



**Konzeption**  
zur Verbesserung der Begleitung Sterbender  
in der stationären Langzeitpflege  
in Kooperation des ambulanten Hospiz Horn e.V.  
und der Bremer Heimstiftung

Juni 2005

## **Gliederung:**

- I. Ausgangssituation**
  - II. Umfrage zum Thema Sterben und Tod in der Bremer Heimstiftung**
  - III. Ergebnisse der Interviews mit den Führungskräften der mittleren Managementebene**
  - IV. Schwerpunkte der Zusammenarbeit**
  - V. Perspektiven**
- Anhang: Schaubild: Miteinander – Füreinander / eine Übersicht**

## **Autorinnen:**

**Erika Nola** (Vorstandsmitglied des Hospiz Horn e.V. / Projektkoordinatorin)

**Petra Scholz** (Diplompädagogin / pädagogische Mitarbeiterin an der Altenpflegeschule / Projektkoordinatorin)

**Dr. Hans Schottky** (Anästhesist im Ruhestand, Ehrenamtlicher im Hospiz Horn e.V.)

## **Foto Titelblatt:**

**Martha Hüttmeyer** (Hausleitung Stiftungsresidenz Luisental im Ruhestand)

\* Der Einfachheit halber wurde im folgenden Text durchgängig die männliche Form gewählt.

## Konzeption

### zur Verbesserung der Begleitung Sterbender in der stationären Langzeitpflege in Kooperation des ambulanten Hospiz Horn e.V. und der Bremer Heimstiftung

#### I. Ausgangssituation

In zunehmendem Maße delegiert die Gesellschaft die Aufgabe der Betreuung von alten und kranken Menschen an Alten- und Pflegeheime. Auch wenn Familien für lange Zeit die Fürsorge und Pflege im häuslichen Bereich übernehmen, sind oftmals die familiären Ressourcen nach Jahren der Pflege zu Hause erschöpft und der zu Pflegenden zieht gegen Ende seines Lebens doch noch in ein Altenpflegeheim.

Die Begleitung des Sterbens der alten Menschen ist damit mehr und mehr in den Mittelpunkt der stationären Altenpflege gerückt. Im Jahr 2003 starben von insgesamt 1900 Bewohnern in den Häusern der Bremer Heimstiftung ca. 400, im Jahr 2004 waren es bereits 550 Bewohner. Dies entspricht einer Steigerung der Sterberate um ca. 40%.

Grund genug, die Belange der Sterbenden in unseren Einrichtungen noch ernster zu nehmen, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu kennen und zu berücksichtigen.

Wesentliche Bezugspersonen unserer Arbeit sind die Angehörigen der Sterbenden. Die nicht mehr jungen Kinder und die alten (Ehe-)Partner sind oft hilflos und überfordert, wenn der Vater, die Mutter oder der langjährige Weggefährte stirbt. Sie benötigen unsere Anleitung, Begleitung und Stütze in der Zeit des Abschiedes.

Vor allem aber gilt es, die immer häufiger mit dem Sterben konfrontierten Pflegekräfte bei ihren schwierigen Aufgaben zu unterstützen. Sie benötigen mehr grundständige Qualifizierung zum Thema „Sterben Tod“ sowie kompetente Ansprechpartner für spezielle fachliche Fragen. Dabei wird die emotionale Entlastung der Pflegemitarbeiter immer wichtiger. Dazu müssen sie regelmäßig die Gelegenheit erhalten, ihre persönliche Trauer auszudrücken und zu verarbeiten.

## II. Umfrage zum Thema Sterben und Tod in der BHS

Eine Umfrage durch das Hospiz Horn e.V. wurde bei Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern der BHS durchgeführt, um die Wünsche der Betroffenen zu Sterben und Tod zu erfahren. Diese Umfrage liegt nun in Form einer Broschüre vor (siehe Anlage). Die Auswertung ergab folgende wesentliche Ergebnisse:

- Die derzeitigen **Bewohner** wünschen sich möglichst unauffällig sterben zu dürfen: „Ich möchte einfach einschlafen. Kein Tamtam drum herum.“ Nicht der Tod macht den alten Menschen Angst, sondern ein „unwürdiges Leben“ in Abhängigkeit, voller Schmerzen und in Einsamkeit. Ein großer Wunsch ist daher auch „zur rechten Zeit zu sterben“. Deshalb hat die Schmerztherapie zentrale Bedeutung am Lebensende. Gut behandelte Schmerzen lassen den Wunsch nach Suizid und aktiver Sterbehilfe in den Hintergrund treten oder gar nicht erst aufkommen. Die Wünsche der Bewohner richten sich (zu) oft nach dem Machbaren. Sie wissen, dass das Personal sehr wenig Zeit hat und möchten mit ihren Wünschen nicht auch noch „zur Last fallen“.
- Den **Angehörigen** ist es sehr wichtig, dass die Wünsche ihrer Verwandten respektiert werden: Ablehnung von Essen und Trinken, nicht ins Krankenhaus verlegt zu werden, keine Lebens- und Leidensverlängerung, Schmerzfreiheit. Die Hilflosigkeit der Angehörigen artikuliert sich in dem Wunsch (und dem Glauben), dass eine Patientenverfügung die Belange des Sterbenden, auch gegenüber Ärzten und Einrichtungen, verbindlich und für alle Fälle regeln könne. Ihre Ängste äußern die Angehörigen indirekt, indem sich immerhin 33% nicht sicher sind, ob sie informiert werden wollen, wenn der Sterbeprozess ihres Angehörigen begonnen hat.
- In den Gesprächen mit **Mitarbeitern der Altenpflege** wurde, wenn auch nur implizit, der Wunsch deutlich, Anerkennung und Beachtung für das zu erfahren, was sie täglich leisten. Am liebsten würden die Pflegekräfte eine individuelle Betreuung für sterbende Bewohner über den ganzen Tag sicherstellen. Zugleich wird betont, dass dies eigentlich nicht zu leisten sei. Besonders wenn Bewohner sterben, die viel gelitten haben, kann das für die Pflegekräfte sehr belastend sein. Gefühle von Schuld und Versagen können auftreten. Es kann zur „inneren Kündigung“ kommen. Gut, wenn genügend Verständnis und Zeit für Gespräche vorhanden ist, denn in der stationären Altenpflege entstehen aufgrund der oftmals langjährigen Beziehungen zu den Bewohnern häufig auch enge persönliche Bindungen zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen.

### III. Ergebnisse der Interviews mit den Führungskräften der mittleren Managementebene

In allen 16 Langzeitpflegeeinrichtungen der Bremer Heimstiftung wurden Interviews mit Führungskräften der mittleren Managementebene geführt. Es ging hierbei vor allem um Fragen zu den häufigsten Problemstellungen, die sich im Zusammenhang mit der Begleitung Sterbender in den stationären Einrichtungen ergeben. Aus den Gesprächen, an denen manchmal auch das gesamte Pflorgeteam teilnahm, lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen:

- Das Thema **Schmerz und Schmerztherapie** wird immer wieder anhand von Fallbeispielen angesprochen. Eine Schmerzmedikation für kranke oder sterbende Bewohner ist oft nicht ausreichend oder gar nicht vorhanden. Die Ursachen dafür sind
  - dass der behandelnde Hausarzt eine Schmerzmedikation nicht für nötig hält, weil er überzeugt ist, dass die Schmerzen auszuhalten seien
  - oder der Hausarzt fachlich unzureichend für eine Schmerztherapie Sterbender qualifiziert ist
  - oder der Hausarzt durch mangelnde Information und ungenaue Schmerzdokumentation nicht zu einer schlüssigen Schmerztherapie gelangen kann, da er nur punktuell Einblick in den Schmerzverlauf erhält.Hier liegt ein großes Wissensdefizit der beiden beteiligten Berufsgruppen (=Ärzte und Pflegepersonal) vor, das vordringlich bearbeitet werden muss.

- **Unsicherheit bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme**

In keinem anderen Bereich der Pflege und Versorgung sterbender alter Menschen herrscht ein solcher Dissens zwischen Angehörigen, Ärzten und Pflegekräften wie in der Ansicht über die täglich aufzunehmende Flüssigkeits- und Nahrungsmenge. Hiermit sind eine Reihe medizinischer, pflegerischer, ernährungsphysiologischer, ethischer und rechtlicher Fragestellungen verbunden, auf die es keine einfachen, und schon gar keine genormten Antworten gibt.

- Muss gegen den Willen eines Bewohners bei entsprechender Arztverordnung Flüssigkeit und Nahrung zugeführt werden?
- Ist die parenterale Ernährung mit Hilfe der Perkutanen endoskopischen Gastronomie (PEG) bei Bewohnern, die nicht (mehr) genügend Nahrung zu sich nehmen, die richtige Lösung?
- Was ist bei Nahrungsverweigerung oder Schluckbeschwerden zu tun?
- Hat der Prozess des Sterbens bereits eingesetzt, der eine vorher sinnvolle Nahrungs-

und Flüssigkeitsaufnahme nun überflüssig werden lässt?

- Wird das Sterben gar qualvoll verlängert?

Die Pflegekräfte in der Bremer Heimstiftung haben zu dieser Thematik zwar Standards und Formblätter zur Verfügung, diese müssen aber der individuellen Problemsituation angepasst und umgesetzt werden. Hierbei gibt es im konkreten Einzelfall große Unsicherheit und Überforderung und damit auch einen regelmäßigen Unterstützungsbedarf.

- Die **Ermittlung des (vermeintlichen) Bewohnerwillens** ist oft nur schwer möglich. Auch das Vorhandensein einer Patientenverfügung und/oder einer Vorsorgevollmacht löst nicht automatisch alle Unsicherheiten in Rechtsfragen. Was zu tun oder besser zu unterlassen sei kann meist nicht nur aus einer Perspektive beantwortet werden. Die Pflegekräfte brauchen als regelmäßiges Arbeitsmittel von Externen gestützte Fallbesprechungen, die der gemeinsamen Erhellung der Situation dienen. Weitere verantwortliche Personen wie Ärzte oder Betreuungsrichter müssen unter Umständen einbezogen werden, um gemeinsam vertretbare Lösungen zu finden. Absprachen müssen schriftlich fixiert werden, um größtmögliche Rechtssicherheit zu erlangen.
- **Bewohnerfragen nach aktiver Sterbehilfe, Suizidneigung und aggressives Verhalten** belasten die Pflegekräfte emotional sehr stark. Hier gibt es Wünsche nach Aussprache und Information sowie das Bedürfnis nach Unterstützung in der psychologischen, spirituellen und seelischen Begleitung der alten Menschen. Angebote von Ehrenamtlichen ambulanter Hospizdienste werden immer mehr und gerne in Anspruch genommen. Ein Pastor ist nur selten vor Ort oder wird von den Sterbenden nicht gewünscht.
- **Angehörige** sind in Situationen des Sterbens häufig überfordert. Sie delegieren Aufgaben, die sie selbst nicht durchführen können oder wollen an die Pflegekräfte und dringen – manchmal ohne die tatsächlichen Wünsche des alten Menschen zur Kenntnis zu nehmen – auf Erfüllung ihrer Forderungen. Der Tod wird in der Familie oftmals erstmalig erfahren und alte, unliebsame Erinnerungen an vergangene Trennungen und Abschiede werden wach.  
Familienmitglieder reagieren auf die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer sterbenden Angehörigen mit großer Sorge und projizieren nicht selten die eigenen Schuldgefühle in Form von Vorwürfen auf die Pflegekräfte. Dies führt häufig zu einem vordergründigen Dissens mit den Pflegekräften, der die Aufgabenverteilung, die Pflege

oder ärztliche Verordnungen betrifft.

Pflegekräfte und Angehörige benötigen dann neutrale Gesprächspartner, die die jeweiligen Positionen und Beweggründe verstehen und nachvollziehen können. Meist kann ein Konflikt bereits nach einem klärenden Gespräch mit den Mitarbeitern in der Pflege oder durch die Begleitung der Angehörigen durch geschulte ehrenamtliche Sterbebegleiter gelöst werden. Angebote für Angehörige und Pflegekräfte müssen sowohl vor Ort als auch außerhalb der Einrichtungen, vorhanden sein.

#### **IV.     Schwerpunkte der Zusammenarbeit**

Aus der Analyse der bisherigen Erfahrungen in der achtjährigen engen Zusammenarbeit zwischen der Bremer Heimstiftung und dem Hospiz Horn e.V. (siehe Schaubild im Anhang) und aus den Erkenntnissen der Interviews mit den Zielgruppen unserer Zusammenarbeit können weitere konzeptionelle Grundlagen für die gemeinsamen Aufgaben geschaffen werden. Es liegen weit reichende Ergebnisse vor, um ein begründetes Vorgehen einzuleiten, das sowohl die Situation der Sterbenden in den Einrichtungen der Bremer Heimstiftung weiter verbessert als auch die notwendige Unterstützung für die beteiligten Angehörigen und Berufsgruppen bietet. Wir sind überzeugt: das Eine bedingt auch das Andere.

##### **1. Einführung ethischer Fallbesprechungen**

Wir beschäftigen uns intensiv mit der Verbesserung der ethischen Entscheidungsfindung am Lebensende. Wenn Pflegekräfte angesichts der durch den Beginn des Sterbeprozesses veränderten Situation nicht mehr weiter wissen, wenn ärztliche Verordnungen, Therapien, Pflegemaßnahmen oder Wünsche von Angehörigen kontrovers sind oder nicht nachvollziehbar erscheinen, wenn der Patientenwille nicht klar zu ermitteln ist, kann eine ethische Fallbesprechung einberufen werden. Nur durch das Miteinander aller Betroffenen, durch gegenseitige Verständigung und das Bündeln von Informationen kann eine wirkliche Zusammenarbeit entstehen. Durch die gemeinsame Suche nach dem bestmöglichen Umgang mit der Situation ist der Einzelne entlastet, die Verantwortung wird geteilt und in gewissem Maße wird Rechtssicherheit erzielt.

Die zuständigen Pflegekräfte, der behandelnde Arzt, ehrenamtliche Sterbebegleiter, evtl. ein Pastor, ein Betreuungsrichter und eine Leitungskraft des Hauses kommen mit einer

moderierenden Person zusammen, um das vorliegende Problem zu besprechen. Es wird eine Empfehlung ausgesprochen und das Ergebnis in der Bewohnerakte dokumentiert. Anschließend muss ein klärendes Gespräch mit dem Bewohner und mit den Angehörigen geführt werden. Pflegeplanung und Arztverordnungen, bzw. palliative Maßnahmen können nun der Situation angepasst werden.

Zur Einführung ethischer Fallbesprechungen in den Häusern wurde ein Brief an alle Mitarbeiter der Pflege versandt, um auf unser Vorhaben aufmerksam zu machen. Mit den Pflegedienstleitungen wurde das Verfahren abgesprochen und Termine zu Übungszwecken mit den Pflegeteams verabredet. Bislang konnten 100 Mitarbeiter der Einrichtungen geschult werden.

Eine multiprofessionelle, hierarchieübergreifende Arbeitsgruppe begleitet die Einführung dieses Instruments in den Häusern. Hier sind Pflege- und Leitungskräfte der Bremer Heimstiftung, Ehrenamtliche des Hospiz Horn e.V., darunter ein Anästhesist, und die Koordinatorinnen der Kooperation vertreten. Arbeitsblätter und die Dokumentation von Ergebnissen werden für die Praxis vorbereitet und laufend verbessert. Angestrebt wird ein Qualitätsstandard zur Durchführung ethischer Fallbesprechungen.

Bisher handelte es sich bei Anfragen aus der Praxis überwiegend um Fragen der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme, Schmerztherapie, um aggressives Verhalten oder nonverbale Nicht-Einwilligung von Bewohnern in Maßnahmen oder Verordnungen, die Angehörige oder Ärzte wünschen, sowie um akute bedrohliche Situationen z.B. durch Tumoren.

Ein persönlicher Brief an die behandelnden Ärzte unserer Einrichtungen (n=280) mit der Bitte um Zusammenarbeit und Unterstützung in ethischen Fallbesprechungen führte zu keiner nennenswerten Resonanz. Deshalb soll die Verbesserung der Zusammenarbeit mit Ärzten ab Sommer 2005 durch das Angebot eines ärztlichen Forums erzielt werden. (siehe auch Punkt 5 „Ärztarbeitskreis“)

## **2. Krisenberatung**

Die Pflegenden in Altenheimen sind den Bewohnern sehr nahe – körperlich und emotional. Und je länger sie sich kennen, desto freundschaftlicher ist häufig die Beziehung. Kein Wunder, dass es bei klinischer Verschlechterung zu Situationen kommt, die die Pflegenden belasten, weil sie „mitleiden“, weil sie mehr für ihre „Schützlinge“ tun oder bewirken möchten als vielleicht möglich oder sinnvoll ist.



In solchen Situationen kann ein die Situation reflektierendes Gespräch bereits bedeutende Entlastung bringen. Oftmals schon allein durch die Aussprache und die Anteilnahme eines Dritten, ansonsten durch fachliche Klärung und Beratung. Fachlich versierte und in Gesprächsführung geschulte ehrenamtliche Mitarbeiter des Hospizdienstes stehen den Pflegenden der Bremer Heimstiftung dafür kostenlos zur Verfügung.

Ein solches Krisengespräch steht im Charakter der ethischen Fallbesprechung nahe, mit dem Unterschied, dass bei letzterer der Handlungsbedarf im Vordergrund steht – weswegen auch mehr Personen beteiligt werden. Die subjektiv wahrgenommene Krisenhaftigkeit der Situation und der emotional entlastender Charakter der Gespräche können in beiden Fällen recht ähnlich sein. Letztlich ist es weniger die fachliche Expertise als die einfühlsame Haltung, die bei der „Krisenberatung“ zu Buche schlägt.

### **3. Einführung in die Broschüre von Stein Husebø und Bettina Sandgathe-Husebø**

Es ist ein offenes Geheimnis, dass die palliative Versorgung in Deutschland noch unzureichend ist. Die Bremer Heimstiftung hat daher systematisch begonnen, in ihren Einrichtungen die „Palliativesituation“ zu verbessern. So hat bereits eine Gruppe von Pflegefachkräften eine berufsbegleitende Ausbildung in geriatrischer Palliativpflege absolviert und trifft sich regelmäßig in einem Absolventen–Arbeitskreis.

Ein weiterer Schritt ist die Heranführung aller Pflegenden an diesen Arbeitsbereich. Grundlage dazu ist die Broschüre „Die letzten Tage und Stunden“ von Bettina und Stein Husebø. Stein Husebø ist ein norwegischer Palliativmediziner und Pionier auf diesem Gebiet, insbesondere für die Versorgung von Heimbewohnern. Das norwegische Modell beinhaltet eine sehr viel intensivere Palliativversorgung der Heimbewohner, mit einem eigenen ärztlichen Dienst und eigenen Palliativeinheiten für diesen Bereich. Verblüffenderweise ist der finanzielle Gesamtaufwand bei diesem Modell nicht höher als bei uns, ganz einfach weil die Akutmedizin entsprechend entlastet wird. Aber man darf unterstellen, dass die Patienten enorm profitieren, weil ihnen Ortswechsel, Anonymität und die Verwerfungen beim Übergang von einer Einrichtung in die andere – bis hin zu den bekannten Informationsdefiziten – erspart bleiben.

Es wird uns wohl nicht gelingen, das norwegische Modell auf Deutschland zu übertragen, wir versuchen aber von den Erfahrungen der Norweger zu profitieren.

Die Broschüre versucht, auf etwas über 30 Seiten einen Grundriss der Palliativversorgung für Pflegende darzustellen. Wir wollen die Gelegenheit benutzen, bei unseren gemeinsamen Veranstaltungen für diese Broschüre zu werben und die wichtigsten Inhalte zu vermitteln.

#### **4. „Gewalt in der Pflege“**

Hier handelt es sich – im Gegensatz zum Thema Sterben und Tod, das mittlerweile in der Gesellschaft „angekommen“ ist – wahrlich noch um ein Tabuthema. Gewalt in der Pflege darf nicht sein und „kommt nicht vor“.

Tatsächlich handelt es sich um eine alltägliche Erscheinung. Und je unaufgeregter und professioneller der Umgang mit diesem Phänomen ist, desto eher wird es tatsächlich auf ein Minimum reduziert.

Auf dem letzten Bremer Stadtkirchentag im September 2004 gab es eine Diskussionsveranstaltung zu diesem Thema. Ergebnis war (und ist) ein Arbeitskreis, der versucht, die Handlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten abzustecken und zu initiieren.

Wir haben die Gelegenheit ergriffen und versuchen, das Problem im Bereich der Bremer Heimstiftung anzusprechen. Zu diesem Zweck wurde durch das Hospiz Horn eine Umfrage bei den Pflegedienstleitenden gestartet, auf deren Basis wir Vorschläge für das weitere Vorgehen erarbeiten wollen. Auch mit dem Institut für angewandte Pflegewissenschaft an der Universität Bremen wurden erste Kontakte geknüpft.

#### **5. Ärztearbeitskreis**

Die Palliativmedizin als ein junges Fach der Medizin ist leider noch nicht in den Köpfen aller Allgemeinmediziner angekommen. So ist es denn kein Wunder, dass die palliative Versorgung außerhalb von Spezialeinrichtungen recht inhomogen ist. Wir haben vor, uns mit den in den Häusern der Bremer Heimstiftung tätigen Ärzten zusammensetzen, um über die Situation nachzudenken, über Fälle zu diskutieren und Kenntnisse auszutauschen. Wir werden dazu Fachleute aus dem Bremer Umfeld einladen, aber auch Pflegende aus der Gruppe der in geriatrischer Palliativversorgung Ausgebildeten. Denn die Nahtstelle zwischen Patient und Arzt in diesem Bereich stellen notwendigerweise die Pflegenden dar. Gelingt es, hier die Kooperation zu verbessern, vielleicht auch den Pflegenden mehr Kompetenz und Selbständigkeit zu verschaffen, ist für die Bewohner viel gewonnen.

Einer der Schwachpunkte der ärztlichen Versorgung ist notwendigerweise die Seltenheit der Visiten, die meist einmal wöchentlich stattfinden. Die Pflegenden haben demgegenüber den Kranken sozusagen ständig vor Augen, und gerade in der Endphase sind manchmal neue Entscheidungen von Stunde zu Stunde vonnöten.

## **6. Pflegeüberleitung / Kooperation mit Krankenhäusern**

Von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen wird immer wieder über schwierige Situationen bei Verlegungen in und Entlassungen aus dem Krankenhaus berichtet. Zurzeit sind wir dabei, entsprechende Fälle zu sammeln und zu dokumentieren, um den konkreten Handlungsbedarf zu ermitteln. Für eine Verbesserung des Entlassungsmanagements allgemein ist geplant, mit den Klinikleitungen ins Gespräch zu kommen. Mit den Pflegedienstleitungen der Bremer Heimstiftung soll der bestehende Pflegeüberleitungsbogen dahingehend überarbeitet werden, dass die psychosozialen, pflegerischen und medizinischen Aspekte am Lebensende mehr Beachtung finden. Ziel ist es, die Kommunikation mit dem Klinikpersonal zu Fragen am Lebensende zu verbessern, Kontakt mit den Stationsleitungen im Krankenhaus zu halten und geplante pflegerische und therapeutische Interventionen gemeinsam zu besprechen. Es geht vor allem auch darum, die Kenntnisse und Erfahrungen der Altenpflegekräfte bei eingeschränkten, dementen Bewohnern gezielt einzubeziehen, wenn eine klinische Versorgung unumgänglich ist.

## **7. Externes ethisches Komitee**

Seit einiger Zeit verfolgen wir die Idee, ein externes ethisches Komitee für weitergehende ethische Fragestellungen einzurichten. Gedacht ist an Bremer Kapazitäten aus den Fachdisziplinen Jurisprudenz, Medizin, Ethik und Pflege, die für besonders schwierige Situationen des Lebens und Sterbens alter, kranker und/oder dementer Menschen Empfehlungen aussprechen, wenn einrichtungsinterne ethische Fallbesprechungen nicht zu Lösungen führen oder wenn der Wille des Betroffenen nicht mehr zu ermitteln ist.

Hier findet eine übergreifende Vernetzung mit einem ambulanten Pflegedienst in Bremen statt. Kontakte zum Institut für Gesundheits- und Medizinrecht an der Universität Bremen und Beratung durch eine Fachärztin für Sondenernährung und einen Facharzt für Schmerztherapie bestehen bereits.

## V. Perspektiven

Jeder Todesfall ist einzigartig. Bei aller Routine in der professionellen Altenpflege muss Zeit und Raum sein zur Begleitung der Sterbenden und zum Abschiednehmen für Angehörige, Mitarbeiter und Mitbewohner. Die Bremer Heimstiftung stellt sich gemeinsam mit dem Hospiz Horn e.V. den ethischen Herausforderungen und der allgemeinen Verunsicherung der Menschen, die Sterben, Tod und Trauer in einer Zeit nie da gewesener medizinischer Möglichkeiten mit sich bringen. Neben der beständigen Arbeit an der Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen und der Versorgung alter Menschen ist die Bremer Heimstiftung als Institution nur durch die Öffnung nach außen, durch beständige Kommunikation und Kooperation mit den Angehörigen, mit ehrenamtlichen Hospizbegleitern, Ärzten und anderen am Sterbeprozess Beteiligten in der Lage, den Bedürfnissen der alten Menschen und den Fragen am Lebensende kompetent und liebevoll zu begegnen. Nur im Miteinander, im gemeinsamen Dialog kann die Frage „Was ist jetzt zu tun?“ beantwortet werden.

Mit der Umsetzung unserer gemeinsamen Konzeption hoffen wir, den Fragen respektvoll zu begegnen und vertretbare Antworten zu finden.

Die unter Punkt 3 kurz vorgestellte Broschüre:

Bettina Sandgathe Husebø und Dr. med Stein Husebø: Die letzten Tage und Stunden – Behandlung, Pflege und Fürsorge am Lebensende. Bergen (Norwegen), Wien/Klagenfurt (Österreich) 2004.

**Anhang: Schaubild: Miteinander – Füreinander / eine Übersicht**

## Miteinander – Füreinander

### Kommunikation und Kooperation für ein liebevoll begleitetes Sterben in den Häusern der Bremer Heimstiftung

