

DEUTSCHER  
PFLEGEVERBAND  
(DPV) E.V.

## In dieser Ausgabe:

- 1 • Editorial
  - Mindestpersonalbesetzung in deutschen Krankenhäusern
- 2 • Ausbildung OTA
  - Neuer Bericht: Antibiotikaresistenz ist eine globale Gesundheitsgefahr
- 3 • Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime
  - „Gute Pflege braucht Zeit“
- 4 • Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs startet
  - Notrufsystem zur Sturzerkennung bei Senioren
- 5 • Urteile
  - Anspruch einer Krankenschwester nicht für Nachtschichten eingeteilt zu werden
  - Krankenpflege an Universitätsklinikum keine selbständige Honorartätigkeit
- 6 • Neue Infobroschüre für Pflegekräfte
  - DPV Kooperation mit Anhalt GmbH
- 7 • Fortbildung
  - Jubilare
- 8 • DPV ganz nah



Ausgabe 6

Juni 2014

## Editorial Weltmeisterlich?!

### Liebes Mitglied, liebe Interessierte,

in den nächsten Wochen wird die Fußballweltmeisterschaft in Brasilien die Nation wieder in Spannung versetzen und hoffen lassen, dass Jogi Löw, trotz vieler starker Mitbewerber, mit der Deutschen Nationalmannschaft den Titel holt.

Im Schatten dieser Euphorie ist aber auch das Gesundheitswesen in Deutschland unter Weltmeisterschaftsaspekten zu betrachten.

Deutschland ist Weltmeister im Antibiotikaeinsatz in der Tiermast sowie Weltspitze der Fallzahlen mit operativen Eingriffen am Kniegelenk. In diesem Zusammenhang ist auch die jüngst von der WHO fokussierte hohe Zahl nosokomialer Infektionen und der Antibiotika-Resistenzen zu erwähnen.

In der Effizienz zwischen Ausgaben für Ge-

sundheit gegenüber der Ergebnisqualität landete Deutschland gemäß einer aktuellen Studie der WELT von 24 untersuchten europäischen Ländern auf Platz 17. Auch die international durchgeführte Studie „Registered Nurse for Casting“ (RN4-Cast) führte zu der Erkenntnis, dass in Deutschland aus Zeitmangel pflegerisch notwendige Leistungen nicht durchgeführt werden können. Hier landete Deutschland in einigen Feldern am Ende der Rangskala.

So bleibt uns auf vielen Spielfeldern die Herausforderung guter Strategien und Mannschaftsaufstellungen, um wirklich weltmeisterlich zu sein.

Zunächst aber viel Erfolg unserer Nationalmannschaft!

Mit herzlichen Grüßen



Rolf Höfert, Geschäftsführer

## Mindestpflegepersonalbesetzung in deutschen Krankenhäusern

### Petition mit 52.401 Unterstützern abgeschlossen

(Saarbrücken) Der Deutsche Bundestag möge beschließen, dass den Krankenhäusern genügend Geld zur Verfügung gestellt wird, um ausreichend Pflegepersonal zu bezahlen. Damit dieses Geld nicht für andere Zwecke verbraucht wird, möge der Bundestag eine gesetzliche Mindestbesetzung für den stationären Pflegebereich beschließen.

Wir brauchen solide Kennzahlen, aus denen hervorgeht, wie hoch der Pflegebedarf von Patienten oder bestimmten Fallgruppen ist. Aufgrund von verlässlichen Berechnungsmethoden und validierten Erkenntnissen muss eine qualifizierte Mindestbesetzung mit examinierten Pflegekräften in der stationären Pflege festgelegt werden.

Eine reine Mindestbesetzung zu definieren, ohne die Unterschiede der Pflegeinten-

sität der Patienten zu berücksichtigen, würde sehr wahrscheinlich nur zu einer Festbeschreibung eines unteren Limits führen, so wie es jetzt schon vielfach in Kliniken praktiziert wird.

### Langtext der Petition:

Durch die heutige Finanzierung der Krankenhäuser über die DRGs sieht die personelle Ausstattung der Krankenhäuser so aus:

Es wird nach wirtschaftlichen Gegebenheiten beschlossen, dass für bestimmte gegenfinanzierte Leistungen nur eine bestimmte Anzahl von Pflegekräften finanziert werden kann. Ob diese Zahl stimmt oder einfach nur willkürlich festgesetzt worden ist, lässt sich nicht kontrollieren.

Da die Gruppe der Pflegekräfte die größte Gruppe der Beschäftigten in Krankenhäusern darstellt, hat es den An-

schein, dass in dieser Gruppe immer weiter Personal eingespart werden kann.

Dies ist ein Abwärtstrend, der seit Abschaffung der Pflegepersonalregelung (PPR) kontinuierlich fortgesetzt wird.

Die Arbeit ist heute schon nicht mehr zu schaffen und trotzdem werden immer weiter Pflegestellen abgebaut.

In den meisten Kliniken sind die Zusatzstellen aus dem Pflegestellen-Förderprogramm von 2009 längst wieder abgebaut bzw. wurden erst gar nicht genutzt.

Durch eine gesetzliche Mindestpersonalregelung könnte gewährleistet sein, dass immer ausreichend Personal für eine gute Patientenversorgung zur Verfügung steht.

Ausreichend Pflegepersonal sorgt nachweislich für eine geringere Sterblichkeit, weniger Hygienemängel und kür-

zere Liegedauer der Patienten.

Eine Pflegekraft betreut in Deutschland bis zu 15 Patienten. In Skandinavien z.B. betreut eine Pflegekraft nur 4-6 Patienten.

Bundesweit fehlen mehr als 70.000 Pflegepersonen. Nur durch eine bessere finanzielle

Ausstattung der Krankenhäuser und die dadurch eintretende Verbesserung der Arbeitsbedingungen könnten diese besetzt werden.

Dieses Personal könnte somit auch ohne eigene Gesundheitsgefährdung bis zur Regelaltersgrenze im Berufsleben bleiben.

Somit würden mit einer gesetzlichen Mindestpersonalregelung wiederum die Krankenkassen und Rentenkassen entlastet.

Nähere Info: <https://www.openpetition.de/petition/online/mindestpflegepersonalbesetzung-in-deutschen-krankenhausern>

## Ausbildung von Operationstechnischen Assistentinnen / Assistenten (OTA)

(Berlin) Der Bundesrat hat in seiner 921. Sitzung am 11. April 2014 beschlossen, die Ausbildung von Operationstechnischen Assistentinnen/Assistenten bundeseinheitlich zu regeln und zugleich ihre Finanzierung durch eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu sichern.

Die Nachfrage nach Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten hat in 2012 u. a. dazu geführt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein OTA-/ATA-Expertengremium eingesetzt hat. Da die DKG in diesem Expertengremium die Federführung übernommen hat, hat dieses in der Zeit von Mai 2012 bis März 2014 insgesamt siebenmal in der Geschäftsstelle der DKG getagt. Aufgabe des Expertengremiums war es, im Hinblick auf eine bundeseinheitliche gesetzliche OTA- und ATA-Ausbildungsregelung Vorschläge für die konkrete Ausgestaltung der Ausbildungsinhalte sowie für die

dazugehörigen „Rahmenbedingungen“ (Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung, Finanzierung der Ausbildung, etc) zu erarbeiten. Die Vorschläge des Expertengremiums sollen die Basis für den vom BMG zu erarbeitenden Referentenentwurf eines OTA- und ATA-Berufsgesetzes bilden. Das BMG hat für die laufende Legislaturperiode einen ersten Gesetzentwurf (und das damit verbundene Gesetzgebungsverfahren) in Aussicht gestellt.

Unterdessen hat nunmehr das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) eine Bundesratsinitiative zur bundesrechtlichen Regelung der OTA-Ausbildung, einschließlich deren Finanzierung durch eine Änderung des KHG, auf den Weg gebracht. Aufgrund dieser Bundesratsinitiative wird die Bundesregierung gegenwärtig dazu aufgefordert, eine Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf aus NRW abzugeben.

Nähere Info: Deutsche Krankenhausgesellschaft

## Neuer Bericht: Antibiotikaresistenz ist eine globale Gesundheitsgefahr

(Kopenhagen) Der neue, am 30.04.14 präsentierte Bericht der WHO mit dem Titel „Antimikrobielle Resistenz: Globaler Bericht über Surveillance-Maßnahmen“ enthält die bisher weltweit umfassendste Darstellung zum Thema Antibiotikaresistenz, die auf Daten aus 114 Ländern basiert. Die Ergebnisse belegen, dass in allen WHO-Regionen Resistenzen gegen Antibiotika auftreten, namentlich gegen sog. Reserve-Antibiotika. Sie zeigen auch die Defizite in den Surveillance-Systemen auf und verdeutlichen die Notwendigkeit eines standardisierten Ansatzes für die Verfolgung und Beobachtung dieses Phänomens.

Antibiotika sind Medikamente, die zur Behandlung von bakteriellen Infektionen wie Tuberkulose, Blutinfektionen und Lungenentzündung eingesetzt werden. Sie töten die Bakterien oder hindern sie an der Ausbreitung. Antibiotikaresistenzen entstehen, wenn Bakterien sich zum Schutz vor Antibiotika verändern.

### Ergebnisse in der Europäischen Region der WHO

Aus dem Bericht geht eine in allen Teilen der Region weite Verbreitung von Resistenzen gegenüber Cephalosporinen der dritten Generation bei *Klebsiella pneumoniae* hervor. Diese Cephalosporine werden oft als Alternative zu Penicillin für die Behandlung von Lungenentzündungen, Hals-

entzündungen durch Streptokokken, Staphylokokkeninfektionen, Tonsillitis, Bronchitis und Gonorrhö eingesetzt.

In manchen Bereichen weisen bis zu 60% der Infektionen mit „*Staphylococcus aureus*“ (die meist Hautinfektionen und Atemwegserkrankungen hervorrufen) Resistenzen gegen Methicillin auf, so dass hier die Behandlung mit den gängigen Antibiotika nicht wirkt.

In dem Bericht wird auch darauf hingewiesen, dass zwar die meisten Länder der Europäischen Union über gut funktionierende nationale und grenzüberschreitend operierende Systeme zur Verfolgung von Antibiotikaresistenzen verfügen, dass aber die Länder in anderen Teilen der Europäischen Region der WHO solche Surveillance-Systeme dringend auf- bzw. ausbauen müssen.

### Aktivitäten in der Europäischen Region der WHO

Das WHO-Regionalbüro für Europa und seine Partnerorganisationen unterstützen die Länder außerhalb der EU durch das neu eingerichtete Surveillance-Netzwerk für antimikrobielle Resistenzen in Zentralasien und Osteuropa (CAESAR). Die Zielsetzung besteht darin, ein Netzwerk nationaler Surveillance-Systeme zur Überwachung von Antibiotikaresistenzen in allen Ländern der Europäischen Region einzurichten und eine standardisierte Da-

tenerhebung einzuführen, die vergleichbare Informationen liefert.

Dies ist eine der Maßnahmen zur Umsetzung des 2011 von den Mitgliedstaaten in der Europäischen Region angenommenen Strategischen Aktionsplans zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen. Er umfasst folgende sieben Handlungsfelder:

- ▶ Stärkung der sektorübergreifenden Koordination auf nationaler Ebene;
- ▶ Stärkung der Surveillance antimikrobieller Resistenzen;
- ▶ Stärkung der Surveillance und Förderung der Aufsichtsfunktion in Bezug auf den Einsatz antimikrobieller Mittel;
- ▶ Stärkung der Surveillance von Resistenzen gegen antimikrobielle Wirkstoffe und ihres Einsatzes in der Tiermast;
- ▶ Stärkung der Infektionsbekämpfung und der Aufsichtsfunktion über antimikrobielle Resistenzen in Gesundheitseinrichtungen;
- ▶ Förderung von Forschung und Innovation in Bezug auf neue Arzneimittel und Technologien;
- ▶ Gewährleistung der Patientensicherheit und Schärfung des Bewusstseins für den Antibiotikagebrauch und antimikrobielle Resistenzen.

Nähere Info: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/pages/news/news/2014/04/new-report-antibiotic-resistance-a-global-health-threat>

## Bekämpfung antibiotika-resistenter Keime: MRSA-Sanierungsbehandlung in der häuslichen Krankenpflege künftig GKV-Leistung

(Berlin)– Die ambulante MRSA-Eradikationstherapie (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus-Sanierung) kann künftig im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für bestimmte Patientengruppen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Einen entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gefasst.

„Die künftig verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zur Beseitigung von MRSA können bei Menschen mit bestimmten Risikofaktoren zur Anwendung kommen, obwohl sie noch keine Krankheitssymptome aufgrund einer MRSA-Besiedelung aufweisen, es also noch nicht zur Infektion gekommen ist. Je nachdem, welche Maßnahmen der ärztliche

Sanierungsplan vorsieht, handelt es sich zum Beispiel um antiseptische Behandlungen der Nase, besiedelter Wunden oder der Haut“, sagte Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA.

Staphylokokken sind häufig vorkommende Bakterien, die regelmäßig auf der Haut gesunder Menschen zu finden sind, jedoch auch in den Körper eindringen und Infektionen verursachen können. Der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus hat Abwehrmechanismen gegen Antibiotika entwickelt und ist daher schwer behandelbar.

Für gesunde Menschen ist eine Besiedelung mit MRSA zunächst ungefährlich. Wenn aber bestimmte Risikofaktoren vorliegen, wie beispielsweise chronische Wun-

den, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Erkrankung beziehungsweise die Verschlimmerung bestehender Krankheiten die Folge. Dazu können Hautinfektionen, Muskelerkrankungen und – bei schweren Verlaufsformen – auch lebensbedrohliche Krankheiten wie Lungenentzündungen oder Blutvergiftungen zählen.

Hintergrund der Entscheidung ist das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) aus dem Jahr 2012, mit dem der Gesetzgeber den G-BA beauftragt hatte, Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Sanierung von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) zu regeln.

Nähere Info: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## Hermann Gröhe: „Gute Pflege braucht Zeit“

### Abschlussbericht zur Vereinfachung der Pflegedokumentation veröffentlicht

(Berlin) Viele Pflegekräfte, aber auch Angehörige von Pflegebedürftigen sind unzufrieden mit dem Umfang des bürokratischen Aufwands in der Pflege. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege finanziell unterstützt. Der Abschlussbericht des Projekts „Praktische Anwendung des Strukturmodells Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ liegt nun vor.

**Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe:** „Gute Pflege braucht vor allem eins: Zeit. Wir müssen die bürokratischen Anforderungen für die Pflegekräfte deshalb auf das Maß reduzieren, das zur Qualitätssicherung wirklich notwendig ist. Die Ergebnisse des Modellprojekts zeigen, wie das gelingen kann. Nun geht es darum, die Erfahrungen aus dem Projekt in die Fläche zu tragen. Ich freue mich über die große Bereitschaft aller Beteiligten, den begonnenen Prozess fortzusetzen.“

Im Rahmen des Projekts haben 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste Modellbögen für eine einfachere Dokumentation im praktischen Alltag getestet. Das Konzept einer veränderten Dokumentationspraxis war zuvor von der Ombudsfrau für Entbürokratisierung in der Pflege, Elisabeth

Beikirch, zusammen mit Fachleuten aus Praxis und Wissenschaft sowie juristischer Expertise entwickelt worden.

Ziel des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts war, Vorschläge zum Abbau von Bürokratie in der Pflegedokumentation zu finden. Im Mittelpunkt stand dabei die Praxistauglichkeit. Auf der Grundlage des im Projekt erarbeiteten Strukturmodells zum Aufbau einer Pflegedokumentation einschließlich des Konzepts zur praktischen Umsetzung kann der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Mit diesem Vorgehen haben die vielen engagierten Partnerinnen und Partner einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege geleistet. Nun muss die begonnene Arbeit fortgeführt werden. Weitere Umsetzungsschritte sind momentan mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, und in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit in Vorbereitung. Dabei wird die Umsetzung einer umfassenden Implementierungsstrategie auf Bundes- und Landesebene vorbereitet.

Den Abschlussbericht finden Sie unter: [www.bmg.bund.de/Effizienzsteigerung\\_der\\_Pflegedokumentation](http://www.bmg.bund.de/Effizienzsteigerung_der_Pflegedokumentation)

## Hintergrund:

### Beispiele für eine vereinfachte Pflegedokumentation

- Künftig sollen Pflegeeinrichtungen z. B. in der Grundpflege nur noch Ereignisse bzw. Leistungen dokumentieren, die von der Pflegeplanung abweichen. Eine Dokumentation von Routinetätigkeiten der Grundpflege entfällt damit.
- Die Pflegeplanung basiert auf einer sogenannten „strukturierten Informationssammlung“. Waren dafür bisher 13 Themenfelder beim Pflegebedürftigen überprüft worden, werden es demnächst nur noch fünf sein.

Quelle: GKV-Spitzenverband

## Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs startet

(Berlin) Der **Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe** hat dem GKV-Spitzenverband im April die Zustimmung zur Durchführung von zwei Modellprojekten gegeben. Sie dienen der wissenschaftlichen Erprobung und Überprüfung eines neuen Begutachtungsverfahrens, das mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in dieser Legislaturperiode eingeführt wird.

**Hermann Gröhe:** „*Verbesserungen in der Pflege sind ein Schwerpunkt dieser Bundesregierung. Deshalb werden wir die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen schon zum 1. Januar 2015 deutlich verbessern. Ich habe dem Spitzenverband der Pflegekassen „grünes Licht“ für den Start einer Erprobungsphase für die umfassende Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gegeben. Damit stellen wir sicher, dass die Verbesserungen auch tatsächlich bei den Pflegebedürftigen ankommen.*“

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat am 27. Juni 2013 seinen Bericht vorgelegt. Darin ist vorgesehen das bisherige System der drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade zu ersetzen. Dadurch kann dem individuellen Unterstüt-

zungsbedarf aller Pflegebedürftiger besser Rechnung getragen werden. Neben körperlichen Einschränkungen werden auch Einschränkungen einbezogen, die etwa bei Demenzerkrankten häufig vorkommen.

Das neue Begutachtungsverfahren soll in zwei Modellprojekten auf seine Alltags-tauglichkeit und Wirkung getestet werden. Dazu werden zunächst Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) geschult. Ab dem Sommer 2014 werden sie in allen Bundesländern insgesamt rund 4000 Begutachtungen durchführen.

### Die Modellprojekte im einzelnen:

In der ersten Studie geht es um die **Praktikabilität des neuen Begutachtungsverfahrens**. In allen Bundesländern werden insgesamt rund 2.000 Begutachtungen in Pflegeeinrichtungen und bei der Pflege zu Hause vorgenommen. Begutachtet wird nach den alten und neuen Regeln. Ziel ist ein repräsentatives Abbild des Begutachtungsgeschehens zu gewinnen, Fragen zur Gestaltung des Umsetzungsprozesses und zur Akzeptanz bei den Versicherten zu beantworten und aktuelle Erkenntnisse über die Verteilung der Pflegebedürftigen in den neuen Pflegegrade zu erhalten. Die

Studie wird vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes koordiniert und von der Hochschule für Gesundheit in Bochum wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

Im Rahmen einer zweiten Studie soll ermittelt werden, **welchen Versorgungsaufwand die neuen Pflegegrade in stationären Pflegeeinrichtungen auslösen**. Begutachtet werden ca. 2.000 Pflegebedürftige aus rund 40 Pflegeheimen in verschiedenen Bundesländern. Dazu wird jeweils erhoben, welcher zeitliche Aufwand mit der Erbringung der konkreten Pflegeleistungen verbunden ist. Die Studie wird von der Universität Bremen (Prof. Dr. H. Rothgang) durchgeführt.

Der GKV-Spitzenverband wird zu den beiden Vorhaben einen gemeinsamen Projektbeirat bilden, in dem Bund, Länder, Verbände und Wissenschaftler vertreten sind.

Die Ergebnisse der Begutachtungen sollen Anfang 2015 vorliegen. Auf der Grundlage der Ergebnisse werden dann die gesetzgeberischen Arbeiten zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beginnen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll noch in dieser Wahlperiode eingeführt werden.

## Die Westfälische Hochschule entwickelt ein Notrufsystem zur Sturzerkennung bei Senioren

Eine „Uhr“ soll den Sturz erkennen und die Hilfskette auslösen.

(Gelsenkirchen) Viele Senioren wollen so lange wie möglich eigenständig und in dem ihnen vertrauten Wohnumfeld leben. Diesem Wunsch stehen jedoch oft mit zunehmendem Alter Beeinträchtigungen entgegen, was zu Notfällen etwa infolge eines unbemerkten häuslichen Unfalls, einer Ohnmacht, eines Schlaganfalls oder eines Herzinfarkts führen kann. Solche Situationen bereiten nicht nur den Betroffenen, sondern auch den Angehörigen Sorge. Und die ist nicht unbegründet, denn mehr als drei Viertel aller häuslichen Unfälle mit Todesfolge gehen bei den über 65-Jährigen auf Stürze zurück. Im Jahr 2012 waren dies, so das statistische Bundesamt, 6.245 Tote.

An der Westfälischen Hochschule arbeitet derzeit in der Mikrosystemtechnik ein Team unter der Leitung von Prof. Dr. Udo Jorczyk daran, „eine einfache und preiswerte Lösung zur Sturzüberwachung von Senioren und hilfsbedürftigen Menschen zu entwickeln“. Die Lösung sieht aus wie eine Armbanduhr, ist aber mehr, nämlich eine mit Zusatzsensoren bestückte Funk-Mikroprozessor-Uhr: Ein Sturzsensor reagiert auf „ungewöhnliche Beschleunigung“ und gibt Alarm. Den kann der Senior dann wieder wegdrücken, wenn er beispielsweise nur versehentlich mit der Uhr an die Tür geschlagen ist. Doch anders als bei Notrufsystemen, die mit einem Notknopf aktiv ausgelöst werden müssen,

funktioniert die „GeroMon“ (von gerontologischem Monitoring) genannte Notruf-Uhr genau andersherum: Der Alarm bleibt bestehen, wenn er nicht aktiv weggedrückt wird, beispielsweise, weil die GeroMon-Nutzer dazu gar nicht mehr in der Lage sind. Ein bleibender Alarm löst dann die Hilfskette aus.

Die Anschaffungskosten für die Uhr und den notwendigen Empfänger sollen unter zweihundert Euro liegen. Hinzu kommen die Kosten für die Rufbereitschaft. Die kann dabei auch nur darin bestehen, einem Angehörigen automatisiert eine SMS, eine E-Mail oder eine Voice-Mail zu schicken. Technisch erforderlich ist dazu eine Telefon-, DSL- oder Mobilfunk-Verbindung. Im nächsten Entwicklungsschritt soll GeroMon nicht nur einen Sturz, sondern auch langsames Zu-Boden-Sinken erkennen können, wie es etwa bei einem Herzinfarkt vorkommen kann. Auch in diesem Fall soll ein Hilferuf abgesetzt werden. „Im Moment arbeiten wir an der Sensorlösung, anhand derer die Uhr den Vorgang des Zu-Boden-Gleitens technisch erkennt“, so Mitarbeiter René Rettkowski.

Abgesehen vom Einsatz im privaten Umfeld kann das Überwachungssystem mit einem zusätzlichen Computerprogramm auch zur Unterstützung von Pflegekräften in der Patientenüberwachung in Seniorenheimen oder Krankenhäusern genutzt werden. Die

Installation von teurer Kameratechnik wird damit entbehrlich.

Aufgrund des demografischen Wandels und der steigenden Lebenserwartung wird die Anzahl der Senioren über 65 Jahren von gegenwärtig rund einem Viertel bis 2060 auf voraussichtlich knapp die Hälfte der deutschen Bevölkerung steigen, so das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Schon heute lebt nach den Angaben des statistischen Bundesamtes rund ein Drittel der Senioren in Einpersonenhaushalten, Tendenz: steigend. „Wir gehen daher von einer großen möglichen Nutzergruppe unserer Anwendungsentwicklung aus der Mikroelektronik der Westfälischen Hochschule aus“, so Jorczyk.

Studierende der Mikro- und Medizintechnik an der Westfälischen Hochschule erproben den Prototyp des Sturzerkennungssystems „GeroMon“.



Foto: WH/RR

## Anspruch einer Krankenschwester, nicht für Nachschichten eingeteilt zu werden

(Erfurt) Kann eine Krankenschwester aus gesundheitlichen Gründen keine Nachschichten im Krankenhaus mehr leisten, ist sie deshalb nicht arbeitsunfähig krank. Sie hat Anspruch auf Beschäftigung, ohne für Nachschichten eingeteilt zu werden.



Die Beklagte betreibt ein Krankenhaus der sog. Vollversorgung mit etwa 2.000 Mitarbeitern. Die Klägerin ist bei der Beklagten seit 1983 als Krankenschwester im Schichtdienst tätig. Arbeitsvertraglich ist sie im Rahmen begründeter betrieblicher Notwendigkeiten zur Leistung von Sonntags-, Feiertags-, Nacht-, Wechselschicht- und Schichtarbeit verpflichtet. Nach einer Betriebsvereinbarung ist eine gleichmäßige Planung u.a. in Bezug auf die Schichtfolgen der Beschäftigten anzustreben. Das

Pflegepersonal bei der Beklagten arbeitet im Schichtdienst mit Nachschichten von 21.45 Uhr bis 6.15 Uhr. Die Klägerin ist aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, Nachtdienste zu leisten, weil sie medikamentös behandelt wird.

Nach einer betriebsärztlichen Untersuchung schickte der Pflegedirektor die Klägerin am 12. Juni 2012 nach Hause, weil sie wegen ihrer Nachtdienstuntauglichkeit arbeitsunfähig krank sei. Die Klägerin bot demgegenüber ihre Arbeitsleistung - mit Ausnahme von Nachtdiensten - ausdrücklich an. Bis zur Entscheidung des Arbeitsgerichts im November 2012 wurde sie nicht beschäftigt. Sie erhielt zunächst Entgeltfortzahlung

und bezog dann Arbeitslosengeld.

Die auf Beschäftigung und Vergütungszahlung für die Zeit der Nichtbeschäftigung gerichtete Klage war beim Zehnten Senat des Bundesarbeitsgerichts, ebenso wie in den Vorinstanzen, erfolgreich. Die Klägerin ist weder arbeitsunfähig krank noch ist ihr die Arbeitsleistung unmöglich geworden. Sie kann alle vertraglich geschuldeten Tätigkeiten einer Krankenschwester ausführen. Die Beklagte muss bei der Schichtenteilung auf das gesundheitliche Defizit der Klägerin Rücksicht nehmen. Die Vergütung steht der Klägerin unter dem Gesichtspunkt des Annahmeverzugs zu, weil sie die Arbeit ordnungsgemäß angeboten hat und die Beklagte erklärt hatte, sie werde die Leistung nicht annehmen.

Bundesarbeitsgericht: Urteil vom 9. April 2014 - 10 AZR 637/13 -  
Vorinstanz: Landesarbeitsgericht Berlin-Brandenburg: Urteil vom 30. Mai 2013 - 5 Sa 78/13 -

## Krankenpflege im Universitätsklinikum keine selbständige Honorartätigkeit

**Das Sozialgericht Dortmund hat rechtskräftig entschieden: Die Tätigkeit einer Fachkrankenschwester in einem Krankenhaus stellt eine abhängige Beschäftigung dar, die der Sozialversicherungspflicht unterliegt, wenngleich eine freiberufliche Honorartätigkeit vereinbart wurde.**

(Dortmund) Die Tätigkeit einer Fachkrankenschwester für Anästhesie in einem Krankenhaus stellt trotz Vereinbarung von freiberuflicher Honorartätigkeit eine abhängige Beschäftigung dar, die der Sozialversicherungspflicht unterliegt.

Dies entschied das Sozialgericht Dortmund im Falle einer Fachkrankenschwester aus Bochum, die mit dem Universitätsklinikum Essen eine Tätigkeit als Honorarkraft zu einem Stundensatz von 45,00 Euro vereinbart hatte. Auf der Basis dieser Vereinbarung arbeitete die Pflegerin regelmäßig von 7.00 bis 15.30 Uhr in dem Krankenhaus, überwiegend im Aufwachraum.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund ging im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens von einer abhängigen Beschäftigung aus und stellte die Sozialversicherungspflicht der Tätigkeit fest.

Die hiergegen von der Fachkrankenschwester erhobene Klage

hatte keinen Erfolg. Das Sozialgericht Dortmund bestätigte die Entscheidung der DRV Bund. Es liege nach den tatsächlichen Gegebenheiten eine abhängige Beschäftigung vor. Die Klägerin habe ihre Tätigkeit nach Weisungen der pflegerischen Leitung und angestellter Ärzte erbracht. Sie sei in die Arbeitsorganisation des Universitätsklinikums und in das Patientenmanagement des Aufwachraums eingegliedert gewesen. Sie habe Arbeitsmittel und Dienstkleidung des Klinikums verwendet. Mit der Eintragung in den Dienstplan habe die zeitliche Verfügungsfreiheit der Klägerin geendet. Soweit der Honorarvertrag die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und ein Urlaubsgeld ausschließe, komme dem keine maßgebliche Bedeutung zu.

Sozialgericht Dortmund, Urteil vom 29.10.2013, Az.: S 25 R 2232/12, rechtskräftig

<http://www.justiz.nrw.de>

## Neue Infobroschüre für Pflegekräfte: Risiko Berufsunfähigkeit – Wenn Pflegen krank macht

Der Pflegeberuf ist anspruchsvoll und anstrengend für Körper und Psyche. Viele Pflegekräfte können oder wollen den Beruf daher nicht bis zur Rente ausüben. In Zusammenarbeit mit renommierten Pflegeexperten klärt das Vergleichsportal [finanzen.de](http://finanzen.de) in seiner neuen Informationsbroschüre „Risiko Berufsunfähigkeit – Wenn Pflegen krank macht“ über mögliche Präventionsmaßnahmen auf, die Pflegekräfte vor den typischen Berufskrankheiten bewahren können. Außerdem werden die finanziellen Vorsorgemöglichkeiten und deren Probleme aufgezeigt.

Die Broschüre fasst die typischen Risiken des Pflegeberufes zusammen, zeigt aber auch auf, wie Krankheit und Berufsunfähigkeit bei Pflegekräften frühzeitig verhindert werden können. Der Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes e. V. (DPV), Rolf Höfert, hat für die Infobroschüre das Vorwort verfasst und weist hier noch einmal auf die Bedeutung gesunder und motivierter Pflegekräfte hin.

Die an der Broschüre beteiligten Experten machen deutlich, dass die gesundheitliche Prävention und ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement eine „Pflege am Limit“ verhindern können, und dass es absolut sinnvoll ist, sich frühzeitig und langfristig um die Menschen zu bemühen, die dauerhaft eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleisten sollen.

Nur wenn die finanzielle Absicherung der Pflegenden und deren Gesundheitsprävention in der Zukunft einen höheren Stellenwert erlangen, werden sich künftig mehr Menschen für den Pflegeberuf entscheiden und die vorhandenen Fachkräfte möglichst langfristig in ihrem Beruf arbeiten können, um den Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die neue Infobroschüre von [finanzen.de](http://finanzen.de) zeigt, was Pflegedienstleister für die Gesundheit ihrer Belegschaft tun können und wieso Pflegekräfte ihre wertvolle Arbeitskraft möglichst frühzeitig mit einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung absichern sollten.



Risiko Berufsunfähigkeit  
**WENN PFLEGEN KRANK MACHT**



Hrsg. [finanzen.de](http://finanzen.de)

Den Link zur Broschüre finden Sie unter:  
<http://www.dpv-online.de/aktuelles.htm>

## Kooperation mit der Anhalt GmbH

Seit Mai ist die Anhalt GmbH Kooperationspartner des DPV. Für unsere Mitglieder bedeutet das:

**10% Rabatt** auf alle  
Pflegeartikel bei [guenstiger-pflegen.de](http://guenstiger-pflegen.de)  
Und Kosmetik- und Sportprodukte bei [www.bellasan.de](http://www.bellasan.de)

Um den Rabatt zu erhalten, müssen Sie vor Abschluss der Bestellung einen Code in das dafür vorgesehene Feld eintragen. Den Code finden Sie im Mitgliederbereich auf der Homepage des DPV.

Die Anhalt GmbH ist ein kompetenter Partner für die ambulante und stationäre Pflege. Der Firmensitz des 1991 gegründeten Familienunternehmens ist in Flörsheim-Dalsheim bei Worms an der deutschen Weinstraße. Unternehmensschwerpunkte liegen in den Bereichen Pflege, Gesundheit und Wellness.



Latex Handschuhe S,M,L,XL



Sterillium Handdesinfektion



Die Anhalt GmbH ist Vertragslieferant aller Pflege- und Krankenkassen. Zuverlässige Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ist das wichtigste Anliegen des Unternehmens. Die Anhalt GmbH entwickelt und produziert Eigenprodukte für den Pflegebereich wie z. Bsp.: Bellasan-Sept-Handhygiene ohne Alkohol - oder Pflegediensttaschen in groß und klein mit extra Schlüsselmäppchen. Selbstverständlich gehören Einmalhandschuhe, Inkontinenzartikel, Blutdruckmessgeräte auch zum Komplettprogramm „Pflege“.

## Fortbildung

der Deutsche Pflegeverband DPV und die Neanderklinik Harzwald GmbH laden Sie herzlich ein zur 39. Pflegefachtagung nach Harztor, OT Ilfeld!

**WO?** Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe der Neanderklinik

Neanderplatz 4  
99768 Harztor OT Ilfeld

**WANN?** 17. Juni 2014  
9:00 - 15:00 Uhr

# Update - Demenz

*„Aktuelles und Bewährtes aus der Versorgung Demenzkranker“*



Themen u.a.:

Lebensqualität in der Altenpflege „messen“: Wozu das? Und: Wie geht das?

„H.I.L.D.E., Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker - Aufbau, Anwendung, Implementierung

Erfahrungsbericht zur Implementierungsphase des HILDE Projektes in der Neanderklinik „Harzwald“ GmbH

Medikamentöse Therapie bei Demenzerkrankungen

„Weglauf/Hinlauffendenzen“ technische Hilfsmittel

Tagungsgebühr

DPV-Mitglied 60,00 €

Nicht-Mitgl. 70,00 €

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

Deutscher Pflegeverband (DPV) e.V.

Mittelstraße 1

56564 Neuwied

Fax: (02631) 8388-20

www.dpv-online.de

Bei Teilnahme an der Veranstaltung  
erhalten Sie 6 Punkte  
im Rahmen der Registrierung  
beruflich Pflegender pro Tag

## DPV-Jubilare

### 40 Jahre Mitgliedschaft:

Wühle, Ingrid, Frankfurt

### 30 Jahre Mitgliedschaft:

Heller, Karl-Heinz, Pohlheim  
Stützer, Elke, Weißenborn

### 25 Jahre Mitgliedschaft:

Blasek, Jutta, Bad Soden-Salmünster

Kump, Maria, Alzey

Zindorf, Anna-Maria, Niederwerth

### 20 Jahre Mitgliedschaft

Brambilla, Renate, Kaisersesch

Christoph, Stefanie, Herschweiler

Erb, Juliane, Trebur-Astheim

Schmitz, Michael, Alfter

Scholl, Elke, Niederbreitbach

Wortig, Andrea, Neuwied



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

#### 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 – 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!

