Finanzierungspartnerinnen und -partnern wie Stiftungen, Sponsorinnen und Sponsoren oder Unternehmen. Empfehlen können wir auch die Vernetzung auf politischer Ebene und die Suche nach geeigneter Schirmherrschaft sowie bekannten Botschafterinnen und Botschaftern als Testimonials.

Unerlässlich ist die frühzeitige Einbeziehung politischer Entscheidungsträgerinnen und -träger, unterschiedlicher Behörden und der Krankenkasse bereits in der Konzeptphase, um die Realisierungschancen und mögliche Hürden besser einschätzen zu können und natürlich auch um alle Genehmigungsvoraussetzungen, Mindestinvestitionen und laufende Betriebskosten für die Planung ermitteln zu können.

Die Kinderhospizarbeit ist auf eine dauerhafte und engagierte Unterstützung angewiesen. Eine Informationskampagne kann dabei helfen, Engagierte zu gewinnen und erfüllt zugleich den Zweck, über Kinderhospizarbeit aufzuklären und das tabuisierte und unsichtbare Thema in unserer Gesellschaft zu verankern.

Was wünschen Sie sich für Ihr Projekt für die Zukunft?

Wir sind der festen Überzeugung, dass JEDES Kind Teil einer Gesellschaft sein sollte, in der Unterschiede ganz normal sind. Die Chancen auf Bildung, Entwicklung, Pflege und ein selbstbestimmtes Leben sind für Kinder und Jugendliche mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und langfristig hohem Pflege- und Begleitungsbedarf stark eingeschränkt. Eine umfassende Umsetzung dieser Ziele bedarf nicht nur der engeren Verzahnung der verschiedenen Sektoren des Gesundheits- und Sozialwesens, sondern auch einer solidarischen Gesellschaft, die sich hierfür verantwortlich fühlt.

Nicht zuletzt darum setzt unser Projekt auf allen Ebenen auf gleichwertige Begegnungen mit wechselseitiger Unterstützung. Mit unserem innovativen Konzept möchten wir betroffene Familien, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene vom Rand unserer Gesellschaft in eine solidarische gesellschaftliche Mitte bringen und der familiären Erschöpfung und dem Ausgeschlossen-Sein Teilhabe, Selbstbestimmung und die Chance auf ein glückliches Leben entgegensetzen.

Förderschwerpunkt B:
Ambulante Wohnformen

Haus Hebron – Gemeinsam gegen Einsamkeit

Mit dem Vorhaben soll eine hospizliche und palliative Versorgung für ehemals wohnungslose Menschen in ihren bisherigen Zimmern etabliert werden. Um die Mobilität gehbehinderter Menschen zu gewährleisten, soll ein Fahrstuhl an das Haus Hebron angebaut werden. In einem weiteren Schritt sollen zusätzliche Zimmer eingerichtet werden, die für die Neuaufnahme wohnungsloser Menschen gedacht sind, die in anderen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe palliativ nicht ausreichend versorgt werden können.

Standort: Bezirk Treptow-Köpenick/Berlin
Einzugsgebiet: 250.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 8 Plätze
Trägerin: Haus Hebron gGmbH
Projekttyp: Schaffung hospizlich-palliativer Angebote

www.haus-hebron.de

Caritas-Senioren-WG Am Alten Markt

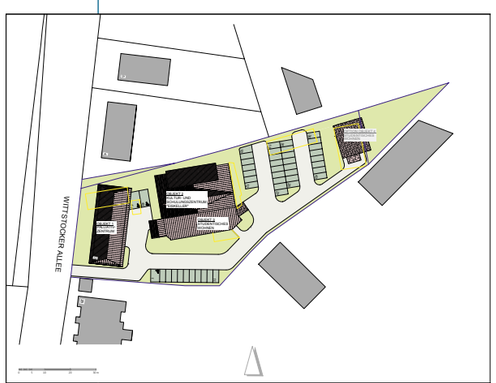
Ambulant betreute Demenz-WG mit palliativem Versorgungsangebot. Die Einbindung von pflegenden Angehörigen, Nachbarschaft, Vereinen und kirchlichen Institutionen ermöglicht eine individuelle, bedarfsorientierte und menschenwürdige Begleitung im Quartier.

Standort: Attendorn/Nordrhein-Westfalen
Einzugsgebiet: ca. 130.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 22 Plätze
Trägerin: AKC gGmbH Caritas-Zentrum Attendorn
Projekttyp: Schaffung hospizlich-palliativer Angebote

www.caritas-olpe.de

Palliatives Wohnen – Etablierung von Palliativkultur in ambulanten Wohnformen

Es entsteht ein Palliativzentrum mit zehn Wohneinheiten und acht Plätzen für die Kurzzeitpflege. Durch das palliative Wohnen können pflegebedürftige Menschen untergebracht und palliativ versorgt werden, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Lebenserwartung nicht auf Angebote des stationären Hospizes zurückgreifen können.



Standort: Neuruppin/Brandenburg
Einzugsgebiet: ca. 200.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 8 – 10 Plätze
Trägerin: Prignitz-Ruppiner Hospizgesellschaft mbh (gemeinnützig)
Projekttyp: Erweiterung der hospizlich-palliativen Angebote

www.ruppiner-hospiz.de

Interview: Haus Hebron – „Gemeinsam gegen Einsamkeit“

Christoph Müller, stellv. Leitung Sozialdienst Haus Hebron gGmbH

Ihr Projekttitel lautet Haus Hebron – „Gemeinsam gegen Einsamkeit“. Welche Idee bzw. Strategie steckt dahinter?

Ausgangspunkt ist die Wahrnehmung, dass wohnungslose Menschen stärker in vereinsamten Verhältnissen leben. Es gibt nur selten ein funktionierendes soziales oder familiäres Umfeld, das Unterstützung und Begleitung bieten könnte.

Gemeinsam beschreibt dabei zum einen eine Arbeitskultur im Haus Hebron, denn nur in der engen Zusammenarbeit und im kontinuierlichen Austausch lassen sich die Herausforderungen bei der Versorgung unseres Klientels bewältigen. Es beschreibt zum anderen auch die Einbindung unterschiedlicher Akteure (bspw.: Ehrenamtliche, ambulanter Hospizdienst, Ärztinnen und Ärzte), weil nur so eine bedarfsgerechte und menschenwürdige Versorgung sichergestellt werden kann.

Wie kam das Projekt zustande bzw. auf welchen Bedarf reagiert das Vorhaben?

Das Projekt hat sich anfangs organisch aus der pflegerischen Versorgung langjährig wohnungsloser Menschen entwickelt. Es gab bei schwersterkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern vermehrt den Wunsch im Haus Hebron zu versterben, weil sie diesen Ort als ihre Heimat betrachten. Daraufhin haben wir die palliative Versorgung und psychosoziale Sterbebegleitung schrittweise in unsere Arbeitsabläufe integriert. Das Projekt versucht diese Praxis durch die Etablierung verlässlicher Strukturen und die Schaffung baulicher Voraussetzungen weiterzuentwickeln und zu professionalisieren.

Darüber hinaus reagiert das Projekt auf einen spezifischen Bedarf, den es bei der Unterbringung und Versorgung schwersterkrankter wohnungsloser Menschen in Berlin gibt. Bereits bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Wohnungslosen gibt es eine große Lücke, die sich bei der palliativen und hospizlichen Betreuung fortsetzt. Wir möchten einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke zu schließen.

Welche spezifischen Anforderungen an die Begleitung sterbender wohnungsloser Menschen sehen Sie?

Wohnungslose Menschen haben aus verschiedenen Gründen einen erschwerten Zugang zum medizinischen Regelversorgungssystem. Hinzu kommen mangelnde Selbstfürsorge und ausgeprägte Suchterkrankungen – oft ohne Abstinenzwillen. Schwere Erkrankungen werden oft erst sehr spät erkannt. In der Regel haben wir es also mit Personen zu tun, die eine große Ferne und Skepsis gegenüber institutionalisierten Hilfsangeboten haben und in ihren Behandlungswünschen sehr ambivalent sind. Daher bedürfen diese Personen einer engmaschigen sozialarbeiterischen Begleitung, um bestehende Hilfsangebote überhaupt anzunehmen.

Auf diese besonderen Anforderungen reagieren wir daher mit möglichst niedrigschwelligen, die Unterstützungsleistungen (bspw. ärztliche Visiten, therapeutische Angebote) flankierenden Angeboten vor Ort.

Welche Schwierigkeiten waren / sind ggf. bei der Umsetzung des Projekts zu bewältigen?

Die größte Schwierigkeit ist, dass solch ein Projekt wie das Haus Hebron in der institutionalisierten Hilfelandschaft eigentlich nicht vorgesehen ist. Zunächst sind wir eine „normale“ Obdachloseneinrichtung, die rein für die Unterbringung von obdachlosen Personen zuständig ist. Alle Angebote, die darüber hinaus gehen, müssen gegenüber den Kostenträgern gesondert argumentiert und durchgesetzt werden.

Der Titel des Pilotprogramms „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ hat vermutlich für die Gäste Ihres hospizlichen Angebots eine andere Bedeutung. Welche Wünsche und welche Gemeinschaft spielen hier am Lebensende eine Rolle?

Die Wünsche und Bedürfnisse nach Gemeinschaft lassen sich kaum generalisieren. Wir beobachten allerdings sehr häufig, dass die schwersterkrankten Wohnungsnotfälle nur sehr reduzierte Bedürfnisse haben. Insbesondere die Versorgung mit Suchtmitteln (Zigaretten + Alkohol) ist zentral.

Was würden Sie Projektträgern empfehlen, die ein ähnliches Vorhaben realisieren möchten?

Anfangen und mutig sein. Trotz der benannten Schwierigkeiten und Herausforderungen stoßen wir mit unserer Arbeit oft auf großes Interesse bei zahlreichen Institutionen. Und der Bedarf ist riesig. Zudem scheint mir die Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteurinnen und Akteuren des Hilfesystems zentral, weil alle spezifisches Wissen und Erfahrungen mit einbringen. Die Bereitschaft von anderen zu lernen und „out of the box“ zu denken, gehört für uns ebenfalls dazu.

Was wünschen Sie sich für Ihr Projekt für die Zukunft?

Ich wünsche mir zunächst, dass wir weiterhin in solch einem engagierten Team und mit so viel Einsatz zum Wohle unserer Bewohnerinnen und Bewohner arbeiten können. Darüber hinaus wünsche ich mir, dass auch andere Institutionen (insbesondere staatliche Stellen) die Notwendigkeit erkennen, bedarfsgerechte Unterbringungsformen für die besonderen Bedürfnisse von wohnungslosen Menschen zu schaffen. Dazu gehört dann auch der Ausbau der palliativen und hospizlichen Versorgungsstruktur. Aktuell bewegt sich diesbezüglich einiges in Berlin. Ich hoffe, daraus ergeben sich zukünftig verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit.

Förderschwerpunkt C: Stationäre Angebote

Hospizzimmer Ostallgäu

Angedockt an das örtliche „Senioren- und Pflegeheim Waal“ bietet das Hospizzimmer heimatnahe, hospizliche Versorgung in einer Region mit geringer Bevölkerungsdichte. Ein Team aus Palliativ Care-Fachkräften und dem Hospizverein, kümmert sich um die Überleitung, den Einzug und die palliative Beratung der Gäste sowie ihrer An- und Zugehörigen. Diese zusätzlichen Betreuungsleistungen werden durch den Landkreis Ostallgäu finanziell unterstützt und zur Verfügung gestellt.

Standort: Waal / Bayern
Einzugsgebiet: ca. 2.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 1 Platz
Träger: Landkreis Ostallgäu, Hospizverein Kaufbeuren-Ostallgäu e.V.
Projekttyp: Schaffung hospizlich-palliativer Angebote

www.seniorenheime-ostallgaeu.de

DAS NEST

Es entsteht ein multifunktionales Haus mit verschiedenen Pflege-, Hospiz-, und Beratungsangeboten für chronisch schwer, unheilbar oder lebensverkürzend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie ihre Familien. Projektbestandteile sind auch digitale Angebote, ein öffentliches Begegnungs-Café, ein Schulungszentrum, ein Fahrdienst und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.

Standort: Trier / Rheinland-Pfalz
Einzugsgebiet: ca. 4,03 Mio. Einwohnende
Anzahl Gäste: Kinder- & Jugendhospiz: 4 Plätze (2 für Kinder, 2 für Jugendliche), WG: 8 Plätze (16–27 Jahre)
Träger: nestwärme e.V. Deutschland
Projekttyp: Schaffung ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungsangebote

www.nestwaerme.de

Neubau des Edith-Stein-Hospizes

Erweiterung des bestehenden stationären Hospizes von zwei auf acht bis zehn Zimmer. Der Neubau ermöglicht eine enge Vernetzung der ambulanten Kinder-, Jugend- und Erwachsenen-Hospizarbeit mit den stationären Hilfen vor Ort. Ziel ist eine Verbesserung der allgemeinen hospizlichen Versorgung in der ländlich strukturierten Grenzregion „EUREGIO“ Bocholt-Rhede-Isselburg.

Standort: Bocholt/Nordrhein-Westfalen
Einzugsgebiet: ca. 110.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 8–10 Plätze
Trägerin: Hospiz-Stiftung OMEGA Bocholt Selbständige Stiftung privaten Rechts
Projekttyp: Ausbau der stationären Platzkapazitäten

www.omega-hospiz.de

Hospizzimmer in Lechbruck

Das Hospizzimmer bietet schwerkranken Menschen in der letzten Lebensphase ein wohnliches Zuhause, in dem sie sich umsorgt fühlen und heimatnah hospizlich und palliativ versorgt werden können. Ein Team aus einer vom Landkreis finanzierten Palliativ Care-Fachkraft und einer Pflegehilfskraft kümmert sich um die Überleitung, den Einzug und die palliative Beratung der Gäste und ihrer An- und Zugehörigen. Zudem unterstützt das Team die Pflegekräfte bei der Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner.

Standort: Lechbruck/Bayern
Einzugsgebiet: ca. 51.000 Einwohnende
Anzahl Gäste: 1 Platz
Träger: Hospizverein Südliches Ostallgäu e. V. in Kooperation mit dem Siebenbürgerheim Lechbruck und dem Landkreis Ostallgäu
Projekttyp: Schaffung hospizlich-palliativer Angebote

www.hospiz-fuessen.de

Interview: „Hospizzimmer Ostallgäu“ im Senioren- und Pflegeheim Waal

Madita Lang, Einrichtungsleitung Senioren- und Pflegeheim Waal

Worin sehen Sie die spezifische Bedeutung Ihres Projektes/Was ist das Besondere an Ihrem Projekt?

Unser Hospizzimmer im Senioren- und Pflegeheim Waal ist das erste ambulante Hospizzimmer im Landkreis Ostallgäu. Zwei weitere sollen in anderen Teilen des Landkreises in naher Zukunft eröffnet werden. Durch diese Zimmer wird die palliative Versorgung im Landkreis intensiviert und der Mangel an Plätzen im stationären Hospiz bzw. der Bedarf etwas mehr gedeckt. Wir möchten der Bevölkerung im ländlichen Raum eine Möglichkeit bieten, die letzte Lebensphase in der Nähe ihrer Angehörigen zu verbringen. Durch die räumliche Nähe des eigenen Zuhauses können Bewohnerinnen und Bewohner z. B. an Tagen, an denen es der gesundheitliche Zustand zulässt, unkompliziert auch mal Zeiten Hause verbringen. Die kurzen Wege erleichtern es Angehörigen, den eigenen Berufsalltag mit einer vermehrten Präsenz in der letzten Lebensphase eines Familienmitglieds oder Lebenspartners zu vereinbaren.

Von wem ging die Initiative aus? Hospizverein/Pflegeheim/Landkreis? Wie haben die Akteure „zusammengefunden“?

Der Landkreis Ostallgäu hat beschlossen, den Betrieb dreier ambulanter Hospizzimmer jährlich mit 60.000 € für Personalkosten (betreuende Palliativ Care-Pflegefachkräfte)

zu fördern. Durch die Seniorenbeauftragte des Landkreises Ostallgäu wurde die Schaffung dieser Zimmer angestoßen. Daraufhin haben der Hospizverein Kaufbeuren-Ostallgäu e. V., der Landkreis als Träger des Senioren- und Pflegeheims und das Team der Einrichtung vor Ort das Konzept für das Hospizzimmer im Senioren- und Pflegeheim Waal ausgearbeitet.

Wie wird das Angebot finanziert?

Die Ausstattung des Hospizzimmers wurde mit einmalig 30.000 € durch das Förderprogramm „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit dem FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e. V. gefördert. Die jährlichen Personalkosten für Palliativ Care-Pflegefachkräfte in der zusätzlichen Betreuung der Hospizgäste, welche beim Hospizverein angestellt sind, werden durch die Förderung des Landkreises sowie den Hospizverein Kaufbeuren-Ostallgäu e. V. getragen. Die Versorgung der Hospizgäste wird mit den Pflegekassen genauso abgerechnet wie bei allen anderen Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung auch. Ebenfalls müssen die Hospizgäste den gleichen Eigenanteil selbst aufbringen.

Welche Schwierigkeiten waren / sind ggf. bei der Umsetzung zu bewältigen?

Der Hospizverein koordiniert die Belegung. Herausforderung dabei ist die Einschätzung, wer den Platz am dringlichsten benötigt. Für die Einrichtung sind die meist kurzen Verweildauern und die dazwischen liegenden, schwer vermeidbaren Leerstände, ein organisatorischer Mehraufwand und eine finanzielle Einbuße.

Das Hospizzimmer ist jetzt seit dem 01.06.2022 eröffnet. Wie wird das Angebot angenommen?

Das Angebot wird gut angenommen, das Zimmer ist regelmäßig belegt.

Was würden Sie Kommunen empfehlen, die ein ähnliches Projekt realisieren möchten?

Für die Umsetzung gibt es derzeit keine spezielle Finanzierungsmöglichkeit für Senioren- und Pflegeheime. Ohne einen Zuschuss von Kommunen etc. könnte es schwer sein, Trägerinnen und Träger für die Umsetzung zu gewinnen. Weiterhin steht und fällt das Angebot mit einem engagierten Personalteam, welches für die Thematik offen ist.

Bildnachweise

Cover: großes Bild: Gedenkschrein ©Hamburg Leuchtfeuer
Cover: kleines Bild oben: JoHo Ehrenamt lesen, ©St. Josefs-Hospital Stiftung
Cover: kleines Bild Mitte: Sommerfest nestwärme e.V. Deutschland
Cover: kleines Bild unten: Grundsteinlegung, ©Hospiz Villa Auguste Leipzig
S. 2 Portrait Lisa Paus, Laurence Chaperon
S. 4 Portrait Dr. Josef Bura
S. 7 Heilhaus Kassel, ©Heilhaus-Stiftung Ursa Paul
S. 8 Portrait Gerda Graf
S. 9 Die Säulen der Hospizidee, ©Graf
S. 10 Vergleich Krankenhaus- und Hospizziele, ©Gerda Graf
S. 11 Lebensort Vielfalt Pflege-WG, ©Schwulenberatung Berlin gGmbH
S. 13 Bild oben: Gespräch Ricam, ©Ricam Hospiz GmbH
S. 13 Bild unten: Schulung der Sorgebeauftragten, ©Gerda Graf
S. 14 Jung und Alt - Mehrgenerationenhaus, ©Heilhaus Kassel
S. 15 Portrait Ursula Kremer-Preiß
S. 16 Weg durch die Siedlung am Heil haus, ©Heilhaus-Stiftung Ursa Paul
S. 17 Tag der offenen Tür, ©Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. Regionalverband Leipzig/Nordsachsen
S. 18 Garten, ©Ricam Hospiz gGmbH
S. 19 FESTLAND - das Leuchtfeuer-Wohnprojekt für chronisch kranke Menschen, ©Hendrik Lüders
S. 20 Ambulant betreute WG in Eschede, ©Renate Kage
S. 21 Begleitung im Alter, ©Heilhaus Kassel
S. 22 Portrait Lara Graupner
S. 23 Netzwerkkarten, Lara Graupner
S. 24 Caritas-Senioren-WG Am Alten Markt, ©AKC gGmbH
S. 25 JoHo Ehrenamt Musik, ©St. Josefs-Hospital Stiftung
S. 26 Grundsteinlegung Hospiz Villa Auguste Leipzig
S. 27 JoHo Patientengespräch, ©St. Josefs-Hospital Stiftung
S. 28 Pflegebad Ricam Hospiz Zentrum, Sebastian Rau
S. 29 Bildnachweis: ©Ricam Hospiz Zentrum, Sebastian Rau
S. 30 Ebd.
S. 31 Garten Ricam Hospiz, ©Ricam Hospiz gGmbH
S. 32 JoHo Gast malen, ©St. Josefs-Hospital Stiftung
S. 32 Erweiterungsbauwerk, ©Hospiz Villa Auguste Leipzig gGmbH
S. 33 Essraum Tageshospiz an der Oker
S. 33 Palliative Kleinsteinheit in Staßfurt; ©Pfeiffersche Stiftungen zu Magdeburg-Cracau
S. 34 DAS NEST, Esther Jansen
S. 37 DAS NEST, Esther Jansen
S. 38 Haus Hebron, Florian Gaertner photothek.de
S. 39 Spielrunde Senioren-WG, ©AKC gGmbH Caritas-Zentrum Attendorn
S. 39 Lageplan Palliativ-Zentrum mit Kultur- und Schulungszentrum „Eiskeller“, Rheinländer Meineke Partnerschaft von Architekten
S. 40 Haus Hebron Außenanlage, Florian Gaertner photothek.de
S. 42 Balkon Haus Hebron, Florian Gaertner photothek.de
S. 43 Hospizzimmer Waal, Florian Gaertner photothek.de
S. 43 Das Nest Bauplanung, nestwärme e.V.
S. 44 Edith-Stein-Hospiz, ©Hospiz-Stiftung OMEGA Bocholt
S. 44 Exemplarisches Foto eines Zimmers zur Hospiz- und Palliativversorgung im „Hospiz Am Hohen Tore“, Braunschweig, ©DiakonieStiftung im Braunschweiger Land
S. 45 Hospizzimmer Waal, Florian Gaertner photothek.de
S. 46 Scheckübergabe, ©Senioren- und Pflegeheim Waal

FORUM
Gemeinschaftliches Wohnen e.V.
Bundesvereinigung

Wir beraten, informieren und koordinieren

Das FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V. agiert bundesweit. Mit 26 Regionalstellen in fast allen Bundesländern und der Bundesgeschäftsstelle in Hannover verfügen wir über ein breites Netzwerk rund um das Gemeinschaftliche Wohnen und neue Wohn-Pflege-Formen. Wir koordinieren und moderieren Projekte und bündeln Wissen und Erfahrungen für Menschen im demografischen Wandel. Bei uns organisieren sich Hunderte von Akteuren, die das gesamte Spektrum der neuen Wohnformen abbilden. Dieses Know-how prägt unsere Workshops und Fachtagungen. Parallel unterstützen unsere Regionalstellen alle, die Impulse für eine zukunftsfähige Gesellschaft geben.

Regiestelle
Pilotprogramm „Sterben wo man lebt und zu Hause ist“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V.,
Bundesvereinigung

Hildesheimer Straße 15
30169 Hannover
Telefon 0511 165910-0
hospizprogramm@fgw-ev.de

Gestaltung und Umsetzung

B:SiGN GmbH
Kaulbachstr. 18
30625 Hannover
www.bsign.de

Redaktion

Dr. Romy Reimer

Stand

Juni 2023

Gefördert vom:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend