

DEUTSCHER  
PFLEGEVERBAND  
(DPV) E.V.

Ausgabe 8

August 2007

## Editorial

### Ein bewegter Sommer?

Liebes Mitglied,

der erste Sommermonat signalisierte Impulse der Wärme für die Pflege in Deutschland.

Auch wenn die Berichterstattungen über den Mordprozess in Berlin kalte Schauer aufkommen ließen, so gibt es positive Entwicklungen im politischen Raum.

Hierzu gehört insbesondere das Gutachten des Sachverständigenrates vom 03.07.07 zum Thema: „Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsver-

sorgung“. Wesentlich ist hierbei die Empfehlung neuer Kompetenzen für die Pflege. Erfreulich ist auch die Entscheidung der Gesundheitsministerkonferenz vom 05.07.07 zur Einrichtung eines elektronischen Gesundheitsberuferegisters (eGBR) in Deutschland als ein wesentlicher Etappensieg für die Pflege zur Beteiligung am System der elektronischen Gesundheitskarte.

Die vorliegenden Eckpunkte zur Pflegereform zeigen bezüglich der eigentlich notwendigen Veränderungen sicherlich Ecken und Kanten, so hoffen wir, dass im Rahmen des parlamenta-

rischen Verfahrens die Nöte in der pflegerischen Versorgung und die Sachargumente der Pflege wahrgenommen werden.

Dazwischen liegt das spekulationsfreudige politische Sommerloch.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer.

Mit herzlichen Grüßen aus dem Agnes Karll Haus

Rolf Höfert  
Geschäftsführer

## Die Pflegereform soll kommen

**D**er Koalitionsausschuss einigte sich am 18.06.07 im Kanzleramt in nächtlicher Stunde auf Eckpunkte für eine Reform der Pflegeversicherung.

Für die „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ wird der Pflegebeitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent erhöht. Er wird paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen.

Da im Gegenzug der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung sinkt, steigen die Lohnnebenkosten nicht.

### „Wegweisendes Konzept“

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sprach nach dem Treffen der Spitzen von CDU und SPD von „sehr

guten Nachrichten“. „Ich halte dieses Konzept für wegweisend“, sagte sie. Es gebe eine gute Chance, von teils menschenunwürdigen Zuständen zu einer humaneren Pflege zu kommen.

Die Leistungsätze würden erstmals seit über zehn Jahren angepasst und altersverwirrte, psychisch kranke und geistig behinderter Menschen besser versorgt. Darüber hinaus würden die Abläufe gestrafft und entbürokratisiert. Die Familien erhalten mehr Unterstützung bei der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger im Alltag.



### Möglicher Fahrplan für den parlamentarischen Weg:

- September Anhörung der Verbände zum Referentenentwurf
- Oktober Kabinettsentscheidung
- 1. Gesetzesdurchgang Bundesrat
- Gesetzgebungsverfahren Bundestag bis voraussichtlich Frühjahr 2008

### In dieser Ausgabe:

- 1 \_ Editorial
- 1/2 \_ Pflegereform
- 2/3 \_ Sachverständigen-gutachten
- 4 \_ Hauptstadt-kongress
- 5/6 \_ Lebenslänglich für Krankenschwester
- 6/7 \_ Veranstaltungen
- 8 \_ Service-Points

## Kernpunkte der Pflegereform sind:

**Die ambulante Versorgung wird gestärkt.** Die Angebote für Pflegebedürftige sollen wohnortnah besser aufeinander abgestimmt und vernetzt werden. Es werden Pflegestützpunkte in jedem Stadtviertel aufgebaut. So genannte Fallmanager kümmern sich gezielt um die Unterstützung des Einzelnen. Gefördert werden betreute Wohnformen und Wohngemeinschaften, wo Pflegebedürftige zusammenleben.

Die Qualität der Pflege wird durch ein **besseres Pflege-management** verbessert.

Die **finanziellen Leistungen** der Pflegeversicherung werden erhöht. Bis 2012 werden die **ambulanten Sachleistungsbeträge** stufenweise spürbar angehoben: Pflegestufe I von jetzt 384 Euro auf 450 Euro, in Pflegestufe II von 921 Euro auf 1.100 Euro und in Pflegestufe III von 1.432 auf 1.550 Euro.

Angehoben wird auch das **Pflegegeld** in allen Pflegestufen. Die **stationären Sachleistungsbeträge** der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert. Die Stufe II und Stufe II in Härtefällen werden bis 2012 ebenfalls stufenweise angehoben.

Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, das heißt **Demenzkranke und Behinderte**, wird auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben. Der Anspruch auf **Tagespflege** wird ausgebaut.

Darüber hinaus sollen künftig die **Leistungen** der Pflegeversicherung in einem dreijährigen Rhythmus **dynamisiert** werden.

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Angehörige pflegen, wird eine sechsmonatige unbezahlte Freistellung von

der Arbeit (**Pflegezeit**) mit anschließender Rückkehrmöglichkeit eingeführt. Die bereits heute existierende soziale Absicherung bei der Rente wird für die Freigestellten auch durch Kranken- und Pflegeversicherungsschutz ausgebaut. Daneben ist auch an kürzer dauernde Freistellungen für Pflegenden gedacht.

Verbessert werden weiterhin die **Prävention und Rehabilitation** in der Pflege.

**Bürgerschaftliches Engagement** in der Pflege soll unterstützt werden. Hier sollen engagierte Bürgerinnen und Bürger künftig besser in vernetzte Versorgungsangebote eingebunden und eine Schulung durch die Pflegekassen bekommen können. Das betrifft zum Beispiel Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene wie Betreuungsgruppen für Demenzkranke.

Schließlich soll die **Bürokratie** im Bereich der Pflege zurückgedrängt werden. Das gibt Pflegekräften mehr Zeit, sich besser um die Pflegebedürftigen zu kümmern. Zugleich wird mehr Wirtschaftlichkeit im Pflegebereich gefördert.

Der DPV hat an den Forderungen des Deutschen Pflegeverbandes zu einer grundlegenden Reform des SGB XI mitgewirkt. Diese sind unter [www.deutscher-pflegeverband.de](http://www.deutscher-pflegeverband.de) herunterzuladen.

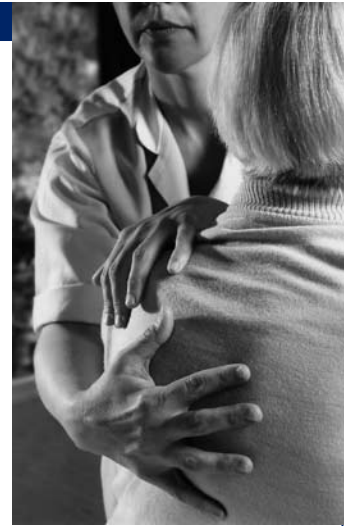


Foto: BGW

## Sachverständigen Gutachten

**G**utachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007

„Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“

Am 03.07.07 wurde vom Sachverständigenrat das Gutachten an die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, in Berlin übergeben. Das Gutachten zeigt umfassende und aufeinander abgestimmte Konzepte für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung im Sinne der Kooperation und Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen.

Die Ziele setzen darauf, in Form adaptiver Reformvorschläge zum Abbau vorhandener Defizite beizutragen:

- Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung
  - Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven
  - Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung
  - Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung
  - Primärprävention in vulnerablen Gruppen
- Zur Neustrukturierung der Zusammenarbeit stellt der Rat fest:

Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe entspricht nicht den Veränderungen im Morbiditätsspektrum oder den neuen strukturellen Anforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgung. Sie ist durch Rechtsunsicherheit, mangelnde interpro-

fessionelle Standardisierung, nicht immer eine effiziente Arztzentriertheit und Ausbildungsmängel gekennzeichnet. Die Empfehlungen des Rates orientieren sich an neuen Konzepten der Teamarbeit und können nur bei einem grundsätzlichen Umdenken aller Heilberufe gelingen.

Der Rat empfiehlt u.a.:

- Eine Modelklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe.
- Die Übertragung von Tätigkeiten, die das Versorgungssystem bisher unzureichend abdeckt, auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, z.B. im Bereich der Prävention.
- Eine größere Handlungsautonomie der nicht-ärztlichen Berufe, z.B. die Verordnung von Pflegebedarfsartikeln durch die Pflege.
- Poolkompetenzen für Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen ausgeführt werden können.
- Die Profilierung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe als kommende Aufgabe der Medizinischen Fakultäten.

Zur Pflegeprofession heißt es in dem Gutachten „eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben, insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu um-



Foto: Hinkelbein, Ärztszeitung

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt nimmt Gutachten von Eberhard Wille, Ratsvorsitzender, entgegen.

gehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll“.

„In Zukunft sollte die Pflege eigenständig erst den pflegerischen Bedarf einschätzen, Verantwortung für die Durchführung der Pflege tragen und die Überprüfung der Resultate der pfle-

gerischen Versorgung übernehmen. Die Verordnungsfähigkeit der Pflegebedarfsartikel soll in die Hand der Pflege gelegt werden. Die Pflege besitzt heute nicht die Möglichkeit für den Nachschub oder die Initiierung einer Ausstattung mit Pflegehilfsmittel selbstständig zu sorgen“.

## Weiterer Auszug aus dem Gutachten:

Zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung empfiehlt der Rat die Einführung von Berufsausweisen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Auf solch einem Ausweis ließe sich die Berechtigung zur Ausübung bestimmter Tätigkeiten festhalten und Information zur materiellen und formellen Qualifikation speichern. Im Zusammenhang mit der Einführung des Heilberufsausweises in Deutschland bietet sich hier eine Möglichkeit. Zugleich legitimiert der Heilberufsausweis die Gesundheitsberufe auf die elektronische Patientendaten zuzugreifen, was für alle an der Patientenversorgung beteiligten Gesundheitsberufe relevant ist. Somit ist der Heilberufsausweis eine moderne Form der Zulassung, Registrierung und des Informationszugriffs und ist ein Schritt zur Etablierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe als autonomer Dienstleistungsberuf mit anerkannten Kompetenzen und geregelter Selbstkontrolle.

Das 105 Seiten umfassende Gutachten ist im Internet unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) veröffentlicht.

## Pressemitteilung zum Sachverständigen Gutachten

Die zukunftsorientierten Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Kooperation, Verantwortung und zielorientierten Gesundheitsversorgung vom 03.07.07 setzen ein wichtiges Signal zur Realisierung einer integrierten, qualitätsorientierten und ökonomischen Versorgung.

Insbesondere die Neuordnung der Kompetenzen zwischen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben bestätigen die Forderung des DPV seit Jahren.

Hierzu gibt es inzwischen ausreichend Konzepte. Der Pflegeberuf hat sich in den vergangenen 20 Jahren aufgrund der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse für die kommenden Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegewesen qualifiziert.

Diese Offensive des Sachverständigenrates könnte einen Impuls setzen unter dem Motto „Heraus aus dem Jammertal – Gemeinsam auf Augenhöhe“.

Der DPV sieht sich bestätigt in der Feststellung dass die Pflegeberufe einen Heilberufsausweis bekommen müssen, um am System der elektronischen Gesundheitskarte informativ und operativ im Interesse der Versorgungsqualität des Patienten beteiligt zu sein.

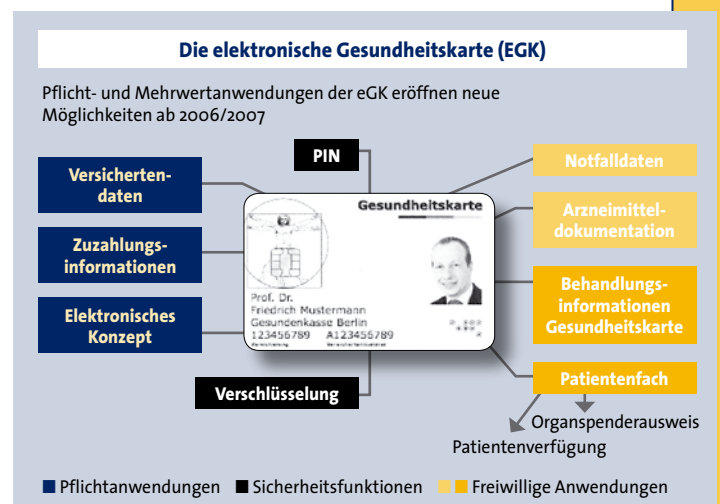
Die vom Sachverständigenrat erhobene Feststellung, dass Pflege Verordnungskompetenz, insbesondere für Pflegebedarf und Pflegehilfsmittel erhalten müsse, wird administrativ und ökonomisch zur Entspannung der Versorgung des Patienten beitragen.

Rolf Höfert, Neuwied, 04.07.2007

## 80. Gesundheitministerkonferenz (GMK) vom 04. bi 05.07.07 in Ulm beschließt einstimmig die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und elektronischen Heilberufsausweis

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder sprachen sich einstimmig dafür aus, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte deutlich zu forcieren. Sie appellieren an alle Beteiligten, die weiteren Schritte bis zur flächendeckenden Einführung beschleunigt und konstruktiv voranzutreiben, um dieses technologische Leuchtturmprojekt in Deutschland raschestmöglich zu verwirklichen.

Sie unterstützen die Bundesregierung weiterhin nachhaltig bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und sagen die Fortsetzung der engen Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene und mit der Gesellschaft für Telematikanwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (gematik) zu. Sie gehen davon aus, dass sich sowohl die Anforderungen der Leistungserbringer, insbesondere der Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und sonstigen Gesundheitsberufe, als auch der Kostenträger an die Einführung der Gesundheitskarte und der Telematikinfrastuktur vor allem am künftigen Nutzen für den Patienten und das Gesundheitswesen orientieren und stufenweise verwirklicht werden können. Besonderes Augenmerk sei dabei auf den Schutz der Patientendaten, die Akzeptanz der Gesundheitskarte in der Bevölkerung und bei den Beteiligten sowie auf langfristige Nutzen- und Kostenanalysen zu legen.



Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder betonten dass die Testmaßnahmen in den Ländern der Schlüssel für die weitere Entwicklung des Einsatzes der Gesundheitskarte, der elektronischen Heilberufsausweise und für den Aufbau der Telematikinfrastuktur sind.

## Pflegeverbände werben für Berufsregister



Amerikanischer Besuch am Stand des Deutschen Pflegerates V.I.n.r.  
 Marie-Luise Müller, Präsidentin DPR  
 Uwe Beloch, Vorstand BA  
 Mary McGeeom (Deputy Assistant Secretary for Health (Policy) U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC  
 Sabine Pfeffer, DGF  
 Michaela Picker, Stell. Vorsitzende BA  
 Rolf Höfert, Geschäftsführer DPV  
 Klaus Notz, Vorsitzender DGF

**B**erlin, THHO, Berufsverbände der Pflege haben auf dem diesjährigen **Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2007** für die Einrichtung eines „Nationalen Berufsregisters“ geworben. Ein solches Register könne wichtige Informationen zu Quantität, Qualität sowie zur Altersstruktur in den Pflegeberufen liefern und zugleich als Ausgabestelle für einen Heilberufeausweis (HBA) fungieren, hieß es.

HBA dienen Angehörigen von Gesundheitsberufen gewissermaßen als „digitale Schlüssel“ zu einem telemedizinisch vernetzten Gesundheitswesen. Äußerlich gleicht der HBA einem Sichtausweis im Scheckkartenformat.

Technisch funktionieren die Ausweise wie Chipkarten. Diese ermöglichen ihren Besitzern den Zugriff auf die elektronische Gesundheitskarte (eCard) des Patienten. Bislang ist jedoch unklar, wie und vor

allem wer den HBA an die „nicht-verkammerten“ Gesundheitsberufe – darunter die rund 1,2 Mio. Pflegefachkräfte – ausgeben soll. Pflegeverbände wie der Deutsche Pflegerverband plädieren daher für die Schaffung eines zentralen „Nationalen Berufsregisters“. DPV-Geschäftsführer Rolf Höfert wies darauf hin, dass mit Schaffung eines Nationalen Berufsregisters zugleich wichtige Daten über die Struktur von Pflege gewonnen werden könnten. Solche Informationen fehlten in Deutschland. „Wir haben bislang keine verlässlichen Daten über Qualität, Quantität und Altersstruktur von Pflegenden in Deutschland“, sagte Höfert.

Am diesjährigen Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit nahmen etwa 6.900 Fachbesucher aus ganz Deutschland teil. „Das waren so viele wie nie zuvor in den

vergangenen zehn Jahren“, sagte Kongresspräsident, Berlins früherer Gesundheitsminister Ulf Fink. Allein die Eröffnungsveranstaltung sei mit über 1.600 Teilnehmern komplett ausgebucht gewesen. Den Deutschen Pflegekongress 2007 besuchten 1.700 (plus 12 %) und das Deutsche Ärzteforum 2007 rund 1.100 (plus 10 %). Am Managementkongress Krankenhaus Klinik Rehabilitation 2007 nahmen 1.850 (plus 12 % im Vergleich zu 2006) teil. Erstmals wurde beim Hauptstadtkongress auch eine eigene Fortbildungsstrecke für Physiotherapeuten geboten.

Die weitere Steigerung der Besucherzahlen im Vergleich zu den Vorjahren führen die Veranstalter auf den Umstand zurück, dass in diesem Jahr das Angebot an Workshops und anderen Veranstaltungen außerhalb der Fachkongresse deutlich erweitert werden konnte. Besonders attraktiv waren Ausstellungsangebote im Rahmen der Präsentation der Gesundheitsregionen. Insgesamt besuchten rund 2.000 Menschen das dreitägige Ausstellungsforum sowie die parallel stattfindenden Lounges, Workshops, das Ethische Café und die vielen weiteren Präsentationen. Insgesamt waren 300 Tages- und Fachjournalisten akkreditiert.

Der nächste und dann 11. Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit findet vom 4. bis 6. Juni 2008 statt. Informationen & Anmeldung unter [www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

## Lebenslänglich für Charite Schwester

**W**egen fünffachen Mordes an Patienten der Charité hat das Landgericht Berlin die Krankenschwester Irene B. am 29.06.07 zu einer lebenslangen Haftstrafe verurteilt.

Die Richter sahen es als erwiesen an, dass die heute 55-jährige, aus niederen Beweggründen und Heimtücke, auf der kardiologischen Intensivstation des Universitätsklinikums von 2005 bis 2006 fünf schwer kranke Menschen, die zwischen 48 und 77 Jahre alt

waren, mit zu hoch dosierten Medikamenten getötet hat.

Dem Antrag der Staatsanwaltschaft, die besondere Schwere der Schuld festzustellen und damit eine Entlassung der Frau nach 15 Jahren auszuschließen, folgte das Gericht nicht. Von den Vorwürfen eines weiteren Mordes sowie zweier Mordversuche wurde die Angeklagte freigesprochen.

Mit dem Urteil folgten die Richter in weiten Teilen der

Forderung der Staatsanwaltschaft. Die Krankenschwester habe sich „gottgleich als Herrscherin über Leben und Tod aufgespielt“, hatte es im Plädoyer der Anklagebehörde geheißen.

Im Prozess hatte die Angeklagte angegeben, sie habe zum Wohl der Patienten gehandelt. Ihre Verteidiger hatten auf eine Verurteilung wegen Totschlags in vier eingestandenen Fällen plädiert.

## Interview, 29.06.2007 Inforadio

### Aus der Hauptstadt für Berlin und Brandenburg

#### Ein tragischer Einzelfall?

**Rolf Höfert, Geschäftsführer des Deutschen Pflegeverbandes und Experte für Pflegegerecht, im Gespräch über die Ursachen von Patiententoden mit Birgit Karnath.**

#### Das Interview im Wortlaut:

**Karnath:** Muss man eigentlich davon ausgehen, dass das was bekannt wird eigentlich nur die Spitze eines Eisbergs ist?

**Höfert:** Davon ist sicherlich auszugehen. In Deutschland ist auch zum Beispiel die Obduktionshäufigkeit Schlusslicht Europas. Und viele Todesursachen werden ausgestellt mit natürlicher Todesursache. Hier drängt ja auch die Bundesärztekammer im Sinne der Sicherheit und Aufarbeitung um eine höhere Obduktionsquote. Aber dieses so wie viele Angeklagte jeweils das System anklagen, sie hätten morden müssen oder auch Fehler machen müssen, weil es die Rahmenbedingungen nicht anders erlaubten. Das ist abzulehnen, denn unter rechtlichen Aspekten hat jeder Leistungserbringer, sprich so-

wohl die Pflegenden als auch die Ärzte die Remonstrationspflicht, also auch das Recht eine gefahrengeeignete Versorgung aufzuzeigen.

**Karnath:** Wollen wir vielleicht mal etwa genauer versuchen, diesen Einflussfaktoren näher zu kommen. Da liegen ja welche ganz offenbar auch in der Persönlichkeit der Pfleger. Forscher haben herausgefunden, dass Menschen, die Pflegeberufe ergreifen wie im Berliner Fall unter einer so genannten narzisstischen Störung leiden - also mit dem Beruf ganz offenbar mangelndes Selbstwertgefühl kompensieren. Gehen die Falschen in die Pflegeberufe?

**Höfert:** Sicherlich gibt's wie in anderen Berufen auch schwarze Schafe und solche Fehleinstеiger. Das Umfeld ist gefragt hier auch rechtzeitig die Gefahr zu erkennen. Solche Menschen fallen ja auf durch rohe oder zynische Sprache, in dem sie - wie sie sagten - narzisstisch Menschen dann als Tiere bezeichnen. Schon der Begriff „dieses arme Schwein“ muss leiden ist dann ein Signal hier

einzuschreiten. Oft sind es Menschen, die dann auch isoliert sind, die auch Außenseiter sind innerhalb des therapeutisch-pflegerischen Teams.

**Karnath:** Sie haben vorhin angedeutet, äußere Faktoren würden Sie nicht unbedingt gelten lassen. Aber ist es nicht so, dass die Arbeitsbelastung einfach auf solchen Stationen sehr groß ist?

**Höfert:** Dann wäre ich falsch verstanden worden. Natürlich ist es so, dass die Situation angespannt ist in der Pflege sowohl im Krankenhausbereich als auch in den Altenheimen. Dort gibt es ja eben auch solche Fälle und Vorwürfe. Die Rahmenbedingungen sind eng, die Personalsituation ist angespannt. Und aus diesem Grunde fordern wir ja auch eine Studie in Deutschland im Zusammenhang zwischen Personalsituation und Mortalität.

Diese Studien liegen mit eigentlich erschütternden Ergebnissen aus den USA und aus Großbritannien vor und sind dringlich in Deutschland jetzt auch zu evaluieren.

Fortsetzung Interview

**Karnath:** Es fällt ja auf bei vielen dieser Fälle, dass die Kollegen oft wenigstens eine Ahnung oder Verdacht haben, dass da was nicht stimmt. Aber sie trauen sich entweder nicht etwas zu sagen oder sie dringen bei den Chefs nicht durch. Wie muss so ein Frühwarnsystem strukturiert sein?

**Höfert:** Ja, das ist genau die Pflicht und das Recht, solche Signale schlechter Versorgung oder Gefährdung von Patienten aufzuzeigen. Insofern hat das eine Dringlichkeit. Hier muss man auch permanent Einfluss nehmen dann auf den Oberarzt, auf den Chefarzt, auf die Pflegedienstleitung, um Einhaltung zu gebieten.

In diesem Prozess war ja auch zu verfolgen, dass es schon Signale gab oder Bemerkungen unter den Kollegen. Und insofern sind dringliche Meldungen an die nächst höhere Institution - letztlich an den Träger des Krankenhauses oder des Altenheimes. Denn diese hat ja gegenüber dem Patienten eine

Garantenstellung. Die hat er ihm vertraglich zugesichert und aus dem Grunde erwartet der Patient ja auch eine Sicherheit, wie sie ihm vertraglich geschuldet wird. Ganz abgesehen von unseren Grundrechten wie dem Recht auf Leben. Und das sind wir ja alle gefordert so wie im Alltag auch.

**Karnath:** Wie schafft man das denn solche Kollegen, die den Verdacht hegen über die Schwelle zu heben.

Die haben ja ganz oft Angst, dass sie ihren Arbeitsplatz verlieren, dass sie als unkollegial gelten. Es ist ja auch sehr schwierig, in solchen Fällen wo es ja in der Regel keine Zeugen gibt, solche Verdachte zu äußern.

Wie organisiert man das, dass die sich trauen, die Schwelle zu überwinden und tatsächlich etwas sagen?

**Höfert:** Das muss die Philosophie einer jeden Einrichtung sein im Sinne des Risikomanagements unter Qualitätssi-

cherung die Mitarbeiter zu ermutigen auch marginale Symptome oder eben Gefährdungen aufzuzeigen, um letztlich das Ziel der Versorgungsqualität der Einrichtung nicht zu gefährden.

**Karnath:** Möglicherweise auch anonym?

**Höfert:** Dieses kann auch innerhalb der Trägerschaft sicherlich aus dem Mitarbeiterkreis anonym erfolgen.

## Weiterbildungen

### Weiterbildung Gerontopsychiatrischen Fachkraft in Köln ab 12.11.2007

Die Weiterbildung umfasst insgesamt 720 Stunden. Weiterbildungsinhalte u.a.:

- **Einführung in die Gerontologie**

(Vorstellung der einzelnen Fachdisziplinen, Aspekte der gerontologischen Forschung, Biologische und psychosoziale Aspekte des Alterns)

- **Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder**

(Delirante Syndrome und dementielle Erkrankungen)

- **Interventionsgerontologie**

(Milieuthherapie, Personale Personalarbeit, Aggression, Gewalt, Validation, Basale Stimulation Kinaesthetik, Machtmissbrauch, Angehörigenarbeit, Palliativmedizin, Kommunikation)

- **Geronto-Psychiatrische Pflege**

(Pflegewaterwissenschaft -forschung, Pflege-theorien -modelle, Pflegediagnosen, Pflegevisite, wissenschaftliches Arbeiten)

- **Professionelle Beziehungsgestaltung**

(Burn-Out, Ethische Ziele, Beziehungs- u. Selbstpflege)

Veranstaltungsort:

**Seniordienste  
Diakonie Michaelshoven  
Pfarrer-te-Reh-Str. 8  
50999 Köln**

**WB Palliative CARE  
Ankündigung für September 2007 im Altenzentrum Michaelshoven in Köln  
Seniordienste  
Diakonie Michaelshoven  
Pfarrer-te-Reh-Straße  
50999 Köln**

Jede Weiterbildung ist mit 20 Fortbildungspunkten pro Jahr im Rahmen der freiwilligen Registrierung bewertet

## Weiterbildungen

**WB Stationsleitung- oder Gruppenleiter/in im Pflegedienst und Qualitätsbeauftragte/r** vom 27.08.07 bis 06.06.08 in Gießen

Weiterbildungsinhalte u.a.:

- **Wirtschaftswissenschaften**
- **Gesundheits- u. Pflegewissenschaft,**

- **Sozialwissenschaft**
- **Recht**
- **Qualitätsmanagement**

Die Weiterbildung umfasst insgesamt 564 Unterrichtsstunden und findet berufsbegeleitend in 9 Blockphasen (2 oder 1 Woche) statt.

Ausführliche Programme erhalten sie über die Hauptgeschäftsstelle des DPV, Mittelstr. 1, 56564 Neuwied, Tel.: 0 26 31/83 88 -0, Fax: 0 26 31/83 88 20 oder per E-mail: info@dpv-online.de

Jede Weiterbildung ist mit 20 Fortbildungspunkten pro Jahr im Rahmen der freiwilligen Registrierung bewertet

## Fortbildungsveranstaltungen

**Einladung zum 2. Thüringer Pflegesymposium am 03.09.07 von 09.00 bis 15.45 Uhr in Ilfeld/Südharz**  
**Schirmherr Sozialminister Dr. Klaus Zeh**

**Themen u. a.:**

- Standards unter fachlichen und politischen Aspekten
- Eine Chance für Patienten/ Bewohner und für die Profession der Pflege

- Qualitätsprüfungen und Auswirkungen für den ambulanten und stationären Bereich in Thüringen
- Patientensicherheit – jeder Fehler zählt, Qualitätssicherung
- Rechtliche Aspekte bei Stürzen
- Aktuelles zum Wundmanagement bei chronischen Wunden

**Tagungsgebühr:**

	Ermäßigung
Überweisung	DPV-
bis	Mitglied
31.08.2007	€ 55,- € 45,-

*Tageskasse ist möglich*

**Bitte fordern Sie das Programm in der Geschäftsstelle des DPV an!**



**Fortbildung ist Qualitätssicherung**

## Integriertes Zukunftsforum Pflege in Leipzig

In Zusammenarbeit von DPV und K-B-E Management-Systeme am **11.09.07 in 04109 Leipzig**, Novotel Leipzig City, Goethestr. 11 **von 09.00 bis 15.00 Uhr**

**Themen u. a.:**

- „Heraus aus dem Jammertal“, Entlassungs-Überleitungsmanagement
- Standards unter rechtlichen und entbürokratisierten Aspekten

- Aktuelles zum Wundmanagement
- Kooperation im Pflegedienst: „Gemeinsam geht's besser!“

Tagungsgebühr: 60,00 €

*Hierin enthalten:* Tagungsgebühr/Tagungsunterlagen, Mittagsbüfett/Pausengetränke

*Nähere Informationen:*

K-B-E Management Systeme,  
Tel: 0 92 61 / 95 07 52  
Fax: 0 93 61 / 95 09 22  
Mail: office@kbe-management.com

Mit jeder Veranstaltung erhalten Sie 6 Punkte im Rahmen der freiwilligen Registrierung!

## Herzlichen Glückwunsch

### 30 Jahre Mitgliedschaft

Röske, Gabriele, *Helmenzen*  
Tietke, Petra, *Monsheim*

### 25 Jahre Mitgliedschaft

Rohrberg, Inge, Laubach

### 20 Jahre Mitgliedschaft

Becker, Ingrid, *Wörth*  
Greber, Thea. Spiesem, *Elversberg*  
Hamann, Horst, *Bingen*  
Klemm, Britta, *Frankfurt*  
Scharping, Sabine, *Bielefeld*



