



Förderverein zur Gründung einer
pflegekammer
in Bayern e. V.

LUPE

Mitgliederinformation
Dezember 2008



Grußwort

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,
die Gründung einer Selbstverwaltung ist dringender als je zuvor.

Auf Landes- und Bundesebene werden wir immer weniger eingebunden!
„Die Sparbüchse der Pflege ist leer“ (Zitat aus der Rede der Präsidentin des Deutschen Pflergerates am 25.10.2008 am Brandenburger Tor).

Seit Jahrzehnten appellieren wir an die Politiker, dass die Misere in der Pflege drastisch zunimmt und keine Besserung in Aussicht ist. Es wird noch dramatischer werden! Wie lange wollen wir dies noch aushalten?

Die Versprechungen der Bundesregierung, 21000 Stellen mehr in der Pflege zu schaffen, sind unseres Erachtens sehr zweifelhaft. Die wirtschaftliche Lage lässt dies derzeit kaum zu. Es ist auch fraglich, ob soviel Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt überhaupt vorhanden sind?!

Was sollen wir noch tun?

Schreiben Sie an die Politiker im Landtag, an den Ministerpräsidenten und setzen Sie sie unter Druck, damit sie zum Handeln gezwungen werden.

Die Patientenversorgung ist stark gefährdet. Wie heißt es so schön im Grundgesetz „Die Würde und Unversehrtheit des Menschen ist unantastbar“, handeln wir danach?

Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein gutes, gesundes und erfolgreiches Neues Jahr.

Im Namen des Vorstandes
Gez. Christa Schwantes
1. Vorsitzende

Mitgliederversammlung 2009

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wir laden Sie sehr herzlich zu unserer Mitgliederversammlung ein.

Datum: Donnerstag, 02. April 2009

Zeit: 17.00 Uhr

**Ort: Städtisches Klinikum München
Kraepelinstr. 18
80804 München (Schwabing)
Raum wird ausgeschildert
Ehemals Krankenpflegeschule**

Tagesordnungspunkte:

1. Begrüßung durch die Vorsitzende
2. Genehmigung der Tagesordnungspunkte
3. Genehmigung des Mitgliederversammlungsprotokolls vom 03.04.2008
4. Arbeitsbericht des Vorstandes
5. Finanzbericht
6. Entlastung des Vorstandes
7. Vorschläge für Aktionen im KJ. 2009
8. Bericht aus der Nationalen Konferenz
9. Verschiedenes

Wir freuen uns auf Sie

Gez. Christa Schwantes

In eigener Sache:

1. Herr Georg Brocks scheidet leider zum April 2009 aus dem Vorstand aus. Das Amt steht dann zur Verfügung. Wer möchte in der Vorstandschaft die Position als Schatzmeister übernehmen? Bitte melden Sie sich über die angebotenen Kommunikationsmedien.

Wir danken ganz herzlich Herrn Brocks für seine engagierte Mitarbeit im Förderverein.

2. Wenn Sie regelmäßig aktuelle Informationen und Mitteilungen des Fördervereins erhalten möchten, lassen Sie uns einfach Ihre E-Mail-Adresse unter pflgekammer@gmx.de zukommen.

3. Die Vorstandsmitglieder haben beschlossen Apellbriefe an Politiker, Verbände, usw. zu verfassen. Bitte teilen Sie uns ihre Vorschläge und Anregungen mit.

4. Wir als Vorstandsmitglieder des Fördervereines nehmen gerne jegliche Unterstützung, Anregungen, Kritik oder Ideen entgegen.

Arbeiten Sie mit!!

Was unterscheidet eine ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/in von einer Pflegefachhelfer/in (KPH), von einer Pflegehelfer/in oder auch Operationstechnischen Assistenten/in (OTA)?

Das frage ich jeden Bewerber/in, der in unserem Klinikum mitarbeiten möchte und stelle fest, dass kaum jemand darauf eine Antwort weiß!

Angeboten werden mir in der Regel: Beobachtung, die Grundversorgung und die Arztassistentz, das Austeilen von Medikamenten und die Visitenbegleitung.

Aber ist das wirklich unser Wirkungskreis? In der Praxis sieht das leider so aus, doch dafür sind eigentlich auch „Staatlich geprüfte Pflegefachhelfer/innen“ (KPHs) und Medizinische Fachangestellte (Arzthelfer/innen) ausgebildet. Stellt sich die Frage: Was unterscheidet unser Berufsfeld von dem der Anderen? Wo ist die Abgrenzung? Pflegen kann jeder! – Heißt es landauf, landab. In der Tat übernehmen die Grundversorgung sehr oft nicht ausgebildete Angehörige – und sie pflegen nicht schlecht, wie wir zugeben müssen. Ohne ihr Engagement wäre es um unsere Kranken und pflegebedürftigen alten Menschen schlecht bestellt.

Offenbar haben wir es bisher weder unseren engsten Mitarbeitern, den Ärzten, noch der Verwaltung oder anderen im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen klar machen können, wofür eine Gesundheits- und Krankenpfleger/in unersetzlich ist. In letzter Zeit schielen wir sogar gerne wieder nach den sogenannten „höherwertigen Aufgaben“ wie z.B. Blutentnahme und anderen ärztlichen Tätigkeiten.

Ich bin der Meinung, dass wir das zwar können, dass die Übernahme zum Teil aus organisatorischen Gründen auch sinnvoll ist, dass das aber nicht zu unseren originären Aufgaben gehört und schon gar nicht unseren Berufsstand aufwertet.

Auch die Organisation einer Abteilung ist nicht krankenpflegetypisch. Das muss sowieso jemand übernehmen, der es eben gut kann. Was bleibt also für eine Gesundheits- und Krankenpfleger/in übrig???

Womit beschäftigt sich Krankenpflege überwiegend? – In der Tat mit der Grundversorgung und Arztassistentz. Die „Prophylaxen“, die wir während unserer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in gepaukt haben, erledigen wir im „Vorbeigehen“ mit – meistens pauschal – was man eben so als Pneumonie- oder als Dekubitusprophylaxe u.a. gelernt hat bzw. noch weiß, aber leider nicht immer ursachenspezifisch ist. In der Hektik des Alltags haben wir verlernt genau hinzusehen und genau zu fragen, wo das Risiko liegt und was wir mit unseren Maßnahmen verhindern wollen. Schade, denn genau dafür werden wir 3 Jahre lang theoretisch und praktisch umfassend ausgebildet.

In einer Zeit, in der Privatunternehmen bereits eigene, geringer ausgebildete Berufsgruppen kreieren, um Geld einzusparen und auch in den öffentlichen Krankenhäu-

sern laut über Kostenersparnis durch geringer qualifiziertes Personal nachgedacht wird, wird es höchste Zeit, dass wir examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte uns darüber klar werden, welche Tätigkeiten uns vorbehalten bleiben sollten.

Das Krankenpflegegesetz kann uns da weiter helfen. Dort steht in übertragenem Sinn:

- 1. wir haben den gesellschaftlichen Auftrag, den Pat. so aktiv wie möglich zu erhalten, damit er sein Leben möglichst selbstbestimmt gestalten kann und möglichst wenig auf die Solidargemeinschaft - sprich die Krankenkassen/ Pflegekasse - zurückgreifen muss und**
- 2. wir sind dem Patienten gegenüber verpflichtet, seine Lebensqualität so gut wie möglich zu erhalten bzw. zu verbessern.**

Was ist Lebensqualität?

Jeder wird mir zustimmen, wenn ich behaupte, dass dazu ein möglichst autonomes, aktives und schmerzfreies Leben gehört.

Ist das nicht die Aufgabe des Arztes? Ja, aber er ist vorwiegend für Diagnostik und Therapie zuständig. Für weitere Überlegungen hat er zunehmend keine Zeit mehr.

Ich meine, unsere originäre Aufgabe ist das Risikomanagement.

Deshalb hätte ich es besser gefunden, wir hätten unseren Berufsstand nicht in Gesundheits- und Krankenpfleger/in umbenannt, sondern in Risikomanager/in. Das Risikomanagement kann nur eine gut ausgebildete Krankenschwester/pfleger übernehmen – das kann nicht einmal der Arzt.

Ich will das an einem Beispiel erläutern, das ich im Rahmen einer Fallbesprechung selbst erlebt habe und das mir zum „Aha-Erlebnis“ wurde:

Es wurde eine 75-jährige Patientin eingeliefert. Sie war zu Hause gestürzt und hatte starke Schmerzen. Wegen Vorhofflimmern war sie auf Marcumar eingestellt worden und zudem war sie auch noch Diabetikerin.

Der Arzt hatte eine Fraktur ausgeschlossen und sie mit Schmerzmitteln eingestellt. Die Pflegekräfte stellten fest, dass sich die Patientin ausreichend bewegen und selbst versorgen konnte. Am nächsten Tag sollte sie entlassen werden.

Soweit alles klar! Oder????

Wo sollte Krankenpflege jetzt einsetzen?

Überlegen wir: Welches Risiko hatte diese Patientin:

1. ein Sturzrisiko
2. ein Risiko durch innere Blutungen zu Schaden und somit zu weiteren körperlichen Einschränkungen zu kommen und
3. in den Über- oder Unterzucker zu geraten.

Letzteres war so gut wie ausgeschlossen, weil das BZ-Tagesprofil keine Auffälligkeiten zeigte. Das Risiko durch Blutungen war bekannt. Es hatte aber niemand die Patientin gefragt, warum sie gestürzt war. Somit bestand die Gefahr, dass sie in der nächsten Zeit durch einen weiteren Sturz mit schlimmeren Folgen wieder eingeliefert werden würde – schlimm nicht nur für die Patientin, sondern auch ein Verlust für die Solidarkasse!

Nehmen wir einmal an, die Patientin hätte auf unsere Frage nach dem Hergang des Geschehens geantwortet: „Mir wird zwischendurch immer so schwindelig“. Wir wären mit dieser Information zum Arzt gegangen und hätten dort erfahren, dass das bekannt sei, sich aber wegen mehrerer Kleinhirnininfarkte nicht mehr ändern ließe. Was kann die Gesundheits- und Krankenpfleger/in der Patientin raten, um den Sturz und weitere Folgen auch zu Hause zu minimieren?

- z.B. die Anschaffung eines Rollators und
- einen Notfallknopf.

Die Unterbringung in einem Pflegeheim ist für die meisten selbständigen Patienten nicht akzeptabel, also keine Lebensqualität. Das Einschalten einer Sozialstation würde das Sturzrisiko nicht minimieren.

Wir sehen an diesem Beispiel, dass die Beratung immer mit dem Patienten, evtl. mit den Angehörigen erfolgen muss, dass sie unerlässlich ist, um unserem Auftrag gerecht zu werden.

Das ist auch der Grund, weswegen der Krakenhausaufenthalt immer mit einem Aufnahmegespräch beginnen muss und zwar nicht durch Hilfskräfte, sondern durch eine **3-jährig examinierte Kraft** mit entsprechendem Hintergrundwissen.

Im Aufnahmegespräch müssen die Risiken erfasst werden, um durch entsprechende Maßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes und für die Zeit danach Schaden vom Patienten fern zu halten. Damit der Patient nicht gleich wieder ins Krankenhaus eingewiesen wird, müssen wir ihn bzw. seine Angehörigen vor der Entlassung über seine Risiken informieren und mit ihm gemeinsam nach Lösungen suchen.

Wir sind dafür ausgebildet, das Risiko des Patienten in allen Lebenslagen zu erfassen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um Schaden für den Patienten abzuwenden. Das kann uns keine Laienpfleger/in oder eine andere Berufsgruppe abnehmen!! Der Laie kann nicht absehen was passiert, da er kein Hintergrundwissen hat. Der Arzt hat zwar das Hintergrundwissen, aber nicht die Zeit, um sich auch noch um die Lebensumstände des Patienten im umfassenden Sinn zu kümmern.

In dieser Hinsicht sind wir dem Arzt absolut ebenbürtig und bilden mit ihm ein Team. Beide Berufsgruppen beraten und versorgen den Patienten auf gleicher Augenhöhe. Dabei ist der Arzt auf unsere Informationen und Meinungen angewiesen und wir auf seine Diagnostik und Therapie.

Welche Instrumente haben wir, um ein Risiko zu erfassen?
Das sind u.a. die 12 ATLS.

Überlegen Sie einmal, was passiert, wenn sich ein Mensch nicht mehr wäscht? Welche Risiken fallen Ihnen dazu ein?

1. Hautprobleme: jucken, brennen, kratzen mit ungewaschenen Händen – Superinfektion – teurer Krankenhausaufenthalt
2. übler Körpergeruch - soziale Isolation – Vereinsamung – Depression – Abwehrschwäche – Superinfektion – evtl. sogar Suizid

Ich denke, dass spätestens jetzt klar wird, wozu wir 3-jährig ausgebildet werden. **Nicht allein die Handarbeit ist unsere Aufgabe, sondern der geistige Unterbau und die Vernetzung von Arzt, Patient und Angehörigen.** Zwar werden wir selbstverständlich selbst aktiv, wenn keiner sonst da ist, der uns Grundversorgung oder Arztassistenten abnehmen könnte, - sonst käme es ja wieder zum Risiko – **aber wir müssen uns unter diesem Aspekt überlegen, welche Tätigkeiten wir in Zukunft an andere, weniger qualifizierte Berufsgruppen und welche wir auf keinen Fall, abgeben können.**

Wir haben eine Profession mit der wir selbstständig arbeiten und auf die wir stolz sein können.

Unser Aufgabengebiet ist umfassend und deshalb ist es auch sinnvoll, mit unserer Ausbildung an die Fachhochschulen und Universitäten zu gehen und nicht nur empirisches Wissen und Praktiken weiterzugeben.

Ohne uns Gesundheits- und Krankenpfleger/innen würde die Versorgung unserer Patienten auf jeden Fall an Qualität verlieren, ebenso würde sich die Lebensqualität der kranken und alten Menschen vermindern. Die Solidargemeinschaft hätte ein Problem im Hinblick auf die Finanzen!

Warum nur wird uns das während der Grundausbildung in Deutschland nicht beigebracht!!!????

August 2008

Dorothea-Ruth Leuchs

PDL Zentralklinikum Augsburg

Juni 2008 Stand in der Fußgängerzone

Bei herrlichem Wetter unter einer Plantane platzierten wir unseren Stand in der Neuhauserstr. in München.

Überwiegend ältere Bürger kamen zu uns und suchten Rat.

Es wurden viele Themen der Pflege angesprochen z.B. wie finde ich ein Altenheim, was muss ich tun, wenn ich die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen will, welchen ambulanten Pflegedienst kann ich wählen und vieles mehr.

Ebenso informierten sich viele Berufsangehörige über Sinn und Zweck einer Pflegekammer. Sie beklagten sich über die derzeitigen schlechten Arbeitsbedingungen, über den Personalmangel, über Zeitmangel für Patientengespräche, Beratung und Betreuung von Angehörigen und über mangelnde bis gar keine Sterbebegleitung.

Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt war die Zersplitterung in den Berufsverbänden und deren mangelnde Information über die Pflegemisere in der Öffentlichkeit.



Christa Schwantes, Juli 2008

Bericht über den Stand in der Fußgängerzone am 18.10.2008

Bei sonnigem Herbstwetter stellten wir uns erneut der Münchner Bevölkerung. Unseren Stand bauten wir in der Neuhauserstraße inmitten eines regen Passantenverkehrs auf.

Auch dieses Mal fragten viele Angehörige von pflegebedürftigen älteren Menschen nach pflegefachlichem Rat: Wo ist was zu beantragen, wo und wie findet man einen Platz für die Kurzzeitpflege und viele andere alltägliche Probleme.

Auch einige Rentner schütteten ihr Herz aus über die Gesundheitspolitik und die Finanzkrise. So erfuhren wir, was die Menschen wirklich beschäftigt.

Es kamen auch Berufsangehörige aus Österreich und Frankreich. Dadurch fand ein reger Erfahrungsaustausch statt.

Rita Lesch, Oktober 2008

Vortrag zur Reform der Pflegeversicherung

Im Juni konnten wir die Sozialrechtsexpertin Margot Fuhrmann für einen Vortrag gewinnen. Die rege Teilnahme zeigte, dass das Interesse am Thema unter den Pflegenden groß ist.

Frau Fuhrmann berichtete über die wichtigsten Änderungen, die sich ab 01. Juli 08 bzw. ab 01. Januar 09 ergeben.

Die grundlegendste Änderung ist ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung. Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Kommunen usw. werden Personal aufstocken und / oder für diese Aufgabe qualifizieren.

Die Leistungen für Menschen mit erhöhtem Betreuungsaufwand werden deutlich verbessert. Es handelt sich hauptsächlich um Menschen mit Demenzerkrankungen, die sowohl in stationären Einrichtungen als auch zu Hause bessere Versorgung erwarten können. Statt bisher 400 Euro pro Jahr können 1200 bis 2400 Euro pro Jahr beantragt werden. Der MDK muss dies prüfen.

Qualitätsanforderungen und Prüfungen in Pflegeeinrichtungen werden neu geregelt. Es bestehen neue Möglichkeiten der ärztlichen Heimversorgung, entweder durch Verträge mit Hausärzten, oder der Möglichkeit, einen Arzt im Heim anzustellen.

Zum ersten Mal seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurden die Vergütungssätze für Pflegeleistungen angehoben.

Bei weiterem Interesse setzen Sie sich bitte mit Frau Fuhrmann unter der Tel. Nr. 0821/4868128 in Verbindung.

Heidi Scheer, Juli 2008



Stand am Süddeutschen Pflegeetag in Großhadern

Zum 10. Mal fand am 7.10.08 der „Süddeutsche Pflegeetag“ im Klinikum der Universität München, Standort Großhadern statt.

Er war wie immer gut besucht. Etwa 600 Teilnehmer/innen waren gekommen, um die Vorträge zu hören.

Unser Stand war ebenfalls sehr gut besucht. Interessante Gespräche drehten sich um die zu niedrige Quote der organisierten Pflegekräfte.

Auch die freiwillige Registrierung für die Fortbildung war Thema.

Die paradoxen Situationen, in die Pflegekräfte geraten, weil die Verantwortung nicht klar geregelt ist, belastet viele: Stürzt eine pflegebedürftige Person, so muss man sich wegen verletzter Aufsichtspflicht rechtfertigen. Wird durch Fixierung dafür gesorgt, dass diese Person nicht stürzt, hat man u.U. eine Freiheitsberaubung begangen.

Wird einer dementen Person das Essen gegen ihren Widerstand eingegeben, so ist es „Gewalt in der Pflege“. Tut man es nicht, so hat man ihn „verhungern lassen“.

Dies sind zwei extreme Beispiele, die sich in vielfältiger Weise im Alltag der Pflegenden abspielen.

In Gesprächen mit professionell Pflegenden kommt immer wieder zum Vorschein, dass eine Angst da ist, mehr Verantwortung zu übernehmen. Diese Angst kommt häufig daher, dass die Verantwortung so unklar formuliert ist. Wenn die Pflege eine Selbstverwaltung hätte, so könnte diese vage Verantwortung sehr viel konkreter definiert werden. Wenn die Verantwortung klar wäre, dann wären viele Pflegekräfte gerne bereit, diese Verantwortung auch zu übernehmen.

Viele Standbesucher/innen sagten uns, dass sie für die Verkammerung der Pflege sind, um endlich diese große Zahl (1,2 Millionen) an Berufsangehörigen zu vereinen. Damit hätten wir einen starken Stand bei politischen Entscheidungen.

Über die Verkammerung der Pflegeberufe am Stand informierten
Rita Lesch und Heidi Scheer.

Heidi Scheer, Oktober 2008

Pflege in Zahlen - Teil 3 Fortsetzung folgt

Umsatz der Helioskliniken 2007: 1,84 Milliarden Euro

Ergebnis vor Zinsen und Steuern: 155 Millionen Euro

Quelle: f&w 2/2008 25. Jg. S. 117

Defizit des Klinikums Augsburg Ende 2007: 12 Millionen Euro

www.pro-augsburg.de/bilder_neu/pressemitteilungen/klinikum15-2-08.pdf 25.08.08

Defizit der Stadtkliniken München Ende 2007: 7 Millionen Euro

www.tz-online.de/de/aktuelles/muenchen/artikel_37545.html

Arztstellen und Pflegestellen im internationalen Vergleich:

Italien: Auf eine Arztstelle kommen 1,2 Pflegestellen.

Frankreich: Auf eine Arztstelle kommen 2,1 Pflegestellen.

Deutschland: Auf eine Arztstelle kommen 2,9 Pflegestellen.

USA: Auf eine Arztstelle kommen 3,4 Pflegestellen.

Japan: Auf eine Arztstelle kommen 3,9 Pflegestellen.

Großbritannien: Auf eine Arztstelle kommen 4,3 Pflegestellen.

Kanada: Auf eine Arztstelle kommen 4,5 Pflegestellen.

Quelle: f&w 4/2008 25. Jg. S. 403

Personalkosten bei Pflege und Ärzten

43 % Pflegepersonal verursacht 34 % der Personalkosten.

14 % Ärztliches Personal verursacht 25 % der Personalkosten.

Quelle: f&w 4/2008 25. Jg. S. 402

Patientenzahlen steigen, Personalzahlen sinken:

Anzahl der Patienten in deutschen Krankenhäusern ist um **6% gestiegen**.

Anzahl der Pflegekräfte ist um **12% gesunken**.

Quelle: Studie „Pflege-Thermometer 2007“, vorgelegt vom dip am 18.07.08

Aufruf an unsere Mitglieder: Wer in Veröffentlichungen auf interessante und aussagekräftige Zahlen stößt, bitte dem Vorstandsmitglied H. Scheer mitteilen. Zahlen sind subversiv! Vielen Dank.
heidi.scheer@t-online.de



Mitgliederversammlung 2. April 2009

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Christa Schwantes, 1. Vorsitzende

Am Moosfeld 54 a

81829 München

Telefon: 089 / 42 01 71 18

Fax: 089 / 42 01 71 19

E-Mail: info@pflegekammer-bayern.de

E-Mail: pflegekammer@gmx.de

www.pflegekammer-bayern.de