

DEUTSCHER
PFLEGEVERBAND
(DPV) E.V.

In dieser Ausgabe:

- 1 • Editorial
 - Bericht zur DPV Mitgliederversammlung
- 2 • Pflegekammer Bayern
 - Abbau von Bürokratie
- 3 • Erster Expertinnenstandard im Hebammenwesen
 - Fortsetzung Bericht EPUAP Wien
- 4 • Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
- 5 • Aktionsbündnis schreibt Preis f. Patientensicherheit aus
- 6 • Anerkennung von Berufsqualifikationen
 - Urteil Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung
- 7 • Veranstaltungen
 - Jubilare
- 8 • DPV ganz nah



Ausgabe 11

November 2013

Editorial

Mindestlohn, Betreuungsgeld, PKW-Maut, wo ist die Pflege?

Liebes Mitglied, liebe Interessierte, während des Redaktionsschlusses läuft noch der Koalitionspoker in Berlin und wird sich noch länger hinziehen.

Es ist aber schon jetzt bezeichnend, dass aus den Verhandlungen immer wieder die oben genannten Knackpunkte fokussiert werden und der demografisch bedingte, sozial- und gesundheitspolitische Handlungsdruck keine Erwähnung findet.

Schauen wir mal, wie die im Wahlkampf signalisierten, pflegerelevanten Inhalte wie Pflegeversicherung, Berufsgesetz Pflege, Verbesserung der Personalsituation in Krankenhäusern, Vernetzung der Sozialversicherungszweige SGB V, SGB IX, SGB XI und XII, Präventionsgesetz und Gesundheitsförderung sowie solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens sich in einem Koalitionsvertrag abbilden.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr

Rolf Höfert, Geschäftsführer

DPV Mitgliederversammlung verabschiedete Strategische Ziele 2025

(Kassel) Am 08.10.13 fand die Mitgliederversammlung im Kurhessischen Diakonissenhaus in Kassel statt.

Martina Röder, Vorsitzende des Deutschen Pflegeverbandes ging in ihrer Eröffnungsrede auf die umfangreichen Herausforderungen für alle in der Pflege Tätigen und auch auf den wachsenden Druck für pflegende Angehörige ein. Sie verwies auf den demografischen Wandel mit steigender Zahl pflegebedürftiger Menschen und vor allem die prognostizierte Verdoppelung der Zahl von dementen Menschen. Neue Konzepte und eine gute Vernetzung aller Beteiligten zur Verbesserung der Versorgungsqualität pflegebedürftiger und behinderter Menschen sei dringlich.

Rolf Höfert, Geschäftsführer des DPV verwies auf den vorliegenden, umfassenden Geschäftsbericht 2012/13. Ein Schwerpunkt der Verbandsarbeit sei die umfangreiche Beratungstätigkeit für Mitglieder und pflegende Angehörige.

Das ausgedehnte Netzwerk von Expertinnen und Experten unterlege die Kompetenz in den Aussagen des Verbandes.

Herr Höfert würdigte die Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pflegerat und den Landespflegeräten, insbesondere auch im Rahmen der Kampagne „Ich will Pflege“, die vom Deutschen Pflegerat mit all seinen Mitgliedsver-



V.l.n.r.: R.Höfert, GF, Vorstand: M.Röder, K.H. Heller, F.Tost, K.Freund

bänden durchgeführt wurde.

Darüber hinaus sei der DPV in vielen Medien mit Interviews und Stellungnahmen zu den unterschiedlichsten Themenbereichen einbezogen gewesen. Das Kooperationsnetzwerk wurde erweitert.

Eine Herausforderung im Berichtszeitraum, als auch für die Zukunft sei der aktuelle und perspektivische Fachkräftemangel. Bezüglich der Pflegekammern in den Bundesländern gibt es insbesondere in Rheinland-Pfalz einen belegten politischen Willen. Der Entwurf eines Heilberufgesetzes mit Implementierung einer Pflegekammer und voraussichtlicher Realisierung ab 2015 liege vor.

Desweiteren ging Herr Höfert auf das Pflegegenueausrichtungsgesetz, Patientenrechtegesetz und die vorliegenden Ergebnisse zum Pflegebedürftigkeitsbegriff ein.

Abschließend bedankte Herr Höfert sich bei dem Vorstand, den Delegierten, den Mitarbei-

tern und allen Experten für ihre Unterstützung und für die gute Zusammenarbeit.

Strategiepapier 2025

Frau Röder erläuterte den TeilnehmerInnen das Strategiepapier, das vom Vorstand am 09.09.2013 verabschiedet wurde und jetzt der Mitgliederversammlung vorliegt. Hervorgehoben wurden von Frau Röder die Bereiche Bildung, Beziehungsgestaltung, Berufspolitik und Qualität. Gegliedert sind die einzelnen Strategien zwischen Ist-Beschreibung, Forderung und Nutzen.

Nach engagierter Diskussion der Inhalte stimmte die Mitgliederversammlung einstimmig dem vorgelegten Papier zu.

Finanzbericht

Nach Erläuterung der Gewinn- und Verlustrechnung 2012, des Haushaltsplans 2013 und der Finanzvorschau für die Wirtschaftsjahre 2013 und 2014 durch Herrn Hommen, Buchhaltung, berichtete Anja Posevsky, dass die Kassenprüfung von ihr und von Herrn Hanschke in der Geschäftsstelle Neuwied vorgenommen wurde und trug den Bestätigungsvermerk vor.

Danach beantragte Frau Posevsky die Entlastung des Vorstandes. Diese erfolgte einstimmig. Als Rechnungsprüferinnen



Pausengespräche sind wichtig

für 2013 wurden gewählt: Anja Posevsky und Ellen Brauckschulze und als Stellvertreter Olaf Mehring und Ilona Gross.

Abschließend bedankte sich die Vorsitzende, Frau Röder, im Namen des Vorstandes für das entgegengebrachte Vertrauen im vergangenen Jahr und die gute Zusammenarbeit.

Nach den Regularien referierte Herr Dr. Markus Schimmelpfennig, Leiter der Hygieneabteilung Gesundheitsamt Kassel „Aus dem Labyrinth der Mikrobiologie“ in einem engagierten und interessanten Vortrag über Keime, die uns alle in den nächsten zehn Jahren beschäftigen werden.

Protokoll, Geschäftsbericht und Strategiepapier 2025 können Sie in der Geschäftsstelle Neuwied anfordern.

C.R.

Pflegekammer Bayern – Die Bremser wurden abgewählt!

Nach dem Wahlergebnis der Landtagswahlen vom 15.09.2013 gilt es jetzt für die CSU, die Pflegekammer in Bayern zu realisieren, kommentierte der Deutsche Pflegeverband.

Nachdem Markus Söder 2011 mit einem Bündnis zur Gründung einer Pflegekammer die Ernsthaftigkeit bewiesen hat, verfolgte auch sein Nachfolger, Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber, dieses Ziel und scheiterte immer wieder am Koalitionspartner, der FDP. Die FDP hat jetzt die Quittung für restriktive Politik bekommen.

Jetzt sollte und kann das Ministerium, das seit Juli vorliegende Ergebnis der repräsentativen Umfrage unter Pflegenden in Bayern vorlegen und die Änderung des Heilberufegesetzes mit Implementierung der Pflegekammer realisieren.

Sicherlich haben auch viele Wähler aus den Pflegeberufen zu dem Wahlergebnis beigetragen.

Abbau von Bürokratie – einfachere Pflegedokumentation im Praxistest

(Berlin) Viele Pflegekräfte sind unzufrieden mit dem Umfang des bürokratischen Aufwands in ihrem Beruf. Aber auch pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörige wünschen sich, dass mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung steht. Um Lösungsvorschläge für eine einfachere Pflegedokumentation in der Praxis zu erproben, fördert das Bundesministerium für Gesundheit das **Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“**. Das Projekt wird vom Lenkungsgremium begleitet, das am 18.9.13 zu seiner ersten Lenkungssitzung zusammenkam. Dem Gremium gehören neben dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung auch maßgebliche Akteure der Pflege und Verbraucherorganisationen an. An der Erprobung werden sich bis Ende Februar sechzig Organisationen (ambulanz-

stationär) in fünf Regionen in Deutschland beteiligen. Die Steuerung des Vorhabens wird durch die **Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege, Elisabeth Beikirch** (siehe Foto), übernommen.

Anlässlich der Eröffnungsveranstaltung des Lenkungsgremiums am 18.09.2013 betonte **Thomas Ilka**, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit: „Wir wollen mit der Entbürokratisierung in der Pflege weiter vorankommen. Dokumentation darf kein Selbstzweck sein, muss aber fachlichen und rechtlichen Aspekten sowie einer notwendigen Transparenz für den Verbraucher standhalten. Die Ombudsfrau hat in Abstimmung mit verantwortlichen Institutionen Vorschläge zur Vereinfachung der Pflegedokumentation erarbeitet. Diese sollen nun in der Praxis überprüft werden.“

Die Pflegedokumentation bindet derzeit aus Sicht der Pflegenden und der Träger



zu viel Zeit, die nicht für die Pflege zur Verfügung steht. Den Weg der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation gemeinsam erfolgreich zu gehen, ist eine wichtige Aufgabe aller in diesem Prozess Beteiligten. Das Projekt findet breite Unterstützung und Beteiligung von Trägerorganisationen und Verbänden. Kostenträger und Medizinischer Dienst sowie die Länder und Verbraucherverbände haben

ihr Interesse an einer Teilnahme im Lenkungs-gremium bekundet.

Um das Thema Entbürokratisierung in der Pflege voranzutreiben, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Juni 2011 die unabhängige Pflegeexpertin Elisabeth Beikirch als Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege benannt und mit der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen betraut. Sie sollte Themen der

Entbürokratisierung der Pflege identifizieren, systematisch zuordnen und Handlungsbedarfe aufzeigen. Einige Lösungsvorschläge zur Entbürokratisierung sind bereits im Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz umgesetzt worden. So zum Beispiel die Vereinfachungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen der ambulanten Pflegedienste, bei den Verfahren zur Bewilligung und Ab-

rechnung der Häuslichen Krankenpflege sowie bei Pflegehilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung im Wohnumfeld.

Mit dem nun vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ sollen weitere Lösungen für weniger Bürokratie in der Pflegedokumentation erprobt werden.

Erster Expertinnenstandard im Hebammenwesen zum Thema „Förderung der physiologischen Geburt“ veröffentlicht

(Osnabrück) Seit September 2013 liegt der Sonderdruck zum Expertinnenstandard „Förderung der physiologischen Geburt“ vor. Dieser erste Expertinnenstandard für die Berufsgruppe der Hebammen wurde in einem Zeitraum von eineinhalb Jahren von einer 14-köpfigen Expertinnenarbeitsgruppe, besetzt mit

Hebammen aus Praxis und Wissenschaft, entwickelt und am 24. Mai 2013 auf einer Konsensus-Konferenz in Osnabrück vorgestellt, diskutiert und konsentiert. Die Ergebnisse der Diskussion mit den mehr als 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sind in die nun vorliegende Veröffentlichung des Expertinnenstandards eingeflossen.

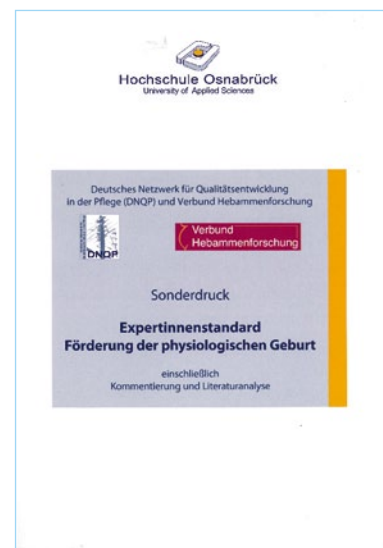
Der gemeinsam vom Verbund Hebammenforschung und DNQP herausgegebene Sonderdruck enthält den Expertinnenstandard mit Präambel, ausführlichen Kommentierungen zu den einzelnen Stan-

dardaussagen und eine umfassende Literaturstudie die mit den aktuellen Erkenntnissen aus der nationalen und internationalen Forschungsliteratur zur Förderung der physiologischen Geburt. Die Präambel zum Expertinnenstandard sowie die Standardkriterien stehen auf der Homepage des DNQP unter dem Link „Expertinnenstandard Hebammenwesen“ zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Ab Oktober 2013 findet eine modellhafte Implementierung des Expertinnenstandards in 16 Kreißsälen verteilt über ganz Deutschland statt, die Aufschluss über die Akzeptanz und die Praxistauglichkeit des Expertinnenstandards geben wird. Die Ergebnisse dieses Implementierungsprojekts werden auf einer Veranstaltung im Jahr 2014 der Fachöffentlichkeit präsentiert und mit ihr diskutiert.

Der Sonderdruck des Expertinnenstandards kann zum Preis von 24,- € (versand-

kostenfrei) unter der folgenden Adresse bestellt werden: Email: dnqp@hs-osnabrueck.de



Fortsetzung Bericht zur 16. Jahrestagung der EPUAP in Wien 2013 –

(Wien) Christina Lindhol aus Schweden berichtete von den Erfolgen des 2012 erstmals international durchgeführten Tages „Stopp den Dekubitus“. Pflegepersonen aus zahlreichen Ländern haben sich mit den unterschiedlichsten Aktionen beteiligt, von lokalen Informationsveranstaltungen bis hin zu einem Videofilm, der über YouTube abzurufen ist (Einzelheiten s. www.epuap.org). Seit 2013 findet dieser Aktionstag an jedem dritten Donnerstag im November statt (Anm.d.Verf.: bitte vormerken).

Lisette Schoonhoven aus den Niederlanden informierte über den aktuellen Stand der Überarbeitung der Internationalen EPUAP -Guidelines - insbesondere zur Dekubitustherapie. Diese oft mühselige Arbeit soll 2014 abgeschlossen werden. Es seien zahlreiche und völlig unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen auch in den Pflegeeinrichtungen und Gesundheitssystemen zu berücksichtigen, was die Arbeit und Abstimmung innerhalb der Gruppe, die sich mit den Guidelines befassen, nicht gerade vereinfacht.

Dimitri Beeckman aus Belgien berichtete vom Stand der Aktualisierung des belgischen E-Learning-Programms PUCLAS (Pressure Ulcer Classification System). In Arbeit sei die Version 3, die Version 2 kann über www.puclas.ugent.be abgerufen werden. Hervorzuheben ist hier, dass in der Version 3 das Bild der Inkontinenzassoziierten Dermatitis (IAD), erweitert aufgenommen wird. Das ist begrüßenswert, weil dieses Phänomen zumindest im Anfangsstadium (Grad 1) mit dem Dekubitus verwechselt werden kann. Insofern präzisiert die Aktualisierung auch die im Test 2 von PUCLAS 2 aufgeführten Aussagen in PUCLAS 2 bezüglich der Hautschäden, die durch Feuchtigkeit entstehen (s. Tabelle).

Synthese des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) - Differenzierung zwischen Dekubitusklassifikation und IAD (EPUAP, 2005, Defloor et al, zit. aus Beekman et al, 2010,2. (Anm.d.Verf.: siehe auch: Steininger et al.: Wenn der Dekubitus kein Dekubitus mehr ist. Österreichische Pflegezeitschrift 2/2012, S. 25 ff

Anm.d.Verf.: Ursache von Hautschäden kann vom Prinzip her jede Form der Nässeinwirkung sein. Bei der IAD werden aber solche Probleme ausgeschlossen, die nicht auf einer Harn- oder Stuhlinkontinenz basieren. Die wohl auch in Zukunft diagnostizierte Windeldermatitis oder der Intertrigo könnten zumindest theoretisch auch auf den Materialien beruhen, aus denen die eingesetzten Hilfsmittel bestehen.

Alles in allem war es eine hervorragend organisierte und gelungene Jahrestagung. Den Organisatoren - d.h. den fleißigen Helfern der Vorbereitung und Durchführung - sei auch von hier aus herzlich gedankt.

Übrigens: Die **17. Jahrestagung der EPUAP findet vom 26. - 29. August 2014 statt**. Termin bitte notieren

	Dekubitus	Inkontinenzassoziierte Dermatitis
Ursache	Druck und / oder Scherkräfte müssen vorliegen	Feuchtigkeit muss vorliegen(z.B. glänzende nasse Haut aufgrund von Harninkontinenz oder Diarrhoe)
Lokalisation	Wunde über einem knöchernen Vorsprung ist möglicherweise ein Dekubitus	IAD kann möglicherweise über einem knöchernen Vorsprung sein; Dekubitus und Scherkräfte sollten als Ursache ausgeschlossen werden und eine Feuchtigkeit muss vorliegen
Ausprägung	Ist die Läsion auf eine bestimmte Stelle begrenzt, ist es möglicherweise ein Dekubitus	Diffuse, differente oberflächliche Hautveränderungen auf der Haut sind möglicherweise eine IAD
Nekrose	Eine schwarze Nekroseplatte über einem knöchernen Vorsprung ist ein Dekubitus Grad 3 oder 4. Ist die Muskelmasse unter der Nekrose nicht/oder begrenzt beteiligt, ist es ein Dekubitus Grad 4.	Keine Nekrose
Ränder	Ausgeprägte Ränder	Diffuse oder ungleiche Ränder
Farbe	Ist die Rötung nicht wegdrückbar, ist es möglicherweise ein Dekubitus Grad 1.	Wegdrückbar oder nicht wegdrückbares Erythem und rosa oder weiß umliegende Hautstellen mit Mazeration

Heidi Heinhold

Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen – Aktualisierung des Expertenstandards konsentiert –

(Osnabrück) Am 11. Oktober 2013 veranstaltete das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Osnabrück die 8. Konsensuskonferenz in der Pflege mit 700 Teilnehmern. Thema: Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Die Erstveröffentlichung dieses Werkes erschien 2004 unter dem Titel: „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder chronischen tumorbedingten Schmerzen“. Im Dezember 2011 folgte die 1. Aktualisierung unter dem Titel „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. Im Oktober 2013 fand die 2. Aktualisierung, eben zu dem Thema Pflege bei chronischen Schmerzen, ihren vorläufigen Abschluss durch lebhaftige Diskussion und Annahme im Rahmen der 8. Konsensuskonferenz. Damit gilt der Expertenstandard als konsentiert, die Implementierung und Erprobung in ausgewählten Krankenhäusern mit anschließender Veröffentlichung durch das DNQP Anfang 2014 kann beginnen.

Wie entstehen Nationale Expertenstandards?

Ursprung ist ein Programm der WHO zur Rolle der Qualitätssicherung in der Pflege (The Consultant's Role in Quality Assurance in Nursing Practice), das mit der Konferenz vom 02. bis 04. Dezember 1987 in Den Haag seinen Abschluss fand. Im Rahmen dieses Programms beantworteten die Mitglieder der Arbeitsgruppe anhand internationaler Literaturrecherche die Frage der Notwendigkeit der Entwicklung von Standards mit einer Definition, die zwei Gedanken enthält, nämlich Bemessung und Verpflich-

tung zur Verbesserung/Optimierung der Pflege:

„Qualitätssicherung ist die Bemessung des tatsächlichen Servicelevels / Pflegelevels, und die Bestrebungen diesen Service/Pflege falls nötig anzupassen, angesichts des Ergebnisses der Bemessung.“

Des Weiteren legte die Arbeitsgruppe folgende Hierarchie fest:

„Standards werden auf verschiedenen Ebenen geschrieben: national, regional oder organisatorisch und lokal.

Nationale Standards tendieren dazu, umfassende Rahmenbedingungen oder Richtlinien zu sei;

lokale Standards hingegen müssen deutlich spezifischer sein, um konkret in das Gesundheitssystem verankert zu werden.

Anzuwendende Standards müssen am konkretesten sein; selbstverständlich müssen sie erkennbar, erreichbar, messbar und erstrebenswert sein“ (a.a.O., S.10).

Praktische Bedeutung

Wie oben zitiert, sind auch die deutschen Expertenstandards zu sehen und zu verstehen. Es handelt sich um Leistungsstandards auf dem Boden der Ergebnisse intensiver Literaturrecherche, ergänzt durch Expertenmeinungen und deren Fachwissen. Sie gelten im Streitfall - auch wenn sie noch nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht sind - als „vorweggenommene Gutachten“, auf die sich individuelle „Handlungsstandards“ - also „Standards für Arten und Weisen, wie etwas herzustellen oder durchzuführen

ist“, stützen können. Daraus resultiert, dass unterschiedliche Träger von Einrichtungen verschiedene Handlungsstandards erstellen, z.B. je nach weltanschaulicher Ausrichtung, die trotzdem mit den Kriterien des nationalen Expertenstandards übereinstimmen, also „richtig sind“. Unterschiedlichen Meinungen und Erfahrungen kamen auch in der Diskussion der Ebenen und der Kommentierung der aktualisierten Version des „Schmerzstandards“ zum Ausdruck. Dazu gehörte auch die Diskussion um die Frage des Mitbestimmungsrechts der Ärzte und anderer Therapeuten in der Schmerztherapie. Hier wären vor allem in der ambulanten

und stationären (Alten-) Pflege Absprachen sinnvoll, aus denen sich ergibt, was im Bedarfsfall zu tun sei. Mit Bedauern wurde zur Kenntnis genommen, dass der Fokus des Standards sehr kliniklastig sei. Es fehle der Bezug zur ambulanten und außerklinischen stationären Pflege.

Auf Tonband aufgenommen unterstützen die Beiträge die Notizen der Mitglieder des Lenkungsausschusses. Sie finden Eingang in die Schlussfassung des Werkes, das als Vorabdruck im Frühjahr 2014 beim DNQP für 22,00 € bezogen werden kann (Fax-Bestellung: 0541-969-2971).
hhd

Aktionsbündnis schreibt Preis für Patientensicherheit aus

Sicherheitskultur im Gesundheitswesen stärken, um Fehler zu vermeiden

(Bonn) – Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) vergibt 2014 erstmals den Deutschen Preis für Patientensicherheit an Einrichtungen im Gesundheitswesen, die durch zukunftsweisende Projekte oder Forschungsarbeiten die Patientensicherheit verbessern. In Zusammenarbeit mit der Aesculap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, dem Gesundheitsunternehmen MSD SHARP & DOHME GmbH und dem medizinischen Fachverlag Thieme werden drei Ehrungen vorgenommen. Die mit insgesamt 19 500 Euro dotierte Auszeichnung richtet sich an Kliniken und Praxen, aber auch an Apotheken, Healthcare-Anbieter, Gesundheitsämter und Krankenkassen. **Die Bewerbungsfrist endet am 10. Dezember 2013.**

Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse in die Breite getragen werden. Er fördert zudem fach- und berufsübergreifende Lehre und Bildung und honoriert Lösungen sowie neue Konzepte zur Vorbeugung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Fehlern. Um den Preis bewerben können sich sämtliche Akteure im Gesundheitswesen, die Projekte für Patientensicherheit erfolgreich entwickelt und umgesetzt haben, oder relevante Forschungsarbeiten zu diesem Thema in deutscher oder englischer Sprache.

Rund 18 Millionen Behandlungen werden jährlich in Krankenhäusern durchgeführt – mehr als 540 Millionen sind es allein im vertragsärztlichen Bereich. „Angesichts dieser großen Zahl an Behandlungen bewegt sich die Zahl der von der Bundesärztekammer und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen erhobenen Behandlungsfehler zwar im Promillebereich, dennoch wären viele davon vermeidbar – schließlich steht hinter jedem Fall ein Mensch“, sagte Hedwig Francois-Kettner, Geschäftsführende Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Denn trotz größter Sorgfalt passieren in Klinik und Praxis immer wieder Fehler: Im Jahr 2012 bestätigte sich in Deutschland der Verdacht auf Behandlungsfehler in 3932 Fällen aufgrund der Erhebungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Die tatsächliche Zahl an Fehlern und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen ist sicherlich höher, genaue Zahlen gibt es für Deutschland aufgrund fehlender umfassender Erhebungen nicht.

Ziel sei es deshalb, durch Bildung, Forschung – zum Beispiel Fehler und Schadens-Häufigkeit, Identifizierung der Ursachen – und aktiv gelebte Sicherheitskultur, die Patientensicherheit zu erhöhen. „Nicht nur Ärzte und Pflegenden, auch die Verantwortlichen des Gesundheitswesens und die Gesellschaft müssen hier umdenken und konstruktiv vorgehen, anstatt Ängste bei Patienten zu schüren“, meinte Francois-Kettner.

Checklisten, Armbänder mit Patientennamen, Händewasch-Aktionen für mehr Hygiene, Teamtraining und Schulungen oder bunte Spritzenaufkleber sind nur einige erfolgreiche Beispiele, um die Sicherheit der Patienten systematisch zu erhöhen. „Es geht vor allem darum, welches Verhalten in einem Krankenhaus oder in einer Praxis anerkannt und gelebt wird“, so Francois-Kettner. Entscheidend seien deshalb zunächst Transparenz und der offene Umgang mit Fehlern und Gefahrenquellen.

Das APS verleiht den Deutschen Preis für Patientensicherheit erstmals auf seiner Jahrestagung im April 2014 in Hamburg. Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine Jury mit Vertretern aus Pflege, Ärzteschaft, Apotheken, Selbsthilfe und Forschung sowie Kostenträgern. Der erste Platz ist mit 10 000 Euro, der zweite mit 6000 Euro und der dritte Platz mit 3500 Euro dotiert. Einsendeschluss ist der 10. Dez. 2013. **Hinweise zur Bewerbung** finden Sie hier: www.aps-ev.de/deutscher-patientensicherheitspreis.

Anerkennung von Berufsqualifikationen

Die problemlose europaweite Anerkennung der eigenen Ausbildung - dafür stimmten die Europaabgeordneten des Binnenmarktausschusses. Am 9. Juli 2013 verabschiedeten sie die Reform der *Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*.

Die wichtigsten Verbesserungen der aktuellen Reform im Überblick

- Qualifikationen werden zukünftig unbürokratischer und schneller in der EU anerkannt.
- Einführung eines neuen europäischen Berufsausweises.
- Die Mindestbildungsanforderungen zahlreicher Berufsgruppen (Architekten, Ärzte, Gesundheitsfachkräfte etc.) werden aktualisiert, um der Weiterentwicklung dieser Berufe Rechnung zu tragen.
- Auch Praktikumszeiten werden anerkannt.
- Ein Vorwarnmechanismus schützt Patientinnen und Patienten vor Ärzten, gegen die ein EU-Land ein Berufsverbot verhängt hat. Außerdem wurden Bestimmungen für Sprachtests bei Gesundheitsfachkräften aufgenommen.

Konfliktpunkt Gesundheitsberufe

Irreführende Medienberichte zu einer angeblichen Akademisierung der **Gesundheitsberufe** hatten im Vorfeld in Deutschland Besorgnis ausgelöst. Doch: Eine Abiturpflicht war nie vorgesehen. Es ging darum, die Ausbildungsvoraussetzung für Krankenschwestern und -pfleger auf zwölf Jahre Schulbildung anzuheben - das ist Standard in 24 von 27 EU-Mitgliedstaaten. Auch gleichwertige Lösungen wären gestattet gewesen.

Die damalige schwarz-gelbe Bundesregierung blockierte diese Reform. An der Struktur des deutschen Ausbildungssystems sollte nicht gerüttelt werden, obwohl es im Gesundheitswesen mit teils katastrophalen Arbeitsbedingungen verbunden ist.

Letztlich kam es zu folgendem **Kompromiss**:

- Sowohl zwölf als auch mindestens zehn Jahre sind zulässig.

Kein Land darf seine Anforderungen herabsetzen.

- In einem Kompetenzkatalog werden Mindestanforderungen festgelegt, die alle Gesundheitsfachkräfte in der EU erfüllen müssen (Art. 31, Paragraph 7 und Anhang V, Artikel 5.2.1). Die Umsetzung erfolgt wie immer auf nationaler Ebene. Dabei könnte die Gefahr einer Re-Nationalisierung bestehen. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sollten unbedingt hinterfragt werden.
- Die EU-Kommission kann in begrenztem Umfang Anpassungen der Ausbildungsinhalte vornehmen im Hinblick auf den neuesten wissenschaftlichen Stand, wie er sich in anderer europäischer Gesetzgebung widerspiegelt - jedoch dürfen diese nicht dazu führen, dass Änderungen der nationalen Ausbildungssysteme nötig werden. Weitergehende Änderungen wie auch Änderungen des Kompetenzkatalogs bleiben dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren (Rat/Europäisches Parlament) vorbehalten.

Es ist gelungen, den Kompetenzkatalog im Gesetz - statt im Anhang - zu verankern. Zudem sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, über die Umsetzung an die EU-Kommission zu berichten. Dies kann auch in Deutschland eine konstruktive, grundlegende Debatte zu Arbeits- und Ausbildungsbedingungen von Gesundheitsfachkräften anstoßen.

Darüber hinaus ist es erfreulich, dass die Zugangsvoraussetzungen zur unmittelbaren **Hebammenausbildung** auf zwölf Schuljahre angehoben werden. Deutschland hat hierfür eine Übergangsfrist von sechs Jahren erhalten. Die Möglichkeit, sich als ausgebildete/r Krankenschwester/-pfleger zur Hebamme weiterbilden zu lassen, verlangt weiterhin nur zehn Schuljahre.

Quelle: Barbara Weiler, Mitglied des Europäischen Parlaments.

Widerruf der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ wegen Unterschlagung zum Nachteil eines zu pflegenden Menschen

Nach § 2 Abs. 2 Satz 2 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) ist die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Krankenschwester/Krankenpfleger“ zu widerrufen, wenn sich der Inhaber der Erlaubnis nach Erteilung eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt.

Dies setzt nach der Rechtsprechung ein Verhalten voraus, das nach Art, Schwere und Zahl der Verstöße insbesondere gegen Berufspflichten die zu begründende Prognose rechtfertigt, der Betroffene biete aufgrund der begangenen Verfehlungen nicht die Gewähr, in Zukunft die berufsspezifischen Vorschriften und Pflichten zu beachten.

So wurde einer Krankenschwester die Erlaubnis des Führens ihrer Berufsbezeichnung widerrufen, weil sie durch ein Strafgericht wegen Unterschlagung zu Lasten einer Patientin zu einer Geldstrafe von 120 Tagessätzen verurteilt wurde. Die Patientin hatte von ihrem Kon-

to einen Bargeldbetrag in Höhe von 21.860 Euro abgehoben und zu Hause verwahrt. Mit dem Einverständnis der Patientin nahm die Pflegerin dann diesen Betrag an sich und verbrachte ihn in den Tresor ihrer Geschäftsräume.

Auf der Grundlage einer entsprechenden Einigung mit der Patientin nahm die Pflegefachkraft von diesem Geld Zahlungen für die Patientin, etwa für Fahrtkosten zum Arzt, Pflegemittel etc., vor und nahm Verrechnungen mit den erbrachten Pflegeleistungen vor.

Nachdem Verwandte nach dem Verbleib des Geldes fragten, legte die Pflegefachkraft zunächst eine List der Entnahmen vor. Hier nach hätte noch ein verwahrter Betrag von 13.326,51 Euro vorhanden sein müssen. Tatsächlich hatte die Pflegefachkraft das in Verwahrung genommene Geld zur Tilgung eigener Verbindlichkeiten vollständig ausgegeben. Außerdem hatte sie von dieser Patientin ein Darlehen in Höhe von 50.000,00 Euro

erhalten und dieses nicht vereinbarungsgemäß getilgt. Auch in diesem Verhalten habe die Pflegefachkraft ein bestehendes Vertrauensverhältnis zum Nachteil einer Patientin ausgenutzt und so gegen eine wesentliche Berufspflicht verstoßen, so der 8. Senat des Oberverwaltungsgerichts Lüneburg. Ob dieses Verhalten strafrechtlich relevant sein, sei dabei unerheblich.

Dass die Pflegefachkraft den finanziellen Schaden gegenüber der Patientin wiedergutmachtete, sei irrelevant und führe nicht dazu, dass von dem Widerruf abgesehen sei. Einem solchen Wohlverhalten, das maßgeblich unter dem Druck eines schwebenden beruflichen Verfahrens an den Tag gelegt wird, könne regelmäßig kein besonderer Wert beigemessen werden.

Beschluss des Oberverwaltungsgerichts Niedersachsen, Lüneburg, vom 17. Juni 2013, Az.: 8LA 155/12

Quelle Beitrag A.Zimmermann, Health Care Management



11. Gesundheitspflege-Kongress 2013 mit Schülerkongress in Hamburg

15. und 16. November 2013, Hotel Radisson Blu, Marseiller Str. 2, 20355 Hamburg

Der Pflegegipfel im Norden richtet sich an ambulant, stationär, teilstationär tätige Pflegefachkräfte aller Versorgungsbereiche. Darüber hinaus auch an Mitarbeiter/-innen des Stations- und Pflegemanagements und an Lehrer, Lehrende, Studierende und Auszubildende.

Im Rahmen des Kongresses findet wieder eine Posterpräsentation und zum vierten Mal das HeilberufeSCIENCE-Symposium statt, bei dem Ergebnisse wissenschaftlicher Studien aus Theorie und Praxis präsentiert werden.

Bei Teilnahme an den Veranstaltungen erhalten Sie 6 Punkte im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden pro Tag

Schwerpunktt Themen des Kongresses sind u.a.:

- Akademisierung: Studiengänge vs. Erstausbildung
- Neue Rollen, Aufgaben und Kompetenzen von Leitungs Kräften
- Bis 67 fit für die Pflege - älter werden im Beruf
- Demenzsensibel pflegen im Akutkrankenhaus
- Recht und Ethik in der Organspende
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung - was heißt das für Pflegenden?
- Zusammenarbeit in multikulturellen Teams

Kontakt und nähere Info:

andrea.tauchert@springer.com

11. Gesundheitspflege-Kongress Hamburg

SpringerMedizin

Deutscher Pfl egeratag – 23. bis 25. Januar 2014

Maritim proArte Hotel Berlin | Friedrichstraße 151 | 10117 Berlin-Mitte

Der Deutsche Pfl egerat (DPR) organisiert ab Januar 2014 gemeinsam mit Springer Medizin und dem AOK- Bundesverband in Berlin den Deutschen Pfl egeratag. Der Kongress setzt den interdisziplinären Dialog über die Weiterentwicklung der Pflege in den Fokus und schafft damit ein zukunftsweisendes Forum. Das Kongressprogramm richtet sich an: Entscheider in Politik, Wirtschaft und Bildung, Manager innerhalb der Branche, beruflich Pflegenden und pflegende Angehörige. Damit unterstützt Springer Medizin den DPR auf dem Weg zur Selbstverwaltung und beweist sich als innovativer und solider Partner der professionellen Pflege in Deutschland.

Inhalte, u.a.:

Braucht Pflege mehr Reform oder Reform mehr Pflege? • Pfl egedirektion und Stationsleitung: Wenn aus Leiten allmählich Leiden wird • Qualifikationsentwicklung und neue Berufsstrukturen • Aktuelle pflege- und arbeitsrechtliche Aspekte • In der Pflege alt werden - Mitarbeiterbindung • Konflikt als Chance für Veränderung • Qualitätssicherung neuer Wohnformen • Modellprojekte zur verbesserten Versorgung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger auf dem Land • Patientensicherheit • Pflege in Europa - ein Beispiel für Deutschland • Quo vadis, Pflegeausbildung? Strategien gegen den Personalmangel • Kompetenzermittlung und -messung - Was gibt es Neues? • Stationsleitung: Wenn Mangelverwaltung zum Alltag wird • Pflegekammer - Update und Ausblick • Best Practice Modelle zur psychischen Entlastung Pflegenden • Mensch vs. Maschine - Wie groß ist das Entlastungspotenzial von AALs?

Außerdem gibt es an beiden Tagen interessante Workshops und Seminare.

Kontakt und nähere Info: Springer Medizin, Kongresse & Events, Telefon 030/82787-5510, Email: andrea.tauchert@springer.com

Deutscher Pfl egerat e.V.

Deutscher Pfl egeratag 2014

Pflegestammtisch Hessen: Der nächste Termin ist der 05.12.13

Veranstaltungsort ist: Universitätsklinikum Gießen, Wilhelmstrasse 18 (EG Raum 8), 35392 Gießen

Bei den Themen stehen der Austausch und Aktuelles aus der Pflege im Vordergrund. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich

DPV-Jubilare

30 Jahre Mitgliedschaft

Maciejewski, Martina, Niestetal
Pick, Judith, Wendelsheim
Zollandz, Gerd, Stackeden-Elsheim

25 Jahre Mitgliedschaft

Ebbinghaus-Shinoda, Düsseldorf
Meffert, Anna, Neuwied
Petry, Heike, Lich

20 Jahre Mitgliedschaft

Hauptenthal, Stefan, Merzig
Köstler, Doreen, Bensheim
Kühn, Anne-Kathrin, Kirchhain
Veit, Maria, Schöneberg-Kübelberg



Wir bedanken uns für Ihre Treue!

DPV

Hauptgeschäftsstelle

Mittelstraße 1

56564 Neuwied

Telefon: 0 26 31/83 88 -0

Fax: 0 26 31/83 88 -20

E-Mail:

Info@dpv-online.de

Sie finden uns auch im WEB
www.dpv-online.de

Hier finden Sie
viel Interessantes und
Aktuelles.

Für unsere Mitglieder wurde ein
spezieller
Mitgliederbereich
geschaffen und der
Zugriff erfolgt über
das Kennwort:

User:
Mitglied
Kennwort:

Besuchen Sie uns!
Über Ihre
Mitarbeit und/oder
Anregungen
würden wir uns
freuen.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Pflegeverband (DPV);
V.i.S.d.P. Rolf Höfert

Redaktionsanschrift:

Deutscher Pflegeverband (DPV),
Mittelstraße 1, 56564 Neuwied
Tel.: 02631/8388-0
Fax: 02631/8388-20
Internet:
http://www.dpv-online.de
Email: info@dpv-online.de

DPV-Hauptstadtbüro Berlin

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Uwe Kropp, Ev.Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH,
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin,
Tel.: 030/5472 2110
E-mail: kropp.hauptstadtbuero@
dpv-online.de

DPV Service-Point Baden-Württemberg

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Marion Mielsch
E-mail:
marion.mielsch@t-online.de
Fax: 07 735/93 772 429

DPV Service-Point Bayern

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Ivonne Rammoser,
Holzmann Medien GmbH,
Gewerbestr. 2, 86825 Bad Wörishofen,
Tel.: 08247/354 340,
Telefax: 08247 354 4237,
Email: rammoser.servicepoint
bayern@dpv-online.de

DPV Service-Point Berlin-Brandenburg

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Uwe Kropp, EKH,
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin,
Tel.: 0 30/5472 2110
E-mail: kropp.hauptstadtbuero@
dpv-online.de

DPV Service-Point Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Frank Tost
Seniorenpflegeheim Mittelfeld
Am Mittelfelde 100, 30519 Hannover
E-Mail: dpv-point-nieder-
sachsen@kabelmail.de
Tel.: 0 511 / 87 964-119
Fax: 0 511 / 87 964-127

DPV Service-Point Frankfurt

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Annemarie Czerwinski
Bertha-Bagge-Str. 55
60438 Frankfurt
Tel.: 069/761 904
E-mail: amalee@t-online.de
Wichtig: Bitte bei Anfragen als
Betreff „DPV-Anfrage“

DPV Service-Point Hessen

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Karl Heinz Heller
E-mail: kheller@gmx.de

DPV Service-Point Nordrhein-Westfalen

Deutscher Pflegeverband (DPV)
Tel.: 02 631/83 88-0
Fax: 02 631/83 88-20
E-mail: info@dpv-online.de

DPV Service-Point Rheinland-Pfalz

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Ilona Groß
E-mail: ilonagross@web.de

DPV Service-Point Saarland

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Melitta Daschner
Blattstr. 12
66564 Ottweiler

DPV Service-Point für Sachsen

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Brigitte Urban-Appelt
Tel.: 03 514 215 400
Fax: 03 514 245 441
E-mail: b-bau@gmx.de

DPV Service-Point für Thüringen, Sachsen-Anhalt

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Martina Röder
Tel.: 036 331/35 101
E-mail: m.roeder@senioren-
pflege-neanderklinik.de

DPV – ganz nah
und aktuell

KURZ notiert

Gemeinsam sind wir stark!
Jedes Mitglied wirbt ein Mitglied!

DPV – Kompetenz und Leistungen, die auch
Kolleginnen und Kollegen überzeugen!
Fordern Sie Infomaterial an!

