



Alzheimer  
Gesellschaft  
Braunschweig

# **ABSCHIEDNEHMEN, STERBEN und TRAUER bei Demenz**

*Ein Leitfaden für Begleiter*





Mit freundlicher Unterstützung der  
Stiftung „Hilfreich“.  
[www.buergerstiftungbraunschweig.de](http://www.buergerstiftungbraunschweig.de)

## **Inhalt**

<b>An meinen Weggefährten</b>	<b>4</b>
<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Palliative Versorgung in der letzten Lebensphase</b>	<b>6</b>
Spezialisierte ambulante palliative Versorgung (SAPV)	6
Ambulante Hospizdienste	6
Seelsorge	7
Stationäre palliative Versorgung	7
Hospize	7
Palliativstationen	7
Spezialisierte Pflegeeinrichtungen	7
<b>Die letzte Lebensphase von Menschen mit Demenz</b>	<b>8</b>
<b>Sterbeort</b>	<b>9</b>
<b>Besonderheiten in der Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz</b>	<b>9</b>
<b>Maßnahmen zur Behandlung von quälenden Symptomen in der Sterbephase</b>	<b>10</b>
Schmerzen	10
Essen und Trinken	11
Atemnot	13
<b>Anzeichen, die den nahen Tod wahrscheinlich machen</b>	<b>13</b>
<b>Methoden in der Begleitung sterbender Menschen mit Demenz</b>	<b>14</b>
Nonverbale Kommunikation	14
Erinnerungspflege	14
Musiktherapie	14
Berührungen	14
Basale Stimulation	15
Aromatherapie	15
Lagerung Sterbender	16
Abschiedskoffer	16
<b>Demenz und Spiritualität</b>	<b>17</b>
<b>Die Begleitung Angehöriger</b>	<b>18</b>
<b>Versorgung des Verstorben</b>	<b>19</b>
<b>Trauerarbeit</b>	<b>20</b>
<b>Rechte sterbender Menschen mit Demenz</b>	<b>22</b>
Die Patientenverfügung / Die Vorsorgevollmacht	22
Fehlende Patientenverfügung und Vertretung	22
Der nicht urteilsfähige, sterbende Mensch	22
Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch	22
<b>Kontaktdaten</b>	<b>23</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>29</b>

## An meinen Weggefährten

Hilf mit,  
dass mein schwacher Körper  
die notwendige Sorge erhält  
und mein Geist das tröstende  
und heilende Wort erfährt.

Lasse es zu,  
dass ich mich verabschieden kann,  
und dass ich rechtzeitig wichtige,  
letzte Dinge regeln kann.  
Lasse nicht zu, dass man mich abschiebt  
oder isoliert, dass mein Leben und Sterben  
künstlich beendet wird.

Sei hilfreich,  
den Menschen in meiner Nähe,  
wenn ich unansehnlich geworden bin  
sodass sie sich nicht abwenden von mir.

Halte meine Hand  
und lasse mich deine Nähe spüren  
um zu sterben im Frieden mit mir,  
im Frieden mit meinen Mitmenschen.

Sei an meiner Seite,  
damit ich nicht mit Gewalt und nur mit  
Maschinen am Leben gehalten werde;  
vertritt auch du meinen Wunsch  
nach Schmerzfreiheit,  
nach Wahrhaftigkeit  
im Umgang mit mir,  
nach Ruhe und Geborgenheit,  
aber auch nach lebendiger Nähe von  
Menschen.

Schenke deine Fürsorge auch meinen  
Angehörigen  
in Schmerz und Trauer  
dass sie mich loslassen können,  
und mich in liebender Erinnerung behalten,  
dass sie aber auch neue Lebenskraft finden.

Mögest Du selbst einen treuen und  
verlässlichen  
Begleiter im Sterben an deiner Seite haben.

Monika Schulte-Beckhausen

## Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Zeit des Sterbens von Menschen, die wir begleiten, bedeutet für uns eine Zeit der Krise, der Angst und Unsicherheit. Fragen begleiten diesen schweren Prozess: „Was geschieht beim Sterben?“, „Wie kann ich helfen?“, „Sterben Menschen mit Demenz anders?“. Es können keine allgemein gültigen Regeln benannt werden, denn jeder Mensch nähert sich seinem Tod auf eigene Weise und der Sterbeprozess ist so individuell verschieden, wie jeder Mensch einzigartig ist.

Umso mehr freue ich mich, Ihnen die 2. Auflage unserer Broschüre „ABSCHIEDNEHMEN, STERBEN und TRAUER bei Demenz“ präsentieren zu können.

Mit der Neuauflage möchte die Braunschweiger Alzheimer Gesellschaft dazu beitragen, für sterbende Menschen mit Demenz da zu sein und pflegenden Angehörigen und Begleitern einen Leitfaden zu geben, der Sie im Umgang mit dem Sterbenden unterstützt.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Menschen mit Demenz am Lebensende“ gelang es der Autorin, Nadine Gruschinski (Dipl. Sozialpäd. / Geragogin), während ihrer Arbeit in unserer Alzheimer Gesellschaft, das Wissen über pflegerisches und palliatives Geschehen in einen Kontext mit der Würde von Menschen zu stellen. Pflegende Angehörige und pflegende Profis sollen und wollen nicht nur den betroffenen Personen Sicherheit und Geborgenheit geben, sondern bedürfen auch der eigenen Entlastung. Wir hoffen, dass Ihre bereits vorhandenen menschlichen und fachlichen Kenntnisse bestätigt werden und Sie gleichzeitig weitere Anregungen für Ihre persönliche Situation finden können. Spirituelle Entfaltungsmöglichkeiten können Ihnen und dem sterbenden Menschen mit Demenz am Lebensende Geist, Seele und Herz öffnen.

Die Kontaktverweise am Ende der Broschüre beziehen sich zwar auf unser Verbreitungsgebiet, aber durch die überall ähnlich zu nutzenden Internetadressen lässt sich der Leitfaden auf jeden anderen Ort übertragen.

Für das große Engagement bei der Überarbeitung der Neuauflage danke ich Frau Gruschinski sehr. Ebenfalls gilt mein besonderer Dank der Stiftung „Hilfreich“, die die Neuauflage der Broschüre ermöglichte, sowie der Braunschweiger Bürgerstiftung für die Vermittlung dieser großartigen Unterstützung.



Christoph Bettac  
Vorsitzender der Alzheimer Gesellschaft  
Braunschweig e. V.

## Palliative Versorgung in der letzten Lebensphase

Im Mittelpunkt der palliativen Versorgung stehen immer der sterbende Mensch und seine Angehörigen. Palliativmedizin versteht sich „... als aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Sie strebt die Besserung körperlicher Krankheitsbeschwerden, psychischer, sozialer und spiritueller Probleme an.“ (Definition laut WHO = Weltgesundheitsorganisation, (engl.) World Health Organization).

Palliative Versorgung sollte durch ein interdisziplinäres Team aus Medizinern, Pflegepersonal, Krankenhaus-Sozialdiensten, Seelsorgern, Physio-, Ergo-, Musik-, Kunsttherapeuten, Hauswirtschaftskräften, Apotheken, Sanitätshäusern, Nachbarschaftshilfen, Haupt- und Ehrenamtlichen aus ambulanten Hospizdiensten, Hospizhäusern etc. erfolgen.

Eine breite Implementierung palliativer und hospizlicher Prinzipien in der gesamten Gesundheitsversorgung, insbesondere in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist dazu erforderlich, denn Sterben soll individuell erleb- und gestaltbar, würdevoll und schmerzfrei am Ende eines (langen) Lebens möglich sein - ob im Kreis der Familie, oder in Pflegeeinrichtungen.

Doch was bedeutet überhaupt palliative Versorgung? Diese Frage und die dazugehörigen Organisationsformen sollen im folgenden Kapitel kurz näher erläutert werden.

### Spezialisierte ambulante palliative Versorgung (SAPV)

Wenn die Versorgung durch ambulante Pflegedienste bei einem hohen zeitlichen oder krankheitsbedingten Bedarf nicht ausreicht, kann zur Unterstützung zusätzlich ein sogenannter spezialisierter ambulanter Palliativdienst hinzugezogen werden. Anspruch auf Leistungen haben Versicherte, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung leiden, die das Leben des Patienten auf Monate begrenzt und die zudem eine aufwändige, ambulant oder in stationären Einrichtun-



gen zu erbringende, medizinische Versorgungsberechtigten (§ 37b SGB V). Die Versorgung muss vom Hausarzt verordnet werden. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Sie zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen.

Die Anbieter sind durch eine Bereitschaftsnummer rund um die Uhr erreichbar. Die Leistungen werden von ambulanten Palliativdiensten erbracht, die mit den Krankenkassen entsprechende Verträge geschlossen haben. Es hat sich bewährt, sich rechtzeitig um eine umfassende (SAPV-) Unterstützung zu kümmern, um dem Wunsch von Schwerkranken nach einer häuslichen Versorgung nachkommen zu können.

### Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste unterstützen schwerstkranken und sterbende Menschen und ihre Familien zu Hause, in Pflegeeinrichtungen oder Hospizen. Sie werden in der Regel von einer hauptamtlichen Koordinierungskraft geleitet, die den Einsatz Ehrenamtlicher in der Beratung und Begleitung organisiert.

## **Seelsorge**

Die Beziehung zu dem Sterbenden steht für die Seelsorge im Vordergrund der Begleitung. Im Rahmen dieser Patientenbeziehung nimmt die Seelsorge die Bedürfnisse der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen wahr und leitet sie wenn nötig an die Pflege oder die Ärzte weiter.

Daher ist es bedeutsam, dass Begleiter oder die Ärzteschaft die Seelsorge frühzeitig darüber informiert, wenn sich eine terminale Situation andeutet, die seelsorgerische Begleitung benötigt. Seelsorge wendet sich nicht nur an die Mitglieder der eigenen Konfession und Religion, sondern ist in Anerkennung der jeweils eigenen religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen für jeden Menschen offen.

## **Stationäre palliative Versorgung**

Manchmal lässt sich eine stationäre Versorgung sterbender Menschen mit Demenz aufgrund verschiedenster Gründe nicht vermeiden. Auch dann gibt es unterschiedliche Angebote, um den Sterbenden aktiv und ganzheitlich zu behandeln und ihm in seiner verbleibenden Zeit Lebensqualität und Wohlbefinden zu verschaffen.

## **Hospize**

Hospizhäuser sind stationäre Einrichtungen mit eigener Infrastruktur. In Hospizen werden schwerstkranke und sterbende Menschen mit begrenzter Lebenserwartung betreut, bei denen eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich und eine ambulante Betreuung zu Hause nicht möglich ist.

Schwerpunkt der Arbeit ist die Symptomkontrolle und Überwachung der Schmerztherapie, sowie die palliativpflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung. Die Versorgung erfolgt durch palliativmedizinisch geschultes Personal, das durch Ehrenamtliche unterstützt wird. Die ärztliche Betreuung erfolgt überwiegend durch niedergelassene Ärzte.

## **Palliativstationen**

Palliativstationen sind eigenständige, an ein Krankenhaus angebundene Stationen. Aufgenommen werden Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer nicht heilbaren Erkrankung, die fortschreitend ist und die Lebenszeit begrenzt. Weitere Voraussetzungen zur stationären Aufnahme sind Symptome wie z. B. Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Dyspnoe u.a.m. sowie psychosoziale Probleme, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Dem Patient wird eine aufmerksame und sehr persönliche Pflege durch speziell geschultes Pflegepersonal zu teil. Die ärztliche Betreuung ist weniger auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder ausgerichtet, sondern hat die Linderung von Beschwerden und die Verbesserung der Lebensqualität zum Ziel.

## **Spezialisierte Pflegeeinrichtungen**

Um auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingehen zu können, gibt es spezialisierte und auf das Krankheitsbild ausgerichtete Pflegeeinrichtungen. Die Zusammenarbeit mit Palliativ- und Hospizdiensten und qualifiziertes Personal sind für die Begleitung in der letzten Lebensphase wünschenswert. Angehörigen, sollte die Möglichkeit gegeben werden, Tag und Nacht ins Haus zu kommen um bei dem sterbenden Menschen zu sein.

## Die letzte Lebensphase von Menschen mit Demenz

In ihrer letzten Lebensphase können demenzkranke Menschen neue Informationen nicht mehr speichern, auch das Erinnern fällt schwer. Vergangenheit und Zukunft werden nicht mehr unterschieden. Nach dem Kurzzeitgedächtnis geht nun auch das Langzeitgedächtnis verloren, die Sprache zerfällt, manchmal bleiben nur einzelne Phrasen oder Worte übrig. Die Mimik eines demenzerkrankten Menschen wirkt oft ausdruckslos, der Blickkontakt verändert sich oder geht verloren. Die gesamten Bewegungen werden unkoordinierter, häufig kann der Betroffene nicht mehr gehen oder aufrecht sitzen. Der für Menschen mit Demenz oft typische Bewegungsdrang weicht einer inneren Ruhe. Oft geht dem Sterben eine Zeit der Bettlägerigkeit voraus. Das Sättigungs- und Durstgefühl ist stark eingeschränkt, Schluckprobleme können auftreten. Es kommt zu einer vollständigen Inkontinenz und einer absoluten Pflegebedürftigkeit, deshalb sind Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase eine besonders verletzbare Personengruppe. Die Behandlung kann also ab einem bestimmten Schweregrad der Erkrankung als eine palliativ-medizinische Aufgabe betrachtet werden. Ziel aller Interventionen ist die Linderung der Beschwerden.

Bis heute umstritten ist, ab welchem Zeitpunkt die Demenz als terminale Erkrankung angesehen werden kann. Diese Bestimmung ist aber besonders wichtig um Menschen mit Demenz rechtzeitig einen Zugang zu Palliativ-Care-Angeboten im engeren Sinne zu ermöglichen.

Darum ist die Beobachtung von sogenannten „**Prognosemarkern**“ von besonderer Bedeutung. Sie beschreiben, welche gesundheitlichen Veränderungen dafür verantwortlich sind, dass dem kranken Menschen nur noch eine Lebensspanne von Wochen oder Monaten zur Verfügung stehen und öffnen somit auch die „Tür“ zur palliativen Versorgung.

### Prognosemarker sind:

- Schmerzen
- Schluckstörungen
- häufige Infektionen und häufige Dekubiti (Druckgeschwüre) trotz fachgerechter Lagerung
- akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes und damit verbundene Krankenhauseinweisungen



## Sterbeort

Die letzten Tage und Stunden eines Menschen mit Demenz können in der Tat sehr unterschiedlich verlaufen: Es kommt immer noch vor, dass der Notarzt zu Sterbenden gerufen wird, wenn sich ihr Zustand verschlechtert. Kurz vor ihrem Tod werden Menschen dann aus ihrem vertrauten Umfeld gerissen und in ein Krankenhaus eingewiesen. In den Krankenhäusern kommt es dann oft noch einmal zu einer Vielzahl von Behandlungsprogrammen – für die Betroffenen häufig unangenehm und schmerzhaft. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, sterbende Menschen mit Demenz an ihrem Lebensende nicht mehr ins Krankenhaus zu verlegen, sondern ratsam sich im Vorfeld – gemeinsam mit allen Beteiligten (Angehörigen, Hausarzt etc.) – Gedanken über die in diesem Fall einzuleitenden Maßnahmen zu machen und diese zu verschriftlichen (vgl. „Patientenverfügung“ S. 22). Eine frühzeitige Einbindung aufsuchender Dienste wie z. B. Hospizdienste oder SAPV (vgl. S. 6) oder Vereinbarungen mit dem Hausarzt, bei Bedarf in die Häuslichkeit zu kommen sind empfehlenswert. Mit der Erhaltung seines Alltags- und Wohnumfeldes hilft man dem Sterbenden, seine Identität möglichst lange zu erhalten, so ist der sterbende Mensch umgeben von vertrauten Gesichtern und kann die letzten Tage und Stunden seines Lebens in einer friedlichen und ruhigen Umgebung zubringen.

## Besonderheiten in der Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz

Mehrere Studien belegen mittlerweile eindrücklich das Menschen mit Demenz schon früh einer palliativen Versorgung bedürfen und nur selten lässt sich die Sterbephase auf einen überschaubaren Zeitraum eingrenzen. „[...] Sterbebegleitung bei dementen Menschen ist vor allem auch Lebensbegleitung und setzt sehr früh ein, wenn die unmittelbar letzte Lebensphase noch gar nicht erkennbar ist.“ (Ullrich / 2005), denn mit Beginn des Stadiums der schweren Demenz sind sie in all ihren Bedürfnissen, den körperlichen und den psychosozialen, auf Hilfe und Unterstützung angewiesen.

In dieser letzten Lebensphase sind Reaktionen nur sehr reduziert wahrnehmbar, stark verzögert oder sie bleiben vollkommen aus. Es scheint, als nähmen die Erkrankten ihre Umwelt nicht mehr wahr. Allerdings bleibt – trotz der Abnahme der kognitiven Fähigkeiten – die emotionale Wahrnehmung weitestgehend erhalten.

So reagieren Menschen mit Demenz intuitiv und spontan auf Situationen, die sie zwar kognitiv nicht mehr adäquat erfassen können, sie aber dennoch emotional erreichen. Aufgrund der mangelnden Reaktionen und fehlender Kommunikationsmöglichkeiten der Erkrankten stellt die Sterbebegleitung von Menschen mit Demenz oft eine besondere Herausforderung dar. In dieser Phase wird eine einfühlsame Begleitung und Pflege benötigt, die aus der Gestik, Mimik und dem Verhalten wie Unruhe, Aggressivität, Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung und Lautäußerungen die Bedürfnisse und Wünsche erkennen, interpretieren und entsprechende Maßnahmen einleiten kann. Dazu gehören frühzeitiges Erkennen, Vorbeugen und Lindern von Leiden, eine sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderer körperlicher Symptome sowie Probleme körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.



## Maßnahmen zur Behandlung von quälenden Symptomen in der Sterbephase

### Schmerzen

Die meisten Menschen äußern den Wunsch, in ihrer Sterbephase möglichst wenig zu leiden und schmerzfrei zu sterben. Das Bewusstsein der Ärzte hat sich diesbezüglich in den letzten Jahren erheblich verbessert. Trotzdem wurde in Untersuchungen festgestellt, dass besonders Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung zu wenige Analgetika erhalten. Um die letzte Lebensphase würdevoll zu gestalten, ist aber eine ausreichende Schmerztherapie unumgänglich. Da Schmerzen in diesem letzten Stadium der Erkrankung oft nicht mehr benannt werden können, ist eine gute Beobachtung der Mimik, Gestik und des Verhaltens besonders wichtig (z. B. mit der BESD-Skala = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). Sie können sich bei Menschen mit Demenz z. B. als Unruhe, Aggressivität, Verhaltensänderung, Schlaflosigkeit, Rückzug bei Berührungen oder Nahrungsverweigerung äußern. Werden also lautes Schreien, Wimmern, verkrampfte Haltungen, Grimassieren, Apathie oder Unruhe beobachtet, sollte berücksichtigt werden, dass diese Äußerungen eine Folge von Schmerzen sein können, die vom Betroffenen nicht mehr artikuliert werden können.

Bei starken Schmerzen ist eine medikamentöse Therapie mit Opiaten oder Analgetika unumgänglich. Da Morphine (Opiate) auch im Hinblick auf quälende Symptome wie Atemnot das beste Schmerzmedikament sind, ist es erforderlich, mit den zahlreichen Vorurteilen aufzuräumen. Denn häufig werden Opiate abgelehnt, weil ihre Einnahme mit großen Vorbehalten behaftet ist. Um aber am Ende des Lebens noch von Lebensqualität sprechen zu können, ist die Behandlung von Schmerzen äußerst wichtig.

### Besonderheiten in der Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz sind:

- die fehlende Kommunikation (vgl. Schmerzen)
- die Nahrungsaufnahme (vgl. Schluckstörungen)
- das Erkennen der Finalphase
- die Unterstützung der Angehörigen (im Hinblick auf Vorbereitung, Information und Begleitung nach dem Tod des Erkrankten, vgl. S. 18)
- der fehlende Zugang zu palliativen Angeboten
- das fehlende Netzwerk in der Sterbebegleitung

Die hier benannten Besonderheiten werden in den folgenden Kapiteln noch einmal näher betrachtet.

Empfohlen wird, neben der Basismedikation eine Bedarfsmedikation mit dem Hausarzt festzulegen, falls Schmerzen (z. B. am Wochenende) zunehmen sollten. Neben den hier vorgestellten Methoden der Begleitung und nichtmedikamentösen Therapien (vgl. S. 14-17) sind Zuwendung, Nähe und Körperkontakt auch bei Schmerzen die wichtigsten Faktoren in der Sterbebegleitung demenzerkrankter Menschen.

### **Essen und Trinken**

Wenn der Körper zu sterben beginnt, ist es ganz natürlich, dass der Sterbende kaum noch oder nichts mehr essen will. Die Essgewohnheiten verändern sich langsam. Flüssiges wird fester Nahrung vorgezogen. Für Angehörige und Pflegende ist es schwer, diesen Wunsch zu respektieren, denn er assoziiert das Gefühl „jemanden verhungern zu lassen.“ Aber in dieser Lebenszeit ist es normal, nichts mehr zu essen. Körperliche Energie, wie wir sie durch Nahrung bekommen, wird nicht mehr gebraucht. Zu viele Kalorien und zu viel Flüssigkeit können am Lebensende das Leid sogar vergrößern, da der Körper nicht mehr in der Lage ist, die angebotenen Mengen zu verarbeiten.

**Die Bundesärztekammer** zeigt in ihren Richtlinien zur Sterbebegleitung „Sterben in Würde“ klar auf, dass keine Verpflichtung zur Ernährung besteht.

Lediglich Hunger und Durst als subjektives Empfinden müssen gestillt werden. Zur künstlichen Ernährung bei Demenzkranken zeigt sich anhand von Studien, dass durch sie eine effektive Lebensverlängerung nur in wenigen Fällen erreicht werden kann und deren Nutzen meist überschätzt ist. Auch die Leitlinien **der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie** weisen ausdrücklich darauf hin, dass künstliche Ernährung bei final dementen Menschen letztendlich kaum einen Nutzen hat. Das ablehnende Essverhalten bei demenziell erkrankten Menschen wurde genau untersucht und dabei geschlussfolgert, dass das Auftreten von Schluckstörungen ein deutliches Zeichen für den Beginn des Sterbeprozesses ist. Mit dem Einsetzen von Schluckstörungen sollten Menschen mit Demenz palliativ begleitet werden. Wichtig ist dennoch, die Ursachen für Ernährungsprobleme frühzeitig herauszufinden. So sollten sie immer zuerst über eine pflegerische und medizinische Diagnostik beurteilt werden, wenn eine Therapie noch sinnvoll erscheint. Bedeutsam ist, dass Ärzte, Pflegekräfte, Betreuer, Angehörige und andere Beteiligte gemeinsam Therapieziele formulieren und diese immer wieder überprüfen, um eine einheitliche, kontinuierliche und ethische Vorgehensweise im Sinne des Betroffenen sicherzustellen.

Dies bedarf einer hohen Beurteilungskompetenz: „Ist die Verweigerung ein Zeichen für das nahe Sterben oder Ausdruck von Schmerzen oder Protest oder gibt es andere Ursachen?“ Die Entscheidung für oder gegen eine pflegerische Intervention kann immer nur auf Grundlage eines individuellen und umfassenden Assessments der spezifischen Situation erfolgen. Eine humane Pflege und Betreuung unter dem besonderen Aspekt der Ernährung bedeutet, dass Begleitende ihre Einstellung und ihr Empfinden immer wieder reflektieren. „Wer leidet unter der Situation, dass dieser Mensch fürsorgliches Handeln ablehnt, die Begleiter oder der sterbende Mensch?“ Wenn ein sorgsames Abwägen erfolgt ist und eine gemeinsame ethische Entscheidung getroffen wurde, kann davon ausgegangen werden, im bestmöglichen Sinne gehandelt zu haben. Denn Menschen in Würde sterben zu lassen, heißt auch loslassen können.

Bei einer Nahrungsverweigerung sollten immer **verschiedene Maßnahmen zur Nahrungsaufnahme** ausprobiert werden, z. B. können gemeinsames Essen (zur Orientierung und Nachahmung) oder Essengerüche anregend wirken. Es sollten immer kleine Portionen („Genuss statt muss!“) der Lieblings Speisen/-getränke angeboten werden. Süße Speisen (z. B. Eis) und Fingerfood werden in der Sterbephase oft bevorzugt. Gefrorene oder eingedickte Getränke (z. B. Tee, Saft, Bier, Wein etc.) werden oft gut toleriert, ebenso kleine gefrorene Obststücke (z. B. Ananas – speichelanregend). Der Geschmack von Butter, Honig und Sahne wird von sterbenden Menschen häufig mit positiven Gefühlen verbunden. Versuchen Sie die Lippen damit dünn einzustreichen, oft wird begonnen die Butter von den Lippen abzulecken.



Der **Mundpflege** kommt in der Begleitung Sterbender eine große Bedeutung zu, denn häufig atmen schwerkranke Menschen mit offenem Mund. Dieses führt zur Austrocknung der Mundschleimhaut, es bilden sich Beläge und es entstehen Risse und Entzündungen in der Schleimhaut. In Folge dessen kommt es beim Schlucken zu Schmerzen. Um dem entgegenzuwirken ist es wichtig, den Mund regelmäßig zu befeuchten. Dieses kann durch regelmäßiges Auswischen des Mundes (mit speziellen Mundpflegestäbchen, Hagebuttentee, Wasser), Sprühen von Flüssigkeiten mit Hilfe eines Zerstäubers oder Befeuchten der Raumluft erfolgen. Empfehlenswert sind dabei Mittel zur Anregung des Speichelflusses (wie z. B. Zitronenöl über einer Aromalampe, saure Tees wie z. B. Hagebutte und Malve oder gefrorene Ananasstückchen). Um die Lippen geschmeidig zu halten, werden sie mit Pflegestiften oder Pathenolsalben behandelt.



## Anzeichen, die den nahen Tod wahrscheinlich machen

Bei Demenzkranken fällt es aufgrund fehlender eindeutiger Parameter besonders schwer, das Einsetzen des Sterbens zu erkennen. Es gibt keine klare Definition für die letzte Lebensphase bei Menschen mit Demenz. Einige Symptomgruppen und Verhaltensweisen können jedoch Hinweise darauf geben, dass die terminale Krankheitsphase begonnen hat:

- ausgeprägte Schwäche, überwiegende Bettlägerigkeit, keine Reaktionen auf die Umwelt
- zunehmende Schläfrigkeit und abnehmendes Interesse an der Umgebung
- rascher, schwacher Puls, Blutdruckabfall
- kalter Schweiß
- auffallende Verhaltensänderungen, z. B. Unruhe
- Verlust der Fähigkeit zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder Unvermögen zu schlucken
- Veränderung der Atmung (Todesrasseln, Atemnot)
- Mundtrockenheit, der Mund ist offen
- Pupillen reagieren immer weniger auf Lichteinfall, die Augen schauen in die Ferne
- somatische Symptome wie zum Beispiel: wiederkehrende Infekte, Dekubiti usw.
- Bewusstlosigkeit - bei über 75% der Sterbenden in den letzten 48 Stunden, bei über 90% in der letzten Stunde des Lebens
- weißes Nase-Mund-Dreieck, blasse oder bläulich marmorierte Haut an Armen und Beinen

### Atemnot

In 80% der Fälle kommt es am Ende des Lebens zu einer Atemnot, die sehr belastend für den Sterbenden und seine Angehörigen ist. Bei Atemnot sollte immer eine medizinisch-pflegerische Unterstützung erfolgen! Das Mittel der Wahl bei Atemnot ist das Morphin. Es lindert die Atemnot und reduziert die damit verbundene Angst. Ebenso ist eine Oberkörperhochlagerung empfehlenswert. Ist die Lagerung mit Schmerzen verbunden, werden 30 Minuten vor dem Lagern Schmerzmittel verabreicht. Atemstimulierende Einreibungen, Frischluft sowie eine Befeuchtung der Luft können die Atemnot lindern. Das Absaugen des Sekretes ist für viele Sterbende oft unangenehm, deshalb gilt: „so oft wie nötig, so wenig wie möglich.“

Manchmal bleibt aber nichts anderes zu tun, als anwesend zu sein, denn wer davon ausgeht, dass Menschen mit Demenz ihr Sterben wahrnehmen, wird in dieser Situation spezielle Bedürfnisse nicht übersehen und respektvoll mit dem Sterbenden umgehen.

## Methoden in der Begleitung sterbender Menschen mit Demenz

In der Begleitung sterbender Menschen mit Demenz ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zentrales Element. Meist sind nicht Aktivität und Handeln das hilfreiche Moment, sondern einfaches Dasein, mitmenschliche Solidarität, freundschaftliches Mittragen und die Anwesenheit einer Person, die das Geschehen akzeptiert, sich einfühlt, Wärme und Nähe ermöglicht.

### Nonverbale Kommunikation

Da die verbale Sprache früher oder später an ihre Grenzen stößt, gewinnt die nonverbale Kommunikation zunehmend an Bedeutung. Einfache Sätze in denen Freundlichkeit und Wärme mitschwingt, werden meist noch lange verstanden. Dennoch spielen Augenkontakt, Mimik und Gestik im Verlauf der letzten Lebensphase eine immer größere Rolle. Außer der Sprache gibt es verschiedene Wege, den Zugang zu sterbenden Menschen, die an Demenz erkrankt sind, zu finden. Durch einfühlsame Formen der Kommunikation und angepasste Methoden der Sterbebegleitung können Menschen mit Demenz bis zuletzt über Sinne (Augen, Ohren, Nase, Haut) erreicht werden. Lassen Sie den sterbenden Menschen wohl dosiert schmecken, hören, fühlen, sehen, riechen und beobachten Sie dabei genau seine Reaktionen.

### Erinnerungspflege

Erinnerung ist eine grundlegende Fähigkeit von Menschen, die bei Menschen mit Demenz lange erhalten bleibt. Sie bildet die Grundlage für persönliche Orientierung und emotionalen Selbstbezug.

Sie hilft dem Menschen, sich als unverwechselbare Person zu erleben, und stärkt dadurch das Gefühl der eigenen Identität. Angebote in der Sterbebegleitung sollten immer individuell angepasst sein, daher ist das Wissen über die Biographie des Sterbenden in Bezug auf Religion, vertraute Riten, bekannte Lieder, Erinnerungen und Vorlieben unerlässlich. Wünsche nach einer persönlichen Gestaltung sowie der Ausübung religiöser und kultureller Rituale in der letzten Lebensphase sollten respektiert und unterstützt werden.

### Musiktherapie

Die Musiktherapie ist überall dort einsetzbar, wo ein Zugang über die Sprache erschwert ist. Da die kognitiven Ressourcen hinsichtlich musikalischer Fähigkeiten deutlich länger erhalten bleiben als die der Sprache, kann man vor allem Menschen mit einer Demenzerkrankung über diesen Weg noch lange erreichen, denn die Musik spricht sehr stark die Gefühle an. Das Singen oder Summen von z. B. Lieblings- oder Kinderliedern gibt besonders Menschen mit Demenz ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit und ist für die meisten Erkrankten mit positiven Lebenserinnerungen verbunden.

### Berührungen

Durch Berührungen zeigt man dem Sterbenden: „Du bist nicht allein“. Bei Menschen mit Demenz werden körperferne Körperteile oft nicht mehr wahrgenommen. Deshalb ist es ratsam, ihn an Schultern oder Oberarmen zu berühren anstatt die Hand des Sterbenden zu halten. Um keine Unruhe zu verursachen, sollte streicheln vermieden werden. Besser ist es, die Hand auf eine bestimmte Stelle zu setzen und dort mit leichtem Druck zu signalisieren: „Ich bin bei Dir“. Durch den Körperkontakt werden Signale wie „Du bist geborgen“ vermittelt. Diese Signale entsprechen fast immer den Bedürfnissen und Wünschen, die sich Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase erhoffen und die sie brauchen.

## Basale Stimulation

Die Basale Stimulation ist ein besonderes Instrument zur Kontaktaufnahme. Stimulierende Berührungen, Massagen und gezielte Reize werden in Verbindung mit Zuwendung und Vermittlung von Geborgenheit und Nähe angeboten. So sind Haut- und Körperkontakt sowie sinnliche Reizquellen unverzichtbare Erfahrungen für unsere ganzheitliche Existenz.

### Elemente der Basalen Stimulation sind:

- Visuelle Stimulation, z. B. Bilder zeigen, individuelle Beleuchtung, Deckengestaltung, Lichtspiele, Windspiele, Farben usw.
- Taktile-Haptische Stimulation, z. B. beruhigende Waschung in Haarwuchsrichtung, Felle, warme Wickel
- Olfaktorische Stimulation, z. B. Parfüm, After Shave, Kaffee usw.
- Orale Stimulation, z. B. Lieblingsspeisen, Lieblingsgetränke
- Auditive Stimulation, z. B. Ansprache, Musik hören, Singen, Vorlesen, Naturgeräusche

Grundlegend für die Umsetzung sind eine gute Beobachtungsgabe, Ruhe, Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen.

## Aromatherapie

Auch die kontrollierte Anwendung verschiedener Aromen kann man gut in die Sterbebegleitung einfließen lassen. Mit Hilfe von ätherischen Ölmischungen kann man dem Sterbenden Erleichterung verschaffen und ihn beim Loslassen unterstützen. Ätherische Öle unterstützen in der palliativen Pflege den leichteren Zugang der Kommunikation auf dem emotionalen und spirituellen Niveau. Angewendet werden die 100% reinen und natürlichen ätherischen Öle auf der Haut (Einreibungen, Wickel, Waschungen) oder über die Nase (Inhalation, Duftlampe oder in einer Wasserschale auf der Heizung). Wichtige Voraussetzungen sind die Akzeptanz des Öls (Mag der Sterbende die Duftnote?) und die Verträglichkeit (Sind Allergien bekannt?).

Es empfiehlt sich, die Verträglichkeit zuerst mit einem Tropfen Ölmischung in der Ellenbeuge zu testen. Für die Mischung des ätherischen Öls verwendet man Basisöle, wie Olivenöl, Mandelöl oder auch Sonnenblumenöl. Unter Zugabe einzelner ätherischer Öle oder Hydrolate kann man die gute Wirkung der Basisöle noch hervorheben: So kann man z. B. antibakterielle, antiseptische, schmerzlindernde, entzündungshemmende, beruhigende, entspannende, angstlösende oder anregende Wirkungen erreichen. Bei Einreibungen werden die gemischten Öle auf einzelne Körperpartien einmassiert. Bei Waschungen werden 2-3 Tropfen Öl in Wasser verrührt und mit einem Emulgator (Salz, Sahne, Honig) versetzt, um das Öl aufzulösen.

### Beruhigende Öle, die in der Sterbebegleitung Verwendung finden, sind:

- Melisse
- Rose
- Lavendel
- Geranium



Es können aber auch fertig gemischte, im Verkauf angebotene, Ölmischungen angewandt werden:

- „Sprachlos-Öl“ – umhüllend für Trauernde, schützend für Sterbende
- „Trennungsschmerz-Öl“ – zur Sterbebegleitung
- „Geborgenheit-Öl“ – beruhigende Wirkung
- „Wala Aconit-Öl“ - schmerzlindernd

Bei allen Maßnahmen sollte der sterbende Mensch mit Demenz genau beobachtet werden. Kommt es zur Entspannung oder Verspannung? Lösen die Methoden / Therapien Wohlgefallen oder Unbehagen aus? Am ausdrucksstärksten sind dabei die Gesichtszüge, die Körperhaltung und die Muskulatur. Aus Gestik, Mimik und den Lautäußerungen des Sterbenden können Bedürfnisse und Wünsche erkannt und interpretiert werden.

### **Lagerung Sterbender**

In einer Nestlagerung fühlen sich viele Sterbende geborgen. Dazu werden Kissen oder Decken eng um den Körper des Sterbenden gelegt. Lässt der Sterbende nur eine Rückenlage zu, dann ist eine rückenentlastende Lagerung mit zwei Decken möglich, die jeweils der Länge nach mehrmals zusammengefaltet werden. Auf die Decken wird der Sterbende gelegt. Die schmale Spalte zwischen den Decken wirkt druckentlastend auf den Sakralbereich. Auch die 30° Schräglagerung hat die gleiche Wirkung. In der Sterbephase wünschen sich jedoch viele Menschen maximale Ruhe, denn in dieser letzten Lebensphase ist Wohlbefinden wichtiger als Prophylaxe! Es sollte immer individuell der Situation angepasst entschieden werden, denn Veränderungen der Körperlage können auch bedrohlich und irritierend erlebt werden und mitunter starke Unruhe auslösen. Ausreichend sind kleinste Lagerungsveränderungen, leichte Kleidung, Handtuchrollen und leichte Decken werden bevorzugt.

### **Abschiedskoffer**

Besonders für stationäre Einrichtungen, palliative Pflegedienste und ehrenamtliche Hospizdienste ist das Anlegen und Arbeiten mit einem Abschiedskoffer sinnvoll. In dem Koffer werden Utensilien gesammelt, die für die Begleitung in der Sterbephase aber auch für die Versorgung nach dem Tod nützlich sind. Der Inhalt kann variieren, es sollten aber bestimmte Basiselemente vorhanden sein.

### **Diese Gegenstände könnten sein:**

- Ätherische Öle und Basisöle (Aromatherapie und Basale Stimulation)
- Aromalampe (Aromatherapie und Mundpflege)
- Zerstäuber für Getränke (Essen und Trinken)
- Mundpflegestäbchen und Kompressen (Mundpflege)



## Demenz und Spiritualität

- Felle (Basale Stimulation)
- Kerzen, Windlichter und Streichhölzer
- Bibel, Koran, Gesangsbücher, je nach Konfession
- Religiöse Symbole, z. B. ein Kreuz, Engel oder ein Rosenkranz
- Karten mit besinnlichen, tröstenden Bildern
- evtl. Liste mit Seelsorgern und Geistlichen in der Region
- etc.

Dabei sollten nur die individuell bedeutsamen Utensilien (z. B. im Hinblick auf die Religionszugehörigkeit) zum Einsatz kommen, wobei dabei das Wissen um die Biographie des Sterbenden unabdingbar ist. Es sollen in der Arbeit mit dem Abschiedskoffer Akzente gesetzt werden, die dem Sterbenden und seinen Angehörigen diese letzte Lebensphase etwas erträglicher machen.

Klassische „Gespräche mit Sterbenden“ sind bei Menschen mit Demenz häufig nicht mehr möglich. Sie können keine Lebensrückschau halten, können den Sinn des Lebens und des Sterbens nicht mehr hinterfragen. Aber wie können dann Menschen mit Demenz spirituell begleitet werden wenn Kognition und Kommunikation fehlen?

Jeder Mensch ist spirituell, Spiritualität gehört zur menschlichen Grundausstattung und auch Menschen mit Demenz sind bis zuletzt in ihrem „Exil“ über emotionale Ebenen erreichbar. Denn, Spiritualität ist nicht nur eine bestimmte Religion, sie ist der Weg und das Ergebnis eines lebenslangen Prozesses, der nicht erst in der Phase der Krankheit oder des Sterbens beginnt. Sie ist der gelebte Bezug zu dem, was mir wichtig war (z. B. Gott, Natur, Musik, Bücher, Personen, Tiere, Sport usw.), eine Liebeserklärung an das ganz Gewöhnliche. Und so gibt es auch in der Begleitung sterbender Menschen mit Demenz durch einfühlsame Methoden Zugangsmöglichkeiten zu einer spirituellen Dimension, wenn vielleicht auch nur auf einer niederschweligen, alltäglichen Ebene, durch Rituale, Lieder, Fotos und Geschichten. Wesentlich dabei ist das Finden der Spiritualität (Was macht dich aus?; Was ist dir wichtig?), das sich einlassen, Menschlichkeit und Nächstenliebe sowie die Kenntnis über die Lebensgeschichte des demenzkranken Menschen.

### **Empfehlung:**

Wenn Menschen mit Demenz während ihrer Erkrankung sowie in ihrer Sterbephase ganzheitlich betreut (in einer Körper-Seele-Geist-Dimension) und begleitet werden, Integration, gute Pflege sowie Schmerzlinderung erfahren, dann lässt sich auch ein Zugang finden und man kann davon ausgehen, die Erkrankten nach bestem Gewissen auf ihrem letzten Lebensweg begleitet zu haben. „In einer vertrauten Umgebung, die fachlich und menschlich kompetente palliative Behandlung gewährleistet, sterben die meisten (aber nicht alle!) schwer dementen Patienten einen ruhigen und friedlichen Tod.“ (Kojer / 2006)

## Die Begleitung Angehöriger

Durch das Fortschreiten der Erkrankung befinden sich Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen schon vor dem eigentlichen Versterben des Erkrankten in einem unumkehrbaren Prozess des Abschiednehmens. Dieser „Abschied auf Raten“ fällt schwer und konfrontiert Angehörige mit ihrer eigenen Endlichkeit und mit den Grenzen der medizinischen Machbarkeit.

Sterben und Demenz sind angstbesetzte Tabuthemen, oft herrscht auf Seiten der Begleiter Sprachlosigkeit darüber.

Es stellen sich Fragen, wie etwa:

- „Wie lange kann ich die Belastung noch (er)tragen?“
- „Wann wird der sterbende Mensch von seinem Leiden erlöst?“
- „Wie geht es weiter?“

Diese Gedanken erschrecken oft, sind jedoch völlig normal. Jemanden in der Zeit des Sterbens zu begleiten, bringt oft an die Grenzen der Belastbarkeit. Das Sterben wühlt vielfältige Gefühle der Trauer, der Angst, des Zweifels, der Wut und der Ohnmacht auf. Der Boden unter uns gerät ins Schwanken. Man lebt für diese Zeit in einer ganz anderen Welt.

Um genügend Kraft zu haben, ist es wichtig, Zeit für sich und Freiräume abseits der Sterbebegleitung zu haben. Deshalb brauchen Angehörige und Begleiter in dieser schweren Zeit oft Hilfe und Unterstützung. Vielleicht meint man, alles alleine schaffen zu müssen, aber bedenken Sie: **die Begleitung eines Sterbenden ist vielleicht die schwerste Aufgabe, neben der, den eigenen Tod zu sterben.**

Deshalb sollte man sich nicht scheuen, andere Menschen um Unterstützung zu bitten. Wenn Anderen das Gefühl gegeben wird, gebraucht zu werden, helfen sie oftmals sehr gerne. Das können einerseits praktische Hilfen wie Einkaufen, Kochen usw. sein, andererseits aber auch Menschen, die einfach nur einige Zeit bei dem Sterbenden sind. Oft sind Gespräche über Sorgen und Ängste hilfreich. Für eine professionelle Entlastung sollten Hospizdienste und Seelsorger hinzugezogen werden.

Holen Sie sich rechtzeitig Hilfe und Unterstützung: in der Familie oder bei professionellen Diensten!

Der Eintritt des Todes beim Sterbenden ist für alle Beteiligten ein ganz besonderer Moment. In solchen Augenblicken werden die Trauer und der Verlust besonders tief und intensiv empfunden und ausgedrückt. Viele Angehörige erzählen noch Monate später jede Einzelheit, die sie in diesem Moment wahrgenommen haben. Wesentlich ist, dass alle Beteiligten sich darüber bewusst sind, welche wichtige Bedeutung dieser Moment für Angehörige hat. So sollte Organisatorisches erst zu einem späteren Zeitpunkt besprochen werden.

In diesem Augenblick der Stille sollten die Anwesenden nicht gleich aktiv werden und erst einmal zur Ruhe kommen. Um Gefühle und Erinnerungen zuzulassen, sollten Sie die Möglichkeit haben, Abschied zu nehmen und bei dem Toten zu wachen. Die meisten Toten sehen friedlich aus, vielleicht möchten Sie den Verstorbenen berühren, mit ihm sprechen? Es kann gebetet werden (z. B. das „Vater unser“ oder der Psalm 23). Wenn es den Angehörigen wichtig ist, kann der Tote durch einen Geistlichen ausgesegnet oder ein religiöses Ritual (wie z. B. eine Andacht) abgehalten werden. Bedeutend in dieser Zeit des letzten Beisammenseins ist es, inne zu halten und sich gebührend von dem Verstorbenen zu verabschieden!

Anschließend wird der Hausarzt zur Feststellung des Todes und Ausstellung des Totenscheines gerufen. Bei einem Versterben in der Nacht reicht es aus, den Arzt am nächsten Morgen zu benachrichtigen. In Deutschland ist es erlaubt, den Toten 36 Stunden zu Hause zu lassen. Mit Hilfe des Friedhofamtes ist es aber auch möglich, den Leichnam länger in der Häuslichkeit zu behalten, um mehr Zeit (ggf. auch für entfernt wohnende Verwandte, Bekannte) zu haben, Abschied zu nehmen.

## Versorgung des Verstorbenen

**Lassen Sie sich Zeit!** Bedenken Sie, auch die Versorgung des Toten ist eine Form der Trauerarbeit. Behandeln Sie den Verstorbenen mit Respekt und Achtung. Haben Sie keine Angst, den Leichnam zu berühren. Vor dem sogenannten „Leichengift“ braucht man keine Angst zu haben, dieses gibt es nicht. Im Körper des Verstorbenen entstehen nach einigen Stunden basische Stoffe, die aber für den eigenen Körper vollkommen ungefährlich sind. In der ersten Stunde nach dem Tod und vor dem Einsetzen der Leichenstarre ist es leichter, den Verstorbenen zurechtzumachen.

### **Dabei gibt es Einiges zu beachten:**

- Legen Sie den Verstorbenen flach hin.
- Schließen Sie behutsam die Augenlider, legen Sie evtl. einen feuchten Wattebausch auf die Augenlider.
- Wenn möglich, setzen Sie vorsichtig die Zahnprothese ein, es ist aber kein Muss.
- Damit der Mund verschlossen bleibt, rollen Sie ein kleines Handtuch und legen Sie es unter das Kinn.
- Wenn gewünscht, kann der Tote noch einmal gewaschen werden.
- In manchen Religionen ist es üblich, eine rituelle Waschung durchzuführen.
- Es kommt vor, dass die Blase und / oder der Darm noch einmal geleert werden, deshalb ist es ratsam eine Inkontinenzhose anzulegen.
- Falls Sie es wünschen, wechseln Sie die Kleidung (Lieblingskleidung, Festtagskleidung etc.).
- Hände nicht routinemäßig falten, bei diesbezüglicher Unsicherheit die Hände nur übereinanderlegen. Das Falten der Hände führt bei der Versorgung durch den Bestatter zu großen Problemen, wenn dieser die Hände auseinander legen möchte.

- Zuletzt können Sie das Zimmer herrichten. Entfernen Sie Arzneimittel und Pflegehilfsmittel, zünden Sie Kerzen an, stellen Sie Blumen auf, geben Sie dem Verstorbenen Blumen oder einen (kleinen) Gegenstand, der ihm vertraut und wichtig war, in die Hand, drehen Sie die Heizung ab und öffnen Sie das Fenster.
- Falls noch nicht geschehen, informieren Sie: Verwandte, Bekannte und Freunde über den Tod des Verstorbenen.

In stationären Einrichtungen sollte der Verstorbene in seinem Zimmer bleiben können, auch nachdem der Arzt zur Feststellung des Todes erschienen ist. Falls dies nicht möglich ist, sollte ein Rückzugsraum für die Angehörigen bereitstehen, damit sie dort noch einmal zusammenkommen können, um sich von dem Verstorbenen zu verabschieden und um über das Erlebte zu sprechen (evtl. auch mit einem Seelsorger oder Trauerbegleiter). Verständigen Sie ein Bestattungsunternehmen. Dieses wird Ihnen bei der Organisation der Bestattung, der Anzeigen und weiteren Formalitäten helfen. Der Auftrag an den Bestatter muss durch Angehörige erfolgen, ist der Verstorbene alleinstehend und mittellos, ist das Ordnungsamt für die Bestattung zuständig und muss informiert werden. Bei Abholung des Toten müssen dem Bestatter der Totenschein, der Personalausweis und die Versicherungskarte des Verstorbenen ausgehändigt werden.



## Trauerarbeit

Manchmal fallen Angehörige beim Sterbeprozess in eine seltsame Apathie und schützen sich damit vor allzu intensiven Trauergefühlen, die sonst überfordern würden. Andererseits zeigen Angehörige manchmal heftigste Trauer und begeben sich so bereits vor dem Tod des Sterbenden in die Trauerarbeit. Sehr starke, oft einander widersprechende **Gefühle** werden dabei ausgelöst:

**ANGST** **ERLEICHTERUNG**  
GLEICHGÜLTIGKEIT  
**SELBSTMITLEID** **LEERE**  
**HASS** **EINSAMKEIT**  
**SCHOCK** **VERZWEIFLUNG** **LIEBE**  
**RUHELOSIGKEIT** **HILFLOSIGKEIT**  
**DANKBARKEIT**  
**WUT** **MÜDIGKEIT**  
**ZORN** **SCHMERZ**  
**BEFREIUNG**

Oft quälen Trauernde **Fragen**, die alle mit einem Warum anfangen:

- Warum musste er/sie sterben?
- Warum ist er/sie so krank geworden? ...

Manchmal kommen **Gedanken**, die oft verwirrend und unannehmbar sind:

- Nein, das kann nicht wahr sein.
- Jetzt bin ich frei.
- Mein Leben hat keinen Sinn mehr.
- Endlich ist diese Qual vorbei.
- Wie konntest du mir das antun?
- Wie kann ich nur damit leben?
- Es gibt keinen, der mich wirklich versteht.

Auch **körperliche** und **seelische Reaktionen** treten oftmals auf:

Appetitmangel, Verwirrung, Kurzatmigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Überempfindlichkeit, Desinteresse, Überaktivität, Herzrasen, leeres Funktionieren, unverständliche Träume ...

All diese Gefühle, Gedanken und Reaktionen sind normal! – Sie kommen und gehen und eines Tages sind sie weniger intensiv und bedrohlich! Dennoch ist die Zeit der Trauer ein sehr emotionaler und anstrengender Prozess, der sehr viel Energie fordert. Trauer ist wichtig, sie ist ein „Desinfektionsmittel“, denn wer traurig ist oder Trauer ausdrückt, der bindet sich zurück an die tiefsten Empfindungen seiner Seele.

Der Verlust eines nahe stehenden Menschen ist ein schwerer Schicksalsschlag.

Trauer kann lange anhalten und ist sehr schmerzlich. In dieser schweren Zeit können Gespräche mit anderen Betroffenen (regionale Trauergruppen, Selbsthilfegruppen - [www.nakos.de](http://www.nakos.de)) aber auch Einzelgespräche mit qualifizierten Gesprächspartnern (Trauerbegleiter, Seelsorger, Pfarrer, etc.) sehr hilfreich sein. Bei enormer Verzweiflung kann die telefonische Seelsorge kontaktiert werden (vgl. S. 28 oder Tel. 0800/1 11 01 11 oder 0800/1 11 02 22). In der ersten Zeit nach dem Tod sind besonders praktische Handlungen (das Putzen der Treppe, ein vorbeigebrachtes Essen etc.) für den Trauernden hilfreich, denn er hat in dieser Zeit oft wenig Kraft und ist mit sich selbst und der Erledigung der Bestattungsformalitäten beschäftigt. Das Erfahren von Anteilnahme und Begleitung ist jetzt besonders wichtig. Wertvoll ist es, dem Trauernden zu zeigen: „Ich nehme dich an, so wie du bist.“ – in deiner Verzweiflung, in deinem Schmerz, in deiner Wut, in all deinen Gefühlen. Trauernden Menschen tut es oft gut, dieses „Angenommensein“ durch Worte und/oder körperliche Nähe (Hand halten, in den Arm nehmen etc.) zu erfahren.

Manchmal reicht es aus, einfach da zu sein, den Schmerz etwas mitzutragen, wenn Worte fehlen. Falls man im Umgang mit dem Trauernden unsicher ist, ist es besser, diese Unsicherheit anzusprechen („Ich weiß gar nicht, wie ich dir helfen kann...“) als sich zurückzuziehen. Ebenso sind Karten und Briefe, in denen steht, was der Verstorbene einem bedeutet hat, in denen seine Einmaligkeit zum Ausdruck kommt, kostbare Zeichen, die Teilnahme und Wärme vermitteln.

#### **Weitere Hilfen für Trauernde:**

Vermeiden Sie es zu grübeln und lenken Sie sich ab. Bedeutsam ist es, auf einen geregelten Tagesrhythmus zu achten und sich selbst zu „pflegen“. Gönnen Sie sich viele Ruhepausen, gehen Sie in die Natur, suchen Sie die Stille. Nehmen Sie ein Bad und achten Sie auf gute Ernährung. Vielleicht führen Sie ein Tagebuch, um Ihre Gefühle in dieser Zeit festzuhalten. Stellen Sie Fotos des Verstorbenen auf, zünden Sie Kerzen an, sprechen Sie zu ihm und weinen Sie um ihn. Belassen Sie die Wohnung zunächst so wie sie ist – irgendwann kommt der Impuls der Veränderung, sodass Sie dafür bereit sein werden. Seien Sie mit Menschen zusammen, die Ihnen gut tun. Setzen Sie sich nicht unter Druck, denn das Sich-wieder-Einlassen auf das Leben braucht seine Zeit. Wenn man sich gestattet, Zeit zu haben, kann man fast immer erleben, dass sich die Dinge irgendwann langsam wandeln. Denn trotz allem: Was uns über Trauer und Verzweiflung hinweg bleibt, ist das Gefühl der Dankbarkeit, dass der Verstorbene bei uns war, dass wir ihn kennenlernen durften und er einen Teil des Lebensweges mit uns gegangen ist.

***„Mit den Flügeln der Zeit fliegt die Traurigkeit davon.“***

Jean de La Fontaine -

## Rechte sterbender Menschen mit Demenz

Wenn im Falle einer schweren Krankheit wie einer Demenzerkrankung keine Aussicht auf Heilung besteht, ergeben sich Fragen wie: „Wer regelt meine Angelegenheiten, wenn ich es selbst nicht mehr kann?“ oder „Möchte ich am Lebensende künstlich ernährt oder beatmet werden?“ Deswegen ist es bei Menschen mit einer Demenzerkrankung äußerst wichtig, frühzeitig nach der Diagnosestellung Absicherungen im Hinblick auf Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Bestattung und Wünsche zur medizinischen Behandlung schriftlich festzuhalten, um am Lebensende Entscheidungen im Sinne des Sterbenden treffen zu können.

### Die Patientenverfügung / Die Vorsorgevollmacht

Jede Person kann im Voraus Bestimmungen darüber erlassen, welche Behandlung sie wünscht, falls sie nicht mehr urteilsfähig ist. Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sind zu befolgen, soweit sie auf die konkrete Situation zutreffen und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie dem derzeitigen Willen des Sterbenden nicht mehr entsprechen. Wurde eine Vertrauensperson bezeichnet, muss im Einverständnis mit dieser Vertrauensperson entschieden und gehandelt werden. Verweigert die Vertrauensperson eine aus ärztlicher Sicht im Interesse des Patienten stehende Maßnahme, so ist die Vormundschaftsbehörde einzuschalten.

### Fehlende Patientenverfügung und Vertretung

Falls weder eine Patientenverfügung vorhanden ist, noch eine Vertrauensperson bezeichnet wurde oder eine Notfallsituation vorliegt, müssen gezielte Informationen eingeholt werden, wie der sterbende Mensch in seinem Leben gedacht und gehandelt hat. Angehörige, nahe stehende Personen und Hausärzte sind dabei zu kontaktieren.

Manchmal fehlt aber jeglicher Hinweis auf den mutmaßlichen Willen, zum Beispiel wenn keine Angehörigen vorhanden oder wenn aus zeitlichen Gründen (Notfall) Rückfragen bei Drittpersonen nicht möglich sind. In diesen Fällen soll sich der Entscheid an den wohl verstandenen Interessen des Sterbenden orientieren. Damit ist im weitesten Sinne das Wohlergehen des Patienten gemeint. Grundsätzlich geht es um die Frage, ob eine Behandlung für die Heilung, die Lebensverlängerung oder die Verbesserung des Wohlbefindens aus medizinischer Sicht angezeigt ist.

### Der nicht urteilsfähige, sterbende Mensch

Kann der Mensch seinen Willen nicht mehr äußern, muss sein mutmaßlicher Wille ermittelt werden. Ärzte und Pflegepersonal müssen deshalb klären, ob der Sterbende eine Patientenverfügung verfasst, eine Vertrauensperson bevollmächtigt oder sich gegenüber seinen Angehörigen klar geäußert hat. Außerdem muss abgeklärt werden, ob bereits eine gesetzliche Vertretung besteht. Ist dies nicht der Fall, muss per Eilverfahren ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden.

### Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch

In bestimmten Situationen kann der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen oder deren Abbruch gerechtfertigt sein. Bei der Entscheidungsfindung spielen Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität sowie Intensität und Schwere der dem Patienten zugemuteten Maßnahme eine Rolle. Der Einsatz belastender Maßnahmen (maschinelle Beatmung, Dialyse, Ernährung über eine Magensonde) muss immer von der Prognose abhängig gemacht werden. Dabei sollte die Belastung durch die Therapie gegen den durch sie voraussichtlich ermöglichten Gewinn an Lebensqualität abgewogen werden.

## Kontakt Daten

### Beratung zum Thema Demenz:

*Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e. V.*  
*c/o ambet e. V. -*  
Gerontopsychiatrische Beratungsstelle  
Triftweg 73  
38118 Braunschweig  
Tel. 0531 - 2 56 57 40  
info@alzheimer-braunschweig.de  
gb@ambet.de  
www.alzheimer-braunschweig.de  
www.ambet.de

### Hausärzte mit palliativ-medizinischer Ausrichtung:

Hausarztpraxis  
Cremlingen – Königslutter – Schapen  
*Claudia Grotzinger*  
FÄ für Allgemeinmedizin,  
Palliativmedizin, Akupunktur  
Hordorfer Straße 109  
38106 Braunschweig–Schapen  
Tel. 0531 - 2 36 10 40  
hausarzt-praxis-schapen@t-online.de

*Dr. med. Andrea Harms*  
Hausärztlich tätige Internistin  
Klinische Geriatrie  
Rüniger Weg 11  
38124 Braunschweig  
Tel. 0531 - 61 12 12  
www.doktorharms.de

*Volker Kamm*  
FA für Allgemeinmedizin und  
Rettungsmedizin  
Hinter den Hainen 14d  
38126 Braunschweig  
Tel. 0531 - 69 31 22

*Dr. med. Ehrhard Kellner*  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Große Grubestraße 31  
38122 Braunschweig  
Tel. 0531 - 87 47 91

*Uwe Rentz*  
FA für Allgemeinmedizin  
Palliativmedizin-Klinische Geriatrie  
Triftweg 73  
38118 Braunschweig  
Tel. 0531 - 5 80 70 60  
www.hausarzt-rentz.de

*Dr. med. Heide Riefenstahl*  
Ärztin für Allgemeinmedizin und  
Psychotherapie  
Moltkestraße 1  
38102 Braunschweig  
Tel. 0531 - 34 72 34 und 34 73 33

*Dr. med. Michael Rochow*  
Hausarzt / Akupunktur  
Bankplatz 8  
38100 Braunschweig  
Tel. 0531 - 1 63 12  
www.praxis-dr-rochow.de

*Dr. med. Ingrid Stobbe*  
Hausärztin  
Celler Heerstraße 168  
38114 Braunschweig  
Tel. 0531 - 5 51 60

*Dr. Kordula Lange*  
Hausärztin  
Max-Planck-Weg 7  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 - 5 31 76 20  
www.dr-lange-helmstedt.de

Hausarztpraxis  
Cremlingen-Königslutter-Schapen  
*Natali Hochgesang*  
FÄ für Allgemeinmedizin;  
*Dr. Andreas Döhnel*  
FA für Innere Medizin  
Amtsgarten 2  
38154 Königslutter  
Tel. 05353 - 20 20

*Dr. med. Daniel Tjang*  
Hausarzt  
Lindenstraße 22  
38154 Königslutter am Elm  
Tel. 05353 - 22 22

Hausarztpraxis  
Cremlingen-Königslutter-Schapen  
*Dr. med. Klaus Peter Brucker*  
FA für Allgemeinmedizin,  
Palliativmedizin, Psychotherapie  
*Dr. med. Christoph Goerd*  
FA für Allgemeinmedizin  
*Dr. med. Gerhard Nemitz*  
FA für Innere Medizin, Geriatrie  
Im Moorbusche 23  
38162 Cremlingen  
Tel. 05306 - 13 03

*Dr. med. Geert Bulthuis*  
Hausarzt  
Okerstraße 1  
38300 Wolfenbüttel  
Tel. 05331 - 23 83  
praxis@hiteam.de

#### **Netzwerke:**

PalliativTeam Braunschweig  
*Dipl. Psych. Christine Michael,*  
*Dr. med. Oliver Marschal*  
Hannoversche Straße 60b  
38116 Braunschweig  
Tel. 0531 - 25 6770  
kontakt@palliativteam-bs.de  
www.palliativteam-bs.de

Palliativnetz Nord-Elm  
*Dr. med. Klaus Peter Brucker*  
*Dr. med. Daniel Tjang*  
Im Moorbusche 23  
38162 Cremlingen  
Tel. 0700 - 76 67 33 56  
info@palliativnetz-nord-elm.de  
www.palliativnetz-nord-elm.de

Hospiz- und Palliativnetz Wolfenbüttel  
*Andrea Georgi-Laumert*  
Harztorwall 4  
38300 Wolfenbüttel  
Tel. 0175 - 6 90 21 85  
georgi-laumert@palliativnetz-wf.de  
www.palliativnetz-wf.de

Palliativnetz Gifhorn  
*Susanne Baumann*  
Am Tappwenberg 1a  
38518 Gifhorn  
Tel. 05371 - 6 87 05 45 oder  
Tel. 0151 - 23 42 02 34

Palliativnetz Peine  
*Martina Hohmann*  
*Marion Waldmann*  
Wiesenstraße 15  
31226 Peine  
Tel. 05171 - 59 01 89

Palliativnetz Wolfsburg  
Eichendorffstraße 7  
38440 Wolfsburg  
Tel. 05361 - 6 00 92 90

Palliativnetzwerk Landkreis Helmstedt  
*Norman Krüger*  
*Mathias Günther*  
Harsleber Torstraße 15  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 - 59 97 97  
palliativnetzwerk-lkhe@web.de

## **SAPV / spezialisierte Pflegedienste:**

SAPV-Team am Marienstift  
*Cornelia Apitz*  
und Mitarbeiter  
Helmstedter Straße 35  
38102 Braunschweig  
Tel. 0176 - 62 88 69 32  
(rund um die Uhr erreichbar)  
Tel. 0531 - 70 11 50 - 50  
palliativ@marienstift-braunschweig.de  
www.marienstift-braunschweig.de

Palliativpflegedienst „LichtBlick“  
*Dipl. Psych. Christine Michael*  
Hannoversche Straße 60b  
38116 Braunschweig  
Tel. 0531- 25 67 70  
LichtBlick-Pflegedienst@t-online.de  
www.lichtblick-pflegedienst.de

cara cura Ambulanter Pflegedienst  
*Susanne Avitabile*  
Salzdahlumer Straße 303  
38126 Braunschweig  
Tel. 0531- 8 89 37 32  
info@cc-pflegedienst.de  
www.cc-pflegedienst.de

Pflege to Hus  
*Meike Runge, Evelyn Nau,  
Renate Brandes, Ute Hieber*  
Kastanienallee 43a  
38104 Braunschweig  
Tel. 0531 - 7 99 93 10  
info@pflege-to-hus.de  
www.pflege-to-hus.de

Palliativpflegedienst APO Care  
Hauskrankenpflege e.V.  
*Norman Krüger*  
Fiuggiring 5  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 - 59 97 97  
apocare-pdl@web.de  
www.apocare-he.de

DRK Sozialstation Velpke Helmstedt  
*Ina Kirchhoff*  
Conringstraße 26  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351-21 22  
sozialstation.velpke.helmstedt@drk-helm-  
stedt.de  
www.drk-helmstedt.de

AWO Sozialzentrum Königslutter  
*Karina Wnuk*  
Amtsgarten 6  
38154 Königslutter  
Tel. 05353 - 91 93 30  
wnuk@awo-bs.de  
www.awo-bs.de

ASB Pflegedienst „Die Sonne“  
*Monika Hartmann*  
Okerstraße 1  
38300 Wolfenbüttel  
Tel. 05331-97 97 98  
m.hartmann@asb-wf.de  
www.asb-wf.de

## **Palliativstationen im Krankenhaus:**

Krankenhaus Marienstift  
Palliativstation  
*Dr. med. Simone Giller, Oberärztin  
Ina Fleischmann, Stationsleitung  
Dr. med. Rainer Prönneke, Chefarzt*  
Helmstedter Straße 35  
38102 Braunschweig  
Tel. 0531 - 70 11 -231  
medizin@marienstift-braunschweig.de  
www.marienstift-braunschweig.de

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH  
Medizinische Klinik III, Station MHO 1  
*Dr. Frauke Rösick*  
Celler Straße 38  
38114 Braunschweig  
Tel. 0531-5 95 32 33  
www.klinikum-braunschweig.de

## Kontaktdaten

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH  
Radioonkologie  
*Dr. med. Andreas Günther*  
Celler Straße 38  
38114 Braunschweig  
Tel. 0531 - 5 95 33 64  
a.guenther@klinikum-braunschweig.de  
www.klinikum-braunschweig.de

Krankenhaus St. Vinzenz  
*Dr. med. Klaus-Dieter Beck*  
Bismarckstraße 10  
38102 Braunschweig  
Tel. 0531 - 3 80 30  
info@sanktvinzenz.de  
www.st-vinzenz-bs.de

Herzogin Elisabeth Hospital Braunschweig  
*Dr. med. Christian Povel, Oberarzt*  
Leipziger Straße 24  
38124 Braunschweig  
c.povel@heh-bs.de  
www.heh-bs.de

Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH  
*Sabine Schober*  
Alter Weg 80  
38302 Wolfenbüttel  
Tel. 05331 - 934-20 17  
sabine.schober@khwf.de  
www.klinikum-wolfenbuettel.de

### Stationäre Hospizarbeit:

Hospiz Am Hohen Tore Braunschweig  
*Petra Gottsand*  
Broitzemer Straße 244  
38118 Braunschweig  
Tel. 0531 - 129 77 90  
p.gottsand@hospiz-braunschweig.de  
www.hospiz-braunschweig.de

### Krankenhaussozialdienste:

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH  
Sozialdienst Cancer Center Braunschweig  
Schwerpunkt Med. Klinik III  
(Hämatologie und Onkologie)  
*Dipl.-Pädagogin Claudia Eggeling*  
Celler Straße 38  
Tel. 0531 - 5 95 - 38 97  
c.eggeling@klinikum-braunschweig.de

Sozialdienst Klinik Salzdahlumer Straße  
*Dipl.-Sozialpädagogin Birgit Päselt*  
Tel. 0531 - 5 95 - 25 28, Fax 5 95 - 29 44  
*Dipl.-Sozialpädagogin Cordula Cordes*  
Tel. 0531 - 5 95 - 28 21

Sozialdienst Holwedestraße / Celler Straße  
(Radiologie 1 und 2, MKG)  
*Dipl.-Sozialpädagogin Petra Feldmann*  
Tel. 0531 - 5 95 - 14 13  
www.klinikum-braunschweig.de

Krankenhaus Marienstift  
*Kerstin Mintel*  
Helmstedter Straße 35  
38102 Braunschweig  
k.mintel@marienstift-braunschweig.de  
www.marienstift-braunschweig.de

Krankenhaus St. Vinzenz  
Sozialdienst  
*Dipl.-Sozialpädagogin Dagmar Drebing*  
Bismarckstraße 10  
38102 Braunschweig  
Tel. 0531 - 38 03 - 0  
drebing@sanktvinzenz.de  
www.st-vinzenz-bs.de

Herzogin Elisabeth Hospital Braunschweig  
Sozialdienst  
*Dipl.-Sozialpädagogin Heike Zupp*  
Leipziger Straße 24  
38124 Braunschweig  
Tel. 0531 - 6 99 30 06  
www.heh-bs.de

HELIOS St. Marienberg  
Klinik Helmstedt  
*Frauke Jondral*  
Conringstraße 26  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 - 14 61 50  
frauke.jondral@helios-kliniken.de  
www.helios-kliniken.de/helmstedt

Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH  
Sozialberatung / Entlassmanagement  
*Kerstin Scheithauer*  
Alter Weg 80  
38302 Wolfenbüttel  
Tel. 05331 - 934-29 09  
kerstin.scheithauer@  
klinikum-wolfenbuettel.de  
www.klinikum-wolfenbuettel.de

#### **Pflegestützpunkte:**

Pflegestützpunkt Braunschweig  
*Carola Röttger*  
Kleine Burg 14  
38100 Braunschweig  
Tel. 0531 - 4 70-33 42  
pflugestuetzpunkt@braunschweig.de  
www.braunschweig.de/pflege

Pflegestützpunkt Landkreis Helmstedt  
Kreishaus 7, Kreissozialamt, 1. Etage  
Conringstraße 28  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 - 1 21 - 24 70 oder - 24 64  
(um telefonische Voranmeldung wird  
gebeten)

Gesundheitsamt des Landkreises  
Wolfenbüttel  
Allgemeiner Sozialdienst Landkreis  
Wolfenbüttel  
*Sabine Paternoga*  
Friedrich-Wilhelm-Straße 2 a  
38302 Wolfenbüttel

#### **Seelsorge im Krankenhaus, Hospiz und Zuhause:**

Klinikum Braunschweig gGmbH  
- *Christian Anton* (ev)  
Tel. 5 95 - 38 15  
- *Astrid Berger-Kapp* (ev)  
Tel. 5 95 - 24 27  
- *Ulrike Dedekind* (ev)  
Tel. 5 95 - 12 42  
- *Ulrike Krupp* (rk)  
Tel. 5 95 - 24 27  
- *Martina Nowak-Rohlfing* (rk)  
Tel. 5 95 - 32 18  
- *Katharina Pultke* (ev)  
Tel. 5 95 - 13 61  
- *Johannes Witte* (rk)  
Tel. 34 39 32  
- im Notfall  
Tel. 5 95 - 22 20

HEH-Kliniken  
*Jörg Fromm* (ev)  
Tel. 5 80 80 71  
Johannes Witte (rk)  
Tel. 34 39 32

Marienstift  
*Karl-Peter Schrapel* (ev)  
Tel. 70 11 - 4 07  
Britta Lange-Geck (ev)  
Tel. 70 11 - 4 08

St. Vinzenz  
*Hanna Trümer* (ev)  
Tel. 38 03 – 0

HELIOS St. Marienberg, Klinik Helmstedt  
*Susanne Pudeck-Voges,*  
Evang. Krankenhausseelsorgerin  
Conringstraße 26  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 - 14-81 81  
krankenhauseelsorge@helios-kliniken.de  
www.helios-kliniken.de/helmstedt

Städtisches Klinikum Wolfenbüttel gGmbH  
Krankenhauseelsorge  
*Pfarrer Volkmar Schmuck*  
Alter Weg 80  
38302 Wolfenbüttel  
Tel. 05331 - 9 34 56 09  
vs@gegu.de  
www.klinikum-wolfenbuettel.de

**Seelsorge Hospiz Braunschweig  
(offen für alle Menschen):**

Kirchengemeinde St. Martini  
Pfarrer Friedhelm Meiners  
Eiermarkt 3  
38100 Braunschweig  
Tel. 0531 - 8 28 34  
buero@martini-kirche.de  
www.martini-kirche.de

**Seelsorge-Telefon:**

Ev.-luth. Propstei Braunschweig  
*Pröpstin Uta Hirschler*  
*Pfarrer Michael Gerloff*  
*Pfarrerin Astrid Berger-Kapp*  
Schützenstraße 23  
38100 Braunschweig  
Tel. 0170 - 9 2117 28  
braunschweig.pr@lk-bs.de  
www.propstei-braunschweig.de

**Ehrenamtliche Begleitung:**

Hospizarbeit Braunschweig e.V.  
*Ulrich Kreuzberg*  
*Andrea Wiedemann*  
Bruchtorwall 9-11  
38100 Braunschweig  
Tel. 0531 - 1 64 77  
Tel. 0531 - 4 73 91 95  
hospizarbeitbs@arcor.de  
www.hospizarbeit-braunschweig.de  
Montag – Freitag 9.00 – 12.30 Uhr,  
Donnerstag 16.00 – 18.00 Uhr

Hospizarbeit Helmstedt e.V.  
*U. Bijeschke, H. Hempel,*  
*B. Knackmuß, K. Maushake*  
Max-Planck-Weg 1  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 - 5 44 83 49  
info@hospizarbeit-helmstedt.de  
www.hospizarbeit-helmstedt.de

Hospizverein Wolfenbüttel e. V.  
*Dagmar Ammon*  
*Rita Peisker*  
Harztorwall 4  
38300 Wolfenbüttel  
Tel. 05331 - 7 66 43  
Tel. 05331 - 14 22  
Kontakt über das Hospizhandy:  
0171 - 6 22 66 06  
www.hospizverein-wf.de

**Trauerbegleitung in Braunschweig:**

Trauerbeistand e. V.  
*Marion Buchholtz*  
*Stephanie Zielasko-Heide*  
Lincolnstraße 46-47  
38112 Braunschweig  
Tel. 0531 - 12 43 40  
kontakt@trauerbeistand-ev.de  
www.trauerbeistand-ev.de

## Literaturverzeichnis

Alzheimer Europe (Hrsg.), 2008: Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz am Lebensende, Luxemburg

Buchholz, T. / Schürenberg, A., 2009: Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen. Anregungen zur Lebensbegleitung, Bern

Bundesministerium für Bildung und Forschung, BMBF, 2004: Der Kampf gegen das Vergessen. Demenzforschung im Fokus, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ, 2002: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (Hrsg.), 2012: Pflegen zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege, Berlin

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2009: Empfehlungen zur Begleitung von Demenzkranken in der Sterbephase, Berlin

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e. V. (Hrsg.), 2010: Mit-Gefühlt. Curriculum zur Begleitung Demenzerkrankter in ihrer letzten Lebensphase., Wuppertal

Gatterer, G. (Hrsg.) 2003: Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, Wien

Geiger, M., 2005: Die Begleitung von Sterbenden. Konzepte und Erfahrungen aus Hospizprojekten im BMGS-Modellprogramm, Saarbrücken

Grond, E., 2009: Palliativpflege bei Menschen mit Demenz. Empathisch handeln – wertschätzend begleiten – kreativ pflegen, Hannover

Hospiz- und Palliativstützpunkt Süd-Ost-Niedersachsen (Hrsg.), 2012: Wegweiser zur Palliativ- und Hospizversorgung für Braunschweig, Braunschweig

Kastner, U. / Löbach, R., 2007: Handbuch Demenz, München

Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA (Hrsg): Sterben mit Würde, Achtung und Respekt, in: Pro Alter, Ausgabe 02/2015, Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA (Hrsg): Abschied vom Leben. Würdevoll sterben mit Demenz, in: Pro Alter, Ausgabe 06/2011, Köln

Klaschik, E., 2009: Palliativmedizin Praxis. Leitfaden für die palliativ-medizinische Alltagsarbeit, Bonn

Kojer, M., 2006: Demenz und Palliative Care. In: Kränzle, S./Schmid, U./Seeger, C., 2006: Palliative Care. Handbuch für Pflegenden und Begleitung, Heidelberg

Kostrzewa, S., 2008: Palliative Pflege von Menschen mit Demenz, Bern

Kostrzewa, S. / Kutzner, M., 2009: Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Bern

Kulbe, A., 2010: Sterbebegleitung. Hilfen zur Pflege Sterbender, München

Lamp, I. (Hrsg.), 2009: Umsorgt sterben. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten, Stuttgart

Mötzing, G., 2005: Beschäftigung mit alten Menschen, Jena

Praxis Palliativ Care, 2011: Sorgende Kommunikation. Verstehen heißt, sich verständigen. Das Jahresheft, Hannover

Pröllochs, C., 2010: Sterbebegleitung bei Demenzkranken, Marburg

Schröder, B., 2012: Blickrichtungswechsel. Lernen mit und von Menschen mit Demenz, Stuttgart

Tausch, D. / Bickel, L., 2012: Die letzten Wochen und Tage. Eine Hilfe zur Begleitung in der Zeit des Sterbens, Stuttgart

Tausch, D. / Bickel, L., 2008: Die Zeit der Trauer. Eine Hilfe für Trauernde und Begleitende, Stuttgart

Ullrich, W., 2005: Sterbebegleitung bei demenzten Menschen. In: Kobler-von Komorowski, S./Schmidt, H., 2005: Seelsorge im Alter. Herausforderung für den Pflegealltag. Heidelberg

von Münchhausen, A., 2013: Sterben und Sterben lassen, in: Die Zeit, Ausgabe vom 25.07.2013, S. 50, Hamburg

Wächtler, C. (Hrsg.), 2003: Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen, Stuttgart

Wojnar, J., 2001: Medikamentöse Behandlung von Verhaltensstörungen, in: Dürrmann, Peter (Hrsg.): Besondere stationäre Dementenbetreuung, Hannover

Wüller, J. / Krumm, N. / Hack, K. / Reineke-Bracke, H., 2014: Palliativpflege, München

2. überarbeitete Auflage

Copyright:

Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e. V.  
Triftweg 73, 38118 Braunschweig  
Tel. 0531 / 2 56 57 40  
info@alzheimer-braunschweig.de  
www.alzheimer-braunschweig.de

Spendenkonto:  
Braunschweigische Landessparkasse  
IBAN: DE35250500000001715200  
BIC: NOLADE2HXXX

Inhaltlich verantwortlich:  
Nadine Gruschinski,  
Dipl. Sozialpäd. / Geragogin

Layout:  
dunkelgruen Grafik-Design  
Silke Leisse

Druck:  
Lebenshilfe Braunschweig

