

DEUTSCHER
PFLEGEVERBAND
(DPV) E.V.

In dieser Ausgabe:

- 1 • Editorial
 - Positives Ergebnis der Befragung der bayerischen Pflegekräfte zur Pflegekammer
- 2 • Befragung zur Berliner Pflegekammer kommt
 - Quartiersmanagement: Lebensräume lebenswert gestalten.
 - Hess. Sozialministerium unterstützt bundesweit erste Charta zur Unterstützung pflegender Angestellter
- 3 • Qualitätssicherung unter dem Dach des G-BA
 - Zu viele und inadäquate Medikamente für ältere Patienten
- 4 • Nadelstichverletzung Eine vermeidbare Tragödie – Patientenbeispiel
- 5 • Strafbefehlsanträge nach Vorfällen im AWO-Seniorenzentrum Elversberg
- 6 • Veranstaltungen
 - Jubilare
- 7 • DPV ganz nah
- 8 • Altenpflegemesse Hannover 2014



Ausgabe 1

Januar 2014

Editorial Auf ein Neues!

Liebes Mitglied, liebe Interessierte,

nach dem politischen Jahresendspurt um die Koalitionsverhandlungen hoffen wir für dieses neue Jahr, dass die vereinbarten Vorhaben auch in Gesetzestexte gegossen werden.

Hierzu gehören, insbesondere die rasche Umsetzung des vorliegenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die flankierende bessere Finanzausstattung für die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste.

Auch die im Koalitionsvertrag aufgezeigte Verbesserung der Arbeitssituation für Pflegekräfte in Krankenhäusern mit besonderer Abbildung im DRG System, bedarf vor dem Hintergrund der in den vergangenen Jahren abgebauten Pflegeplanstellen eines dringlichen Schubes.

Die Koalitionäre haben auch verstanden, dass die Schnittstellen zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherungsgesetz harmonisiert werden müssen.

Aus unserer Sicht ist zur perspektivischen Versorgungsqualität ein Berufsgesetz mit neuer Ausbildungsregelung und klarer Kompetenzdefinition für die Pflege überfällig, da dieses bereits im Koalitionspapier 2009 zugesichert wurde.

So hoffen wir, dass wir in ein Jahr mit neuer „Frischepolitik“ gehen.

Der DPV wird sich in Ihrem Sinne weiter für Ihre Belange als Pflegefachkraft und die Bedürfnisse Pflegebedürftiger einsetzen.

Mit herzlichen Grüßen und einem herzlichen Glückauf für das neue Jahr


Rolf Höfert, Geschäftsführer

Bayerns Pflegekräfte pro Pflegekammer – Ergebnis der repräsentativen Umfrage liegt vor

(München) Bayerns Pflegekräfte befürworten die Einrichtung einer Pflegekammer. Dies erklärte die **Bayerische Pflegeministerin Melanie Huml** am 03.12.13 nach der Vorstellung der repräsentativen Umfrage unter den bayerischen Pflegekräften in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. 50 Prozent der Befragten haben sich in der Umfrage für eine Pflegekammer ausgesprochen. 34 Prozent lehnen diese ab und 16 Prozent sind unentschieden oder machten keine Angabe. Huml sagte: „Das Votum der Pflegekräfte zeigt in Richtung Pflegekammer. Die Pflegekammer kann eine Chance für eine noch bessere Interessenvertretung für die Pflege sein. Es ist wichtig, dass alle Beteiligten den weiteren Weg gemeinsam beschreiten. Deshalb lade ich alle Beteiligten ein. Denn nur mit der Unterstützung aller kann den Erwartungen der Pflegenden gerecht werden.“ Eine Pflegekammer wäre eine berufsständische Vertretung der Pflegenden in Bayern, wie es sie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens bereits gibt, z.B. Ärzte- oder Apothekerkammer. Durch Satzungen, die sich die Mitglieder selbst geben werden, regelt die Kammer die ihr durch Ge-

setz übertragenen Angelegenheiten selbst. Hierzu zählt etwa die Fort- und Weiterbildung oder die Berufsaufsicht.

Die Auswertung der Pflegekammer-Umfrage zeigt, dass die Zustimmung zur Pflegekammer umso höher ist, je besser der subjektive Informationsstand der Befragten ist. Bei Umfrageteilnehmern, die ihren Informationsstand als „hoch“ einstufen, liegt die Zustimmung zur Pflegekammer bei 63 Prozent, bei „mittlerem“ Informationsstand beträgt die Zustimmung 53 Prozent und nur noch 41 Prozent bei „niedrigem“ Informationsstand. Pflegeministerin Huml unterstrich: „Je besser die Pflegekräfte informiert sind, desto stärker ist die Zustimmung zur Pflegekammer. Hier sind alle Beteiligten gemeinsam gefordert.“

Die repräsentative Umfrage in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wurde im Auftrag des Bayerischen Gesundheitsministeriums durch die Hochschule für angewandte Wissenschaften München und das Sozialforschungsinstitut TNS Infratest durchgeführt. Der Bericht ist online verfügbar unter http://www.hm.edu/allgemein/aktuelles/news/newsdetail_81537.de.html

Befragung zur Berliner Pflegekammer kommt!

(Potsdam) Alle Berliner Pflegefachpersonen haben 2014 die Chance, die Fremdbestimmung zu beenden. Die Pflegekammer bedeutet Selbstverwaltung und die eigene fachkundige und professionelle Vertretung. Christine Vogler, Landespflegerat Berlin-Brandenburg (LPR), ruft auf: „Stimmen Sie bei der Befragung für die Pflegekammer Berlin! Alle Verbände im LPR stehen geschlossen für dieses Projekt.“

Beim Fachtag „Pflegekammer – ein Modell für Berlin?“ am 02.12.2013 mit 450 Interessierten ging es **Mario Czaja, Senator**

für **Gesundheit und Soziales**, um das Wie der Befragung, nicht um das Ob.

Senator Czaja, Befürworter der Kammer, will die Veranstaltung auswerten – es geht um Methodik und Inhalt der Befragung. Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz, das derzeit auf dem Weg zur Landespflegekammer ganz vorn ist und aus der Befragung in Niedersachsen werden einfließen. Derweil schwindet auch Widerstand. Ver.di wird sich an einer Befragung beteiligen.

Näheres www.lpr-berlin-brandenburg.de



Viele Menschen wollen in ihrer gewohnten Umgebung alt werden, doch oft fehlen die dafür nötigen Angebote. Das Fachmagazin ProAlter zeigt, wie Städte und Gemeinden ihren Bürgern ein Altern zu Hause ermöglichen können.

Quartiersmanagement: Lebensräume lebenswert gestalten

„Kommunen müssen dabei eine stärkere, die Infrastruktur steuernde Rolle übernehmen. Dafür brauchen sie mehr Geld, dafür braucht die Gesellschaft aber auch ein Umdenken“, sagte **Dr. h. c. Jürgen Gohde, Vorstandsvorsitzender des KDA**. In vielen Kommunen fehlen Informationen, wie die Altenhilfeplanung auf eine generationengerechte Quartiersentwicklung ausgerichtet werden kann. Das KDA will vorhandene Informationslücken schließen.

„Kommunale Altenhilfeplanung im Sinne des Quartiersansatzes bedarf einer Haltungsänderung, die nicht von oben verordnet werden kann, sondern in den Kommunen gemeinsam entwickelt werden muss“, erklärte Ursula Kremer-Preiß, Leiterin des Bereiches Wohnen und Quartiersgestaltung im KDA. Dazu sollten die Kommunen zusammen mit den Bürgern ein Leitbild entwickeln, wie sie mit der Alterung der Gesellschaft umgehen wollen.

Für eine nachhaltige Verankerung des

Quartiersansatzes müssten auch die Strukturen der kommunalen Verwaltung weiterentwickelt werden, etwa durch eine ressortübergreifende Zusammenarbeit. Zudem sollten die Mitarbeiter lernen, mit Netzwerken zu arbeiten und Veränderungsprozesse zu steuern. Wichtig sei es auch, Akteure vor Ort zu Verantwortungsgemeinschaften zu vernetzen und die Bevölkerung an Konzepten und ihrer Umsetzung zu beteiligen. Zudem sollte die Kommune einen Quartiersmanager benennen, der Projekte koordiniert, Netzwerke moderiert und die Bewohner des Quartiers aktiviert und informiert.

Das KDA stellt seinen Managementansatz für eine erfolgreiche Quartiersentwicklung in Theorie und Praxis ausführlich in seiner aktuellen ProAlter-Ausgabe vor. Weitere Informationen zur ProAlter-Ausgabe 6/2013 finden Sie auch unter <http://www.kda.de/news-detail/items/proalter-62013-lebensraeume-lebenswert-gestalten.html>

(Köln) Damit Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, wenn sie älter oder pflegebedürftig werden, brauchen sie Unterstützung in den Kommunen. Das erklärte das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). In der aktuellen Ausgabe seines Fachmagazins ProAlter stellt es vor, wie Städte und Gemeinden ihre alternden Bewohner unterstützen und auf den demografischen Wandel zugeschnittene Quartierskonzepte entwickeln können.

Sozialministerium unterstützt bundesweit erste Charta zur Unterstützung pflegender Angestellter

(Frankfurt am Main) Anders als bei der Kinderbetreuung kommt die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erst langsam in der öffentlichen Diskussion an. Dagegen müssen Betriebe und ihre Angestellten, die zu Hause Angehörige pflegen, schon längst mit den Herausforderungen umgehen. Mit B. Braun Melsungen, Commerzbank, Fraport, dem Pharmaunternehmen Merz, Rinn Beton und Naturstein und der Taunus Sparkasse haben sechs große Arbeitgeber in Hessen gemeinsam einen neuen Weg gewählt. Sie wollen mehr öffentliche Aufmerksamkeit für die Doppelbelastung durch Pflege und Beruf schaffen und wirksame Maßnahmen zu einer besseren Vereinbarkeit einführen. Im Schulterchluss mit dem Hessischen Sozialministerium sowie den Co-Initiatoren AOK Hessen, berufundfamilie, Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft und mit Unterstützung vom DGB Hessen-Thüringen und der Vereinigung der hessischen Unternehmerverbände (VhU) haben sich diese Unternehmen der hessischen Initiative „Beruf und Pflege vereinbaren“ angeschlossen. Sie unterzeichneten im November die bundesweit erste Charta zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Damit sind sie auch die ersten Unternehmen in Hessen,

Gruppenbild aller Teilnehmer bei der Veranstaltung „Charta zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in Hessen“



© Katharina Schwerber

die sich hierzu öffentlich bekennen. Erklärtes Ziel ist, dass sich möglichst viele weitere Betriebe anschließen.

Die Ansätze der Initiative „Beruf und Pflege vereinbaren“ umfassen neben der gemeinsamen Charta noch Informationsveranstaltungen für Arbeitgeber und Kompetenztrainings für pflegende Beschäftigte sowie Qualifizierungsmaßnahmen für innerbetriebliche Ansprechpartner („Pflegelotsen“). Die sechs Arbeitgeber und sechs Initiatoren oder Unterstützer wollen auch im Dialog mit anderen Unternehmen, Arbeitnehmern, der Politik und weiteren gesellschaftlichen Gruppen den Prozess anstoßen, tragfähige Lösungen zu entwickeln. Denn schon jetzt sind viele Arbeitgeber davon betroffen, dass ihre Angestellten Beruf und Pflege vereinbaren müssen

Die sechs Unternehmen arbeiten zum Teil schon seit Jahren im Sinne einer zukunftsfähigen Personalpolitik an Möglichkeiten, ihre Beschäftigten zu unterstützen und entlasten, zum Beispiel über flexible Arbeitszeitgestaltung, Fortbildungen und andere Hilfestellungen. Auch schon die Möglichkeit, das Thema Pflege am Arbeitsplatz offen anzusprechen, bringt eine wirksame Entlastung. Diese Form von Enttabuisierung ist ein weiteres Ziel, das die Erstunterzeichner mit der Charta verknüpfen. „Beruf und Pflege vereinbaren – die hessische Initiative“ ist Teil der Seniorenpolitischen Initiative Hessen und wird gefördert aus Mitteln des Landes Hessen und des Europäischen Sozialfonds.

Wer sich der Charta anschließen möchte, erhält hier Informationen:

Frau Dr. Cornelia Seitz, Leiterin der Forschungsstelle im Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft e. V.,

Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister:

„Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist eine Aufgabe, die die Pflegebedürftigen, die pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, den Staat und die Unternehmen betreffen und die nur gemeinsam zu lösen ist. Unternehmen, die sich den Auswirkungen des demographischen Wandels stellen und sich für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege engagieren, übernehmen gesellschaftliche Verantwortung. Sie zeigen zukunftsgerichtetes, wirtschaftliches Denken und Fürsorge gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.“

Info: www.hsm.hessen.de

Qualitätssicherung unter dem Dach des G-BA: Aktuelle Ergebnisse und Perspektiven

(Berlin) Bei der 5. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind in Berlin aktuelle Ergebnisse und Trends bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgestellt worden. Die jährliche Veranstaltung zählte mit mehr als 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Wissenschaft, Fachöffentlichkeit und Praxis zu den zentralen Foren für die Qualitätssicherung (QS) von medizinischen und pflegerischen Leistungen in Deutschland.

„Qualitätssicherung im Jahr 2013 ist nicht mehr ausschließlich Datenlieferant für Fachdiskussionen im geschützten Raum“, sagte **Dr. Regina Klakow-Franck**, unparteiisches Mitglied im G-BA. „Von der Qualitätssicherung unter Federführung des G-BA wird die Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowie die Schaffung einer hinreichenden Markttransparenz als Voraussetzung für einen funktionsfähigen Qualitätswettbewerb erwartet.“

Qualitätssicherung müsse faire, risikoadjustierte Qualitätsvergleiche ermöglichen und datensparsam sein. Deshalb werde künftig bevorzugt auf sogenannte Routinedaten zurückgegriffen. Qualitätsmessung allein reiche allerdings nicht aus, um eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in Gang zu setzen. „Neben harten Zahlen, Daten und Fakten ist deshalb auch die Förderung

von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement durch strukturierten Dialog, Qualitätszirkel und Peer-Review-Verfahren unverzichtbar“, betonte Klakow-Franck.

Für die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** erklärte der Hauptgeschäftsführer, **Georg Baum**, dass die externe stationäre Qualitätssicherung das „Flaggschiff“ der gesetzlich vorgeschriebenen QS bleibe. „Die aktuellen Ergebnisse können sich sehen lassen: Das AQUA-Institut hat den Krankenhäusern in vielen Leistungsbereichen gute bis sehr gute Versorgungsqualität bescheinigt. Besonders hervorzuheben sind die orthopädisch-unfallchirurgischen und die Herzschrittmacher-Leistungsbereiche sowie die Geburtshilfe und Neonatologie.“

Baum bekräftigte, dass die Krankenhäuser sich den Herausforderungen insbesondere bei den Themen Infektionsprävention und Hygiene oder bei der Betrachtung von Langzeitverläufen stellen. Solange die sektorenübergreifende QS aufgrund technischer Hürden noch nicht umsetzbar sei, solle der langfristige Behandlungsverlauf zunächst durch rein stationäre Messzeitpunkte abgebildet werden. „Der G-BA hat bereits entsprechende Beschlüsse für die endoprothetischen Leistungsbereiche Hüfte und Knie sowie die Herzschrittmachereingriffe getroffen. Die Krankenhäuser sind bereit, auch hier eine Vorreiterrolle



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zu übernehmen, wenngleich dies mit hohem technischen und finanziellen Aufwand verbunden ist, der refinanziert werden muss.“ Insgesamt führe aber kein Weg an der sektorenübergreifenden Betrachtung der Qualitätssicherung vorbei.

Dipl.-Med. Hans-Werner Pfeifer, Referatsleiter Qualitätssicherung beim **GKV-Spitzenverband**: „Zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gibt es derzeit keine Alternative. Sie erfasst den Verlauf von Behandlungen und möglichen Folgen – ob im Krankenhaus, beim niedergelassenen Arzt oder im Pflegeheim. Allerdings kann die Qualitätsmessung nur dann funktionieren, wenn alle Versorgungsbereiche die Daten auf einer vergleichbaren Grundlage erfassen. Im ambulanten Sektor sehen wir unter diesem Aspekt nach wie vor erheblichen Handlungsbedarf. Wir fordern daher einheitliche Dokumentationsstandards für alle Bereiche der Patientenversorgung.“

Wolf-Dietrich Trenner, **Patientenvertretung im G-BA**: „Die Qualität der Patientenversorgung müsste im Zentrum jeder Qualitätssicherung stehen. Leider sind die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung extrem undurchlässig.“

Nähere Info: www.g-ba.de

Zu viele und inadäquate Medikamente für ältere Patienten - und die fatalen Folgen

(München) Multimorbidität verlangt Multimedikation. Heißt: Wer viele Krankheiten in sich vereint, bekommt auch viele Medikamente. Zu viele, mahnen die deutschen Geriater während ihres Jahreskongresses. Denn gerade hochbetagte Patienten sind betroffen. „Fünf oder mehr Medikamente an jedem Tag einzunehmen ist im Alter keine Seltenheit. Die große Schwierigkeit besteht darin,

diese Multimedikation jetzt verträglich zu halten oder zu Gunsten der Gesundheit des Patienten zu reduzieren“, sagte Kongresspräsident Professor Hans Jürgen Heppner. Denn eine schwere Nebenwirkung von Multimedikation oder potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) sind Stürze. Viele hochbetagte Patienten haben genau hiervor große Angst – zieht ein Sturz im Alter doch meist

eine signifikante Verschlechterung des Allgemeinzustandes nach sich. „Es gilt Stürze zu vermeiden und so die Sicherheit der Patienten zu erhöhen“ forderte Heppner alle ärztlichen Kollegen auf.

Sowohl die Einweisungen aufgrund von Stürzen älterer Patienten haben in den letzten Jahren zugenommen, als auch die Sturzraten im Krankenhaus selbst. Eine Möglichkeit die Sicherheit der älteren Patienten wieder zu erhöhen, ist die konsequente Reduzierung von inadäquaten Medikamenten (PIM). Wie eine aktuelle Studie zeigt, sind Stürze älterer Patienten im Krankenhaus mit den PIM Tetrazepam, Lorazepam und Zopiclon assoziiert. „Diese Assoziation bedeutet, dass man mit dem Einsatz dieser Wirkstoffe bei älteren Menschen vorsichtig sein sollte“, rät Prof. Wolfgang von Renteln-Kruse, Hamburg, beim Symposium Multimedikation.

Um potenziell inadäquate Medikamente (PIM) bei geriatrischen Patienten zu vermeiden, beziehungsweise richtig zu dosieren, existieren bestimmte Screening-Tools, wie zum Beispiel die PRISCUS-Liste (1, 2). Sie ist speziell an den deutschen Arzneimittelmarkt angepasst und bewertet 83 Arzneistoffe aus 18 Arzneistoffklassen als potenziell inadäquat für ältere Patienten. Allerdings sollte für die PRISCUS-Liste wie auch für internationale Listen noch die Wirksamkeit (Validität) und der Nutzen (Praktikabilität) belegt werden. „Hier setzt aktuell als eine von wenigen Studien das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte LUCAS (Longitudinale Urbane Kohorten Alters-Studie) Teilprojekt 6 an“, erläuterte Prof. Wolfgang von Renteln-Kruse. „Wir warten auf Ergebnisse.“

Stürze aufgrund von Potenziell inadäquater Medikation (PIM)

Eine in diesem Rahmen durchgeführte retrospektive Fall-Kontrollstudie (3) hat die Medikation von 212 „Stürzern“ und 636 „Nicht-Stürzern“ untersucht, um den Zusammenhang zwischen PIM der PRISCUS-Liste und Stürzen zu erfassen. Beide Gruppen „Stürzer“ und „Nicht-Stürzer“ waren hinsichtlich Diagnose, Verweildauer und weiteren Kriterien vergleichbar. „Insgesamt waren die Sturzraten in der Klinik niedrig“, erläuterte von Renteln-Kruse. „Auch der Anteil der PIM an den verordneten Medikamenten war mit 4,1% gering“. Eine Multimedikation (von 5 oder mehr Medikamenten) war nicht mit einem höheren Sturzrisiko assoziiert. Allerdings hatten die „Stürzer“ signifikant häufiger ein

oder mehrere PIM verglichen mit den „Nicht-Stürzern“ (39% vs. 31%) erhalten. Dieser signifikante Unterschied bestand jedoch nicht mehr, wenn man nur die ersten Stürze (Indexstürze) der Patienten betrachtete. Stürze traten häufiger auf, wenn Benzodiazepine wie Tetrazepam, Lorazepam (in niedriger Dosierung) oder die Z-Substanz Zopiclon eingenommen wurden. „Folglich sollte man diese Wirkstoffe mit Vorsicht einsetzen und prüfen, ob eine weniger riskante Alternative verordnet werden kann“, so Renteln-Kruse. Im laufenden Projekt wird geprüft, ob ein PIM-Alert die Zahl von Stürzen senken kann.

Die Partnerschaft mit Hausärzten suchen

„Das Thema viele Medikamente für einen einzelnen Patienten ist auch für Hausärzte extrem wichtig“, betonte Kongresspräsident Heppner. „Multimorbidität ist hausärztlicher Alltag!“ Hier helfen krankheitsspezifische Leitlinien in der Regel nicht weiter, denn sie enthalten meist keine Empfehlungen zur Therapieanpassung bei älteren Patienten. „Daher sollten Hausärzte die Verordnungen ihrer Patienten – auch wenn sie frisch aus dem Krankenhaus entlassen sind – kritisch überprüfen“, rät der Geriater. Patienten oder Angehörige sollten ihren Hausarzt zudem konkret zur Überprüfung ihrer Medikamentenliste auffordern. Entsprechend sollten zu Hause einmal alle Medikamente protokolliert und danach dem Arzt vorgelegt werden.

Dabei ist der MAI (Medication Appropriate Index) sehr wichtig: Es gilt die Medikation zu erfassen, die Angemessenheit zu bewerten und gegebenenfalls eine Intervention im Sinne einer Medikamentenanpassung durchzuführen. Professor Hans Jürgen Heppner erklärt: „Einige Leitfragen dafür sind: Stimmt die Indikation? Braucht der Patient das Medikament wirklich? Denn nach Möglichkeit sollte die Zahl der Arzneimittel begrenzt werden. Wirkt das Medikament so, wie es soll? Stimmt die Dosis? Bestehen Kontraindikationen oder Interaktionen mit anderen Medikamenten?“

Ergänzende Informationen:

www.priscus.net

www.aerzteblatt.de/archiv/77776/Potenzuell-inadaequate-Medikation-fuer-aeltere-Menschen-Die-PRISCUS-Liste

Renteln-Kruse von W et al. (2013) Z Gerontol Geriat (Suppl) 7

Nähere Info: presse@dggeriatrie.de

Nadelstichverletzung: Eine vermeidbare Tragödie – Patientenbeispiel

Leider zählen Nadelstichverletzungen noch immer zu den häufigsten Arbeitsunfällen in Medizin- und Pflegeberufen. Experten schätzen, dass sich jeder Mitarbeiter alle zwei Jahre sticht oder schneidet. Die Folgen können verheerend sein, so wie im Fall von Kurt Wenkenbach* (56), ehemaliger Pflegedienstleiter in einem Altenheim. Beim Recapping einer gebrauchten Insulinkanüle infizierte er sich mit Hepatitis B und Hepatitis C. Der kleine Stich kostete ihn seine physische und psychische Gesundheit und letztlich seine Anstellung. Dabei können Nadelstichverletzungen und deren Folgen durch den konsequenten Einsatz sicherer Instrumente minimiert werden.

Kurt Wenkenbach stach sich im Frühjahr 2001 beim Wiederverschließen an der Kanüle einer Insulinspritze, die er einer Diabetespatientin im Pflegeheim verabreicht hatte. Er empfand den Stich nicht als schlimm, da so etwas bei ihm und Kollegen schon öfter vorkam. Pflichtgemäß meldete Kurt W. die Nadelstichverletzung und unterzog sich den vorgeschriebenen Bluttests. Dann bekam er die Diagnose, die alles veränderte: Chronische Hepatitis B und eine akute Hepatitis C. Als Altenpfleger wusste Kurt Wenkenbach genau, was auf ihn zukam: Abgeschlagenheit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Druck im Oberbauch und Übelkeit waren nur einige der Symp-

ptome. Mehr Sorgen machten ihm die mögliche Entstehung einer Leberzirrhose oder gar Leberkrebs als Spätfolge.

Die Hepatitis von Kurt W. entwickelte sich wie ein typischer Fall über Jahre hinweg. Im Berufsleben kam Kurt W. zunächst weiterhin gut zurecht und bildete sich sogar zum Pflegedienstleiter weiter. Seine Verantwortung im Heim wuchs. Dann machte sich seine Erkrankung immer häu-

DEUTSCHLAND
SAFETY
FIRST!

figer bemerkbar und er wurde weniger belastbar. Ständig war er müde und lustlos und seine Gelenke schmerzten. Der Pflegeheimleitung missfiel dies: Sein Arbeits- und Führungsstil wurden immer wieder kritisiert, Kollegen über ihn ausgefragt, er wurde ständig im Haus versetzt. Damals stellte Kurt W. einen Antrag auf Berufsunfähigkeit. Dieser wurde jedoch mit der Begründung abgelehnt, die Hepatitis sei nicht zweifelsfrei auf die Infektion durch die Heimbewohnerin zurückzuführen. Kurt W. war verzweifelt.

2007 verschlechterten sich Kurt Wenkenbachs Leberwerte dramatisch. Er entschied sich im darauf folgenden Jahr auf Anraten eines Hepatologen zu einer weiteren Therapie, die schwere Nebenwirkungen, wie Atemnot und nächtliches Herzrasen, mit sich brachte. Auch seine alten Gelenksbeschwerden an der Lenden- und Halswirbelsäule und seine Ischiasschmerzen flammten wieder auf. Er war regelmäßig krank. Daraufhin erhielt Kurt W. von der Heimleitung eine Abmahnung und Drohungen, von seinem Posten entlassen zu werden. Kurt W. war diesem Druck nicht gewachsen. Es gelang ihm noch bis zum Oktober 2009, in dem Pflegeheim zu arbeiten. Danach fiel er in eine

Depression. Zwei Jahre später kam es mithilfe einer Rechtsanwältin seines Arbeitgebers zu einer einvernehmlichen Kündigung.

Kurt W. hat sich etwas erholt und ist seit mehr als einem Jahr wenige Stunden pro Woche in einem Büro tätig. Es geht ihm weiterhin streckenweise körperlich und seelisch sehr schlecht. Deshalb entschied er sich dazu, erneut einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeit zu stellen. Im November 2012 wurde Kurt W. schließlich eine kleine Berufsunfähigkeitsrente zugesprochen, die ihm zumindest etwas Sicherheit gibt. Jedoch hat Kurt Wenkenbach bis heute nicht verkraftet, dass er aufgrund eines kleinen Stiches seinen Beruf aufgeben musste und sich sein Leben dramatisch änderte.

Noch immer werden Nadelstichverletzungen bagatellisiert und nicht gemeldet. Kurt Wenkenbach hatte sich schon mehrmals im Leben an gebrauchten Kanülen verletzt und auch seinen Kollegen sind solche Verletzungen nicht unbekannt. Dabei können Nadelstichverletzungen und deren teils tragische Folgen durch den Einsatz sicherer Instrumente signifikant verringert werden. Die mit einem Sicherheitsmechanismus ausgestatteten Instru-

mente machen ein ungewolltes Stechen oder Schneiden nach dem Gebrauch nahezu unmöglich. Sie bieten daher den bestmöglichen Schutz und sollten flächendeckend und konsequent eingesetzt werden. Zudem ist auf eine korrekte Entsorgung scharfer und spitzer medizinischer Instrumente zu achten, eine risikobewusste Arbeitsorganisation und eine sichere Arbeitsumgebung zu etablieren sowie auf den Einsatz persönlich wirksamer Schutzmaßnahmen, wie Impfungen und Schutzhandschuhe, zu achten. Auf diese Weise lassen sich Nadelstichverletzungen nachhaltig vermeiden.

Über SAFETY FIRST! Deutschland

Die Initiative SAFETY FIRST! Deutschland hat es sich zur Aufgabe gemacht, auf die Dringlichkeit und Aktualität des Themas Nadelstichverletzungen aufmerksam zu machen und der Öffentlichkeit Strategien zur Vermeidung von Verletzungen durch spitze und scharfe Instrumente und daraus resultierender Infektionen vorzustellen.

SAFETY FIRST! wird von BD unterstützt.

Nähere Info www.nadelstichverletzung.de

Strafbefehlsanträge nach Vorfällen im AWO-Seniorenzentrum Elversberg

Die Staatsanwaltschaft Saarbrücken hat nach den Vorfällen in dem Seniorenzentrum der AWO in Elversberg gegen zwei beschuldigte Altenpfleger am 21.11.2013 den Erlass von Strafbefehlen beantragt.

Dem älteren der beiden Pfleger werden danach folgende Vorwürfe gemacht:

- ▶ In einem Fall habe er einer Patientin mit Nahrungsentzug gedroht, falls sie sich nicht ruhig verhalte,
- ▶ in einem Fall habe er bei einer Patientin eine Abtragung abgestorbener Hautpartikel vorgenommen, obwohl er dies als Pfleger nicht durfte,
- ▶ in einem Fall habe er an einer Brustwarze einer bettlägerigen Patientin manipuliert, bis aus dieser ein Sekret austrat,
- ▶ in einem Fall habe er einem Patienten ohne dessen Einwilligung und ohne ärztliche Verordnung ein Medikament verabreicht.

Gegen diesen Pfleger wurde der Erlass eines Strafbefehls mit einer Gesamtfreiheitsstrafe von 10 Monaten zur Bewährung beantragt.

Der jüngere der beiden Pfleger wird wie folgt beschuldigt:

- ▶ In einem Fall habe auch er einer Patientin mit Nahrungsentzug gedroht, falls sie sich nicht ruhig verhalte,
- ▶ in einem Fall habe er mit seinem Handy Fotos einer Patientin ohne deren Einwilligung an einen Dritten versandt,
- ▶ in einem Fall habe er einem Patienten ohne dessen Einwilligung und ohne ärztliche Verordnung ein Medikament verabreicht.

- ▶ Außerdem ergab sich gegen diesen Beschuldigten durch einen Zufallsfund der Verdacht einer nicht im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit stehenden Straftat, die ebenfalls Gegenstand des Strafbefehlsantrages ist. Hierzu werden keine weiteren Auskünfte erteilt.

Gegen ihn wurde der Erlass eines Strafbefehls mit einer Gesamtfreiheitsstrafe von 8 Monaten zur Bewährung beantragt.

Weitere Misshandlungen und zunächst bekannt gewordene Vorfälle haben sich nach Abschluss der Ermittlungen nicht hinreichend bestätigt, so dass sich die Strafbefehlsanträge auf die oben genannten Vorfälle in der AWO-Einrichtung beschränken. Insbesondere haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Beschuldigten für Todesfälle unter Patienten verantwortlich sind.

Die Strafbefehle wurden vom Amtsgericht Neunkirchen antragsgemäß erlassen. Sofern die Angeklagten dagegen Einspruch einlegen, wird es möglicherweise zu einer öffentlichen Hauptverhandlung vor dem Amtsgericht Neunkirchen kommen. Die Verurteilungen werden frühestens nach Ablauf der zweiwöchigen Einspruchsfrist rechtskräftig.

Die Staatsanwaltschaft wies ausdrücklich darauf hin, dass das Urteil über die Schuld nur den Gerichten zusteht und dass jemand solange als unschuldig zu gelten hat, wie ihm nicht durch rechtskräftige gerichtliche Verurteilung seine Schuld nachgewiesen ist. (PM 16/2013 Staatsanwaltschaft Saarbrücken)



Deutscher Pfl egetag – 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 egetag. 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.

Kongresseröffnung 23.01.14 – 14.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Andreas Westerfellhaus, Berlin, Präsident Deutscher Pfl egerat

Wenn der Pflege die Puste ausgeht – Gibt es einen politischen Sicherstellungsauftrag?

Moderation: W. van den Bergh, Neu-Isenburg

Ethik statt Monetik – Was können wir noch verantworten?

Dr. Heiner Geißler, Bundesminister a. D.

Podiumsdiskussion: Deutschland und das Pflegedefizitsyndrom

Bild der Pflege in der Gesellschaft: Warum funktioniert die Modernisierung der Pflegeberufe in Deutschland nicht?

Fachkräftemangel: Warum ist er in Deutschland besonders stark ausgeprägt und was sind die Auswirkungen auf die Versorgungssituation

Therapieansätze: Wie können konkurrenzfähige Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen werden?

Teilnehmer: Dr. Heiner Geißler, Bundesminister a.D. (angefragt), Gernot Kiefer, Berlin, Vorstand GKV-Spitzenverband (angefragt), Cornelia Prüfer-Storcks, Hamburg, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz (angefragt), Fritz Schösser, Berlin, Aufsichtsratsvorsitzender AOK-Bundesverband, Prof. Dr. Frank Weidner, Köln/Vallendar, Direktor Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Andreas Westerfellhaus, Berlin, Präsident Deutscher Pfl egerat. Außerdem gibt es an beiden Tagen interessante Workshops und Seminare.

Nähere Info und Programm: Springer Medizin, Kongresse & Events, Telefon 030/82787-5510,

Email: andrea.tauchert@springer.com



zukunftlebensräume

Bauen, Wohnen und Gesundheit im Wandel



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

Save the date!

2. + 3. April 2014
Congress Center Messe Frankfurt

Erste interdisziplinäre Kongressmesse zu den Lebensräumen der Zukunft im Kontext des gesellschaftlichen Wandels.

www.zukunft-lebensraeume.de

Content- und Marketingpartner:



Veranstalter:



DPV-Jubilare

30 Jahre Mitgliedschaft

Brauckschulze, Ellen, Friedberg,
Lohse, Ingeborg, Hamburg,
Mielsch, Marion, Öhningen,
Peters, Angelika, Gillenbeuren,
Richter-Roth, Judith, Laufersweiler,
Wörsdorfer, Karin, Nomborn

25 Jahre Mitgliedschaft

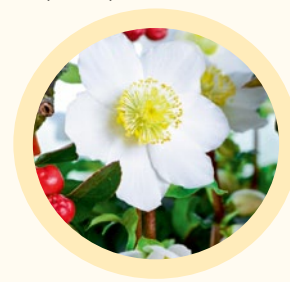
Ackermann-Morsy, Margret,
Ochtendung,

Böhm, Katja, Lebach,
Burnikel, Gabriele, Saarbrücken,
Hargarter, Christoph, Mainz,
Hauk, Astrid, Ensdorf,
Krämer, Renate, Bongard,
Leiner, Anne, Zweibrücken,
Piekarek, Martina, Dreieich,
Späth, Elvira, Burbach

20 Jahre Mitgliedschaft

Schmoll, Silvia, Trier,
Barwitzki, Peter, Frankfurt,
Heim, Katrin, Einhausen,

Schlachter, Dagmar, Bruchköbel,
Zeiske, Erika, Rüsselsheim



Wir bedanken uns für Ihre Treue!

DPV – ganz nah und aktuell

KURZ notiert

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: khheller@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

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

Gemeinsam sind wir stark!
Jedes Mitglied wirbt ein Mitglied!

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



THE PLACE TO BE

700 Aussteller zeigen auf
50.000 qm Ausstellungsfläche
Produkte und Versorgungs-
strukturen für Morgen!

- Möbel und Raumeinrichtungskonzepte
- Gebäudetechnik
- Pflegegeräte und -hilfsmittel,
Mobilitätshilfen
- Ernährung und Hauswirtschaft
- Therapietechnik
- Kommunikationstechnik, Organisation

TO STAY INFORMED
www.altenpflege-messe.de



GEMEINSAM IHRE ZUKUNFT PFLEGEN.



ALTENPFLEGE 2014

Die Leitmesse der Pflegewirtschaft.



Besuchen Sie uns
am DPV-Stand
Halle 25, Stand G61

25. – 27. März – Messe Hannover

FACHAUSSTELLUNGEN
 **HECKMANN** GMBH
UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE AG



VINCENTZ

www.altenpflege-messe.de