

Was für ein Jahr ...

Liebes Mitglied, liebe Interessierte,

zu Beginn dieses Jahres gingen wir optimistisch mit Forderungen und Lösungsansätzen zur Verbesserung der Pflegesituation an den Start. So war der Kongress Pflege 2020 im Januar geprägt und von einer Aufbruchstimmung. Wer hätte damals gedacht, dass es die letzte Präsenzveranstaltung eines Pflege-Kongresses in Deutschland wurde. COVID-19 war weit weg in China...

Bereits im März stellte der Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest und es wurde das erste Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite verabschiedet.

Mit diesem Gesetz wurden auch die Verteilungen heilkundlicher Aufgaben für die Pflege verändert. Inzwischen befindet sich das dritte Gesetz zum Schutze der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage auf dem parlamentarischen Weg. Weitere Gesetze wie das Versorgungsverbesserungsgesetz, das Krankenhauszukunftsgesetz sollen auch zur Verbesserung der pflegerischen Situation beitragen.

Peinliche Diskussionen um Corona-Prämien nach dem Applaus für die Pflege prägten die Diskussion und Situation der Pflege. Die pandemische Situation in Deutschland bringt jetzt mit voller Wucht den Fachkräftemangel in den Fokus. In allen relevanten Einrichtungen, wie Krankenhäusern, speziell der Intensivpflege, in der stationären und ambulanten Pflege arbeiten Sie bis an Ihre physischen und psychischen Grenzen und das in einer hohen Gefährdung durch Selbstinfektion. Eine Pflegekampagne „Ehrenpflegas“ des Familienministeriums sehen wir nicht als hilfreich, sondern als teuer finanzierte Satire zur Pflegeprofession.

Zur Zeit des Redaktionsschlusses schnellen die Fallzahlen zu COVID-19 in Deutschland in die Höhe und es herrschen überall Einschränkungen im öffentlichen und privaten Leben mit Ansätzen zur Eindämmung.

Wir danken Ihnen allen ganz herzlich für Ihren Einsatz und wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen trotz der pandemischen Situation ein gutes Weihnachtsfest und hoffen mit Ihnen auf ein besseres, gutes und gesundes neues Jahr. Der Deutsche Pflegeverband ist bei Ihnen!

Mit herzlichen Grüßen

Martina Röder
Vorsitzende DPV

Rolf Höfert
Geschäftsführer DPV



© Pixabay

Inhalt

- 1 • Weihnachtsbrief an die Mitglieder
- 2 • Wissenschaftliche Grundlage für Personalmix in der Pflege geschaffen
• Tarifeinigung im öffentlichen Dienst
- 3 • Schmerztherapie nach Operationen
• Kein Start für MDK-Qualitätsprüfungen und Hausbesuche
- 4 • 20 Jahre Pflegeforschung im DIP
• Pflegeversicherung feiert Jubiläum
- 5 • Coronatests in Deutschland:
Die nationale Teststrategie
- 6 • Aktualisierung Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“
in Vorbereitung
- 7 • Veranstaltungen
• Jubilare
- 8 • DPV ganz nah

Wissenschaftliche Grundlage für Personalmix in der Pflege geschaffen

(Berlin) Mit dem Abschlussbericht zum Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM)“ wurde eine fundierte Basis für die künftige Gestaltung von Personalbemessung und Personaleinsatz in der stationären Pflege geschaffen. Das dort entwickelte Verfahren bildet nun die wissenschaftliche Grundlage für notwendige gesetzliche und vertragliche Regelungen. Der von Prof. Dr. Heinz Rothgang und seinem Team an der Universität Bremen erarbeitete Bericht weist einen deutlichen Mehrbedarf an Assistenzkräften und vor allem die Notwendigkeit einer Neuverteilung der Aufgaben innerhalb eines Pflegeteams in der stationären Pflege aus. Die Zahl der eingesetzten Fach- und Assis-

tenzkräfte soll sich dabei direkt an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren. Ziel aller Beteiligten ist dabei, dass die Pflegebedürftigen nicht zusätzlich finanziell belastet werden. Dem neu entwickelten Verfahren zur Personalbemessung liegt ein Algorithmus zu Grunde, der die notwendigen pflegerischen Leistungen in einer Einrichtung anhand der Pflegegrade der Bewohnerschaft erfasst und daraus den Bedarf an pflegerischen Kompetenzen ableitet. So kann individuell an den Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert ein Mix aus Fach- und Assistenzkräften errechnet werden. Wissenschaftler um Prof. Dr. Andreas Büscher an der Hochschule Osnabrück prüften, ob sich eine solche Form der Personalbemessung auch in der ambulanten Pflege umsetzen lässt. Aufgrund der individuell vereinbarten Leistungsinhalte und -umfänge der

pflegebedürftigen Menschen mit dem Pflegedienst müsse für die ambulante Pflege jedoch ein anderes Modell entwickelt werden, so die Wissenschaftler. Die dazu notwendigen weiteren Forschungsprojekte müssten die heterogenen Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege berücksichtigen. Das neue Personalbemessungsverfahren für die stationäre Pflege soll nach dem Vorschlag der Wissenschaftler zunächst in einigen Pflegeeinrichtungen erprobt und dann schrittweise in der gesamten stationären Pflege umgesetzt werden. Hierzu bedarf es entsprechender gesetzlicher Regelungen. Die Empfehlungen der Wissenschaft sind nun eine anerkannte Grundlage für die notwendigen Weiterentwicklungen der Personalsituation in der Pflege.

gs-qs-a-pflege.de

Tarifeinigung im öffentlichen Dienst von Bund und Kommunen: Deutliche Anhebung für Gesundheitsberufe

(Berlin) In der Tarifrunde für die rund 2,3 Millionen Beschäftigten des öffentlichen Dienstes von Bund und Kommunen haben die Tarifparteien einen Abschluss erzielt. Dadurch steigen die Einkommen tabellenwirksam um 4,5% in der niedrigsten Entgeltgruppe und -stufe und noch um 3,2% in der höchsten Eingruppierung. In der Pflege beträgt die Steigerung 8,7% und in der Spitze für Intensivkräfte rund 10%. Alle Beschäftigten erhalten zusätzlich noch in diesem Jahr eine Corona-Prämie, für die unteren Entgeltgruppen (1-8) 600 €, die mittleren (9-12) 400 €, die oberen Lohngruppen (13-15) 300 €, für Auszubildende 225 € (Bund 200 €). Die Tarifvereinbarung läuft bis zum 31. Dezember 2022. „Das ist unter den derzeitigen Bedingungen ein respektabler Abschluss, der für unterschiedliche Berufsgruppen, die im Fokus der Tarifrunde standen, maßgeschneidert ist“,

sagte Frank Werneke, Vorsitzender der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). „Besonders erfreulich ist, dass es uns gelungen ist, deutliche Verbesserungen für untere und mittlere Einkommensgruppen sowie für den Bereich Pflege und Gesundheit durchzusetzen“, betonte Werneke. Die Löhne und Gehälter werden zunächst zum 1. April 2021 um 1,4%, mindestens aber 50 € sowie zum 1. April 2022 um weitere 1,8% angehoben. Auszubildende bekommen jeweils 25 € mehr. Für die Pflegekräfte wurden gesonderte Gehaltssteigerungen vereinbart. Ab März 2021 wird eine Pflegezulage von 70 € gezahlt, die ein Jahr später auf 120 € erhöht wird. Die Zulage in der Intensivmedizin wird mehr als verdoppelt auf 100 € monatlich, die Wechselschichtzulage steigt von 105 auf 155 € monatlich. In den Betreuungseinrichtungen wie Altenheimen wird die Pflegezulage mit

einem Plus von 25 € auf Gleichstand mit den kommunalen Krankenhäusern gebracht.

Einen Durchbruch gab es in der Arbeitszeitangleichung Ost/West. Ab dem 1. Januar 2023 sinkt die Ost-Arbeitszeit auf Westniveau. Damit ist ein wesentliches Ziel der Gewerkschaft ver.di erreicht. „Das außergewöhnlich hohe Engagement der Beschäftigten in vielen Bereichen des öffentlichen Dienstes und die Warnstreiks der letzten Wochen haben die Dringlichkeit einer schnellen Einigung aufgezeigt. Sie waren kurz, für manche in der Bevölkerung schmerzhaft, aber auch notwendig, wie sich gezeigt hat. Ohne Warnstreiks hätte es die notwendige Bewegung in den Tarifverhandlungen nicht gegeben“, sagte Werneke weiter.

verdi.de

Stärkeres Engagement gefordert

Schmerztherapie nach Operationen

Krankenhäuser und ambulant operierende Praxen sind zukünftig verpflichtet, ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements einzuführen beziehungsweise ein vorhandenes weiterzuentwickeln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. September 2020 in Berlin die wesentlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Konzept zum Akutschmerzmanagement beschlossen und seine Qualitätsmanagement-Richtlinie entsprechend ergänzt. Ziel ist es, nach Operationen die individuell richtige Schmerztherapie sicherzustellen. „In Deutschland wird häufig operiert. Ca. 17 Millionen vollstationäre Eingriffe und 2 Millionen ambulante listet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes pro Jahr auf. Viele dieser Operationen sind im Nachgang mit starken Schmerzen für die Patientinnen und Patienten verbunden. Schmerzen können einer raschen Mobilisation entgegenstehen und bergen die Gefahr einer Chronifizierung. Darum ist es besonders wichtig sicherzustellen, dass Krankenhäuser und Praxen die Empfehlungen ärztlicher Leitlinien beachten, dass Aussagen von Patientinnen und Patienten zu ihren Schmerzen stets ernst genommen und Qualitätskriterien für eine Akutschmerzbehandlung erfüllt werden. Um Schmer-

zen vorzubeugen, sie zu reduzieren oder zu beseitigen, sind Einrichtungen, an denen operiert wird, zukünftig verpflichtet, den Umgang mit Schmerzzuständen ihrer Patientinnen und Patienten als Bestandteil ihres Qualitätsmanagements zu regeln. Dabei geht es insbesondere darum, qualifiziertes pflegerisches und ärztliches Personal für diese Aufgabe vorzuhalten und dessen genaue Zuständigkeiten zu benennen.

Die Richtlinie sieht vor, die Größe der Einrichtung und auch die Komplexität der Eingriffe zu berücksichtigen: Bei einer großen Einrichtung kann beispielsweise ein Akutschmerzdienst mit festen Zeitkontingenten die richtige Lösung sein, während für kleinere Praxen andere Aspekte wie Weiterbildungsmaßnahmen im Vordergrund stehen können. Wesentlicher Bestandteil eines guten Schmerzmanagements ist es aber beispielsweise auch, Akutschmerzen möglichst standardisiert und mit aussagekräftigen Instrumenten zu erfassen“, erläuterte Prof. Dr. Elisabeth Pott, unparteiisches Mitglied

des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung.

Schmerzmanagement-Konzept entwickeln

Wesentlicher Bestandteil eines internen Akutschmerzmanagement-Konzeptes werden indikationsspezifische Regelungen sein. Hier stellt die Einrichtung ihre personellen und organisatorischen Ressourcen für die Akutschmerztherapie dar und legt Verantwortlichkeiten fest. In dem Konzept sollen auch die Maßnahmen zur schmerztherapeutischen Weiterbildung des Personals, die standardisierte Erfassung der patientenindividuellen Schmerzen und die Einbeziehung der Patienten in die Therapieentscheidungen beschrieben werden.

Der Beschluss wurde dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

g-ba.de

Keine Regelprüfungen während Kontaktbegrenzungen

(Essen) Vor dem Hintergrund der durch Bundesregierung und Landesregierungen für November beschlossenen Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der Corona-Infektionszahlen werden keine Qualitätsregelprüfungen in der ambulanten und stationären Pflege durchgeführt. Ebenso finden in dieser Zeit keine Hausbesuche zur Feststellung des Pflegegrades statt. Darauf haben sich der GKV-Spitzenverband und die Medizinischen Dienste in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und PKV-Verband verständigt. „Die Medi-

zinischen Dienste leisten damit ihren Beitrag zur Kontaktreduzierung und zum Infektionsschutz der besonders gefährdeten pflegebedürftigen Menschen“, sagte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS. Die Medizinischen Dienste werden weiterhin in den Pflegeeinrichtungen Anlassprüfungen umsetzen, wenn dies aufgrund von Beschwerden erforderlich ist. Dabei werden strenge Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen eingehalten. Die Einstufung in Pflegegrade erfolgt während der Kontaktbeschränkung auf Basis bereits vorliegender Informationen und

des ergänzenden Telefoninterviews mit den Pflegebedürftigen bzw. Bezugspersonen. Auf diese Weise werden der zeitnahe Leistungsbezug und die damit verbundene Versorgung sichergestellt. Bei den Begutachtungen im GKV-Bereich finden während der Kontaktbegrenzung ebenfalls in der Regel keine körperlichen Untersuchungen statt.

Anmerkung: Ursprünglich wurde mit dem Krankenhauszukunftsgesetz vom 18.09.20 die Wiederaufnahme der Qualitätsprüfungen vor Ort beschlossen.

mds-ev.de /06.11.20

Mehr als 150 Projekte realisiert

20 Jahre Pflegeforschung im DIP

In diesem Jahr feiert das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) sein 20-jähriges Bestehen. Gegründet wurde es gemeinsam von katholischen Hochschulen und Verbänden als gemeinnütziges und unabhängiges Pflegeforschungsinstitut.

Mehr als 150 Projekte im Volumen von mehr als 15 Mio. € wurden eingeworben und bearbeitet ohne jegliche staatliche oder private Grundfinanzierung. Projektförderer und Auftraggeber sind Bundes- und Landesministerien, Kosten- und Einrichtungsträger, Stiftungen und Verbände sowie weitere Organisationen. Gründungsdirektor und heutiger Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Frank Weidner: „Wir haben uns vor zwanzig Jahren vorgenommen, die Situation und Potenziale der Pflege in Deutschland zu erforschen und innovative Konzepte zu entwickeln.“

Die zentralen Arbeitsfelder

Das DIP hat seinen Sitz an der Katholischen Hochschule NRW in Köln und einen zweiten Standort in Vallendar bei Koblenz in Rheinland-Pfalz an der dortigen Philosophisch-Theologischen Hochschule. Zentrale Arbeitsfelder des Instituts sind Bildung, Versorgung, Arbeit, Qualität, Prävention und neue Technologien in der Pflege. In drei Abteilungen werden die Projekte gebündelt und bearbeitet. Darunter befinden sich Bundesmodellprojekte wie „Pflegeausbildung in Bewegung“, das wichtige Grundlagen für die aktuelle Pflegeausbildung lieferte. Prof. Gertrud Hundenborn, Mitglied im Institutsvorstand und Leiterin der Abteilung Pflege-

gebildungs-forschung, zeigt sich zufrieden: „Wir haben in der Pflegebildung auf Bundes- und Länderebene wichtige Impulse setzen und Konzepte für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in der Aus-, Fort- und Weiterbildung erarbeiten können. Im Verbund mit Kooperationspartnern haben wir richtungsweisende Ideen und konkrete Modelle entwickelt sowie vorhandene Ansätze auf ihre Fundierung und Nachhaltigkeit hin evaluiert.“ In der Abteilung „Arbeit und Beruf“ wird unter anderem die renommierte „Pflege-Thermometer-Reihe“ mit inzwischen neun repräsentativen Studien zur Situation und Versorgung in der Pflege in allen Sektoren verantwortet. Zudem werden für einige Bundesländer regelmäßig Landesberichte erstellt zu den Gesundheits- und Pflegeberufen erstellt. Darüber hinaus berät das DIP Ministerien und Behörden etwa zu Fragen der Fachkräftesicherung oder zur regionalen Pflegestrukturentwicklung.

Projekte für bessere Pflege

Für Prof. Dr. Michael Isfort, stellvertretender Vorsitzender des DIP und Abteilungsleiter, ist es wichtig zu betonen: „Arbeitsmarkt und Versorgungslandschaften der Pflege sind sehr komplex und überaus dynamisch. Wer hier sinnvoll agieren und planen will, muss

auf gute und sichere Daten zurückgreifen können und mit den Akteuren vor Ort darüber ins Gespräch kommen.“ In der Abteilung „Prävention und neue Technologien“ unter Leitung von Prof. Weidner sind seit Gründung des DIP alleine rund 15 Projekte zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit wie etwa „mobil“ und „PräSenZ“ in Baden-Württemberg, „POP Siegen-Wittgenstein“ und „PAKT“ in NRW oder auch „Gemeindegewestplus“ in Rheinland-Pfalz durchgeführt bzw. wissenschaftlich begleitet worden. So wurden mit Dutzenden Städten und Landkreisen aus etlichen Bundesländern Ansätze zur Sozialraumentwicklung und zu „Präventiven Hausbesuchen“ für Senioren erprobt und umgesetzt. Im zweiten Arbeitsschwerpunkt der Abteilung neue Technologien, werden die Chancen, Potenziale und Risiken der Digitalisierung in der Pflege in Studien wie „ePflege“ oder im Robotikprojekt „HoLLiECares“ im Auftrag oder durch Förderung verschiedener Bundesministerien untersucht. Ferner wurden von der Abteilung mehr als einhundert pflegewissenschaftliche Gutachten im Rahmen von rechtlichen Streitfällen zur pflegerischen Versorgung für Gerichte erstellt.

dip.de

Pflegeversicherung feiert Jubiläum

(Wiesbaden) Vor 25 Jahren wurde das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Deutschen Bundestag beschlossen und die soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Lag der Beitragssatz bei Einführung der Pflegeversicherung noch bei 1,7%, beträgt er aktuell 3,05%. 2020

sind rund 72,7 Millionen Menschen sozial und rund 9,3 Millionen privat pflegeversichert. In den vergangenen Jahren wurde die Pflegeversicherung mehrfach reformiert. Die umfassendsten Reformen brachte das Zweite Pflegegeldgesetz 2015: Die bisherigen drei Pflegestufen wurden in fünf Pflegegrade umgewandelt und ein neues

Begutachtungsverfahren eingeführt. Ziel der Pflegeversicherung ist, Pflegebedürftigen ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Die Pflegeversicherung deckt nicht alle Kosten, so dass die Pflegebedürftigen einen Eigenanteil tragen müssen.

vddek.com

Coronatests in Deutschland

Die nationale Teststrategie

Zu den wichtigsten Werkzeugen bei der Bekämpfung des neuartigen Coronavirus gehören Tests. Daher hat Deutschland schon seit Beginn der Pandemie Testkapazitäten schnell aufgebaut und erweitert. Wer wird durch die neue nationale Teststrategie auf COVID-19 getestet? Informationen des Bundesgesundheitsministeriums.

Beim Testen ist ein zielgerichtetes Vorgehen wichtig. Testen ohne Anlass führt zu einem falschen Sicherheitsgefühl. Denn auch ein negativer Coronatest ist nur eine Momentaufnahme und entbindet nicht von Hygiene- und Schutzmaßnahmen (Stichwort AHA-Formel). Testen ohne einen begründeten Verdacht erhöht außerdem das Risiko falsch-positiver Ergebnisse und belastet die vorhandene Testkapazität. Daher wollen wir verstärkt, aber auch gezielt, testen. In Deutschland werden die folgenden Personengruppen mit einem PCR-Test getestet:

- Personen mit Corona-typischen Symptomen – auch bei leichten Symptomen.
- Personen, die Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person hatten, z.B. Mitglieder desselben Haushalts oder Personen, die über die Corona-Warn-App als Kontaktpersonen identifiziert wurden.
- Personen in Gemeinschaftseinrich-

tungen und –unterkünften (z.B. Arztpraxen, Schulen, Kitas, Geflüchtetenunterkünfte, Notunterkünfte, Justizvollzugsanstalten), wenn in der Einrichtung eine mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Person festgestellt wurde.

- Patienten, Bewohner und das Personal in Pflegeeinrichtung oder im Krankenhaus, wenn es zu einem Ausbruch des Virus in der Einrichtung kam. Dies gilt auch für Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Rehabilitation, ambulante Operationen oder ambulante Dialyse sowie für Arzt- und Zahnpraxen und weitere Praxen humanmedizinischer Heilberufe.
- Patienten oder Betreute vor Aufnahme oder Wiederaufnahme in ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung, sowie vor ambulanten Operationen oder vor ambulanter Dialyse.

Folgende Personengruppen können mit einem Antigen-Test getestet werden:

- Patienten, Bewohner, Betreute und Personal von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, für Rehabilitation, für ambulante Operationen oder ambulante Dialyse ohne COVID-19-Fall, entsprechend des Testkonzepts der Einrichtung und bei einer erhöhten 7-Tage-Inzidenz in der Region, z.B. mehr als 50 Personen pro 100.000.
- Besucher von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen unmittelbar vor dem Besuch der Einrichtung, wenn sie aus einer Region mit einer erhöhten 7-Tage-Inzidenz, wie z.B. mehr als 50 Personen pro 100.000 kommen.

Wie Sie bei einem Verdacht auf eine Infektion vorgehen sollten

Bitte lassen Sie sich testen – eine frühzeitige medizinische Betreuung ist mit einem besseren Krankheitsverlauf verbunden. Außerdem können Sie so dazu beitragen, die Verbreitung des Virus



ezinzudämmen. Für einen Test sind keine schweren Symptome erforderlich, leichte Symptome eines Atemwegsinfekts genügen. Haben Sie den Verdacht, mit dem neuartigen Coronavirus infiziert zu sein, begeben Sie sich nicht unangemeldet zu einer Ärztin oder einem Arzt. Dort könnten Sie weitere Menschen anstecken. Besprechen Sie das Vorgehen zunächst telefonisch mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt. Oder wenden Sie sich außerhalb der Sprechstunden an den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der bundesweit geltenden Telefonnummer 116 117. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt oder der Bereitschaftsdienst werden Ihnen – sofern ein Test erforderlich ist – mitteilen, wo der Test durchgeführt werden kann. Möglicherweise kann auch ein mobiler Test veranlasst werden, der bei Ihnen zuhause durchgeführt werden kann. In Notfällen, z.B. bei starker Atemnot, wählen Sie die 112.

Falls Sie Kontakt zu einer positiv getesteten Person hatten, wenden Sie sich auch ohne dass Symptome vorliegen an das zuständige Gesundheitsamt, das nach einer individuellen Befragung die weiteren Maßnahmen festlegen wird.

Wie ein Test zum Nachweis von SARS-CoV-2 abläuft

Zunächst muss bei den Betroffenen ein Abstrich gemacht werden. Die Viren vermehren sich in den Schleimhäuten

im Nasen-/Rachenraum. Daher wird mit einem speziellen Tupfer an der Rachenhinterwand abgestrichen. Bei schwereren Verläufen kann auch Sekret aus den tiefen Atemwegen entnommen werden.

Zurzeit stehen zwei Testverfahren für den Nachweis von SARS-CoV-2 zur Verfügung: die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) und der Antigen-Test.

Die PCR-Testung ist ein Standardverfahren in der Diagnostik von Viren, das automatisiert werden kann. Dafür müssen die Proben nach dem Abstrich so schnell wie möglich in ein Labor transportiert werden. Bei der PCR wird das Erbmateriale der Viren so stark vervielfältigt, dass es nachgewiesen werden kann, auch wenn es nur in geringen Mengen vorkommt. Das Testverfahren nimmt derzeit etwa vier bis fünf Stunden in Anspruch. Hinzu kommt die Transportzeit ins Labor, die Vorbereitungszeit im Labor und gegebenenfalls eine Wartezeit wegen eines hohen Probeaufkommens.

Antigen-Tests, die Eiweißstrukturen von SARS-CoV-2 nachweisen, funktionieren nach einem ähnlichen Prinzip wie Schwangerschaftstests. Dazu wird eine Probe von einem Nasen-Rachen-Abstrich auf einen Teststreifen gegeben. Falls das SARS-CoV-2 Virus in der Probe enthalten ist, reagieren die Eiweißbestandteile des Virus mit dem Teststreifen und eine Verfärbung auf dem

Teststreifen wird sichtbar. Vorteile von Antigen-Tests sind die vergleichsweise geringen Kosten und das zeitnahe Testergebnis (in weniger als 30 Minuten). Die leichte Handhabung eines Point-of-care (PoC)-Antigen-Tests erlaubt die Testung auch außerhalb eines Labors, z.B. in einer Pflegeeinrichtung oder medizinischen Einrichtungen und Arztpraxen ohne Diagnostiklabor. Hier kann ein PoC-Antigentest helfen, asymptomatische, möglicherweise infektiöse Personen leicht zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen, zum Beispiel durch vorübergehende häusliche Isolierung, die Übertragung des Virus zu verhindern. Generell sind Antigen-Tests weniger sensitiv als der PCR-Test, es ist also eine größere Virusmenge notwendig, damit ein Antigen-Test ein positives Ergebnis zeigt. Das bedeutet, dass ein negatives Antigen-Testergebnis die Möglichkeit einer Infektion mit SARS-CoV-2 nicht ausschließt. Außerdem ist ein Antigen-Schnelltest nicht so spezifisch wie ein PCR-Test, das heißt es kommt häufiger als bei der PCR vor, dass ein positives Ergebnis angezeigt wird, wenn die Person gar nicht infiziert ist. Deshalb muss ein positives Antigen-Test Ergebnis mittels PCR bestätigt werden.

bundesgesundheitsministerium.de

Aktualisierung des Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“ in Vorbereitung

(Osnabrück) Der Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ soll zum zweiten Mal aktualisiert werden. Das DNQP rief aus diesem Grund Wissenschaftler dazu auf, sich als Leitung der Expertenarbeitsgruppe zu bewerben. Die Bewerbungsfrist endete am 27. November 2020.

Die Aktualisierung umfasst eine Literaturrecherche zum aktuellen Wissens- und Erkenntnisstand zur pflegerischen Sturzprophylaxe sowie zu pflegerelevanten Indikatoren zum Thema

und die Einberufung einer Expertenarbeitsgruppe. Der Aktualisierungszeitraum wird sich über ca. 18 Monate hinziehen. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens findet sich im Methodenpapier des DNQP zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis der Expertenstandardmaterialien.

Im Zusammenhang mit der Aktualisierung sollen auch Indikatoren für

das interne pflegerische Qualitätsmanagement auf Basis des aktualisierten Expertenstandards entwickelt werden. Die Mitglieder einer neuen Expertenarbeitsgruppe sollen in einem weiteren Bewerbungsverfahren gemeinsam mit der wissenschaftlichen Leitung ausgewählt werden. Mit dem Aufruf zur Mitwirkung ist im Januar 2021 zu rechnen.

dnqp.de

Kongress Pflege 2021 goes online

Kongress Pflege geht nach 25 Jahren neue Wege

Online-Veranstaltung am 29. und 30. Januar 2021

Schwerpunktt Themen zu:

- Management
- Recht
- Bildung
- Berufspolitik

- Personal und Praxis werden ab dem 29. Januar in Online-Formaten angeboten

Info: gesundheitskongresse.de

Für die Teilnahme erhalten Sie 6 Fortbildungspunkte/Tag bei der Registrierungsstelle beruflich Pflegenden RbP GmbH



Gesund im Pflegeberuf – heute wie morgen

1. Online-Kongress des BGW forums

Gesund im Pflegeberuf – Wie lässt sich das erreichen?

- Bei dem interaktiven, abwechslungsreichen und praxisnahen Online-Kongress wird dieser Frage nachgegangen.
- Information für sicheres und gesundes Arbeiten in der Pflege.

- Mix aus Fachvorträgen, Diskussionen sowie verschiedenen parallel stattfindenden Web-Sessions
- Programmdetails werden Anfang Januar veröffentlicht.

Info: bgw-online.de

Wann?

4. und 5. Februar 2021
jeweils von 9:00 bis 13:30 Uhr



Pflege stärken mit starken Partnern

Deutscher Pfl egetag 2021

20. und 21. Mai 2021
im hub 27 (Messe Berlin)

Tages-Ticket:

Normalpreis: 130 €
für DPV-Mitglieder: 110 €

Info + Anmeldung:
deutscher-pflegetag.de
per FAX: 0511 – 85 50 24 11

Für die Teilnahme erhalten Sie 6 Punkte bei der Registrierung beruflich Pflegenden RbP GmbH.

Jubilare 12/2020

35 Jahre

Esders, Stephan, Frankfurt
Benner, Anna, Amöneburg

20 Jahre

Roggendorf, Karin, Frechen
Heideloff, Sylvia, Gudensberg



Wir bedanken uns für Ihre Treue!

DPV

Hauptgeschäftsstelle

Mittelstraße 1
56564 Neuwied
Tel.: 0 26 31/83 88 -0
Fax: 0 26 31/83 88 -20
info@dpv-online.de
www.dpv-online.de



Interessantes und Aktuelles speziell für unsere Mitglieder – Zugriff über:
User: **Mitglied**
Kennwort:
Über Ihre Mitarbeit und/oder Anregungen freuen wir uns.



twitter.com/DPV_Pflege
facebook.com/pflegeverband

Gemeinsam sind wir stark!

DPV – Kompetenz und Leistungen, die auch Kolleginnen und Kollegen überzeugen!

Fordern Sie Infomaterial an!

DPV-Hauptstadtbüro Berlin

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Uwe Kropp, Ev. Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Herzbergstr. 79
10365 Berlin
Tel.: 030/5472-2110
kropp.hauptstadtbuero@dpv-online.de

DPV Service-Point Baden-Württemberg

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Sabine Hindrichs
sabine@hindrichspflegeberatung.de

DPV Service-Point Bayern

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Ivonne Rammoser
m&i-Klinikgruppe Enzensberg
Leitung Marketing/Kommunikation
Höhenstraße 56
87629 Hopfen am See/Füssen
Tel.: 08362 12-4142
rammoser-servicepointbayern@dpv-online.de

DPV Service-Point Berlin-Brandenburg

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Uwe Kropp, EKH,
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin
Tel.: 030/54722110

kropp.hauptstadtbuero@dpv-online.de

DPV Service-Point Nord Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Olaf Mehring
Tel.: 0511/54559150
dpv-servicepoint-nord@dpv-online.de

DPV Service-Point Frankfurt

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Annemarie Czerwinski
Bertha-Bagge-Str. 55, 60438 Frankfurt
Tel.: 069/761904
amalee@t-online.de
Wichtig: Bitte bei Anfragen als Betreff „DPV-Anfrage“

DPV Service-Point Hessen

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Karl Heinz Heller
khheller@gmx.de

DPV Service-Point Nordrhein-Westfalen

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Stephan Kreuels
Rechtsanwaltskanzlei
Coerdeplatz 12, 48147 Münster

Tel.: 0251/9320 5360
kreuels@juslink.de

DPV Service-Point Rheinland-Pfalz

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Ilona Groß
ilonagross@web.de

DPV Service-Point Saarland

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Melitta Daschner
Blattstr. 12, 66564 Ottweiler
Tel.: 06858/8162
Mobil: 0172/6844901

DPV Service-Point Nordost (Thüringen, Sachsen-Anhalt, Sachsen)

Deutscher Pflegeverband (DPV)
c/o Martina Röder
Tel.: 036331/35101
roeder.servicepoint-th.sa@dpv-online.de



Impressum

Herausgeber

Deutscher Pflegeverband (DPV)
Rolf Höfert (V.i.S.d.P.)
Mittelstraße 1, 56564 Neuwied
Tel.: 02631/8388-0
Fax: 02631/8388-20
www.dpv-online.de
info@dpv-online.de

PflegeKonkret

– Die Mitgliederzeitschrift des DPV
erscheint in Kooperation mit HEILBERUFE
www.springerpflege.de

Verlag

Springer Medizin Verlag GmbH
Heidelberger Platz 3
14197 Berlin

Druck

Druckpress GmbH
Hamburger Straße 12
69181 Leimen