

DEUTSCHER
PFLEGEVERBAND
(DPV) E.V.

In dieser Ausgabe:

- 1 • Editorial
 - Daten zu nosokomialen Infektionen
- 2 • Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
 - Kabinett beschloss Entwurf des 1. Pflegestärkungsgesetzes
- 3 • Rekordschaden bei Krankenkassen nach Abrechnungsbetrug
- 4 • Studie der Uni Heidelberg zum Umgang älterer Pflegekräfte mit den Belastungen des Alltags
 - Schmerzmedizinische Versorgung stärken
- 5 • Mehr Sicherheit für Patienten in Klinik u. Praxis
 - Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung
- 6 • Paritätischer fordert Ende der Minutenpflege: Expertise belegt chronische Unterfinanzierung der ambulanten Pflege
- 7 • Bericht Veranstaltung 03.06. in Essen
 - Urteil Bundesgerichtshof
- 8 • Mediz. u. pflegerische Versorgung auf dem Land
 - Bericht 38. Pflegefachtagung in Ilfeld
- 9 • DPV im Bremer Pflegerat
 - DPV in der BAY.ARG
 - DPV auf Facebook
 - Startschuss für „Pflege braucht Helden“
- 10 • Fortbildung
 - Jubilare
- 11 • DPV ganz nah
- 12 • Den DPV empfehlen, Geldprämie erhalten!



Ausgabe 7/8

Juli/August 2014

Editorial Politische Halbzeitpause 2014!

Liebes Mitglied, liebe Interessierte,
in den ersten 6 Monaten dieses Jahres können wir einige Positiverkenntnisse politischer Realisierung unserer jahrelangen Forderungen verbuchen.

Die Bundesregierung und insbesondere das Bundesgesundheitsministerium haben mit der Umsetzung zur Vereinfachung der Pflegedokumentation, dem Start der Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem jüngst vorgelegten Pflegestärkungsgesetz 2015 wesentliche Module des Koalitionsvertrages umgesetzt. Die bisherigen Maßnahmen widmen sich vornehmlich der stationären Alten-

pflege und ambulanten Pflege. Dringender Handlungs- bzw. Entscheidungsbedarf besteht jedoch bezüglich der Pflegepersonalsituation und Refinanzierung in den Krankenhäusern. Auch das Berufsgesetz Pflege muss baldigst realisiert werden.

So steht nach der parlamentarischen Sommerpause ab September noch sehr viel auf der Agenda.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer und hoffentlich gute Erholung, im verdienten Urlaub, vom Pflegealltag.

Mit herzlichen Grüßen



Rolf Höfert, Geschäftsführer

Bekanntgabe gem. § 10 der DPV Satzung

Die diesjährige **Mitgliederversammlung des Deutschen Pflegeverbandes** findet am **07. Oktober 2014** von **11.00 bis 15.00 Uhr** in der **Neanderklinik Harzwald GmbH, Neanderplatz 4, 99768 Harztor, OT Ilfeld** (Tagungsraum ist ausgeschildert) statt.
Einladung folgt in Pflege konkret 09/14

Daten zu nosokomialen Infektionen: Sonderauswertung im Auftrag des G-BA abgeschlossen und veröffentlicht

(Berlin) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22.05.2014 in Berlin die Veröffentlichung einer Auswertung von Qualitätsdaten zu nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern veranlasst, die in Kürze auf den Internetseiten des AQUA-Instituts (Institution nach § 137a SGB V) unter www.sqg.de abrufbar sein wird.

Grundlage der Sonderauswertung sind Daten der externen stationären Qualitätssicherung, mit deren Hilfe sowohl das Vorkommen von im Krankenhaus erworbenen Infektionen als auch die Häufigkeit vorbeugender Antibiotikagabe erfasst werden. Daten zu nosokomialen Infektionen liegen vor allem im Zusammenhang mit orthopädischen und gynäkologischen Operationen vor.

„Wir haben die Jahre 2009 bis 2012 betrachtet. In diesem Zeitraum blieben die Ergebnisse der betrachteten Indikatoren überwiegend konstant. Dies gilt zum Beispiel für die postoperative Pneumonie nach Hüftgelenksfraktur,

die mit 2,5 Prozent aller betrachteten Fälle relativ häufig auftritt. In einigen Bereichen, zum Beispiel in der Gynäkologie und Geburtshilfe, war ein signifikanter Rückgang an Infektionen zu beobachten, die Raten an nosokomialer Früh- und Neugeborenenensepsis und an Harnwegsinfektionen nach gynäkologischen Operationen sind gesunken“, sagte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses Qualitätssicherung.

„Trotz der erfreulichen Einzelergebnisse müssen wir insgesamt unsere Anstrengungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen intensivieren. Die Zunahme an Risikopatienten - immer mehr ältere Menschen mit Begleiterkrankungen - steht eine rasante Resistenzentwicklung bei den Krankheitserregern gegenüber. In der Vergangenheit konnte gezeigt werden, dass durch die aktive Teilnahme an einem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) die Rate

an nosokomialen Infektionen bis zu 30 Prozent gesenkt werden kann.

Um dies zu fördern, planen wir, dass die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser ab nächstem Jahr darüber Auskunft geben, ob ein Krankenhaus an einem KISS teilnimmt oder nicht.“

Der G-BA hatte im April 2013 das Göttinger AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH beauftragt, die Sonderauswertung von Daten aus der externen stationären Qualitätssicherung, die sich auf nosokomiale Infektionen beziehen, vorzunehmen. Mit der externen stationären Qualitätssicherung wird in derzeit 30 Leistungsbereichen anhand von mehr als 450 festgelegten Qualitätsindikatoren die Behandlung dokumentiert. Alle Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, an dem Verfahren, das einen bundesweiten Qualitätsvergleich ermöglicht, teilzunehmen. Die Ergebnisse werden im sogenannten Qualitätsreport dargestellt, der seit dem Berichtsjahr 2012 auch ein Kapitel zu nosokomialen Infektionen enthält.

Das AQUA-Institut ist eine fachlich unabhängige Institution, die den G-BA seit dem Jahr 2009 bei seinen Verpflichtungen im Bereich der Qualitätssicherung unterstützt, entsprechend den gesetzlichen Grundlagen in § 137a SGB V.

Hintergrund - nosokomiale Infektionen

Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen zuziehen, werden als nosokomiale Infektionen bezeichnet und betreffen beispielsweise OP-Wunden, Harnwege oder die Lunge. Häufig handelt es sich um resistente Krankheitserreger, die gegen Antibiotika unempfindlich sind. Besonders bei Patientinnen und Patienten, deren Immunabwehr aufgrund des Alters, der Grunderkrankung oder Begleiterkrankungen geschwächt ist, kann eine solche Infektion gravierende Folgen haben.

Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ziehen sich jährlich etwa 400.000 bis 600.000 Menschen in Deutschland im Zusammenhang mit einer stationären oder ambulanten medizinischen Behandlung eine nosokomiale Infektion zu. Nach internationalen Expertenschätzungen gelten davon 20 bis 30 Prozent als vermeidbar. In Deutschland sterben jedes Jahr etwa 10.000 bis 15.000 Patienten an Krankenhausinfektionen. Postoperative Pneumonien (Lungenentzündungen) zählen zu den maßgeblichen Ursachen für Krankenhaussterblichkeit.

Nähere Info: www.g-ba.de

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz Ministerrat verabschiedete Entwurf zum Heilberufsgesetz

(Mainz) Mit dem am 03.06.14 erfolgten Ministerratsbeschluss zum Entwurf eines Heilberufsgesetzes ist ein weiterer Schritt zu einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz getan. „Die gewachsene Bedeutung der Kranken- und Altenpflege für das Gesundheitswesen erfordert eine Neubestimmung der Rolle der Pflegeberufe im Gesundheitswesen. Seit mehr als zwei Jahrzehnten fordern die Berufsverbände der Pflege die Einrichtung einer Pflegekammer, damit die Pflege an der Weiterentwicklung ihres Berufsbildes entscheidend mitwirken kann“, erklärte **Sozialminister Alexander Schweitzer**. Die Landesregierung unter-

stütze die Einrichtung einer Landespflegekammer, wie sie für alle anderen Heilberufe bereits gang und gäbe sei.

Die rechtlichen Voraussetzungen dafür werden im Heilberufsgesetz geschaffen. Die Einrichtung einer Pflegekammer und die Berücksichtigung praktischer Erfahrungen in der Umsetzung des Heilberufsgesetzes haben in den letzten Jahren eine Neufassung des Heilberufsgesetzes notwendig gemacht. Die Beratungen im Landtag werden voraussichtlich in der 26. Kallenderwoche aufgenommen.

Schweitzer sagte: „Das neue Heilberufs-

gesetz soll im Herbst 2014 verabschiedet und zum kommenden Jahr in Kraft treten. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist damit die **erste Pflegekammer Deutschlands**. Sie wird ihre Gründungsarbeit mit dem Gründungsausschuss im Jahr 2015 beginnen und ihre Arbeit als Interessenvertretung der Pflege zum Jahr 2016 aufnehmen können. Das Ziel, die Pflegeberufe zukünftig auf die gleiche Ebene der Selbstverwaltung der Berufsausübung wie die anderen Heilberufe zu stellen, rückt damit in greifbare Nähe.“

Quelle: Pressedienst RLP

Hermann Gröhe: „Gute Pflege muss uns etwas wert sein.“ Kabinett beschloss Entwurf des 1. Pflegestärkungsgesetzes

(Berlin) Das Bundeskabinett hat am 28.05.2014 den Entwurf des Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuches (1. Pflegestärkungsgesetz) beschlossen. Nach der Beratung durch Bundestag und Bundesrat soll das 1. Pflegestärkungsgesetz am 1. Januar 2015 in Kraft treten. Es bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Die Menschlichkeit unserer Gesellschaft muss sich gerade darin zeigen, wie wir mit Pflegebedürftigen und Kranken umgehen. Das Kabinett hat heute umfangreiche Leistungsverbesserungen in der Pflege bereits

zum **1. Januar 2015** auf den Weg gebracht. Das ist eine gute Nachricht für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte, die eine unverzichtbare Arbeit leisten.“

Vor allem Familien, die Angehörige zu Hause pflegen möchten, sollen mehr Unterstützung bekommen – zum Beispiel durch mehr Tages- und Kurzzeitpflege. Aber auch die Arbeit der Pflegeeinrichtungen soll leichter werden. Dazu soll die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte deutlich aufgestockt werden. Zudem wird ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet.

Um diese Verbesserungen zu erreichen werden die Beiträge zur Pflegeversicherung

am 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte und im Laufe der Wahlperiode um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben. Damit stehen insgesamt fünf Milliarden Euro mehr für Verbesserungen in der Pflege zur Verfügung. Die Leistungen der Pflegeversicherung können so um 20 Prozent ausgeweitet werden. Minister Gröhe: „Gute Pflege muss uns etwas wert sein.“

Das Pflegestärkungsgesetz ist das erste von zwei Gesetzen, durch die die Pflege in Deutschland verbessert wird. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz soll noch in dieser Wahlperiode der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden.



Die Verbesserungen des 1. Pflegestärkungsgesetzes im Einzelnen:

- Alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung werden um 4 Prozent (2,67 Prozent für die erst 2012 mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz neu eingeführten Leistungen) erhöht.
- Unterstützungsleistungen wie die Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tages- und Nachtpflege sollen ausgebaut und besser miteinander kombiniert werden können. Das entlastet Pflegebedürftige und pflegende Angehörige gleichermaßen. Menschen in der Pflegestufe 0 (v.a. Demenzerkrankte) erhalten erstmals Anspruch auf Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege.
- Gestärkt werden auch die sogenannten niedrigschwelligen Angebote. Es werden neue zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen eingeführt, etwa für Hilfe im Haushalt oder Alltagsbegleiter und ehrenamtliche Helfer. Dafür erhalten künftig alle Pflegebedürftigen 104 Euro pro Monat. Demenzerkrankte erhalten 104 bzw. 208 Euro pro Monat. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote können künftig auch anstelle eines Teils der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.
- Der Zuschuss zu Umbaumaßnahmen (z.B. Einbau eines barrierefreien Badezimmers) steigt von bisher 2.557 auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme. In einer Pflege-WG kann sogar ein Betrag von bis zu 16.000 Euro eingesetzt werden. Für Pflegehilfsmittel des täglichen Verbrauchs steigen die Zuschüsse von 31 auf 40 Euro pro Monat.
- Auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird verbessert. Wer kurzfristig die Pflege eines Angehörigen organisieren muss, etwa nach einem Schlaganfall, erhält künftig eine Lohnersatzleistung für eine zehntägige bezahlte Auszeit vom Beruf, vergleichbar dem Kinderkrankengeld. Durch den Gesetzentwurf werden dafür bis zu 100 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die Lohnersatzleistung wird in einem separaten Gesetz geregelt, das ebenfalls am 1.1.2015 in Kraft treten soll.
- In Pflegeheimen werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte von bisher 25.000 auf bis zu 45.000 Betreuungskräften erhöht werden kann. Das verbessert den Pflegealltag und die Qualität der Versorgung in den Heimen. Und das ist auch für die Pflegekräfte eine Entlastung.
- Mit den Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten (1,2 Mrd. Euro jährlich) wird ein Pflegevorsorgefonds aufgebaut. Er wird ab 2035 zur Stabilisierung des Beitragssatzes genutzt, wenn die geburtenstarken Jahrgänge (1959 – 1967) ins Pflegealter kommen.

Infos unter: www.pflegestaerkungsgesetze.de und www.bundesgesundheitsministerium.de

Rekordschaden durch Abrechnungsbetrug

KKH fordert zwei Millionen Euro zurück / Vorsitzender des Bundestags-Gesundheitsausschusses Edgar Franke (SPD) kündigt Anti-Korruptionsgesetz an

(Hannover) Der Schaden durch Betrugsfälle war bei der Kaufmännischen Krankenkasse im vergangenen Jahr so hoch wie noch nie: Insgesamt forderte die KKH 2,1 Millionen Euro von Ärzten, Apothekern, Therapeuten und anderen Leistungserbringern aus dem Gesundheitswesen. Das neunköpfige Ermittlerteam deckte 566 Betrugsfälle auf, in 21 Fällen erstattete die Krankenkasse Strafanzeige. „Es ist ebenso bedauernd, dass sich einige schwarze Schafe im Gesundheitswesen illegal und auf Kosten der Allgemeinheit bereichern wollen“, sagte Ingo Kailuweit, Vorstandschef der KKH. „Da derartige Delikte in einem sehr komplexen Umfeld stattfinden, müssen die Ermittlungsbehörden quantitativ und qualitativ noch besser ausgestattet werden.“

Den größten Schaden hat die KKH im vergangenen Jahr im Bereich der Apotheken festgestellt. Allein hierauf entfielen 1,6 Millionen Euro. Davon stammen zum Beispiel 600.000 Euro aus einem Fall, in dem Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum jahrelang stark überhöhte Röntgenkontrastmittel abgerechnet haben. Die Verantwortlichen sollen sich ins Ausland abgesetzt haben. Das Versorgungs-

zentrum ist insolvent. Insgesamt geht man davon aus, dass den Krankenkassen ein Schaden von über 30 Millionen Euro entstanden ist.

Bei ambulanten Pflegediensten machte die KKH Schäden von insgesamt 144.000 Euro geltend. Besonders beliebt ist hier der Einsatz von nicht qualifiziertem Personal. Ein derartiger Betrug hat nicht nur eine finanzielle Dimension, sondern setzt oft die Gesundheit der betroffenen Patienten aufs Spiel. Auf Platz drei der Schadenshöhen folgte schließlich der Krankenhausbereich (96.000 Euro). So hat ein Krankenhaus regelmäßig implantierte künstliche Kniegelenke abgerechnet, obwohl jeweils nur ein künstlicher Meniskus eingesetzt wurde. Eine Strafanzeige wurde erstattet.

Der KKH ist in diesem Fall zwar „nur“ ein Schaden von gut 4.000 Euro entstanden, insgesamt dürfte der Schaden für alle Kassen jedoch beträchtlich sein.

Die TOP TEN der neu aufgedeckten Fälle 2013 (Fallzahlen in Klammern):

- Krankengymnasten/Physiotherapeuten (240)
- Ambulante Pflege (88)
- Apotheke (44)

- Ärztliche Leistungen (37)
- Orthopädische Hilfsmittel/Sanitätshäuser (31)
- Fahrkosten (23)
- Krankenhaus (21)
- Zahnärztliche Leistungen (17)
- Masseur/med. Badebetriebe (14)
- Podologen (13)

Anti-Korruptionsgesetz muss kommen

Im Gegensatz zum Abrechnungsbetrug ist das Thema Bestechung und Bestechlichkeit von Leistungserbringern im Gesundheitswesen bisher rechtlich noch nicht zufriedenstellend geregelt. Vor fast zwei Jahren hatte der Bundesgerichtshof empfohlen, mit einem Gesetz dafür zu sorgen, dass Korruption in diesem Bereich verfolgt und geahndet werden kann. „Im Koalitionsvertrag ist unmissverständlich geregelt, dass Korruption im Gesundheitswesen zukünftig im Strafgesetzbuch verankert wird“, sagte Edgar Franke (SPD), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages. „Die Bundesregierung hat sich umgehend nach der Koalitionsbildung daran gemacht, zügig und gleichzeitig mit der angemessenen Sorgfalt ein entsprechendes Gesetz auf den Weg zu bringen,

um hier sehr bald rechtliche Klarheit zu schaffen.“

Die KKH begrüßt die Pläne der Bundesregierung ausdrücklich: „Wir freuen uns, dass die Politik damit eine langjährige

KKH-Forderung erfüllt und einen entsprechenden Straftatbestand im Strafgesetzbuch verankern will“, so Vorstandschef Kailuweit. „Wichtig ist aus unserer Sicht, dass es jetzt zügig vorangeht.“ Nach Schät-

zungen entsteht allein in Deutschland durch Korruption im Gesundheitswesen jedes Jahr ein volkswirtschaftlicher Schaden in Milliardenhöhe.

Nähere Info: www.kkh.de

Ältere Pflegekräfte lernen mit den Belastungen des Alltags umzugehen

Studie des Kompetenzzentrums untersucht, ob das Gruppenprogramm „Älter werden im Beruf“ die Lebensqualität und Zufriedenheit im Beruf verbessern kann

(Heidelberg) Ältere Pflegekräfte zufrieden im Beruf zu halten, ist Ziel eines Projekts des Kompetenzzentrums „Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt“, das die Baden-Württembergische Landesregierung seit 2013 an den Medizinischen Fakultäten des Landes fördert. Damit soll **sicher gestellt werden, dass Pflegekräfte** auch in ihren späten Berufs Jahren gesund, zufrieden und leistungsfähig sind; zudem soll dem drohenden Mangel an Pflegekräften vorgebeugt werden. Die Pflegekräfte werden geschult, sich ihre Arbeit zu gestalten, persönlich wichtigen Handlungsbereichen Vorrang einzuräumen und Leistungsausfälle zu kompensieren.

Pflegekräfte werden in Deutschland aufgrund der schwächeren Jahrgänge künftig rar; die alternde Gesellschaft hat zudem einen erhöhten Bedarf an Pflege. In Deutschland, so schätzt das Statistische Bundesamt, werden 2021 rund 112.000 Pflegekräfte fehlen. Europäische Studien haben gezeigt: Pflegekräfte ab 45 Jahren klagen über eine nachlassende Leistungsfähigkeit und scheiden deshalb oft vorzeitig aus dem Job. Als Begründung geben sie an, dass ihre körperlichen Kräfte nachlassen und geistige Fähigkeiten wie die Merkfähigkeit sowie die allgemeine Belastbarkeit, z.B. im Nachtdienst zu arbeiten, abnehmen.

Auseinandersetzung mit der eigenen Berufsbiographie

„Im Rahmen des Projekts bieten wir Pflegekräften Hilfestellungen bei der psychischen Bewältigung ihrer Arbeit an und untersuchen

die Wirkung dieser Maßnahmen auf die Lebensqualität der Teilnehmer“, erklärte Professor Dr. Wolfgang Herzog, Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg, das die Studie leitet. Diese wird an drei Unikliniken (Heidelberg, Ulm, Düsseldorf) durchgeführt und sieht die Betreuung von insgesamt 14 Gruppen vor.

In einem neu konzipierten Gruppenprogramm „Älter werden im Beruf“ lernen die Teilnehmer, sich mit ihrer eigenen Berufsbiographie auseinanderzusetzen, ihre Schwächen und Stärken zu identifizieren und durch Übungen zu entspannen. Darüber hinaus bearbeiten sie ein eigenes, persönliches Projekt ihres Arbeitsalltags. Die Ergebnisse der Befragung zum Befinden und der Lebensqualität werden mit den Ergebnissen von «Wartegruppen» verglichen, die später an dem Programm teilnehmen. In sieben wöchentlichen Sitzungen à zwei Stunden mit insgesamt zehn bis zwölf Teilnehmern pro Gruppe arbeiten die Pflegekräfte aus unterschiedlichen Bereichen zusammen an unterschiedlichen berufsbezogenen Themen. Das Programm soll künftig auch bei anderen Berufsgruppen eingesetzt werden.

Durchgeführt wird das Projekt unter Leitung von Prof. Herzog und Dr. Imad Maatouk (Heidelberg) in enger Kooperation mit Prof. Dr. Harald Gündel (Psychosomatik in Ulm) und Prof. Dr. Angerer/PD Dr. Andreas Müller (Arbeitsmedizin Düsseldorf).

Nähere Info: www.klinikum.uni-heidelberg.de/presse

Schmerzmedizinische Versorgung stärken

(Berlin) Die Deutsche Schmerzgesellschaft begrüßte den **Beschluss des 117. Deutschen Ärztetags** zur Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung. In einem Entschließungsantrag hat der 117. Deutsche Ärztetag festgestellt, dass derzeit für viele Patienten kein niedrigschwelliger Zugang zu den erforderlichen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen existiert und dies dringend verbessert werden muss.

Zu den Entschließungsanträgen des Ärztetages gehört einerseits die **Verbesserung der Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern, aber auch die Ausgestaltung und Koordination der ambulanten strukturierten Versorgung chronischer Schmerzen**, die Sicherstellung der Erreichbarkeit von qualifizierten Schmerzthera-

peuten u.a. durch eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung sowie die Stärkung der Aus-/Fort- und Weiterbildung. Als besonders wichtiger Punkt der Entschließungen muss die konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in der Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung betrachtet werden. Die Deutsche Schmerzgesellschaft fordert daher, die gesetzlichen Grundlagen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und ihre Ausgestaltung in der Bedarfsplanungsrichtlinie zu reformieren, um zukünftig im Hinblick auf eine bessere und nachhaltigere Versorgung von Schmerzpatienten die notwendigen Sicherheiten zu schaffen.

Ganz in diesem Sinne hatte fast **zeitgleich** auch der **Marburger Bund in seiner 125.**

Hauptversammlung am 24.5.2014 im Beschluss Nr. 10 festgehalten, dass **trotz deutlicher Ausweitung der Behandlungskapazitäten für Patienten mit chronischen Schmerzen immer noch Lücken in der Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor bestehen**. Die Hauptversammlung des Marburger Bundes forderte daher den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, die Versorgungslücken in der sektorenübergreifenden schmerztherapeutischen Versorgung zu schließen und eine Integration der bestehenden Einzelmaßnahmen in multimodale interdisziplinäre Therapiekonzepte zu fördern.

Die **Deutsche Schmerzgesellschaft** sieht die aktuelle Entwicklung und das dezidierte Bekenntnis zur Notwendigkeit der

Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung sowohl vom Deutschen Ärztetag als auch der Hauptversammlung des Marburger Bundes als echte Chance an. „Der Zugang zu einer wirksamen, oftmals professionsübergreifenden Schmerztherapie ist ein Menschenrecht und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, so Prof. Dr. Thomas R. Tölle. Alle Akteure des Gesundheitswesens und der Politik müssen verstärkt zusammenarbeiten, um bestmögliche und frühzeitige Schmerzlinderung zu gewährleisten“, forderte der Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, der mit rund 3.400 Mitgliedern größten wissenschaftlichen Fachgesellschaft in Europa

im Bereich der Schmerzmedizin.

Einzelschritte, wie etwa die aktuelle Diskussion über strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zur Behandlung von Rückenschmerzen stimmen hoffnungsvoll, müssen aber an einem nötigen nationalen Gesundheitsziel „Schmerzen vermindern“ gemessen werden. Diesbezüglich erneuert die Deutsche Schmerzgesellschaft ihre Forderung, die vielfältigen Einzelmaßnahmen offiziell seitens der Gesundheitspolitik in einem umfassenderen Nationalen Aktionsplan gegen den Schmerz zu bündeln und diesbezüglich beispielsweise auch auf Fachebene des Bundes und der Länder eine

spezifische Arbeitsgruppe einzurichten.

Ebenfalls mit dem Ziel einer Gemeinschaftsaktion führt die Deutsche Schmerzgesellschaft in Kooperation mit anderen Verbänden und Fachgesellschaften das 1. Nationale Schmerzforum am 17. September 2014 in Berlin durch. Zusammen mit dem Aktionstag gegen den Schmerz vom 3. Juni 2014 sollen so bei Patienten, Behandlern und politischen Meinungsbildern mehr Bewusstsein geschaffen und alle Kräfte für eine Verbesserung der Situation und Versorgung der Schmerzpatienten mobilisiert werden.

Nähere Info: isenberg@dgss.org sowie www.dgss.org

Mehr Sicherheit für Patienten in Klinik und Praxis Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) begrüßt neue G-BA-Richtlinie

(Berlin) – Mehr Maßnahmen für verbesserte Patientensicherheit in Klinik und Praxis hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer jüngst in Kraft getretenen neuen Richtlinie beschlossen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) begrüßte die neuen Regelungen, die erstmals Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme bei der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten festlegen. Damit werde Patientensicherheit explizit zum wichtigen Versorgungsziel bei der Behandlung, sagte die Vorsitzende des APS, **Hedwig François-Kettner, Berlin**.

Diagnostik und Therapie in Medizin und Pflege werden immer komplexer. „Der Patientensicherheit kommt dadurch eine wachsende Rolle zu“, sagte François-Kettner. Denn je breiter und spezialisierter das Spektrum der Behandlungen, desto mehr Risiken ergeben sich daraus auch. Mit der neuen G-BA-Richtlinie sind Krankenhäuser zukünftig verpflichtet, erstmals systematisches Risikomanagement als ein Gesamtkonzept im Rahmen des Qualitätsmanagements zu betreiben. Durch Fehlermeldesysteme und andere Maßnahmen lassen sich kritische Ereignisse und Beinaheschäden im Hinblick auf fehlerbegünstigende Faktoren analysieren. „Auf dieser Basis können dann Verbesserungen eingeleitet werden“, erläuterte François-Kettner. Diese zu steuern und zu überprüfen ist Aufgabe des hausinternen Risikomanagementsystems.

Dass damit die verpflichtende Einführung von Fehlermeldesystemen auch einrichtungsübergreifend ist, lobte die Vorsitzende

des APS. „Jeder lernt für sich allein – dieses Prinzip sollte nun der Vergangenheit angehören“, sagte sie. Die entsprechenden Anforderungen und **konkreten Umsetzungsrichtlinien** hierzu **sollen in den kommenden Monaten folgen**.

Die neue Richtlinie berücksichtigt darüber hinaus, dass Patientensicherheit gelernt werden muss. Deshalb sind auch Schulungen der Mitarbeitenden vorgesehen. Der G-BA hat gleichzeitig auch die Richtlinien für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung präzisiert und erweitert. „Damit sind wesentliche Rahmenbedingungen geschaffen, um die Ziele Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung besser erreichen zu können und die Entwicklung der Sicherheitskultur in die gewünschte Richtung zu befördern“, so APS-Geschäftsführer Hardy Müller.

Die verbindliche Institutionalisierung und Umsetzung einer lernenden Sicherheitskultur im Gesundheitssystem fordert das APS seit Jahren. Bereits im Jahr 2007 hat es mit seiner Empfehlung zur Einführung von Critical Incident Reporting System (CIRS) im Krankenhaus hier wichtige Impulse gesetzt. Es folgten unter anderem die Initiative zur Schaffung des Krankenhaus-CIRS-Netztes Deutschland und die bundesweite Befragung zum klinischen Risikomanagement des Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn.

Quelle: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/40/

Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung

(Hannover) Das **Landesnetzwerk Niedersachsen – Bauernhöfe statt Agrarfabriken** ruft mit der **Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung** zu einem sinnvollen Einsatz von Antibiotika in der Human- und Tiermedizin auf und wendet sich gegen den systemimmanenten Einsatz von Antibiotika in der agrarindustriellen Tierhaltung mit ihren Gefahren für Menschen und Umwelt.

Schon heute hat der übermäßige Einsatz von Antibiotika in der Tierhaltung gravierende Folgen für Mensch und Umwelt. Ärzte und Pflegepersonal in Praxen und Kliniken führen einen oft aussichtslosen Kampf gegen Infektionen mit antibiotikaresistenten Erregern wie MRSA. Das Auftreten dieses Keims hat sich seit 1992 verzehnfacht. Und gerade in Gegenden mit einer hohen Dichte von Massentierställen wie im Nordwesten Deutschlands lässt sich nachweisen, dass eine zunehmende Anzahl von MRSA-Keimen aus der Nutztierhaltung stammt. Landwirte gelten daher in Krankenhäusern bereits grundsätzlich als Risikopatienten.

Fritz Polat, MdL Niedersachsen, begrüßte daher die Einigung zwischen Bund und Ländern aus dem vergangenen Jahr, den Ein-

satz von Antibiotika systematisch zu erfassen. „Damit haben wir die Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Reduzierung des Einsatzes um mindestens 50 Prozent in den nächsten fünf Jahren“.

Um diesem Vorhaben aber eine breite gesellschaftliche Unterstützung und damit Dringlichkeit zu verleihen, bat er, die **Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung** mit Ihrer Unterschrift zu unterstützen. Sie richtet sich in erster Linie an ÄrztInnen, ZahnmedizinerInnen, ApothekerInnen, Pflegekräfte in Krankenhäusern, Altenheimen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen, ArzthelferInnen, MTA's, PTA's, aber auch an alle anderen Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind.

Bisher konnten bereits über 200 Unterschriften gesammelt werden, u.a. von Dr. Martin Eikenberg, Chef des Instituts für Allgemeine Hygiene, Krankenhaushygiene und Umwelthygiene am Klinikum Bremen-Mitte. Darüber hinaus wird die Initiative von verschiedenen Tierärzten unterstützt, die die Gefahr des übermäßigen Antibiotikaeinsatzes erkannt haben und begrenzen wollen.

Wenn auch Sie das Positionspapier der **Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung** unterschreiben möchten, finden Sie weitere Informationen unter gruenlink.de/r12

Endziele der Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung	Aber nicht nur die Menschen in unmittelbarem Kontakt zur Massentierhaltung sind gefährdet. Im Auftragsbereich von TierärztInnen finden sich in 30% der Fälle ESK-Kerne oder MSA. 22% des fischen Fleischverkehrs und 25% des fischen Pflanzfleischs sind betroffen. Die erforderliche Hygiene in der Küche (Einschleppschüssel und Händedesinfektion, Desinfektion von Geschirren, gereinigtes Wasser von rohem Speise- und Fleisch für die Verzehrer überfordern. In der Abfall von Tierfällen sind multiresistente Kerne noch in 1 km Entfernung nachweisbar. Filtrationsanlagen sind nur begrenzt wirksam. Über die ausgefallene Gabe werden die Böden kontaminiert. Offene Tiertransporte verbleiben die Kerne weitläufig. Mitverantwortlich für das Ausbreiten dieser multiresistenten Kerne ist der Antibiotikaeinsatz in der industriellen Landwirtschaft. Antibiotika enthalten 70% der Schweine und 83% des Mastfleischs, hier sogar mehrfach und über ein Viertel der Lebensdauer dieser Tiere, was einer 20jährigen Dauermedikation beim Menschen entspricht. Zwar ist die Gabe von Antibiotika zur Mastförderung inzwischen verboten, jedoch gibt es guten Grund zu bezweifeln, dass die Grenzen zwischen Therapie, Metaphylaxe und Mastförderung fließend sind. Die Landwirte stehen unter großem Konkurrenzdruck und sind in Abhängigkeit von der Futtermittelindustrie und den Großviehhöfen vertrieben. Die Antibiotikagabe kompensiert mangelhafte Hygienemaßnahmen und den enormen Infektionsdruck durch die Haltung von (mehr) tausenden von Tieren auf engem Raum. Ihr ungünstiger Einsatz in veterinärmedizinischer Diagnostik, die wiederholte und aus Kostengründen verkürzte Anwendung werden ungenügend kontrolliert und gelistet.								
<p>In der Verantwortung für die Gesundheit unserer Patienten treten wir für einen sinnvollen Einsatz von Antibiotika in der Human- und Tiermedizin ein und wenden uns daher gegen den systematischen Einsatz von Antibiotika in der agrarindustriellen Tierhaltung mit ihren Gefahren für Menschen und Umwelt.</p> <p>Die Ärzte und das Pflegepersonal in Praxis und Kliniken führen einen oft ausschlaggebenden Kampf gegen Infektionen mit antibiotikaresistenten Erregern. MSA und ESK sind Erreger, die gegen konventionelle antibiotische Therapien resistent sind. Es erkrankt besonders Menschen, die in ihrer Abwehrkraft geschwächt sind. Dazu zählen ganz kleine und ganz alte Frischgeborene und Frühgeborene, Krebs-, Nieren- oder Rheumakranke, Diabetiker und ganz besonders Patienten auf Intensivstationen.</p> <p>Das Auftreten von MSA hat sich seit 1992 vervielfacht. Verschiedene Schätzungen sprechen von 132.000 MSA-Nachweisen pro Jahr in Deutschland und etwa 25.000 Todesfällen* an antibiotikaresistenten Keimen pro Jahr in der EU. Die Zahlen sind erschreckend, wenn man bedenkt, dass eine hohe Dunkelziffer zu vermuten ist. Es gibt bisher keine Meldepflicht für die Erkrankung und den Tod an einer solchen Infektion. Nur besonders spektakuläre Fälle wie der ESK-Tod von mehreren Frühgeborenen auf einer Station oder die ESK-EIS-Epidemie finden Niederschlag in der Presse.</p> <p>Die betroffenen Patienten müssen unter großem Aufwand in den Kliniken isoliert werden, um die Ausbreitung der Kerne zu vermeiden. Bedarfswillig werden nur Operationen verschoben und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus wird verlängert. Schlimmstenfalls kommt es trotz des Einsatzes von subtherapeutischen Therapien zum Tod des Patienten nach langem Leiden. Die manchmal noch wirksamen sogenannten Reserveantibiotika sollte man besser „ausgereifter Antibiotika“ nennen, da deren Anwendung wegen ihres Nebenwirkungsprofils, hoher z. T. aufgegeben wurde. Innovative Antibiotika fehlen, ihre Entwicklung verspricht keine großen Profite für die Pharmaindustrie. Die Mehrkosten für solche Behandlungen sind enorm (pro MSA-Patient 3.000 - 20.000 EUR!).</p> <p>In den Gegenden mit einer hohen Dichte von Massentierbetrieben im Nordwesten Deutschlands lässt sich nachweisen, dass eine zunehmende Anzahl von MSA-Keimen aus der Nutztierhaltung stammt. Diese Kerne (EIS-Block-associated oder LA-MSA) machen in einer reinen Untersuchung der üblichen Minder 30% der MSA aus. Hochkonzentriert sind Landwirte und ihre Angehörigen, Schlachthöfenpersonal und Tierärzte. Landwirte aus der konventionellen Schweinezucht sind zu 50-80% Träger dieser Kerne, Tierärzte bis zu 100%.*</p>	<p>Der Antibiotikaverbrauch in der Tiermedizin wird in Deutschland erst seit 2011 erfasst und für 2011 auf 1706 t beziffert. Im Rückgang in 2012 um 97 t* dürfte auch auf den vermehrten Einsatz von niedrigere dosierenden Cephalosporinen der 3.4. Generation sowie von Fluorchinolonen zurückzuführen sein. Gerade diese sind in der Humanmedizin unverzichtbar. Eine große Dunkelziffer bei den Angaben ist zu befürchten, zumal ein Schwarmart für Antibiotika existieren soll. Die Eigenschaften der ESK-Kerne sind die Vancomycin-resistenten Enterokokken, ihre Resistenz-Gene auf andere Bakteriengruppen übertragen zu können, macht die Situation brandgefährlich.</p> <p>Die Zusammenhänge zwischen der Human- und der Tiermedizin sind die Auswirkungen auf die Umwelt müssen zusammen betrachtet werden. Wir begründen deshalb, dass sich auch kritische Tierärzte gefunden haben, die im Tierärztlichen Forum für verantwortbare Landwirtschaft die geschilderten Missstände ansprechen.</p> <table border="1"> <tr> <td>1. Kuhn et al. Dtsch. Arch. Anat. Hist. Nr. 148 (2011), 1163-1207</td> <td>2. Fleischkonsum in DE nach Monaten 2012-2014</td> </tr> <tr> <td>3. MSA-Infektionsfälle</td> <td>4. Dose und Menge von MSA-Kernen pro kg in 2014</td> </tr> <tr> <td>5. Kuhn et al. (2011) (siehe oben) 2011</td> <td>6. Weltweit 90% des Fleischverbrauchs in 10 Sekunden</td> </tr> <tr> <td>7. Bundesrat (2014) (siehe oben) 2014</td> <td>8. Bundesrat (2014) (siehe oben) 2014</td> </tr> </table>	1. Kuhn et al. Dtsch. Arch. Anat. Hist. Nr. 148 (2011), 1163-1207	2. Fleischkonsum in DE nach Monaten 2012-2014	3. MSA-Infektionsfälle	4. Dose und Menge von MSA-Kernen pro kg in 2014	5. Kuhn et al. (2011) (siehe oben) 2011	6. Weltweit 90% des Fleischverbrauchs in 10 Sekunden	7. Bundesrat (2014) (siehe oben) 2014	8. Bundesrat (2014) (siehe oben) 2014
1. Kuhn et al. Dtsch. Arch. Anat. Hist. Nr. 148 (2011), 1163-1207	2. Fleischkonsum in DE nach Monaten 2012-2014								
3. MSA-Infektionsfälle	4. Dose und Menge von MSA-Kernen pro kg in 2014								
5. Kuhn et al. (2011) (siehe oben) 2011	6. Weltweit 90% des Fleischverbrauchs in 10 Sekunden								
7. Bundesrat (2014) (siehe oben) 2014	8. Bundesrat (2014) (siehe oben) 2014								

Wir fordern deshalb:

- die Ablehnung von der Förderung der industriellen Landwirtschaft,
- die Förderung einer tiergerechten Haltung in bäuerlichen Betrieben, die unsere ökologischen Lebensgrundlagen und unsere Gesundheit nicht gefährden,
- die Ablehnung von weiteren Massentierställen und Großviehhöfen,
- die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Tiermedizin und strikte Sanktionen bei deren Missbrauch,
- die Reservierung bestimmter Antibiotikagruppen für die Humanmedizin,
- die Förderung der Forschung über die Epidemiologie, Prophylaxe und Therapie von Infektionen mit multiresistenten Erregern.

Wir rufen alle im Gesundheitswesen Tätigen auf, sich diesem Positionspapier anzuschließen und es weiterzuentwickeln.

Ärzteinitiative gegen Massentierhaltung, c/o Dr. Lührs, Osterstraße 1, 28159 Bremen arzteinitiative@t-online.de Bremen, 6.4.2014 Version 1.1

Mit meiner Unterschrift unterstütze ich die Forderungen dieses Positionspapiers:

Titel	Name	Vorname	Berufsbezeichnung	Ort	e-mail
Ich bin damit einverstanden, daß mein Name einsehbar in Zusammenhang mit der Unterstützung dieses Positionspapiers öffentlich gemacht wird:					
JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>		

Datum: _____ Unterschrift: _____

Paritätischer fordert Ende der Minutenpflege: Expertise belegt chronische Unterfinanzierung der ambulanten Pflege

(Berlin) Eine chronische Unterfinanzierung der ambulanten Pflege belegt eine aktuelle Expertise des Paritätischen Gesamtverbandes, die am 08.05.2014 in Berlin vorgelegt wurde.. Die Vergütungen lägen im Durchschnitt um 48 Prozent zu niedrig. Die Finanzierungslücke habe bisher nur aufgefangen werden können durch eine ganz erhebliche Arbeitsverdichtung und schrittweise schlechter werdende Arbeitsbedingungen. Der Paritätische fordert deutlich höhere Vergütungen für die ambulanten Pflegedienste. Damit Mehrkosten nicht auf die Pflegebedürftigen abgewälzt werden, seien ferner auch höhere Leistungen in der Pflegeversicherung notwendig. Der Paritätische spricht von Mehrkosten in Höhe von rund einer Milliarde Euro jährlich.

„Die Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege seien an der Grenze des Zumutbaren. Dass das gesamte System bis heute nicht kollabiert ist, sei den Menschen zu verdanken, die vor Ort mit hohem Engagement an der Grenze zur Selbstaussbeutung agieren. Es sind die Löhne für die Beschäftigten auf der einen Seite und die Zeit für Pflege und Zuwendung auf der anderen Seite, die auf der Strecke geblieben sind“, so Werner Hesse, Geschäftsführer des Paritätischen Gesamtverbandes. Neben angemessenen Gehältern und der Berücksichtigung steigender Betriebskosten wie Benzin für die Einsatzfahrzeuge, seien die Kosten insbesondere durch neue Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Dokumentation der Leistungen massiv gestiegen. Allein der Bürokratieaufwand sei seit 1998 um 16 bis 24 Prozent angestiegen, so das Ergebnis des Gutachtens. In der Praxis bedeute die chronische Unterfinanzierung eine „Pflege im Minutentakt“, die für alle



Beteiligten eine Zumutung sei. Um angesichts der aktuellen Vergütung keine Verluste zu machen und letztlich in den Konkurs zu gehen, müsse ein Pflegedienst heute beispielsweise die sogenannte „große Morgentoilette“ (Unterstützung beim Verlassen des Bettes, dem An- und Auskleiden, dem Duschen und Frisieren) in weniger als einer halben Stunde erledigen. Für die Reinigung der Wohnung dürfe eine Pflegekraft maximal 6 Minuten aufwenden, für die Hilfe beim Essen und Trinken nur noch eine viertel Stunde.

Der Paritätische forderte die Bundesregierung auf, von der geplanten Einrichtung eines Vorsorgefonds in der Pflege Abstand zu nehmen und stattdessen die rund eine Milliarde Euro jährlich in die Aufwertung der Tätigkeit von Pflegediensten zu investieren. Neben der Erhöhung der Vergütungen forderte der Verband eine Erhöhung der Sachleistungsbeträge der ambulanten Pflege, damit Mehrkosten nicht an den Pflegebedürftigen hängen bleiben. Die Finanzierung der ambulanten Pflege müsse darüber hinaus künftig nach Zeit und dürfe nicht länger nach Pauschalen und Modulen erfolgen, um den Anreiz zur Verknappung von Einsatzzeiten zu beseitigen. Schließlich sei der Leitgedanke der Menschenwürde – analog zum Sozialhilfegesetz – auch im Pflegeversicherungsgesetz zu verankern. „Die Pflege braucht wieder einen Kompass und der heißt Menschenwürde. Die soziale Pflegeversicherung hat sicherzustellen, dass jeder Mensch eine Pflege erhält, die der Würde des Menschen entspricht“, forderte Werner Hesse.

Verschlankt, vereinfacht, vernünftig!

Die effiziente Pflegedokumentation nach der Testphase Entbürokratisierung

(Essen) Mit den Ergebnissen des Praxistests, den Hintergründen und Konsequenzen für die Umsetzung der reduzierten Pflegedokumentation befasste sich die **Fachtagung** der Karla Kämmer Beratungsgesellschaft am 03.06.14 in **Essen**.

Mehr als einhundert Geschäftsführungen, Heimleitungen und Pflegedienstleitungen und Qualitätsmanger aus allen Regionen Deutschlands folgten der Einladung und diskutierten nach sehr informativen Vorträgen mit den Referenten.

Schwerpunktfrage war, was kommt auf die Einrichtungsleitung, PDL oder QMB zu? Welche Chancen bieten sich, was ist zu bedenken, insbesondere im Hinblick auf Prüfsicherheit, Qualitätssicherung, Qualifizierung und Risikomanagement?

Friedhelm Rink, BMG Projektkoordinator der Testphase, referierte zu den Ergebnissen des Praxistest über Hintergrün-

de und Konsequenzen für den pflegerischen Alltag.

Andreas Kutschke, Senioreneinrichtung der Stadt Krefeld, zeigte die Erfahrungen der Umsetzung entbürokratisierter Dokumentation in die Praxis aus Träger- und QM-Perspektive auf.

Die Chancen für eine neue Art der Kooperation durch entbürokratisierte Dokumentation aus Sicht des MDK stellte anschaulich **Uwe Brucker**, Leitung des MDS-Teams Pflege auf.

Karla Kämmer stellte praktikable Stufen zur erfolgreichen Umsetzung mit schlankem Risikomanagement vor.

In seinen Grußworten ging **Rolf Höfert**, Geschäftsführer DPV, darauf ein, dass bei der reduzierten Ablaufdokumentation selbstverständlich Standards und Leitlinien für pflegerische Maßnahmen vorliegen müssen.



© DPV

K.Kämmer, R.Höfert

Er stellte fest, dass sich diese perspektivisch reduzierte Pflegedokumentation nur auf Leistungen der Pflegeversicherung und nicht auf die Leistungen der Behandlungspflege (Krankenversicherung) bezieht. Behandlungspflegerische Maßnahmen müssen weiterhin auch im Sinne des Patientenrechtegesetzes und als Leistungsnachweis einzeln dokumentiert werden.

Weitere Info: www.kaemmer-beratung.de.

Bundesgerichtshof

Haftung bei einem teils schicksalhaft, teils behandlungsfehlerhaft verursachten Gesundheitsschaden

(Karlsruhe) Der Kläger erlitt im Zusammenhang mit seiner Geburt einen schweren Gesundheitsschaden. Deswegen nahm er den behandelnden Gynäkologen, die Hebamme, eine Kinderkrankenschwester und den Träger des Beleg-Krankenhaus auf Schadenersatz in Anspruch.

Im ersten Teil des Verfahrens erging zum Anspruchsgrund ein rechtskräftiges Grund- und Teilerurteil des Oberlandesgerichts. In diesem wurde festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche Schäden zu ersetzen, die dem Kläger „anlässlich und aufgrund der Behandlung durch die Beklagten nach seiner Geburt“ entstanden sind und noch entstehen werden. Im vorliegenden Verfahrensabschnitt ging es um die Höhe des dem Kläger zustehenden Schadensersatzes. Das Oberlandesgericht hat insoweit entschieden, dass sich aus dem vorangegangenen Grundurteil eine Bindungswirkung dahin ergebe, dass die Beklagten nur für die Schäden hafteten, die dem Kläger nach seiner Geburt entstanden seien. Insoweit sei der von den Beklagten verursachte Schadensanteil auf höchstens 20 % zu begrenzen.

Der u.a. für das Arzthaftungsrecht zuständige VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat die Revision des Klägers zurückgewiesen. In dem Grundurteil ist mit Bindungswirkung nur festgestellt worden, dass die Beklagten als Gesamtschuldner für die Gesundheitsschäden haften, die auf nachgeburtlichen Pflichtversäumnissen der Beklagten beruhen, die für die Gesundheitsverletzung des Klägers mitursächlich geworden sind. Das Berufungsgericht hat die Haftung der Beklagten auf dieser Grundlage rechtsfehlerfrei auf einen Haftungsanteil von 20 % begrenzt. Eine Mitursächlichkeit steht zwar haftungsrechtlich der Alleinursächlichkeit grundsätzlich in vollem Umfang gleich. Dies ist aber ausnahmsweise nicht der



Fall, wenn feststeht, dass die Mitursächlichkeit nur zu einem abgrenzbaren Teil des Schadens geführt hat. Einen solchen abgrenzbaren Teil des Schadens hat das Berufungsgericht festgestellt. Die Beklagten haben danach den Nachweis erbracht, dass der größte Teil des Gesundheitsschadens nicht in dem Zeitraum entstanden ist, für den sie nach dem rechtskräftigen Grundurteil schadenersatzpflichtig sind, sondern zu diesem Zeitpunkt bereits vorhanden war. Während der Geburt war danach bereits ohne einen Behandlungsfehler

ein irreparabler Gesundheitsschaden eingetreten, der durch Fehler bei der nachgeburtlichen Betreuung und Behandlung verstärkt wurde. Den während der Geburt schicksalhaft eingetretenen Gesundheitsschaden hat das Berufungsgericht nach sachverständiger Beratung mit einem abgrenzbaren Anteil von mindestens 80 % angenommen und demgemäß den Haftungsanteil der Beklagten rechtsfehlerfrei auf maximal 20 % beschränkt. Das Berufungsgericht konnte sich neben der Schätzung der Sachverständigen auf weitere konkrete Anhaltspunkte zur „medizinischen Unterscheidung der Schadensanteile“ stützen. Nach den Ausführungen der Sachverständigen wäre der Kläger auch bei der gebotenen unverzüglichen Verlegung nach der Geburt in die Kinderklinik auf jeden Fall ein Pflegefall gewesen und für den Arbeitsprozess nicht in Frage gekommen. Er wäre nicht in der Lage gewesen, ein selbständiges Leben zu führen. Die mentale Beeinträchtigung hätte in jedem Fall auch bestanden.

Aufgrund dieser Umstände war die Annahme eines abgrenzbaren Teils des Gesundheitsschadens revisionsrechtlich nicht zu beanstanden.

Urteil vom 20. Mai 2014 - VI ZR 187/13, LG Kempten - 3 O 2613/92 - Urteil vom 20. Januar 2011

OLG München - 24 U 671/11 - Urteil vom 28. März 2013

Medizinische und pflegerische Versorgung auf dem Land

(Harztor/Ilfeld) Die Zukunft der künftigen Versorgung auf dem Land war am 19.05.14 Thema in Ilfeld. Mit der **Thüringer Ministerin für Soziales, Heike Taubert**, wurde darüber diskutiert, wie man Ärztemangel, Pflegenotstand und fehlenden Fachkräften in Zukunft begegnen kann und will.

Die Versorgung des ländlichen Raums bereitet den Verantwortlichen zunehmend Probleme. Anders als in den meisten Zentren gestaltet sich die Neuansiedlung von Ärzten in der Ländlichkeit schwierig. Die Bevölkerung wird älter, die jüngere Generation wandert in die Städte ab. Was für



V.l.n.r.: St. Klante, Bürgermeister, M.Röder, Ministerin Taubert, M.Görk, G.Schiborr-Wulff

die allgemeine Bevölkerung gilt, bildet sich auch bei der Ärzteschaft ab.

Mit Ministerin Taubert diskutierten auch die Geschäftsführerin der Neanderklinik und **Vorsitzende des DPV, Martina Röder**, in deren Räumlichkeiten die von der Friedrich-Ebert Stiftung organisierte Veranstaltung stattfand und **Michael Görk**, der Geschäftsführer der Nordhäuser **Diakonie**. Beide zeigten das Spannungsfeld zwischen der Qualität der Pflege, den Bedürfnissen des stark beanspruchten Personals und der Wirtschaftlichkeit. Die Gehälter im Pflegebereich seien klein, die Arbeit schwer und die Personaldecke dünn. Gut ausgebildete Fachkräfte auf dem heimischen Arbeitsmarkt seien nur noch mit Mühe zu finden. Um diesem Notstand zu begegnen, richten sowohl die Diakonie als auch die Neanderklinik ihren Blick Richtung Osten nach Rumänien und die Ukraine, wo es gut ausgebildete Fachkräfte gäbe. Entsprechende Kooperationen sollen demnächst Früchte tragen.

Günter Schiborr-Wulff, Vertreter der **Betriebskrankenkassen (BKK)**, kritisierte den Umgang mit der Pflegeversicherung und sprach sich deutlich für eine Erhöhung der Vergütungen für Pflegekräfte aus, die

über die derzeitigen Pläne einer Erhöhung um 4% hinausgeht. Eine Pauschalserhöhung, wie sie private Anbieter fordern, lehnte er ab. „Wenn wir sicher sein können, dass das Geld auch bei den Pflegenden ankommt und nicht anderweitig verwendet wird, dann werden wir auch zahlen, aber Pauschalzahlungen wird es nicht geben“, so Schiborr-Wulff.

Darüber, dass die Pflege attraktiver und besser bezahlt werden muss, herrschte Einigkeit, nicht zuletzt auch weil man mit den angrenzenden Bundesländern wie Bayern, Hessen und Niedersachsen im Wettbewerb um Fachkräfte steht.

Auch das durch diverse Skandale angekratzte Ansehen der Pflegebranche und die Qualität der Pflege waren Thema. Der BKK Vertreter Schiborr-Wulff hatte auch hier Kritik anzubringen und sprach von „einer Inflation der guten Noten“ und einer „Verwässerung der Prüfkriterien“. Wirtschaftlichkeit und Qualität schlossen sich aber nicht aus, betonte er und Martina Röder sprach von einem „Spagat“ der „schaffbar“ sei. Auch Ministerin Taubert unterstrich, dass es überwiegend gute Einrichtungen im Freistaat Thüringen gäbe.

Quelle: nnz-online.de

Chronische Wunden bei Menschen mit Demenz, 38. Pflegefachtagung in Harztor OT Ilfeld

Am **22.05.2014** kamen mehr als 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu der ausgebuchten Pflegefachtagung aus verschiedenen Bundesländern nach **Harztor/Ilfeld**.

Chronische Wunden sind in stationären Pflegeeinrichtungen und im ambulanten Bereich verstärkte Risiken, denn hohes Alter bringt auch chronische Wunden wie Ulcus Cruris, Diabetische Füße oder Dekubitus mit sich.

Die professionelle Wundversorgung ist inzwischen als eine zusätzliche Qualifizierung etabliert. Doch in der Praxis ist es schwierig genug, alle Anforderungen wie Hygiene, Verbandwechsel oder Schmerzbekämpfung umzusetzen.

Um ein vielfaches schwieriger ist es jedoch, wenn chronische Wunden bei Menschen mit Demenz auftreten. Denn dann werden Verbände häufig von den Betroffenen entfernt, weil sie diese als Fremdkörper empfinden. Es kann der Schmerz nur schlecht oder gar nicht mehr erfragt werden. Demzufolge ist die Schmerztherapie ein großes Problem. Oder aber die Betroffenen reagieren auf die Wundversorgung ängstlich und zeigen ein herausforderndes Verhalten.

Gerhard Schröder, Göttingen, als anerkannter Experte für chronische Wunden zeigte die spezielle Problematik auf und erarbeitete mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Lösungsansätze.

Die **Tagungsleitung** und **Moderation** der Veranstaltung lagen bei **Martina Röder**, Vorsitzende des Deutschen Pflegeverbandes e.V. und Geschäftsführerin der Neanderklinik GmbH, Ilfeld und **Rolf Höfert**, Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes (DPV) e.V.



DPV im Bremer Pfliegerat



(Bremen) Der Deutsche Pflegeverband ist seit April 2014 auch Mitglied im Landespflegerat in Bremen. „Wir freuen uns sehr auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Bremer Pfliegerat im Sinne der Interessen der beruflich Pflegenden und pflegender Angehörigen in diesem Bundesland“, so Rolf Höfert, Geschäftsführer DPV.

Für den DPV ist **Carsten Ludwig**, Mitglied im Bremer Pfliegerat

Der Landespflegerat ist die Arbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und der Hebammen des Landes Bremen. Die Delegierten der einzelnen Verbände vertreten die Interessen der Pflegenden und der Hebammen in der Pflege-, Gesundheits- und Be-

rufspolitik. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabenstellung ist der LPR in politischen Gremien vertreten, er nimmt an Anhörungen teil und wirkt an der Gesetzgebung mit.



Carsten Ludwig, DPV, Pflegedirektor St. Joseph-Stift Bremen.

DPV in der BAY.ARGE

(München) Seit Mai 2014 ist der Deutsche Pflegeverband Mitglied in der Bay. Arge. Wir freuen uns sehr darauf, für unsere Mitglie-



Ivonne Rammoser, DPV Chefredakteurin Health & Care Management Holzmann Medien

der in Bayern die Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern. Die Vertreterin des DPV ist **Ivonne Rammoser**. Frau Rammoser ist bereits seit längerem Leiterin des **Service Point Bayern in Bad Wörishofen**, als Delegierte, Expertin und Autorin für den DPV aktiv.

Die Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Pflegeberufe (Bay. Arge) fördert die Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, bündelt die berufspolitischen Aktivitäten ihrer elf Mitgliedsverbände und vertritt deren Positionen und Anliegen in der Öffentlichkeit.

Die Bay. Arge ist ein Zusammenschluss von eigenständigen Berufsverbänden, Schwesternschaften und Berufs- und **Pflegeorganisationen**. Wie auf Bundesebene der Deutsche Pfliegerat vertritt die Bay. Arge auf Länderebene die Pflegeberufe. Die Bay. Arge feierte im Jahr 2008 ihr 60-jähriges Bestehen und ist damit der älteste Landespflegerat. Weitere Infos: www.bay-arge-pflege.de

DPV auf Facebook

Seit einigen Wochen ist der Deutsche Pflegeverband auch auf Facebook vertreten. Wir nutzen diesen Kanal, um unseren Abonnenten zeitnah die aktuellen Geschehnisse aus der Berufspolitik sowie weitere interessante Neuigkeiten mitzuteilen. Wir freuen uns sehr über die bisher positive Resonanz und hoffen vor allem die



jungen Pflegepersonen besser erreichen zu können.

Facebook bietet den Vorteil, dass Sie unsere Beiträge direkt kommentieren können und auch mit anderen Pflegepersonen ins Gespräch kommen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns auf Facebook besuchen.

www.facebook.com/pflegeverband



Startschuss für „PFLEGE BRAUCHT HELDEN“

(Erfurt) Die Thüringer Kampagne wurde unter Federführung der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Rahmen der **Umsetzung des Thüringer Pflegepaktes** mit den Partnern des Pflegepaktes entwickelt und im Beisein der Thüringer Sozialministerin Heike Taubert in Erfurt der Öffentlichkeit vorgestellt.

Auch der Deutsche Pflegeverband unterstützt die Ziele dieser Kampagne.

Die Kampagne soll die Potentiale aufzeigen, die in dem Berufsbild der Altenpflege stecken und wer die Menschen sind, die sich für diesen Beruf entschieden haben. Erklärtes Ziel der Partner des Pflegepaktes ist die Schaffung eines wertschätzenden und positiven Bildes des Altenpflegebe-

rufes, um auch zukünftig Pflegefachkräfte für den Beruf zu gewinnen.

„**PFLEGE braucht HELDEN**“ soll zeigen, was die Altenpflege kann. Denn es ist aus unserer Sicht an der Zeit, die Pflegenden in den Vordergrund zu stellen und aufzuzeigen, dass in der Altenpflege Helden unterwegs sind. Nicht zuletzt ist die Kampagne ein Dank an all die Heldinnen und Helden in der Altenpflege. Denn gute Pflege braucht Helden und verdient Anerkennung.

Über verschiedene Medien wird in den nächsten zwei Jahren für den Altenpflegeberuf in seiner Vielfalt und Dynamik geworben. So wurde u.a. zum Auftakt die Website www.pflege-braucht-helden.de

geschaltet. Hier finden Interessierte (und natürlich auch Sie) alle Informationen rund um das Berufsbild und die Ausbildungsmöglichkeiten und fünf Kurzfilme über „reale“ Altenpflegerinnen und Altenpfleger aus Thüringer Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten und vieles mehr. Des Weiteren soll im Vorfeld der jeweiligen Ausbildungsstarttermine (01.09.2014; 01.03.2015; 01.09.2015) thüringenweit auf die Kampagne und damit auf den Altenpflegeberuf in Großplakatierung an allen zentralen Orten aufmerksam gemacht werden.



Fortbildung

der **Deutsche Pflegeverband DPV** und die **Neanderklinik Harzwald GmbH** laden Sie herzlich ein zum **9. Thüringer Pflegesymposium – 40. Pflegefachtagung** nach Harztor, OT Ilfeld!

WO? **Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe der Neanderklinik**
Neanderplatz 4
99768 Harztor OT Ilfeld

WANN? **09.Sept.2014**
9:00 - 16:00 Uhr

Themen u.a.:

Schweigepflicht, Datenschutz - Auswirkungen auf den Pflegealltag
Erbrecht - Was darf ich als Mitarbeiter/in von Bewohnern entgegennehmen oder gar erben?
Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
Aktuelles zur Pflegepolitik, Pflegebedürftigkeitsbegriff, Entbürokratisierung, Finanzierung der Pflege

Tagungsgebühr
DPV-Mitglied 60,00 €
Nicht-Mitgl. 80,00 €

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

Deutscher Pflegeverband (DPV) e.V.
Mittelstaße 1
56564 Neuwied
Fax: (02631) 8388-20
www.dpv-online.de



Schirmherrschaft Sozialministerin
Heike Taubert

Foto: TMSFG

**Bei Teilnahme an der Veranstaltung
erhalten Sie 6 Punkte im Rahmen der
Registrierung beruflich Pflegender.**

Arbeitsgruppe

Anmeldung ist nicht erforderlich

Didaktik Zirkel

Nächste Treffen, 22.08.2014 17.00 Uhr,
Am Hasensprung 2 61348 Bad Homburg v.d.H.

DPV-Jubilare

40 Jahre Mitgliedschaft:

Martin, Liane, Wölfersheim

35 Jahre Mitgliedschaft

Helmus-Klasen, Helga, Eckelsheim

30 Jahre Mitgliedschaft

Kühnel, Arno, Kassel
Meiser, Petra, Ottweiler
Schmitt, Marie-Luise, Koblenz
Schnabel, Bernhard, Hanau
Thiele, Uwe, Langenfeld
Wenner, Elisabeth, Trebur

25 Jahre Mitgliedschaft

Dittberner, Sabine, Bad Nauheim
Jäger, Andrea, Petersberg
Lehmann, Marion, Niedernhausen
Sames-Hagen, Martina, Marburg

20 Jahre Mitgliedschaft

Cherdron, Katrin, Wiesbaden
Geisel, Ralf, Frielendorf
Plein-Simon, Anneliese, Trier
Sackmann, Heike, Bremen,
Schlautmann, Jutta, Ulmen
Weber, Cornelia, Rumbach
Weiland, Annett, Stadtroda
Zitt, Mario, Saarlouis,



**Wir bedanken uns für
Ihre Treue!**

© DPV

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!



Den DPV empfehlen, **Geldprämie erhalten!**

Wir belohnen Ihre Weiterempfehlung!

Überzeugen Sie Ihre Kollegen von einer DPV-Mitgliedschaft.



Und so geht's:

Unser Dankeschön für Sie!

- 1 Mitglied - Geldprämie i.H.v. **20 €**
- 2 Mitglieder - Geldprämie i.H.v. **50 €**
- 5 Mitglieder - Geldprämie i.H.v. **150 €**
- 10 Mitglieder - Geldprämie i.H.v. **350 €**

- Tragen Sie die Adressen der durch Sie geworbenen Personen ein
 - Wählen Sie Ihre Geldprämie
 - Schicken oder faxen Sie diese Seite an uns zurück
- Wir schicken die Beitrittserklärungen an die angegebenen Adressen

Ich bin:

Name _____

Vorname _____

Mitgliedsnummer _____



Ich habe diese Personen geworben:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____



Die Prämie wird für alle angeworbenen Mitglieder ausgestellt; ausgenommen Schüler, Rentner, Inaktive oder geringfügig Beschäftigte. Sie erhalten die Prämie nach Beitritt der angeworbenen Personen i.V.m. der Nichtinanspruchnahme der Widerrufsfrist.



AN: DEUTSCHER PFLEGEVERBAND
Mittelstr. 1
56564 Neuwied

oder per Fax: 02631 8388-20