

DEUTSCHER
PFLEGEVERBAND
(DPV) E.V.

In dieser Ausgabe:

- 1/ • Editorial
- 2 • Deutscher Pfl egetag 2015 in Berlin
- 3 • Pflegekammer Baden-Württemberg - Übergabe Unterschriften
 - Medikamentencocktails sind gefährlich
- 4 • Aufbereitung von Einmal-Blasenkathe tern ist „verantwortungslos“
- 5 • Urteil: Lebenslange Haft f. ehemaligen Krankenpfleger
 - Anspruch a. häusliche Krankenpflege auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- 6/ • Veranstaltungen
- 7 • Jubilare
- 8 • DPV ganz nah



Ausgabe 4

April 2015

Editorial

Keine Spur von Frühjahrsmüdigkeit!

Liebes Mitglied, liebe Interessierte,

der 2. Deutsche Pfl egetag liegt hinter uns. Mehr als 5000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten im Flughafen Tempelhof engagiert und zielorientiert die notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Pflege und für die Pflegenden. Die zahlreichen Veranstaltungen mit Updates zur Qualität und zu wissenschaftlichen Ergebnissen sowie die Mitwirkung von Politikern vermitteln den belegbaren Ansatz perspektivischer und systemorientierter Gemeinsamkeiten.

Erkenntnisse sind umfangreich vorhanden und scheinbar auch angekommen. Jetzt geht es um nachvollziehbare, politische Realisierungen, die auch vor Ort bei Ihnen, den Pflegenden, wirken.

Ich wünsche Ihnen ein frohes Osterfest!

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Rolf Höfert
Geschäftsführer



© Deutscher Pfl egetag

Deutscher Pfl egetag 2015 in Berlin

(Berlin) Die Pflege stärken heißt zu aller erst, die Menschen stärken, die pflegen.“

Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, sprach am 12. März auf dem 2. Deutschen Pfl egetag in Berlin.

In seiner Rede hob **Staatssekretär Lutz Stroppe** hervor, dass die Bundesregierung die Pflege zu einer Schwerpunktaufgabe gemacht hat: „Wir müssen jetzt das Notwendige tun, um die Pflege für den demografischen Wandel zukunftsfähig zu machen. Es geht dabei um bessere Rahmenbedingungen und eine Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe. Dafür setzen wir ein ganzes Bündel von Maßnahmen um. Unser Grundsatz dafür lautet: Die Pflege stärken heißt zu aller erst, die Menschen stärken, die pflegen.“

Neben Staatssekretär Stroppe nahm auch **Staatssekretär Karl-Josef Laumann**, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevoll-

mächtigter für Pflege, an dem Deutschen Pfl egetag 2015 teil.

Cockpit Pflege – Pflegeexperten wollen Herausforderungen der Zukunft gemeinsam angehen

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine der zentralen Fragen und eine der wich-



Martina Röder, Vors. DPV und Carsten Drude, Vors. der BLS beim Flashmob von AVAAZ mit Übergabe einer Petition mit 104.000 Zeichnungen an Staatssekretär Laumann

© DPV

tigsten gesellschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Die Bewältigung dieser Aufgabe angesichts der demografischen Entwicklung und des sich weiter verschärfenden Pflege-notstands wird die gesundheits- und sozialpolitische Zukunft Deutschlands nachhaltig prägen. Diese Aufgabe kann nur gemeinsam gelöst werden.

Vor diesem Hintergrund haben sich am Eröffnungstag des Deutschen Pfl egetages 2015 die pflegepolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Bundestagsfraktionen mit Spitzenvertretern der Veranstaltungspartner des Deutschen Pfl egetags 2015 zu einem „Cockpit Pflege“-Gespräch getroffen.

Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pfl egerats:

„Die Strukturen, unter denen die Pflege in den kommenden Jahrzehnten zu erbringen ist, werden sich gravierend verändern. Darauf müssen wir uns heute einstellen, bevor es zu spät ist. Entscheidend wird die Personalfrage sein. Es muss uns gelingen, die professionell Pflegenden endlich in den Mittelpunkt unserer Entscheidungen zu rücken. Denn wer, wenn nicht sie, erbringen heute und zukünftig die Leistungen der Pflege und Betreuung? Dazu brauchen wir starke Pflegekammern wie auch bessere Arbeitsbedingungen vor Ort.“

Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes:

„Beim Großprojekt Pflege müssen künftig alle mitziehen. Neben der Mobilisierung aller Ressourcen steht dabei vor allem die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Fokus. Wenn hier der Durchbruch gelingt, könnte das die Pflege enorm aufwerten und ihre Potentiale extra befördern. Und auch auf anderen Reformfeldern würde man besser vorankommen, zum Beispiel bei der Qualitätssicherung, Stichwort Pflege-TÜV, oder bei der Entbürokratisierung, Stichwort Pflegedokumentation.“

Erwin Rüdell, MdB (CDU/CSU):

„Seit Einführung der staatlichen Pflegeversicherung hat die Pflegepolitik noch nicht so viel Aufmerksamkeit erhalten wie in dieser Legislaturperiode. Wir haben den Pflegebedürftigen und ihren Familien sowie all jenen, die in der Pflege arbeiten, in unserem Koalitionsvertrag ein Versprechen gegeben. Dieses Versprechen lösen wir in dieser Legislaturperiode mit den beiden Pflegestärkungsgesetzen, einer Initiative zum Bürokratieabbau, der Berücksichtigung von pflegerrelevanten Themen in allen anderen Gesundheitsgesetzen und einer Neustrukturierung der Pflegeberufe konsequent ein.“

Mechthild Rawert, MdB (SPD):

„Pflege braucht gute Leistungen, braucht vor allem aber auch Beratung und gute Vernetzung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff fordert uns auch zu neuem Denken für den Sozialraum heraus.“

Elisabeth Scharfenberg, MdB (Bündnis 90/Die Grünen):

„Damit Pflegekräfte die steigenden Belastungen in der Kranken- wie in der Altenpflege weiterhin stemmen können, brauchen wir ein Personalbemessungsinstrument, das dem tatsächlichen Pflegeaufwand gerecht wird. Für die Vergütung dieses Aufwands muss ausreichend Geld zur Verfügung stehen, die Altenpflege muss ebenso gut bezahlt werden wie die Krankenpflege. Um den hohen qualitativen Anforderungen an die Pflege in einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden, darf nichts von den spezialisierten

Ausbildungsinhalten verloren gehen. Diese Gefahr ist in meinen Augen bei einer generalistischen Ausbildung, die derzeit noch mehr Fragen als Antworten bietet und die ich deshalb kritisch sehe, durchaus vorhanden.“

Pia Zimmermann, MdB (Die Linke):

„Es gibt zu wenig Personal. Die in der Pflege Beschäftigten arbeiten am Limit mit viel zu niedrigen Löhnen. Die Menschen mit Pflegebedarf bekommen keine ihren Bedürfnissen angemessene Pflege, insbesondere Menschen mit Demenz sind unterversorgt, weil der Pflegebegriff viel zu eng ist und ihren Bedarf gar nicht erfasst. Die Folgen der Unterfinanzierung der Pflege und eines noch immer viel zu engen Verständnisses von Pflege und Pflegebedürftigkeit sind bekannt, es fehlt aber am politischen Willen der Bundesregierung, eine grundsätzliche Neuausrichtung der pflegerischen Versorgung voranzutreiben - darüber können auch halbherzige Reformen nicht hinwegtäuschen.“

Deutscher Pflegepreis 2015 ging an Malu Dreyer



© Deutscher Pfl egetag

Für ihre Verdienste im Bereich Pflege erhielt Malu Dreyer, Ministerpräsidentin des Landes Rheinland-Pfalz, den diesjährigen Deutschen Pflegepreis. Die Auszeichnung wurde im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Pfl egetages 2015 am 12. März verliehen; die persönliche Preisübergabe an Malu Dreyer erfolgte am 13. März auf der Veranstaltung des AOK-Bundesverbandes für pflegende Angehörige und professionell Pflegenden.

„Es ist mir eine ganz besondere Ehre, Malu Dreyer mit dem Deutschen Pflegepreis 2015 auszuzeichnen“, sagte Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pfl egerats e.V. in Berlin. Dreyer habe sich als Sozialministerin des Landes Rheinland-Pfalz in besonderem Maße um die Pflege verdient gemacht. „Mit großem Einsatz hat sie sich in vielfacher Weise immer wieder für die Pflege und vor allem für die Berufsangehörigen der Pflege eingesetzt“, begründete Westerfellhaus die Auszeichnung.

In ihrer Arbeit als Sozialministerin des Landes Rheinland-Pfalz habe Dreyer Meilensteine gesetzt. Der berufspolitisch wichtigste Impuls sei sicherlich ihre wertvolle Initiative für die Gründung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz. Damit habe Malu Dreyer Pflegegeschichte geschrieben, betonte Westerfellhaus. Die jetzt in Gang gesetzte Gründung der ersten Pflegekammer in Deutschland zeige deutlich, dass Malu Dreyer es in besonderer Weise verstehe, unterschiedliche Meinungen auf ein gemeinsames Ziel auszurichten und auf den Weg mitzunehmen. „Mit dem Deutschen Pflegepreis 2015 würdigen wir eine anerkannte sozial- und pflegeorientierte Politikerin. Ich freue mich, ihr den Preis im Rahmen des Deutschen Pfl egetages 2015 in Berlin übergeben zu dürfen“, so Westerfellhaus abschließend.

Weitere Informationen zum Preis und zur Preisverleihung:

Seit 1999 verleiht der Deutsche Pfl egerat alle zwei Jahre den Deutschen Pflegepreis an verdiente Persönlichkeiten. Frühere Preisträger/-innen sind u. a. Prof. Dr. Ruth Schröck, die frühere Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer, die Robert-Bosch-Stiftung, Prof. Dr. Doris Schiemann und Prof. Dr. Frank Weidner.

Allein im Krankenhaus – 50.000 Pflegende fehlen – Der Deutsche Pflegeerrat startete Aktion

„In den deutschen Krankenhäusern fehlen 50.000 Pflegende“, mahnte Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegeerrats (DPR), im Rahmen des Deutschen Pflegetages an.

„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege arbeiten im Krankenhaus am Anschlag ihrer Belastungsfähigkeit. **Durch die gravierende personelle Unterbesetzung ist die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten nicht mehr zu jeder**



Zeit sicherzustellen“, kritisierte Westerfellhaus.

„Mit der Verteilung von 5.000 orange-blauen Buttons wollen wir auf die unerträgliche Situation von 50.000 in den Krankenhäusern fehlenden Pflegenden hinweisen und wachrütteln.“

Westerfellhaus: „Eine gute Pflege und Betreuung braucht gutes Personal, welches ausreichend zur Verfügung steht. **Gefordert zum Handeln ist die Politik, die die Tragweite der aktuellen Probleme der professionellen Pflege im Krankenhaus endlich anerkennen muss.**“

Der Deutsche Pflegetag 2016 findet am 10. bis 12. März 2016, Flughafen Berlin-Tempelhof, statt.

Sozialministerin Katrin Altpeter nahm Unterschriften des Landespflegerats zur Errichtung einer Pflegekammer entgegen

(Stuttgart) Sozialministerin Katrin Altpeter hat am 05.03.2015 im Sozialministerium eine Abordnung aus Vertreterinnen und Vertretern des Landespflegerats empfangen und eine Unterschriftensammlung für die Errichtung einer Pflegekammer in Baden-Württemberg entgegengenommen.

Die **Ministerin brachte** bei dem Treffen **zum Ausdruck, dass die Pflegeberufe im Land nach ihrer Ansicht dringend eine Selbstverwaltung bräuchten.** Sie werde deshalb selbst einen Beteiligungsprozess anstoßen, bei dem die Pflegekräfte und ihre Verbände und Organisationen Vorschläge unterbreiten sollen, wie dieses Ziel der Stärkung der Selbstverwaltung der Pflegeberufe am besten erreicht werden kann. Sie werde nun die Fraktionen des Landtags darüber unterrichten, dass sie diesen Prozess zur Stärkung der Selbstverwaltung der Pflegeberufe zügig auf den Weg bringen will.



© Sozialministerium Baden-Württemberg

V. l. n. r. M. Huber (Katholischer Pflegeverband), A. Kiefer (DBfK Südwest), E. Heyde (BeKD), I. Glockenstein (Bundesverband Pflege-management), Sozialministerin Katrin Altpeter und E. Olbricht (Katholischer Pflegeverband)

Ministerin Steffens: Medikamentencocktails sind gefährlich – Fünf Modellprojekte sorgen für mehr Sicherheit bei Arzneimitteltherapie

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen teilte mit:

(Düsseldorf) Rund 1,5 Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen – deutschlandweit rund sieben Millionen – nehmen laut Studien täglich fünf oder mehr Medikamente parallel ein. Die einzelnen Präparate werden häufig von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten verordnet oder frei hinzugekauft und sind nicht aufeinander abgestimmt. Bei solchen Medikamentencocktails ist die Gefahr unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen hoch. Die parallele Einnahme mehrerer Medikamente kann auch die Wirkung einzelner Präparate herabsetzen. In Nordrhein-Westfalen entwickelte und erprobte Projekte zeigen: Mit zum Teil einfachen Methoden kann die Sicherheit bei der Therapie mit Arzneimitteln deutlich verbessert werden.

„Fünf bundesweit wegweisende Projekte aus Nordrhein-Westfalen zeigen, wie die Arzneimitteltherapiesicherheit deutlich verbessert werden kann. Damit reagiert NRW auf die alarmierende Entwicklung, dass fast **jeder Zweite über 65 mindestens fünf Medikamente parallel** einnimmt“, erklärte Ministerin Barbara Steffens im Januar in Düsseldorf. „Die Einnahme solcher Medikamentencocktails ist gefährlich. Insbesondere dann, wenn eine



© MGEPA NRW

V.l.n.r.: H. Beckmann LG Barmer GEK NRW, Ministerin B. Steffens, Dr. W.-A. Dryden, Vors. Kassenärztl. Vereinigung, Westfalen-Lippe

Abstimmung fehlt. Deshalb brauchen wir wirksame Strategien, um solche Fehlentwicklungen künftig zu vermeiden“, so Steffens weiter.

Beispielhaft ist ein Projekt aus der Gesundheitsregion Siegerland der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, der Barmer GEK und dem Versorgungsnetz Siegen unter dem Titel

„Strukturiertes Arzneimittelmanagement“. 120 Versicherte der Barmer GEK, die älter als 65 Jahre sind und sechs Monate lang mindestens fünf Arzneimittelwirkstoffe erhalten haben, nehmen am Projekt teil. Ihre behandelnde Ärztin bzw. der Arzt erhält jedes Quartal Informationen zu allen – auch von anderen Ärztinnen und Ärzten verordneten – Medikamenten und berät die Patientinnen und Patienten zum Umgang damit. Ergebnis: Nach einem Jahr hat die Anzahl der eingenommenen Wirkstoffe abgenommen. Die Wirkstoffmenge ist um mehr als 17 Prozent gesunken und die Patientinnen und Patienten sind nach eigenen Angaben stärker motiviert, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. „In einer alternden Gesellschaft kommt der Multimorbidität eine zunehmende Bedeutung zu. Behandlung der Multimorbidität ist nicht die Summe des Möglichen. Die ärztliche Kunst liegt darin, sich auf das Nötige zu beschränken. Den Patienten soll durch die richtige Behandlung geholfen werden“, sagte Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL). „Patienten begrüßen die Beratungen auf Basis zusammengeführter Informationen. Sie wenden ihre Medikamente bewusster an. Sie schätzen die Beratung so, dass sie sich wünschen, später erneut eine derartige Beratung zu erhalten. Wir sehen uns durch die Resonanz und die Ergebnisse unseres Projektes bestätigt. Als KVWL setzen wir uns erfolgreich für die Patientensicherheit ein“, so Dryden weiter.

„Ein strukturiertes Arzneimittelmanagement, bei dem Haus- und Fachärzte wissen, welche Medikamente ein Patient erhält, trägt dazu bei, die Versorgung der Patienten erheblich zu verbessern. Die Ergebnisse aus der Gesundheitsregion Siegerland belegen, dass diese Form des Arzneimit-

telmanagements durchaus praktikabel und wirtschaftlich ist“, sagt Heiner Beckmann, Landesgeschäftsführer der Barmer GEK in Nordrhein-Westfalen.

Die vier weiteren Modellprojekte aus Nordrhein-Westfalen, die – sofern nicht von den Krankenkassen finanziert – mit insgesamt zwei Millionen Euro aus Mitteln von Land und EU gefördert werden:

Medikationsplan NRW

In einem Medikationsplan (Papierversion), den die Patientinnen und Patienten erhalten und zu jedem Besuch in einer Arztpraxis und Apotheke mitnehmen, werden alle aktuell eingenommenen Medikamente eingetragen. So können sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Apothekerinnen und Apotheker den Medikationsmix überprüfen. Eine elektronische Version ist in Vorbereitung. Das Projekt wird in der Region Düren erprobt. Geleitet wird es durch die Ärztekammern in NRW in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der Ärzteschaft. An der Umsetzung und Evaluierung beteiligt ist der Düren ansässige regionale Hersteller von Arztnformationssystemen Duria e.G. sowie die Hochschule Niederrhein.

Team eGK

In einer Datenbank nehmen die Apothekerinnen und Apotheker – wenn die Kundin bzw. der Kunde einverstanden ist – die Daten des Käufers und die erworbenen Medikamente auf. Bei jedem weiteren Kauf werden die Daten aktualisiert. Die Apothekerin bzw. der Apotheker kann auf diese Weise unmittelbar eine Risikoüberprüfung vornehmen. Die Daten sind in allen Apotheken verfügbar, die dem System angeschlossen sind. Testgebiet: Bochum-Watenscheid. Koordiniert wird das Projekt durch die Apothekerkammern NRW, den

Apothekerverband Nordrhein und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA).

Arzneimittelkonto NRW

In insgesamt 40 Praxen in einem Ärztenetz im Lennetal und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bonn findet die Testung einer arztpraxisübergreifenden AMTS-Prüfung mit derzeit mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten statt. Basis ist ein persönliches Arzneimittelkonto der Patientinnen und Patienten, zu dem sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten – auf Wunsch aber auch Angehörigen oder Pflegekräften – Zugriff gewähren können. Eine Risikoprüfung findet nicht nur bei der Verordnung in der Arztpraxis statt, sondern auch wenn Patientinnen und Patienten nicht verordnete selbst erworbene Präparate in das Konto eingeben. Das Arzneimittelkonto ist auch für die Patientinnen und Patienten jederzeit einsehbar.

Elektronische Behandlungsinformation eBI

Projekt der Knappschaft. Mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten stellt die eBI behandelnden Ärztinnen und Ärzten in kooperierenden Krankenhäusern einen Medikationsplan, eine Übersicht vergangener Krankenhausaufenthalte sowie eine Liste bestehender Begleiterkrankungen elektronisch zur Verfügung. Hierdurch wird die Gesamtmedikation transparent und leicht überprüfbar.

Ministerin Steffens: „Ziel muss sein, die Ergebnisse der Projekte für alle Beteiligten sektorübergreifend nutzbar zu machen. Flächendeckende Arzneimitteltherapiesicherheit kann nur erreicht werden, wenn wir alle Ressourcen nutzen. Eine gemeinsame Plattform ist erstrebenswert.“

Nähere Info: mgepa.nrw.de

Aufbereitung von Einmal-Blasenkathetern ist «verantwortungslos»

Neues Gutachten zur Aufbereitung von Einmal-Medizinprodukten

(Berlin) Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) lehnt aus Sicht der Patientensicherheit Pläne ab, die Aufbereitung von medizinischen Einmalprodukten zu fördern. So sieht der Vorschlag des Europäischen Parlaments zur neuen europäischen Medizinprodukteverordnung vor, alle bisherigen Einmal-Medizinprodukte grundsätzlich als aufbereitbar zu betrachten, sofern sie nicht von der EU-Kommission als nicht-aufbereitbare Einmalprodukte gelistet sind. In einem nun vorgelegten Gutachten im Auftrag des BVMed nennt der Sachverständige Dr. Hans Haindl die Aufbereitung von Einmal-Blasenkathetern „verantwortungslos“.

Der Sachverständige für Medizintechnik Dr. Hans Haindl kommt in dem Gutachten „Intermittierende Blasendrainage – single-use versus re-use“ zu dem Ergebnis, dass es keinen Nachweis für die Unbedenklichkeit aufbereiteter Blasenkatheter gebe. Man wisse „trotz zahlreicher vorliegender Studien und Metaanalysen (...) wenig über den Einfluss der Aufbereitung von Einmal-Blasenkathetern auf die Infektionsrate und andere Komplikationen des Patienten“. Einige Studien würden über eine signifikante Verringerung der Rate der Harnwegsinfektionen berichten, wenn hy-



© Coloplast

drophile oder Gleitmittel-beschichtete Einmalkatheter verwendet werden. Keine der Studien befasste sich mit der Methodik der Aufbereitung der

Katheter. Haindl: „Es liegt eine bemerkenswerte Leichtfertigkeit darin, eine Methode zu empfehlen, die überhaupt nicht exakt beschrieben ist.“

Eine Aufbereitung bedeutet nach dem Gutachten „die Inkaufnahme einer höheren Rate von Harnwegsinfektionen. Diese Harnwegsinfektionen wiederum verursachen nicht unerhebliche Kosten, Morbidität und, nicht zu vergessen, Mortalität.“

Zum Hintergrund: Die intermittierende Selbstkatheterisierung (ISK) der Blase ist bei Blasenfunktionsstörungen in Folge bestimmter Erkrankungen das Mittel der Wahl. In den meisten

Ländern mit hochentwickelten Gesundheitssystemen werden hierzu Einmalkatheter verwendet, die dem Patienten die Selbstkatheterisierung unter weitgehend aseptischen Bedingungen erleichtern. Diese Katheter sind steril verpackt in einer Verpackung, aus der heraus sie direkt eingeführt werden können. Zur Verbesserung der Gleitfähigkeit sind sie entweder beschichtet, so dass sie unter Zugabe von Wasser gleitfähig werden, oder es ist in der Verpackung ein Gleitmitteldepot, durch das die Katheter vor dem Einführen automatisch mit Gleitmittel beschichtet werden („Ready-to-use-Technik“).

Das Gutachten kann unter www.bvmed.de/isk-gutachten heruntergeladen werden.

Lebenslange Haft für ehemaligen Krankenpfleger

Am 26.02.2015 wurde ein früherer Krankenpfleger vom Landgericht Oldenburg wegen 2-fachen Mordes, 2-fachen Mordversuchs in Tateinheit mit Körperverletzung sowie gefährlicher Körperverletzung in einem weiteren Fall verurteilt. Das Gericht stellte hierbei eine besondere Schwere der Schuld fest, so dass eine Entlassung nach 15 Jahren Haft ausgeschlossen ist. Darüber hinaus wurde ein Berufsverbot gegen den 38-jährigen verhängt.

Die Ermittlungen und der Prozess hatten in dem vergangenen Jahr für umfängliche Aufmerksamkeit gesorgt.

Nach diesem Urteil laufen nun Ermittlungen zu weiteren ungeklärten Fällen an

drei früheren Arbeitsstätten des Verurteilten. Seine Taten beging er an Intensivpatienten durch Verabreichung einer Überdosis von Gilurymal und fiel anschließend jeweils durch ein besonders Engagement in der Reanimation auf.

Eine Sonderkommission der Polizei ermittelt in mehr als zig weiteren Todesfällen an den früheren Arbeitsstätten des Pflegers. Im März sollte mit der Exhumierung von 8 Leichen begonnen werden.

Dieses ist seit 2006 die dritte Verurteilung eines Serientäters in der Pflege. 2006 wurde ein Krankenpfleger aus Sonthofen zu lebenslanger Haft verurteilt, weil er 28 hochbetagte und zum Teil schwerkranke

Patienten mit einem giftigen Medikamentencocktail getötet haben soll.

2006 starben 9 Frauen in einem Altenheim bei Bonn durch Erstickten. Eine 27-jährige Pflegerin, wurde zu lebenslanger Haft verurteilt.

Im Kontext solcher Fälle durch schwarze Schafe gilt es unbedingt Auffälligkeiten mit Gefahr im Verzug, im Team und mit der betroffenen Pflegeperson zu kommunizieren.



Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

(Kassel) Das Bundessozialgericht (BSG) hatte zu entscheiden, ob und unter welchen Voraussetzungen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ein Anspruch auf Versorgung mit häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkasse besteht.

In zwei Verfahren macht der klagende örtliche Sozialhilfeträger gegenüber der beklagten Krankenkasse einen Erstattungsanspruch für Zahlungen geltend, die er für die Erbringung häuslicher Krankenpflege durch einen Pflegedienst aufgewandt hat. Die Versicherten lebten jeweils in einer von der Beigeladenen betriebenen stationären Einrichtung zur sozialpädagogisch betreuten Unterbringung wohnungsloser Männer in Hamburg.

In dem Verfahren B 3 KR 10/14 R kam der Kläger für den unter anderem an HIV, Hepatitis C, substituierter Drogenabhängigkeit und Enzephalitis mit Wesensveränderung leidenden Versicherten im Rahmen der Eingliederungshilfe nach den §§ 53, 54 SGB XII für die Kosten der Unterbringung in der Einrichtung auf. Zur Sicherstellung der Einnahme von Medikamenten verordnete der behandelnde Arzt ihm im oben genannten Zeitraum häusliche Krankenpflege.

In dem Verfahren B 3 KR 11/14 R trug der Kläger die Kosten der Unterbringung im Rahmen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII. Der

unter mehreren chronischen Krankheiten (Herzrhythmusstörungen, Geschwür am Außenknöchel des rechten Fußes, Gastritis) leidende Versicherte erhielt ebenfalls während seines Aufenthaltes in der Einrichtung aufgrund vertragsärztlicher Verordnung häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ambulanten ärztlichen Behandlung durch einen Krankenpflegedienst. Diese umfasste das Herrichten und Verabreichen von Medikamenten und zeitweise daneben auch die Messung des Blutdrucks, das Setzen von Injektionen und Verbandwechsel. Die Beklagte lehnte die Gewährung der Leistung gegenüber dem Versicherten jeweils ab.

Die Erstattungsklage des Sozialhilfeträgers war vor dem Sozialgericht und dem Landessozialgericht jeweils erfolgreich, weil die Krankenkasse zur Gewährung häuslicher Krankenpflege vorrangig verpflichtet sei. Nur wenn nach den gesetzlichen Bestimmungen die Einrichtung bereits die Behandlungspflege schulde, bestehe kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen die Krankenkasse. Die Einrichtung, in der sich die Versicherten aufgehalten hätten, sei nicht zur Erbringung von Behandlungspflege verpflichtet.

Die Revision der Krankenkasse hatte im Verfahren B 3 KR 10/14 R vor dem BSG Erfolg; im Verfahren B 3 KR 11/14 R hatte die Revision für den Zeitraum Erfolg, in welchem für den Versi-

cherten häusliche Krankenpflege lediglich zum Herrichten und Verabreichen von Medikamenten verordnet war. Für den übrigen Zeitraum war der Rechtsstreit zurückzuverweisen, weil die Rechnungen des Pflegedienstes nicht hinreichend nach den einzelnen Verrichtungen aufgeschlüsselt sind.

Nach Auffassung des BSG im vorliegenden Fall müssen Krankenkassen häusliche Krankenpflege auch in Heimen für obdachlose Männer gewähren, die als Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII betrieben werden. Solche Heime könnten „sonst geeignete Orte“ i.S.d. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V sein; Personen die sich dort aufhalten, sollten nicht schlechter stehen als Menschen, die in ihrem eigenen Haushalt leben. Die Leistungspflicht der Krankenkasse setze ein, wenn und soweit die Einrichtung nicht selbst verpflichtet ist, die Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zu gewähren, auf die die Betroffenen in der Einrichtung konkret angewiesen sind.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe seien nach den gesetzlichen Bestimmungen grundsätzlich nur soweit verpflichtet, medizinische Behandlungspflege zu erbringen, wie sie dazu aufgrund der von ihnen vorzuhaltenden sächlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind. Die medizinische Behandlungspflege sei vorrangig Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Träger der Sozialhilfe habe daher grundsätzlich nicht durch entsprechende Verträge dafür Sorge zu tragen, dass diese Leistung durch Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht wird. Allerdings seien einfachste Maßnahmen der Krankenpflege, für die es keiner besonderen Sachkunde oder Fertigkeiten bedarf, in der Regel untrennbar mit der Gewährung von Eingliederungshilfe durch den Sozialhilfeträger in einer stationären Einrichtung verbunden, weil sie zu den Hilfen bei der Führung eines gesunden Lebens gehören, zu dem der Aufenthalt in der Einrichtung den Betroffenen befähigen soll. In der Regel – so auch in den hier

entschiedenen Fällen – gehöre die Hilfe zur Gesundheitsvorsorge in diesem elementaren Sinne zum Leistungsangebot der Einrichtung, wie es in den Verträgen nach § 75 Abs. 3 SGB XII näher beschrieben wird. Deshalb seien diese einfachsten Maßnahmen der Krankenpflege, die für Versicherte, die in einem Haushalt leben, von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen erbracht werden können, regelmäßig von der Einrichtung selbst zu erfüllen. Weitergehende medizinische Behandlungspflege schulde eine Einrichtung nur, wenn sich dies aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenprofil unter Berücksichtigung des Bewohnerzielgruppe und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt.

Eine Einrichtung, die nach ihrem Profil ein niederschwelliges Leistungsangebot für obdachlose Menschen vorhält und diesen Hilfen bei Störungen in körperlichen, psychischen und sozialen Bereichen gewähren will, müsse in der Lage sein, die von ihr aufgenommenen Menschen auch mit der erforderlichen Hilfestellung bei den notwendigen gesundheitlichen Maßnahmen zu versorgen, wie das im Vertrag der hier betroffenen Einrichtung der Beigeladenen ausdrücklich formuliert ist. Das Bereitstellen von Medikamenten und die Hilfe bei deren regelmäßiger Einnahme sowie die Blutdruckmessungen seien danach als einfachste Maßnahmen medizinischer Behandlungspflege typischerweise von der Einrichtung zu erbringen; ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen die Krankenkasse bestehe daher nicht. Der Wechsel von Wundverbänden und die Verabreichung von Injektionen werde hingegen von einer Einrichtung der Eingliederungshilfe, die ausschließlich mit Fachpersonal aus den Bereichen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Pädagogik arbeitet, nicht geschuldet. Für die Versorgung mit diesen Leistungen sei daher von der Krankenkasse häusliche Krankenpflege zu gewähren.

Quelle: www.juris.de

**Bei Teilnahme an der Veranstaltung erhalten Sie 6 Punkte
im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden pro Tag**

Interprofessioneller Gesundheitskongress

17. und 18. April 2015 | Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Viele Professionen – ein Patient

zukunft**lebensräume**

Bauen, Wohnen und Gesundheit im Wandel

Fachmesse und Kongress am 29. + 30.4.2015 in Frankfurt am Main, Kap Europa
Erstmals gemeinsam mit dem 8. AAL-Kongress des VDE
„LebensTräume erfordern LebensRäume“

letztes Jahr ging die Kongressmesse Zukunft Lebensräume erfolgreich an den Start. Auch 2015 werden zukunftsorientierte Versorgungs- und Begleitstrukturen für Menschen mit den unterschiedlichsten persönlichen Bedarfen und Ressourcen vorgestellt.

Was bedeuten die aktuellen Entwicklungen für Ihre Einrichtung?
 Welche Lösungen werden in der Praxis bereits eingesetzt?
 Was sind die zukünftigen Produkte, Services und Projekte?
 Wo liegen die Chancen für Ihr Unternehmen in diesem Markt?

All diese Fragen werden Sie beantworten können. Nutzen Sie die Fachmesse als Plattform für den branchenübergreifenden Dialog.

Seien Sie dabei, knüpfen Sie interessante Kontakte, erweitern Sie Ihr Netzwerk. Sprechen Sie direkt mit den Verantwortlichen aus den Bereichen oder nutzen Sie als Aussteller die Möglichkeit Ihre Produkte/Dienstleistungen einem breiten Fachpublikum zu präsentieren.

Auch beim Kongress erwarten Sie spannende Zukunftsthemen:

- Pflegekonzepte der Zukunft und Home Care
- Quartiersentwicklung und innovative Wohnformen
- Innovationen in der Krankenhausgestaltung
- Barrierefrei Bauen und Sanieren
- Finanzierung
- AAL Ambient Assisted Living

Die Besucher der Zukunft Lebensräume sind Vertreter aus der Wohnungswirtschaft, Investoren, Architekten, Pflegeheimbetreiber, Geschäftsführer ambulanter Pflegedienste sowie Entscheider und Leiter aus der Gesundheits- und Pflegewirtschaft.

Wir sind Partner der Zukunft Lebensräume und werden mit einem Stand vor Ort sein. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

zukunft**lebensräume**

Bauen, Wohnen und Gesundheit im Wandel

Fachmesse und Kongress
 29. + 30.4.2015
 Frankfurt am Main, Kap Europa
www.zukunft-lebensraeume.de



Erstmals gemeinsam mit dem 8. AAL-Kongress
www.aal-kongress.de

- Wohn-, Lebens- und Pflegekonzepte
- Intelligente Gebäudetechnik
- Pflegedienstleistungen und Telemedizin
- Barrierefreies Bauen und Sanieren

Nutzen Sie die **gemeinsame Plattform** der Bau-, Wohnungs- und Gesundheitswirtschaft für Diskussion, Erfahrungsaustausch und innovative Lösungsansätze!



Contentpartner:



VDE

Kooperationspartner:



messe frankfurt

DPV-Jubilare

45 Jahre Mitgliedschaft

Schmidt, Heike, Borod

40 Jahre Mitgliedschaft

Brick, Ursula, Radolfzell

30 Jahre Mitgliedschaft

Brumm, Ulrike, Weilmünster
 Hilfenhaus, Dorothea, Freigericht
 Pfeiffer-Brill, Sabine, Berkatal

25 Jahre Mitgliedschaft

Baumann, Sabine, Wetzlar
 Becker, Annette, Rodgau
 Duhr, Petra, Boppard
 Fojkar, Raymond, Mannheim
 Hayo, Harald, Eppelborn
 Heinzlmann, Elke, Wehrheim
 Perner, Marion, Mainhausen
 Unterhalt, Friedhelm, Paderborn
 Wörsdorfer, Thomas, Gailingen
 Zulak, Hildegard, Bad Neuenahr-Ahrweiler

20 Jahre Mitgliedschaft

Barth, Peter, Neunkirchen
 Brand-Winzer, Brigitte, Neuss
 Hammer, Astrid, Sprendlingen
 Heusing, Sylvia, Schwandorf
 Neumann, Karen, Frankfurt
 Stienen, Birgit, Kerken
 Schmeer, Wolfgang,
 Gross-Umstadt
 Wagner, Edeltraud,
 Höhrfroschen



© dpv

Wir bedanken uns für Ihre Treue!

