

# Konzeption für das stationäre Hospiz in Varel

<b>LEITGEDANKE</b>	<b>2</b>
<hr/>	
<b>1. EINFÜHRUNG</b>	<b>2</b>
<b>1.1. DIE AKTUELLE SITUATION DER PALLIATIVVERSORGUNG IN VAREL UND DER REGION</b>	<b>3</b>
<b>1.2. BEDARFSLAGE</b>	<b>4</b>
1.1.1. ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN AUF BUNDESEBENE	4
1.1.2. BETRACHTUNG REGION WESER-EMS	5
<b>2. KONZEPTION</b>	<b>5</b>
<hr/>	
<b>1.3. DIE ZUKUNFT DER PALLIATIVVERSORGUNG</b>	<b>6</b>
<b>1.4. ZIELGRUPPE</b>	<b>7</b>
<b>1.5. WELCHEN AUFTRAG UND NUTZUNG ERWARTEN WIR?</b>	<b>7</b>
<b>1.6. WIE SICHERN WIR DIE QUALITÄT BZW. DIE QUALITÄTSENTWICKLUNG?</b>	<b>8</b>
<b>1.7. SPIRITUELLE AUSRICHTUNG UND PERSPEKTIVE</b>	<b>10</b>
<b>1.8. WIR WOLLEN UNS VERNETZEN UND MIT ANDEREN INSTITUTIONEN KOOPERIEREN</b>	<b>10</b>

## Leitgedanke

*Leben bis zuletzt – eine Herberge für die letzte Wegstrecke. Das stationäre Hospiz in Varel ist nicht nur ein Ort oder eine örtlich begrenzte Dienstleistung, sondern eine bestimmte Art und Weise, den letzten Lebensabschnitt zu erleben. Schwerkranke und sterbende Menschen werden in einer Atmosphäre der Ruhe und Geborgenheit gepflegt und begleitet. Ihre Würde, Selbstbestimmung und Einzigartigkeit steht im Mittelpunkt einer ganzheitlichen Betreuung. Die Aufmerksamkeit des fachkundigen Personals gilt nicht nur den Bewohnern des Hospizes, sondern auch ihren Angehörigen. Ängste und Unsicherheiten der Gäste, aber auch deren Familien und Freunden, sollen durch eine umfassende Unterstützung rund um die Uhr genommen werden.*

## 1. Einführung

Die Diakonie ist ein bundesweiter Träger von etwa 1.100 stationären Pflegeeinrichtungen und 740 ambulanten Pflegediensten. Der Träger des Friedel-Orth-Hospizes in Jever, des Laurentiushospizes in Falkenburg und dem Angelika Reichelt Kinder- und Jugendhospiz Joshuas Engelreich in Wilhelmshaven ist die mission:lebenshaus gGmbH, eine 100 prozentige Tochter des Vereins für Innere Mission in Bremen und Mitglied im Diakonischen Werk.

Die meisten Menschen haben auch bei eintretender Pflegebedürftigkeit den Wunsch, so lange wie möglich in den „eigenen vier Wänden“ bleiben zu können. Auch unheilbar kranke Menschen wollen in der Regel lieber zu Hause sterben als in einem Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung. Die heutigen Familienstrukturen aber lassen oft wenig Spielraum zu, um diesen Wunsch zu erfüllen.

Ambulant tätige Hospiz- und Palliativdienste sind trotz vielfältiger Bemühungen oft nicht in der Lage, den Familien und weiteren Angehörigen von stark pflegebedürftigen oder auch unheilbar kranken Menschen entsprechende Hilfen in dem notwendigen 24 Stunden Umfang zu geben. Hier bedarf es generell neuer Anstrengungen, insbesondere neuer Organisations- und Dienstleistungsstrukturen in der ambulant-stationären Palliativversorgung, um die Angehörigen dabei zu unterstützen, dass todkranke oder sterbende Menschen in größtmöglicher Geborgenheit, ohne Schmerzen und Würde sterben können.

Darum bedarf es einerseits eines stationären Hospizes andererseits aber auch eines ambulanten palliativpflegerischen Dienstes, der die Familienangehörigen des sterbenden Menschen zu Hause unterstützt.

## 1.1. Die aktuelle Situation der Palliativversorgung in Varel und der Region

### Ambulante Hospizdienste

Im August 2001 wurde der ambulante Dienst „Hospizbewegung Varel e.V.“ gegründet.

Der Verein bietet Schulungskurse für ehrenamtliche Betreuungskräfte an. Bisher haben 120 Menschen den Befähigungskurs absolviert, davon sind z. Zt. ca. 35 Menschen aktiv in der Begleitung. Die Hospizbewegung hat einen großen Rückhalt in der regionalen Bevölkerung. Die Anzahl der Mitglieder beläuft sich auf ca. 250 Personen.

2005 konstituierte sich im eingetragenen Verein „Hospizbewegung Varel“ ein Arbeitskreis aus ambulanten und stationären Pflegekräften sowie Ärzten. Hier wurde intensiv am Aufbau ambulanter, vernetzter Strukturen für Palliative Care gearbeitet. 2007 entstand so der „Palliativstützpunkt am Jadebusen“, finanziell gefördert durch das Land Niedersachsen. Die enge Vernetzung beider Organisationen blieb bis heute bestehen, auch unter einem Dach, wenngleich sich das „Palliativnetz am Jadebusen e.V.“ im Jahre 2010 von der „Hospizbewegung Varel e.V.“ abgelöst hat, um im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) entsprechende Strukturen zu schaffen.

In Zetel-Neuenburg gibt es seit mehr als 15 Jahren den Hospizdienst Friesische Wehde e.V., welcher sich rein ehrenamtlich engagiert.

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Das Palliativnetz - mit derzeit einer hauptamtlichen Koordinatorin und zwei Honorarkräften für dieses Aufgabengebiet – kooperiert mit sechs Pflegediensten aus Varel, Jade und der Friesischen Wehde (Bockhorn, Zetel und Neuenburg) sowie 16 in Palliativmedizin weitergebildeten Ärzten, sieben davon tragen diese Zusatzbezeichnung, die anderen haben jeweils den Basiskurs besucht. Außerdem gibt es drei kooperierende Apotheken mit Weiterbildung in Palliativpharmazie.

### Planung eines stationären Hospizes

Die Hospizbewegung Varel initiierte Anfang 2013 im Rahmen erster Sondierungsgespräche mit der Stadt Varel und anderen potenziellen Partnern die Errichtung eines stationären Hospizes. Es entstand die Einsicht, basierend auf der Praxiserfahrung in der Region, dass trotz des allgemeinen Ziels „ambulant vor stationär“ zu versorgen und zu begleiten, sich die Notwendigkeit ergäbe, einen palliativ-hospizlich begleiteten Patienten in ein stationäres Hospiz überführen zu können, da ambulant meist keine 24 Stunden Versorgung gewährleistet werden

kann. Ein weiterer Aspekt liegt in der zu erwartenden steigenden Nachfrage an stationären Hospizangeboten aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland. Zeitgleich gewinnt das Thema stationäre Einrichtung in Varel an weiterer Dynamik: Die Politik unterstützt mit einer vom Stadtrat einstimmig beschlossenen Absichtserklärung das Engagement des Vereins und dokumentiert die Notwendigkeit einer stationären Einrichtung in Varel.

## 1.2. Bedarfslage

### 1.1.1. Entwicklung der Fallzahlen auf Bundesebene

Die Berechnung der Sterbezahlen orientiert sich an den durchschnittlichen bundesdeutschen Sterbezahlen. Im Jahre 2013 starben 0,894 Millionen Menschen, daraus errechnet sich ein jährlicher Bevölkerungsanteil von etwa 1,11 % zur Gesamtbevölkerung (80.62 Mio.).

Um die Bedarfe nachvollziehbar darzustellen, verdeutlichen wir das an 1.000 Verstorbenen. Es sterben 40-50 % plötzlich (z.B. Herz-/Hirntod; Unfall, etc.) also ca. 450 Personen. Zudem versterben zwischen 50-60 % an chronischen Leiden und sind somit potenziell palliativ-versorgungsbedürftig, also 550 Personen. Darüber hinaus versterben 267 an Tumoren. An anderen chronischen Leiden (COPD, Herzinsuffizienz ALS, Demenzen) versterben etwa 283 Menschen. Bislang bekommen 5 bis 9 von 10 Tumor-Patienten aber nur 1 von 10 Nicht-Tumor-Patienten in Deutschland SAPV und/oder Hospiz-bzw. Palliativstationsversorgung. Nach Schätzungen der Studien aus Australien und Großbritannien braucht jeder 5. (20 %) der Gesamtfälle der Nicht-Tumor Patienten eine Hospiz- bzw. Palliativversorgung. Berechnungen für Deutschland gehen von jedem 6. Patienten der „Nicht-Tumor“ Erkrankten aus.

Pro Bevölkerungsgruppe von 100.000 Menschen mit 1.110 Jahres-Verstorbenen brauchen also pro Jahr 211 Verstorbenen ein der letzten Phase eine spezifische Palliativversorgung (SAPV):

- 148 Tumorerkrankten plus
- 63 Nicht-Tumorerkrankte

Nur jeder zweite Sterbende kommt überhaupt in Frage für SAPV/ AAPV, Hospiz-/ Palliativstationsaufnahme. Bei 1.000 Verstorbenen liegt der Anteil bei 190 Verstorbenen mit Palliativversorgungsbedarf im Jahr, also etwa 19 %.

Der Bedarf für eine palliativmedizinische Behandlung wurde bei Tumorpatienten auf 90% und bei Nicht-Tumorpatienten auf 50%, für eine kontinuierliche Mitbetreuung auf 70 bzw. 30%, und für eine stationäre Betreuung auf 20% bzw. 10% geschätzt. Wenn diese Zahlen auf die derzeitigen Häufigkeiten der Tumor- und Nicht-Tumorerkrankungen umgerechnet werden, müssen unsere Bedarfsberechnungen

z.B. für stationäre Betten mit 35-50 Hospiz- und Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner deutlich nach oben angepasst werden.

### 1.1.2. Betrachtung Region Weser-Ems

Folgende Einwohnerzahlen dienen als Grundlage für die regionale Betrachtung:

Stadt Varel	24.700
Jade	5.700
Bockhorn	8.500
Zetel	11.200
Rastede	21.100
Stadland	8.100
Butjadingen	6.400
Nordenham	26.300
Ovelgönne	5.700

### **Gesamteinwohner: 117.700**

Die Planung für das stationäre Hospiz in Varel sieht eine Gastzimmeranzahl von 8 vor. Es ist davon auszugehen, dass man für die oben genannte Region 6 Plätze benötigt, um den Bedarf an stationärer Hospizversorgung der Region (117.700 EW) abzudecken. Dieses würde einer Auslastung von 75 % entsprechen. Zusätzlich ist ein Strahleffekt in die Region Bremerhaven und in Richtung Wilhelmshaven/Jever zu erwarten, sodass eine Auslastung von weit über 80 % zukünftig erreicht werden wird. Der Hospiz-Neubau in Varel erweist sich für Region als zukunftsweisendes Projekt, um die Versorgungsstrukturen für zukünftige Anforderungen nachhaltig auszustatten.

## 2. Lage und räumliche Ausstattung

Für den Standort des zukünftigen stationären Hospizes in Varel wurde das Gelände der ehemaligen Frieslandkaserne gewählt. Das Grundstück mit fast 6.000 qm Größe wird als Erbbaurecht von der Stadt Varel zur Verfügung gestellt. Die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr und Innenstadtnähe sind für das zukünftige Haus gegeben. Für die zukünftigen Hospizgäste ist die Nähe zu Erholungsräumen und zur Stadt ein wichtiger Faktor, um ein Stück Lebensqualität auch in der letzten Phase des Lebens zu erhalten.

Folgendes Raumprogramm ist geplant:

- 8 Gästezimmer mit mindestens 20 qm und einem jeweils zugehörigen barrierefreien Duschbad von mindestens 5 qm.
- Zwei Angehörigenzimmer mit jeweils 20 qm.
- Eingangsbereich mit offenem und einladendem Charakter.
- Multifunktionsraum für Besprechungen und Schulungen.
- Zentraler „Raum der Stille“ als Abschieds- und Rückzugsraum für Angehörige.

- 1 Aufenthaltsbereich als Wohnküche mit 55 qm.
- 1 Pflegebad von 20 qm.
- 2 Büros für Hospizleitung und Sozialdienst/ Pflegedienstleitung mit jeweils 20 und 16 qm.
- 1 Sozialraum für Mitarbeitende von etwa 15 qm.
- 1 Dienstzimmer mit zentraler Medikamentenaufbewahrung von insgesamt 20 qm.
- 1 Aufbewahrungsraum für Pflegehilfsmittel.
- 1 unreiner Pflegearbeitsraum mit Fäkalienspüle.
- 1 Lager für für Rollstühle; Pflegebetten
- 1 Lagerraum für Lebensmittel
- 1 Raum für Putzmittel
- 1 Raum für Akten und Archivmaterial
- Sanitärräume für Gäste und Mitarbeitende
- 1 barrierefreies Gäste-WC
- Umkleiden für weibliche und männliche Mitarbeitende.
- 1 Besprechungsraum für Teamsitzungen

### 3. Konzeption

#### 1.3. Die Zukunft der Palliativversorgung

Die Bevölkerung in Deutschland wird sich in den nächsten 20 Jahren deutlich verändern. Während es derzeit ca. 83 Millionen Deutsche gibt, sind für 2030 nur noch 77 Millionen Bundesbürger vorausgesagt bei einem gleichzeitigem Anstieg der über 65-Jährigen von 15,8 auf 22 Millionen. Bei weiterhin fallender Geburtenrate werden die absoluten Todesfälle von derzeit 880.000 pro Jahr auf ca. 990.000 steigen. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der steigenden Zahl Sterbender im Krankenhaus wider. In den nächsten 20 Jahren wird es zu einer Zunahme der Krebsneuerkrankungen um 50% kommen, genauso werden chronische Erkrankungen und besonders auch die Zahl der Demenzpatienten weiter zunehmen. Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass die Lebenserwartung steigt, die Menschen aber gleichzeitig auch länger mit chronischen Erkrankungen leben müssen. Die arbeitende Bevölkerung wird abnehmen, das führt zu einem Mehrbedarf an professioneller Unterstützung der berufstätigen Angehörigen bei der Sterbebegleitung.

Die sich verändernde Situation bringt große Herausforderungen für die Hospiz- und Palliativbetreuung mit sich. Um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein, müssen wir bereits jetzt überlegen, welchen Bedarf es jetzt und zukünftig für Patienten gibt, nämlich die Art der Palliativbetreuung, zu welchem Zeitpunkt und in welchen Rahmen eine optimale Betreuung geschaffen werden muss.

## 1.4. Zielgruppe

Menschen - jeden Alters

- mit unheilbaren oder degenerativen Krankheiten, für die keine kurativen Therapien mehr möglich sind und die eine begrenzte Lebenserwartung haben,
- bei denen eine häusliche Betreuung aus medizinischen oder familiären Gründen nicht möglich ist,
- bei denen eine stationäre, palliative Versorgung angezeigt ist,
- Angehörige, die ein Familienmitglied oder eine/n Freund/in begleiten möchten, die Unterstützung in der Pflege brauchen, entlastet und begleitet werden möchten. Besonderes Augenmerk gilt den Kindern und Partnern der Hospizbewohner.

## 1.5. Welchen Auftrag und Nutzung erwarten wir?

Das stationäre Hospiz in Varel ist eine Institution außerhalb der akutstationären Versorgung, die als baulich, wirtschaftlich und organisatorisch selbständige Einheit über separates Personal und ein separates Konzept verfügt. In der kleinen Einrichtungen mit familiärem Charakter und acht Plätzen werden Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende betreut, wenn sie nicht zu Hause gepflegt werden können und keine Behandlung im Krankenhaus bzw. auf einer Palliativstation benötigen. Der Schwerpunkt des Hospizes liegt in der Überwachung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie in der palliativ-pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung. Hier ist auch eine längerfristige Betreuung möglich. Die ärztliche Betreuung wird überwiegend durch niedergelassene Ärzte sichergestellt. Hier ist ursprünglich daran gedacht, den Patienten neben dem Ortswechsel nicht auch noch einen Arztwechsel zuzumuten.

Der „natürliche“ Umgang mit dem Tod, als Teil unseres Lebens, der jeden Tag eintreten kann, ist nicht fiktiv und spektakulär, aber durch seine unausweichliche Realität für viele Menschen sehr bedrohlich.

Nicht nur das Sterben ängstigt die Menschen, sondern auch die Ungewissheit, was nach ihrem Ableben mit ihrem toten Körper geschieht oder aber auch nicht geschieht. Im palliativ-pflegerischen Verständnis ist die Würde des Menschen über den Tod hinaus geachtet und ebenso versteht sich ein respektvoller Umgang mit dem Körper des verstorbenen Menschen und die Berücksichtigung von Wünschen, die der Verstorbene vor seinem Ableben geäußert hat.

Nach dem Eintreten des Todes endet nicht automatisch die Beziehung zum Verstorbenen. Die personale Würde, die dem Lebenden galt, gilt auch gegenüber dem verstorbenen Menschen als Richtschnur des Handelns. In der Nähe und im Kontakt mit dem Toten setzt sich die Beziehung zu diesem ganz konkreten Menschen fort. Reden und Handeln sind in diesem besonderen Moment von Respekt geprägt. In der Beachtung seiner letzten Wünsche lebt die persönliche Beziehung zum Patienten auch nach dessen Ableben und erweist ihm die letzte Würdigung. Dies geschieht im Kontext einer christlichen, konfessionsübergreifenden, spirituellen Abschiedskultur mit den entsprechenden Ritualen der Aufbahrung, Aussegnung und einer Trauerfeier.

Auch für die Pflegenden bedeutet der Tod des Patienten nicht den abrupten Beziehungsabbruch. Gerade da, wo sich im Pflegeprozess eine engere Beziehung entwickelt hat, kann es auch für die Pflegenden wichtig sein, sich in würdevoller Art und Weise vom Verstorbenen zu verabschieden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die eigenen Bedürfnisse nicht die der Angehörigen überlagern oder aber die Wünsche des Verstorbenen missachtet werden. Gerade die konkrete Versorgung des Verstorbenen (Ableitungen entfernen, Waschen, Zurechtlegen usw.) kann für Pflegenden eine Hilfe bei der Verabschiedung sein.

Über das optische und taktile Erleben wird der Tod des Patienten real und wirklich. In diesem Wissen ist es palliativpflegerischer Auftrag, Angehörige dazu zu ermutigen, Abschied zu gestalten und z.B. konkret in die Versorgung des Leichnams mit einzubeziehen.

Nach dem unmittelbaren Versterben eines Patienten sind Pflegenden meist mit einer Flut von unterschiedlichen Gefühlen von Angehörigen konfrontiert. Neben der Wahrung der Würde des Toten ist auch die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen in dieser schwierigen Zeit primärer pflegerischer Auftrag. Angehörige sollen die Einzigartigkeit und Individualität der Situation erfahren dürfen, benötigen von Pflegenden dazu meist Ermutigung und Berechtigung. Dazu gehört auch, durch ruhiges und klares Reden und Handeln Sicherheit zu vermitteln und konkret auf Fragen der Angehörigen einzugehen.

## **1.6. Wie sichern wir die Qualität bzw. die Qualitätsentwicklung?**

Eine qualitativ hochwertige Palliativbetreuung kann nur erreicht werden, wenn Aus- und Weiterbildung das notwendige Fachwissen liefern und sich am aktuellen Wissensstand orientieren. Als ein Element der Strukturqualität ist die Aus- und Fortbildung eine Voraussetzung dafür, um eine an den Bedürfnissen der Gäste orientierte Begleitung zu gewährleisten. Eine „gelungene“ Implementierung steht für Ergebnisqualität.

Wir werden eine „Rund um die Uhr“ Betreuung gewährleisten, bei ständiger Präsenz einer/eines Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Diese Betreuung baut auf einer Pflegekonzeption auf, die auf die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens aufbaut. Diese bedarfsorientierte ganzheitliche Pflegeplanung unterstützt und fördert die Selbsthilfepotenziale des Betroffenen. Dabei wird besonders auf interdisziplinäre Zusammenarbeit Wert gelegt. Mit einem geeigneten Pflegedokumentationssystem werden wir das Leistungsgeschehen und den Pflegeprozess ableiten.

Die Qualität der Leistungserbringung werden wir fortlaufend prüfen. Insbesondere werden wir darauf abstellen, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der Gäste entsprochen wird und damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde. Die mission:lebenshaus ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden.

Vernetzte Versorgungsstrukturen tragen wesentlich zur Entwicklung einer unter den gleichberechtigten Partnern und Akteuren abgestimmten hohen Versorgungsqualität

bei. Verabredete Qualitätsziele, die sowohl jeden einzelnen Partner als auch eine gemeinsame Qualitätsentwicklung betreffen, sind wesentlicher Bestandteil der Organisationsentwicklung in vernetzten Strukturen. Die bedarfsgerechte, individuelle Versorgung der betroffenen Menschen in diesen Netzwerken wird erst auf der Grundlage der gemeinsamen Qualitätsentwicklung effizient und effektiv gestaltet.

Die mission:lebenshaus gGmbH erklärt sich bereit das erforderliche und geeignete Personal vorzuhalten und die nachstehenden Qualitätsanforderungen des Rahmenvertrages nach §39a SGB V ständig zu erfüllen, der personellen Voraussetzungen zu entsprechen, für die instrumentelle Grundausstattung zu sorgen und die baulichen Voraussetzungen hinsichtlich von Räumen, Einrichtungen und Mobiliar zu entsprechen.

Das Einrichtungsleitbild wird aus den Werthaltungen aller Beteiligten und der Tradition einer Einrichtung in einem gemeinsamen Prozess entwickelt. Es beinhaltet alle wesentlichen und grundsätzlichen Aussagen des zukünftigen Hauses in Varel und des Trägers mission:lebenshaus. Das Leitbild bietet Orientierung und dient als roter Faden für die gesamte Arbeit des Hauses. Alle weiteren Ziele, Handlungen, Regelungen und Vereinbarungen sind daraus abgeleitet. Das Leitbild wird regelmäßig begutachtet und bei Bedarf weiterentwickelt. Zurzeit befindet sich das Einrichtungsleitbild im Entwurfsstadium und wird gemeinsam mit den Mitarbeitern und Ehrenamtlichen finalisiert.

„Du zählst, weil Du du bist.  
Und Du wirst bis zum letzten Augenblick Deines Lebens  
eine Bedeutung haben“.  
(Cicely Saunders)

### Orientierung am Gast

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der Mensch. Wir begegnen ihm mit Respekt und Achtung. Er erfährt Begleitung, Trost und Zuspruch. Die Zeit des Sterbens gehört zum Leben. Sterbenskranke Kinder und Jugendliche sollen sich als Hospizgäste bei uns aufgehoben fühlen. Sie erfahren Akzeptanz, Würde, Geborgenheit und Freude am Leben in der menschlichen Begegnung, um ihre verbleibende Lebenszeit als lebenswert und sinnvoll zu empfinden.

### Trauerbewältigung

Ein gelebtes Ritual des Abschieds von unseren verstorbenen Gästen ist uns wichtig.

### Gesellschaft

Unser Hospiz ist offen für Begegnungen und Gespräche. Durch regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit möchten wir mehr Menschen für das Thema Sterben und Tod sensibilisieren und Berührungsängste abbauen. Eine räumliche Eingebundenheit in Varel und Umgebung ist uns wichtig. Wir laden Interessierte ein, sich zu informieren. Wir bieten Raum für Begegnungen und gemeinsame Aktivitäten (z.B. Gottesdienste, Trauercafes).

### Team

Unser multiprofessionelles Team besteht aus Pflegefachkräften, Ärzten, Seelsorgern, einer Sozialarbeiterin und Ehrenamtlichen, die sich ganzheitlich für die Belange der Gäste und ihrer Angehörigen einsetzen. Das Team verfügt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Betreuung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen. Kontinuierliche Verbesserung und die Orientierung an dem aktuellen medizinisch-pflegerischen, dem psychosozialen und dem spirituellen Wissen gewährleistet die bestmögliche Begleitung.

### Ehrenamt

Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen zeichnen sich durch fachliche und persönliche Kompetenz aus. Ihre engagierte Mitarbeit bereichert die Lebensqualität eines jeden Hospizgastes und sie unterstützen die Pflegefachkräfte bei den täglichen Aufgaben.

### Ethik

Wir sehen es als unsere Aufgabe an, dem sterbenden Menschen in Würde zu begegnen. Unsere Vorstellung ist es, den Menschen auf seinem letzten Weg zu begleiten, für ihn da zu sein, die Hand zu halten, zuzuhören oder in der Stille zu verweilen. Seelsorgerische Begleitung ist in den stationären Hospizen der mission:lebenshaus durch Pastorinnen und Pastoren geregelt und es gibt Angebote der Andacht/ Gottesdienst und des persönlichen Gesprächs.

## **1.7. Spirituelle Ausrichtung und Perspektive**

Durch spirituelle Begleitung haben die Hospizgäste die Möglichkeit, Raum zu finden, sie selbst zu sein und ihr Leben bis zuletzt zu leben. Am Lebensende stellt sich häufig die Frage nach dem Tod. Wir wollen die Trauer und das Abschied nehmen unterstützen, indem die Angehörigen intensiv im Prozess von uns begleitet werden. Glaubens- und Lebensfragen entstehen in Grenz- und Krisensituationen ganz automatisch. Die Frage nach dem Warum? Ein seelsorgerisches Angebot kann in Anspruch genommen werden, es soll aber auch ganz bewusst Raum für individuelle Verarbeitungsprozesse gelassen werden, die sich zeitlich, räumlich, emotional sehr individuell gestalten können.

Wir wollen verschiedene Möglichkeiten anbieten auf sehr individuelle Weise dem Schmerz Ausdruck zu verleihen. Wir würden die Angehörigen zusammenbringen (Trauercafé), die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Wir wollen den Familien zeigen, dass sie nicht allein sind. Wir wollen Dinge empfehlen, die ihnen in der schweren Zeit der Trauer weiterhelfen können. Wir wollen uns als Professionelle stetig weiterbilden und uns mit der Trauer thematisch und emotional auseinandersetzen.

## **1.8. Vernetzung und Kooperationen**

Die Planung des Gebäudes sieht eine enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Diensten der Hospizarbeit in Region vor, so dass die Räumlichkeiten mit der

Hospizbewegung Varel e.V. und dem Palliativnetz am Jadebusen bezogen werden sollen. Hierbei ergeben sich Synergien für alle Beteiligten, da die Schnittstellenkommunikation unter einem Dach erheblich effizienter gestaltet wird, so dass die Betroffenen in den Versorgungsregionen erheblich davon profitieren werden. Zudem sind Effizienzgewinne ebenso auf dem Gebiet des ehrenamtlichen Engagements zu erzielen, so können Ehrenamtliche sowohl für die stationäre als auch für ambulante Arbeit zur Verfügung stehen. Die Fort- und Weiterbildung von Haupt- und Ehrenamtlichen kann gemeinsam und dadurch kosteneffizienter gestaltet werden. Darüber hinaus wird die gemeinsame Trauer- und Angehörigenarbeit erheblich erleichtert. Die Außendarstellung der gemeinsamen Hospiz- und Palliativarbeit in einer gemeinsamen Bewegung wird erheblich verbessert, da die für Außenstehende kaum nachvollziehbare Trennung des ambulanten und stationären Sektors der palliativen Versorgung durch einen gemeinsamen Ort in Varel aufgehoben wird.

Es gibt bundesweit unterschiedliche Entwicklungsstände entsprechender Hospiz- und Palliativnetzwerke, die zum Teil gut organisiert sind. Mit der Einführung des §37b SGB V zur spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Rahmen der Gesundheitsstrukturreform 2007 wurde die Basis dafür gelegt, die geforderte Einbindung dieses Angebotes in die gewachsenen Strukturen weiterzuentwickeln. Die bestehenden ambulanten Angebote, wie Palliativmediziner in Varel, Palliativnetz am Jadebusen, ambulante Hospizinitiative, Psychologen, Seelsorger, sind ein wichtiger Bestandteil der organisatorischen Vernetzung. Insbesondere geht es bei der Entwicklung des stationären Hospizes in Varel darum, bisher getrennte Dienstleistungen und Aufgabenfelder in der Betreuung, Behandlung und Begleitung der betroffenen Menschen so zu vernetzen, dass die Summe der einzelnen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Unterstützungsangebote koordiniert und nach den individuellen Wünschen und Bedarfslagen dieser Menschen und deren Angehörigen angeboten werden können.

Unsere Ziele liegen hierbei,

- in der Kontinuität und Integration verschiedener Hilfen in differenzierten Systemen,
- in einem fortlaufenden Abstimmungsprozess für eine kontinuierliche, fachlich angemessene und wirtschaftliche Versorgung unter Beachtung der Bedürfnisse des Gastes,
- darin, dass jedem Gast zur rechten Zeit am rechten Ort die richtige Hilfe zur Verfügung stehen soll,
- und dass die notwendige, am konkreten Einzelfall orientierte Vernetzungsarbeit vorgenommen wird.
- im Aufbau/Stabilisierung des Versorgungsnetzwerkes
- in der palliativmedizinische Behandlung und Pflege einschließlich Rufbereitschaft

- in der vorausschauende Symptomkontrolle für Krisen und Endphase (palliativmedizinische Krisenintervention/Notfallplanung)
- in der Unterstützung des Akzeptanz- und Bewältigungsprozesses im Krankheitsverlauf
- in der Unterstützung und Entlastung der gesamten Familie einschließlich Trauerbegleitung