

DEUTSCHER  
PFLEGEVERBAND  
(DPV) E.V.

## In dieser Ausgabe:

- 1 • Editorial
  - TRBA 250 fordert mehr Arbeitsschutz in der Altenpflege
- 2 • Krankenhaus-Report 14
  - Pflege-Thermometer 14
  - Die Pflege bleibt ein Frauenberuf
- 3 • Gesetzentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in Bayern
  - Mindestlohn in der Pflege steigt
- 4 • Resolution für eine qualitätssichernde Krankenhausfinanzierung
- 5 • Urteil; Preisanpassungsklauseln in Heimverträgen unzulässig
- 6 • Urteil: Behandlungsfehler: Wann kommt ein Kaiserschnitt zu spät?
  - Fortbildung
- 7 • Veranstaltungen
  - Jubilare
- 8 • DPV ganz nah

**Erinnerung MV**  
**07.10.14 in Harztor,**  
**OT Ilfeld von**  
**11.00 bis 15.00 Uhr**  
in der Neanderklinik  
Harzwald GmbH



Ausgabe 10

Oktober 2014

## Editorial Erntedank?!

**Liebes Mitglied, liebe Interessierte,**  
diese Ausgabe von Konkret erscheint zeitnahe zum „Erntedankfest“.

Eine Gelegenheit, die ersten Früchte der gesundheits- und pflegepolitischen Entwicklungen zu bewerten.

Hierzu zählen das 1. Pflegestärkungsgesetz, das zum Jan. 2015 in Kraft treten soll mit Beitragserhöhung um 0,3 % und Leistungsverbesserungen im Bereich der Unterstützungsleistungen, niedrigschwelligen Angeboten, Umbaumaßnahmen, Pflegehilfsmittel, Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und Erhöhung der Zahl zusätzlicher Betreuungskräfte.

Kritisch zu sehen ist weiterhin der vorgesehene Pflegevorsorgefonds, der jährlich mit 1,2 Milliarden Euro bis 2035 gespeist werden soll.

Grundsätzlich begrüßenswert ist die Steigerung des Mindestlohns in der Pflege als keiner Anfang.

Nachbesserungsbedürftig sind vorliegende Ansätze zur Finanzierung der Krankenhäuser



(Resolution, Seite 4).

Mit Spannung erwarten wir für diesen Herbst, das im Vorfeld umfänglich spekulierte und dringend notwendige Berufsgesetz Pflege.

Ernteergebnisse jahrelanger Anbaubemühungen sind die geplante Pflegekammer für Rheinland-Pfalz, der Gesetzesentwurf der Landesregierung Schleswig-Holstein für eine Pflegekammer und die anlaufende Befragung zur Pflegekammer in Berlin.

Politisch wird es sicherlich keinen goldenen Oktober geben, aber dennoch Hoffnung auf konstruktive Auseinandersetzungen mit dem Ziel weiterer Verbesserung im System.

Mit herzlichen Grüßen



Rolf Höfert  
Geschäftsführer

## TRBA 250 fordert mehr Arbeitsschutz in der Altenpflege

**SAFETY FIRST! unterstützt die Gleichbehandlung von ArbeitnehmerInnen aller Gesundheitsberufe beim Einsatz sicherer Instrumente**

DEUTSCHLAND

**SAFETY  
FIRST!**

(Berlin) Mit Verabschiedung der Biostoffverordnung sowie der Neufassung der Technischen Regel für biologische Arbeitsstoffe TRBA 250 sind nun auch alle Pflegekräfte besser vor Nadelstichverletzungen geschützt. Arbeitgeber in der stationären und der ambulanten Altenpflege müssen jetzt – wie vorher schon im klinischen Bereich – verletzungssichere medizinische Instrumente zur Verfügung stellen.

SAFETY FIRST! Deutschland begrüßt die Ausweitung des Geltungsbereiches und freut sich, zwei betroffene Verbände – den Deutschen Pflegeverband e.V. (DPV) und den Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) – als Mitwirkende für die Initiative gewonnen zu haben.

Seit Juni unterstützen der Deutsche Pflegeverband und der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe nun die Arbeit von SAFETY FIRST! „Wir freuen uns sehr, diese wichtigen Berufsvertretungen zu unseren Mitgliedern zählen zu dürfen“, so der Sprecher von SAFETY FIRST! Deutschland Prof. Dr. Andreas Wittmann (Bergische Universität Wuppertal). „Uns verbindet das Bestreben, die Umsetzung der Arbeitsschutzregelungen auch in der Pflege möglichst rasch zu erreichen.“ Allerdings muss dafür noch die eine oder andere Hürde genommen werden. Bisher verhindert vor allem die Erstattungsfrage den flächendeckenden Zugang zu sicheren Instrumenten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenpflege. Erfreulicherweise wird eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege auch von den Gesundheitsministern der einzelnen Bundesländer unterstützt, wie kürzlich auf der 87. Gesundheitsministerkonferenz der Länder beschlossen.

„Über die Erstattung sicherer Injektionsnadeln, zum Beispiel für Insulin-Pens, entscheiden die Kassen. Die Verantwortung für den Arbeitsschutz trägt jedoch der Arbeitgeber“, beschreibt die Vorstandsvorsitzende des VDBD Elisabeth Schnellbacher den Konflikt in ihrem Arbeitsbereich. Rolf Höfert, Geschäftsführer des DPV, beobachtet Ähnliches in der Altenpflege. „Es muss zeitnah eine für alle Beteiligten annehmbare Lösung gefunden werden, gegebenenfalls durch eine Verteilung der Kosten auf mehrere Parteien“, so Höfert. „Eine unserer Aufgaben im Hinblick auf den flächendeckenden Schutz der Pflegekräfte und die Anwendung sicherer Instrumente in der Altenpflege wird deshalb die Unterstützung der Arbeitgeber im Dialog mit den Krankenkassen sein“, ergänzt er. Auch erste Ergebnisse der SAFETY FIRST!-Umfrage zu Nadelstichverletzungen in der Altenpflege belegen, dass die Umsetzung der Schutzmaßnahmen und damit die Gesunderhaltung der ArbeitnehmerInnen und Patienten zu verbessern ist.

Nähere Info: [www.nadelstichverletzung.de](http://www.nadelstichverletzung.de)

## Krankenhaus-Report 2014: Patientensicherheit

(Berlin) Die aktuelle Ausgabe des Krankenhaus-Reportes behandelt eine Vielzahl von Themen, die auch für die **gesundheitsspolitische Diskussion** bedeutsam sind, etwa wenn mit Blick auf die zukünftige Gestaltung der Krankenhauslandschaft gefragt wird, welchen Stellenwert spezialisierte Zentren haben sollen. So zeigt beispielsweise ein Beitrag im Report, dass beim planbaren Hüftgelenkersatz bei Arthrose ein klarer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit, mit der ein Krankenhaus eine Operation vornimmt, und dem Auftreten von Revisionsoperationen binnen Jahresfrist besteht. Nach dieser Analyse hat das Fünftel der Krankenhäuser, die weniger als 45 Eingriffe im Jahr durchführen, nach Risikoadjustierung ein um 37% erhöhtes Risiko für eine Revisionsoperation gegenüber dem Fünftel der Krankenhäuser mit mehr als 200 Operationen pro Jahr.

In seinem Schwerpunkt widmet sich der Krankenhaus-Report 2014 dem Thema „**Patientensicherheit**“. Er wirft einen wissenschaftlichen Blick auf die Gefährdungen, denen Patienten bei einem Krankenhausaufenthalt ausgesetzt sind. Analysiert werden beispielsweise die Risiken durch Hygienemängel, bei der Medikamentengabe und mangelhafte Medizinprodukte. Die prak-

tischen Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Patientenrechten werden ebenso thematisiert wie mögliche Fehlanreize des Vergütungssystems und der Einfluss organisatorischer Faktoren. Über die Gefährdungsanalyse hinaus stellt der Krankenhaus-Report 2014 Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Patientensicherheit dar, so zum Beispiel anhand von Notfallsimulationstrainings in der Geburtshilfe, und betont die Bedeutung einer gelebten Kultur im Umgang mit unerwünschten Ereignissen.

Über die Fachbeiträge hinaus liefert das Krankenhaus-Directory für fast 1600 Krankenhäuser detaillierte Angaben zu Wirtschaftlichkeit, Qualität der Leistungserbringung und Marktpositionierung. Gerade hinsichtlich der Qualitätsinformationen zeigen sich dabei große Unterschiede zwischen den Kliniken. Der Report liefert damit einen verlässlichen Benchmark der deutschen Krankenhauslandschaft.

Nähere Info mit Bestellhinweis:  
[www.wido.de/khr\\_2014.html](http://www.wido.de/khr_2014.html)



## Pflege-Thermometer 2014 untersucht Demenzversorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern

**Die bislang größte Befragung weist auf gravierende Mängel hin**

(Köln) Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln hat mit dem Pflege-Thermometer 2014 die bislang größte Befragung in der Pflege zur Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus veröffentlicht. Über 1.800 Stations- und Abteilungsleitungen aus Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet wurden befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Thema eine herausragende Bedeutung für die Gesundheitsversorgung hat. Der Studie zufolge litt fast jeder vierte Patient auf den befragten Stationen (23%) an einer Demenz. Die Studie offenbart gravierende Umsetzungsprobleme von geeigneten Versorgungskonzepten. Eine Rolle spielt dabei auch der zunehmende Personalmangel in der Pflege.

Die Studie kann unter [www.dip.de](http://www.dip.de) heruntergeladen werden.



## Die Pflege bleibt ein Frauenberuf

Die Pflege ist ein Frauenberuf. Das zeigen auch die Ausbildungszahlen des Statistischen Bundesamtes. Entscheiden sich Männer für einen Pflegeberuf, dann ist es meist die Altenpflege.

58.300 Jugendliche begannen im Herbst 2012 nach Statistischem Bundesamt eine Ausbildung in einem Pflegeberuf. Wie schon in der Vergangenheit

haben sich auch im vergangenen Jahr v.a. Frauen für eine Ausbildung als Pflegefachkraft entschieden. Schließlich waren 46.000 der neuen Auszubildenden weiblich. Der Frauenanteil bei Anfängern lag damit bei 79 Prozent. Mit insgesamt 12.200 Auszubildenden kamen die Männer indes auf einen Anteil von 21 Prozent.

Zu den **Pflegeberufen** zählen die Ausbildungen als

- ▶ Gesundheits- und Krankenpfleger,
- ▶ Kinderkrankenpfleger,
- ▶ Altenpfleger und Pflegehelfer.

Mit einem Anteil von 21,6 Prozent war der Anteil der Männer an den Ausbildungsanfängern im Jahr 2012 am größten. Für die Gesundheitspflege entschieden sich indes 20,4 Prozent der männlichen Auszubildenden.

[www.hcm-magazin.de](http://www.hcm-magazin.de)

## Bayerns Justizminister präsentierte Gesetzentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen und richtet Schwerpunktstaatsanwaltschaften ein

(München) Bayerns Justizminister Prof. Dr. Winfried Bausback präsentierte am 25.07.14 in München einen Gesetzentwurf, mit dem Fälle von Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen unter Strafe gestellt werden sollen. Der Entwurf entwickelt laut Bausback einen von Hamburg ausgearbeiteten Gesetzesvorschlag des Bundesrates weiter, der im vergangenen Jahr dem Ende der Legislaturperiode zum Opfer gefallen ist. Er sieht im Strafgesetzbuch einen neuen, eigenständigen **Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen** vor; mit einer Strafanndrohung von im Regelfall Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe. Den Kern dieses Straftatbestandes bildet eine so genannte Unrechtsvereinbarung zwischen Vorteilsnehmer und Vorteilsgeber - wenn also zum Beispiel ein Pharmaunternehmen, ein Sanitätshaus oder ein medizinisches Labor einem Arzt absprachegemäß Vorteile gewährt, um eine bestimmte pflichtwidrige Gegenleistung des Arztes zu erlangen. Das kann etwa eine Bevorzugung bei der Verordnung von Arzneimitteln oder der Zuführung von Pati-

enten oder Untersuchungsmaterial sein. Der Entwurf wird nun den betroffenen Ressorts innerhalb der Staatsregierung zur Stellungnahme übersandt.

„Ab dem 1. Oktober richten wir außerdem drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften ein, bei denen die strafrechtliche Verfolgung von Korruptions- und Vermögensdelikten von Angehörigen der akademischen Heilberufe im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung und zugleich begangene Korruptionsdelikte anderer Personen auf Geber- bzw. Nehmerseite konzentriert wird“, so Bausback weiter, „jeweils eine für den Bezirk eines jeden Oberlandesgerichts: Die Staatsanwaltschaften München I, Nürnberg-Fürth und Hof.“

„Die Erfahrung zeigt: Wer die häufig äußerst komplexen Straftaten im Gesundheitswesen effektiv verfolgen will, braucht oft genug spezifisches Fachwissen und Erfahrung, auch in speziellen Materien wie dem Sozialrecht oder beim kassenärztlichen Abrechnungssystem“, so Bayerns Justizminister zur Begründung. „Ich will die Strukturen verbessern und damit die Qualität der Bearbeitung durch die Bün-

delung von Fachwissen weiter steigern.“ Außerdem könne auf diese Weise in einem tatsächlich wie rechtlich so komplexen und gleichsam sensiblen Bereich eine einheitliche Rechtsanwendung noch besser gewährleistet werden.

Bayerns Justizminister abschließend: „Es geht hier keinesfalls darum, einen ganzen Berufsstand unter Generalverdacht zu stellen oder Heilberufsträgern generell unlauteres Verhalten zu unterstellen! Die ganz große Mehrheit der Akteure auf dem Gesundheitsmarkt arbeitet mit großem Einsatz für das Wohl der Patienten und ist unempfindlich gegenüber Versuchen der Beeinflussung! Es geht lediglich um die kleine Zahl der schwarzen Schafe, die ihre Entscheidungsmacht missbräuchlich ausnutzt. Hier muss das Strafrecht wirksame Mechanismen zur Verhinderung, aber auch zur Ahndung von Verstößen vorsehen. Das ist nicht nur im Interesse der Patienten sondern gerade auch im Interesse der ganz großen Mehrheit rechtschaffender Akteure auf dem Gesundheitsmarkt!“

Nähere Info: bayern.de

## Mindestlohn in der Pflege steigt

### Pflegekommission für höhere Mindestlöhne und Ausweitung des Geltungsbereichs

(Berlin) Am 4. September hat sich die Pflegekommission auf höhere Mindestlöhne für Beschäftigte in der Pflege geeinigt: Ab 1. Januar 2015 soll der Mindestlohn auf 9,40 Euro pro Stunde im Westen und 8,65 Euro im Osten steigen. In zwei Schritten soll er bis Januar 2017 weiter wachsen und dann 10,20 Euro pro Stunde im Westen und 9,50 Euro im Osten betragen. Ab 1. Oktober 2015 soll zudem der Kreis derer, für die der Pflegemindestlohn gilt, deutlich ausgeweitet werden: Dann sollen zusätzlich auch die in Pflegebetrieben beschäftigten Betreuungskräfte von dementen Personen, Alltagsbegleiterinnen und -begleiter sowie Assistenzkräfte vom Mindestlohn profitieren.

### Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles:

„Es ist gut, dass sich die Pflegekommission auf höhere Mindestlöhne geeinigt hat. Pflege ist kein Beruf wie jeder andere, auch und gerade hier brauchen wir gute Löhne für die Beschäftigten. Der Pflegebedarf wächst, und hochwertige, qualifizierte Pflege braucht motiviertes Fachpersonal. Der Pflegemindestlohn ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung und schafft faire Wettbewerbsbedingungen für die Einrichtungen.“

### Jürgen Gohde, Beauftragter des BMAS für die Pflegekommission:

„Es ist gelungen eine Lösung zu finden, die von allen Mitgliedern der Kommission mitgetragen wird. Dafür möchte ich allen Beteiligten danken. Von diesem Mindestlohn werden sowohl Beschäftigte und Unternehmen, als auch die Pflegebedürftigen profitieren. Gute Pflege soll auch angemessen entlohnt werden. Dass sich ein Mindestlohn in der Branche bewährt hat, haben die Erfahrungen seit 2010 gezeigt.“

In Einrichtungen, die unter den Pflegemindestlohn fallen, arbeiten derzeit rund 780.000 Beschäftigte. Dort, wo der spezielle Pflegemindestlohn nicht gilt (zum Beispiel in Privathaushalten), wird ab 1. Januar 2015 der **allgemeine gesetzliche Mindestlohn** gelten. Er ergänzt den besonderen Mindestlohn im Bereich der ambulanten, teilstationären oder stationäre Pflege.





## Die geplanten Erhöhungsschritte im einzelnen:

	West		Ost	
	Höhe	Steigerung	Höhe	Steigerung
ab dem Inkrafttreten (frühestens 01.01.2015)	9,40 €	4,4%	8,65 €	8,1%
ab 01.01.2016	9,75 €	3,7 %	9,00 €	4,1 %
ab 01.01.2017	10,20 €	4,6 %	9,50 €	5,6 %

Die bereits begonnene Angleichung der Löhne in Ost und West wird damit weitergeführt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird nun auf Grundlage der Empfehlung der Pflegekommission auf dem Weg einer Verordnung den neuen Pflegemindestlohn erlassen.

Der Pflegekommission nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz gehören Vertreter der privaten, öffentlich-rechtlichen sowie kirchlichen Pflegeeinrichtungen an. Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter sind paritätisch vertreten.

www.bmas.de

## Gemeinsame Resolution für eine qualitätssichernde Krankenhausfinanzierung Erwartungen an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe



(Berlin) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat begrüßen gemeinsam mit weiteren Verbänden der Träger und Berufe des Krankenhauswesens die Absicht der Regierungskoalition und der dazu gegründeten Bund-Länder-Arbeitsgruppe, eine Reform der Finanzierung der Krankenhäuser durchzuführen.

Seit Jahren müssen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen anhaltenden Kosten und Rationalisierungsdruck bewältigen. Trotz größter Anstrengungen können immer mehr Krankenhäuser ihre laufenden Kosten nicht decken und sind mit absolut unzureichenden Investitionsmitteln konfrontiert. Demgegenüber steht ein stetig steigender medizinischer Leistungsbedarf der älter werdenden Bevölkerung, gepaart mit höchsten Ansprüchen an die **medizinische Leistungsfähigkeit**, an die **Qualität** und an die **Patientensicherheit**. Zehn Jahre nach Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist festzustellen, dass bei der Finanzierung der laufenden Kosten, bei der Investitionsmittelaufbringung und bei der Vergütung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser gravierende Unzulänglichkeiten bestehen, die in ihrem Zusammenwirken die Zukunft einer hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung gefährden.

Die Finanzierung der Krankenhäuser muss auf eine bedarfsgerechte und berechenbare Grundlage gestellt werden. Daher rufen die Verbände die von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe dringend dazu auf, die folgenden Anpassungen und Neuaufrichtungen in den gesetzlichen Grundlagen zu berücksichtigen:

► Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass in der Politik breiter Konsens für eine Verbesserung der **Personalausstattung** und Personalfinanzierung sowie für die Förderung der Beschäftigung im Gesundheitswesen besteht. Dazu müssen allerdings gesetzliche Vorgaben konsequent beseitigt werden, die der Re-

finanzierung der tatsächlichen Personalkostensteigerungen entgegenstehen. Auch müssen die für eine gute medizinische, pflegerische und menschliche Patientenversorgung notwendigen Personalausstattungen und Personalentwicklungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Insbesondere muss der sich weiter verschärfende Personalmangel in den Pflegeberufen nachhaltig beseitigt werden. Die Qualität der medizinischen Behandlung und der Pflege wird maßgeblich durch das Vorhandensein ausreichend qualifizierter Ärztinnen und Ärzte sowie qualifizierter, professionell Pflegenden in den Krankenhäusern gesichert. Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Personalausstattung einschließlich einer nachhaltigen Personalentwicklung muss von und in den Krankenhäusern in angemessener Weise wahrgenommen werden können. Die dafür erforderlichen Mittel sind bereitzustellen!

► Auf kurzfristige Kostensteigerungen muss die **Krankenhausfinanzierung** künftig verzögerungsfrei reagieren. Erforderlich sind konzeptionelle Nachbesserungen beim Orientierungswert und dessen vollständige Bereitstellung für die jährlichen Vergütungsanpassungen und Öffnungsklauseln zur Berücksichtigung höherer Kosten. Leistungszuwächse dürfen nicht länger zu Preisabsenkungen zu Lasten aller Krankenhäuser führen. Kostenerhöhende Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen zeitnah über örtlich zu vereinbarenden Zuschläge refinanziert werden können. Ergänzend zu den Fallpauschalen und Zusatzentgelten sind örtliche Vergütungsvereinbarungsmöglichkeiten für die Finanzierung von besonders kostenaufwändigen Behandlungen notwendig. Die umfassenden ambulanten Notfallleistungen der Krankenhäuser müssen auch bezahlt werden. Die anhaltende Unterdeckung der Kosten der Krankenhäuser darf nicht auch noch durch den Wegfall des Versorgungszuschlages von 0,8 Prozent verschärft werden. Die Krankenhäuser brauchen diese 500 Millionen Euro auch weiterhin zur Deckung der Kosten.

► Die unzureichende Bereitstellung von **Investitionsmitteln** durch die Länder gefährdet die Zukunftsperspektive und Innovationsfähigkeit der Krankenhausmedizin in Deutschland. Nach der vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden jährlich mindestens sechs Milliarden Euro für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung benötigt. Stattdessen werden den Krankenhäusern zurzeit jährlich Mittel in Höhe von nur 2,7 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Als eine der vorrangigsten Maßnahmen muss diese eklatante Schieflage und der inzwischen in den Krankenhäusern sichtbare Investitionsstau und Substanzverzehr auch durch zusätzliche Bundesmittel behoben werden. Auch der in den Koalitionsverhandlungen ursprünglich vorgesehene Investitionsfonds sollte zur Förderung des Strukturwandels bereitgestellt werden. Der Ende des Jahres auslaufende Investitionsförderbeitrag der Krankenkassen in den neuen Bundesländern in Höhe von 140 Millionen Euro muss auch im Jahr 2015 bereitgestellt werden.

Die Verbände appellieren an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Besonderheiten des Krankenhausesektors als medizinisch-sozialen Leistungsbereich der Daseinsvorsorge zu stärken. Insbesondere gilt es, die Grenzen ökonomischer Prinzipien in der ge-

sundheitlichen Versorgung zu beachten. Rabatt- und Preiswettbewerb sowie Zulassungswettbewerb über Selektivverträge sind mit den Zielen einer humanen und sozial verantworteten medizinischen Versorgung nicht zu vereinbaren. An gebührenordnungsdefinierten Festvergütungen ist festzuhalten. Auch appellieren die Partner dieser Resolution an die Politik, der Zunahme patientenfremder Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser, insbesondere durch überbordende Fallprüfungen auf Veranlassung der Krankenkassen, entgegenzuwirken. Bei den Entscheidungen über die Steuerungsinstrumente müssen Zeichen des Vertrauens in die Verantwortungsbeziehung der Träger und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesetzt werden. Einer kampagnengesteuerten Misstrauensbildung und gezielten Verunsicherung der Patienten gilt es konsequent entgegenzuwirken.

Die Unterzeichner bekennen sich zu der von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe formulierten Zielsetzung der Reform: **„Die Menschen müssen sich auf gut erreichbar, leistungsstarke Krankenhäuser verlassen können – und zwar überall in unserem Land.“**

Diese **Resolution wurde am 04.09.2014 in der Bundespressekonferenz vorgestellt.**

## Preisanpassungsklauseln in Heimverträgen unzulässig

Einseitige Entgelterhöhung und Zusatzgebühren werden erneut als rechtswidrig beurteilt

Das Landgericht Düsseldorf hat eine Klausel, die einem Betreiber von Pflegeeinrichtungen Preiserhöhungen ohne Zustimmung der Bewohner gestattet, für unzulässig erklärt. Geklagt hatte der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) gegen eine Oberhausener Pflegeeinrichtung.

Eine einseitige Preiserhöhung ohne Zustimmung der betroffenen Verbraucher widerspreche dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (§ 9 WBVG) sowie dem allgemeinen Grundsatz, dass einmal getroffene Vereinbarungen nur mit Einverständnis aller Vertragspartner geändert werden können.

Mit knapper Begründung geht das Landgericht sogar über Auffassungen der Zivilgerichte in Berlin und Mainz hinaus. Diese hatten argumentiert, dass sie die einseitigen Erhöhungen in Pflegeeinrichtungen zumindest bei bestimmten Sozialleistungsempfängern für möglich halten, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlage ändert.

### Keine zusätzlichen Kosten für Namensetiketten

Neben dieser Klausel befasste sich das Gericht auch mit dem Verlangen des Betreibers, dass Bewohner die Befestigung von Namensetiketten in ihrer Kleidung extra bezahlen – eine Praxis vieler Einrich-

tungen, die sich auf über 100 Euro und mehr im Jahr an zusätzlichen Kosten addieren kann. Das Landgericht stellte klar, auch das ist rechtswidrig, weil die Wäschebesorgung bereits als Standardleistung mit den Unterkunftskosten bezahlt werde.

Der Unternehmer müsse selbst dafür sorgen, dass er gereinigte Kleidung zuordnen kann.

Ähnlich hatte im vergangenen Jahr bereits der Hessische Verwaltungsgerichtshof geurteilt. „Damit setzt ein weiteres Gericht dem Erfindertum immer neuer kostenpflichtiger Zusatzleistungen Grenzen“, sagte Heiko Dünkel, zuständiger Projektleiter bei der Verbraucherzentrale Bundesverband.

### Projekte zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

Der vzbv nimmt seit 2011 gemeinsam mit den Verbraucherzentralen die Vertragsklauseln und Vertragstexte von Pflegeanbietern nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) unter die Lupe. Das Verfahren vor dem Landgericht Düsseldorf wurde noch im Vorgängerprojekt angestoßen. In dem seit Juni 2013 laufenden Projekt des vzbv stehen neue Wohnformen und Einrichtungen der Behindertenhilfe im Mittelpunkt. Die Maß-



nahmen werden gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

### Erwähnte Gerichtsentscheidungen

Kammergericht Berlin, Beschluss vom 17.05.2013, Az. 23 U 276/12  
Landgericht Berlin, Urteil vom 13.11.2012; Az. 15 O 181/12  
Landgericht Mainz, Urteil vom 31.05.2013, Az. 4 O 113/12  
Verwaltungsgerichtshof Kassel, Urteil vom 08.08.2013, Az. 10 A 902/13

## Behandlungsfehler: Wann kommt ein Kaiserschnitt zu spät?

Bei der Geburt können die Herzfrequenzwerte eines Kindes lebensgefährlich herabsinken. Entscheiden sich Mediziner nicht rechtzeitig für eine Schnittentbindung, kann ihnen das als grober Behandlungsfehler ausgelegt werden, wie ein aktuelles Urteil des Oberlandesgerichts Hamm zeigt.

**Erfolgt ein Kaiserschnitt zu spät, kann das ein grober Behandlungsfehler sein.**

Verzögert die unterlassene Schnittentbindung die Geburt eines Kindes um rund 23 Minuten, kann Ärzten das als grober Behandlungsfehler ausgelegt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass auffällige Herzfrequenzwerte zuvor die ärztliche Entscheidung zu einer alsbaldigen Geburtsbeendigung erfordert hätten. Das geht aus einer Entscheidung des 26. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Hamm hervor (Az.: 26 U 178/12).

Im vorliegenden Fall kam ein Junge infolge mangelnder Sauerstoffversorgung bei der Geburt schwer hirngeschädigt im beklagten Krankenhaus zur Welt. Während des von der beklagten Ärztin betreuten Geburtsvorganges sanken die Herzfrequenzwerte des Kindes zeitweise lebensgefährlich ab. Eine Blutgasuntersuchung unterblieb jedoch.

**Ärztin entschied sich für Geburtshocker statt Kaiserschnitt**

Anstelle einer Schnittentbindung wurde die Mutter zunächst rund 15 Minuten und ohne Beschleunigung des Geburtsvorganges auf einen Geburtshocker gesetzt, bevor es unter Einsatz von Kristal-

lerhilfe schließlich zu einer – im Vergleich zu einer Schnittentbindung – um etwa 23 Minuten verzögerten, spontanen Geburt kam.

Nach eingeholten medizinischen Sachverständigengutachten hat der 26. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Hamm die Maßnahmen der Beklagten bei der Geburtshilfe in ihrer Gesamtheit als grob fehlerhaft bewertet. Nach den festgestellten Auffälligkeiten bei den Herzfrequenzwerten des Kindes sei der etwa 30-minütige Versuch, die Geburt unter Anwendung des Geburtshockers zu fördern, fehlerhaft gewesen.

**Wann die Schnittentbindung sofort erfolgen muss**

Wegen der Gefahr einer Kindeschädigung hätte man sich für eine sofortige Beendigung der Geburt durch eine Schnittentbindung entscheiden müssen. Die anstelle einer Schnittentbindung in den letzten rund 45 Minuten vor der Geburt durchgeführten Maßnahmen seien medizinisch nicht mehr nachvollziehbar und deswegen grob fehlerhaft. Hierdurch trete eine Beweislastumkehr ein. Deswegen hafteten die Beklagten für den Schaden des Kindes, auch wenn nicht sicher feststehe, ob dieser erst infolge der etwa 23-minütigen Verzögerung vor der Geburt oder bereits zuvor eingetreten sei. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

[www.hcm-magazin.de](http://www.hcm-magazin.de)



## Fortbildung

der Deutsche Pflegeverband DPV und die Neanderklinik Harzwald GmbH laden Sie herzlich ein zur 41. Pflegefachtagung nach Harztor, OT Ilfeld!

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

**WANN?** 20. Nov. 2014  
8:30 - 15:00 Uhr

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

### 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/Hinlauffenden“ 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](http://www.dpv-online.de)

## Fortbildung

### 12. Gesundheitspflege-Kongress 2014 in Hamburg am 24. und 25. Oktober 2014

Hotel Radisson Blu, Marseiller Str. 2, 20355 Hamburg

Es werden wieder rund 800 Pflegefachkräfte, Stations- und Pflegedienstleitungen, PflegedirektorInnen, Lehrer, Lehrende und Studenten erwartet.

Schirmherrin des Kongresses ist Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.

**Schwerpunktthemen sind u.a.:**

- Case Management und Überleitungspflege
- Bewegungskonzepte in der Praxis
- Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz
- Patientensicherheit und Qualität im Gesundheitssystem
- Nach bestem Wissen und Gewissen – Ethik im Klinikalltag
- Kommunikation und Gefühlsarbeit in der Pflege
- Management und Führung

- Pflege- und Berufspolitik aktuell

#### Fortbildungspunkte

Die Kongressteilnahme wird mit bis zu 6 Fortbildungspunkten pro Tag im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender (regbp.de) honoriert.

#### Kontakt

andrea.tauchert@springer.com



### Der 2. Kongress „Sterben im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen“

findet am 22.11.2014 ab 9.00 Uhr in der Aula der Justus-Liebig Universität statt.

Schirmherr:

Staatsminister Dr. med. Helge Braun

Nähere Informationen und Anmeldung unter [www.giessener-kongress.de](http://www.giessener-kongress.de).



### Pflegestammtisch Hessen: Der nächste Termin ist der 20. November 2014

**Thema:** Berufseinmündung von Pflege-Bachelorabsolventen  
Referentin: **Julia Lehmann**

**Veranstaltungsort:** Universitätsklinikum Gießen, Wilhelmstrasse 18 ( EG Raum 8 ), 35392 Gießen  
**Eine Anmeldung ist nicht erforderlich**

### DPV-Jubilare

**45 Jahre Mitgliedschaft**  
Roseboom, Doris, Norheim

**35 Jahre Mitgliedschaft**  
Reitze, Angela, Koblenz

**30 Jahre Mitgliedschaft**  
Clement, Barbara Reinheim  
Cornet, Michael, Bremen  
Kiefer, Elisabeth, Cösfeld  
Schad, Kersten, Darmstadt

**25 Jahre Mitgliedschaft**  
Eitel, Martina, Kaiserslautern

Feddeck, Monika, Kaiserslautern  
Gerbes, Birgit, Römerberg  
Goldschmidt, Liane, Briedel  
Hoffart, Angelika, Mainz  
Holz, Monika, Eltville  
Schwab, Robert, Petersberg  
Woll-Lichtenberg, Kirrweiler

**20 Jahre Mitgliedschaft**  
Hippchen, Silvia, Saarbrücken  
Keilhauer, Heidi, Kaiserslautern  
Klimmer, Karola, Dienheim  
Wetzel, Heidrun, Bickenbach  
Zimlich, Christian, Frankfurt



**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](http://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:

Gesundheitswesen

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



[https://twitter.com/  
DPV-Pflege](https://twitter.com/DPV-Pflege)



[https://www.facebook.com/  
pflegeverband](https://www.facebook.com/pflegeverband)

### 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  
Tel. 0 68 58/81 62,  
Mobil: 0172/684 49 01

### 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!

