

ERSCHEINT 4 X JÄHRLICH  
AUFGABEAMT EUPEN 1  
VERANTWORTLICHER HERAUSGEBER:  
KPVDB · J. FAGNOUL · HILLSTR. 5 · 4700 EUPEN



PB-PP  
BELGIE(N) - BELGIQUE

# KPVDB

# PFLEGE HEUTE



Deontologiekodex  
neu ausgearbeitet

Beruf Aktuell

Kommunikation  
Praktiker und Patient

Ethik

Goldene Feder für  
Annie Michaelis

Reportage



**TEVADAPTOR<sup>®</sup>**  
Keeps you safe in a click

**TEVADAPTOR<sup>®</sup>**

**BERUF AKTUELL**

Abkommen mit Folgen für die Pflege	5-7
Deontologiekodex wurde neu ausgearbeitet	8-10
Minister Bacqueleine stellt sich taub	11

**KPVDB INTERN**

Deutschsprachige Kammer der UGIB sucht Verstärkung	12
--	----

**ETHIK**

Die Kommunikation zwischen Praktiker & Patient	13-17
--	-------

**KURZ NOTIERT**

Dr. Lenny Maietta in den USA verstorben	18
---	----

**PFLEGEPRAXIS UND -MANAGEMENT**

100 Tipps für die erfolgreiche Pflegekraft	19-20
Frauengesundheit & Gewalt	21-24
Was wünschen sich alte Menschen für das Sterben?	25-27
Berufsinformationen	28

**REPORTAGE**

Goldene Feder	29-32
---------------	-------

**WEITERBILDUNGEN**

Älter werden in der Pflege	33
Das fremde Sterben	33
Kriegskinder-Kriegstraumata	34
Angehörigenintegration	34
Menschen mit Demenz	35
Basale Kommunikation	35

**ÖFFNUNGSZEITEN FACHBIBLIOTHEK**

Mo.-Fr. 9.00-15.00 Uhr während der Schulferien auf telefonische Vereinbarung unter 087/55 48 88

**KPVDB**

Die deutschsprachige Krankenpflegevereinigung in Belgien

**MITGLIEDSCHAFT**

Alle diplomierten und brevettierten KrankenpflegerInnen und PflegehelferInnen laut Gesetz Gesundheitspflegeberufe, sowie Hebammen, AssistentInnen und gleichgestellte Diplome

<b>JAHRESBEITRAG</b>	<b>50€</b>
bei Domizilierung	<b>46€</b>
Ehepaare bei Bezug einer Zeitschrift	<b>bzw. 66€</b>
Studenten, Frischdiplomierte + Pensionierte	<b>25€</b>
KPVDB und ACN (Info Nursing und Vorteile der ACN)	<b>70€</b>
Abonnement für Personen, die nicht Mitglied werden können	<b>25€</b>
Abonnement	<b>50€</b>
+ Vorteile KPVDB	<b>bzw. 46€</b>

Ostbelgien  Mit Unterstützung der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

**Verantwortlicher Herausgeber:**

J. Fagnoul · Hillstraße 5 · B-4700 Eupen · Tel. 087/55 48 88 · Fax 087/55 61 50  
 info@kpvdb.be · www.kpvdb.be · Bilder: www.pixabay.com, J. Fagnoul,  
 H. Thönissen · KBC Bank: IBAN: BE21 7311 0633 4203, BIC: KREDBEBB  
 Der Abdruck der Beiträge ist nur mit der Genehmigung der KPVDB gestattet.

Druck und Layout: [www.pavonet.be](http://www.pavonet.be) · +32 (0) 87/59 12 90

**amma**  
 a s s u r a n c e s  
 pour et par le secteur des soins de santé



**Liebe Mitglieder,  
werte Leser und Leserinnen,**

Oft schimpfe ich hier, weil vieles über die Köpfe der Krankenpfleger geplant oder entschieden wird. Und mit Recht denke ich.

Am 21. Dezember 2017 wurde ein Abkommen unterschrieben (siehe Artikel in der Zeitschrift) das die Hausärzte, aber insbesondere die häusliche Krankenpflege betrifft und dies ohne die Basis zu konsultieren. Dieses Abkommen muss noch in einen Gesetzestext verfasst werden, aber die offiziellen Räte der Gesundheitspflegeberufe (CFAI, CTAI,...) werden weiterhin nicht von der föderalen Ministerin konsultiert.

Die Ministerin De Block arbeitet zurzeit an der Reform des koordinierten Gesetzes vom 10. Mai 2015 (ehem. K.E. 78) ohne mit der Pflege zu kommunizieren. Der Gesetzesentwurf bezüglich der Qualität der Gesund-

heitspflege besteht und die Ministerin lädt offiziell die Patientenvertreter (LUSS = Ligue des Usagers des Services de Santé) zu Konzertierungsversammlungen ein, was auch richtig ist. Aber stimmt die Reihenfolge? Die Politiker und die Nutznießer bestimmen jetzt was gute Medizin oder hochqualitative Pflege ist, bevor die Gesundheitspflegeberufe selbst (Krankenpfleger, Kinesiotherapeuten, Ergotherapeuten,...) sich zu dieser Frage äußern können.

Solche Beispiele gibt es leider noch mehr und es würde den Rahmen eines Leitartikels sprengen dies hier aufzuzählen. Es gibt aber auch Lichtschimmer. Und diese sollen auch erwähnt werden.

Am 12. März lud Ministers A. Antoniadis die Krankenpfleger und Paramediziner aus allen Bereichen zu einem Austausch über die Aufwertung der Pflegeberufe in der Deutschsprachigen Gemeinschaft Ostbelgiens ein.

**Die drei zentralen Fragen lauteten:**

- Wie schaffen wir es Leute für einen Pflegeberuf zu interessieren?
- Wie schaffen wir es Aussteiger wieder zu integrieren?
- Welche Probleme gibt es im Umgang mit dem Patienten, Bewohner/ Nutznießer und/ oder mit den Kollegen andererseits?

Wenn Sie nicht anwesend sein konnten und dennoch zur Beantwortung dieser Fragen beitragen möchten, sammeln wir gerne Ihre Rückmeldungen und leiten diese gebündelt weiter. Sie können bei den beiden ersten Fragen Ihrer Fantasie freien Lauf geben. Neue Impulse sind immer bereichernd. Ich würde mich sehr freuen Sie zu lesen.

Ihre Josiane Fagnoul

”

**Erst wenn man die volle Kraft des Winters erlebt hat, wird man den Frühling in vollen Zügen genießen können.**

*Stefan Wittlin 1961*

”

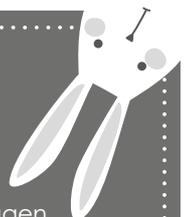
**FROHE OSTERN!**

Ihnen und Ihrer Familie wünsche wir an den Ostertagen eine angenehme Zeit in der erwachenden Natur oder im Kreis von Freunden, aber auch Ruhe und Entspannung.

**Genießen Sie die Feiertage!**

Mit frühlingshaften Grüßen, das Team der KPVDB.

*Wegen reduzierter Anwesenheit bitten wir um telefonische Absprache vor einem Besuch in unseren Büros.*



# Abkommen mit Folgen für die Pflege

J. FAGNOUL, KPVDB

Am 21. Dezember unterschrieben nicht weniger als 9 Minister ein Abkommen zwischen der föderalen Behörde und den Teilstaaten bezüglich der Kooperation zwischen Personen, die aus dem Umfeld des Patienten/ Kunden stammen und den Professionellen der Gesundheitspflege außerhalb der Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheimen, usw.)

## I. Rückblick

Schon 2014 hatte es einen ersten Versuch gegeben, weil die Reglementierung bezüglich der Gesundheitspflegeberufe in gewissen Situationen ein Hindernis zur Pflege bzw. zum alltäglichen Leben bedeutete. Es erschien unmöglich immer alle Pflegetätigkeiten durch kompetente Pflegefachkräfte durchführen zu lassen. Dadurch wurden „Nicht-Professionelle“ zur illegalen Ausübung der Krankenpflege verleitet, um dem Bedarf gerecht zu werden. Diese Abkommen waren schwer in die Praxis umzusetzen.

Die Reform des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflegeberufe (wir berichteten in Pflege Heute 04/16) sieht vor, das Delikt der illegalen Ausübung anzupassen. Somit würde diese Problematik gelöst.

## II. Ziele

Die föderale Behörde ist zuständig für die Ausübung der Medizin und die Reglementierung der Gesundheitspflegeberufe in all seinen Ausmaßen. Die Teilstaaten (also auch die



Deutschsprachige Gemeinschaft) sind zuständig für die Organisation der Pflege und um die Versorgung von abhängigen Personen sowie ihr Wohlbefinden zu garantieren.

In anderen Worten heißt das, dass die föderale Behörde im Rahmen ihrer Kompetenzen die Gesetzgebung so anpassen kann, dass, unter gewissen Rahmenbedingungen, Tätigkeiten, die der Gesundheitspflege zugehören durch Personen, die keinen Gesundheitspflegeberuf ausüben, durchgeführt werden, ohne dass es sich um eine illegale Ausübung handelt. Diese Personen handeln, als ob sie eine „Verlängerung“ der Person, die Pflege benötigt (oder der Eltern wenn es sich um ein Kind handelt), wären. Die föderale Behörde kann ebenfalls Modalitäten festlegen um die Qualität und die Sicherheit der Pflege zu garantieren.

Dieses Abkommen hat zum Ziel die Qualität des Lebens und die Qualität der Pflege im täglichen Leben

zu kombinieren. Die Delegation von Tätigkeiten an „Nicht-Professionelle“ hat zum Ziel, qualitative Pflege kontinuierlich anzubieten und ist kein Mittel, um Einsparungen von Funktionskosten zu Lasten der Qualität zu machen. Die Delegation und die Ausführung solcher Tätigkeiten müssen immer auf gegenseitiger freiwilliger Basis geschehen.

## III. Absicht der Reform des Gesetzes über die Gesundheitspflegeberufe

Damit neben den pflegenden Angehörigen auch Personen aus dem Umfeld des Patienten, die beruflich aktiv sind (aber keinen Gesundheitspflegeberuf ausüben), trotz allem unter gewissen Bedingungen (die noch in einem Qualitätsrahmen definiert werden müssen), technische Krankenpflegefachleistungen verrichten können, wird die Ausnahme zum Missbrauch der illegalen Ausübung der Krankenpflege, die schon für

pflegende Angehörige vorgesehen ist, erweitert. Diese Erweiterung müsste den Alltag des Patienten erleichtern und dazu beitragen, dass die Pflege des Patienten jederzeit garantiert ist. Die Ausnahme besteht in der Tatsache, dass ein Arzt oder ein Krankenpfleger krankenschwägerische Tätigkeiten an einen Nicht-Professionellen des Gesundheitssektors delegieren darf unter der Bedingung, dass dies in einem, im Vorfeld definierten, Qualitätsrahmen geschieht.

Bevor eine solche Delegation in Betracht gezogen wird, prüfen der Patient, ggfs. die Einrichtung, die den Patienten beherbergt oder unterstützt (dessen Eltern wenn es sich um ein Kind handelt) und der Arzt oder der Krankenpfleger zuerst die Möglichkeit einen kompetenten Professionellen des Gesundheitssektors für die Durchführung der Pflegefachleistungen hinzuzuziehen.

**Einige Definitionen sind notwendig:**

### 3.1. „Eine Person aus dem Umfeld des Patienten“

Man kann nicht genauestens definieren, wer eine Person aus dem Umfeld des Patienten ist. Dies hängt von der Situation des Patienten ab. Es handelt sich oft um Personen, zu denen der Patient ein Vertrauensverhältnis entwickelt hat und mit denen er fast täglich Kontakt hat oder Personen, die im Rahmen ihres Berufes der Person eine tägliche Unterstützung anbieten, die aber keine beruflichen Gesundheitspfleger sind.

### 3.2. „Delegieren“

Um von der Ausnahme Gebrauch machen zu können, muss die Situation in der sie sich präsentiert vom Arzt oder vom Krankenpfleger eingeleitet werden. Der Arzt oder der Krankenpfleger wird gewisse Pflegefachleistungen an die Person(en) aus dem Umfeld des Patienten delegieren. Wenn ein „Nicht-Professioneller“ Pflegefachleistungen tätigt, ohne dass es eine Delegation gegeben hat, fällt er nicht unter dieser Ausnahme.

### 3.3. „Qualitätsrahmen“

Der Krankenpfleger oder der Arzt, der die Pflegefachleistung delegiert, tut dies auf freiwilliger Basis und trägt die Verantwortung bezüglich der Festlegung des Qualitätsrahmens und der Planung (prévision) der Bedingungen, die dazu führen die Qualität der gegebenen Pflege zu garantieren. Die Prozedur, die zurzeit vorgesehen ist damit der pflegende Angehörige legal praktizieren kann (wir berichten in Pflege Heute 03/16), wird allgemeiner umgeschrieben, damit es keinen Unterschied mehr gibt, von welchem „Nicht-Professionellen“, die Tätigkeit durchführt wird.

**Der Qualitätsrahmen beinhaltet mindestens:**

- Den Pflegeplan oder die Prozedur, die für den gesagten Patienten festgelegt wurde
- Die Genehmigung des Patienten oder seines Vertreters
- Die Genehmigung des Arztes oder der Krankenpflegerin

Außerdem ist dieser Qualitätsrahmen in der Akte des Patienten präzisiert und darf nicht ohne die Zustimmung der Person aus dem Umfeld des Patienten die die Pflegeleistung tätigt, ausgeführt werden. Das Ausmaß des Qualitätsrahmens kann von Fall zu Fall, je nach potentiellen Risiken und Komplexität der Pflegefachleistung, die delegiert wird, sowie nach Eigenschaften des Patienten präzisiert werden. Der Qualitätsrahmen kann beinhalten, dass der „Nicht-Professionelle“ einer Weiterbildung folgen muss. Abmachungen bezüglich der Kommunikation zwischen den betroffenen Parteien<sup>1</sup> (Bsp. Beobachtungen, Änderung des Zustandes oder der Behandlung des Patienten,...) werden auch notwendig sein.

### 3.4. „Verantwortung“

Sind der Qualitätsrahmen/die Bedingungen einmal durch den Arzt oder den Krankenpfleger festgelegt, obliegt es der Person, die die Pflegefachleistung auf freiwilliger Basis in der Praxis tätigt, zu gewährleisten, dass das was im Qualitätsrahmen vorgesehen ist, auch durchgeführt wird.

Sofern der Arzt oder der Krankenpfleger den Qualitätsrahmen genau definiert haben, und gut eingeschätzt haben welche Tätigkeiten delegiert werden können, ruht die Verantwortung der Durchführung ausschließlich auf der Person, die diese im vorgesehenen Rahmen tätigt. Jedoch bleibt der Arzt oder die Krankenpflegerin dafür verantwortlich, die Kontinuität des Gesundheitszustandes des Patienten zu sichern.

### 3.5. „Pfleger Angehöriger“

Während ein pflegender Angehöriger zurzeit Pflegefachleistungen nur nach einer Schulung durch einen Arzt oder eine Krankenpflegerin ausführen darf, wird er in Zukunft diese Pflegefachleistung im oben genannten Qualitätsrahmen durchführen dürfen. Bevor dies in Kraft tritt, muss die föderale Gesundheitsministerin die Gesetzgebung abändern, damit diese Vorgehensweise nicht mehr als illegale Ausübung der Medizin/Krankenpflege betrachtet wird.

Zusätzlich soll die föderale Behörde eine Liste der Tätigkeiten, die nicht delegiert werden dürfen, erstellen. Als Beispiele werden genannt: Assistenz in der Chirurgie, Legen eines Katheters, Verabreichung von nicht subkutanen Injektionen, nicht kapillare Blutabnahme, komplexe Wundpflege. Dies deutet darauf hin, dass die Liste der erlaubten Tätigkeiten sehr lang sein könnte. Keine Rede ist in diesem Abkommen von der Finanzierung des Ganzen.

Wie wird die Erstellung der Pflegepläne und der Prozeduren finanziert? Wird die LIKIV für das Anlernen der „Nicht-Professionellen“ Gelder für die Ärzte und die Krankenpfleger vorsehen? Wie werden die Schulungen finanziert?

Wie Sie sehen bleiben noch viele Fragen offen. Und solange dies nicht geregelt ist, bleibt das Anlernen von Erziehern, Familienhilfen, Kinderbetreuer,... absolut illegal.

Wir halten Sie weiter auf dem Laufenden.

*<sup>1</sup>Der Patient –oder sein Vertreter-, die Person aus dem Umfeld des Patienten der die Pflegeleistung durchführt und der Arzt oder die Krankenpflegerin, die delegiert hat.*



**amma**  
assurances depuis 1944  
par et pour le secteur de la santé

**R.C. Professionnelle**

Une couverture de 20 ans,  
même après la fin du contrat.



**Avantages KPVD**  
Cotisation annuelle de 74,69 €  
Nouveau: option avec couverture Agression

**Indépendants ou salariés,  
exercez votre métier l'esprit tranquille en vous assurant correctement.**

La RC Professionnelle d'Amma vous couvre 20 ans, même après la fin du contrat, pour autant que l'acte ait eu lieu pendant la durée de la police. Tout cela sans surprime et protection juridique incluse.

**NOUVEAU:** En complément à cette RCP, la couverture "Aggression et autres risques professionnels" peut être souscrite en option.

-----

Renvoyez ce talon à l'avenue des Arts 39/1 à 1040 Bruxelles ou via [consult@amma.be](mailto:consult@amma.be)

Je suis intéressé(e) par  la R.C. professionnelle d'AMMA  et la couverture Agression

Langue:  FR  NL      Statut:  Indépendant(e)  Salarié(e)

Nom: ..... Prénom: .....

Adresse: ..... N°: .....

Code postal: ..... Localité: .....

Année de promotion: ..... Téléphone: .....

E-mail: ..... Date de naissance: ..... - ..... - .....

# Deontologiekodex wurde neu ausgearbeitet

J. FAGNOUL, KPVDB

Am 14. November verabschiedete der föderale Krankenpflegerat (CFAI) ein Gutachten über die Notwendigkeit eines deontologischen Regulierungsorgans für die Krankenpflege. Wie in den politischen Prioritäten 2014-2018 des CFAI formuliert, hat der Rat Überlegungen zur Notwendigkeit eines deontologischen Regulierungsorgans für die Krankenpflege (Krankenpfleger, Pflegeassistent, Pflegehelfer) angestellt. Andererseits benötigte der Deontologiekodex, der 2004 vom allgemeinen Krankenpflegeverband Belgiens ausgearbeitet wurde, eine Aktualisierung.

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern des CFAI sowie aus Experten aus der Krankenpflege in allen Bereichen (Krankenhäuser, häusliche Krankenpflege, APWH, Unterrichtswesen,...) hat den Kodex neu bearbeitet. Der integrale Text wird in Kürze in deutscher Sprache bei der KPVDB erhältlich sein. Sie finden hier die zwei ersten Kapitel. Die nächsten erscheinen in den nächsten Ausgaben von Pflege Heute.

## Verhaltenskodex für Pflegefachkräfte in Belgien

### Wesentlicher Text

#### Einleitung

Dieser Kodex enthält die Werte und Normen, welche die Richtlinien für die Ausübung der Krankenpflege bilden. Die Fachkraft für Krankenpflege wird ihren Beruf auf dieser Grundlage in allen Situationen verantwortungs-

**I attribute my success to this - I never gave or took any excuse.**

*Florence Nightingale*



bewusst ausüben können. Dieser Kodex gilt sowohl während als auch außerhalb der Arbeitszeiten. Er trägt zur Qualität des Berufs und zum positiven Image des Berufsbildes in der Öffentlichkeit bei.

Dieser Kodex gilt für alle Personen, die zur Ausübung des Krankenpflegeberufs berechtigt sind. In diesem Text werden alle Personen, die den Krankenpflegeberuf ausüben, als „Krankenpfleger“ bezeichnet. Darunter fallen sowohl die Krankenpfleger, die direkt in der Pflege tätig sind, als auch die in der Organisation und Leitung, der Ausbildung und/oder der wissenschaftlichen Forschung tätigen Krankenpfleger.

Dieser Kodex ist keine abstrakte Sammlung von Regeln und Pflichten, sondern wurde von Pflegefachkräften erstellt, die im Alltag selbst mit Fragen zur Pflege sowie mit Verhaltens- und Ethikfragen konfrontiert werden. Sie haben diese allgemeine Richtlinie sorgfältig besprochen und formuliert. Die darin beschriebenen

Normen gelten als Mindestniveau der Berufsausübung, das von allen Krankenpflegern erwartet wird. Der Kodex dient als Hilfe bei der umfassenden und eigenständigen Ausübung ihres Berufs. Sie will dem Pflegeempfänger, seinem Umfeld, anderen Gesundheitsdienstleistern, Arbeitgebern und der Gesellschaft die Qualität der Pflege und die Einstellung garantieren, die sie von Krankenpflegern erwarten.

Dieser Kodex enthält internationale Empfehlungen und die europäischen Richtlinien, die in Belgien eingehalten werden. Er respektiert die föderale Gesetzgebung, die Dekrete der Gemeinschaften und Regionen sowie alle behördlichen Verpflichtungen und berücksichtigt die national und international anerkannten aktuellen Normen und Richtlinien des Pflegeberufs. Der Kodex integriert die Visionen zu Ethik und Verhalten sowie die im Berufsprofil beschriebenen Kenntnisse und Kompetenzen. Er wird in der Aus- und Weiterbildung unterrichtet.

Jeder Krankenpfleger muss die Grundlagen dieses Kodexes kennen und über seine Rechte und Pflichten gegenüber dem Pflegeempfänger und anderen informiert sein. Er verpflichtet sich, diese zu respektieren und einzuhalten. Im Streitfall bietet der Kodex die Basis für gut durchdachte Lösungen.

Der Krankenpfleger wird seine Kollegen und Auftraggeber dazu anhalten, die Qualität des Berufs zu fördern und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie eine würdige und professionelle Einhaltung des Kodexes ermöglichen. Abgesehen von der Einhaltung dieses Kodexes wird der Krankenpfleger selbst auch auf der Basis von (Selbst-) Reflektion und seines eigenen Gewissens verantwortungsbewusst handeln.

Eine gute und anständige Berufsausübung wird nicht nur durch die Einhaltung eines Kodexes erreicht, sondern auch durch Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit, Respekt, Rechtschaffenheit, dem Willen nicht zu schaden, Respekt vor der Eigenständigkeit des Pflegeempfängers, Höflichkeit, Empathie, Fürsorge und durch ein Arbeiten mit guten Absichten.

Die Krankenpfleger möchten mit diesem Kodex auch den Entwicklungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen Rechnung tragen. Dieser Kodex wird regelmäßig evaluiert. Der Inhalt muss an die sozialen, rechtlichen und beruflichen Entwicklungen angepasst werden. Er wird auch veröffentlicht, so dass die Gesellschaft weiß, was sie von der Krankenpflege

und von den Fachkräften für Krankenpflege in Belgien erwarten darf. Mit seinem guten Willen und dem Mut, eine pflegerische Beziehung mit Gesunden, Kranken und Menschen mit Behinderungen einzugehen, übernimmt der Krankenpfleger eine wichtige und positive Rolle in der Gesellschaft.

#### **Dieser Kodex enthält:**

- die allgemeinen Bestimmungen;
- die Richtlinien für die ordnungsgemäße Ausübung des Berufs;
- die Beziehungen zum Patienten und dessen Umfeld;
- die Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen;
- die Beziehung zu anderen Leistungserbringern;
- die Rolle des Krankenpflegers in der Gesellschaft.

## **Allgemeine Bestimmungen**

Artikel 1. Der Krankenpfleger steht im Dienst der Menschen. Der Krankenpfleger erbringt gleichwertige Pflegeleistungen für alle Pflegeempfänger unabhängig von deren Alter, Nationalität, ethnischer Herkunft, Familienstand, Geschlecht und Orientierung, Ausbildung, Lebensphilosophie, Kultur und Lebensstil. Sie bietet Pflege bei mentalen, körperlichen und sozialen Gesundheitsproblemen und Krankheiten.

Der Krankenpfleger respektiert die Person und fördert den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit. Sie ermutigt den Pflegeempfänger, selbst die Verantwortung für seine Situation zu übernehmen und

behandelt ihn als Partner bei Entscheidungen. Dadurch wird diesem ermöglicht, so gut wie möglich zu genesen oder mit den Einschränkungen aufgrund seines gesundheitlichen Zustands zu leben.

Der Krankenpfleger erleichtert Leiden, bemüht sich um eine gute und würdige Lebensqualität, beteiligt sich an der kontinuierlichen und palliativen Pflege, bietet Komfortpflege, begleitet Sterbende und deren Umgebung und unterstützt im Trauerprozess. Die Pflege beinhaltet auch die Begleitung und die Unterstützung der Umgebung und der Vertreter der Pflegeempfänger in allen Bereichen.

Artikel 2. Jede Person, die Pflege benötigt, unabhängig von ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Verfassung, ist es immer wert, vom Krankenpfleger fachkundig betreut zu werden. Der Krankenpfleger respektiert den Willen des entscheidungsfähigen Pflegeempfängers. Ein Pflegeempfänger, der nicht entscheidungsfähig ist, wird von ihm gewissenhaft behandelt und unter Beachtung der geltenden Rechtsvorschriften, insbesondere gemäß dem belgischen Patientenrechtegesetz.

Gegebenenfalls werden unter dem Begriff „Pflegeempfänger“ auch die Vertreter, die anstelle des Pflegeempfängers gesetzlich entscheiden, verstanden. Jeder Pflegeempfänger behält immer seine fundamentalen Menschenrechte, die auf der Würde und der Gleichheit jedes Einzelnen basieren.

## Die Ausübung des Krankenpflegeberufs

Artikel 3. Der Krankenpfleger übt seinen Beruf mit der ihm zuerkannten Autonomie aus und erbringt die Pflegedienstleistung gemäß den geltenden Normen, den aktuellen Richtlinien und den Empfehlungen des Berufes. Er informiert sich regelmäßig über relevante Entwicklungen und erweitert ständig sein Fachwissen. Er gewährleistet die Erbringung seiner Leistungen auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse („evidence-based“) und der Richtlinien des Berufes („good clinical practice“). Die Sicherheit des Pflegeempfängers steht dabei an erster Stelle. Sollte es dennoch zu einem Zwischenfall oder Vorfall kommen, informiert er seinen/seine Vorgesetzten und ergreift unverzüglich Maßnahmen zur Begrenzung oder Beseitigung eventueller Folgen.

Artikel 4. Der Krankenpfleger garantiert jedem Pflegeempfänger eine geeignete Pflege in ganzheitlicher Hinsicht. Er bewertet im Vorfeld die Folgen seiner Pflege auf den Zustand des Pflegeempfängers. Er gibt keine Versprechen ab, von denen er weiß, dass er diese nicht einhalten kann.

Artikel 5. Der Krankenpfleger muss die Durchführung von Handlungen, von denen er weiß, dass er dazu nicht ausreichend befugt oder befähigt ist, ablehnen. Er teilt dies dem Pflegeempfänger mit und fordert Hilfe an oder verweist den Antragsteller an einen kompetenten Leistungserbringer. In Notfällen informiert er

unverzüglich die erforderliche Hilfe und hilft in der Zwischenzeit entsprechend seiner Möglichkeiten.

Artikel 6. Der Krankenpfleger beweist bei der Berufsausübung, dass er seines Berufs würdig ist und seine Fähigkeiten immer auf dem aktuellen Stand hält. Der Krankenpfleger gewährleistet, dass die Autonomie, die Glaubwürdigkeit und die Zuverlässigkeit der eigenen Person und ihres Berufs erhalten bleiben.

Artikel 7. Der Krankenpfleger ergreift die Initiative und unterstützt alles, was der Entwicklung seines Berufs und der Qualität der Pflege dienlich ist. Er beteiligt sich im Rahmen seiner eigenen Möglichkeiten an wissenschaftlichen Forschungen, soweit dies möglich ist oder gefordert wird. Er vergewissert sich, dass Untersuchungen - sofern erforderlich - gemäß den Empfehlungen der zuständigen Ethikkommission durchgeführt werden.

Artikel 8. Der Krankenpfleger ist für seine eigene körperliche und mentale Gesundheit verantwortlich. Im Krankheitsfall informiert er seinen Dienst umgehend. Er ergreift gegebenenfalls die möglichen Maßnahmen für die Fortsetzung der Pflege der von ihm betreuten Pflegeempfänger. Er bemüht sich darum, einen Beitrag zu sicheren, zielgerichteten und ergonomischen Arbeitsbedingungen für sich selbst, den Pflegeempfänger und dessen Umfeld sowie für Kollegen zu leisten.

Artikel 9. Der Krankenpfleger notiert die Pflegedaten des Pflegeempfän-

gers, für die er verantwortlich ist, objektiv, neutral und prägnant in einer Pflegeakte.

Einblick in die Akte haben die Pflegeempfänger, andere Beteiligte oder andere Berufe gemäß den Vorschriften des Patientenrechtegesetzes.

# Minister Bacqueleine stellt sich taub

J. FAGNOUL



**Dr. Daniel Bacquelaine, Minister für Pensionen, hört unsere Anfragen nicht!**

Vor einem Jahr haben wir mit allen Kollegen des allgemeinen Krankenpflegeverbands Belgien (AKVB-UGIB) den Minister im Rahmen der Verlängerung des Pensionsalters angeschrieben, damit die Krankenpflege in die Liste der belastenden Berufe aufgenommen wird. Diese Berufskategorien sollen in den Genuss von vorteilhafteren Modalitäten hinsichtlich Rente kommen. Wir berichteten in *Pflege Heute* 01/17

Es scheint uns effektiv unmöglich, von den Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen sowie von den Pflegehelfern zu verlangen, dass sie ihre Karriere bis 67 Jahre fortsetzen. Um diese Verpflichtung zu vermeiden muss der Krankenpflegeberuf als belastender Beruf (laut festgelegten Kriterien) anerkannt werden. In

dieser Angelegenheit begegnen wir dem Standpunkt der Gewerkschaften des nicht-kommerziellen Sektors.

Dr. Bacquelaine scheint der Sichtweise unseres Berufes keine große Bedeutung zu schenken. Angesichts seiner langen politischen Karriere und falls er vergessen hätte woraus die Arbeit eines Krankenpflegers besteht, haben wir ihm eine exemplarische Liste der Argumente und wissenschaftliche Kriterien beigefügt, die zu berücksichtigen sind.

Angesichts dieser Politik der Taubheit haben wir uns Mitte Februar entschlossen erneut ein Schreiben an ihn zu richten und in dieser Angelegenheit umfangreich zu kommunizieren.

Die aktuellen Ausgaben folgender Zeitschriften können in der Bibliothek konsultiert werden:

#### Deutschsprachige Zeitschriften

- *Altenpflege*, Fachmagazin für die Ambulante und stationäre Altenpflege (D)
- *Die Schwester, Der Pfleger*, die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe (D)
- *Pflege Heute*, die Fachzeitschrift der Deutschsprachigen Krankenpflegevereinigung in Belgien (B)
- *Pflege Zeitschrift*, Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege (D)
- *Pflege*, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe (D)
- *Pro Alter - Selbstbestimmung im Alter* (KDA, Kuratorium Deutsche Altershilfe)

#### Französischsprachige Zeitschriften

- *Education Santé*, un mensuel au service des intervenants francophones en promotion de la santé (B)
- *Ethica Clinica*, Revue francophone d'éthique des soins de santé (B)

#### Mehrsprachige Zeitschriften D-F-I

- *Krankenpflege - Soins infirmiers - Cure infirmieristiche* (CH)

# Deutschsprachige Kammer der UGIB sucht Verstärkung

J. FAGNOUL, KPVDB



Wenn Sie einen Fachtitel in Pädiatrie und Neonatologie oder die besondere berufliche Qualifikation in Diabetologie besitzen und Sie Mitglied einer Berufsvereinigung sind, sind Sie hier genau richtig! Seit 2016 besteht in Ostbelgien eine Abzweigung des allgemeinen Krankenpflegeverband Belgien (AKVB –UGIB) genau wie in den beiden anderen Sprachgebieten. Diese wird deutschsprachige Kammer genannt.

Die Kammer behandelt insbesondere regionale und gemeinschaftliche Angelegenheiten. Zudem bereitet sie föderale Akten vor, um die Effizienz des AKVB sicherzustellen. Die Kammer tagt 4-mal pro Jahr. Die Versammlungen finden in Eupen und in deutscher Sprache statt. Die angesprochenen Themen hängen von der politischen Aktualität ab und dienen zur Information, aber auch zum Meinungsaustausch um die Interessen und Sorgen der Pflege auf föderaler Ebene zu vertreten, somit den Krankenpfleger in Ostbelgien ein Sprachrohr zu geben.

**Dort wird über verschiedene Themen diskutiert, die im Allgemeinen Krankenpflegeverband Belgiens (AKVB - UGIB) aufgeworfen werden, zum Beispiel:**

- Welche Argumentation aufbauen, damit Krankenpflege weiter als „schwerer Beruf“ im Rahmen der Frühpensionen berücksichtigt wird?
- Die Liste der Tätigkeiten, die ein Krankenpfleger einem Pflegehelfer delegieren kann, soll erweitert werden. Was können wir verantworten?
- Vorbereitung eines Memorandum mit den Prioritäten des Verbands für die Legislaturperiode 2019-2024. Dieses wird allen Parteien des Landes zugeschickt.
- ...

Gewisse Arbeitgeber erlauben die Teilnahme als Arbeitsstunden anzurechnen.

Erkundigen Sie sich! Ab 2018 übernimmt die UGIB die Fahrtkosten zu den Versammlungen.

Bei Interesse können Sie sich per Mail ([j.fagnoul@kpvdb.be](mailto:j.fagnoul@kpvdb.be)) oder telefonisch (087/55 48 88) melden. Dort erhalten Sie auch weitere Informationen.


Haelvoet
we create furniture to heal, to care & to meet

## Olympia

### XLow



## *Soyez le bienvenu!*

Venez découvrir notre showroom à Ingelmunster,  
contactez-nous pour une visite: [info@haelvoet.be](mailto:info@haelvoet.be)



[www.haelvoet.be](http://www.haelvoet.be)

# Die Kommunikation zwischen Praktiker & Patient

WELCHE GUTEN BEISPIELE GIBT ES?

A. ERNST, KPVDB

## 15 Jahre Rechte der Patienten

Am 24. November 2017 organisierte das föderale Gesundheitsministerium, Zelle „Rechte der Patienten“, eine Konferenz rund um das Thema „Kommunikation zwischen Patient und Professionellen“, welche vor 15 Jahren zum Schwerpunkt des Gesetzes wurde. Pflege Heute war für unsere Leser anwesend und berichtet Ihnen gerne darüber.

Eröffnet wurde die Tagung durch den Allgemeindirektor des föderalen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, Gesundheitsministerium, Pedro Facon. Er sprach die letzten Änderungen im Gesetz „Rechte der Patienten“ an und die Tatsache, dass durch die Staatsreform auch die Gesundheitspflege (zumindest im Bereich der 1. Linie) der alten Menschen an die Gemeinschaften übertragen wurde, und dort jetzt auch die Gewährleistung der Rechte der Patienten in diesen Sektoren zu sichern sei. Dazu sollte auch Ende November 2017 eine interministerielle Konferenz stattfinden.



Pedro Facon

## Änderungen im Gesetz:

In 2014 wurde im Rahmen des Artikels 14, § 2, bzgl. der Vertretung eingefügt, dass im Falle wo der Patient keinen Vertreter bestimmt hat, in der „Kaskade“ der Vertretung Partner - volljähriges Kind - Eltern – volljährige Geschwister, für Personen die unter Schutz gestellt sind an erster Stelle der Kaskade, der vom Friedensrichter bezeichnete Verwalter tritt.

## Neue Broschüre:

In 2017 wurden vom föderalen Gesundheitsministerium die Broschüren „Patientenrechte“ in Französisch und Niederländisch aktualisiert und graphisch aufgewertet. Darin findet man auch die koordinierte Fassung des Gesetzes. Die Aktualisierung der Broschüre in deutscher Sprache lässt leider noch etwas auf sich warten... Minister A. Antoniadis ist bereits an zuständiger Stelle diesbzgl. interveniert. [Link zur Broschüre am Textende.](#)<sup>1</sup>

## Die Kommunikation Pflegender-Gepflegter: Allgemeines zu den guten Praktiken

Amélie Hertay, Psychologin im wissenschaftlichen Team der Klinik Boret, Brüssel, sprach über die Bedeutung, die Ziele, aber auch über die Schwierigkeiten der Kommunikation mit dem Patienten. Ziele der Kommunikation sind u.a.

- Informationen geben oder erhalten
- auf Emotionen eingehen
- die Beziehung fördern
- Entscheidungen nehmen
- gesundes Verhalten fördern

## Schwierigkeiten in der Kommunikation, gebunden an die Krankheit sind:

- wenn Stigmatisierung oder Ängste damit verbunden sind
- komplexe medizinische Informationen
- wenn Unsicherheit bzgl. medizinischer Entwicklung besteht
- wenn Unsicherheit bzgl. Wirksamkeit der Behandlung besteht
- wenn Krankheit und/oder Behandlung Behinderung hinterlassen

Im Gesetz „Rechte der Patienten“ ist vor allem Artikel 7 der Kommunikation zwischen Arzt und Patient gewidmet.

§ 1. Der Patient hat ein Recht darauf, dass die Berufsfachkraft ihm alle ihn betreffenden Informationen mitteilt, die er benötigt, um seinen Gesundheitszustand und dessen vermutliche Entwicklung zu verstehen.

§ 2. Die Kommunikation mit dem Patienten verläuft in einer deutlichen Sprache....

In Studien wurden die unterschiedlichen Erwartungen von Arzt und Patient zu gewissen Vorstellungen bzgl. Kommunikation untersucht. Bei einem Patienten, dessen Prognose noch 50 % Lebenserwartung von 6 Monaten aufweist, wurde die Frage beleuchtet: Wenn sie jetzt wählen müssten zwischen einer aktiven Therapie, deren Ziel es ist, die Lebenserwartung soweit wie möglich zu erweitern, auch wenn dies mit Schmerzen und Beschwerden einhergeht, ODER einer Komfort/Palliativbehandlung mit Bekämpfung der Schmerzen und Beschwerden, auch wenn dies beinhaltet, dass sie nicht so lange leben...

Resultate	Patienten die aktive Bhdl. wünschen	Falsche Vorstellungen der Ärzte was Patienten sich wünschen würden!
< 50 Jahre	61 %	36 %
50-59 J.	52 %	50 %
60-69 J.	44 %	61 %
70-79 J.	37 %	70 %
> 80 J.	27 %	79 %

Der Arzt hat im günstigsten Fall nur 33 % falsche Einschätzung und im hohen Alter bis zu 80 %!

### Wie möchten Patienten informiert werden?

Die Studie zeigt auch auf, dass eine große Mehrheit der Patienten (ca. 90 %) ihre Krankheit kennen möchte, soviel wie möglich Informationen erhalten möchte, ihre Gene-sungschancen kennen möchte, und über Nebenwirkungen der Behandlung informiert werden möchte. 60 % wünschen im Laufe der Erkrankung Informationen über Prognose und Entwicklung der Krankheit. Es gibt Unterschiede darin, zu welchen Momenten Patienten diese Informationen wünschen.

### Grenzen zur Information:

#### Die „Filter“ wie die Informationen aufgenommen werden, sind:

- der Kontext: Im Rahmen einer Konsultation, in der ständig das Telefon schellt....
- kognitiv: Die Aufmerksamkeit ist selektiv und zeitig begrenzt, die Verstehens-Fähigkeit des Patienten bei

komplexen und technischen Informationen ist begrenzt. Begriffe von Wahrscheinlichkeit und Risiko werden von den Wenigsten verstanden,

- emotional: emotionaler Zustand des Patienten: Angst, Depression, Hilflosigkeit, Erschöpfung...

in diesem Zustand können nur wenige Informationen aufgenommen und behalten werden. Daher ist später zu überprüfen was der Patient gehört und/oder verstanden hat.

Klar ist, je mehr Informationen gegeben werden, umso weniger werden behalten. Eine Studie bzgl. Information bei Transplantation zeigt, dass in der Regel von 9 Risiken, die der Arzt erwähnt hat, der Patient 4 wiederholen kann. Aber alle Patienten haben der Behandlung zugestimmt.

### Was hemmt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient?

- Zu frühe Informationen
- Zuviel Informationen
- Wenn in Hilflosigkeit die erste Reaktion beruhigen ist! Beruhigen verhindert, dass der Patient von dem spricht was ihn beschäftigt, weitere Fragen stellt...

Je weniger das Gespräch emotional geladen ist, umso weniger hemmende Strategien kommen zum Zuge. Denn Emotionen machen Angst und zwar unkontrollierbare Reaktionen auszulösen...

### Wie kann der Patient unterstützt werden?



- Eine Beziehung herstellen, bestätigen, „Ja es ist schwer ....“
- Dem Patienten das Gefühl vermitteln, dass er verstanden wird, eröffnet die Gespräche wie es ihm auch wirklich damit geht...

#### Hilfreiche Fragen:

- Wie geht es Ihnen?
- Wie fühlen Sie sich?
- Erklären Sie mir...
- Was denken Sie?
- Was genau fühlen Sie?
- Was verstehen Sie von der Situation? (wichtig zu klären, um nicht aus eigenem Bedürfnis zu handeln)
- Können Sie mir etwas mehr erzählen über das wie Sie sich fühlen?

#### Hilfreiche Haltungen:

- Zuhören
- Aussprache erleichtern
- Sich empathisch zeigen

- Das Verhalten und die Aussagen des Patienten deuten können
- Die Realität in Erinnerung bringen
- Den Patienten mit seiner Ambivalenz konfrontieren

### Empfehlung für Gesprächsverlauf

- Empfangsphase: Begrüßung, Installation ...
- Vorbereitungsphase: Bewerten was Patient weiß und was er wissen will → Patienten auf Mitteilung vorbereiten
- Informationsphase: Diagnose in klaren Begriffen mitteilen
- Phase der Verwaltung des Gespräches: Emotionale Unterstützung → erklären und informieren → Verständnis bewerten → Hilflosigkeit, Verzweiflung bewerten → wieder zu Beginn Zyklus...emotionale Unterstützung...
- Phase des Gesprächsabschlusses: Alles gut verstanden? ...

### Empfehlungen zu Ausbildungen

#### Um sich in der Gesprächsstrategie zu verbessern, bedarf es der Ausbildung:

- Zentriert auf die Teilnehmer: kleine Gruppen, maximum 7 Personen (3 Personen noch besser)
- Persönliches Feedback
- Rollenspiele mit sofortigem Feedback
- Zentriert auf klinische Praxis: Fallbesprechungen
- Unterstützung bei Anwendung von neuen erworbenen Kompetenzen
- Dauer: mindestens 20 Stunden

Eine Studie zur Auswirkung dieser Ausbildung zeigt, dass nur diejenigen, die auch den praktischen Übungen in den Ateliers gefolgt

sind, besser geworden sind in der Kommunikation mit dem Patienten. Bei einem Gespräch zur Mitteilung einer schlechten Nachricht hat sich die Zeit der „Vorbereitungsphase“ im Vergleich von nicht ausgebildeten Ärzten, von 2 auf 4 Minuten verdoppelt. Ausgebildete Ärzte werden kompetenter in der Kommunikation. Sie können die Not beim Patienten besser erkennen.

#### Die großen Herausforderungen für die Kommunikation sind:

- Die Mitteilung schlechter Neuigkeiten (von der Diagnose sprechen)
- Die Unsicherheit ansprechen und die Hoffnung unterstützen
- In Beziehung mit der Familie treten
- In pluridisziplinärem Team arbeiten

Auch bestätigt sich, dass der Arzt immer zwei Gespräche mit dem Patienten vorsehen soll. Das Erstgespräch und ein Folgegespräch. Am Ende des Vortrages weist die Rednerin noch auf eine Veröffentlichung hin, an der sie mitgearbeitet hat und die auf der Homepage des föderalen Gesundheitsministeriums herunterladbar ist: „Le processus d'annonce d'un diagnostic, description des pratiques innovantes et recommandations“.<sup>2</sup>

#### Die Kommunikation des Professionellen der Gesundheitspflege mit den Nahestehenden des Patienten

Walter Rombouts, Psychologe der Palliativeinheit des UZ Leuven, legte in seinem Referat den Schwerpunkt auf die Kommunikation mit der Familie, Nahestehenden und Entwicklungen in diesem Bereich. Er gratulierte den

Personen, die durch das Gesetz vor 15 Jahren den Wechsel in der Sichtweise in Gang gesetzt haben. Heute arbeitet kaum noch ein „Praktiker“ alleine, auch der Patient lebt nicht alleine! Wieso spricht man heute wieder davon, ob und wie der Patient und seine Familie einbezogen werden sollen...?

#### Es gibt heute wieder neue Herausforderungen:

Als Beispiel zitiert er, dass in Flandern die Zwangsaufnahmen in Psychiatrien nur durch Richter beschlossen werden dürfen, und dass diese in den letzten Jahren um 37 % angestiegen sind... Obwohl das Ziel der Gesetzgebung war, es sollten weniger werden. Unsere Gesellschaft wird mehr und mehr juristisch organisiert. Gesetze, und somit die Juristen bevorzugen gewisse Sichtweisen, u.a. den Aspekt Sicherheit. Die amtliche Regelung des Zusammenlebens hat sicher positive Seiten, aber es gibt auch Engpässe. Dies trifft auch für das Gesetz „Rechte der Patienten“ zu. Aber was bedeutet dieser Geisteswechsel für das Gesundheitssystem? Für Rombouts ist dies auch bedenklich.

In der Praxis ist der Arzt konfrontiert mit Fragen der Familie, z. Bsp. die alte Mutter nicht über die Diagnose zu informieren. Von Eltern, die über den Zustand ihres 32-jährigen, selbständig lebenden Sohnes, der in der Psychiatrie-Tagesklinik behandelt wird, informiert werden möchten... Orientiert sich der Arzt an die juristischen Aspekte der Frage? Oder sucht er eher mehr Kommunikation, und versucht den Kontext zu verstehen, und hält sich nicht (nur) strikt an den Gesetzesrahmen? Den

Weg der Kommunikation nutzen, beinhaltet nachfragen, weshalb haben sie diesen Standpunkt? Pflege ist systemisch – die Familie hat auch Pflege nötig. Die „Vertreter“ des Patienten sollen darauf hingewiesen werden, dass sie wirklich danach suchen sollten, was der Patient gewollt hätte. Mit Hinweis auf die Euthanasiegesetzgebung erwähnt Rombouts, dass das Gesetz nicht verlangt, dass die Familie mit einbezogen wird. Andererseits hat jeder Verstorbene „7 Hinterbliebene“. Die Trauerbegleitung stellt fest, dass der Nichteinbezug der Familie bei Euthanasie Probleme stellt. Die vorherige Planung von Eingriffen ist wichtig, um deren Konsequenzen mittragen zu können. Wenn der Arzt sich hinter die juristischen Regeln zurückzieht – und die Familie nicht ausreichend mit einbezieht, ist dies (meistens) nicht gut für den Patienten und das System Familie. In Holland, in der Onkologie, kann man sich nicht vorstellen, die Familie nicht einzubeziehen. Beim Diagnosegespräch wird immer gefragt: „Wen möchten sie dabei haben?“

Als anderes Beispiel führt Rombouts an, dass auch andere Professionelle Fragen stellen können. Zum Beispiel kann ein Psychologe den Arzt fragen: „Können Sie mir helfen zu verstehen, weshalb sie noch Chemotherapie bei diesem Patienten verordnen? Wenn die Antwort lautet: Weil man sie fragt..., kann der Psychologe antworten: ok, dann geben sie mir Ihre Autoschlüssel. Weshalb? Weil ich es frage... Laut Rombouts hat der Patient die Rolle des Co-Piloten, nicht des Piloten. Für

die Zukunft erhofft sich Rombouts, dass der „gute Geist“ des Gesetzes zur Anwendung kommt, durch mehr Einbeziehen des Patienten und seiner Familie, Nahestehenden. Dass es zu mehr gemeinsamen Überlegen und auch den dazu notwendigen „Mitteln“ kommt. Rombouts sieht noch Herausforderungen, wenn es darum geht, unterschiedliche Wertvorstellungen zwischen „Autonomie des Patienten“ und den Werten in anderen Kulturen und Religionen, in Einklang zu bringen.

#### **Er wünscht den Praktikern im Gesundheitssystem:**

- Freude an der Komplexität von Begleitung in der Pflege
- Mut und Freude an einer guten Zusammenarbeit im Pflorgeteam
- Konzentration auf das echte Zuhören bei Bedenken und Erfahrungen, wodurch viele juristische Konflikte vermieden werden können.

#### **Förderung der Handlungsmacht des Patienten (Developpement du Pouvoir d'Agir - DPA)**

Fabienne Defert, Sozialassistentin und diplomierte Fachfrau in Kommunikation und Pflegebeziehungen, hielt einen interessanten Vortrag zum Thema: „Wie den Patienten stärken selbst Akteur zu sein“. Dabei berief sie sich immer wieder auf Ihre Studien an der Universität Laval in Québec, und dem bekannten Professor Yann le Bossé, der die Grundideen im Buch „Soutenir sans prescrire“ veröffentlicht hat. Wie können Änderungen im Verhalten, in Haltungen erreicht und unterstützt werden?



#### **Fundamente der DPA sind:**

- Wählen
- Entscheiden
- Handeln und sich in Bewegung setzen für seine Gesundheit, d.h. Subjekt – Akteur werden.

Aber wie dem Patienten helfen sich in Bewegung zu setzen?

#### **Schlüsselemente der DPA für die Personen sind:**

- die individuelle oder kollektive Beteiligung fördern: sich mitteilen können, seine Geschichte erzählen können
- Die Person an der Definition ihrer Probleme und deren Lösungen beteiligen

#### **Für die Professionellen:**

- seine Haltung als Experte verlassen und den anderen begleiten wie einen Führer zur Gesundheit - aber auch die Gesamtsituation im Blick haben, den Kontext berücksichtigen
- unterstützen ohne vorzuschreiben
- statt die gefragten Antworten zu geben, will die DPA Fragen öffnen durch Reflexion, Bewusstmachen, zum Handeln begleiten.

Wie das Unterstützen geschehen kann, dazu greift Yann le Bossé in die Gärtnerkiste: „die Rahmenbedingungen schaffen, dass die Blumen blühen können, jedoch nicht an ihnen ziehen, um sie schneller wachsen zu lassen...“

Abgerundet wurde die Tagung durch einen Vortrag über den Mediationsdienst der Krankenhäuser. Darin wurde sichtbar, dass ein Großteil der Klagen bedingt ist durch „Kommunikations- und Beziehungsprobleme“ zwischen Patient und Praktiker. Es wird oft zu wenig, zu schnell kommuniziert. Hier ließe sich durch Ausbildung

einiges verbessern. Der wichtigste Aspekt ist jedoch die Vertrauensbasis zwischen Patienten und Arzt. Die Redner verweisen auf ein Gutachten der föderalen Kommission „Patientenrechte“ vom 19.05.2017: Die Mediationsfunktion – zu mehr Professionalisierung- Statut und Vereinheitlichung der Praktiken, im Interesse der Pflegequalität.<sup>3</sup>

Es war ein interessanter Fortbildungstag, der das Gesetz über „die Rechte der Patienten“ mit dem Berufsalltag in Verbindung gebracht hat und auch die aktuelle Sichtweise der Gesundheitsministerin Maggie De Block, über die Beziehungen

zwischen Praktiker und Patient und der Rolle des Patienten darin, nochmals verdeutlicht hat.

<sup>1</sup> [www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/patientenrechten\\_folder\\_fr\\_internet.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/patientenrechten_folder_fr_internet.pdf)

<sup>2</sup> [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/processusannoncediagnostic.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/processusannoncediagnostic.pdf)

<sup>3</sup> [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2017.05.19\\_avis\\_fonction\\_de\\_mediation\\_prevue\\_dans\\_la\\_loi\\_relative\\_aux\\_droits\\_du\\_patient\\_2.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2017.05.19_avis_fonction_de_mediation_prevue_dans_la_loi_relative_aux_droits_du_patient_2.pdf)



**Downloaden auch Sie die praktische APP mit allen Vorteilen Ihres Kontos, immer und überall griffbereit.**

**KBC Mobile. Immer dabei.**

Wollen Sie wissen warum?  
Probieren Sie es selbst unter  
[kbc.be/mobile](http://kbc.be/mobile)

**KBC**  
Mobile

**KBC**

# Dr. Lenny Maietta in den USA verstorben

**Die Kinaesthetics-Begründerin Dr. Lenny Maietta, ist am 31. Januar 2018 in Santa Fe (USA) im Alter von 68 Jahren gestorben.**

Sie hatte 1977 gemeinsam mit Dr. Frank W. Hatch das, in den hiesigen Einrichtungen bekannte, Lebenswerk Kinaesthetics® gegründet, eine Lehre der menschlichen Bewegung zur Gesundheitsentwicklung, die auch in der Altenpflege eine wesentliche Rolle spielt.

Maietta ist nach jahrelanger Erkrankung im Kreise ihrer Familie gestorben.

Sie promovierte 1987 in Verhaltenskybernetik und Klinischer Psychologie, von 1987 bis 2005 widmeten Maietta und Hatch sich dem Aufbau und der Weiterentwicklung von Kinaesthetics in Europa. 2006 wurde das Lebenswerk „Maietta-Hatch Kinaesthetics-The Original“ genannt.

Die KPVDB hatte die Ehre, Lenny Maietta und ihren Mann Dr. F. Hatch im Mai 2017 anlässlich der organisierten Fachtagung zu empfangen. Keiner konnte zu dem Zeitpunkt wissen, dass es die letzte in Europa sein würde.

Wir werden diese bewundernswerte, dynamische Frau in sehr guter Erinnerung behalten.



## Ohne Hygiene geht es nicht!

Karin Bunte-Schönberger | Christiane Reichardt | Patricia van der Linden

### 100 Fragen zur hygienischen Händedesinfektion

2., aktualisierte Auflage

Kompaktes  
Fachwissen für  
Pflegerkräfte



- Die wichtigsten Fragen rund um die Händedesinfektion – auf Basis neuer wissenschaftlicher Hygienestandards kompakt beantwortet
- Ideal für Unterricht, Weiterbildung und tägliche Praxis
- Von den Hygienefachkräften und Medizinern der „AKTION Saubere Hände“

80 Seiten, kartoniert  
ISBN 978-3-89993-813-5  
€ 11,95 [D]



BRIGITTE KUNZ  
VERLAG

**schlütersche**  
... macht Pflege leichter.

Bitte bestellen Sie in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.

Fax: +49 511 8550-2408, Tel.: +49 511 8550-2538

E-Mail: buchvertrieb@schluetersche.de, www.buecher.schluetersche.de

# 100 Tipps für die erfolgreiche Pflegekraft

SANDRA MASEMANN, BARBARA MESSER

Der Alltag in der Pflege ist voller Probleme: Angehörige nörgeln, Kollegen tratschen, statt individuell zu pflegen hetzt man im Sekundentakt durch die Flure. An ihre eigene Gesundheit denkt da kaum noch eine Pflegekraft. Das ändert sich mit diesem Buch!

Es ist der ideale Ratgeber für alle Pflegekräfte, die immer schon gewusst haben, dass sich viele Probleme lösen lassen. Gleich 100 gute Lösungen bietet dieser Ratgeber für die ganz alltäglichen Krisen am Arbeitsplatz. Anfänger und Praktiker mit vielen Jahren Erfahrung finden hier praktische Tipps für ihren Berufsalltag. Ein Buch zum Aufatmen, Innehalten und Nachmachen. Es ist einfacher, als man denkt.

## Tipp 8: Binden Sie Angehörige ein

Sie als Pflegekraft wissen genau, was, wie und wann in der Pflege zu tun ist. Aber holen Sie auch die Angehörigen an Bord, um Konflikte zu vermeiden: Erklären Sie ihnen Ihre Einschätzungen und Entscheidungen. Ob sie nun jeden Tag, jeden Sonntag oder einmal im Monat zu Besuch kommen: Die Angehörigen – oder neutraler gesagt: die primären Bezugspersonen – sind oft der Lebensmittelpunkt des Klienten.

Ohne diese Beziehung würde das Leben Ihres Bewohners verkümmern, sie bedeutet Zugehörigkeit, Liebe und Vertrautheit. Diese vielfältige und individuelle Beziehung bestand schon vor der Pflegebedürftigkeit. Sie zu stärken und zu unterstützen, ist eine

Ihrer primären Pflegeaufgaben – genau so, wie Sie eine Pflanze regelmäßig gießen müssen. Der Schlüssel zum Erfolg liegt darin, die Angehörigen von Anfang an in den Pflegeprozess einzubeziehen – vorausgesetzt, der Klient wünscht dies ebenso.

## Das Zauberwort heißt Transparenz

Geben Sie Einblick in Ihre Entscheidungen und Ihre Beurteilung der Lage. Sorgen Sie für Durchblick. Das heißt konkret:

- Sprechen Sie mit den Angehörigen über die Möglichkeiten und Grenzen Ihrer Arbeit, beraten und informieren Sie.
- Fragen Sie nach Wünschen oder Erwartungen und gehen Sie auf diese, wenn möglich, ein.
- Holen Sie Informationen zum (gemeinsamen) Leben vor der Pflegebedürftigkeit ein.
- Zeigen Sie Ihren Respekt vor der Beziehung zwischen Klient und Angehörigen.
- Bieten Sie bei Konflikten Ihre professionelle Unterstützung an.
- Regen Sie Angehörige an, Pflegeaufgaben zu übernehmen.
- Berücksichtigen Sie den Aspekt der sozialen Beziehungen in der Pflegeplanung.

## Dokumentieren Sie Angehörigen-Gespräche

Einblick geben und Angehörige beteiligen – dies ist der entscheidende Punkt bei der Pflegeplanung. Das funktioniert, wenn Sie als verantwortliche Pflegefachkraft (oder sogar Bezugspflegekraft):

- sehr gut über die konkrete Situation informiert sind
- sich auf ein gemeinsames Gespräch mit dem Klienten und dem Angehörigen vorbereiten
- Ihre Einschätzungen und Vorschläge weitergeben, wobei Sie gut daran tun, das Auffassungsvermögen von Klient und Angehörigen berücksichtigen.
- sich auf das Wichtigste konzentrieren
- bestimmte Aspekte der Pflegeplanung, wie die Kommunikationsfähigkeit, die Orientierung, die Sexualität, das Essen und Trinken, die Beschäftigung in den Mittelpunkt stellen
- erklären, was Sie für richtig halten, nach Wünschen fragen, Informationen nutzen und sich mit Klient und Angehörigem absprechen. All das halten Sie dann schriftlich in der Pflegeplanung fest.

## Tipp 9: So beruhigen Sie wütende Angehörige

Seien wir ehrlich: Die liebe Tochter oder der liebe Sohn kann uns gelegentlich auf die Nerven gehen. Doch wer ihre Motive kennt, kann leicht de-eskalieren. Sonntag, nachmittags um fünfzehn Uhr: Frau Möllers Tochter ist zu Besuch und die Stimmung ist mies: „Wo ist denn die ganze Wäsche von meiner Mutter? Ich wollte ihr gerade etwas Frisches anziehen und finde nichts im Kleiderschrank.“

Sie als Pflegekraft schlucken. Was denken Sie? Vielleicht dieses: Frau Möllers Tochter...

- vertraut uns nicht
- glaubt, dass bei uns Wäsche „verschwindet“

- denkt, wir kümmern uns nicht gut um ihre Mutter
- kommt immer nur zu Besuch, um zu meckern
- versteht einfach nicht, warum wir die Kleidung ihrer Mutter anderswo aufbewahren
- sollte endlich akzeptieren, dass ihre Mutter die Kleidung in Tüten unter dem Bett verstaut.

### Was den Angehörigen durch den Kopf geht

Fazit: Heftige Vorwürfe und ebenso gereizte Reaktionen. Sie könnten aber auch ganz anders denken! Schauen Sie mal hinter die Kulissen, hinter die zur Schau gestellten Vorwürfe. Versuchen Sie es mal so: Frau Möllers Tochter...

- hat ein schlechtes Gewissen, dass sie ihre Mutter ins Heim gegeben hat, weil sie selbst nicht mit ihr zu-rechtkommt
- möchte ihrer Mutter etwas Gutes tun, findet jetzt die Blusen nicht und schämt sich ihrer Mutter gegenüber
- findet es peinlich, wenn ihre Mutter mit einer dreckigen Bluse am Tisch sitzt. Vor allem wenn ihre Nachbarin, deren Vater im selben Heim wohnt, das sieht
- fühlt sich hilflos, weil sie nicht weiß, wie sie sich für die Bedürfnisse ihrer Mutter einsetzen kann
- möchte uns Arbeit abnehmen, weil sie weiß, wie viel wir zu tun haben
- möchte ihrer Mutter Zuwendung geben, mit ihr körperlich in Kontakt treten, ihr zeigen: „Mama, ich hab dich lieb“
- kann nicht akzeptieren, dass ihre Mutter dement ist und Verhaltensweisen

zeigt, für die sie keine Erklärung hat. Sie ignoriert die Tüte unter dem Bett

- möchte Ihnen zeigen, dass sie sich verantwortungsvoll um ihre Mutter kümmert.

### Typisch für die Angehörigen: das schlechte Gewissen

Oft sind die Angehörigen also nach außen hin hart, während sie innen verletzlich sind. Nahezu alle Angehörigen haben ein schlechtes Gewissen und sind damit beschäftigt, das auf die eine oder andere Weise zu kompensieren. Lassen Sie sich also nicht auf die Anklagebank setzen. Wie sollten Sie stattdessen reagieren?

### Zeigen Sie Gefühl und Empathie

Unterstellen Sie den Angehörigen eine gute Absicht und geben Sie ihnen freundliche Anregungen, wie sie ihr Familienmitglied aktiv unterstützen können. „Sie schaut so gern in den Garten. Vielleicht bringen Sie ihr mal ein Gartenbuch mit und schauen es sich gemeinsam an?“ Zeigen Sie Gefühle und sagen Sie den Angehörigen: „Ich mag ihre Mutter und sie ist bei uns sehr gut aufgehoben.“ Lassen Sie die Angehörigen wissen, wie sehr sich Ihre Klientin auf deren Besuch freut. Gestehen Sie ein, dass auch Sie manchmal nicht weiterwissen und fragen Sie die Angehörigen um Rat. Haben Sie ein offenes Ohr für die Sorgen der Angehörigen und seien Sie auch selbst offen: „Frau Möller, wie geht es Ihnen damit, dass Ihre Mutter bei uns ist? Können wir etwas tun, damit es Ihnen leichter fällt, die neue Lebenssituation anzunehmen?“



**100 Tipps für die erfolgreiche Pflegekraft**  
(2009, 124 Seiten, Gewicht: 174 gr., 210 mm x 148 mm, Paperback, ISBN: 978-3-89993-482-3)

# Frauengesundheit und Gewalt

WENN DER FREUND ZUM FEIND WIRD

TEXT: CLAUDIA ZBINDEN, MADELEINE BERNET / FOTOS: FOTOLIA



Erlebte Gewalt durch den Intimpartner kann für die betroffenen Frauen vielfältige physische und psychische Verletzungen zur Folge haben. Wichtig ist, dass Gesundheitsfachpersonen Patientinnen mit entsprechenden Symptomen sensibel darauf ansprechen und in einer ungestörten Gesprächsatmosphäre weiterführende Informationen und Unterstützung anbieten.

Gewalt durch Intimpartner ist ein weltweites Problem und kommt unabhängig von sozioökonomischen Lebensstandards, Religion und Kultur in jeder Gesellschaftsschicht vor. In der Schweiz ist in etwa jede zehnte Frau davon betroffen (Killias, Simolin & De Puy, 2004) und die Thematik fällt unter den Begriff häusliche Gewalt (Eidgenössisches Büro für Gleichstellung von Frau und Mann [EBG], 2017). Obwohl auch Frauen gewalttätig sein können und Gewalt in gleichgeschlechtlichen Beziehungen ebenfalls vorkommt, sind die Täter überwiegend männlich und die Opfer weiblich. Für Männer ist es, im Gegensatz zu Frauen, deutlich wahrscheinlicher, Gewalt durch eine unbekannte Person zu erfahren als

durch jemand Nahestehendes. Gewalt durch frühere oder aktuelle Intimpartner beinhaltet physischen, sexuellen und emotionalen Missbrauch sowie kontrollierendes Verhalten.

## Beispiele für solches Verhalten sind:

- **Physisch:** Schlagen, ohrfeigen, beißen, kratzen
- **Sexuell:** Geschlechtsverkehr oder andere sexuelle Handlungen erzwingen, Verhütung sabotieren/verhindern.
- **Emotional:** Beleidigungen, konstante Erniedrigung und Herabsetzung, Einschüchterungen, Drohungen
- **Kontrollierendes Verhalten:** Isolierung von Angehörigen und Freunden, Überwachung und Beschränkung des Zugangs zu finanziellen Ressourcen, Arbeitsmarkt, Bildung und medizinischer Versorgung (World Health Organization, 2012).

## Mögliche Risikofaktoren

Es zeigt sich, dass vor allem Patientinnen, die medizinische Betreuung im Bereich der Gynäkologie und

Geburtshilfe in Anspruch nehmen, überdurchschnittlich häufig von Gewalterlebnissen durch Intimpartner betroffen sind. Die Wahrscheinlichkeit eines gynäkologischen Leidens ist bei misshandelten Frauen um ein Vielfaches höher als bei Frauen ohne Gewalterfahrung (Schleicher, 2010). Interessanterweise sind Pflegefachfrauen (trotz Fachwissen) nicht weniger prädestiniert, Gewalt durch Intimpartner zu erfahren, als die restliche weibliche Bevölkerung (siehe Abbildung über mögliche Risikofaktoren, S. 23).

## Folgen von erlebter Gewalt

Die negativen Auswirkungen von erlebter Gewalt halten oft Jahre nach Beendigung der Ereignisse an. Betroffene Frauen haben deswegen ein höheres Risiko psychisch zu erkranken. Auch der Konsum von Substanzen wie Alkohol, Zigaretten oder anderen Drogen kommt häufiger vor. Des Weiteren sind Betroffene anfälliger für gynäkologische Beschwerden (u. a. Probleme bezüglich der Ausscheidung, Schmerzen im Beckenbereich, Geschlechtskrankheiten usw.). Ebenfalls kann die reproduktive Gesundheit der Frauen betroffen sein. Es kommt häufiger zu ungeplanten Schwangerschaften, Fehlgeburten oder Abtreibungen. Es wäre jedoch ein Trugschluss zu glauben, dass sich betroffene Frauen weniger um die Verhütung kümmern. Im Gegenteil, im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen suchen sie sogar häufiger Beratungsstellen im Bereich der Verhütung auf. Meistens scheitert die Umsetzung am Partner oder an fehlenden finanziellen Mitteln. Die

negativen Auswirkungen zeigen sich auch während einer Schwangerschaft. Gewalt durch den Intimpartner kann mit einer unzureichenden vorgeburtlichen Versorgung des Ungeborenen, oder mit zu hohem Blutdruck bei der werdenden Mutter einhergehen. Zudem kommt es bei betroffenen Frauen häufiger zu Tot- oder Frühgeburten und Neugeborene sind vermehrt untergewichtig. Die negativen Erfahrungen können sich ferner auf die Erziehung auswirken: Mütterliche Misshandlung am eigenen Kind und elterlicher Stress sind bei betroffenen Frauen erhöht.

In den USA ist Gewalt durch den Intimpartner nach wie vor eine der Hauptursachen für traumatische Verletzungen und Todesfälle bei schwangeren Frauen. Suizid als Ursache steht an zweiter Stelle (Alhusen, Frohmann & Purcell, 2015). In der Schweiz wird rund ein Drittel der versuchten oder vollendeten Tötungsdelikte durch den Intimpartner begangen, wobei rund 20 Frauen pro Jahr dadurch ihr Leben verlieren. Die meisten solcher Taten finden während der Trennungsphase statt (EBG, 2017). Gewalt durch den Intimpartner hat auch Folgen für die Gesellschaft. Insbesondere im ökonomischen Bereich ist die Thematik spürbar. So nehmen Betroffene öfter das Gesundheitswesen in Anspruch und weisen höhere Gesundheitskosten auf. Dieser Unterschied bleibt bis fünf Jahre nach Ende der Gewaltausübung bestehen.

## Betroffene Frauen erkennen

«Was wir wissen, ist ein Tropfen; was wir nicht wissen, ein Ozean», schrieb

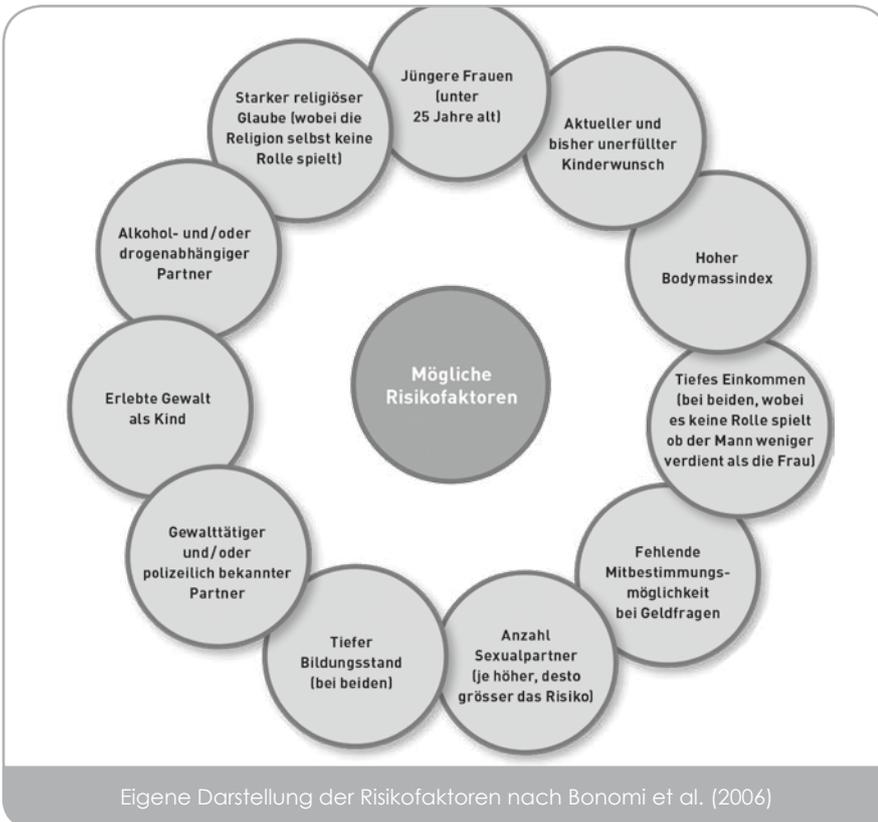
der Mathematiker und Physiker Isaac Newton. Das gilt auch für das Thema Gewalt im Bereich der Frauengesundheit. Wissenschaftlich belegt ist, dass erlebte Gewalt für Betroffene oftmals mit folgenschweren Auswirkungen verbunden ist. Patientinnen sprechen selten von sich aus mit Fachpersonen oder anderen Vertrauenspersonen über Gewalt, die sie durch Intimpartner erleben. Dies liegt unter anderem daran, dass manche Frauen nicht erkennen, dass sie Opfer sind, manchmal haben sie aber auch einfach Angst, ein Eingeständnis könne mit einer polizeilichen Anzeige einhergehen. Letzteres kann dazu führen, dass Frauen auch auf direkte Nachfrage ihre Erfahrungen verleugnen. Doch auch das medizinische Fachpersonal spricht Patientinnen nur selten direkt auf Gewaltereignisse durch Intimpartner an. In der Literatur werden folgenden Gründe dafür genannt: Zeitmangel, unzureichendes Fachwissen, mangelnde Privatsphäre sowie wenig Möglichkeiten, die Patientin zu unterstützen. Zudem wird die Thematik von Fachpersonen als stark emotional und belastend beschrieben (MacGregor et al., 2014). Aus der Literatur ist jedoch bekannt, dass betroffene Frauen oft Erleichterung verspüren, wenn sie sensibel zum Thema Gewalt befragt werden. Das Benennen und Anerkennen ihrer Verletzungen und /oder Beschwerden entlastet sie. Deshalb ist es von Seiten des medizinischen Personals im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen besonders wichtig, wiederholt Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Das Spital ist nebst der Polizei die häufigste Anlaufstelle für betroffene Frauen.

## Mögliche Beschwerdebilder

Die Leitlinie «Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen» von Schleicher (2010) beschreibt folgende mögliche Beschwerdebilder bei Frauen mit Gewalterfahrung: Schmerzen bei der vaginalen Untersuchung, diverse Verletzungen im Brust- oder Genitalbereich, diffuse Unterleibs- und Bauchbeschwerden ohne organische Ursachen, vaginale Entzündungen, starke Blutungen, Zyklusstörungen oder sexuelle Probleme inkl. Infertilität. Deshalb ist bei folgenden Merkmalen immer ein möglicher Gewaltzusammenhang in Erwägung zu ziehen: Komplikationen während der Schwangerschaft, Früh-, Fehl- oder Totgeburten, Blutungen im ersten und zweiten Trimester der Schwangerschaft, geringes Geburtsgewicht des Säuglings, Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft und verspätete oder gar keine Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchung.

## Heikle Situationen – wie ansprechen?

Grundsätzlich erfordert es viel Mut, eine Patientin auf mögliche Gewaltereignisse anzusprechen. Das Signalisieren von Verständnis, Wertschätzung und Geduld den Frauen gegenüber ist dabei relevant. Vom richtigen Ansprechen und der Gesprächsführung sowie einer ungestörten Gesprächsatmosphäre ist es abhängig, ob die betroffene Frau sich öffnet und ein vertrauensvolles Gespräch entsteht. Der Schutz der Privatsphäre und die sichere Aufbewahrung der gegebene-



nen Informationen sind dabei wichtige Aspekte für die Frauen. Es ist deshalb dringend erforderlich, eine sichere Gesprächssituation zu schaffen. Als räumliche Alternativen zum Patientenzimmer bieten sich beispielsweise der Röntgenraum oder das Labor an, wo die Pflegefachperson alleine und ungestört mit der betroffenen Frau sprechen kann. Es empfiehlt sich, mit eher allgemeinen Aussagen und Fragen das Gespräch zu beginnen. Zwei Beispiele hierfür sind: «Viele Frauen erleben Gewalt von einer nahestehenden Person. War das bei Ihnen auch schon einmal der Fall?» oder «Ihre Beschwerden können Ausdruck von Belastungen sein. Viele Frauen erleiden körperliche, seelische und sexuelle Verletzungen, die auch ihre Gesundheit beeinträchtigen. Ist das bei Ihnen möglicherweise

auch der Fall?» (Schleicher, 2010). Ein Leitfaden für medizinisches Personal kann als gutes Hilfsmittel für solche Gespräche eingesetzt werden. Solche Dokumente finden sich beispielsweise auf den Homepages [www.pom.be.ch](http://www.pom.be.ch) oder [www.gewaltinfo.at](http://www.gewaltinfo.at)

### Über Hilfsangebote informieren

Zudem ist es wichtig, betroffene Frauen über weiterführende Hilfsangebote in ihrer Region zu informieren. Denn oftmals fehlt den Frauen und Mädchen ein stabiles Netzwerk, und der Zugang zu relevanten Informationen bleibt ihnen verwehrt. Das kann dazu führen, dass sie weder ihre Rechte noch Unterstützungsangebote kennen. Auch ausgelegtes Informationsmaterial, zum

Beispiel im Wartezimmer, vermittelt Offenheit für die Thematik (Schleicher, 2010). Um die negativen Auswirkungen von Gewalt durch den Intimpartner zu verringern, braucht es in Anlehnung an Isaac Newton also nicht einen Ozean an Massnahmen. Bereits tropfenweise eingesetzte gezielte Interventionen können helfen, betroffene Frauen zu erkennen und zu unterstützen.

Literaturverzeichnis: Alhusen, J., Frohmann, N., & Purcell, G. (2015). Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Archives of Womens Mental Health*, 18(4), 573-578. doi:10.1007/s00737-015-0515-2. Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. <http://doi:10.1016/j.amepre.2006.01.015>. Eidgenössisches Büro für Gleichstellung von Frau und Mann EBGM. (2017). Informationsblatt 9 Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz. Abgerufen von [http://www.ex-pression.ch/data/web/ex-pression.ch/uploads//pdf/allemand/09zahlenschweizjuni2015\\_d.pdf](http://www.ex-pression.ch/data/web/ex-pression.ch/uploads//pdf/allemand/09zahlenschweizjuni2015_d.pdf) Killias, M., Simonin, M., & De Puy, J. (2004). Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan: Results of the international Violence against Women Survey (IVAWS). Bern: Stämpfli. MacGregor, J. C., Wathen, N., Kothari, A., Hundal, P. K., & Naimi, A. (2014). Strategies to promote uptake and use of intimate partner violence and child maltreatment knowledge: an integrative review. *BMC Public Health*, 14(862), 1471-1482. doi:10.1186/1471-2458-14-862 Schleicher, B. (2010). *Gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen - Ein Leitfaden für Krankenhaus und medizinische Praxis*. Wien: Bundesministeriums

für Wirtschaft, Familie und Jugend. World Health Organization. (2012). *Understanding and Addressing Violence against Women: Intimate Partner Violence*. Abgerufen von [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

Die ausführliche Literaturliste ist in der digitalen Ausgabe ([www.sbk-asi.ch/app](http://www.sbk-asi.ch/app)) verfügbar oder erhältlich bei: [claudia.zbinden@lindenhofgruppe.ch](mailto:claudia.zbinden@lindenhofgruppe.ch)



Es ist wichtig, betroffene Frauen über weiterführende Hilfs- und Unterstützungsangebote zu informieren.

#### Autorinnen:

Claudia Zbinden, BScN, Studierende MScN an der Berner Fachhochschule Gesundheit; Fachverantwortliche Pflege Abteilung B2 Engeried, Lindenhofgruppe. Kontakt: [claudia.zbinden@lindenhofgruppe.ch](mailto:claudia.zbinden@lindenhofgruppe.ch)

Madeleine Bernet, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für angewandte Forschung und Entwicklung, Disziplin Pflege, Fachhochschule Gesundheit Bern. Kontakt: [madeleine.bernet@bfh.ch](mailto:madeleine.bernet@bfh.ch)

Quelle: *Krankenpflege – Soins infirmiers – Cure infirmieristiche* 01/2018.

Wir danken für die Erlaubnis den Artikel abdruckten.

## GYNÄKOLOGISCHE PATIENTINNEN

### Vielfältige Formen von Gewalt

Im Rahmen des Transfermoduls in der Abteilung für angewandte Forschung und Entwicklung, Disziplin Pflege an der Berner Fachhochschule Gesundheit, hat sich Claudia Zbinden vertieft mit dem Thema Gewalt im Bereich der Frauengesundheit beschäftigt (Gynäkologie, Geburtshilfe). In der Literatur begegnete sie den folgenden drei Hauptthemen: Gewalt durch Patientinnen und deren Angehörigen gegenüber medizinischem Personal, Gewalt durch medizinisches Personal gegenüber Patientinnen und Gewalt durch den Intimpartner gegenüber den gynäkologischen Patientinnen. Im vorliegenden Artikel ist nur die Gewalt durch den Intimpartner detaillierter beschrieben.

## AFG FRAUENGESUNDHEIT

### Stark, fundiert, lebensnah

Die neu gegründete Akademische Fachgesellschaft Frauengesundheit (AFG Frauengesundheit) des Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) ist eine Vereinigung wissenschaftlich ausgebildeter Pflegefachpersonen und beschäftigt sich mit der ganzheitlichen Betreuung und Pflege von Frauen und deren Angehörigen in unterschiedlichen Lebens- und Krankheitsphasen, die sowohl physiologisch als auch pathophysiologisch begründet sein können. Die AFG Frauengesundheit befasst sich unter anderem mit der im Artikel beschriebenen Thematik. Weitere Informationen finden Sie unter der Homepage: [www.vfp-apsi.ch](http://www.vfp-apsi.ch)

Falls Sie eine wissenschaftliche Ausbildung (BScN, MScN) absolvieren oder absolviert haben und sich für Frauengesundheit interessieren, freuen wir uns, Sie als Mitglied begrüßen zu dürfen. Ihre Anmeldung und / oder Fragen nehmen wir gerne unter folgender E-Mailadresse entgegen: Madeleine Bernet oder Lotti Lauk [frauengesundheit@vfp-apsi.ch](mailto:frauengesundheit@vfp-apsi.ch)

# Was wünschen sich alte Menschen für das Sterben?

STEPHAN KOSTRZEWA



Stefan Kozrzewa

Was brauchen sterbende Menschen eigentlich? Bis in die 1990er Jahre hinein war nicht bekannt, welchen Bedarf sterbende alte Menschen und insbesondere alte Pflegeheimbewohner haben. Untersuchungen zeigen jedoch, dass das bekannte 5-Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross, was immer noch in vielen Pflegeausbildungen unterrichtet wird, uns hier nicht weiterhelfen kann.

Dass Menschen in jungen Jahren oder im mittleren Alter darüber erschrecken, wenn Sie eine infauste Prognose erhalten, ist nachvollziehbar. Das Sterben steht hier noch nicht an – es ist unzeitgemäß. Wenn hingegen ein alter Mensch erfährt, dass er bald sterben wird, löst das ebenfalls eine emotionale Reaktion in ihm aus. Allerdings ist dieser psychische Verarbeitungsprozess ein anderer als bei jungen Menschen. Hier zeigen uns neuere Erhebungen der Bedürfnisse sterbender alter Menschen, wie die Verarbeitung des Sterbens verläuft.

Hierdurch erhalten wir wichtige Informationen, die direkt in die Sterbegleitung und Palliativversorgung einfließen können.

## So reagieren alte Menschen, wenn sie um das nahe Sterben wissen

In den 1990er Jahren hat der Gerontologe Andreas Kruse eine Untersuchung mit alten Menschen, die wussten, dass sie bald sterben werden, durchgeführt. Im Rahmen der Untersuchung sind die sterbenden alten Menschen (60 – 85 Jahre alt) zwischen 3 und 6 Mal besucht und befragt worden. Aus dem Antwortverhalten der befragten Menschen hat Kruse 5 verschiedene Verarbeitungstypen, so genannte Verlaufsformen, herausgearbeitet. Diese zeigen auf, wie alte Menschen mit dem Wissen um den nahen Tod umgehen.

## 5 Verlaufsformen im Umgang mit dem Sterben bei alten Menschen (nach A. Kruse)

### Verlaufsform 1

Die befragten Personen konnten das nahe Sterben gut akzeptieren. Sie haben aber gleichzeitig auch geschaut, welche Möglichkeiten sich noch ergeben in der verbleibenden Zeit.

### Verlaufsform 2

Umso näher die befragten Menschen in dieser Personengruppe an das Sterben kamen, desto verbitter-

ter und resignierter wurden sie. Das restliche Leben wurde nur noch als Last empfunden und der nahe Tod bestimmte zunehmend das tägliche Erleben.

### Verlaufsform 3

Diese Personengruppe linderte ihre Todesängste dadurch, dass sie sich noch einen verbliebenen Lebenssinn suchten. Hier überwiegte die Einstellung, dass noch Aufgaben das noch verbleibende Leben erfüllen können.

### Verlaufsform 4

Das Verhalten dieser Personengruppe war dadurch gekennzeichnet, dass sie versuchten mit Ablenken und Verdrängen das Sterben nicht ins Bewusstsein treten zu lassen.

### Verlaufsform 5

Phasen von tiefer Depression zeichnete diese Personengruppe aus. Der nahe Tod wurde nicht akzeptiert, sondern eher hingenommen. Schon an diesen Ergebnissen kann erkannt werden, dass das Sterben bei alten Menschen eine andere Dynamik annimmt, als es z.B. Kübler-Ross bei jüngeren Interviewten erhoben hat.

Neben den einzelnen Verlaufsformen hat Kruse in seiner Untersuchung auch noch Rahmenbedingungen formuliert, die das Sterben wesentlich beeinflussen können. Anhand eben dieser Rahmenbedingungen gilt es nun zu überlegen, wie Bewohnern in der stationären Pflege das Sterben erleichtert werden kann.

## Rahmenbedingungen, die den Sterbeprozess beeinflussen (nach A. Kruse)

### Die soziale Integration

Im Sterben nicht isoliert zu sein wünschen sich alte Menschen. Das soll bedeuten, dass der Soziale Tod nicht vor dem körperlichen Versterben stattfinden soll.

### Aufgaben & Interessen zu haben

Alltäglichen Interessen und Aufgaben nachkommen zu können, kann die Auseinandersetzung mit dem nahen Sterben erleichtern. Hier haben Themen wie z.B. Fußball, Politik oder Klatsch die Funktion, dem Sterbenden Entlastung der Psyche zu verschaffen.

### Schmerzfreiheit

Erst wenn Ihr zu Pflegenden nicht mehr unter starken Symptomen leiden muss, kann er sich um die „inhaltlichen“ Dinge des Sterbens kümmern. Insbesondere der Schmerz hindert viele Sterbende daran, sich mit sozialen und spirituellen Fragen auseinanderzusetzen.

### Gute materielle Ressourcen und Wohnverhältnisse

Zuhause zu sterben ist der Wunsch der meisten Menschen. Denn das eigene Zuhause ist gekennzeichnet durch Vertrautes, Sicherheit und Intimität. Hier gilt es nun ein entsprechendes Ambiente zu schaffen, dass diesen Ansprüchen genügt.

### Positive Bewertung der Biographie

Steht ein positives Vorzeichen vor der Lebensbilanz, stirbt es sich leichter. Daher ist es wichtig, mit den neuen Bewohnern nicht nur eine Biographie anzulegen, sondern dabei behilflich zu sein, das gelebte Leben zu bilanzieren.

### Das wünschen sich Pflegeheimbewohner im Sterben

Ebenfalls in den 1990er Jahren ist eine Befragung bei Pflegeheimbewohnern z.B. in Düsseldorf durchgeführt worden, in der sie gefragt wurden, was sie sich für das Sterben wünschen. Neben konkreten Wünschen und Bedürfnissen hat die Befragung deutlich gemacht, dass Bewohner über das Thema „Sterben“ sprechen können und wollen.

### Bedürfnisse von Bewohnern für die Sterbebegleitung

- Bewohner wünschen sich eine gute Symptomkontrolle. Insbesondere ein langes Leiden wird gefürchtet.
- Familiäre und professionelle Kontakte sollen auf Abruf bereitstehen. Der Bewohner möchte selber entscheiden, wer ihn in der jeweiligen Situation unterstützen und begleiten soll.
- Gutes Wohnen wird auch in dieser Befragung mit dem Wunsch nach Intimsphäre verbunden.
- Eine gute soziale, pflegerische, medizinische und wenn gewünscht auch religiöse Betreuung wird von Ihren Bewohnern gewünscht.
- Wichtig ist es Ihren Bewohnern, dass sie im Sterben nicht von „irgend jemand“ begleitet werden. Ganz klar ist hier der Wunsch ge-

äußert, dass im Sterben vertraute Personen anwesend sein sollen.

- Trotz des Sterbens möchte Ihr Bewohner die Regie behalten. Seine Bedürfnisse und sein z.B. im Voraus verfügter Wille, sollen beachtet werden.
- Die eigentliche Sterbebegleitung muss nicht unbedingt kontinuierlich erfolgen. Es geht nicht darum, eine 24-stündige Betreuung zu organisieren. Sterbende benötigen immer wieder auch Freiräume, in denen sie sich allein mit dem Sterben beschäftigen können.

## 5 Tipps für eine bedürfnisgerechte Sterbebegleitung

Geht es nun darum, eine angemessene Palliativversorgung zu erarbeiten und anzubieten, müssen die oben dargestellten Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Daher lassen sich folgende Tipps an dieser Stelle ableiten: 5 Tipps zur praxisnahen Umsetzung der Bedürfnisse von sterbenden Bewohnern

### Tipp 1: Erfragen Sie Interessen des zu Pflegenden

Erheben Sie bei Heimeinzug die Interessen Ihrer zu Pflegenden. Scheuen Sie sich nicht auch im Sterbeprozess auf diese Interessen einzugehen. Bedenken Sie, dass es Ihren Bewohnern gut tun kann, wenn sie nicht immer mit dem Sterben konfrontiert sind. Binden Sie auch aktiv die Mitarbeiter der Sozialbetreuung dafür ein.

### Tipp 2: Erheben Sie, welche Personen dem zu Pflegenden wichtig sind

Da das Sterben ein sehr intimer Pro-

zess ist, sollte der Sterbende selber bestimmen können, welche vertraute Person ihn begleiten soll. Klären Sie daher ab, welche Personen sich Ihr Bewohner für die Sterbebegleitung vorstellen kann. Überdenken Sie den Einsatz von ehrenamtlichen Begleitern dahingehend, ob der Sterbende diese Person kennt.

**Tipp 3: Sorgen Sie für eine gute Symptomlinderung**

Erheben Sie regelmäßig das Wohlbefinden des Bewohners. Achten Sie insbesondere auf belastende Symptome, die es dann medizinisch und/oder pflegerisch zu beheben gilt. Insbesondere der Schmerz muss gezielt erfragt werden, da alte Menschen häufig der Meinung sind, dass der Schmerz zum Alter dazu gehört.

**Tipp 4: Erheben Sie, wie der Pflegebedürftige sein Leben bewertet**

Erfragen Sie im Rahmen Ihrer Biographiearbeit, wie Ihr Bewohner die einzelnen Lebensabschnitte, die er Ihnen schildert, bewertet. Erheben Sie behutsam, wie der zu Pflegenden sein gesamtes Leben einschätzt. Bieten Sie hier auch die Betreuung durch einen Seelsorger an.

**Tipp 5: Schaffen Sie eine Atmosphäre der Intimität**

Reduzieren Sie den Wechsel der Mitarbeiter auf ein Mindestmaß, wenn Ihr Bewohner im Sterben liegt. Sorgen Sie dafür, dass ausschließlich Personen ihn umgeben, zu denen er Vertrauen hat. Nutzen Sie hierfür auch die Inhalte des Fragebogens zur Erhebung der Bewohnerwünsche zum Sterben. Bereiten Sie Angehörige darauf vor, dass häufig Mitarbeiter zu Hauptbezugspersonen für den Bewohner werden. Hier kann es ansonsten schnell zu „Eifersüchteleien“ kommen.

**Autor: Stephan Kostrzewa**

- Exam. Altenpfleger
  - Dipl. Sozialwissenschaftler (Sozio-, Psycho- & Thanatologie)
  - Chefredakteur „Palliativpflege heute“
  - Studienleiter der Fernlehrgänge „Palliativbeauftragter“ & „Angehörigen-Beauftragter“
  - Fachbuchautor
  - Doktorand am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Essen
- Kontakt: st.kostrzewa@arcor.de

*Literatur:*

- Kübler-Ross, E.: *Interviews mit Sterbenden*, Gütersloher Verlagshaus, Stuttgart 1987.
- Kruse, A.: *Das letzte Lebensjahr*, Kohlhammer Stuttgart, 2006.
- Kostrzewa, S.: *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz*, 2. Aufl., Hans Huber, Bern 2010.



# Berufsinformationen

FACHKOMMISSION FÜR KRANKENPFLEGE NACH 3 JAHREN WIEDER EINGESETZT.  
J. FAGNOUL, KPVDB



F. Trufin mit dem Vorsitzenden  
M. van Bouwelen.

Per K.E. vom 22. Dezember 2017 (Staatsblatt vom 01/02/18), wurden endlich, nach 2 Jahren Leerlauf, die neuen Mitglieder der Fachkommission für Krankenpflege (Commission technique de l'art infirmier – CTAI (Siehe Rahmen)) bezeichnet. Somit kann die Arbeit nun wieder aufgenommen werden. Für die KPVDB sind François Trufin (effektives Mitglied) und Gery Vos (Ersatzmitglied) in der CTAI vertreten. Im neuen Gremium sind keine deutschsprachigen Ärzte vertreten. Die Einsetzung hat am Dienstag, den 20. Februar 2018 stattgefunden. Üblicherweise wird in diesem Gremium der Vorsitz am Tag der Einsetzung gewählt. Zum Vorsitzenden wurde Marc Van Bouwelen bezeichnet. Er hatte das Amt schon in der letzten Mandatszeit inne. Als Vize-Vorsitzer wird immer ein Arzt bestimmt. Es handelt sich um Doktor Vanopdenbosch aus Zwalm.

**Den neuen Mandatsträgern wurden die Schwerpunkte der nächsten Monate selbstverständlich schon bekannt gegeben.**

- Erweiterung der Tätigkeitsliste des Pflegehelfers oder Pflegeassistenten
- Liste der Tätigkeiten, die ein Zahnarzt einem Krankenpfleger delegieren kann
- Tätigkeitsliste des Rettungsanitäter.

Die Pflegefachkommission (CTAI) ist neben dem föderalen Krankenpflegerrat (CFAI) eines der wichtigsten Beratungsgremien der Krankenpflege für die föderale Gesundheitsministerin. Im koordinierten Gesetz vom 10. Mai 2015 über die Gesundheitspflegeberufe sind im Kapitel 4, Artikel 55 die Zusammensetzung, Organisation und Arbeitsweise sowie die Aufgabe bestimmt.

Die Fachkommission für Krankenpflege setzt sich jeweils zur Hälfte aus Ärzten und Krankenpflegern zusammen. Ihre Gutachten sind verbindlich! Aufgabe ist die Erstellung, Anpassung und Bearbeitung der Pflegeliste, d.h. der Fachtätigkeiten der Krankenpflege, der ärztlich anvertrauten Handlungen und der Fachlisten für Fachtitelträger.

## Einladung zum Studieninformationstag am 23. April 2018

[www.pthv.de](http://www.pthv.de)

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE  
HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte  
Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft  
Pflegerwissenschaftliche Fakultät



- Bachelor Pflegeexpertise (B.Sc.)<sup>a, b</sup>
- Master Pflegewissenschaft (M.Sc.)<sup>a, b</sup>
- Lehramt Pflege (B.Ed. & M.Ed.)<sup>a</sup>
- Promotion (Dr. rer. cur.)<sup>b</sup>
- Habilitation

a akkreditiert  
b berufsbegleitend

Studienberatung:  
mpeters@pthv.de  
M. Peters, 0261 6402 240

Info u. Anmeldung:  
pflege@pthv.de  
S. Rank, 0261 6402 519

# Goldene Feder für Annie Michaelis

Die Goldene Feder wurde am 10. März an Annie Michaelis, Leiterin des Palliativteams am Eupener St. Nikolaus-Hospital, verliehen.

Mit der Goldenen Feder heben die Ex-Prinzen der Stadt Eupen-Kettens herausragende Leistungen zum Wohle der Bevölkerung und der Stadt vor. Verdienstvolle Mitbürgerinnen und Mitbürger werden mit der goldenen Feder ausgezeichnet. Die Initiative der Ex-Prinzen hat mittlerweile Tradition und einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft, schon allein durch die Integrität und das Schaffen der Ordensträger.

Mit dieser Auszeichnung möchten die Ex-Prinzen das zwischenmenschliche und soziale Engagement des gesamten Krankenpflegebereichs ins Licht bringen. In der Begründung der Ex-Prinzen zu der diesjährigen Wahl ist zu lesen: „In ihrem Berufsalltag werden die Mitarbeiter mit den Einzelschicksalen vieler Menschen konfrontiert. Bewusst spricht die neue Ordensträgerin nicht von Patienten, sondern von Menschen mit ihrer eigenen Geschichte. Was für viele wie Routine und Jobarbeit aussieht, ist in Wirklichkeit ein ständiges Auseinandersetzen mit dem Leben. Annie Michaelis arbeitet nach einem eigenen Konzept der lebendigen, kreativen Pflege von Menschen. Gerade in der Palliativpflege erleben alle Beteiligten eine harte Wirklichkeit, eine Konfrontation von Leben und Sterben“

Auftakt der Ehrung war der Empfang im Rathaus am Freitag, den 2. März



Verleihung der Ehrenmütze

wo A. Michaelis mit der Ehrenmütze der Ex-Prinzen geschmückt wurde. Ihr Vorgänger, Dechant Helmut Schmitz, Ordensträger 2017 sagte in seiner Laudatio: „Mit Annie Michaelis ehren die Ex-Prinzen sehr zu Recht eine Pionierin, eine herzensgute, kompetente Frau, die sich tagtäglich in den Dienst der Menschen stellt und ihnen auch dort noch Lebensqualität verleiht, wo viele sie längst nicht mehr vermuten“.

In ihrer Dankesrede betonte sie: „Jeder Mensch hat das Recht auf Würde. Die Lebensqualität muss immer wieder neu angepasst werden, jeden Tag, jede Stunde. Das kann nicht in Standards und Normen eingepasst werden. Jeder muss bis zuletzt leben können. Das letzte Gefühl soll Liebe sein.“

Anschließend empfing das St. Nikolaus Hospital im Foyer zahlreiche Gäste zu Ehren ihrer Mitarbeiterin. Direktor Danny Havenith dankte und beglückwünschte Annie Michaelis mit folgenden Worten:

„Deine Feder steckt man sich nicht so einfach an den Hut...“ Der Hut ist heute eine Kappe. Und die Feder bekommst du ja auch erst kommende Woche. Statt eines Geschenks hast du dir vom Hospital einen Empfang gewünscht, zu dem alle Menschen eingeladen wurden, die dich auf deinem privaten und beruflichen Werdegang begleitet haben.

Die Goldene Feder! – Hier in Eupen ist es DIE FEDER. Du schmückst dich wirklich nicht mit ‚fremder Feder‘, denn die Begründung des Ordens-

komitees trifft ins Schwarze: Du stehst stellvertretend für die Palliativpflege. Palliativpflege, das kennt jeder und dennoch will niemand damit zu tun haben. Und wenn jemand mit ihr in Kontakt ist, will er es nicht mehr loslassen, ‚federn lassen‘. Darum ist es nicht einfach, mit ‚sauberer Feder‘ ‚deine Tätigkeit zu beschreiben. Die mitnichten ein Job ist, eher schon Berufung.

Sie erfordert:

- Fingerspitzengefühl und Empathie
- Teamgeist und Offenheit
- Menschenkenntnis und Spiritualität,
- Mut zum Reden und zum Schweigen,
- Glauben, auch wenn es dem Patienten schwer fällt,
- Ins Zimmer gehen...
- Und wieder herauskommen und den Alltag vorfinden...
- Die Grenzen der Pflege und der Medizin annehmen
- Und die Größe und Einzigartigkeit eines jeden Menschenlebens verinnerlichen.

Kurzum, in deinem Beruf bist du nicht auf ‚seichten Federn‘ gebettet...

Du warst und bist die „Triebfeder“ des Palliativgedankens in unserem Krankenhaus, zusammen mit deinen Kollegen in der Pflege und in der Medizin, zusammen mit den Mitarbeitern der anderen Vereinigungen, denen Menschen anvertraut sind: im Palliativpflegeverband als Verwalter, mit den Hausärzten und der Heimpflege, mit den Kollegen in St. Vith und in Moresnet, und über die Grenzen unseres kleinen Ostbelgiens hinaus... Mit „klarem Federstrich“ und deutlicher Initiative bist du mit einigen Fachärzten, Pflegern und mir selbst vor fünf Jahren initiativ geworden, als sich im Ethikkomitee die Frage der Sterbehilfe stellte. Ob und wie und weshalb... ? Und auch hier hast du wieder mit viel Reife den Prozess begleitet, so inhaltsreich, dass wir ihn anschließend auch mit dem Bischof von Lüttich erörtern konnten.

Liebe Annie, ‚Jede Feder braucht Tinte‘, um etwas Bleibendes zu schaffen. Wir wissen um deine Kraftquellen, die du neben deinem Zuhause unter anderem beim Joggen findest... und in deiner inneren Ruhe, die das Grau des Alltags oft mit einer Prise Humor würzt... Spätestens hier ist die Schnittmenge zum Karneval geschaffen. Denn im Gesundheitssektor braucht man eines: Humor und ein leichtes Herz.

Bevor ich nun an deine Kollegen von der Inneren weiterleite, die mit einem ‚Federstrich‘ keinen Text, sondern einen Film produziert haben, entbiete ich dir im Namen des Verwaltungsrates und aller Mitarbeiter des St. Nikolaus-Hospital alle unsere Wünsche zum Erhalt der Goldenen Feder.

Mögen alle hier Anwesenden auch in Zukunft die Ausdauer an den Tag legen, die du dein Eigen nennst, um das Feuer der Palliativpflege zu



Team der Inneren um A. Michaelis



Gunsten aller, die sich an ihr wärmen möchten, brennen zu lassen. Ich bin mir sicher, das wäre für dich der schönste Lohn für all deine Mühen.“

Der Höhepunkt der Ehrung fand am Samstag den 10. März anlässlich des Rot-Gelb Festes der Ex-Prinzen statt. Wir möchten an dieser Stelle nicht wiederholen, was schon in der Presse geschrieben wurde. Sinnvoller erscheint es uns hier, die Worte, die Annie Michaelis an die geladenen Gäste richtete, mit Ihnen zu teilen.

Liebe Gäste der Goldenen Feder, werte Exprinzen, werte Trägerin und Träger der Goldenen Feder, meine Damen und Herren,

Ich habe immer gedacht, dass Prinzen nur in Märchen und Liedern vorkommen. Da küsst ein Märchenprinz seine Geliebte wach. Die Sängerin Andrea Berg reitet mit ihrem Prinzen auf einem weißen Pferd den Strand entlang und Ella Endlich singt „Mein Prinz wird kommen“. Und am 1. September 2017 standen zwei Prinzen

bei mir vor der Haustüre. Das war kein Traum, sondern Wahrheit. Und sagten mir dann, dass ich 2018 die Goldene Schreib-Feder erhalten werde. Danach habe ich nicht mehr gesungen, ich war so sprachlos und das tagelang! Und dieser Traum wird heute Abend Wirklichkeit. Die Goldene Feder für eine unsagbare wichtige Zeit in meinem Leben, in unserem Leben: eine Arbeit wird geehrt, nämlich die Palliativpflege.

Werte Gäste!

Auf der Einladung und dem Bühnenbild hinter mir ist das Symbol der Kugel. Die Kugel ist mir in meinem Leben ein wichtiges Symbol geworden. Denn ich finde, unser Pflegeberuf kann mit keinem besseren Symbol verglichen werden, als mit einer Kugel.

- Eine Kugel ist ständig in Bewegung
- Sie kennt keinen Anfang, kein Ende. Sie ist offen oder geschlossen.
- Der Inhalt ist unbekannt.

Wir sind als Team im Pflegealltag bemüht, die Kugel nicht mit Lebens-

quantität, wohl aber mit Lebensqualität zu füllen.

- Jeder uns anvertraute Patient ist durch seine Lebensgeschichte einzigartig.
- An jedem Tag, in jeder Stunde müssen seine Bedürfnisse neu angepasst werden.
- Da wird unser Engagement auch Berufung und Hingabe.

Und so schließt sich auch am heutigen Abend der Kreis wieder. Die Arbeit der Palliativmedizin und -pflege erhält eine ganz besondere Auszeichnung. Und darüber haben mein Team und ich selber mich sehr gefreut. Stellvertretend darf ich den „Orden der Goldenen Feder“ der Exprinzen der Stadt Eupen-Kettens entgegennehmen. Dafür möchte ich mich recht herzlich bedanken. Jeder Mensch hat das Recht auf Würde. Dieses zentrale Anliegen verfolgt der Palliativpflegeverband in der Deutschsprachigen Gemeinschaft und wir, das mobile Palliativ Team am St. Nikolaus-Hospital. Doch muss sich dieses Anliegen ständig neu anpassen und entwickeln.

- Lebensqualität kann nicht in Standards und Normen eingepackt werden.
- Lebensqualität muss ständig neu gedacht, begleitet und erlebt werden.
- Ihr Nährboden ist die Hoffnung, Hoffnung auf das Leben, nämlich die verbleibende Zeit mit Leben zu füllen.
- Entscheidend für den Patienten sind das Erleben der eigenen Werte und das Gefühl, in die Gemein-

schaft einbezogen zu sein. Das Gefühl nicht alleine gelassen zu werden.

Ist dies erreicht, erst dann können wir sagen, es fühlt sich rund an.

Liebe Gäste!

Der heutige Abend ist ein sehr wichtiger in meinem Leben.

Dass ich hier stehe, verdanke ich so vielen Menschen, die mich begleitet haben und die ich begleiten durfte.

Die Auszeichnung trägt all diese Namen und sie wird immer damit verbunden sein.

Danke sage ich

- den Exprinzen, die uns ausgewählt haben. Es ist eine enorme Wertschätzung unserer Arbeit heute und in Zukunft;
- Herrn Doktor Peter Josten, dem Vater der Palliativmedizin. Durch seinen unermüdlichen Einsatz hat er dieser Medizin einen Stempel gegeben.
- Frau Doktor Ursula Wetzels, die Mutter der Palliativmedizin. Sie hat vor 20 Jahren die Palliativpflege in Ostbelgien mit aufgebaut und sie hat damals schon die Palliativpflegerin in mir gesehen, worauf Sie mich auch für die Leitung der Palliativpflege vorgeschlagen hat. Auch verdanke ich ihr, dass ich heute hier stehen darf.
- Herrn Doktor Pascal Wolter, er verstärkt seit 2 Jahren unser Team. Er belebt unser Team mit neuen

Ideen, stellt uns vor neue Herausforderungen und führt uns in eine zukunftsorientierte Palliativpflege.

- Und nicht zu vergessen, meine wunderbaren Kollegen.

Wir sind eine bunt gemischte Pflegeequipe, wir verstehen es, uns gegenseitig zu unterstützen, wir weinen und lachen zusammen, so dass die tägliche Pflege auf vielen Schultern getragen wird. Der Tod ist Teil unseres Lebens. Auch wenn wir uns vor ihm fürchten, so braucht es Menschen, die mitfühlen.

Menschen,

- die Schmerz und Trauer verstehen,
- die aber auch die Hoffnung sehen
- und die Zeit und Liebe schenken.

Möge der liebe Gott meinem Team und mir stets die Kraft geben, dass wir unseren Beruf, unser Engagement stets mit Hilfe der Goldenen Feder gerecht werden.

Mein ganz persönlicher Wunsch an Sie: Sagen sie es weiter, dass es die Palliativpflege gibt, mit einer eigenen Philosophie, damit sie ganz vielen Menschen dienen kann.

Denn, das letzte Gefühl soll Liebe sein!

In diesem Sinne, nochmals herzlichen Dank für die Auszeichnung des heutigen Abends

und für Ihre Zeit, die sie sich genommen haben, dabei zu sein um mit uns zu feiern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Die KPVDB möchte Annie Michaelis und ihr Team ganz herzlich zu dieser Ehrung gratulieren und wünscht weiterhin Kraft, Humor und Kreativität bei dieser herausfordernden Aufgabe die Palliativpflege heißt.



## Älter werden in der Pflege

### 35-plus – welche Ressourcen habe ich im Berufsleben, um fit und gesund zu bleiben?

Die Gestaltung der Arbeit und Arbeitsumgebung hat einen wesentlichen Einfluss auf Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit. Aber auch physische und psychische Veränderungen in der zweiten Lebenshälfte wirken sich auf Ihr Wohlbefinden aus.

**Inhalt** In diesem Seminar lernen Sie Möglichkeiten kennen, neue Kraft zu schöpfen und erfahren neue Wege, um sich selbst zu finden. Sie lernen sich besser zu organisieren und bewusster mit dem eigenen Körper umzugehen.

- Einflussfaktoren auf Wohlbefinden und Gesundheit
- Eigene Ressourcen und Sicherheiten erkennen
- Strategien zur Stressvorbeugung
- Wechseljahre – Veränderungen (ein kleiner Überblick)
- Übungen zur Muskelentspannung, Dehnung und Festigung
- Kennenlernen und Üben von Entspannungsmethoden

**Zielgruppe** KrankenpflegerInnen, Pflegehelfer, medizinisches und paramedizinisches Personal, Sozialarbeiter in Betreuungsdiensten, Seelsorger... AB 35 JAHRE

**Referentin** Gertrud Küpper, Aachen (D), Systemischer Coach, Trainerin für Stressprophylaxe und Mentaltraining

**Termin u. Ort** Freitag, 18.05.2018 in der Bildungsstätte St. Raphael, Klosterstr. 66, Montenau, 4770 Amel · 9.00 bis 16.30 Uhr

**Teilnehmerzahl** Min.12, max. 15 Personen

**Kursgebühren** 85 € Mitglieder, 75 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung  
100 € Nicht-Mitglieder, 90 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung  
Das Mittagessen ist Teil des Seminars und im Preis mit einbegriffen

**Anmeldefrist** 20.04.2018

**Anmeldung** Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB ([www.kpvdb.be/Weiterbildung](http://www.kpvdb.be/Weiterbildung) oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + WB 35plus“.

**Hinweis** Bitte eine Isomatte und eine Decke mitbringen.

## Das fremde Sterben

Mitarbeitende in Krankenhäusern, Palliativstationen, Pflegediensten und in der Altenpflege sind heute in zunehmendem Maße gefordert, MigrantInnen kultursensibel zu begleiten. Dabei kann es zu Unsicherheiten in vielen Bereichen kommen: Welche Tabus und Schamgrenzen gilt es zu beachten? Welche Geschlechterrollen kommen zum Tragen oder welche Vorstellungen von Krankheit, Sterben und Tod liegen zu Grunde? Mittels Fotos und Filmausschnitten werden fremde Sterbekulturen und Bestattungsrituale gezeigt. Diese ethnologische Perspektive eröffnet die Möglichkeit, sensibel zu werden für die Vielfalt der kulturellen Vorstellungen eines „guten Sterbens“. Ein Schwerpunkt liegt auf Sterberitualen im Islam.

- Ziele**
- Sensibel werden für die kulturelle Vielfalt von Ritualen am Lebensende
  - Erwerb von Kenntnissen migrationsspezifischer Bedingungen und einer kultursensiblen Sterbebegleitung
  - Kennenlernen des Modells der Transkulturellen Kompetenz
  - Erweiterung des Handlungsspektrums in der kultursensiblen Pflege

**Zielgruppe** KrankenpflegerInnen, Pflegehelfer, medizinisches & paramedizinisches Personal, Seelsorger,...

**Referentin** Charlotte Trippen, Ethnologin, Interkulturelle Trainerin, Physiotherapeutin, Aachen (D)

**Termin u. Ort** Freitag, 01.06.2018 in Eupen · 9.00 bis 16.30 Uhr

**Teilnehmerzahl** Max. 16 Personen

**Kursgebühren** 75 € Mitglieder, 65 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung  
90 € Nicht-Mitglieder, 80 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung

**Anmeldefrist** 04.05.2018

**Anmeldung** Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB ([www.kpvdb.be/Weiterbildung](http://www.kpvdb.be/Weiterbildung) oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + WB fremdes Sterben“.

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

## Kriegskinder-Kriegstraumata und transgenerationale Weitergabe

Menschen, die den 2. Weltkrieg als Kinder und Heranwachsende erlebt haben, tragen ihre häufig traumatischen Erinnerungen mit sich. Die heute alten Menschen werden sich häufig erst jetzt der Auswirkungen auf ihr gesamtes Leben bewusst. Welche Erlebnisse hat die Kriegskindergeneration geprägt? Welche Verletzlichkeiten und Verhaltensmuster sind ‚generationentypisch‘? Was hat es mit der Nachfolgeneration zu tun?

### Folgen sexualisierter Gewalt in der Pflege jetzt alter Frauen:

Immer wieder wird aus Krankenhäusern und Seniorenheimen von irritierenden Situationen mit alten Frauen berichtet. Aus der freundlichen alten Dame wird eine aggressive Furie oder ein ängstliches, sich wehrendes Wesen bei alltäglichen Pflegehandlungen. Die Referentin möchte in dem Vortrag für ein Phänomen sensibilisieren, was eng mit traumatischen Erlebnissen im Leben der Betroffenen verbunden sein kann. Liegt „nur“ ein akuter Verwirrheitszustand vor oder handelt es sich um eine Reaktivierung alter traumatischer Erlebnisse? Was brauchen die Betroffenen und gibt es prophylaktische Maßnahmen?

<b>Zielgruppe</b>	KrankenpflegerInnen, Pflegehelfer, medizinisches und paramedizinisches Personal, Sozialarbeiter in Betreuungsdiensten, Seelsorger
<b>Referentinnen</b>	Dr. med. S. Heddenhausen, Psychiaterin, Oberärztin, Katharina Kasper ViaNobisGmbH, Gangelst
<b>Termin u. Ort</b>	<b>Donnerstag, 28.06.2018 in Eupen · 14.00 bis 17.00 Uhr</b>
<b>Teilnehmerzahl</b>	Min. 15 Personen, max. 25 Personen
<b>Kursgebühren</b>	20 € Mitglieder, 15 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung 30 € Nicht-Mitglieder, 80 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
<b>Anmeldefrist</b>	01.06.2018
<b>Anmeldung</b>	Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB ( <a href="http://www.kpvdb.be/Weiterbildung">www.kpvdb.be/Weiterbildung</a> oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + WB Kriegstraumata“.

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.



## Angehörigenintegration

Angehörige werden in den letzten Jahren zunehmend als „schwierig“ im Umgang wahrgenommen. Kontrollierendes, forderndes und kritisierendes Verhalten stellt eine hohe Herausforderung für die Pflegenden dar. Auch werden mitunter unrealistische Therapieziele an das pflegende und begleitende Team gerichtet. Oftmals wirkt hinter diesen „schwierigen“ Verhaltensweisen ein schlechtes Gewissen und Schuldgefühle. Ziel dieser Ausbildung ist, den Teilnehmern verschiedene Methoden der Angehörigenarbeit zu vermitteln, um einen verstehenden Zugang zu entwickeln.

<b>Zielgruppe</b>	Krankenpfleger, Pflegehelfer und Paramediziner in den Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und in der Heimpflege. (nicht geeignet für den Bereich Begleitung/Pflege von Personen mit Behinderung)
<b>Referent</b>	Stephan Kostrzewa, examinierter Altenpfleger und Diplom-Sozialwissenschaftler
<b>Termin u. Ort</b>	<b>Donnerstag, 05.04.2018 in Eupen · 9.00 bis 17.00 Uhr</b>
<b>Teilnehmerzahl</b>	Max. 20 Personen
<b>Kursgebühren</b>	70 € Mitglieder, 60 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung 85 € Nicht-Mitglieder, 75 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung
<b>Anmeldefrist</b>	03.04.2018
<b>Anmeldung</b>	Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB ( <a href="http://www.kpvdb.be/">www.kpvdb.be/</a> Weiterbildung oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name + Angehörigenintegration“.

NEUER TERMIN!

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

# Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz befinden sich häufig in anderen „Erlebenswirklichkeiten“. Sie sind gefangen in ihren Gefühlen und Erinnerungen. Der Ausbruch von Wut, der Rückzug oder die Agitation als Kompensation der kognitiven Verluste, können hirnorganisch nicht mehr kontrolliert werden. Doch herausforderndes Verhalten kann auch als Ressource verstanden werden. Die Integrative Validation nach Richard® ist eine wertschätzende Kommunikations- und Begleit-Methodik mit Menschen mit Demenz. Die praktische Umsetzung der Integrativen Validation wird uns an diesem Tag genauso beschäftigen wie eine professionelle Haltung und Sichtweise und Präventivmaßnahmen in herausfordernden Situationen.

## Inhalte

- Grundlagen zum Verständnis von herausfordernden Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz
- Definitionen und Auslöser von: Agitation, Wut, Wandern, vokalen Störungen, Apathie
- Aktuell geltende Rahmenempfehlungen
- Stress, Milieu und eigene Grenzen - professioneller Perspektivenwechsel
- Anwendung und Umsetzung der „Integrativen Validation nach Richard®“
- Die Bedeutung von Stimme und Körpersprache
- Prävention und Prinzipien der Deeskalation von herausforderndem Verhalten
- Übungen und Fallbesprechungen orientiert an den Fragestellungen der Teilnehmer

Diese Weiterbildung wird als ständige Weiterbildung für Pflegehelfer anerkannt.

## Zielgruppe

Pflegepersonal (in häufigem Kontakt mit Personen mit Demenz), Priorität für Absolventen des Vertiefungskurses Demenz, bzw. eines Grundkurses IVA.

## Referentin

Gabriele Schmakeit, Krankenschwester, autorisierte Trainerin für Integrative Validation, Mediatorin, Trainerin für deeskalierende und gewaltfreie Kommunikation.

## Termin u. Ort

**2 Termine zur Auswahl: Donnerstag, 19.04.2018 oder Freitag, 20.04.2018 in Eupen · 9.00 bis 17.00 Uhr**

## Teilnehmerzahl

Min. 12, max. 15 Personen

## Kursgebühren

75 € Mitglieder, 65 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung  
90 € Nicht-Mitglieder, 80 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

## Anmeldefrist

26.03.2018

## Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB ([www.kpvdb.be/Weiterbildung](http://www.kpvdb.be/Weiterbildung) oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „Name+Herausforderndes Verhalten+Datum“.



# Basale Kommunikation Aufbaukurs Basale Stimulation

**1. Teil: Bewegungsförderung bei schwer pflegebedürftigen alten Menschen.** Was kann getan werden, um Bewegungsressourcen zu fördern und zu erhalten?: vestibuläre Stimulation, vibratorische Stimulation, therapeutische Lagerungen, Mikrolagerungen, Mobilisation, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe.

**2. Teil: Rund um den Mund.** Thematisiert werden hier die Probleme, die sich aus der Versorgung von Patienten mit Kau- und Schluckstörungen ergeben: Mundpflege (u.a. mit ätherischen Ölen), Munderkrankungen, Pflege bei Bewohnern mit Schluckstörungen, Schlucktraining, Ess- und Trinktraining.

## Zielgruppe

Absolventen des Grundkurses „Basale Stimulation“.

## Referentin

Brigitte Hemmer, Krankenschwester Solingen (D), Pflegefachberaterin, Kursleiterin Basale Stimulation

## Termin u. Ort

**02.-03.05.2018 + 06.-07.06.2018, im Seniorenheim St. Elisabeth, Klosterstr. 9B, St. Vith, 9.00 bis 17.00 Uhr**

## Teilnehmerzahl

16 Personen

## Kursgebühren

280 € Mitglieder, 240 € Mitglieder aus bezuschussender Einrichtung  
340 € Nicht-Mitglieder, 300 € Nicht-Mitglieder aus bezuschussender

## Anmeldefrist

22.01.2018

## Anmeldung

Telefonisch und mit Anmeldeformular der KPVDB ([www.kpvdb.be/Weiterbildung](http://www.kpvdb.be/Weiterbildung) oder auf Anfrage) und per Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der KPVDB mit der Mitteilung „BKAK2018“.

## Hinweis

Bezahlter Bildungsurlaub für 32 Stunden wird angefragt. Mitbringen: Bequeme Kleidung, 1-2 Decken, 2 Handtücher, 2 Badetücher, warme Socken, Kopfkissen und Gymnastikmatte.



**TEVADAPTOR<sup>®</sup>**  
Keeps you safe in a click

**TEVADAPTOR<sup>®</sup>**