

DEUTSCHER  
PFLEGEVERBAND  
(DPV) E.V.

## In dieser Ausgabe:

- 1 – Editorial  
– Elektronische Gesundheitskarte
- 2 – 82. Gesundheitsministerkonferenz  
– Patientenverfügungen
- 3 – Studie zur Versorgung älterer Menschen
- 4 – Starke Beruhigungsmittel gefährden Demenzkranke  
– Deutschlands Kliniken vernachlässigen Risikomanagement  
– DKG zu Behandlungsfehlern im Krankenhaus
- 5 – Pflegeausbildungen für Hauptschüler  
– Bessere Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Krankenhaus
- 6 – Abschluss Geriatrie u. Gerontopsychiatrie in Ilfeld  
– Weiterbildungen
- 7 – Termine
- 8 – Service-Points

Ausgabe 8

August 2009

## Editorial

### Sommerloch – Skandalzeit?

*Liebes Mitglied,*

erneut wurde im letzten Monat die Republik durch Medienberichte über die Ergebnisse der Studie der Rechtsmedizin am UKE Hamburg (Seite 3) erschüttert. Dekubitus und Untergewichtigkeit standen im Fokus der Meldungen. Das Engagement der Pflegefachkräfte in allen Leistungsbereichen darf nicht länger unter Generalverdacht mangelhafter Leistungen gestellt werden.

Die Rahmenbedingungen und mangelnden Ressourcen liegen nicht in der Verantwortung der einzelnen Pflegekraft. Seit Jahren fordern wir, dass die Dekubitusprophylaxe in den Verordnungs- bzw. Leistungskatalog durch Ärzte und Pflegenden rechtsverbindlich aufgenommen wird. Mit den veröffentlichten Fakten der Rechtsmedizin sind somit auch Merkmale der gesundheits- und sozialpolitischen Ergebnisqualität belegt. Die Pflegenden haben hervorragende pflegewissenschaftliche Grundlagen und Erkenntnisse, u. a. durch

die Expertenstandards Dekubitusprophylaxe und Ernährungsmanagement im Sinne einer Versorgungsqualität, dieses aber innerhalb eines striktiven Bedingungsfeldes.

Schluss mit der Kriminalisierung – die Politik ist gefordert.

Mit herzlichen Grüßen aus dem Agnes Karll Haus

Ihr

Rolf Höfert  
Geschäftsführer

## Elektronische Gesundheitskarte: Krankenkassen starten Ausgabe zum 1. Oktober 2009

(Berlin) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Krankenkassen haben nach Informationen des Bundesgesundheitsministeriums bestätigt, dass die Kassen in der Startregion Nordrhein ab dem 1. Oktober 2009 damit beginnen werden, elektronische Gesundheitskarten an ihre Versicherten auszugeben. Der Einführungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte verlaufe nach Plan. Die stationären und mobilen moderne Lesegeräte werden seit einiger Zeit Schritt für Schritt in Arztpraxen und Krankenhäusern installiert.

Hierzu erklärte der Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder: „Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser in der Startregion Nordrhein können sich jetzt konkret darauf einstellen, dass ab Anfang Oktober Patienten mit elektronischen Gesundheitskarten zu ihnen kommen werden.“

Bei dem Treffen wurde zudem die bestehende Gesamtplanung für Nordrhein und die Modellregion Essen / Bochum bis hin zum Online-Betrieb erörtert und bekräftigt. Pflegeexperten haben die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eCard) seit jeher kritisiert, weil die Profession keinen



Zugriff auf die Karte haben wird. „Die Einführung der eCard wird nicht nur für die Versicherten erhebliche Veränderungen im Umgang mit ihren personenbezogenen Patientendaten bewirken, sondern auch für alle Berufsgruppen, die für ihre Berufstätigkeit einen Zugang zu diesen Daten benötigen“, erklärte etwa **Andreas Westerfellhaus**, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste (DGF). „**Pflegeberufe müssen in die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen zwingend eingebunden werden**“, forderte Westerfellhaus. Ansonsten drohe Schaden für die Patienten.

## 82. Gesundheitsministerkonferenz in Erfurt

(Erfurt) Die Gesundheitsminister der Länder und des Bundes haben Ende Juni im Rahmen ihres diesjährigen Treffens unter Leitung der Thüringer Ministerin für Soziales, Familie und Gesundheit, Christine Lieberknecht (CDU), zahlreiche Beschlüsse zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen gefasst.

- Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder stellten im Rahmen ihrer diesjährigen Konferenz fest: Deutschland ist derzeit von der von der WHO festgestellten Influenza A/H1N1-Pandemie nur gering betroffen. Die Krankheitsverläufe sind in aller Regel milde. Trotz ansteigender Krankheitszahlen besteht zum jetzigen Zeitpunkt keine allgemeine Infektionsgefahr in Deutschland. Dennoch müssen die bereits ergriffenen Vorsorgemaßnahmen konsequent aufrecht erhalten werden.

Mit der bisherigen Einlagerung staatlicher Reserven an antiviralen Arzneimitteln für mehr als 30 % der Bevölkerung und mit den abgeschlossenen Verträgen zur Bereitstellung von pandemischen Impfstoffen ist eine ausreichende Vorsorge getroffen. Gleichzeitig begrüßt die GMK, dass das BMG sich ausdrücklich dafür ausspricht, die Bestellung von Pandemieimpfstoffen erst vorzunehmen, wenn die WHO die Umstellung der Herstellung von saisonalem auf Pandemieimpfstoff empfiehlt.

Auf der Basis dieser Empfehlung werden Bund und Länder, orientiert an den Empfehlungen von WHO und STIKO, eine gemeinsame Impfstrategie festlegen.

Darüber hinaus beschlossen die Minister einstimmig die Erarbeitung eines „Nationalen Impfplans“ für die Bundesrepublik Deutschland. Alle Beteiligten sind sich einig, dass Impfen nach wie vor der wirksamste Schutz gegen die Ausbreitung gefährlicher Infektionskrankheiten ist. Daher solle zukünftig stärker als bisher über gefährliche Krankheiten, Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten informiert und aufgeklärt werden. Alle Akteure unseres Gesundheitswesens in Deutschland müssen eng zusammen arbeiten, um die Durchimpfungsraten Schritt für Schritt zu erhöhen. Der Nationale Impfplan soll bis zur 83. Gesundheitsministerkonferenz, die im nächsten Jahr in Hannover stattfinden wird, vorgelegt werden.

- Die Gesundheitsminister begrüßen, dass mit der Einfügung der Paragraphen §§ 37 b und 132 d zur Ambulanten Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V im Rahmen der letzten Gesundheitsreform im Jahr 2007 die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Verbesserung der häuslichen Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen geschaffen wurden. Sie fordern die Krankenkassen auf, zügig Verträge nach § 132 d SGB V zu schließen, um ein flächendeckendes Angebot zur spezialisierten Palliativversorgung zu etablieren.

Die GMK richtet eine länderoffene Arbeitsgruppe unter Federführung von Sachsen und Bremen mit dem Ziel ein, die Steuerungsmöglichkeiten der Länder in der Gesundheitspolitik unter veränderten Rahmenbedingungen zu erhalten und weiter zu entwickeln.

- **Als Standort für die Errichtung des länderübergreifenden elektronischen Berufsregisters für Gesundheitsfachberufe (eGBR) hat sich die GMK für Bochum (NRW) entschieden.** Damit ist ein weiterer Schritt für die Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte vollzogen

## Endlich mehr Rechtssicherheit beim Umgang mit Patientenverfügungen

(Berlin) Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.09 in 3. Lesung den Vorschlag des Abgeordneten Stünker für eine gesetzliche Regelung zur Wirksamkeit und Reichweite von Patientenverfügungen beschlossen. Künftig werden die Voraussetzungen von Patientenverfügungen und ihre Bindungswirkung eindeutig im Gesetz bestimmt. Mit einer Patientenverfügung soll dem Arzt der Wille eines Patienten vermittelt werden, der sich zur Frage seiner medizinischen Behandlung nicht mehr selbst äußern kann.

„Endlich gibt es mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen. Vor allem die über 8 Millionen Menschen, die bereits eine Patientenverfügung haben, können sich

in Zukunft darauf verlassen, dass ihr Selbstbestimmungsrecht gerade in einer Phase schwerer Krankheit beachtet wird. Ich freue mich sehr, dass es nach jahrelangem Ringen gelungen ist, die Patientenverfügung gesetzlich zu verankern und damit die berechtigten Erwartungen von Millionen Bürgerinnen und Bürgern zu erfüllen. Alle Beteiligten brauchen klare Vorgaben und verlässliche Regelungen, wenn sie über ärztliche Eingriffe bei Menschen entscheiden müssen, die ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Obers-

tes Gebot ist dabei die Achtung des Patientenwillens. Die beschlossene Regelung enthält daher zu Recht keine Einschränkung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Sie gelten in jeder Lebensphase. Wir knüpfen die Beachtlichkeit des Patientenwillens weder an hohe bürokratische Anforderungen noch an Art oder Stadium einer Krankheit.



Künftig ist jede schriftliche Patientenverfügung, die der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entspricht, für alle Beteiligten verbindlich.

Wir stellen sicher, dass die Menschen in jeder Phase ihres Lebens selbst entscheiden können, ob und wie sie behandelt werden möchten. Zugleich gewährleisten wir, dass bei Missbrauchsgefahr oder Zweifeln über den Patientenwillen das Vormundschaftsgericht als neutrale Instanz entscheidet.“, sagte Bundesjustizministerin Brigitte Zypries

### Zu den Regelungen im Einzelnen:

- Volljährige können in einer schriftlichen Patientenverfügung im Voraus festlegen, ob und wie sie später ärztlich behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen nicht mehr selbst äußern können. Künftig sind Betreuer und Bevollmächtigter im Fall der Entscheidungsunfähigkeit des Betroffenen an seine schriftliche Patientenverfügung gebunden. Sie müssen prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation entsprechen und den Willen des Betroffenen zur Geltung bringen.
- Niemand ist gezwungen, eine Patientenverfügung zu verfassen. Patientenverfügungen können jederzeit formlos widerrufen werden.
- Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen nicht die aktuelle Situation, muss der Betreuer oder Bevollmächtigte unter Beachtung des mutmaßlichen Patientenwillens entscheiden, ob er in die Untersuchung, die Heilbehandlung oder den ärztlichen Eingriff einwilligt.
- Eine Reichweitenbegrenzung, die den Patientenwillen kraft Gesetzes in bestimmten Fällen für unbeachtlich erklärt, wird es nicht geben.
- Die Entscheidung über die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme wird im Dialog zwischen Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigtem vorbereitet. Der behandelnde Arzt prüft, was medizinisch indiziert ist und erörtert die Maßnahme mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten, möglichst unter Einbeziehung naher Angehöriger und sonstiger Vertrauenspersonen.
- Sind sich Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigter über den Patientenwillen einig, bedarf es keiner Einbindung des Vormundschaftsgerichts. Bestehen hingegen Meinungsverschiedenheiten, müssen folgenschwere Entscheidungen vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden.

Über eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung wurde lange diskutiert. Bereits im Jahr 2004 hatte das Bundesministerium der Justiz einen Referentenentwurf für eine gesetzliche Regelung vorgelegt. Da die Abgeordneten des Deutschen Bundestages dieses wichtige Thema jedoch ohne die Bindung an Fraktionsgrenzen beraten wollten, hat die Bundesregierung auf einen eigenen Gesetzentwurf verzichtet.

Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates. Es soll - nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens - am 1. September 2009 in Kraft treten.

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

## Studie zur Versorgung älterer Menschen

(Hamburg) Aufgrund der Ergebnisse einer neuen Studie, die im Juli vom **Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)** veröffentlicht wurde, ergaben sich wieder schwere **Vorwürfe zum Pflege- und Gesundheitszustand** älterer Menschen.

Für die Studie waren im Jahr 2008 bei der Krematoriumsleichenchau 8518 Verstorbene ab dem 60. Lebensjahr auf die Merkmale Dekubitus, Unterernährung, Zahnstatus, Endoprothesen und Herzschrittmacher hin untersucht worden. „Die Ergebnisse zeigen, dass es in vielen Bereichen deutlichen Handlungsbedarf gibt.“, sagte **Prof. Dr. Klaus Püschel**, Leiter des Instituts für Rechtsmedizin am UKE.

Die Daten hätten gezeigt, dass Handlungsbedarf im Pflegebereich besteht.

### Auszüge zur Studie der Hamburger Rechtsmedizin zur Situation älterer Menschen in Hamburg und Umgebung (Prof. Dr. Klaus Püschel, Leiter der Rechtsmedizin am UKE)

**Dekubitus:** 3,3% aller Verstorbenen hatten einen Dekubitus 3. oder 4. Grades aufzuweisen. Davon sind 38,3% im Krankenhaus verstorben, 35,2% in Pflegeheimen, 22,5% im privaten Bereich und 4% im Hospiz.

**Ernährung:** Etwa 15% waren untergewichtig. Als häufigster Sterbeort von untergewichtigen Hochaltrigen wurde das Heim ermittelt, am seltensten das Krankenhaus. Bei Verstorbenen, die mit einer Magensonde durch die Bauchdecke versorgt waren (6,6%), zeigten sich in 1/3 der Fälle regionale Wundinfektionen.

**Zahnstatus/Gebissbefund:** 56,2% der Verstorbenen hatten

keine Prothese im Mund, dürften diese aber zumeist besessen haben.

Die Studie wurde unterstützt von der Robert-Bosch-Stiftung. Sie wurde begleitet von einem wissenschaftlichen Beirat.

„Man findet in den schriftlichen Aufzeichnungen der Todesbescheinigungen nur sehr selten Angaben zu Demenz, Pflegezustand, Ernährung, Mobilität, Sterbeverlauf.“

**Pflegezustand, insbesondere Dekubitus:** 12,1% der Verstorbenen hatten mindestens eine geringfügige Durchliegestelle aufzuweisen. Etwa ein Viertel der Dekubitalulzera war bei untergewichtigen Personen festzustellen und ca. 50% bei Normalgewichtigen. Die Mehrzahl der Dekubitalulzera war gut/sauber verbunden und befand sich in einem akzeptablen Wundstatus. (Nur) einzelne Dekubitusläsionen wurden offensichtlich schlecht versorgt.

Professor Püschel: „Für uns kommt es darauf an, einen erneuten Anstoß zu geben, sozusagen warnend den Finger zu heben bzw. bildlich gesprochen die offenen Wunden darzustellen - beispielhaft beim Dekubitus. Es gibt viele gute Möglichkeiten sowie bereits praktizierte Ansätze, die dargestellten Probleme anzugehen. Bei den Pflegenden ist ein großes Engagement festzustellen; die Leistungen in diesem Bereich wurden stetig verbessert. Aber es gibt sicher keinerlei Veranlassung, sich derzeit etwa zufrieden zurückzulehnen. Sicher: Viele alte Menschen sind sehr zufrieden - aber die nichteigenständigen, von der Öffentlichkeit nicht bewusst wahrgenommenen älteren Menschen stehen zum Teil im tiefen Schatten: Körperlich zu wenig mobil, mit vielen Krankheiten, pflegebedürftig, nicht selten mit Kunstgelenken, mit Magensonde oder unterernährt.“

Nähere Info: [www.uke.del/medien](http://www.uke.del/medien)

## Starke Beruhigungsmittel gefährden jeden dritten Demenzkranken

(Berlin) Zum neunten Mal veröffentlichte der Arzneimittel-Report der Gmünder Ersatzkasse die aktuellen Ausgabentrends und Daten zur Versorgungsqualität im Arzneimittelsektor. Wesentliche Ergebnisse: Steigerung der Ausgaben von rund 9 Prozent pro Versichertem im Jahr 2008. Bei der Versorgungsqualität fällt unter anderem auf: **Trotz bekannter Risiken erhielten rund 30 Prozent der Demenzpatienten bei der GEK stark wirkende Beruhigungsmittel**, so genannte Neuroleptika, verordnet.

Die Einzelanalysen des Reports, die sich schwerpunktmäßig der Verordnung von Psychopharmaka bei älteren Menschen und Kindern widmen, zeigen hervorsteckende Ergebnisse: Beinahe jeder dritte GEK Versicherte mit einer Demenz-Diagnose bekam 2008 ein Neuroleptikum verordnet, obwohl das erhöhte Sterblich-

keitsrisiko durch die Einnahme bekannt ist. Nach dem Konsum dieser stark wirkenden Beruhigungsmittel zeigen sich bei Demenzkranken immer wieder gefährlichste Arzneimittelwirkungen wie kardiovaskuläre Probleme, Infektionen oder Schlaganfälle.

**Professor Gerd Glaeske**, Hauptautor des Reports und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert: „Die Neuroleptika-Verordnungen müssen drastisch gesenkt werden, sie bedeuten eine erhebliche Gefährdung für Demenzpatienten. Vorhandene Therapiehinweise werden offensichtlich nicht ausreichend berücksichtigt - zum Schaden der älteren Menschen.“

Für Gerd Glaeske, den Leiter der GEK-Studie, liegt der Grund für den Einsatz auf der Hand: „Neuroleptika sind eben

stark dämpfend, Neuroleptika sind beruhigend. Sie lassen sich offensichtlich im Pflegealltag dazu nutzen, einen Mangel an Pflege auszugleichen, indem man Menschen ruhig stellt.“ Menschen, die sonst im Pflegealltag viel Zeit und Personal binden und damit hohe Kosten verursachen würden.

Neuroleptika zu verschreiben, um zu sparen ist für Glaeske unverantwortlich: „Ich nenne das, um es mal plakativ zu sagen, in vielen Fällen chemische Gewalt gegen Ältere.“ Und damit soll Schluss sein, fordert er. Ärzte sollten bei der Verschreibungen dieser Präparate radikal umdenken und die Anzahl der Rezepte drastisch reduzieren. Auch die Anzahl anderer Verschreibungen sollte und könnte aus Sicht der Gmünder Ersatzkasse verringert werden.

<http://www-gek.de>

## Deutschlands Kliniken vernachlässigen Risikomanagement

(Hamburg) Nur jede fünfte deutsche Klinik verfügt über ein medizinisches Risikomanagement, das die Zahl der Behandlungsfehler möglichst gering hält. Die Bundesregierung hat deshalb den Aufbau von Fehlermeldesystemen angemahnt. An den Kosten scheitern solche Systeme kaum. Unabdingbar ist vor allem eine offene Fehlerkultur, Transparenz und der Mut zur Veränderung. Genau das gilt es in Deutschlands Kliniken zu verbessern, haben Marktuntersuchungen von Steria Mummert Consulting ergeben.

Die **Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel**, hat eindringlich den **Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen im stationären Bereich gefordert**. Schon ab 5.000 Euro sind zum Beispiel Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS) auf dem Markt erhältlich. Sie ermöglichen es den Angestellten, „Beinahe-Fehler“ anonym zu melden. Die wertvollen Informa-

tionen, die aus den kritischen Erfahrungen gewonnen werden, können entscheidend dazu beitragen, schwerwiegende Vorfälle in der Zukunft zu vermeiden. Nach Expertenschätzungen nutzt nur jedes zehnte Krankenhaus CIRS effektiv, in erster Linie handelt es sich dabei um Großkliniken. Zu einem guten medizinischen Risikomanagement gehört neben CIRS aber vor allem auch eine genaue Analyse der „Beinahe-Fehler“ und Schadensfälle, ein gutes Beschwerdemanagementsystem sowie regelmäßige Risikoaudits.

Vor allem der zunehmende Stress bei Ärzten und Pflegenden führt zu einem erheblich steigenden Fehlerrisiko. „Wir sehen dabei eine hohe Fehleranfälligkeit besonders an Schnittstellen zwischen Abteilungen oder Berufsgruppen. Verantwortlich dafür sind in vielen Fällen ein unzureichender Informationsaustausch und nicht eindeutig geklärte Zuständigkeiten“, sagt Horst Martin Dreyer, Seni-

or Executive Manager bei Steria Mummert Consulting. Aufgrund des steigenden Fehlerrisikos wird es immer wichtiger, das Versorgungssystem durch entsprechende Maßnahmen fehlertoleranter zu machen, etwa durch strikte Einhaltung des Vieraugen-Prinzips und eine intensive Beobachtung der Prozesse.

Der Anstoß zum Risikomanagement muss dabei von den Klinikleitungen kommen. Ihre Aufgabe ist es, ein Klima zu schaffen, in dem Fehler nicht aus Angst vor Sanktionen unter den Teppich gekehrt werden. Schließlich führt eine fehlerfreie Behandlung auch zu einem verbesserten Image und spielt angesichts steigender Transparenz durch Qualitätsberichte und Klinikratings im Internet eine zentrale Rolle im steigenden Wettbewerb um Patienten.

Weitere Info:

<http://presseportal.de/meldung/1427600>

## DKG zu Behandlungsfehlern im Krankenhaus – Fehlervermeidung hat höchste Priorität

(Berlin) Zur Diskussion um Behandlungsfehler in den Krankenhäusern erklärte der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum:

„Jeder Behandlungsfehler ist einer zu viel. Deshalb haben die Krankenhäuser in den letzten Jahren forciert Fehlervermeidungs- und Risikominimierungsstra-

tegien entwickelt, um in systematischer Form Fehler oder Risiken der Patientenversorgung zu verhindern und die Patientensicherheit zu erhöhen. Ziel dabei ist

es, menschliche Versagensfehler durch strukturierte und kontrollierte Abläufe so weit wie möglich auszuschließen. Eine Komponente dabei ist die Vermeidung von OP-Verwechslungen.

Die DKG ist Gründungsmitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., das sich seit 2005 die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland zum Ziel gesetzt hat. Dessen Vorschläge zur Risikominimierung werden in gemeinsamen Aktionen in die Krankenhäuser getragen. Beispielsweise wurden Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, zur sicheren Patientenidentifikation oder auch zum Aufbau von Fehlermeldesystemen entwickelt und verbreitet. Darüber hinaus ist die DKG aktiver Partner der Aktion „Saubere Hände“ zur Erhöhung der Pa-

tientensicherheit vor im Krankenhaus erworbenen Infektionen.

Viele Krankenhäuser haben inzwischen anonyme Fehlermeldungssysteme (Critical Incident Reporting-Systeme – CIRS) installiert. Einer jüngsten Bestandsaufnahme des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zufolge, verfügt jedes 5. Allgemeinkrankenhaus bereits über ein klinisches Risikomanagementsystem. Hierzu gehören systematische Schadensfallanalysen sowie schriftliche Dienstweisungen zum Umgang mit Zwischenfällen. Im Herbst wird die DKG gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und weiteren Partnern ein Nationales Forum zu CIRS ausrichten, an dem zahlreiche Akteure aus deutschen Krankenhäusern teilnehmen werden. Dies wird Auftakt einer regelmäßigen Veranstaltungsreihe und Diskussionsplattform sein.

Darüber hinaus nehmen die deutschen Krankenhäuser in großem Umfang an allgemeinen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Bei fast 25 Prozent aller Behandlungsfälle – insbesondere Operationen – werden die Ergebnisse einschließlich Infektionsereignisse erfasst, zentral ausgewertet und bei Auffälligkeiten in den Kliniken besprochen.

Mehr als 700 Kliniken nehmen an hochwertigen Zertifizierungsverfahren teil, bei denen ebenfalls die Installation von systematischen Fehlervermeidungsstrategien und Vermeidung von Krankenhausinfektionen zentraler Bestandteil sind, deren Einhaltung in regelmäßigen Abständen überprüft wird.

Mit über 17 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr garantieren die deutschen Krankenhäuser eine medizinische Versorgung höchster Qualität und Sicherheit.“

[www.dkg-ev.de](http://www.dkg-ev.de)

## Koalition öffnete Pflegeausbildungen für Hauptschüler

(Berlin) Die große Koalition hat am 17.06.09 im Gesundheitsausschuss im Rahmen der Arzneimittelgesetz-Novelle beschlossen, den Zugang zur Pflegeausbildung für Personen mit Hauptschulabschluss zu öffnen. Völlig überraschend hatten Union und SPD beschlossen, diese Öffnung nun auch auf die Altenpflegeausbildung zu übertragen. Noch in diesem Sommer soll das Gesetz in Kraft treten.

Der Deutsche Pflegeerrat hatte die Bun-

desregierung aufgefordert, diesen Gesetzesentwurf zurückzunehmen (konkret 06/09)

Bei den Grünen stieß die Gesetzesänderung der großen Koalition auf massive Kritik. „Gegen jede Vernunft und jeden fachlichen Rat werden jetzt auch noch in der Altenpflegeausbildung die Zugangsvoraussetzungen abgesenkt. Damit haben Union und SPD die gesamte pflegerische Fachwelt und Praxis in letzter Sekunde

völlig überrumpelt und brüskiert, sagte Elisabeth Scharfenberg, pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion der Grünen.

Zwar werde die Öffnung der Ausbildung auf zunächst acht Jahre befristet. „Doch weder ist im Gesetz festgeschrieben, dass es eine wissenschaftliche Auswertung geben muss, noch wie es insgesamt mit der Pflegeausbildung weitergehen soll.“

## Bessere Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus

(Berlin) Der Deutsche Bundestag hat am 19.06.09 das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus beschlossen. Es sieht wichtige Verbesserungen für bestimmte pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen vor. Mit dem Gesetz werden Erleichterungen für diejenigen festgelegt, die ihre Pflege nach den Vorschriften der Sozialhilfe (SGB XII) durch besondere Pflegekräfte sicherstellen. Bisher konnten Menschen mit Behinderungen, die auf eine Assistenzpflege angewiesen waren, die gewohnten Pflegekräfte bei einem Krankenhausaufenthalt nicht mitnehmen. Das ist künftig möglich: Menschen mit Behinderung stehen auch im Krankenhaus die gewohnten Pflegekräfte zur Verfügung.

Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen können besondere Pflegekräfte (Assistenzpflegekräfte) beschäftigen. Damit die kontinuierliche Spezialpflege auch bei einem Krankenhausaufenthalt gesichert ist, dürfen diese Assistenzpflegekräfte jetzt auch mit ins Krankenhaus genommen werden. Nach dem neuen Gesetz werden die Kosten für Übernachtung und Verpflegung übernommen. Dies war bislang nicht möglich.

Weiter wird das Pflegegeld bei stationären Krankenhausaufenthalten zur Akutbehandlung, bei Krankenhaus ersetzender häuslicher Krankenpflege sowie bei einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegen der bisherigen Rechtslage für die gesamte

Dauer gezahlt. Für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts wird zukünftig auch Hilfe zur Pflege gewährt. Damit wird der Träger der Sozialhilfe, der bereits vor der Aufnahme des Pflegebedürftigen in ein Krankenhaus zur Leistung verpflichtet ist, künftig zur Weiterleistung verpflichtet.

Das Gesetz sieht weitere Neuerungen vor. Es ist, u.a. vorgesehen, einen neuen Leistungstatbestand „Hilfe für die Betreuung in einer Pflegefamilie“ zu schaffen. Damit wird sichergestellt, dass für die Betreuung körperlich und geistig behinderter Kinder und jugendlicher Leistungen der Eingliederungshilfe auch in einer Pflegefamilie gewährt werden. Pflegefamilien erhalten bestimmte Pauschalsätze,

wenn sie körperlich und geistig behinderte Kinder und Jugendliche bei sich aufnehmen und dadurch der Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe vermieden oder beendet werden kann.

Schließlich wird das Fach Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Rahmen des Medizinstudiums in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen. Damit wird eine weitere Grundlage für eine umfassende und kompetente me-

dizinische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen geschaffen.

Das Gesetz bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

Weitere Informationen unter <http://www.bmg.bund.de>

## Weiterbildungen

### Erfolgreicher Abschluss Fachweiterbildung Geriatrie und Gerontopsychiatrie

in der Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe in Ilfeld am 25.06.2009

Nach einem zweijährigen berufsbegleitenden Weiterbildungskurs mit 720 Stunden absolvierten fünf Teilnehmerinnen die Staatliche Prüfung mit hervorragenden Ergebnissen.

Die Teilnehmerinnen kamen aus drei Bundesländern und erlangten hiermit die Zusatzqualifikation im Sinne des Qualitätsmanagements und der patienten-/bewohnerorientierten Versorgung insbesondere bei eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz/Alzheimer).

#### Schwerpunkte waren:

- Der Körperliche und/oder psychisch kranke oder behinderte Mensch aus der Sicht der gerontologischen Wissenschaften.
- Sozialwissenschaftliche Konzepte und Erkenntnisse zum Thema Alter und Altern
- Grundlagen der Geriatrie, Gerontopsychiatrie sowie der geriatrischen Rehabilitation
- Pflegewissenschaftliche Grundlagen
- Professionelle Behandlung und Unterstützung geriatrischer bzw. gerontopsychiatrischer kranker Menschen bei Krankheiten, Behinderung und persönlicher Lebensgestaltung
- Methodische Konzepte und Handlungskompetenzen

- Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der Arbeit mit körperlich und/oder psychisch kranken oder behinderten alten Menschen
- Relevante gesetzliche Bestimmungen
- Rahmenbedingungen der eigenen Institution

Die Absolventinnen mussten eine umfangreiche Abschlussarbeit vorlegen und in der mündlichen Prüfung spezifische Fragen zum gerontopsychiatrischen Alltag und Lösungsprozessen beantworten.

Die Akademie wurde vor drei Jahren in Kooperation zwischen der Neanderklinik Harzwald GmbH und dem Deutschen Pflegeverband e.V. (DPV) gegründet. Der Bildungsträger ist staatlich anerkannt, zertifiziert von der Dekra-Certifikation und ist außerdem zugelassener AZWV-Träger.

Sie wird geleitet von Martina Röder, Geschäftsführerin der Neanderklinik Harzwald GmbH und Vorstandsvorsitzende des DPV und Rolf Höfert, Geschäftsführer des DPV.



Zum Bild von li. nach re.:  
M. Röder und GF Neanderklinik Harzwald GmbH, Vorstandsvorsitzende des Deutschen Pflegeverbandes e.V.,  
Anja Kuss, Seniorenpflegeheim Waldfrieden – Wieda,  
Uta Wollnitz, Alten- und Pflegeheim „St. Elisabeth“ in Herleshausen,  
Stefanie Wienrich, Seniorenpflegezentrum Lamm KG in Zorge,  
Gabriele Rödiger und Gabriele Jülich, Neanderklinik Harzwald GmbH,  
Rolf Höfert, GF DPV,  
Hannelore Pientka, Fachärztin für Neurologie/ Psychiatrie, MDK Thüringen

Die nächste berufsbegleitende Weiterbildungsmaßnahme findet statt vom 16.11.09 bis 18.11.2011.

### Weiterbildung Stationsleitung und Qualitätsbeauftragte im Ev. Krankenhaus Gießen vom 21.09.09 bis 14.05.10

Die Weiterbildung umfasst insgesamt 564 Unterrichtsstunden und wird berufsbegleitend in 8 Blockphasen durchgeführt.

Weiterbildungsinhalte u. a.:

**BWL, Führungslehre, Organisation des Pflegedienstes, EDV, Projektmanagement, Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Ethik, Pädagogik, Psychologie, Gesprächsführung und Recht, Qualitätsmanagement**

Jede Weiterbildung ist mit 20 Fortbildungspunkten pro Jahr im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender bewertet.

Die Einzelprogramme erhalten Sie auf Anfrage in der DPV-Geschäftsstelle,  
Telefon 02631 8388-0, Fax 02631 8388-20, Email: [info@dpv-online.de](mailto:info@dpv-online.de)

## Fortbildungen

### 4. Thüringer Pflegesymposium am 25.08.09 in Ilfeld/Südharz

09.00–16.00 Uhr in der Akademie für Gesundheits- und Pflegeberufe an der Neanderklinik Harzwald GmbH

**Schirmherrin Sozialministerin Christine Lieberknecht**

*Themen u. a.:*

Palliativ Care, Haftungsrisiko Sterbebegleitung, Praxisfall „passive Sterbehilfe, Palliativmedizin, Schmerztherapie, Palliativ Care und Hospizarbeit

Tagungsgebühr:	Nicht-Mitglieder 70,00 €	DPV-Mitglieder 60,00 €
----------------	-----------------------------	---------------------------

Die Gebühr beinhaltet Pausengetränke und Tagungsunterlagen

*Bitte fordern Sie das Programm in der Geschäftsstelle an*

### Pflegeseminar am 30.09.09 in Leipzig

In Zusammenarbeit von DPV und K-B-E Management-Systeme im **Novotel Leipzig City, Goethestr. 11, 04109 Leipzig** von 08.30 bis 13.00 Uhr, anschließend individueller Besuch der Pflegemesse Leipzig

*Themen u. a.:* Aktuelles zur Pflegereform/zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz, Aktuelles zum Wundmanagement, Ernährungsmanagement (Expertenstandard, Schluckstörungen), Von Fall zu Fall. Pflege im Recht (Fixierung - Betreuungsrecht, Zivil- und strafrechtliche Aspekte).

Tagungsgebühr:	Nicht-Mitglieder 60,00 €	DPV-Mitglieder 50,00 €
----------------	-----------------------------	---------------------------

*Beinhaltet:* Tagungsunterlagen, Lunchpaket, Pausengetränke, Eintrittskarte Pflegemesse.

*Nähere Informationen:*

K-B-E Management Systeme, Tel.: 09261/950752

Fax: 09361/950922, Mail: office@kbe-management.com

**BGW-forum 2009 – Gesundheitsschutz in Krankenhaus und Klinik**  
vom **08.–10.09.2009** in **Hamburg im Hotel Grand Elysée, Rothenbaumchaussee 10**

**BGWforum**  
2009

*Nähere Info:* BGW, Hauptverwaltung, Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg, Tel.: 040 20207-3212, www.bgw-online.de

## Kongresse

### 3. Rhein-Neckar-Kongress für Gesundheitsfachberufe mit Schülertag am 6. und 7.10.09 im Heinrich-Pesch-Haus Ludwigshafen.

*Fachvorträge u. a.:*

Wie reagiert die Praxis auf den Pflegegipfel? Die Stellen sind da und wie geht es weiter? Wundversorgung/Wundmanagement

*Workshops und Seminare u. a.:*

Strukturierte Personalentwicklung für die mittlere Führungsebene im Bereich der Pflege, Schulungszentrum für pflegende Angehörige/Angehörigenberatung und -betreuung, Mehr Effizienz in Koordination und Planung

Die Teilnahme an den Kongressen ist mit 6 Fortbildungspunkten/Tag im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender bewertet.

### 7. Gesundheitspflege-Kongress am 30. und 31.10.09 im Hotel Radisson SAS Hamburg mit 5. Schülerkongress am 29.10.09

29.10.2009 5. Schülerkongress

Fortbildung live für Auszubildende im Pflegebereich

30.10.2009

Die Zukunft der Pflege gestalten, Die Generation 50 plus - ältere Arbeitnehmer in der Pflege, Schlaganfall,

31.10.2009

Führungsmanagement, Palliative Care, Akademische Ausbildung in der Pflege, Familiengesundheitspflege - vom Pilotprojekt in die Breitenwirkung

#### Organisation & Durchführung beider Kongresse

Urban & Vogel GmbH Kongressorganisation: Andrea Tauchert  
Ehrenbergstr. 11-14, 10245 Berlin  
Tel.: 030/204560-40, Fax: 030/204560-42,  
E-Mail: tauchert@urban-vogel.de

### Pflegeforen auf der Medica, Düsseldorf, am 20.11.09

in Zusammenarbeit von DPV und Pflegezeitschrift, Kohlhammer

**Pflegeforum I** von 10.00 bis 13.00 Uhr  
Qualitätssicherung und Risikomanagement

**Pflegeforum II** von 14.30 bis 17.30 Uhr  
Pflegerische Intervention im Netzwerk

*Nähere Info:*

Redaktion Pflegezeitschrift,  
E-Mail-Pflegezeitschrift@kohlhammer.de,  
Tel.: 0711 7863-7238  
oder DPV-Geschäftsstelle

## Arbeitsgruppen

### Endoskopie Hessen Rhein-Main

Nächstes Treffen findet am **08.09.09** statt

**Zeit:** 16.30–18.30 Uhr

**Thema:** Endosonographie

**Treffpunkt:**

Kreiskrankenhaus Bürgerhospital,  
Ockstädterstr. 3-5, 61169 Friedberg

### Didaktik Zirkel

Nächstes Treffen findet am

**16.10.09** statt

**Zeit:** 18.00 – 22.00 Uhr

**Thema:** NN

**Treffpunkt:** 61239 Ober-Mörlen,  
Am Heiligen Berg 3

## DPV-Jubilare

### 35 Jahre Mitgliedschaft

Martin, Liane, *Frankfurt*

### 25 Jahre Mitgliedschaft

Schnabel, Bernhardt, *Hanau*

Wenner, Elisabeth, *Trebur*

Schönau, Maria, *München*

Schmitt, Marie-Luise, *Koblentz*

Thiele, Uwe, *Langenfeld*

### 20 Jahre Mitgliedschaft

Nunold, Martina, *Homburg*



**Herzlichen  
Glückwunsch!**

