



DEUTSCHE **FACHPFLEGE**

**WEIL
PFLEGE
SO VIEL
MEHR
IST.**

UNTERNEHMENS- &
QUALITÄTSBERICHT

2025



Daniel Klein
CEO

„ **Qualitätsführerschaft, wie wir sie als DEUTSCHE-FACHPFLEGE anstreben, bedeutet Komplikationsprävention und damit ein Mehr an Sicherheit für unsere Klient*innen. Nebenbei reduzieren wir damit auch die Kosten für das Gesundheitssystem. Allem voran aber zielen wir mit unseren Qualitätsansprüchen darauf ab, dass unsere Klient*innen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können – dem Ort, an dem sie zuhause sind und sich am wohlsten fühlen.** “

Liebe Leser*innen,

weil Pflege so viel mehr ist, geben wir uns mit dem Status Quo nicht zufrieden. Wir als DEUTSCHEFACHPFLEGE wollen die Menschen, die Unterstützung benötigen, vollumfänglich verstehen – damit wir ihnen das bieten können, was sie brauchen. Aus diesem Grund liegt ein wichtiger Fokus unserer Arbeit auf Messbarkeit und damit auf systematischer Datenerhebung und -auswertung. Wir professionalisieren unsere wissenschaftlichen Bestrebungen kontinuierlich weiter, um sowohl der gesamten Branche grundlegendes Wissen zur Verfügung stellen zu können als auch einen Nutzen für jeden einzelnen Menschen daraus zu ziehen, der sich uns anvertraut.

Vor allem für den Bereich der Intensiv- und Beatmungspflege bedeutet das ein Hauptaugenmerk auf das Komplikationsmanagement. Bereits im vergangenen Jahr haben wir zu diesem Zweck den digital gestützten Frühwarn-Regelkreis etabliert, der schleichende Veränderungen des Gesundheitszustandes frühzeitig erkennt. Zusätzlich und als Erweiterung dieses nun DF-weit etablierten Warnsystems widmen wir uns nun der Ursachenerhebung ungeplanter Klinikaufenthalte, die in allen Intensivversorgungen des Pflegeverbundes durchgeführt wird. Diese Daten ermöglichen uns die Erstellung von Risikoprofilen sowohl für einzelne Klient*innen als auch für ganze Pflegeeinrichtungen – ein wichtiger Schritt hin zu noch größerer Klient*innen-Sicherheit.

In Kombination mit dem hohen Qualitätsanspruch der DEUTSCHENFACHPFLEGE und dem Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) ermöglicht das einen Rahmen, in dem Betroffene, An- und Zugehörige ganzheitlich aufgehoben sind.

Zu allumfassender Pflege gehört selbstverständlich auch interdisziplinäre Zusammenarbeit – innerhalb des Unternehmens genauso wie über die Unternehmensgrenzen hinaus. Die Abdeckung mit den passenden Fachärzt*innen ist in der Intensiv- und Beatmungspflege (vor dem Hintergrund des GKV-IPReG, aber genauso außerhalb dieses Kontextes) eine ganz grundlegende Zielsetzung. Es zeigt sich, dass wir als DEUTSCHEFACHPFLEGE alle gesetzlichen und untergesetzlichen Anforderungen bereits vor drei Jahren erfüllt und seither gezielt weiterentwickelt haben. So können wir garantieren, das Potenzial aller Klient*innen zur Beatmungs-

entwöhnung zu detektieren und alle Möglichkeiten zur Optimierung des Gesundheitszustandes zugänglich zu machen.

Die Menschen, die einen intensiveren Versorgungsbedarf haben als andere, bringen wir mit On-Campus-Lösungen noch näher an die medizinische Versorgung heran. Mit diesem innovativen Pflege- und Wohnkonzept bieten wir außerklinische Intensivpflege auf dem Klinikgelände an – und lösen damit Grenzen zwischen dem klinischen und außerklinischen Kontext auf. Davon profitieren alle Beteiligten, allem voran aber die Menschen, die auf Intensiv- und Beatmungspflege angewiesen sind.

Die DF ist ein Pflegedienstleister, der das gesamte Spektrum der Pflege abdeckt, also auch die Alten- und Krankenpflege anbietet. In allen Versorgungsarten kann der Verbund hier ein Wachstum der Klient*innenzahlen im zweistelligen Prozentpunktbereich verzeichnen – wir sind nah am 1 000. Platz in der WG für Alten- und Krankenpflege. Damit schaffen wir ein wettbewerbsfähiges Angebot, das ein Mehr an Individualität ermöglicht. Selbstverständlich gilt der Ausbau unserer Pflegeforschung auch diesem Versorgungsweig.

Das Thema Digitalisierung ist mittlerweile in unserem Pflegeverbund an vielen Stellen Teil des Alltags. Da die Nutzung von Innovationen Teil unserer Qualitätsbestrebungen ist und ohnehin diverse Anknüpfungspunkte zum Qualitätsmanagement der DF aufweist, ist die Digitalisierung in diesem Unternehmens- und Qualitätsbericht auch genau dort zu finden.

Unser Qualitätsanspruch fängt bei den Menschen an, die ihn umsetzen: unseren Mitarbeiter*innen. Der Qualitätsgedanke, der uns als Unternehmen ausmacht, kann also 1:1 auf die DEUTSCHEFACHPFLEGE als Arbeitgeber ausgeweitet werden. Alle Wege, die wir in den letzten Jahren gegangen sind, wären ohne unsere 13 000 Kolleg*innen nicht denkbar gewesen. Ein großes Dankeschön dafür! Im Gegenzug sind wir bestrebt, uns als Arbeitgeber stets neu zu erfinden, um für alle Menschen, die in der DF arbeiten, einen besonderen Arbeitsplatz zu schaffen – und damit Möglichkeiten der Entwicklung und Neuorientierung zu bieten. Denn nur Mitarbeiter*innen, die sich wohlfühlen, sorgen schließlich für die Pflegequalität, die unser Anspruch ist.

Eben: Weil Pflege so viel mehr ist.

Daniel Klein, Geschäftsführer CEO

Stephan Tarbuk, Geschäftsführer CFO

Sören Hammermüller, Geschäftsführer COO

Michail Gershanovych, Geschäftsführer COO



Seite 41



Seite 67



Seite 56



Seite 53



Seite 100



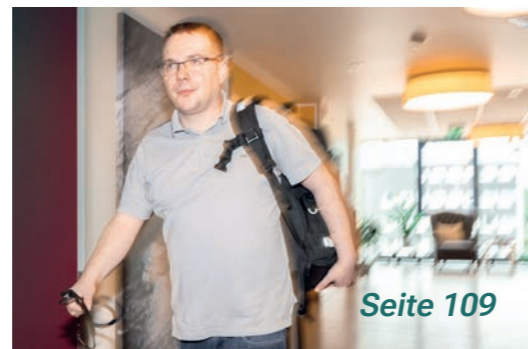
Seite 86



Seite 58



Seite 32



Seite 109

INHALTSVERZEICHNIS

Unsere DNA

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE..... 13
 Das Pflegeleitbild 13
 Forschung und Entwicklung..... 15

Das Angebot

Das gesamte Spektrum der Pflege 19
 Intensiv- und Beatmungspflege 23
 Häusliche Versorgung 23
 Wohngemeinschaften 27
 Stationäre Einrichtungen 31
 für Kinder und Erwachsene
 On Campus 34
 Fachärzt*innen-Netzwerk 36
 GKV-IPReG-ThinkTank 38
 Rückzugspflege 39
 Zahlen 42
 Erfolgsgeschichte 52
 Alten- und Krankenpflege 54
 Häusliche Versorgung 55
 Wohngemeinschaften 59
 Stationäre Einrichtungen 62
 Tagespflege..... 65
 Service-Wohnen..... 66
 Kurzzeitpflege 68
 Pflegeberatung..... 70
 Zahlen 72
 Erfolgsgeschichte 77
 Palliativpflege..... 76
 Podologie und Physiotherapie..... 80

Ankommen

Zentral beraten..... 85
 Überleitmanagement..... 87
 Pflegeplatzvermittlung..... 89
 Unternehmensnachfolge..... 90

Wo Qualität beginnt

Personalförderung in der DF 93
 Bewerbermanagement..... 95
 Ausbildung und Qualifizierung 96
 Zufriedene Mitarbeitende 102

Ganzheitlich aufgehoben

Qualitätsmanagement 105
 Fachteam medizinische 108
 Behandlungspflege (FmB)
 Ursachenerhebung der Klinikaufenthalte 115
 Messen und Kongresse 117
 Fachbeirat 121

Engagiert

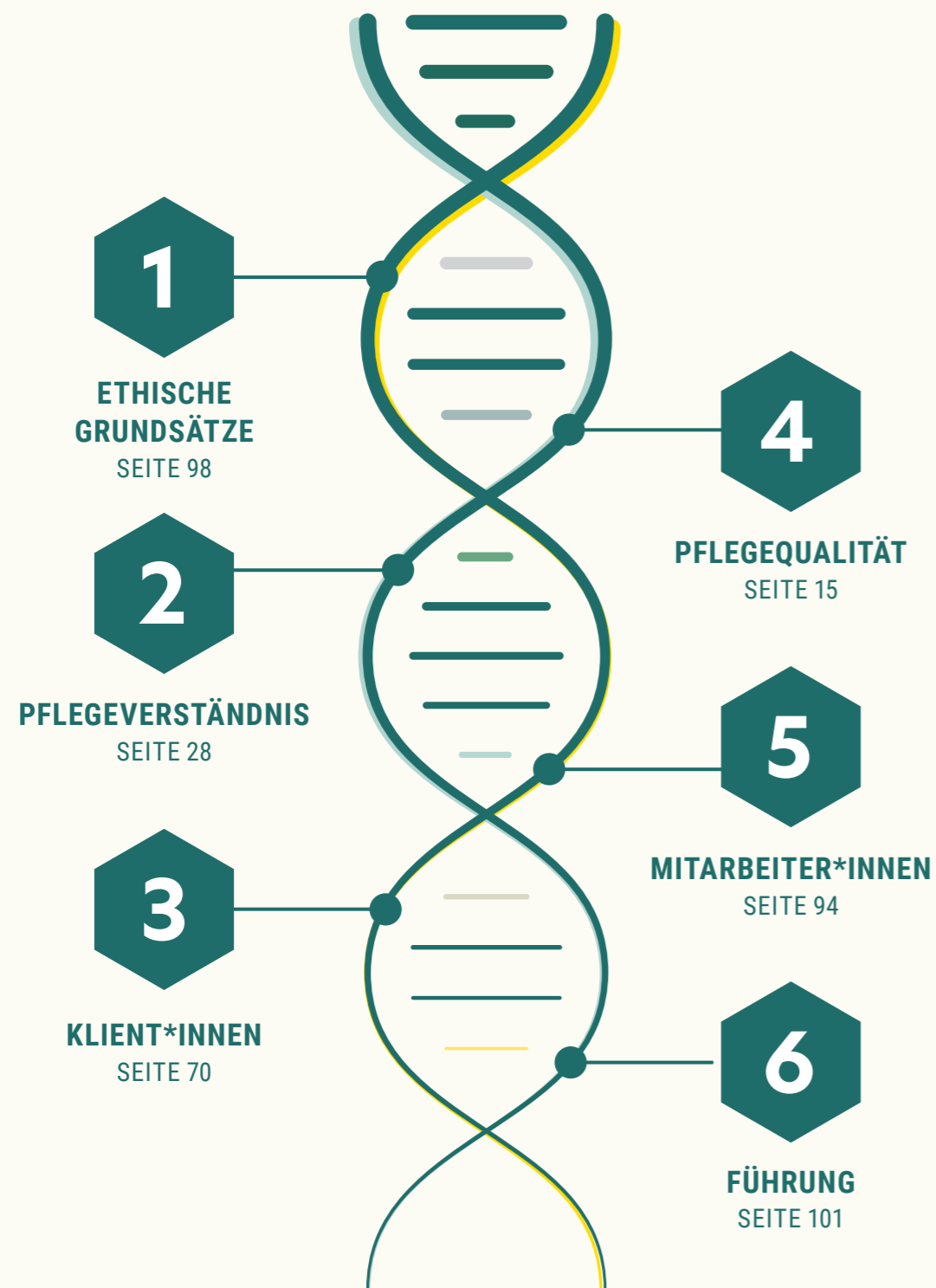
Karlsson e.V. 127
 Young Heroes 129
 Ausblick..... 130
 Impressum 133



DEUTSCHE **FACHPFLEGE**



UNSERE DNA



DIE DEUTSCHEFACHPFLEGE

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist ein Verbund: Rund 90 Pflegedienste in ganz Deutschland haben sich zusammengeschlossen, um mit über 13 000 Mitarbeiter*innen das gesamte Spektrum der Pflege anzubieten. Alten-, Kranken-, Intensiv- und Beatmungspflege kann auf diese Weise so stattfinden, wie Betroffene sowie An- und Zugehörige sie benötigen. Die Möglichkeiten erstrecken sich von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Service-Wohnen über die Tages- und Kurzzeitpflege bis hin zur Versorgung in stationären Einrichtungen und in den eigenen vier Wänden.

Ergänzend zum pflegerischen Angebot wird der Verbund künftig auch verstärkt Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe umsetzen – zunächst in Form von spezialisierten Wohngemeinschaften. Damit erweitert die DEUTSCHEFACHPFLEGE ihr Versorgungsportfolio um einen weiteren wichtigen Baustein, der leistungsberechtigten Personen neue Perspektiven eröffnen soll.

Ebenso vielfältig wie das Angebot selbst sind die Pflegedienste vor Ort. Jede Einrichtung hat ihren eigenen „Charakter“, jeder Pflegedienst, der zur DF gehört, ist einzigartig und wird von den Menschen geprägt, die dort arbeiten. Eines eint dabei alle: das Ziel, Wohlbefinden und Gesundheit der Menschen, die sich ihnen anvertrauen, zu erhalten und zu verbessern. Mehr noch: Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist beispielgebend und setzt Maßstäbe für die qualitativ hochwertige Versorgung von Pflegebedürftigen aller Pflegegrade. Weil Pflege so viel mehr ist, bietet die DF ein ganzheitliches Netz der Sicherheit, das weit über die rein pflegerische Versorgung hinaus geht. So beginnt Qualität bereits mit dem Weg in den Verbund, zieht sich über ein engmaschiges Pflegeangebot, bestens qualifizierte Mitarbeitende bis hin zum Austausch mit Wissenschaft und Politik, der Nutzung digitaler Innovationen und dem Einsatz eigener Fachteams. An genau dieser Reise orientiert sich der vorliegende Unternehmens- und Qualitätsbericht 2025. Er begleitet die Klient*innen durch den Verbund. Denn um sie geht bei allem, was die DF tut.

MITARBEITER*INNEN-ANZAHL

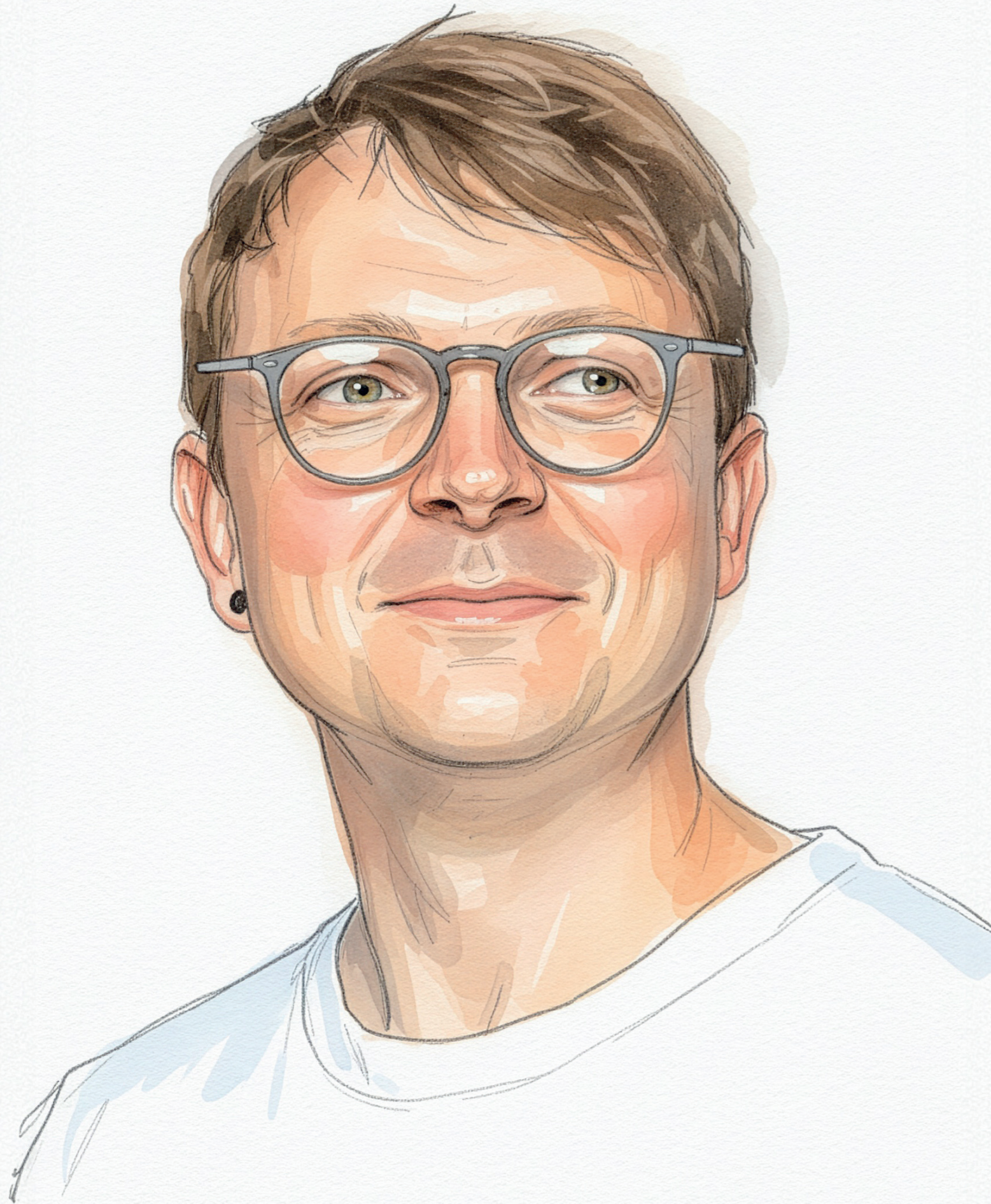


DAS PFLEGELEITBILD

Im Pflegeleitbild der DEUTSCHENFACHPFLEGE verdichtet sich die DNA des Unternehmens und aller Mitarbeiter*innen: Es steht für Haltung, Orientierung und Qualität – und bildet die Grundlage für Entscheidungen und Entwicklungen innerhalb der DF. Das Pflegeleitbild verbindet alle Standorte des Verbundes – in der täglichen Arbeit mit Klient*innen ebenso wie im kollegialen Miteinander. Es ist kein theoretisches Konzept, sondern gelebte Praxis; nicht statisch, sondern offen für Weiterentwicklung. Im gesamten Unternehmens- und Qualitätsbericht finden sich sichtbare Bezüge zu unserer DNA. Sie zeigen, wo und wie das Leitbild der DEUTSCHENFACHPFLEGE im Alltag gelebt wird.



Für mehr Informationen zur DNA der DEUTSCHENFACHPFLEGE den QR-Code scannen.



Sören Hammermüller
COO der DEUTSCHENFACHPFLEGE

Forschung und Entwicklung

DER PFLEGE EINE STIMME GEBEN

Sören Hammermüller ist Gesundheits- und Krankenpfleger, Wissenschaftler – und COO der DEUTSCHENFACHPFLEGE. Sein umfassender Blick auf die Pflege ist geprägt von beruflichen Stationen in Klinik, Außerklinik und Forschung. Als Chief Operating Officer eines deutschlandweit agierenden Pflegeverbundes setzt er sich unter anderem dafür ein, pflegerelevante Kennzahlen zu erheben, auszuwerten und auf dieser Basis Maßnahmen zu ergreifen, die nicht nur dem Unternehmen, sondern der gesamten Pflegebranche nützen. Künftig wird es zu diesem Zweck eine eigene Forschungs- und Entwicklungsabteilung in der DF geben. In einem Gespräch gibt Sören Hammermüller Einblicke in sein Vorhaben.

Seit wann besteht die Idee zur systematischen Versorgungsforschung in der DF?

Vor drei Jahren ist das Thema Qualitätsmanagement in unserem Pflegeverbund ganzheitlicher geworden und das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) war so weit etabliert, dass wir auf immer mehr Zahlen zugreifen konnten. Mein eigenes Wissenschaftlerherz schreit danach, Erkenntnisse, wie wir sie hier gewinnen, zu kommunizieren – vor allem vor dem Hintergrund, dass es im Bereich der außerklinischen Pflege gar keine flächendeckenden Daten gibt. Wir müssen dem also mehr Raum geben.

Warum sind Zahlen so wichtig für die Pflegebranche?

Die Berufsgeschichte der Pflege ist auf Zweierlei zurückzuführen: Das Bewusstsein einer intuitiven Nächstenliebe und im späteren Verlauf das Instrument ärztlich delegierter Leistung. Spätestens seit 2003 hat sich die Krankenhausrefinanzierung maßgeblich verändert, was durch Mischkalkulationen zur Folge hat, dass der Wert von Pflege noch intransparenter wurde. Das führte dazu, dass Pflege immer nur ein Mittel zum Zweck für etwas anderes war. Es gibt aber viele pflegerische Belange, die nicht in den medizinischen Kontext gestellt werden können. Hinzu kommt, dass Pflege im deutschsprachigen Raum lange nicht akademisiert war, was automatisch dazu führt, dass sie immer noch zu wenig erforscht ist. Gesamtgesellschaftlich führt das dazu, dass es ein immer größeres Spannungsfeld zwischen demografischem Wandel und Arbeitsmarkt gibt. Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, braucht es Zahlen. Natürlich wollen wir auch immer besser werden, was die Versorgungsqualität angeht. Wir wollen die Menschen länger in der Häuslichkeit haben und Lebensqualität schaffen.



Sören Hammermüller
COO

„ Wenn man sich unsere Zahlen ansieht, ist das weitaus mehr, als bisher in der Branche veröffentlicht wurde.“

Wie ist generell der Datenstand in der Branche?

Es gibt immer mehr Hochschulen, die sich dem Thema der Pflegewissenschaften widmen. Das sind aber an ganz vielen Stellen qualitative Forschungsarbeiten, keine quantitativen Studien. Das liegt an der Kleingliedrigkeit der Pflege: In Deutschland gibt es über 15 300 kleine, inhabergeführte Pflegedienste, die nicht in so großen Strukturen organisiert sind wie die DEUTSCHEFACHPFLEGE. In dem Kontext sind breit angelegte quantitative Untersuchungen nur sehr schwer möglich. Wenn man sich unsere Zahlen ansieht, ist das weitaus mehr, als bisher in der Branche veröffentlicht wurde. Deswegen wecken wir damit schon heute ein großes Interesse. Es gibt zwar Initiativen wie das Pflegethermometer. Aber wenn man sieht, wie wenig Menschen daran teilnehmen, merkt man, wie klein das Bewusstsein für die Relevanz der Forschung bisher ist. Hier muss sich jede*r an die eigene Nase fassen – damit meine ich jede*n Einzelne*n, der oder die in der Pflege arbeitet, davon profitiert oder darauf angewiesen ist: Keine Studie funktioniert, wenn man eine Anfrage zur Teilnahme ignoriert. Jede*r muss einen Beitrag leisten.

Was sind die weiteren Schritte in der DF zur Forschungs- und Entwicklungsabteilung?

Wir werden zweigleisig fahren, denn ich möchte keine Zeit verlieren. Deshalb setzen wir alle Maßnahmen ungebremst und losgelöst von einer künftigen Abteilung als Teil unseres Qualitätsteams um. Außerdem schauen wir, was die ersten wesentlichen Punkte sind, die man für nachgelagerte Versorgungsforschung angehen muss, die Vorarbeit also: Wir müssen ja erst einmal wissen, was das für Menschen sind, die wir versorgen – sowohl in der Alten- und Krankenpflege als auch in der Intensivpflege. Mit der Codierung von Aufnahmegründen und Nebendiagnosen unserer Intensivklient*innen haben wir da bereits erste wichtige Schritte getan. Mittlerweile haben wir eine Statistikerin an Bord geholt, um der Zahlenmenge gerecht zu werden. Wir suchen auch proaktiv innerhalb der Branche Lehrstühle, Institutionen usw., die ein ähnliches Interesse haben wie wir, um sie ebenfalls an Bord zu holen. Im letzten Schritt geht es dann um die Umwandlung der Ergebnisse in konkrete Maßnahmen, um uns als Unternehmen besser zu machen – und natürlich auch darum, unsere Erkenntnisse zu publizieren, sie der gesamten Branche zur Verfügung zu stellen, damit auch andere sie nutzen können.

Wozu Versorgungsforschung?

Ich möchte die Versorgungsqualität der Pflege hilfsbedürftiger Menschen, die unter konträren Rahmenbedingungen stattfindet, steigern. Dazu muss man sich natürlich erst einmal fragen: Was ist überhaupt die bessere Versorgungsqualität? Zweitens haben wir eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Dann wollen wir unsere Interessen als Pflegedienstleister politisch vertreten können. Das können wir nur, wenn wir in der Lage sind, darzulegen, was wir tun. Und schließlich haben wir den Anspruch, Qualitätsführer der Branche zu sein. Wer legt fest, was gute Pflege ist? Das beschreibt gut, was dabei die Herausforderung ist.

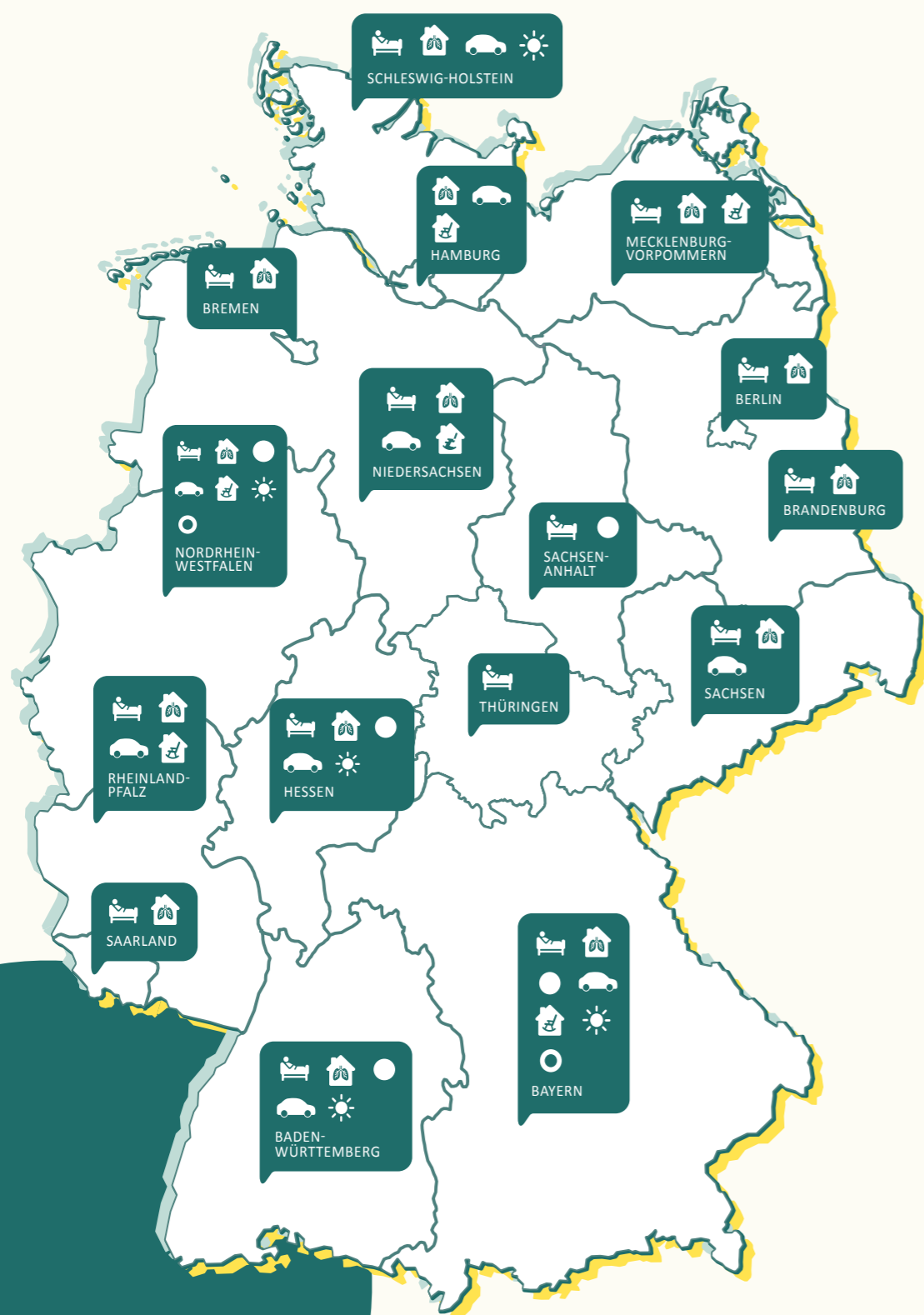
Was ist die Vision?

Dass die DF ein weiteres Mal ihre Qualitäts- und Marktführerschaft unter Beweis stellt. Dass wir dazu beitragen, trotz der Herausforderungen im deutschen Versorgungsraum Antworten zu geben, wie qualitativ hochwertige Pflege aussieht. Wir müssen der Pflege eine Stimme geben, um uns Gehör zu verschaffen, damit wir das erhalten, womit wir hochwertige Dienstleistungen erbringen können.



Bei der Datenerhebung in der DEUTSCHENFACHPFLEGE arbeiten verschiedene Professionen Hand in Hand. Auch das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) ist daran beteiligt: hier Bettina Thahlhammer und Ajdin Telalovic (mittlerweile Bereichsleitung in der DF).

DAS ANGEBOT



Das gesamte Spektrum der Pflege

WOHNORTNAH VERSORGT

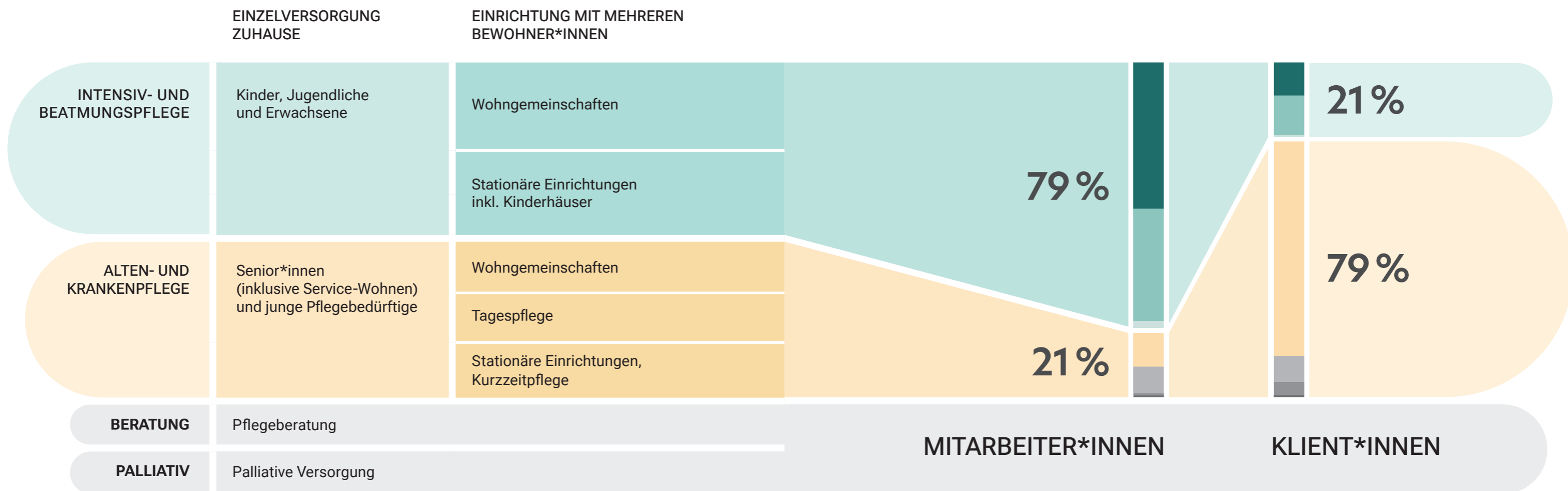
Die DEUTSCHEFACHPFLEGE steht für bundesweite Alten-, Kranken-, Intensiv- und Beatmungspflege für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit höchstem Qualitätsanspruch. Unter ihrem Dach vereint sie ein Pflegeangebot, das die gesamte Vielfalt der außerklinischen Pflege abdeckt. Dabei gilt es, den Bedarfen Pflegebedürftiger sowie ihrer An- und Zugehörigen gerecht zu werden: Pflege innerhalb des Verbundes findet also genau dort und in der Form statt, die zur Lebenssituation Betroffener passt. Dieses umfassende Leistungsangebot deckt sämtliche Pflegeformen der Branche ab – durch ein engmaschiges Versorgungsnetz, in der Regel nah am Wohnort.

	Anzahl Klient*innen
Häusliche Intensiv- und Beatmungspflege	923
Wohngemeinschaften für Intensiv- und Beatmungspflege	1174
Stationäre Intensiv- und Beatmungspflege inkl. Kinderhäuser	75
Häusliche Alten- und Krankenpflege	6 672
Wohngemeinschaften für Alten- und Krankenpflege	793
Tagespflege für Senior*innen	418
Stationäre Alten- und Krankenpflege, Kurzzeitpflege	138

Das umfassende Leistungsangebot der DEUTSCHENFACHPFLEGE deckt sämtliche Pflegeformen ab – bundesweit. Bei Veränderung des Gesundheitszustandes ist ein Wechsel in eine andere Versorgungsform also problemlos möglich.

KLIENTEN*INNEN-ANZAHL



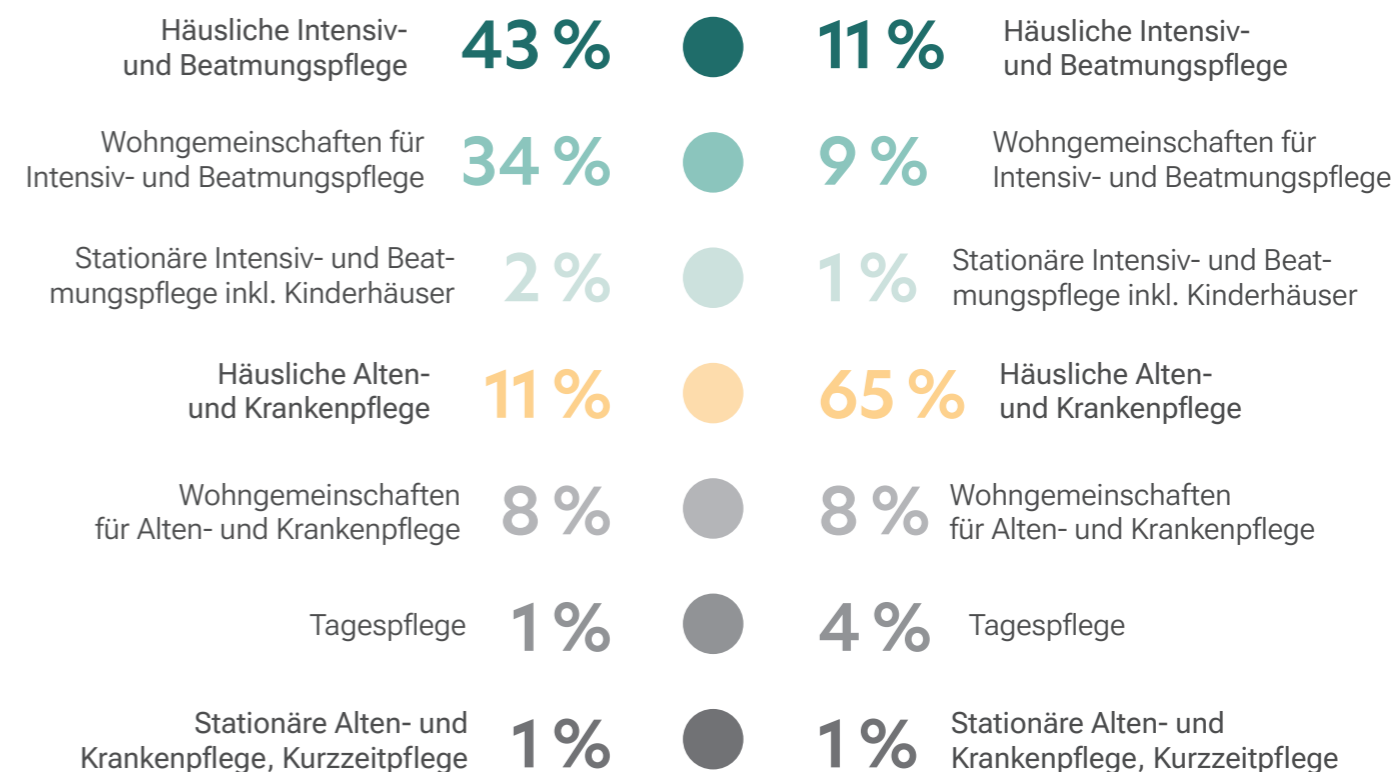


VERTEILUNG DER VERSORGUNGSFORMEN

Von 2024 nach 2025 zeigt sich in der DEUTSCHENFACHPFLEGE ein generelles Wachstum der Klient*innenzahlen: In der häuslichen Alten- und Krankenpflege steigen sie um 14 % und in den Wohngemeinschaften für Alten- und Krankenpflege um 12 %. In der Intensiv- und Beatmungspflege verzeichnet sich ein Anstieg von 9 % vor allem in der Versorgungsform der Wohngemeinschaften. Die stationären Einrichtungen sowohl in der Intensiv- als auch in der Altenpflege nehmen mit 1 % bisher den geringsten Klient*innen-Anteil in Anspruch. Vor allem hier zeigt sich mit 53 % in der Intensiv- und Beatmungspflege und 35 % in der Alten- und Krankenpflege ein deutlicher Trend hin zum Wachstum der Klient*innen-Zahlen. Diese Entwicklungen werden dem Anspruch der DEUTSCHENFACHPFLEGE gerecht, zum einen das gesamte Spektrum der Pflege abzudecken und zum anderen die Möglichkeit der maximal individuellen und passgenauen Versorgung zu schaffen.

Die 10 200 Klient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE werden von über 13 000 Mitarbeiter*innen versorgt. Knapp 80 % der Mitarbeiter*innen sind in der Intensiv- und Beatmungspflege tätig – ein Wert, der sich die letzten Jahre über stabil gehalten hat.

10 200



Intensiv- und Beatmungspflege

ALLTAG MIT TECHNOLOGIE

Die Versorgung von Menschen mit Intensiv- oder Beatmungspflegebedarf erfordert neben qualifiziertem Fachpersonal und technischer Ausstattung ein Umfeld, das Sicherheit und Geborgenheit bietet. Betroffene sowie ihre An- und Zugehörigen sollen sich gleichermaßen gut aufgehoben fühlen. Weil jede Lebenssituation anders ist, braucht es passgenaue Versorgungsformen jenseits des Klinikalltags. Aus diesem Grund bietet die DEUTSCHE FACHPFLEGE eine Vielzahl an Wohn- und Betreuungslösungen an, die größtmögliche Normalität und Lebensqualität ermöglichen.

Das ganzheitliche Versorgungsnetz der DF geht besonders im Bereich der Intensiv- und Beatmungspflege weit über die rein pflegerische Versorgung hinaus. Die Zusammenarbeit außerhalb fachlicher Grenzen – sowohl im Verbund selbst als auch fernab des eigenen Unternehmenshorizonts – spielt dabei eine entscheidende Rolle. Seien es die regelhafte Erfassung und Auswertung der Aufnahmegründe und Nebendiagnosen der Klient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE (Seite 44), die Analyse und der Ausbau der Fachärzt*innen-Abdeckung (Seite 36), ein innovativer KI-gestützter Frühwarn-Regelkreis zur Erkennung schleichender Veränderungen des Gesundheitszustandes (siehe QB 2024), das Fachteam medizinische Behandlungspflege, das rund um die Uhr Unterstützung und Beratung für alle Intensivversorgungen bietet (Seite 108), oder der Einsatz nützlicher Technologie wie der Telemedizin: Die Sicherheit der Klient*innen und die Gewährleistung der höchstmöglichen Versorgungsqualität stehen hier im Fokus. Darüber hinaus arbeitet die DF bundesweit mit führenden Fachkliniken und Reha-Einrichtungen zusammen.

Häusliche Versorgung

IN VERTRAUTER UMGEBUNG

Die häusliche Intensiv- und Beatmungspflege ermöglicht Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit intensivpflegerischem Bedarf, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben und sich gleichzeitig einer umfassenden Versorgung sicher zu sein – bei Bedarf rund um die Uhr. In diesem Pflegemodell betreut jeweils eine Pflegefachkraft im 1:1-Verhältnis eine*n einzelne*n Klient*in pro Schicht. Diese individuelle Form der Intensivpflege schafft Sicherheit, erlaubt ein Höchstmaß an Zuwendung und fördert ein selbstbestimmtes Leben. Die Pflege in den eigenen vier Wänden wird von speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt, die mit ihrer Expertise und ihrem Einfühlungsvermögen auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen eingehen. Die vertraute Umgebung wirkt sich dabei positiv auf das psychische und physische Wohlbefinden aus – ein wertvoller Beitrag zur Lebensqualität. An- und Zugehörige werden auf Wunsch aktiv eingebunden und bei Bedarf in die Pflege eingeführt, sodass sich das Pflegeteam schrittweise zurückziehen kann (siehe Rückzugspflege Seite 39). Ob bei der Organisation medizinischer Hilfsmittel, der Klärung von Finanzierungsfragen, dem Kontakt zu Sozialhilfeträgern oder der Begleitung im Alltag – die Teams vor Ort stehen Betroffenen, An- und Zugehörigen auch abseits der eigentlichen Pflegeleistung beratend und unterstützend zur Seite. Ebenso ist die Begleitung zur Arbeitsstelle, zu sozialen Aktivitäten und bei Reisen nach individueller Absprache möglich.



Michail Gershanovych
COO

” Mit passgenauer Unterstützung ermöglicht die DF, dass Menschen mit Intensivpflegebedarf arbeiten gehen bzw. eine Ausbildung machen und ihren Freizeitaktivitäten nachgehen können. “

INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE

Einblicke: Regensburger Kindl

KOMMUNIKATION MIT AUGENSTEUERUNG

Emma ist 15 Jahre alt und wohnt zusammen mit ihrer Familie in Bayern. Aufgrund ihrer spinalen Muskelatrophie Typ 1 und einer damit verbundenen eingeschränkten Bewegungsfähigkeit ist Emma auf eine mobile Liege mit Rollen und außer Haus auf einen Reha-Buggy angewiesen. Sie wird seit fast 15 Jahren vom ambulanten Kinderintensivpflege-dienst Regensburger Kindl durch ihren (Pflege-)Alltag begleitet. Langeweile – ein absolutes Fremdwort für die clevere 15-Jährige, die sich selbst als schlau, sehr ehrgeizig und absolut abenteuerlustig beschreibt. Was nicht passt, wird passend gemacht! Und so finden Emma und ihre Familie immer Wege, um das scheinbar Unmögliche möglich zu machen: Mit dem Reha-Buggy den Berggipfel erklimmen, Radtouren im extra angepassten Lastenrad durch die Natur, Wohnmobilabenteuer, Sommerfeste oder Halloweenpartys – Emma ist überall dabei und stets bereit für neue Abenteuer und Innovationen. In einem Kurzinterview haben wir uns mit Emma über ihre Arbeit mit einem augengesteuerten Computer und Avatar ausgetauscht, der Menschen mit Beeinträchtigungen die Kommunikation im Schul- und Arbeitsalltag erleichtern soll.

Liebe Emma, du verfügst über einen augengesteuerten Computer. Wie genau steuerst du ihn und war es am Anfang schwer, sich daran zu gewöhnen?

Ich habe ihn ungefähr seit der 1. Klasse. Zu dieser Zeit haben wir ihn aber noch nicht so viel genutzt. Am Anfang wurde mir die Steuerung erklärt und danach war es, soweit ich mich erinnern kann, nicht schwierig, ihn zu nutzen. Der Computer ist ein ganz normaler Computer, nur mit einer Augensteuerung unten dran. Man muss die Augensteuerung so einstellen, dass die Augen in der Mitte sind. Das erkennt man auf dem Bildschirm. Dann muss man die Augen bewegen, um die Maus zu steuern und durch Blinzeln klickt man etwas an.

Welche Funktionen bietet dir das Gerät im Alltag? In welchen Situationen ist es besonders hilfreich?

Ich kann am Unterricht teilnehmen, auch wenn ich nicht in Präsenz in der Schule bin. In der Schule habe ich einen Avatar, den ich von zuhause aus über den Computer steuern kann. Auch eine Videokonferenz ist möglich, z. B. wenn ich Proben schreibe. Sonst sind alle Programme wie auf einem normalen PC für Schulaufgaben und Hausaufgaben nutzbar (zum Beispiel Word).

Wie verwendest du den Computer für deine Hobbys oder zur Kommunikation mit anderen? Welche Programme oder Funktionen sind dir dabei besonders wichtig?

Ich habe WhatsApp auf meinem Computer, um mit anderen zu kommunizieren. Manchmal spiele ich auch Detektivspiele mit dem PC. Wenn ich Zeit habe, shoppe ich auch mal im Internet. Außerdem kann ich natürlich Musik und Hörspiele anhören und fernsehen.

Wie hat sich dein Leben durch den augengesteuerten Computer verändert? Was kannst du jetzt tun, was vorher schwierig oder unmöglich war?

Ich kann meine Proben und Hausaufgaben komplett selbstständig machen. Und ich muss nicht immer meine Mama fragen, wenn ich jemandem eine Nachricht schreiben möchte. Vor allem kann ich schreiben, wem ich will. (Emma lacht.)

Welche Berufe könntest du dir für die Zukunft vorstellen, die durch den Computer ermöglicht werden? Und wie sieht dein persönlicher Berufswunsch aus?

Ich bin mir noch nicht sicher, aber ich habe schon einige Praktika bei Firmen als Bürokauffrau gemacht, hauptsächlich Auto-Firmen. Die Aufgaben hier konnte ich mit meinem Computer erledigen. Solch einen Beruf könnte ich mir vorstellen. Ich könnte mir aber auch einen Beruf in der IT-Branche vorstellen. Ein bisschen Zeit zum Überlegen habe ich hierbei noch.

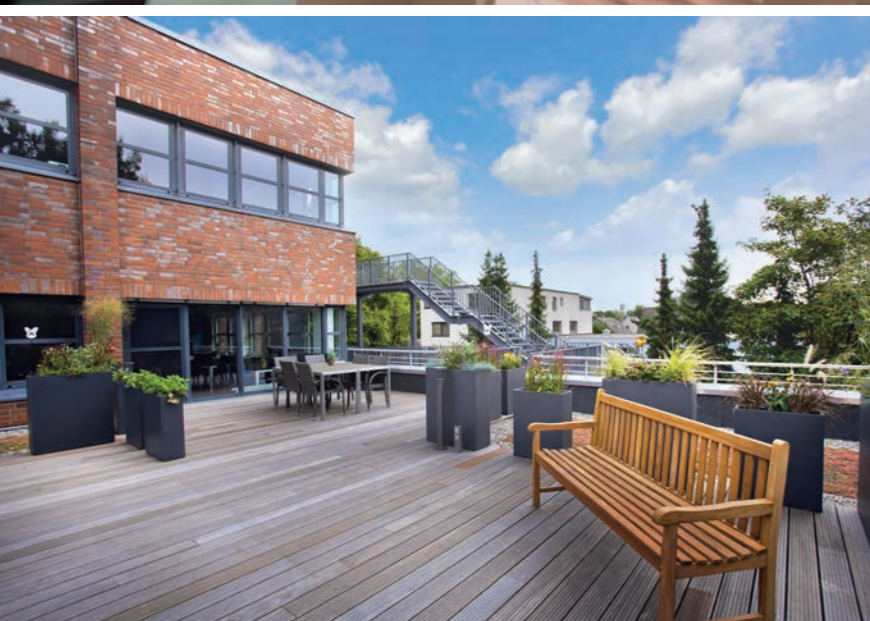
Gibt es Dinge, die an der Technologie noch verbessert werden könnten? Was würdest du dir wünschen, damit sie noch besser funktioniert oder dir das Leben noch mehr erleichtert?

Ich brauche einen neuen Computer, weil meiner schon so alt ist und sich gefühlt jeden Tag aufhängt. Wir haben schon einen anderen Computer mit Augensteuerung ausprobiert, aber der war mir zu langsam. Ich würde mir wünschen, dass es für meine Augensteuerung noch weitere Updates oder ein neueres Modell gibt. Außerdem würde ich mir wünschen, dass der Computer meine Sprache erkennt.



Emma Loeffl
Klientin

” Ich muss so nicht immer meine Mutter fragen, wenn ich jemandem eine Nachricht schreiben möchte. “



Wohngemeinschaften

GEMEINSCHAFT UND SICHERHEIT

Zahlreiche Einflussfaktoren bestimmen, welche Versorgungsform zum aktuellen Zeitpunkt die richtige ist. Intensiv- und Beatmungspflege kann, muss aber keinesfalls in den eigenen vier Wänden stattfinden. Die Alternative par excellence ist die ambulant betreute Wohngemeinschaft: Sie verbindet ein Höchstmaß an pflegerischer Sicherheit mit einem selbstbestimmten Alltag in gemeinschaftlicher Atmosphäre. Hier leben intensiv- und beatmungspflegebedürftige Menschen in modernen, barrierefreien Räumlichkeiten, die speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind – inklusive Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch speziell ausgebildetes Pflegepersonal.

Jede*r Bewohner*in verfügt über ein eigenes Zimmer als persönlichen Rückzugsort, ergänzt durch Gemeinschaftsbereiche, die Raum für Begegnung und Austausch schaffen. Die Atmosphäre ist familiär, offen und von Wertschätzung geprägt – denn die WGs sollen allem voran und abseits der Pflege ein Zuhause für die Bewohner*innen sein. Besonderheiten wie Pflegebäder, Gärten oder Dachterrassen – abhängig vom jeweiligen Standort – bieten zusätzliche Lebensqualität.

Die pflegerische Betreuung erfolgt durch ein festes Team aus examinierten Fachkräften, das Tag und Nacht anwesend ist. Durch den überdurchschnittlichen Personaleinsatz bei gleichzeitig niedriger Bewohner*innen-Anzahl bleibt genug Zeit für individuelle Zuwendung und gemeinsame Freizeitgestaltung: Durch die enge, individualisierte Betreuung wird der Gesundheitszustand nachweislich positiv beeinflusst oder mindestens aufrechterhalten – Ressourcen zum Umgang mit Stressoren können gezielt gesucht und gefördert werden. Gleiches leistet der ganzheitliche Ansatz in den Pflege-WGs, der in größeren Einrichtungen nicht umsetzbar ist: denn sowohl physische als auch psychische und soziale Faktoren werden hier in der Versorgung berücksichtigt. Alle Belange werden als dynamisch verstanden und unterliegen der permanenten Evaluation und Anpassung an die Rahmenbedingungen. An- und Zugehörige sind jederzeit willkommen – ganz ohne feste Besuchszeiten. Auf diese Weise entsteht ein Pflege-Umfeld, das Sicherheit und Gemeinschaft bietet.

*Die WGs sollen allem voran und abseits der Pflege ein Zuhause für die Bewohner*innen sein.*

1 174 1174 Menschen werden derzeit von der DF in Intensivpflege-Wohngemeinschaften versorgt.

Einblicke: Magna im Haus Birkengrund

EIN NEUES ZUHAUSE MIT VERTRAUTEN GESICHTERN

Als im August die ersten Kisten ins Dachgeschoss des Hauses Birkengrund getragen wurden, war die Stimmung fast feierlich. Für fünf Klient*innen des Pflegedienstes Magna erfüllte sich ein lang gehegter Wunsch: eine eigene Wohngemeinschaft in Hamburg. Manche von ihnen wurden schon seit mehr als vier Jahren von Magna betreut – bislang jedoch an anderen Standorten. Der Umzug bedeutete nicht nur einen Ortswechsel, sondern ein Stück Ankommen: näher bei der Familie, in einem modernen Umfeld, das Sicherheit und Geborgenheit mit Gemeinschaft verbindet.

Heute leben sie in einer Wohngemeinschaft, die Platz für insgesamt acht Bewohner*innen bietet. Großzügige, barrierefreie Zimmer, helle Aufenthaltsbereiche, ein gemütliches Fernsehzimmer und ein einladender Essbereich schaffen eine Atmosphäre, die sowohl Struktur als auch Freiraum ermöglicht. Besonders geschätzt wird der große Balkon, von dem der Blick über die Baumwipfel in Richtung Greifenberg-Park reicht. Der barrierefreie Park liegt nur wenige Schritte entfernt – ideal für Spaziergänge oder kleine Auszeiten in der Natur. Auch ein Einkaufszentrum ist schnell erreicht.

30 Mitarbeiter*innen sorgen im Schichtwechsel für die pflegerische Versorgung, die individuelle Begleitung und die kleine Extra-Aufmerksamkeit zwischendurch. „Im Haus Birkengrund können wir fachlich eng zusammenarbeiten und gleichzeitig ein Zuhause schaffen, das Sicherheit und Lebensqualität verbindet“, sagt Timo Mandel, Personalmanager vom Pflegedienst Magna. Ein Vorteil des Hauses: Sollte sich der Gesundheitszustand verbessern, ist ein Wechsel innerhalb des Gebäudes möglich – etwa in die Senior*innen-WG, die von P+ Hamburg im ersten Obergeschoss betreut wird. Dort steht Selbstständigkeit im Mittelpunkt, während im Untergeschoss die bipG eine weitere Intensivpflege-WG mit zwölf Plätzen versorgt. Gemeinsam bilden die drei Wohngemeinschaften ein lebendiges Beispiel für den Verbundgedanken der DEUTSCHENFACHPFLEGE: verschiedene Versorgungsformen, die sich ergänzen und gemeinsam zeigen, wie vielfältig und zukunftsorientiert Pflege gestaltet werden kann.

*Klientin Ursula Frenz
genießt gemeinsam mit
Pflegerkraft Susanne Mattick
das sommerliche Wetter auf
dem Balkon des Hauses
Birkengrund.*

*Hausleitung Valeriia Chelenko
mit Klientin Alexandra Plump
auf der Terrasse des Fachpflege-
zentrums Haus Lennart*



*Der Klassiker
der pflegerischen
Versorgung wird in der
DEUTSCHENFACHPFLEGE
neu interpretiert.*

*Stationäre Einrichtungen
für Kinder und Erwachsene*

KINDERHÄUSER UND FACHPFLEGEZENTREN

Der Klassiker der pflegerischen Versorgung – in der DEUTSCHENFACHPFLEGE aber natürlich neu interpretiert und weiterentwickelt: die stationären Einrichtungen des Verbundes. Sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene bietet die DF Intensiv- und Beatmungspflege im persönlichen und wohnlichen Umfeld für kleine Bewohner*innen-Gruppen an. In speziell konzipierten Kinderhäusern und Intensiv-Fachpflegezentren für Erwachsene finden Betroffene ein sicheres, altersgerechtes Umfeld, das auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist.

Die Kinderhäuser richten sich an junge Bewohner*innen, sind daher kindgerecht und farbenfroh gestaltet. Neben der Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Pflegefachkräfte stehen pädagogische Fachkräfte bereit, die die kindliche Entwicklung begleiten, soziale Kontakte fördern und die Eltern-Kind-Bindung stärken. Je nach gesundheitlicher Verfassung werden die Kinder in Kindergärten, Schulen oder Ausbildungseinrichtungen begleitet. Ziel ist – wenn möglich – die Rückkehr in die Familie. Deshalb werden An- und Zugehörige behutsam in der Pflege angeleitet.

Erwachsene finden in den Intensiv-Fachpflegezentren der DF ein neues Zuhause. Die Einrichtungen bieten neben der pflegerischen 24-Stunden-Versorgung Gemeinschaft und Lebensqualität. Einzelzimmer mit eigenem Bad in Kombination mit gemeinschaftlich nutzbaren Bereichen wie Pflegebädern, Gärten oder Dachterrassen schaffen einen Lebensraum, der auf die Bedürfnisse erwachsener Menschen abgestimmt ist.

Unabhängig vom Alter der Menschen, die sich der DEUTSCHENFACHPFLEGE anvertrauen: Besondere Vorteile dieser stationären Einrichtungen sind u. a. die Möglichkeit der schnellen Aufnahme, die vergleichsweise kostengünstige Versorgungsform – sowohl für Betroffene, ihre An- und Zugehörigen als auch für die Kostenträger – und optimierte Versorgungspfade. Hier spielt die enge Kooperation mit Partnerkliniken und Fachärzt*innen sowie therapeutische Konditionierung eine entscheidende Rolle, um Klient*innen mit erkennbarem, aber noch nicht ausreichendem Weaning-Potenzial gezielt auf eine mögliche spätere Rückverlegung in eine spezialisierte Weaning-Einheit zur Dekanülierung vorzubereiten. Die stationären Einrichtungen des Verbundes zeigen damit, dass Intensiv- und Beatmungspflege zielgruppengenau, mit der Sicherheit einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung und gleichzeitig in einem wohnlichen Umfeld stattfinden kann.



Einblicke: Haus Lennart

GANZ VIEL LEBEN

Im östlichen Zipfel Bremens, nah am Grüngürtel der Hansestadt und doch besonders zentral gelegen, gibt es seit 2024 das Haus Lennart – eine stationäre Einrichtung für 17 intensiv- und beatmungspflichtige Menschen. Sie teilt sich ein Gebäude mit anderen Dienstleistern: unter anderem dem Ortsamt, einer Bäckerei, einer Pizzeria, einer Kita mit Spielplatz auf dem Dach und dem Martinsclub, einem Verein, der sich für Menschen mit Beeinträchtigungen einsetzt. So ergibt sich ein buntes Umfeld, von dem alle Ansässigen profitieren. „Das Quartier hat eine riesige Bedeutung, wir wussten vorher gar nicht, wo wir da hinziehen“, berichtet Bereichsleitung Stine Lessner. Neben diesem Angebot innerhalb des Gebäudes gibt es in unmittelbarer Nähe zusätzlich diverse Einkaufsmöglichkeiten, Gastronomie und Verkehrsanbindung. „Vor allem von den An- und Zugehörigen wird diese zentrale Lage gerne genutzt“, erklärt Pflegedienstleitung Sabine Ahlden.

Haus Lennart ist zwar faktisch ein außerklinisches Intensiv-Fachpflegezentrum, also eine stationäre Einrichtung, erinnert aber wenig an eine „Station“. Das hat die **DF** ganz bewusst so konzipiert, denn das Haus Lennart soll ja in erster Linie ein Zuhause für seine Bewohner*innen sein. Zwei große Terrassen Richtung Norden und Süden, ein großer Aufenthaltsbereich mit Fernsehcke und Essbereich und Einzelzimmer mit eigenem Bad – alles ist hell und farbenfroh gestaltet. Spaß gehört hier zum Alltag. Bewohner*innen und Pflegekräfte legen großen Wert auf gemeinschaftliche Aktionen. „Wir veranstalten zum Beispiel regelmäßig ein Frühstück mit Pflegekräften und Klient*innen. Eine Bewohnerin steht eigens dafür auf, was sie sonst nicht tut“, so Hausleitung Valeriia Chelenko. „Außerdem gab es kürzlich ein gemeinsames Backen bei lauter Partymusik. Die Bewohner*innen haben das richtig gefeiert“, schwärmt sie.

Zusätzlich dazu werden individuelle Vorlieben und Potenziale selbstverständlich gefördert: Eine Bewohnerin lebt ihre Leidenschaft zum Gärtnern auf der großen Terrasse aus, eine andere konnte innerhalb kurzer Zeit von Sondennahrung auf orale Kost umgestellt werden. „Jetzt freut sie sich immer auf ihre Chicken Nuggets, die sie allem anderen vorzieht“, schmunzelt die Hausleitung. Ein Bewohner ist bereits aus der Einrichtung ausgezogen, weil er erfolgreich von der Beatmung entwöhnt und dekanüliert werden konnte. Viele kleine und große Erfolge also innerhalb weniger Monate des Bestehens von Haus Lennart. „Ja, es ist hier in sehr kurzer Zeit schon unheimlich viel passiert“, resümiert Stine Lessner.



Hausleitung
Valeriia Chelenko

„**Unsere Bewohnerin Ursula Kurz geht hier ihrer Leidenschaft zum Gärtnern nach.**“

On Campus

GRENZEN ÜBERWINDEN

„Aus den Augen, aus dem Sinn“ – so ist es lange Zeit gewesen an der Grenze zwischen klinischer und außerklinischer Intensivversorgung. Größtenteils ist das auch heute noch der Status quo. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE hat großes Interesse daran, diese Grenze aufzuheben und damit die Vorteile beider Welten der Versorgung intensivpflegebedürftiger Menschen zum Nutzen aller Beteiligten in einem System zu vereinen: mit On-Campus-Versorgungen für Intensiv- und Beatmungspflege.

Was sind On-Campus-Versorgungen?

Es handelt sich um ein Pflegeangebot des Verbundes auf dem Klinikgelände in Form von stationären Einrichtungen oder ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Zusätzlich zu der reinen Intensiv- und Beatmungspflege ermöglicht die räumliche Nähe eine enge Zusammenarbeit mit den Kliniken. Diese kooperative Art der Intensivversorgung ist äußerst zukunftsfähig, bisher aber wenig etabliert am Markt.

Was sind die Vorteile?

On-Campus-Versorgungen schaffen Nähe – räumlich, menschlich und in der Zusammenarbeit. Daraus ergeben sich viele Vorteile für alle Beteiligten: die Klient*innen, die Kliniken, Kostenträger und natürlich auch für die DEUTSCHEFACHPFLEGE.

Klient*innen

✓ Überleitung von der klinischen in die außerklinische Versorgungsform: Die Verlegung kann schneller als üblich und mit logistisch deutlich geringerem Aufwand durchgeführt werden, weil ein klassischer Krankentransport entfällt. Dies gilt natürlich auch in die andere Richtung – wenn also nach der Entlassung doch wieder ein Klinikaufenthalt notwendig wird.

✓ Vollumfängliche, intensivere Betreuung und medizinisch bessere Versorgung: Vor Ort gibt es eine*n Atmungstherapeut*in und der Zugriff auf Ärzt*innen ist durch die Klinik-anbindung direkter. Außerdem haben Dialysepatient*innen kürzere Wege.

✓ Bridging und therapeutische Konditionierung: Bei Klient*innen, bei denen kein Weaning-Potenzial, also Potenzial zur Beatmungsentwöhnung, erkennbar ist oder eine erfolgreiche Entwöhnung vorerst nicht realisierbar erscheint, bleibt weiterhin die Notwendigkeit einer intensivüberwachungspflichtigen Betreuung bestehen. In solchen Fällen wird ein sogenanntes Bridging durchgeführt. Bridging dient primär dazu, die Wartezeit bis zur Verlegung in eine weitere Versorgungsform zu überbrücken und dadurch die Klinik zu entlasten.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE gewährleistet dabei – auch im Rahmen ihrer On-Campus-Versorgungen – eine langfristige, an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete medizinische und pflegerische Betreuung der betroffenen Personen. Da sich der gesundheitliche Zustand im Verlauf der Behandlung verbessern kann, erfolgt eine kontinuierliche Reevaluation des Weaning-Potenzials – über die gesetzlichen Vorgaben hinaus – in enger Zusammenarbeit mit Fachärzt*innen und dem Fachteam für medizinische Behandlungspflege (FmB).

Entwickelt sich im Zeitverlauf ein erkennbares Weaning-Potenzial, wird der Fokus auf eine therapeutische Konditionierung gelegt. Unter therapeutischer Konditionierung versteht man die gezielte Vorbereitung von Klient*innen mit erkennbarem, aber noch nicht ausreichendem Weaning-Potenzial auf eine mögliche spätere Rückverlegung in eine spezialisierte Weaning-Einheit zur Dekanülierung. Durch diese Maßnahme kann die außerklinische intensivmedizinische Versorgung schrittweise reduziert werden.

Eine Kombination beider Ansätze ist möglich: So können Betroffene zunächst im Rahmen des Bridgings versorgt werden, während parallel mit der therapeutischen Konditionierung begonnen wird – sofern bereits Weaning-Potenzial erkennbar ist. Während des gesamten Prozesses verbleiben die betroffenen Personen in einer intensivüberwachungs-

pflichtigen Versorgungsstruktur. Erst nach erfolgreicher Konditionierung und abgeschlossenem Weaning kann eine Überführung in eine Versorgungsform außerhalb der außerklinischen Intensivpflege erfolgen.

✓ In Würde wohnen und leben: Auch mit Nähe zur Klinik ist ein selbstbestimmtes und sozialorientiertes Leben möglich – inklusive wohnlicher Umgebung.

Kliniken

✓ Schnellere Verlegungsmöglichkeiten: Die Krankenkassen sind vorab informiert und die Schwellen niedriger. Daher kann die DF die Patient*innen aus der Klinik zügig übernehmen.

✓ Enge medizinische Betreuung: Zurückweisungen in die Klinik, wenn sie notwendig werden, sind einfacher. Ebenso bei Weaning-Potenzial sind die Wege der Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung unkomplizierter.

✓ Zusätzliche finanzielle Einnahmequellen: Durch die Vermietung leerstehender Klinikgebäude an die DF und die fachärztliche Abdeckung der DF-Versorgungen eröffnen sich den Kliniken neue Ertragsmöglichkeiten.

✓ Nutzung von Know-how: Kliniken können von der technologischen Innovationskraft des Branchenführers der Pflege direkt profitieren.

Kostenträger

✓ Ausbau des außerklinischen (stationären) Angebotes: Eine größere Vielfalt an Versorgungsformen ermöglicht eine an die Bedarfe angepasste Pflege.

✓ Effizientere Fallsteuerung zur Optimierung der Behandlungskosten: Betroffene können früher in außerklinische Versorgungsformen verlegt werden.

✓ Gezielte Rückzugspflege: Durch weiterhin optimale Personaleinsatzschlüssel und in enger Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen können Klient*innen sowie An- und Zugehörige unabhängiger vom Pflegedienst werden.

DEUTSCHEFACHPFLEGE

✓ Hoher Qualitätsstandard: Durch fachärztliche Kooperationen kann der Anspruch des Verbundes auf Qualitätsführerschaft aufrechterhalten und ausgebaut werden.

✓ Gemeinsame Nutzung personeller Ressourcen: Die flexible Zusammenarbeit zwischen Mitarbeiter*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE und der Klinik erfolgt auf vertraglicher Grundlage, da es sich um zwei unterschiedliche Arbeitgeber handelt. Mittels Kooperationsvertrag arbeiten die Mitarbeiter*innen beider Einrichtungen gemeinsam, wodurch Synergieeffekte optimal genutzt werden können. Alternativ kann die Zusammenarbeit über individuelle Anstellungsverhältnisse, beispielsweise Minijob-Verträge, realisiert werden.

Die On-Campus-Versorgungen der DEUTSCHENFACHPFLEGE sind ein wegweisendes Beispiel der zukunftsgerichteten Ausrichtung ihrer Arbeit: Mit ihnen optimiert die DF das Langzeit-Weaning und schafft Versorgungsstrukturen in kliniknaher Struktur, die sich an den Klient*innen orientieren. Gleichzeitig baut sie für maximale Sicherheit und einen optimalen Informationsaustausch mit den Fachärzt*innen ihren Frühwarn-Regelkreis und die telemedizinischen Lösungen weiter aus.

On-Campus-Versorgungen schaffen Nähe – räumlich, menschlich und in der Zusammenarbeit.

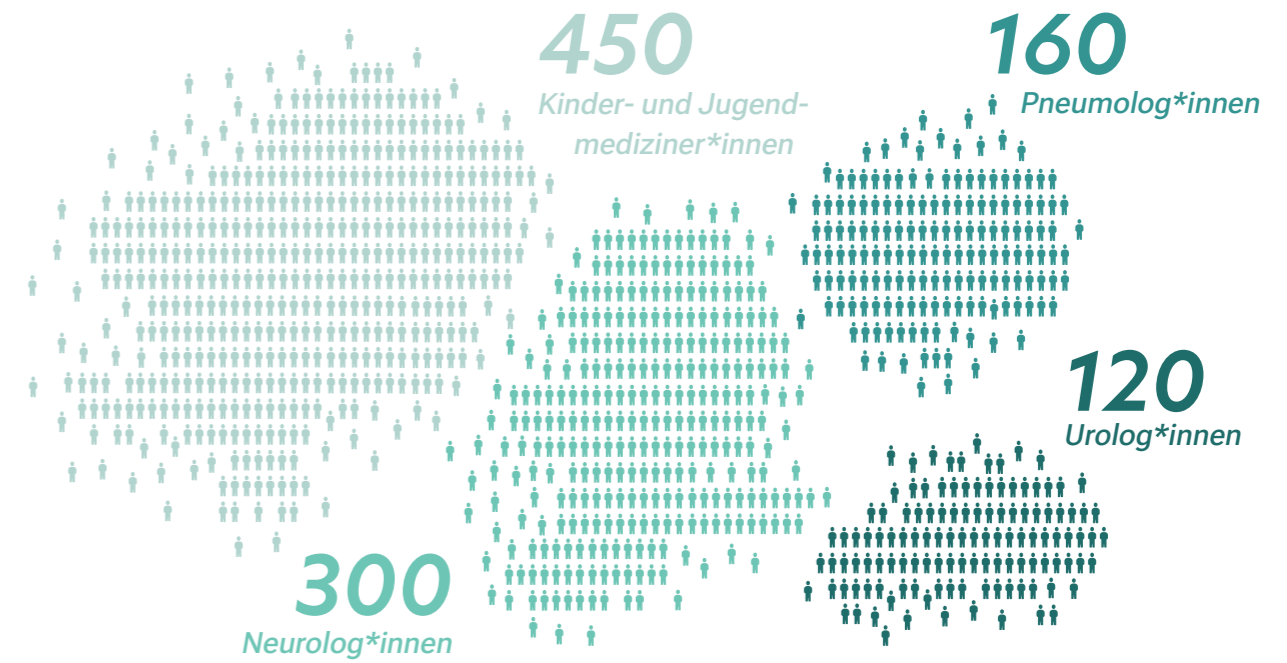
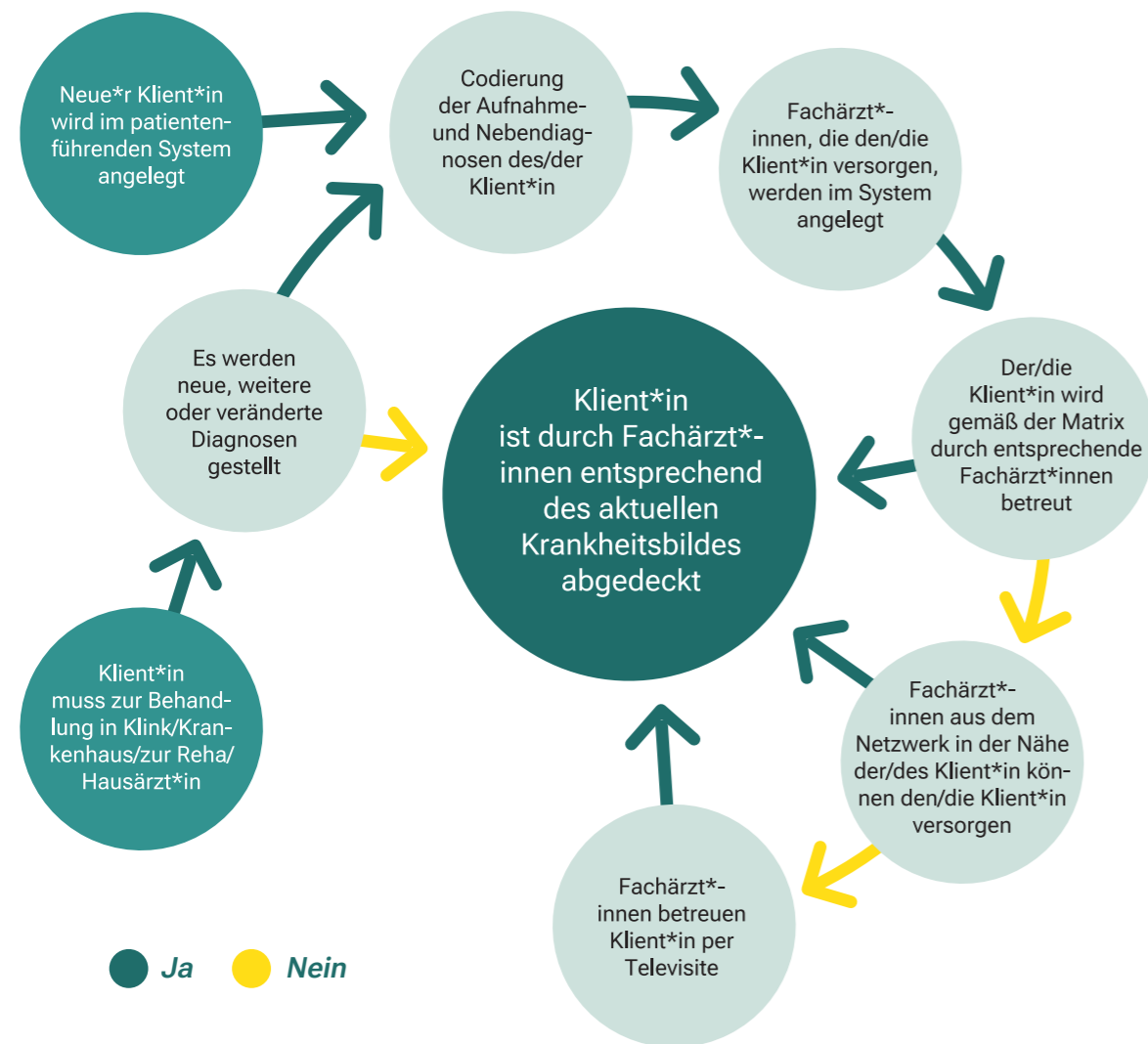
Fachärzt*innen-Netzwerk

TRANSPARENZ DER ABDECKUNG

Den Grundstein legt das GKV-IPReG: Als die Einführung von Gesetz und Richtlinien absehbar ist, entsteht ein Bedarf, den es zu analysieren gilt: Sind alle Intensivklient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE mit Fachärzt*innen versorgt, die eine Potenzialerhebung durchführen dürfen? Diese Analyse ist wichtig, damit transparent wird, wo es Versorgungslücken gibt, denn: Ohne Potenzialerhebung keine Verordnung außerklinischer Intensivpflege – und auf die sind Menschen mit Intensivpflegebedarf dringend angewiesen. Bereits vor drei Jahren hat sich der Verbund in kürzester Zeit in die Lage versetzt, alle perspektivischen Anforderungen rund um dieses Thema zu erfüllen und hat es seither gezielt entwickelt – auf Therapienetzwerke und Klinikkooperationen erweitert, um allen Klient*innen (ganz gleich, wo in Deutschland) ein Expert*innen-Team zur Seite stellen zu können.

Schnell zeigt sich, dass die Fachärzt*innen-Abdeckung auch außerhalb des GKV-IPReG-Kontextes Relevanz hat und letztendlich einen wichtigen Beitrag zur ganzheitlichen, qualitativ hochwertigen Versorgung von Intensiv- und Beatmungsklient*innen leistet. Der Verbund treibt die Analyse also weiter voran, um hundertprozentige Transparenz zu gewährleisten, welche*r Klient*in im Verbund mit welchen Diagnosen welche Fachärzt*innen an der Seite hat.

In der DF gibt es eine definierte Entscheidungsmatrix, welche Diagnosen welche Fachärzt*innen-Betreuung im Idealfall erfordern.



FACHÄRZT*INNEN PRO KLIENT*INNEN



Obenstehende Grafik zeigt die Anzahl einiger beispielhaft ausgewählter Fachärzt*innen der über 20 Fachrichtungen, mit denen die DEUTSCHEFACHPFLEGE zusammenarbeitet. Insgesamt ist jede*r Klient*in der DEUTSCHENFACHPFLEGE im Schnitt mit über drei Fachärzt*innen versorgt. Die Abdeckung mit Fachärzt*innen pro Klient*in steigt seit 2023 stetig an.

Mittlerweile ergeben sich nützliche Querverbindungen zu weiteren Daten, die die DEUTSCHEFACHPFLEGE standardmäßig erhebt. Die Verlinkung zur Codierung der Aufnahmegründe und Nebendiagnosen (Seite 44 und 45) zeigt sich als logischer nächster Schritt der Analyse, die der Verbund mit seinem medizinischen Berater PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld durchführt:

Welche Diagnosen machen welche Fachärzt*innen notwendig?

Wie steht das im Verhältnis zum vorhandenen Ärzt*innen-Netzwerk des Verbundes?

Haben alle Klient*innen der DF die Fachärzt*innen, die zu ihren Erkrankungen passen? Durch die besagte Codierung der Aufnahmegründe und Nebendiagnosen hat die DF ein umfassendes Bild ihrer Klient*innen. Nebendiagnosen können entscheidend für eine zielgerichtete Behandlung sein – auf diese Weise kann schließlich passgenauer festgelegt werden, welche Fachärzt*innen für welche*n Klient*innen notwendig sind. Und genau darum geht es ja bei der Erfassung, Analyse und Verlinkung der Daten: Konkrete und individuell abgestimmte Maßnahmen im Einzelfall zu ergreifen und das Netzwerk für eine hundertprozentige Abdeckung lückenlos zu stricken – damit die Leistung der DEUTSCHENFACHPFLEGE immer präziser werden kann und die Klient*innen mit ihren komplexen intensivpflegerischen Bedarfen vollumfänglich sowohl pflegerisch als auch medizinisch versorgt sind.

100 100 % der von der DF gepflegten Kinder und Jugendlichen werden durch mindestens eine*n Kinder- und Jugendmediziner*in versorgt.

Klient Timon mit Mutter
Stephanie Hagenlücke
auf dem eigenen Hof



GKV-IPReG-ThinkTank

GESPRÄCHSBEDARF

Seit nunmehr fünf Jahren gibt es den GKV-IPReG ThinkTank, eine Interessenvertretung der Menschen mit Intensivpflegebedarf. Diesen hatte die **DF** im September 2020 ins Leben gerufen. Weiterhin trifft sich die Gruppe, die Christoph Jaschke, Dr. Maria Panzer und Dr. Lena Panzer-Selz moderieren, virtuell alle 14 Tage. Obwohl das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz GKV-IPReG sowie die daraus folgenden untergesetzlichen Regelungen in Kraft sind, ist der Informations- und Gesprächsbedarf weiterhin hoch. So öffnet sich die Versorgungslücke vor allem bei Kindern, aber auch Erwachsenen, die Intensivversorgungsbedarf ohne die Notwendigkeit einer Beatmung haben, immer weiter. Innerhalb des GKV-IPReG ThinkTanks haben sich inzwischen zum Teil sehr vertrauensvolle Beziehungen zwischen den Menschen mit Intensivpflegebedarf, An- und Zugehörigen sowie Vertreter*innen aus Selbsthilfe, Fachverbänden, Medizin, Wissenschaft, Medizintechnik, Pflege und Therapie entwickelt. Und dies macht den GKV-IPReG ThinkTank so besonders.

Für den 17. Dezember 2024 hatten der GKV-IPReG ThinkTank, der MAIK Kongress sowie die **DF** zu einem „Update AKI 2024“ in Form einer Online-Diskussionsrunde via Zoom eingeladen. Auf dem virtuellen Podium waren Michael Weller, damaliger Leiter der Abteilung 2 (Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung) im Bundesministerium für Gesundheit, Dr. Andreas Krokotsch vom Medizinischen Dienst Nord, die Peer Counselor Maria-Cristina Hallwachs und Markus Behrendt vom IntensivLeben – Verein für beatmete und intensivpflichtige Kinder und Jugendliche e. V. Moderiert wurde die gut besuchte Diskussionsrunde von Sebastian Lemme, SVH Forum Gehirn e. V., und Christoph Jaschke. Unter anderem ging es um die Frage, wo die AKI aktuell steht und wie sich Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivversorgung, ihre An- und Zugehörigen und die Leistungserbringer Gehör verschaffen können. Als eines der größten Probleme wurde die Potenzialhebung und die Suche nach dazu berechtigten Fachärzt*innen benannt. Bis dato gab es rund 130 Treffen des ThinkTanks mit öffentlichen Gesprächsrunden unter anderem auf dem CUWI „CNI Unsere Workshoptage für außerklinische Intensivpflege“ am 13. und 14. März 2025 sowie im Rahmen der Tagung „Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder“ in Ulm/Seligweiler.

Rückzugspflege

DER WEG ZUR EIGENSTÄNDIGKEIT

Pflegebedürftigkeit muss nicht zwingend bleibend sein: Unter bestimmten Umständen ist es möglich, dass Pflegebedürftige schrittweise wieder mehr Eigenständigkeit gewinnen oder An- und Zugehörige die Versorgung übernehmen. Die **DEUTSCHEFACHPFLEGE** schafft ganz gezielt ein Umfeld für Rückzugspflege, begleitet und unterstützt damit auf dem Weg in die Unabhängigkeit vom Pflegedienst. Wenn der Pflegedienst über alle Eventualitäten und Möglichkeiten aufgeklärt hat und Betroffene sich selbst, das soziale Umfeld sowie ihre soziale Situation dazu in der Lage sehen, kann mit einer Rückzugspflege gestartet werden – sich das zuständige Pflegeteam also Schritt für Schritt zurückziehen.

Ziel ist es, Pflegebedürftigen sowie An- und Zugehörigen zu mehr Unabhängigkeit zu verhelfen – sei es durch eine teilweise oder vollständige Übernahme der Pflege durch das (familiäre) Umfeld. Dabei stehen die Pflegefachkräfte der **DF** den Klient*innen sowie ihren An- und Zugehörigen eng zur Seite, leiten sie behutsam an und geben ihnen die nötige Sicherheit für den neuen Pflegealltag. Auf diese Weise entsteht Vertrauen in die eigene Kompetenz. In der Intensiv- und Beatmungspflege ist der Prozess bedingt durch die Grunderkrankung der Betroffenen deutlich komplexer als in der Alten- und Krankenpflege: Hier hängt erfolgreiche Rückzugspflege unmittelbar mit Beatmungsentwöhnung, Dekanülierung und dem Krankheitsverlauf zusammen. Umso wichtiger ist ein stabiles soziales Umfeld. Gelingt der Rückzug erfolgreich, entsteht Raum für Normalität – und damit ein Leben im Familienkreis und die Rückkehr zu mehr Privatsphäre.

Vorteile der Rückzugspflege und Einbeziehung von An- und Zugehörigen auf einen Blick

- ✓ Erhalt der Selbstständigkeit: Durch den gezielten Verzicht auf unnötige Unterstützung werden vorhandene Fähigkeiten länger erhalten.
- ✓ Stärkung der Selbstwirksamkeit: Die Betroffenen erleben, dass sie selbst Einfluss auf ihr Leben haben – ein wesentlicher Faktor für psychische Stabilität und Lebensqualität.
- ✓ Reduktion von Pflegeabhängigkeit: Weniger Unterstützung bedeutet nicht weniger Fürsorge – sondern passgenaue, bedarfsorientierte Hilfe.
- ✓ Wertschätzung individueller Ressourcen: Die Pflegekraft tritt zurück, wann immer möglich, um Raum für persönliche Autonomie zu schaffen.
- ✓ Kontinuität und emotionale Stabilität: An- und Zugehörige kennen die Lebensgeschichte, Gewohnheiten und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person am besten. Ihre Nähe kann Orientierung geben und Ängste mindern.
- ✓ Stärkung des Vertrauens: Wenn An- und Zugehörige als Teil des Pflegeprozesses wahrgenommen werden, fördert dies Offenheit, gegenseitiges Verständnis und die Kooperationsbereitschaft.
- ✓ Entlastung des Pflegesystems: Die Unterstützung durch An- und Zugehörige, sei es praktisch oder emotional, ergänzt professionelles Handeln sinnvoll und stärkt das Versorgungsnetz.

11 Bei 11 % der Klient*innen konnte im Berichtszeitraum erfolgreich Rückzugspflege durchgeführt werden bzw. lag Potenzial für Rückzugspflege vor.



Marion Eich
Angehörige

„ So kann ich meiner Tochter das Einzige schenken, das ich ihr noch geben kann: meine Fürsorge und meine Zeit. “

Marion Eich ist Mutter einer von der DEUTSCHENFACHPFLEGE versorgten Klientin. Ihre Tochter Laura hat vormals in einer Intensivpflege-WG des Verbundes gelebt und konnte auf Wunsch der Familie wieder in ihr Elternhaus zurückkehren. Dafür wurde Marion Eich in der Pflege angeleitet. Jetzt kann sie einen Teil der Betreuung selbst übernehmen und auf diese Weise mehr Zeit mit ihrer Tochter verbringen. Beide sind im aktuellen DF-Film „Klient*innen-Reise“ zu sehen.



Gastbeitrag

QUALITY TIME

Es ist Freitagmorgen – endlich. Ja sicher, das Wochenende ist greifbar nahe, aber auf den Freitag freue ich mich aus einem anderen Grund schon während der ganzen Woche: Freitag ist nämlich Laura-Tag, oder Mama-Tochter-Tag. Laura ist meine Tochter, 22 Jahre alt, an juveniler Chorea Huntington erkrankt und schon seit fast vier Jahren im finalen Stadium angekommen. Sie ist zu eigenständigen Bewegungen nicht mehr in der Lage, atmet durch eine Trachealkanüle, wird über einen Zugang in ihren Magen (PEG) mit Flüssigkost ernährt und braucht rund um die Uhr (24/7) pflegerische Betreuung. Nachdem sie infolge einer Lungenentzündung 2021 in diesen Zustand gekommen ist, hat sie zunächst in der Intensivpflege-WG Christopher-Haus in Münster gelebt. Wie gut sie dort versorgt wurde!

Dennoch haben mein Mann und ich emsig unseren Plan verfolgt, eines Tages wieder mit Laura unter einem Dach leben zu können. Und tatsächlich: im Herbst 2023 konnte Laura wieder zu uns in unser neu gebautes Haus ziehen. Sie hat eine eigene, an ihre Bedürfnisse angepasste Einliegerwohnung, in der sie rund um die Uhr von einem Intensivpflegedienst betreut wird. Niemals wäre es mir neben meiner Berufstätigkeit möglich gewesen, Laura komplett allein zu versorgen. Auch fehlt mir bei ihrem Zustand das Fachwissen und die Sicherheit, um allein die Verantwortung übernehmen zu wollen. Von Anfang an haben die Pflegekräfte uns gut in alle Entscheidungen einbezogen. Mit allen haben wir ein sehr gutes Verhältnis. Die Pflege läuft wie von selbst und wir müssen nur eine Tür weitergehen, um Laura morgens zu begrüßen, nach der Arbeit bei ihr eine Tasse Kaffee zu trinken oder abends gute Nacht zu sagen.

Und dann wurde mir auch noch die Erfüllung dieses Wunsches ermöglicht: einen ganzen Tag in der Woche mit Laura Zeit zu verbringen, nur wir beide, nur Mutter und Tochter – Quality Time. Das war schon eine Herausforderung: Was muss ich alles bei diesen tausend Medikamenten beachten? Kann man die alle gleichzeitig geben? Was mache ich, wenn sie erbricht? Was, wenn sie sich die Trachealkanüle zieht? Wie soll ich handeln, wenn die Sauerstoffsättigung abfällt? Das alles haben mir die Pflegerinnen und Pfleger erklärt, mir die Angst genommen und mich unterstützt. Mittlerweile kann ich die Freitage bei Laura ganz entspannt genießen. Ich habe die pflegerischen Handgriffe gelernt und weiß, wie ich sie mobilisieren kann. So können wir gemeinsam am Familien-Frühstückstisch sitzen, Spaziergänge machen oder uns auf der Terrasse die Sonne auf den Bauch scheinen lassen.

Natürlich bin ich jetzt keine „Intensivpflegerin light“. In echten Krisensituationen wäre ich auf professionelle Hilfe angewiesen. Aber die habe ich im Hintergrund. Über die Rufbereitschaft ist ständig eine Fachpflegekraft erreichbar. Bei Fragen oder Unsicherheiten habe ich immer einen Ansprechpartner. So fühle ich mich sicher genug, meine Tochter versorgen zu können. Heute nun ist endlich wieder Freitag, und ich kann Laura das Einzige schenken, das ich ihr noch geben kann: meine Fürsorge und meine Zeit. Und heute Nachmittag gibt es Eis durch die PEG.



Marion Eich
mit Tochter Laura
in ihrem Garten

Genau deshalb

ZAHLEN DER INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE

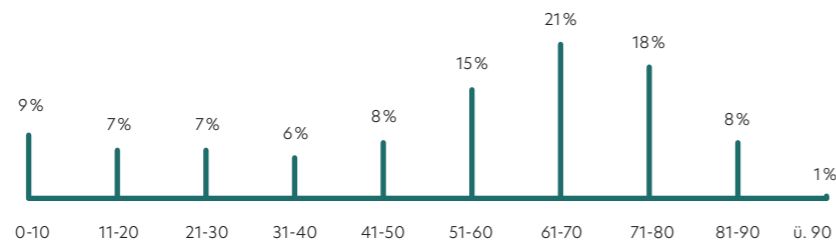
Bei allem, was die DEUTSCHEFACHPFLEGE tut, geht es um die Menschen, die ihre Unterstützung brauchen. Und es zeigt sich, dass das ganzheitliche Engagement des Verbundes und der einzelnen Mitarbeiter*innen Früchte trägt: In Zahlen und Fakten genauso wie in besonderen Geschichten.

KLIENT*INNEN-ANZAHL INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE



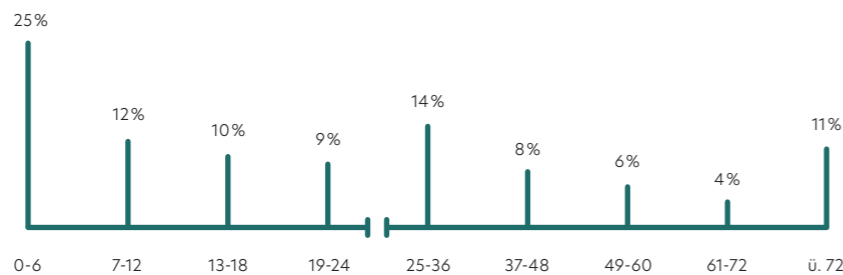
52,7

ALTERSVERTEILUNG IN JAHREN



31,8

VERSORGUNGSDAUER IN MONATEN



Seit 2023 ist das durchschnittliche Alter der Intensivklient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE um deutlich mehr als ein Jahr angestiegen. Ebenso steigt die durchschnittliche Versorgungsdauer dieser Menschen an. Es zeigt sich also, dass es dem Verbund mit hochwertiger Pflege stetig besser gelingt, dass trotz steigender Komplexität der Erkrankungen die Klient*innen länger in der DF bleiben.

Qualifikationen der Intensivpflegekräfte in der DF

QUALITÄT DURCH QUALIFIZIERUNG

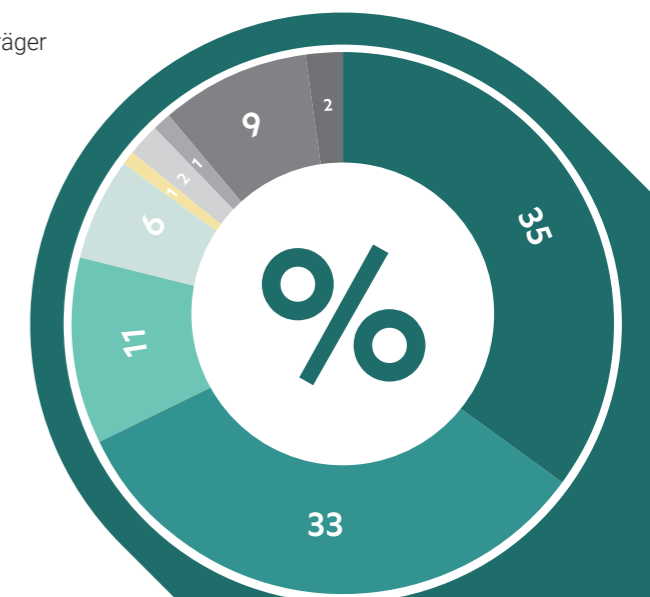
Insgesamt sind rund 9 000 Mitarbeiter*innen der DF in der Intensiv- und Beatmungspflege tätig. Der Unterschied der Summe der Mitarbeiter*innen-Anzahl, die sich aus der Summe der Zeilen 1 bis 3 ergeben, zur Gesamt-Mitarbeiter*innen-Anzahl ergibt sich aus denjenigen, die aktuell den Basiskurs absolvieren.



LEISTUNGSTRÄGER

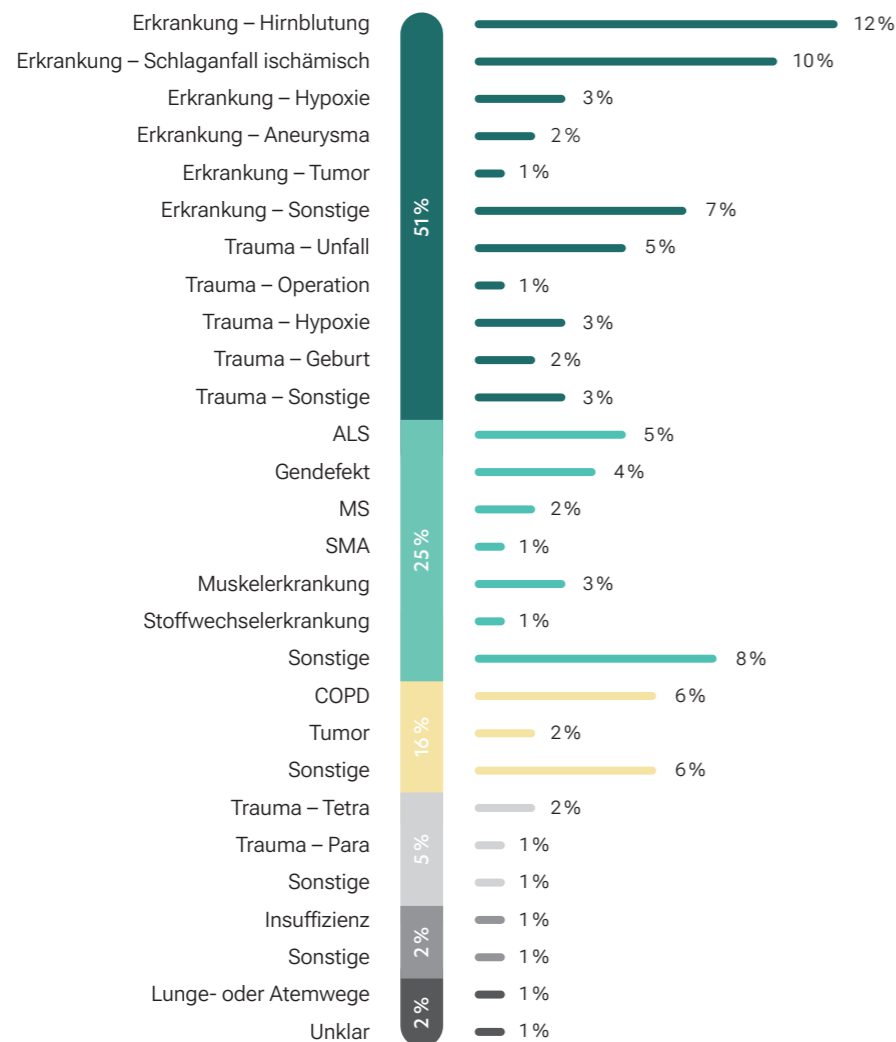
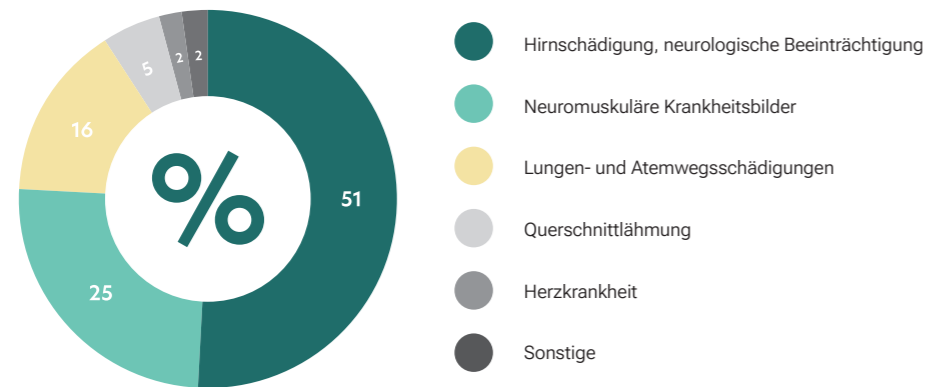
Bei diesen Leistungsträgern sind die Intensiv-Klient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE versichert. Diese Verteilung entspricht annähernd der aus dem Vorjahr.

- GKV Ersatzkassen
- GKV Allgemeine Ortskrankenkassen
- GKV Betriebskrankenkassen
- GKV Innungskassen
- GKV Knappschaft
- DGUV Unfallkasse / BG / Komm. Unfallvers.-Träger
- GKV Landwirtschaftliche Krankenkasse
- PKV / Selbstzahler*innen
- Sonstige Kostenträger (Sozialamt)



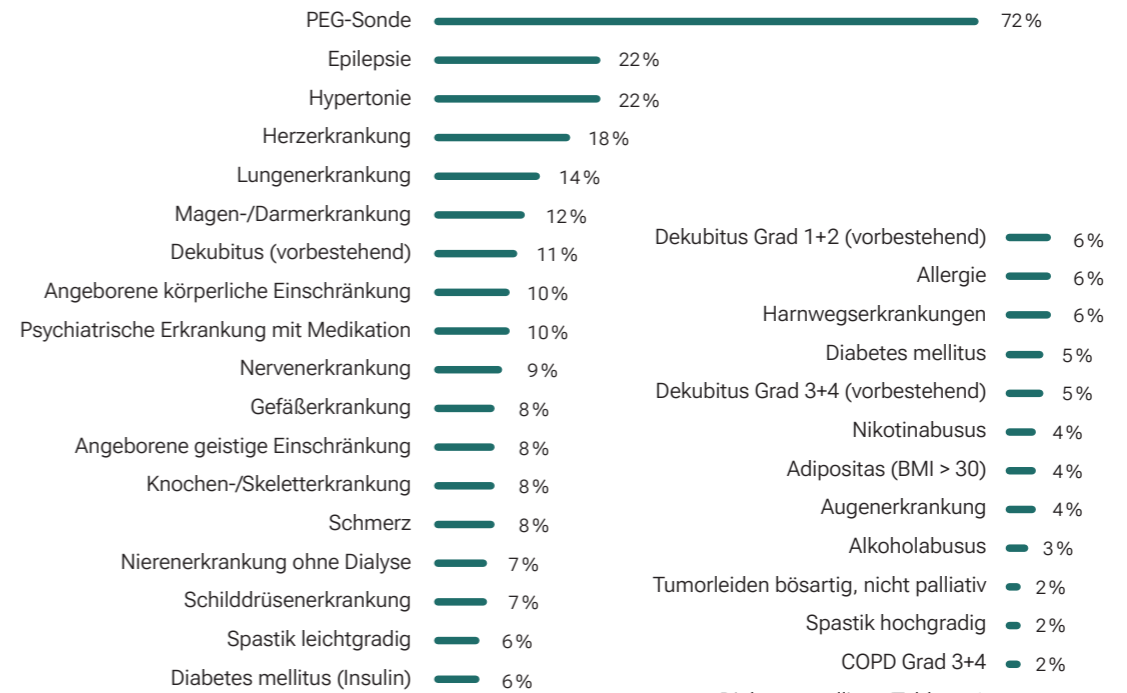
AUFNAHMEGRÜNDE

Die Aufnahme Gründe sind die Ursache für Intensivpflegebedürftigkeit. Sie werden seit 2022 in der DEUTSCHEN-FACHPFLEGE erhoben und zeigen sich in ihrer Verteilung relativ stabil – mit Hirnschädigungen und neuromuskulären Erkrankungen (vor allem ALS und Gendefekte) als Großteil der Aufnahmegründe.



NEBENDIAGNOSEN

Nebendiagnosen allein führen nicht zur Intensivpflegebedürftigkeit. Daher werden sie in der Dokumentation von den Aufnahmegründen getrennt. Sie werden erhoben, weil sie entscheidend für den Pflegeaufwand sind – denn pro Klient*in aufsummiert beschreiben sie zusätzlich den Umfang des Krankheitszustands der Betroffenen. Der Anstieg der Nebendiagnosen in den letzten zwei Jahren zeigt, dass die Komplexität der Klient*innen, die sich der DEUTSCHENFACHPFLEGE anvertrauen, stetig steigt.



3,5

Die Nebendiagnosen pro Klient*in sind von 1,9 im Jahr 2022 stark angestiegen auf 3,5 im Jahr 2024. In diesem Jahr hält sich diese Quote stabil. Die Menschen, die in die DF kommen, werden demnach stetig kränker. Gleichzeitig wird die Dokumentation des Verbundes immer genauer.

ANZAHL NEBENDIAGNOSEN PRO KLIENT*IN



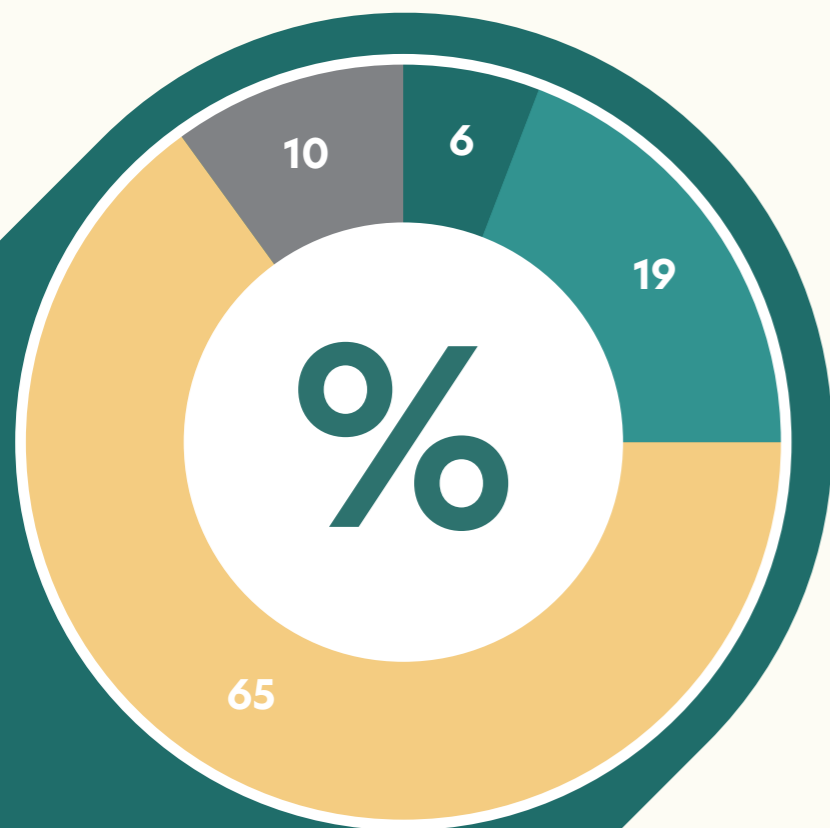
ENTWÖHNUNGSPOTENZIAL IN ZAHLEN

POTENZIAL FÜR ENTWÖHNUNG BZW. DEKANÜLIERUNG GEMÄSS GKV-IPREG

(Basis sind Ergebnisse gemäß GKV-IPReG-Begutachtung Formular 62)

Bei einem Großteil der Klient*innen in der Intensiv- und Beatmungspflege liegt weder Potenzial zur Beatmungsentwöhnung noch zur Dekanülierung vor. In der DEUTSCHENFACHPFLEGE sind dies 65 %. Der Anteil der Klient*innen mit Potenzial setzt sich aus solchen zusammen, die Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und/oder Dekanülierung vorweisen (6 %) und solchen, bei denen perspektivisch Potenzial vorliegt (19 %). 10 % der Klient*innen sind weder beatmet noch kanüliert.

Klient*innenverteilung gesamt in %



	EV* in %	WG* in %	Gesamt in %
1 Es liegt Potenzial zur Beatmungsentwöhnung vor	13 2 %	16 2 %	29 2 %
2 Es liegt Potenzial zur Dekanülierung vor	8 1 %	24 3 %	32 2 %
1+2 Es liegt Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung vor	2 0 %	11 1 %	13 1 %
3 Es kann perspektivisch Potenzial zur Beatmungsentwöhnung vorliegen	15 3 %	31 4 %	46 4 %
4 Es kann perspektivisch Potenzial zur Dekanülierung vorliegen	46 8 %	101 13 %	147 11 %
3+4 Es kann perspektivisch Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung vorliegen	17 3 %	33 4 %	50 4 %
5 Kein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung	72 13 %	26 3 %	98 7 %
6 Kein Potential zur Dekanülierung	99 18 %	279 36 %	378 29 %
5+6 Kein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und zur Dekanülierung	162 30 %	219 29 %	381 29 %
7 Klient*in ist nicht beatmet und nicht kanüliert	110 20 %	25 3 %	135 10 %
GESAMTERGEBNIS	544 100 %	765 100 %	1309 100 %

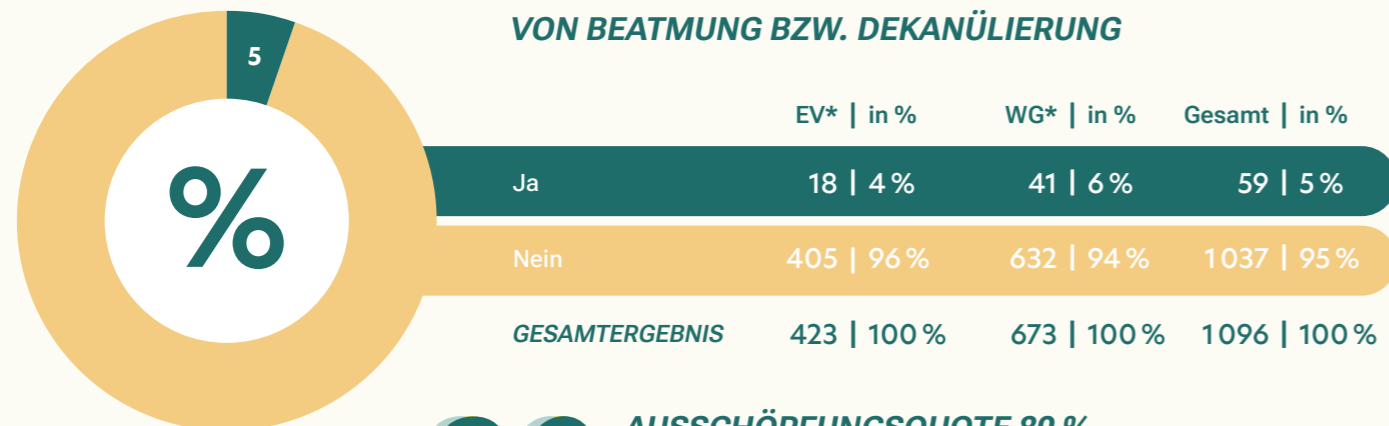


Rund 6 % der Klient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE haben Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. zur Dekanülierung. Weitere 19 % bieten perspektivisch ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung. Mit 65 % weist der Großteil kein Potenzial auf.

EV = Einzelversorgung, WG = Wohngemeinschaft

WEANING UND RÜCKZUGSPFLEGE IN ZAHLEN

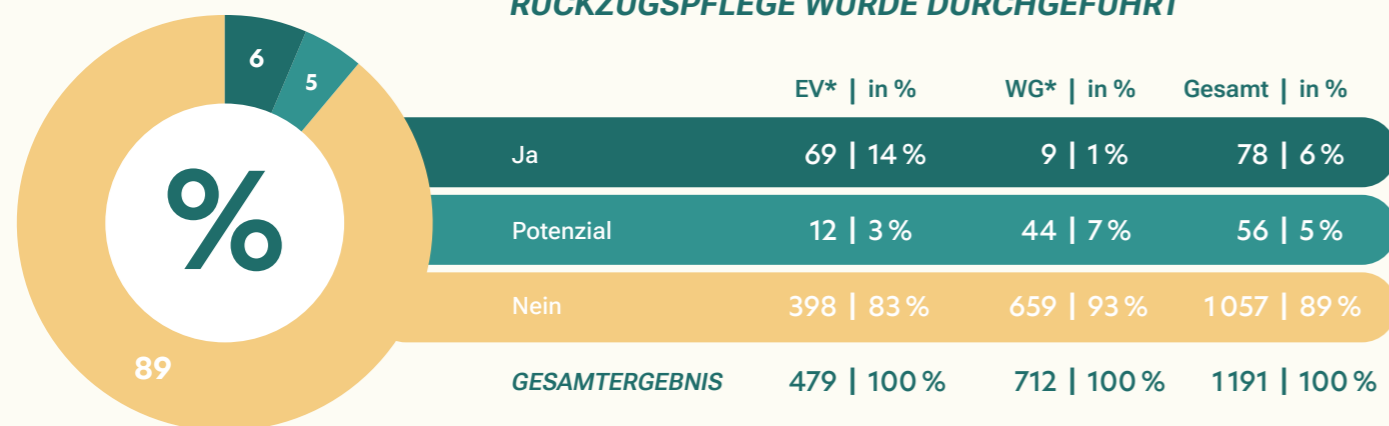
TATSÄCHLICHE ENTWÖHNUNG VON BEATMUNG BZW. DEKANÜLIERUNG



Klient*innen-Verteilung gesamt in %

80 AUSSCHÖPFUNGSQUOTE 80 %
 Bei 80 % derjenigen, die Potenzial dazu hatten, konnte erfolgreich eine Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung durchgeführt werden, Tendenz steigend.

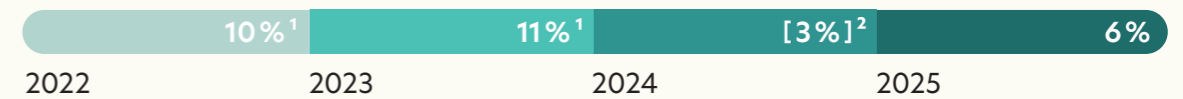
RÜCKZUGSPFLEGE WURDE DURCHGEFÜHRT



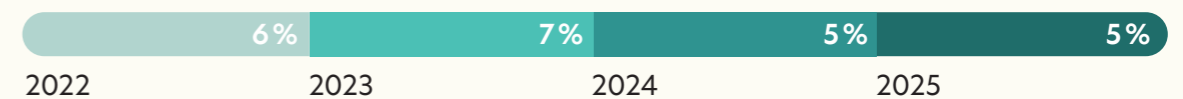
Klient*innen-Verteilung gesamt in %

58 AUSSCHÖPFUNGSQUOTE 58 %
 Bei 58 % derjenigen, die Potenzial dazu hatten, konnte erfolgreich Rückzugspflege durchgeführt werden.

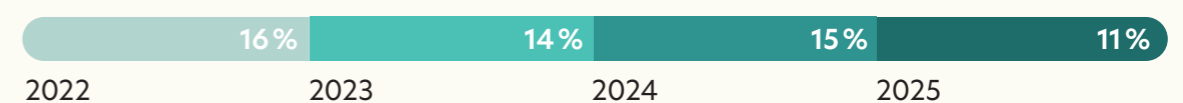
ANTEIL KLIENT*INNEN MIT POTENZIAL ZUR ENTWÖHNUNG BZW. DEKANÜLIERUNG



ANTEIL KLIENT*INNEN MIT TATSÄCHLICHER ENTWÖHNUNG BZW. DEKANÜLIERUNG



ANTEIL KLIENT*INNEN RÜCKZUGSPFLEGE



Die Zahlen basieren auf der Analyse des zweiten Quartals, d. h. April bis Juni 2025. Bereits vor Inkrafttreten des GKV-IPReG hat die DEUTSCHEFACHPFLEGE das Entwöhnungspotenzial, tatsächliche Entwöhnungen und erfolgreich durchgeführte Rückzugspflege erfasst und ausgewertet. Durch die Einführung von Gesetz und Richtlinie geschieht die Einschätzung ab 2024 nicht mehr durch die Pflegedienstleitungen, sondern auf Basis des Formulars 62 A, also durch die Beurteilung potenzialerhebender Ärzt*innen. Aufgrund dieser Umstellungen sind die Zahlen der Jahre 2022 und 2023 in oben stehender Tabelle nicht 1:1 mit denen für 2024 und 2025 vergleichbar. Trotzdem werden sie aus Transparenzgründen an dieser Stelle aufgeführt.

Der Anteil der Klient*innen mit Potenzial zur Entwöhnung bzw. Dekanülierung liegt mit 6 % über dem Vorjahreswert, aber weiterhin auf sehr niedrigem Niveau. Der Anteil der Klient*innen mit tatsächlicher Entwöhnung bzw. Dekanülierung hält sich seit letztem Jahr stabil bei 5 %.

Etwas unter dem Niveau der Vorjahre liegt mit 11 % der Anteil der Klient*innen, bei denen erfolgreich Rückzugspflege durchgeführt wurde bzw. bei denen Potenzial zur Rückzugspflege besteht. Das ist durch diverse Faktoren zu erklären: Steigende Multimorbidität der Klient*innen (siehe Seite 45), veränderte Zusammensetzung der Versorgungsformen (im Speziellen hat sich eine leichte Tendenz hin zur Pflege-WG und weg von der häuslichen Versorgung ergeben) und schließlich der demografische Wandel (Zunahme von Senior*innen-Single-Haushalten ohne An- oder Zugehörige).

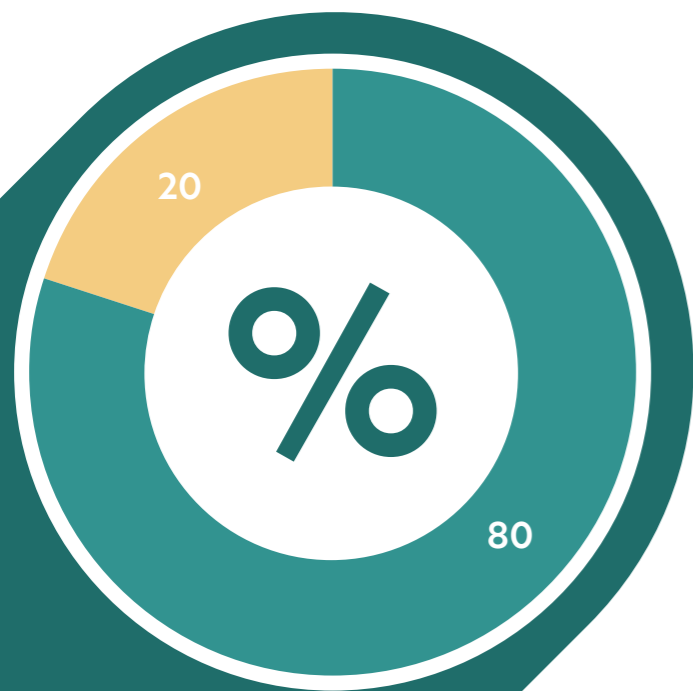
¹ Interne Einschätzung durch PDL, nicht fachärztlich validiert

² Umstellung der Erfassung gemäß GKV-IPReG-Anforderungen

DYSPHAGIE

Ein großer Teil der Klient*innen in der außerklinischen Intensivpflege ist von Schluckstörungen (Dysphagien) betroffen. Auswertungen des digitalen Dokumentationssystems zeigen, dass rund 80 % Einschränkungen aufweisen, während 20 % keine Schluckstörungen haben. Diese Verteilung hält sich die letzten Jahre relativ stabil. Dysphagien entstehen häufig durch neurologische Erkrankungen wie Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, Multiple Sklerose oder Parkinson, können aber auch altersbedingt auftreten. Das Problem zeigt sich nicht nur in der Intensivpflege, sondern auch bei Klient*innen mit Demenz. Da Schluckstörungen erhebliche Risiken bergen – insbesondere die Gefahr von Aspirationspneumonien – ist eine qualifizierte Versorgung unverzichtbar. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE arbeitet hierfür eng mit spezialisierten Ärzt*innen zusammen, setzt auf Verfahren wie die Flexible Endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES®) und schult Pflegekräfte gezielt. Ergänzend bietet die DF-Akademie PflegeLeicht Seminare zum Dysphagiemanagement an.

- Dysphagie vorhanden
- Dysphagie nicht vorhanden

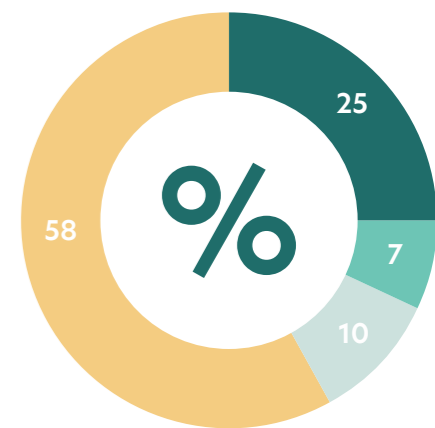


BEATMUNGSSTATUS

Die digitalen Dokumentationsdaten geben einen präzisen Überblick über den Beatmungsstatus der von der DF betreuten Intensivklient*innen. Aktuell zeigen die Auswertungen, dass 58% ohne Beatmung und mit anderweitiger Intensivindikation, u. a. Trachealkanüle, versorgt werden. 32% werden invasiv oder nicht invasiv beatmet. Diese Kennzahlen sind von besonderer Relevanz im Zusammenhang mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG). Denn sowohl das Gesetz als auch die AKI-Richtlinie betonen die Prüfung des Rehabilitationspotenzials – ein Aspekt, der durch die systematische Erfassung des Beatmungsstatus in den Einrichtungen der DF gezielt unterstützt wird.

- Beatmung – IV
- Beatmung – NIV
- Ohne Angabe der Beatmungsform
- Beatmung nicht vorhanden

80 Mehr als 80 % der Klient*innen sind auf einen künstlichen Atemwegszugang angewiesen.

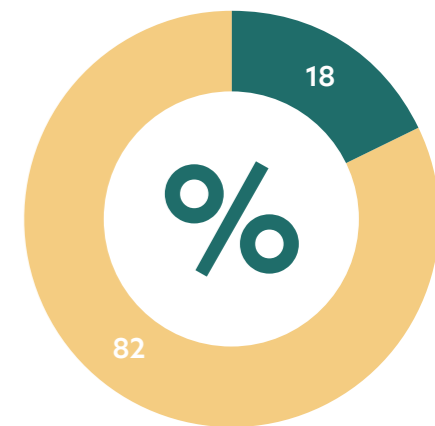


APALLISCHES SYNDROM

Das Apallische Syndrom, auch Wachkoma oder Syndrom reaktionsloser Wachheit genannt, entsteht in Folge schwerster Schädigungen des Gehirns. Während zentrale Funktionen tieferer Hirnregionen wie Hirnstamm, Zwischenhirn und Rückenmark meist erhalten bleiben und lebenswichtige Prozesse wie Atmung, Kreislauf oder Stoffwechsel sichern, sind die Großhirnfunktionen – und damit Bewusstsein, Sprache, Gedächtnis und Wahrnehmung – massiv eingeschränkt. Mitunter zeigen Betroffene geringe motorische Aktivitäten.

Für Klient*innen mit Apallischem Syndrom in der Phase F stehen im Haus am Panoramaweg in Burghausen spezielle Plätze zur Verfügung. Nach aktueller Einschätzung betrifft das Syndrom etwa 18 % der intensiv betreuten Klient*innen.

- Vorhanden
- Nicht vorhanden



Erfolgsgeschichte

WIEDERHOLUNG BITTE

„Frau Streek, haben Sie eigentlich einen Wunsch, etwas, das sie gerne nochmal tun würden?“

„Ja, reisen! Aber das geht ja gar nicht mehr.“

„Das wollen wir doch mal sehen!“

So oder so ähnlich hat es sich zugetragen in der Intensivpflege-WG Haus Camelot in Osnabrück. Ulrike Streek ist seit 2020 auf Pflege angewiesen. Sie hatte einen Schlaganfall – ihr Bruder fand sie erst vier Stunden später in ihrer Wohnung. Zunächst wurde sie in der stationären Altenpflege versorgt. Als sie dort ins Koma fiel, musste zügig eine Entscheidung getroffen werden: Sie wurde intubiert und tracheotomiert, bekam also einen Luftröhrenschnitt. Seither ist sie von Zeit zu Zeit auf zusätzliche Sauerstoffgabe angewiesen. Die stationäre Altenpflege war nicht mehr das richtige Umfeld für Frau Streek – sie zog um in das Haus Camelot, das auf Menschen mit intensivem Pflegebedarf spezialisiert ist.

Ulrike Streek war also davon ausgegangen, dass ihre Pflegebedürftigkeit reisen unmöglich mache. Weit gefehlt, wie sich im Haus Camelot herausstellte. Was hier zunächst am Rande eines Gespräches ans Licht kam, wurde zur Erfüllung eines großen Traums: Eine Reise nach Norderney, ein Abstecher in die Kindheit. Pflegedienstleitung Daniel Ahrenberg und die beiden Pflegefachkräfte Giovanni Franz und Christiane Maiwald sind die Menschen, die Frau Streeks Traum wahrgemacht haben – alles geplant und vorbereitet haben und schließlich mit ihr gereist sind. Bei diesem Quartett stimmt die Chemie, eine liebevolle Neckerei folgt der nächsten.

Von der Idee bis zur Umsetzung des Urlaubes hat es fast vier Monate gedauert. „Wir mussten den passenden Zeitkorridor, zu dem die Reise personell möglich war, ein geeignetes Transportmittel und barrierefreies Hotel finden, die Finanzierungsfrage klären und allerlei anderes beachten: Welche Situationen könnten eintreten? Welches Equipment brauchen wir?“, erklärt Daniel Ahrenberg die Vorbereitungen. „Natürlich haben wir am Ende auch was vergessen, so wie es bei Reisen nun mal ist. Aber ansonsten hat alles prima geklappt und Frau Streek hat extrem gut mitgemacht.“

„Es ist traumhaft schön gewesen – außerdem habe ich die ganze Zeit überhaupt keinen zusätzlichen Sauerstoff benötigt, weil es mir dort so gut ging“, schwärmt Ulrike Streek. Ahrenberg erläutert, dass die Seeluft und das permanente Draußensein dazu beigetragen haben, dass die Sauerstoffgabe über das zusätzliche Gerät ausbleiben konnte. Und was macht man in solch einem Urlaub, unterscheidet er sich von dem gesunder Menschen? „Ganz viel essen“, bringt es Daniel Ahrenberg auf den Punkt. „Das war eines der vielen Highlights – es hatte alles mit Genuss zu tun.“ Auch Frau Streek schwelgt in Erinnerungen: „Wir haben einfach alles mitgenommen: Allein das Frühstücksbuffet am Morgen, lecker, lecker!“

Es wurde geshoppt und vor allem viel Zeit am Strand verbracht: „Es gab dort einen Spezialrollstuhl für den Strand. Ich konnte also bis zum Wasser geschoben werden“, erzählt Frau Streek. „Einmal bin ich darin fast umgekippt“, erinnert sie sich lachend. „Dank meiner Helferlein hat aber alles gut geklappt. Und wir hatten Kaiserwetter: Den ganzen Tag Sonnenschein und abends der Sonnenuntergang am Meer!“

Alle vier blicken wehmütig auf die schöne Zeit zurück. Sie konnten die gemeinsamen Tage so sehr genießen, weil das Verhältnis zwischen ihnen ganz ungezwungen ist. „Wir haben den ganzen Tag aufeinander gehockt und haben uns prima verstanden. Es kommt ja immer darauf an, wie man zueinander steht: Wir können gut miteinander umgehen, wir selbst sein und bei einem flapsigen Spruch wissen alle, wie er zu nehmen ist“, so Daniel Ahrenberg. „Das war sehr angenehm, auch wenn Frau Streek manchmal anstrengend sein kann“, schmunzelt er mit einem Augenzwinkern. Ulrike Streek, die neben ihm sitzt, lacht mit. „Es war eine tolle Ausnahme-situation, die nach Wiederholung schreit“, betont sie. Ja, hier sind sich alle einig: Das würden sie nochmal machen. „Für mich war das die reine Wunscherfüllung, es ist traumhaft schön gewesen. Die Pflege hat mir sehr viel Sicherheit gegeben, ich habe mich gut aufgehoben gefühlt“, so Frau Streek. „Na danke, dass sie uns das jetzt erst sagen“, scherzt Daniel Ahrenberg – und alle lachen herzlich.



*Klientin Ulrike Streek
mit Pflegekraft Giovanni
Franz am Strand auf
Norderney*



ALTEN- UND KRANKENPFLEGE

Alten- und Krankenpflege

SO INDIVIDUELL WIE DER MENSCH SELBST

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE bietet im Bereich der Alten- und Krankenpflege ein vielseitiges Versorgungsangebot, das sich konsequent an den individuellen Bedürfnissen der Klient*innen orientiert. Ob in kleinen, familiären Wohngemeinschaften, in klassischen stationären Einrichtungen, in der Tages- oder Kurzzeitpflege, beim Service-Wohnen (einigen auch bekannt als „Betreutes Wohnen“) oder direkt im eigenen Zuhause – die Versorgung erfolgt stets nah an den Lebenswelten der Menschen, die Unterstützung benötigen. Jede Einrichtung innerhalb der DF hat ihr eigenes Profil, geprägt durch die Menschen, die dort arbeiten und pflegen. Diese Vielfalt ist Ausdruck der gelebten Individualität im Verbund und zeigt sich in der Haltung, mit der Pflege gestaltet wird: persönlich, flexibel und mit hoher fachlicher Qualität.

Dabei steht die Weiterentwicklung der Pflegepraxis im Mittelpunkt – etwa durch innovative Konzepte wie die gezielte Sturzprävention in Pflege-Wohngemeinschaften für Senior*innen. Hier zeigt sich, wie moderne Methoden in Kombination mit baulichen Anpassungen, dem Einsatz spezifischer Hilfsmittel und der Schulung der Mitarbeiter*innen die Sicherheit und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen spürbar verbessern können. Die DF verfolgt das Ziel, Pflege nicht nur zu leisten, sondern stetig zu verbessern – durch neue Ideen, technologische Unterstützung und die Förderung der Teams vor Ort. So entsteht ein Umfeld, in dem Pflege gelebt und weiterentwickelt wird – für die Menschen, die darauf angewiesen sind.

Häusliche Versorgung

IN GUTEN HÄNDEN DAHEIM

Die gewohnte Umgebung, das eigene Bett, der tägliche Blick in den Garten – was für viele selbstverständlich ist, bedeutet besonders für pflegebedürftige Menschen ein Stück Lebensqualität. Denn gerade im Alter oder bei Krankheit bietet das eigene Zuhause Halt, Vertrautheit und Orientierung. Die ambulanten Pflegedienste der DEUTSCHENFACHPFLEGE unterstützen genau dort, wo das Leben stattfindet: in den eigenen vier Wänden. Häusliche Pflege ermöglicht es, selbstbestimmt zu leben und gleichzeitig bestmöglich versorgt zu sein – sei es nach einem Krankenhausaufenthalt, bei chronischer Erkrankung oder im hohen Alter. Dabei steht immer der einzelne Mensch im Mittelpunkt. Pflegefachkräfte der DF übernehmen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege, helfen im Alltag, entlasten An- sowie Zugehörige und beraten umfassend zu allen Fragen rund um Pflege und Finanzierung.

Die Einsätze orientieren sich dabei an den individuellen Bedarfen: Ob wenige Stunden pro Woche oder tägliche Unterstützung – Ziel ist es, die Klient*innen bestmöglich zu begleiten. Im Mittelpunkt steht ein vertrauensvolles Verhältnis, das durch feste Bezugspersonen und einen kontinuierlichen Austausch mit Ärzt*innen, Therapeut*innen und Familien gefördert wird. Ein 24-Stunden-Notruf sorgt für zusätzliche Sicherheit – und die Gewissheit, auch in akuten Situationen jemanden zur Seite zu haben. Damit bleibt das eigene Zuhause ein Ort der Geborgenheit, an dem Lebensqualität erhalten bleibt – so lange wie möglich.

Einblicke: Mobile Alten- und Krankenpflege HDM

EIN PLATZ IM FAMILIENALBUM

Helga Urthlauf ist 90 Jahre alt, lebt in Bad Arolsen – und liebt ihre Familie über alles. Ihr Zuhause teilt sie mit ihren Kindern, die im oberen Stockwerk wohnen. Es ist eine Wohnform, wie sie sich viele ältere Menschen wünschen: nah bei den Angehörigen, aber mit dem Rückzugsraum, den man im Alter schätzt. Sie selbst beschreibt sich als „Lebemensch“, der gerne lacht, flott unterwegs ist und genauso gern auch mal die Beine hochlegt.

Die Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst der Mobilen Alten- und Krankenpflege HDM GmbH, einem Pflegedienst der **DF**, begann zunächst punktuell – im Rahmen der Verhinderungspflege, als ihre Angehörigen vorübergehend nicht selbst unterstützen konnten. Doch schnell wurde deutlich: Eine regelmäßige, verlässliche Unterstützung ist für Helga Urthlauf eine große Entlastung. Seit Dezember 2024 ist die tägliche Pflege fester Bestandteil ihres Alltags. Morgens kommt das Team vorbei – freundlich, diskret und mit viel Zeit.

„Helga Urthlauf ist wie Familie“, sagt Saskia Wölk, eine der Pflegekräfte. „Wir kennen uns, wir wissen, was sie mag – und sie weiß, dass sie sich auf uns verlassen kann.“ Besonders schön sind die gemeinsamen Momente, wenn Helga Urthlauf ihr Fotoalbum aufschlägt. „Das sind diese kleinen Augenblicke, für die wir uns gerne die Zeit nehmen“, sagt Wölk. Für Urthlauf ist diese Form der Betreuung ideal. Sie schätzt nicht nur die Unterstützung bei der Körperpflege, sondern vor allem die Nähe und das Miteinander. „Ich fühl mich hier wirklich wohl. Und ich weiß: Wenn ich etwas brauche, sind sie da.“



Saskia Wölk
Pflegekraft

„**Helga Urthlauf ist wie Familie – wir wissen, was sie mag, und sie weiß, dass sie sich auf uns verlassen kann.**“

Klientin Helga Urthlauf und Pflegekraft Saskia Wölk blättern durch das Fotoalbum.



Wohngemeinschaften

PFLEGE MIT FREIRAUM

Für viele pflegebedürftige Menschen ist ein Leben in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich – doch ein klassisches Pflegeheim kommt für sie ebenso wenig infrage. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Alten- und Krankenpflege bieten hier eine wohnliche, individuelle Alternative. In diesen WGs finden Menschen ein neues Zuhause, das Sicherheit, Selbstbestimmung und Teilhabe verbindet.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE bietet in zahlreichen solcher Wohngemeinschaften bundesweit Pflege an. Sie liegen in Wohngebieten, stadtnah oder auch im ländlichen Raum, damit bestehende soziale Beziehungen, Routinen und auch persönliche Arzt*innen-Kontakte möglichst erhalten bleiben. Die Bewohner*innen leben in Einzelzimmern mit Zugang zu großzügigen Gemeinschaftsbereichen – barrierefrei, vertraut und familiär.

Versorgt werden sie rund um die Uhr durch ambulante Pflegeteams, die in festen Strukturen arbeiten und ein hohes Maß an individueller Betreuung ermöglichen. Der Personalschlüssel ist deutlich höher als in stationären Einrichtungen, wodurch intensiver auf persönliche Bedürfnisse eingegangen werden kann. Frisch gekochte Mahlzeiten, gemeinsame Aktivitäten wie Spaziergänge, Bastelrunden, Musiknachmittage oder Themenwochen stärken das Miteinander. Die Bewohner*innen gestalten ihren Alltag aktiv mit – von der Dekoration bis zum Wochenspeiseplan. Viele beteiligen sich an kleinen Haushaltsaufgaben oder im Garten. Eine Besonderheit: In diesen WGs entstehen echte Nachbarschaften – mit Gesprächen, Ritualen und einem liebevollen Blick füreinander.

Das Angebot der DEUTSCHENFACHPFLEGE liegt im Marktvergleich der Kosten im mittleren Segment. Gleichzeitig bietet der Verbund Pflege auf höchstem Niveau an. Das zeigt: Qualitativ hochwertige Versorgung geht nicht zwingendermaßen mit höchsten Kosten einher.



Einblicke: Haus Elvira

DIE WG, DIE GERNE SPIELT

Wenn man durch das Wohngebiet im rheinland-pfälzischen Bell fährt, vermutet man nicht auf den ersten Blick, dass sich hier eine Pflegeeinrichtung befindet. Das Haus liegt idyllisch, in unmittelbarer Nähe zur Stadt Kastellaun und dem bekannten Hunsrück-Tierpark Bell. Und genau das ist gewollt: Das Haus Elvira, eine Pflege-WG, wirkt wie ein typisches Einfamilienhaus. Sieben Plätze bietet das ehemalige Familienhaus – aktuell leben hier sieben Bewohner*innen im Alter zwischen Mitte 70 und knapp 100 Jahren.

„Ich fahre von zu Hause los – und zu einer Familie“, beschreibt es Pflegekraft Stephanie Grabowski. Es riecht nach Mittagessen, im Garten blühen die Tomatenspflanzen und wenn man Glück hat, wird gerade geerntet oder gegrillt. Der Garten mit Sitzplätzen, Beeten und einem festen Grillplatz ist ein Mittelpunkt des Lebens hier. In der warmen Jahreszeit finden regelmäßige Grilltage statt, zu denen auch An- und Zugehörige eingeladen werden.

Draußen wird ebenso viel gelacht wie drinnen. Themenwochen wie die bayerische oder italienische Woche sind fester Bestandteil im Jahresverlauf – inklusive Verkleidung, Spezialitäten aus der Küche und selbst geschriebenen Büttenreden. Halloween wird mit selbstgebastelter Dekoration gefeiert, an Geburtstagen gibt es kleine Geschenke für alle. Und manchmal packt Teamleiter Lars Krötz die Gitarre aus und singt Schlager mit den Bewohner*innen. Die Bewohner*innen pflegen einen engen Kontakt auch zueinander, man sitzt zusammen, unterhält sich, spielt Karten. „Wir erleben hier wirklich eine tolle Gemeinschaft, die täglich gelebt wird“, sagt Pflegedienstleitung Imke Lindhorst. „Unsere Bewohner*innen kümmern sich umeinander, lachen viel zusammen. Diese Herzlichkeit ist nicht selbstverständlich.“

Auch außerhalb der WG wird das Leben gemeinsam gestaltet. So entwickelte sich zum Beispiel der Ausflug zum Spielplatz im Nachbarort schnell zu einem kleinen Abenteuer: Rutschen, Klettergerüste, eine Netzschaukel, eine riesige Drehscheibe – und überall Sand. Mitten zwischen den lärmenden Kindern, Eimern und Plastikbaggern blühten die Senior*innen aus dem Haus Elvira sichtbar auf. „Wir haben sie fast nicht mehr vom Spielplatz weg bekommen“, erzählt Teamleiter Lars Krötz. „Da wurden sie nochmal wie Kinder.“

Für die Bewohner*innen bedeutet das Leben im Haus Elvira vor allem Gemeinschaft: „Ich fühle mich hier sehr wohl“, sagt Bewohnerin Hildegard Schnadt, die seit zwei Jahren hier lebt. „Alle sind sehr nett, das Essen ist gut, mein Zimmer ist super“, und mit ihrer Freundin Hannelore geht sie jeden Tag spazieren. Die Versorgung im Haus Elvira übernehmen eingespielte Pflegeteams mit Pflegefach- und Pflegehilfskräften, die täglich vor Ort sind. Auch für sie ist die Verbindung zu den Klient*innen sehr wichtig. „Wenn Bewohner*innen versterben, dann versuchen wir immer, geschlossen auf die Beerdigung zu gehen. Das wird auch von den An- und Zugehörigen wertgeschätzt“, sagt Lars Krötz.

Ob Themenwochen, Grilltage oder gemeinsame Ausflüge – hier entsteht ein Miteinander. Selbst beim Abschied zeigt sich die enge Verbundenheit zwischen Bewohner*innen, Pflegekräften und An- und Zugehörigen.



Klientin Hildegard Schnadt auf dem Spielplatz in der Nähe vom Haus Elvira

Stationäre Einrichtungen

IN GEMEINSCHAFT GEBORGEN

Manche Lebenssituationen erfordern Rund-um-die-Uhr-Versorgung – mit verlässlicher Unterstützung, medizinischer Versorgung und einem geschützten Umfeld. Genau das bieten die stationären Einrichtungen der DEUTSCHENFACHPFLEGE: ein sicheres Zuhause inklusive professioneller Pflege, das auf die individuellen Bedürfnisse und Lebenssituationen der Bewohner*innen abgestimmt ist. Im Mittelpunkt steht eine Versorgung, die mehr ist als reine Pflege: Sie verbindet fachliche Kompetenz mit persönlicher Zuwendung und einem Alltag, der Teilhabe ermöglicht. Gemeinsame Aktivitäten und persönliche Betreuung schaffen Nähe – auch dann, wenn der Pflegebedarf hoch ist.

Die Teams vor Ort sind erfahren, engagiert und speziell geschult. Sie arbeiten auf Basis individueller Pflegepläne, die Gesundheit und Lebensqualität ganzheitlich in den Blick nehmen. Unterstützt werden sie durch moderne Technik und eine Infrastruktur, die Sicherheit gibt – von barrierefreier Ausstattung bis hin zu Notrufsystemen und therapeutischen Hilfsmitteln. So entstehen Orte, an denen sich pflegebedürftige Menschen nicht nur gut versorgt, sondern auch gesehen und aufgehoben wissen – professionell begleitet, mit Raum für Begegnung und das, was das Leben lebenswert macht.

Einblicke: Haus Käthe

ZIEMLICH BESTE FREUNDINNEN

„Na, wer sind Sie denn?“ – „Ich bin die Neue!“ Wenn Helga Gärtner und Gisela Terske im Flur des Hauses Käthe in Herford unterwegs sind, geht es selten leise zu. Die beiden Damen lachen gerne, necken sich mit kleinen Späßen – und sind längst bekannt als das lustige Duo der Einrichtung. Kennengelernt haben sie sich erst hier, im Haus Käthe – einer Fachpflegeeinrichtung für Senior*innen und Menschen mit Demenz, betrieben vom Pflegedienst Bonitas. Doch ihre Verbindung wirkt, als wäre sie viel älter. Gisela Terske war mit ihrem Ehemann eine der ersten Bewohner*innen. Er war schwer an Demenz erkrankt – und sie hat ihn nicht allein gelassen. „Ich habe meinem Mann versprochen, ihn niemals allein in eine Einrichtung zu bringen. Das hätte ich nie übers Herz gebracht. Also bin ich mitgekommen.“ Gemeinsam richteten sie das Zimmer so ein, dass es dem Zuhause glich – um ihm den Übergang zu erleichtern.

Helga Gärtner zog später ein. Der Start war nicht leicht: „Ich wurde im Rollstuhl hereingeschoben, war fix und fertig. Alles war neu. Ich kannte niemanden.“ Doch das änderte sich schnell – denn schon am nächsten Tag fragte Terske in die Runde, wer Lust auf Rummikub hätte. Gärtner hatte. „Seitdem haben wir uns“, sagt sie. „Und Langeweile kennen wir nicht mehr.“ Die beiden spielen, plaudern, erinnern sich gemeinsam an früher, stärken sich gegenseitig in schweren Momenten. Als Gärtner kurz vor Weihnachten ihren Sohn verlor, war Terske da. Und als Terskes Ehemann im Februar starb – ausgerechnet am dritten Geburtstag ihres Urenkels – war es Gärtner, die tröstete. Gisela Terske hat Pflegegrad 3 und ist auf tägliche Pflege angewiesen. Sie wirkt zwar fit, benötigt aber



Die zwei Bewohnerinnen
Helga Gärtner und Gisela Terske
im Garten des Hauses Käthe

Hilfe im Alltag. Trotzdem hätte sie sich durchaus vorstellen können, auch allein zu leben – „mit täglicher Pflege könnte ich das“, sagt sie. Aber sie hat sich bewusst entschieden zu bleiben – nicht nur wegen der Unterstützung, sondern auch, weil es ihr und Gärtner im Haus so gut gefällt. „Ich könnte auch allein wohnen – aber was wäre das ohne Helga? Uns gibt es nur noch im Doppelpack.“

Abends zieht es die beiden in den Gemeinschaftsraum im zweiten Stock – ihr ganz persönliches „Domizil“, wie sie sagen. Dann gibt es auch mal ein Gläschen Sekt oder einen kleinen Schnaps. „Da vergisst man die Zeit – und das Leben ist für einen Moment leicht“, sagt Terske. Natürlich wissen beide, dass das Leben sich verändern kann. Die Angst vor Krankheit oder Veränderung der Pflegebedürftigkeit schwingt manchmal mit. „Aber wir blenden das aus“, sagt Gärtner. „Was zählt, ist das Jetzt – und dass man jemanden hat, mit dem man zurechtkommt.“ Was ihre Verbindung ausmacht? Vielleicht ist es das stille Wissen, dass Freundschaft auch im hohen Alter beginnen kann. Oder wie Terske es sagt: „Ich nicht ohne Helga. Und Helga nicht ohne mich.“



Gisela Terske
Bewohnerin

„Ich nicht ohne
Helga. Und Helga
nicht ohne
mich.“

Tagespflege

EIN ZWEITES ZUHAUSE FÜR DEN TAG

Die Tagespflege ist ein wichtiger Bestandteil im Versorgungssystem der **DF** – eine Versorgungsform, die den Alltag von pflegebedürftigen Menschen sinnvoll ergänzt und bereichert. Sie richtet sich an Pflegebedürftige, die sich tagsüber eine strukturierte und betreute Umgebung wünschen, abends aber weiterhin im eigenen Zuhause wohnen möchten. Dieses Modell bietet nicht nur den Gästen selbst Sicherheit und Teilhabe, sondern entlastet auch An- und Zugehörige, die so Beruf, Familie und Pflege besser miteinander vereinbaren können. In den Tagespflegen der **DF** erwartet die Gäste ein durchdachtes Konzept aus professioneller Pflege, aktivierender Betreuung und sozialer Gemeinschaft. Die Räume sind offen und freundlich gestaltet, mit Platz für Gruppenaktivitäten und individuelle Rückzugsmöglichkeiten. Die Betreuung erfolgt durch erfahrene Pflege- und Betreuungskräfte, die sich auf die Bedürfnisse der einzelnen Klient*innen einstellen.

Das Tagesprogramm variiert je nach Einrichtung und Saison – von Gedächtnistraining, Sitzgymnastik und Kreativangeboten bis hin zu gemeinsamen Spielen, Singen oder kleinen Festen im Jahreskreis. Auch Ausflüge und Außenaktivitäten gehören dazu. Eine große Rolle spielen die frisch vor Ort zubereiteten Mahlzeiten, die in Gemeinschaft eingenommen werden – ein täglicher Fixpunkt, der Austausch und Wohlbefinden fördert.

Einblicke: Bunter Schirm

TAGESPFLEGE SEIT 25 JAHREN

Die Tagespflege Bunter Schirm in Geesthacht, südlich von Hamburg, ist eine echte Pionierin: Sie war die erste Tagespflegeeinrichtung in ganz Schleswig-Holstein – und ist bis heute die größte im Bundesland. Seit 25 Jahren bietet sie pflegebedürftigen Menschen eine feste Anlaufstelle für Betreuung, Begegnung und Lebensfreude. Bis zu 40 Gäste werden hier vom PKP Pflgeteam Körner & Puttfarcken von Montag bis Freitag betreut. Die Einrichtung liegt nur 20 Gehminuten von der Elbe entfernt – perfekt für Ausflüge.

„Unsere Gäste sind sehr unterschiedlich – was sie verbindet, ist der Wunsch nach Struktur, Abwechslung und Kontakt“, sagt Pflegedienstleitung Christina Schindler. Gemeinsam mit Janett Weyrauch leitet sie das Haus. Neben Gymnastik, Sitztanz und Stuhlyoga sorgen regelmäßige Musikerbesuche und Tanznachmittage für gesellige Momente. „Lachen und Fröhlichkeit stehen hier ganz oben“, stellt Christina Schindler klar. Jeden Tag vermittelt die Tagespflege Bunter Schirm ein familiäres Gefühl. Neben einem abwechslungsreichen Tagesprogramm gehören auch Ausflüge zum festen Bestandteil der Woche. Besonders beliebt: die regelmäßigen Ausflüge zum Wochenmarkt, der nur zehn Gehminuten entfernt liegt. „Dort wird geschnackt und geschaut – das ist ein Ort, an dem man sich lebendig fühlt“, berichtet Janett Weyrauch.

Eine Mitarbeiterin ist schon seit Gründung Teil des Hauses. „Diese Kontinuität spüren unsere Gäste“, sagt Christina Schindler. Einen ganz wesentlichen Beitrag zum Gelingen leistet der eigene Fahrdienst mit drei eigenen Bussen der **DF**, der für alle Gäste individuell geplant wird. „Gerade für ältere oder mobil eingeschränkte Menschen ist das die Voraussetzung, überhaupt teilnehmen zu können“, betont Christina Schindler. „Ohne diesen Service würden viele schlicht zu Hause bleiben müssen – und das wäre für sie ein echter Verlust.“

Der hauseigene Fahrdienst bringt bis zu 40 Gäste täglich individuell zur Tagespflege – hier begleitet Pflegekraft Ray-Jeff Simandjuntak Tagespflegegast Ria Gellert zum Bulli.

Service-Wohnen

SO VIEL SELBSTSTÄNDIGKEIT WIE MÖGLICH

Wenn die eigene Wohnung zunehmend zur Herausforderung wird, aber ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung noch zu früh erscheint, bietet das Service-Wohnen bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE eine attraktive Alternative: eigenständig leben – aber nicht allein. Die Wohnform, früher und in einigen Bundesländern heute noch als „Betreutes Wohnen“ bezeichnet, verbindet den Komfort barrierefreier, selbstgenutzter Wohnungen mit individuellen Unterstützungs- und Betreuungsangeboten, die sich flexibel dazubuchen lassen. Wer mag, kann hauswirtschaftliche oder pflegerische Leistungen in Anspruch nehmen, sich dem sozialen Leben in der Gemeinschaft anschließen – oder sich bewusst für den Rückzug in die eigenen vier Wände entscheiden. Alles kann, nichts muss.

Das Besondere: Die Bewohner*innen entscheiden selbst, wie viel Unterstützung sie im Alltag brauchen. Gleichzeitig stehen zentrale Ansprechpartner*innen im Haus bereit, um bei Bedarf unkompliziert zu helfen. Ob organisatorische Hilfe, alltägliche Unterstützung oder psychosoziale Begleitung – das Service-Wohnen schafft Sicherheit, ohne einzuschränken. Regelmäßige Kontaktangebote und eine enge Verbindung zu ambulanten Pflegediensten, Tagespflege und weiteren Versorgungsformen sorgen für eine lückenlose Betreuung im Hintergrund. Besonders geschätzt wird auch der gemeinschaftliche Aspekt dieser Wohnform: In den großzügigen Gemeinschaftsbereichen entstehen Orte der Begegnung, in denen neue Kontakte geknüpft, bestehende Freundschaften gepflegt und gemeinsame Interessen gelebt werden können – ganz nach den Bedürfnissen der Bewohner*innen.

Einblicke: Bielefelder Westen

EIN MAGNET FÜR GEMEINSCHAFT



John Philipp Diaz
Pflegedienstleitung

„Das Service-Wohnen ist eine echte Chance – gerade für Menschen, die nicht allein leben möchten, aber ihre Eigenständigkeit bewahren wollen.“

Drei Wohnblöcke, viele Lebensgeschichten – und mittendrin ein Ort, der Menschen verbindet: Das Service-Wohnen im Bielefelder Westen lebt von seiner Gemeinschaft. Im Zentrum der Anlage liegt ein großzügiger Gemeinschaftsraum. Hier wird gemeinsam Kaffee getrunken, gelacht, gekocht, gefeiert. „Die Menschen haben sich hier richtig gefunden“, erzählt Diana Pichen, Stationsleitung des Service-Wohnens in Bielefeld. Die Lage des Hauses könnte besser kaum sein: Der Bielefelder Westen zählt zu den beliebtesten Stadtteilen – auch und gerade bei älteren Menschen. Einkaufsmöglichkeiten, Friseure, Bäckereien oder Cafés sind auf der nahegelegenen Stapenhorststraße fußläufig erreichbar. Die Innenstadt ist nur etwa zehn Gehminuten entfernt und auch der belebte Siegfriedplatz – liebevoll „Siggli“ genannt – lädt zum Flanieren oder Verweilen ein. Viele Bewohner*innen sind gezielt hierhergezogen, um wieder näher bei ihren An- und Zugehörigen zu sein. Pichen kennt jede*n der Bewohner*innen. Um mit allen in Kontakt zu bleiben, besucht sie täglich unterschiedliche Mieter*innen – besonders jene, die seltener an Veranstaltungen teilnehmen. Ihre tägliche Hausrunde ist nicht nur eine Gelegenheit für Gespräche, sondern auch eine wichtige Sicherheitsmaßnahme: Jede Wohnung ist mit einer kleinen Tafel an der Tür ausgestattet, auf der



Die beiden Bewohnerinnen Doris Junker und Ilse Falk schätzen die Gemeinschaft beim Service-Wohnen im Bielefelder Westen.

die Bewohner*innen jeden Vormittag einen Magneten auf den aktuellen Wochentag setzen. Bleibt das aus, schlägt das System dezent, aber effektiv Alarm. „Wir merken so sofort, wenn etwas nicht stimmt – und können schnell helfen“, erklärt Pichen. Eine stille Präsenz, die Sicherheit gibt, ohne einzuengen.

Dass Gemeinschaft hier keine Floskel ist, beweist eine zehnköpfige Damenrunde, die sich regelmäßig trifft. Immer mit dabei: Doris Junker und Ilse Falk. Zwei Bewohnerinnen, die unterschiedlicher kaum sein könnten. „Doris ist unsere Eventplanerin“, sagt Pichen schmunzelnd. „Sie hat früher richtig in einer Kneipe gearbeitet – das merkt man, sie ist taff, offen und kann Menschen mitreißen.“ Ursprünglich aus Versmold, lebte sie über ein Jahrzehnt in der Schweiz und zog nach ihrer Rückkehr direkt ins Service-Wohnen, um in der Nähe ihrer Tochter zu sein. Ilse Falk ist ruhiger, aber nicht weniger präsent. „Für sie ist diese Gemeinschaft besonders wichtig – und sie gehört ganz selbstverständlich dazu.“ Was das Leben hier besonders macht? Es sind die kleinen Momente. Die Begegnung auf dem Hausflur, der Geburtstag, der gemeinsam gefeiert wird, die Runde, die einfach zusam-

mensitzen will – und es dann auch tut. „Da sagt eine: Ich koche heute Suppe – kommt ihr vorbei?“ Und schon sitzen sie gemeinsam am Tisch. Wenn in der Runde jemand fehlt, fällt das sofort auf. Man interessiert sich füreinander, behält einander im Blick.

John Philipp Diaz, Pflegedienstleitung, beschreibt das Service-Wohnen als ein Modell mit großem Potenzial: „Das Service-Wohnen ist eine echte Chance – gerade für Menschen, die nicht allein leben möchten, aber ihre Eigenständigkeit bewahren wollen.“ Viele Bewohner*innen benötigen zunächst gar keine Pflege. „Aber allein durch das Umfeld bleiben sie oft länger mobil. Und wenn sich der Bedarf ändert, sind wir vorbereitet.“ Pflegeangebote können individuell ergänzt werden – durch den angeschlossenen ambulanten Pflegedienst Bonitas, durch hauswirtschaftliche Hilfen oder durch Tagespflegeangebote. „Was Diana hier leistet, ist nicht nur Organisation – das ist echte Beziehungsarbeit“, betont Diaz. An- und Zugehörige hätten so eine feste Ansprechpartnerin, die ihre Liebsten kennt. Und die Bewohner*innen spüren: Hier ist jemand, der sich kümmert.

Die beiden Stammgäste Barbara Krantz und Anneliese Schöpp genießen mit Hausleitung Carmen Gebhardt-Roggow die Sonne im Sinnesgarten vom Haus Noah.



Kurzzeitpflege

WERTVOLL FÜR ALLE

Die Kurzzeitpflege ist weit mehr als eine Übergangslösung. Sie bietet pflegebedürftigen Menschen ein sicheres, geborgenes Zuhause auf Zeit – etwa nach einem Krankenhausaufenthalt, während einer Auszeit der pflegenden An- und Zugehörigen oder zur Überbrückung bis zum Einzug in eine dauerhafte Einrichtung. Manche nutzen die Kurzzeitpflege zum Probewohnen, um sich zu überzeugen, ohne zuvor eine Verpflichtung eingehen zu müssen.

Einrichtungsübergreifend steht die Kurzzeitpflege für Flexibilität, individuelle Betreuung und eine vertraute Umgebung. Klient*innen bestimmen ihren Tagesrhythmus selbst. Besuche sind jederzeit möglich. Neben professioneller 24-Stunden-Versorgung zeichnen sich die Einrichtungen durch moderne Einzelzimmer, gemütliche Gemeinschaftsbereiche und frisch zubereitete Mahlzeiten aus. Bewegungsangebote, kreative Aktivitäten und gemeinsame Erlebnisse sorgen für Abwechslung – abgestimmt auf die persönlichen Bedürfnisse. Auch in dieser Versorgungsform der DF entstehen enge Bindungen und echte Vertrautheit – denn es gibt Stammgäste, die immer wiederkehren.

Einblicke: Haus Noah

FERIEN VOM ICH

Das Haus Noah in Hiddenhausen ist die derzeit einzige Einrichtung der DF, die auf Kurzzeitpflege spezialisiert ist. Die Pflege dort übernimmt der Pflegedienst Bonitas. Hier finden bis zu 22 Klient*innen eine liebevolle Versorgung auf Zeit – aber einige Gäste kommen auch regelmäßig wieder. So wie Barbara Krantz und Anneliese Schöpp. Wenn die beiden im Garten der Kurzzeitpflegeeinrichtung Haus Noah zusammensitzen, könnte man meinen, die beiden seien Schwestern oder alte Freundinnen. Tatsächlich haben sie sich erst durch ihre regelmäßigen Aufenthalte im Haus Noah kennengelernt – und feiern in diesem Jahr ein besonderes Jubiläum: Beide sind zum zehnten Mal zu Gast in der Einrichtung.

„Ich wollte nicht in eine Einrichtung, wo Kurzzeitgäste nebenherlaufen. Hier fühlte ich mich von Anfang an willkommen.“ Auch Schöpp sagt: „Meine Familie weiß genau, dass ich hier gut aufgehoben bin. So können sie mit ruhigem Gewissen wegfahren – und ich mache hier quasi Urlaub.“ Dass sich Krantz und Schöpp häufiger über den Weg laufen, sei laut Krantz ein glücklicher Zufall – aber kein Einzelfall: „Manche Gäste sprechen sich sogar vorab untereinander ab. Es ist schön, wenn man bekannte Gesichter wiedersieht.“ Der Wunsch nach Vertrautheit ist ein zentrales Element ihres Wohlfühlgefühls – besonders angesichts der Tatsache, dass Kurzzeitpflege in vielen Einrichtungen häufig mit wechselndem Personal verbunden ist. Pflegedienstleitung Carmen Gebhardt-Roggow: „Wir haben kaum Wechsel im Team – das wissen nicht nur wir zu schätzen, sondern auch unsere Gäste“.

Die Gäste nehmen an Bewegungsrunden, Kreativangeboten oder gemeinsamen Spielen teil – je nach Interessenlage. Krantz nutzt regelmäßig die Stuhlgymnastik, Schöpp lobt die saisonal abgestimmten Bastelaktivitäten. Beide schätzen auch die Atmosphäre im Haus – vor allem den Garten, die ruhige Lage und die gepflegten Zimmer. Krantz ist für das Haus Noah dankbar: „Viele Menschen wissen nicht, dass es spezialisierte Einrichtungen gibt. Und wenn jemand schlechte Erfahrungen mit gemischten Wohnformen gemacht hat, ist so ein Angebot wie hier Gold wert.“ Schöpp stimmt zu: „Man wird hier als Mensch wahrgenommen – das ist für viele nicht selbstverständlich.“

Carmen Gebhardt-Roggow beschreibt die tägliche Arbeit so: „Jeden Tag neue Gäste, unterschiedliche Bedürfnisse, verschiedenste Charaktere – das fordert uns heraus. Aber genau das macht unsere Arbeit auch besonders. Und ich freue mich jedes Mal über unsere Stammgäste wie Frau Krantz oder Frau Schöpp.“ Ob das zehnte Mal auch das letzte Mal sein wird? Frau Krantz lacht: „Nein. Es sind wunderschöne Ferien vom Ich – und ich komme gerne wieder.“



Anneliese Schöpp
Klientin

„ Man wird hier als Mensch wahrgenommen – das ist für viele nicht selbstverständlich. “

Pflegeberatung

WISSEN, WORAUF ES ANKOMMT

Gute Pflege lebt vom Miteinander – von engagierten Pflegekräften, An- und Zugehörigen und den richtigen Fachleuten zur richtigen Zeit. Die Pflegeberatung der DF ergänzt dieses Zusammenspiel mit fachlicher Expertise, wenn es um komplexe Fragen zur Versorgung, Finanzierung von Pflege, um Hilfsmittel oder Entlastungsmöglichkeiten geht. Sie unterstützt dort, wo individuelle Beratung über das Alltägliche hinaus gefragt ist.

Seit 2015 begleitet ein festes Team von aktuell 16 Pflegeberater*innen Klient*innen sowie ihre An- und Zugehörigen – persönlich, vor Ort und in enger Zusammenarbeit mit den Pflegeteams. „Man kann uns mit Steuerberater*innen vergleichen – nur dass wir keine Finanzen managen, sondern Pflegesituationen“, erklärt Bettina Sfiktelis, Teamleiterin der Pflegeberatung.

Von verpflichtenden Beratungseinsätzen über Schulungen bis zur Überleitpflege: Die Leistungen sind vielseitig – und werden vollständig von der Pflegekasse übernommen. Besonders ist: Die DF beschäftigt ihre Berater*innen in Vollzeit. Alle bringen eine fundierte Pflegeausbildung, eine Zusatzqualifikation und mindestens zwei Jahre Erfahrung in der häuslichen Pflege mit. „Wir geben Empfehlungen, keine Vorgaben – und wir schauen genau hin, was möglich ist“, so Sfiktelis. Immer mit dem Ziel, Lebensqualität zu verbessern und Selbstständigkeit zu erhalten.

Wie eine Beratung alles verändert

SPRACHSTEUERUNG IN DER WG

Kirsten Salzmann lebt in der Alten- und Krankenpflege-Wohngemeinschaft Unser kleines Heim in Jöllenbeck. Sie hat Multiple Sklerose, kann nur noch ihren Kopf bewegen – und war lange Zeit nahezu vollständig von der Welt abgeschnitten. „Ich konnte nichts. Ich war für niemanden erreichbar. Ich war hier wie hinterm Mond“, sagt sie rückblickend. Der Wendepunkt kam, als Pflegekräfte aus der WG Bettina Sfiktelis um Hilfe baten. „Sie haben mich angesprochen und gefragt, ob es eine Möglichkeit gibt, Frau Salzmann mehr Selbstständigkeit zu ermöglichen“, erzählt Sfiktelis. „Und da wusste ich: Hier muss mehr passieren.“ Ursprünglich ging es um einen Pflegeruf – diskutiert wurde über ein Babyfon. Doch Bettina Sfiktelis dachte weiter. Ihre Idee: eine Sprachsteuerung. „Das ist kein Standardhilfsmittel. Es wird selten verordnet, vor allem nicht für Klient*innen, die nicht beatmet sind“, erklärt sie. Drei verschiedene Stellen mussten eingebunden werden, Gutachten eingeholt, medizinische Notwendigkeiten belegt werden.

„Ich habe meine Kompetenz genutzt, um zu schauen: Was braucht sie wirklich? Was ist möglich – auch wenn es nicht im Hilfsmittelkatalog steht?“, so Sfiktelis. Der Aufwand war hoch, aber der Gewinn noch höher. Für Kirsten Salzmann war die Idee anfangs ungewohnt: „Ich bin über-



Die Idee zur neuen Sprachsteuerung von Klientin Kirsten Salzmann kam von Pflegeberaterin Bettina Sfiktelis.

haupt nicht technikaffin. Aber Bettina hat gesagt: Das geht! – und dann wusste ich: Das geht wirklich. Wenn ich sie neben mir hatte, dann hat mich das bestärkt. Ich hätte mich das sonst nie getraut.“ Heute kann sie selbstständig das Bett verstellen, Licht, Fernsehen und den Pflegeruf bedienen – und vor allem telefonieren. „Ich kann wieder mit meiner Familie oder einer Freundin sprechen. Einfach so. Das war vorher undenkbar. Jetzt bin ich nicht mehr wie abgeschnitten, das ist wunderbar.“ Auch ein automatisches Trinksystem gehört zum Setup. „Dafür braucht sie keine Pflegekraft mehr. Das kann sie jetzt allein“, berichtet Pflegerin Adina Zündorf. „Sie ist viel selbstständiger geworden. Früher musste man immer mal wieder schauen, um zu wissen, ob ihr etwas fehlt. Heute meldet sie sich einfach selbst.“ Für Bettina Sfiktelis ist genau das der Kern ihrer Arbeit: „Ich bin stolz, dass ich über den Tellerrand geschaut habe. Und wenn ich sehe, was Frau Salzmann heute alles kann – dann freue ich mich fast genauso sehr wie sie. Das ist echte Lebensqualität.“ Und Kirsten? Die bringt es auf den Punkt: „Ich bin jeden Tag dankbar. Es ist einfach wunderbar.“

16

Seit 2015 unterstützt das feste Team von aktuell 16 Pflegeberater*innen Klient*innen sowie An- und Zugehörige in komplexen Pflegesituationen.

Genau deshalb

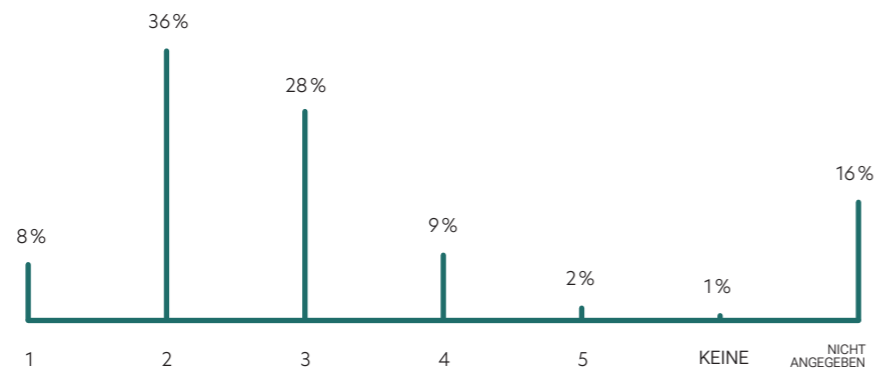
ZAHLEN DER HÄUSLICHEN ALTEN- UND KRANKENPFLEGE

Bei allem, was die DEUTSCHEFACHPFLEGE tut, geht es um die Menschen, die ihre Unterstützung brauchen. Und es zeigt sich, dass das ganzheitliche Engagement des Verbundes und der einzelnen Mitarbeiter*innen Früchte trägt: In Zahlen und Fakten genauso wie in besonderen Geschichten.

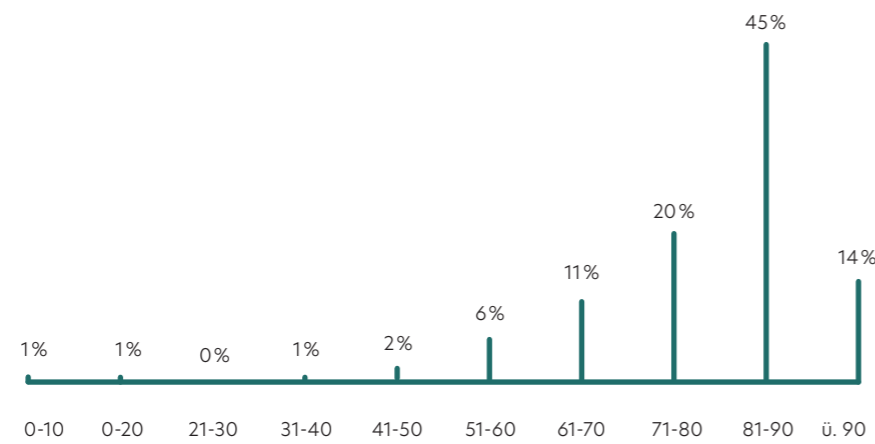
KLIENT*INNEN-ANZAHL HÄUSLICHE ALTEN- UND KRANKENPFLEGE



2,5 VERTEILUNG DER PFLEGEGRADE

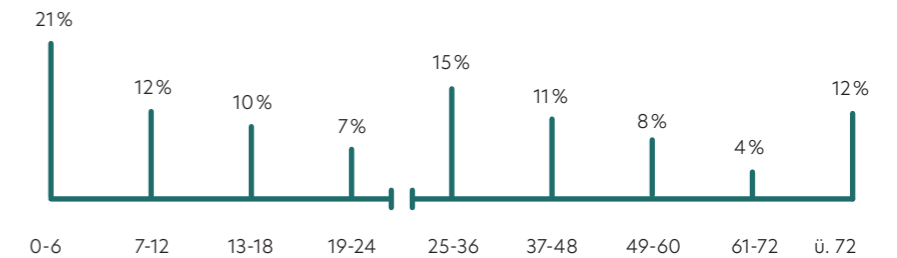


78,6 ALTERSVERTEILUNG IN JAHREN



Der durchschnittliche Pflegegrad der in den eigenen vier Wänden versorgten Klient*innen in der Alten- und Krankenpflege steigt seit 2023 kontinuierlich an - ganz genauso wie tendenziell das Durchschnittsalter. Gleichzeitig steigt ebenfalls die durchschnittliche Versorgungsdauer seit 2023 in der Tendenz an. Ein Zeichen für die hohe Pflegequalität im Verbund.

34,9 VERSORGUNGSDAUER IN MONATEN



LEISTUNGSTRÄGER

Die Pflegekosten in der häuslichen Alten- und Krankenpflege werden zu etwas mehr als 50 % von der Pflegekasse übernommen, der überwiegende restliche Anteil von gesetzlichen Krankenversicherungen.

- Pflegeversicherung (SGB XI)
- Gesetzliche KV (SGB V)
- Sonstiges inkl. Sozialhilfe

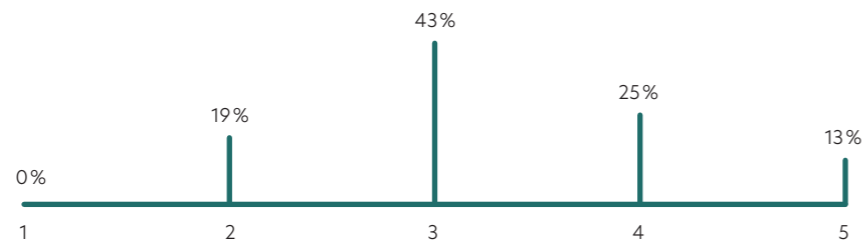


ZAHLEN DER WOHNGEMEINSCHAFTEN FÜR ALTEN- UND KRANKENPFLEGE

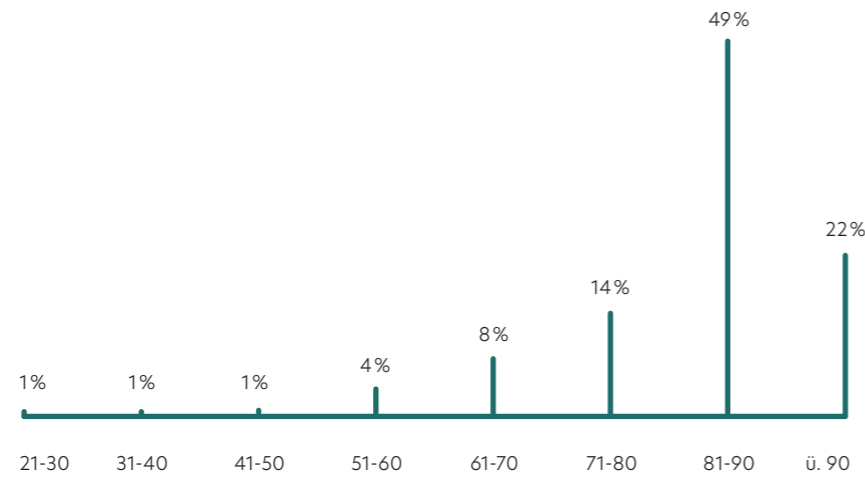
KLIENT*INNEN-ANZAHL IN WGs FÜR ALTEN- UND KRANKENPFLEGE



3,3
VERTEILUNG DER PFLEGEGRADE

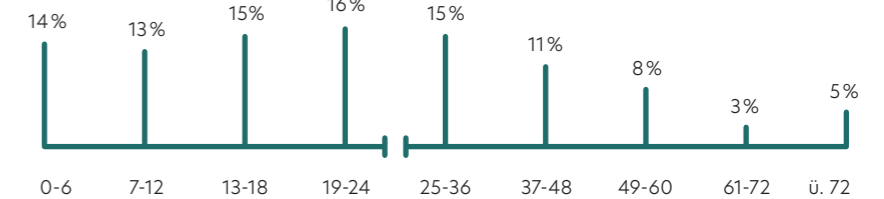


82,3
ALTERSVERTEILUNG IN JAHREN



Der durchschnittliche Pflegegrad von Menschen, die in einer Pflege-WG versorgt werden, liegt deutlich über dem der häuslichen Versorgung. Das Durchschnittsalter in den Wohngemeinschaften steigt seit 2023 kontinuierlich an. Die Versorgungsdauer verzeichnet seit 2024 sogar einen deutlichen Anstieg, was auf die gute Versorgungsqualität in den Einrichtungen schließen lässt.

27,0
VERSORGUNGSDAUER IN MONATEN



LEISTUNGSTRÄGER

Die Bewohner*innen der Wohngemeinschaften für Alten- und Krankenpflege waren bei diesen Leistungsträgern versichert. Die Verteilung der Kostenträger für die Pflege in Wohngemeinschaften für Alten- und Krankenpflege hat sich seit 2023 nicht verändert.

- GKV Allgemeine Ortskrankenkassen
- GKV Ersatzkassen
- GKV Betriebskrankenkassen
- GKV Innungskassen
- GKV Knappschaft
- PKV/Selbstzahler*innen
- Sonstige





Die beiden Bewohner
Lars Janke und Mahmoud
Younes gestalten ihren Alltag
gemeinsam – wie hier im
Garten des Hauses Ole.

Erfolgsgeschichte

EIN NEUES UMFELD MIT ALTEN BEKANNTEN

Lars Janke (45) hat eine neuronale Muskelatrophie, Mahmoud Younes (28) lebt nach einem Badeunfall im Rollstuhl. Beide kennen sich seit ihrer gemeinsamen Zeit im Haus Bonitas in Rahden – einer Wohngemeinschaft für junge pflegebedürftige Erwachsene. Heute leben sie im Haus Ole in Minden, einer weiteren WG für junge Menschen mit Pflegebedarf. Beide gehören zum Pflegedienst Bonitas im Mühlenkreis. Der Umzug verlief dank der guten Zusammenarbeit zwischen den Teams reibungslos. „Den ganzen Papierkram haben die Leitungen in Rahden und hier direkt miteinander geklärt“, sagt Mahmoud Younes.

Der Schritt war für beide bedeutsam. „Ich war acht Jahre in Rahden“, erzählt Lars Janke. „Und als ich gehört habe, dass in Minden eine neue WG eröffnet, war klar: Das Konzept passt zu mir.“ Auch Mahmoud Younes entschied sich bewusst für das Haus Ole: „Nach meinem Unfall war ich erst in Hamburg, aber meine Verwandten leben alle hier in Minden.“ Dass Pflegedienstleitung Denise Berg bereits aus Rahden bekannt war, gab zusätzlich Sicherheit. „Die war dort schon auf meiner Etage – immer nett. Und wenn sie mal klar sprechen muss, dann tut sie das auch“, sagt Mahmoud Younes lachend. Auch das Team hat die beiden schnell ins Herz geschlossen. „Ich hätte mir wirklich keine besseren Bewohner für den Start vorstellen können“, sagt Denise Berg. „Die beiden sind echte Charmeurs – sie wissen ganz genau, wie sie uns um den Finger wickeln können.“ Der Einstieg im neuen Zuhause verlief entspannt. „Das Haus ist schön, klein, familiär“, sagt Mahmoud Younes. „Man verbringt hier viel Zeit miteinander. Und die Leute hier sind alle aktiv – man bleibt auch mal bis Mitternacht zusammen, das macht richtig Spaß.“ Dass Lars Janke ebenfalls eingezogen ist, erleichterte die Eingewöhnung zusätzlich: „Ich war echt froh, als er da war. Wenn man jemanden schon kennt, ist alles leichter.“ Lars Janke und Mahmoud Younes gestalten ihren Alltag aktiv – und vor allem gemeinsam. „Wir hören gerne Musik – am liebsten Techno – und fahren oft zusammen raus, je nach Wetter. Da läuft dann Musik, manchmal gibt’s auch ein Getränk“, erzählt Lars Janke. Mahmoud Younes studiert BWL im Fernstudium, ist viel unterwegs, trifft Freunde, besucht die Stadt oder die Weser.

Dass sie in einer WG für junge Menschen leben, ist für beide zentral. „Für mich ist es wichtig, dass die Leute ungefähr im selben Alter sind. Dann kann man auch wirklich was zusammen machen“, sagt Lars Janke. Mahmoud Younes ergänzt: „Ich kann mir ein klassisches Altenheim gar nicht vorstellen. Das hier ist ein Übergang – mit dem Ziel, irgendwann wieder allein zu leben. Aber hier können wir einfach mehr machen.“ „Die beiden bringen viel Erfahrung mit und kennen das WG-Leben bereits sehr gut“, sagt Bereichsleitung Ruslan Milidi. „Das ist ein echter Gewinn – auch für andere Bewohner*innen, die dazukommen. Es entsteht von Anfang an eine gute Dynamik.“ Ihre Pläne zeigen, wie aktiv Leben in der Pflege sein kann: Lars Janke freut sich auf eine 80er/90er-Veranstaltung auf der Kanzlersweide – „das wird dann von vielen Pflegekräften begleitet“. Mahmoud Younes war schon in Dubai und Afrika, hat in diesem Jahr aber auf eine Reise verzichtet: „Sonst wäre ich jetzt auf Mallorca.“



Lars Janke
Bewohner

„ Das Konzept
passt zu mir. “

Palliativpflege

ZUWENDUNG UND LINDERUNG

Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, beginnt eine andere Form der Fürsorge: die Palliativpflege. Sie konzentriert sich auf das, was für viele Menschen in der letzten Lebensphase am wichtigsten ist – ein Leben in Würde, möglichst schmerzfrei, begleitet von Menschen, die da sind, zuhören, aushalten. Palliative Care ist ein Ansatz in der Medizin, der darauf abzielt, die Lebensqualität von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen zu verbessern, indem Leiden gelindert und Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit oder Atemnot behandelt werden, ohne die Erkrankung selbst zu heilen. Es ist ein ganzheitlicher Ansatz, der sowohl körperliche als auch psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt.

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE versteht Palliativpflege als zentrales Element ihres Selbstverständnisses. In allen Einrichtungen und Diensten des Verbunds findet sie statt – ganz gleich, ob Klient*innen bereits mit palliativem Bedarf kommen oder sich dieser erst im Krankheitsverlauf entwickelt. In vielen Regionen arbeitet die DF eng mit spezialisierten Partnern im SAPV-Netzwerk (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) zusammen. Jede Einrichtung im Verbund hat eigene Rituale entwickelt, um mit Trauer und Abschied umzugehen: Kondolenzbücher, stille Räume oder kleine Altäre ermöglichen auch den Mitbewohner*innen, An- und Zugehörigen und Pflegekräften einen würdigen Abschied.

Darüber hinaus bieten einige Einrichtungen die spezialisierte Versorgung direkt an. Dort arbeiten Pflegekräfte mit Zusatzausbildung, die gemeinsam mit Ärzt*innen, Therapeut*innen, Seelsorger*innen sowie An- und Zugehörigen individuelle Wege finden, um das Leben bis zum Schluss lebenswert zu gestalten. Neben medizinischer Versorgung geht es bei der Palliativpflege vor allem um Menschlichkeit: um Nähe, Trost, Achtsamkeit – und um das, was für die Einzelne*n in dieser Phase zählt. Zwei von diesen Palliativ-Care-Pflegekräften sind Alexandra Behnke und Ralf Wienkemeier. In ihrer täglichen Arbeit erleben sie, was es bedeutet, nicht nur mit dem Kopf, sondern auch mit dem Herzen zu pflegen.

Palliativpflege kann auch die Erfüllung eines letzten Wunsches bedeuten – wie hier der Ausflug einer Klientin der DEUTSCHENFACHPFLEGE ans Steinhuder Meer.

Pflegekräfte in der Palliativpflege

WENN DAS EIGENE HERZ BERÜHRT WIRD

Palliativpflege beginnt nicht mit einem Medikament. Sie beginnt mit einem Blick, einem leisen Satz, einer Hand auf der Schulter. Sie bedeutet, sich einzulassen – auf Unsicherheiten, auf Ängste, auf das, was sich nicht immer in Worte fassen lässt. Und auf Menschen, die wissen, dass ihre Zeit begrenzt ist. Alexandra Behnke und Ralf Wienkemeier haben sich für diesen Weg entschieden, weil sie an den Orten, an denen sie früher gearbeitet haben, zu oft erlebt haben, wie unwürdig das Sterben sein kann. Für Behnke war es das Altenheim, wo Menschen zu früh aufgegeben wurden. „Da fehlt das qualitative Know-how und das An-die-Hand-Nehmen“, sagt sie rückblickend. Für Wienkemeier war es die Intensivstation: „Das Sterben dort war menschenunwürdig. Die Bindung zwischen Patient*innen und An- und Zugehörigen hat oft nicht mehr gestimmt.“ Inzwischen arbeitet Behnke im Haus Charlie in Warendorf, Wienkemeier leitet in Bayern die Intensivpflege-Wohngemeinschaft Neunkirchen am Brand und bildet selbst Pflegekräfte im Bereich Palliativpflege aus. Und sie erleben täglich, wie anspruchsvoll, aber auch erfüllend diese Arbeit ist.

Denn: Nicht jeder Mensch liegt aktiv im Sterben. Manche lachen, spielen, wollen entblockt werden. Beim Entblocken wird die Luft aus der Manschette des Trachealkanülen-Systems abgelassen, damit Klient*innen zum Beispiel noch eine letzte Veranstaltung besuchen können. Andere wiederum schweigen. „Wichtige Fragen wie ‚Wie geht es dir?‘ werden oft unterschätzt“, sagt Behnke. „Aber genau die machen den Unterschied.“ Wienkemeier beschreibt seinen Arbeitsalltag als Überraschungsei. „Eigentlich versorgen wir tagtäglich schwerstkranke Menschen – aber kein Tag ist wie der andere.“ Besonders herausfordernd seien dabei oft nicht die Klient*innen selbst, sondern das Team: „Wenn das Thema Tod näher rückt, zeigen sich Unsicherheiten. Es melden sich plötzlich Leute krank. Da ist dann viel Unterstützung gefragt.“

Beide sind sich einig: Die Gespräche mit An- und Zugehörigen sind ein zentraler Teil der Palliativpflege. „Oft halten sie zu sehr fest“, erklärt Behnke. „Sie wollen das Leben ihrer Liebsten verlängern, auch wenn der Mensch selbst innerlich längst bereit ist.“ Dann sei es Aufgabe der Pflege, auch den An- und Zugehörigen ein Stück weit beim Loslassen zu helfen – und gleichzeitig den Druck von den Schultern der Klient*innen zu nehmen.

Auch Wienkemeier beschreibt dabei die Herausforderung, die entsteht, wenn der Sterbeprozess zwischen Klient*in und Angehörigen nicht synchron verläuft. Umso wichtiger sei es, nicht alles erklären zu wollen. „Pfleger*innen müssen sich auch trauen zu sagen: Ich weiß es nicht. Denn genau aus solchen Unsicherheiten entstehen oft Ängste.“ Und wie geht man als Pflegekraft mit dem emotionalen Gewicht dieser Arbeit um? „Man darf auch mal mitweinen“, sagt Behnke. „Man muss nicht zeigen, dass man als Eisblock funktioniert.“ Ihr habe es geholfen, jemanden zum Reden zu haben – besonders nach traumatischen Erlebnissen. Etwa, als eine Klientin verblutete. „Mit vielen Gesprächen kann man das verarbeiten.“

Für Wienkemeier sind es die Rückmeldungen, die Kraft geben – ein Lächeln, ein schlichtes Danke, ein Blick, der hängen bleibt. Und dennoch, auch nach 15 Jahren und über 4 000 begleiteten Menschen: „Es ist etwas völlig anderes, wenn man selbst emotional betroffen ist.“ So wie beim Tod seines Schwiegervaters, den er zu Hause begleitete. „Wir haben das so umgesetzt, wie ich mir Palliativ Care immer vorgestellt habe. Aber als dann die Familie kam – da konnte ich nicht mehr im Zimmer sein.“ Eine Erfahrung, die ihn daran erinnerte: „Wenn das eigene Herz berührt wird, ist es etwas ganz anderes.“



MEHR ALS WORTE SAGEN KÖNNEN

Was Palliativpflege in der Praxis bedeutet, lässt sich nur schwer in einem Text erfassen. Einblicke in die Haltung, die Nähe und die berührenden Momente dieser Arbeit gibt der Kurzfilm.



Alexandra Behnke
Pflegfachkraft

„ Man darf auch mal mitweinen. “

Podologie und Physiotherapie

WEIT ÜBER DIE PFLEGE HINAUS

Ganzheitlich aufgehoben sind pflegebedürftige Menschen, wenn ihre Unterstützung weit über die eigentliche Pflege hinaus geht. Die Zusammenarbeit mit externen Partnern verschiedener Professionen ist daher grundlegend für eine umfassende Versorgung der Klient*innen der DEUTSCHEN FACHPFLEGE. Parallel erweitert die DF ihr Portfolio dort, wo es sinnvoll und naheliegend ist, damit sich Betroffene vollumfänglich umsorgt wissen. Ziel ist es, therapeutische Angebote wie die Physiotherapie und Podologie überall zur Verfügung zu stellen – in der Regel durch externe Anbieter. Zusätzlich sind sie eine schlüssige Ergänzung zum reinen Pflegeangebot des Verbundes. Diese Ergänzung ergibt sich unter anderem durch die M&A-Abteilung im Zuge von Expansions-Optionen. So konnte der Verbund das Physiotherapie- und Podologie-Angebot im Berichtszeitraum durch die Integration von Curegia in München und dem Pflegedienst Villa Savelsberg in Papenburg einführen.

Physiotherapie wird in der DF als Hausbesuch oder in einer Physiotherapie-Praxis ermöglicht. Der Vorteil: Pflege und Therapie sind fachlich und eng aufeinander abgestimmt und Kommunikationswege kurz. Das Leistungsspektrum ist vielfältig:

- ✓ Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen
- ✓ Mobilisation
- ✓ Rehabilitation nach Verletzungen und Operationen
- ✓ Zusätzliche Spezialisierung auf geriatrische Klient*innen und Krankheitsbilder wie Schlaganfall, Parkinson oder Demenz

Fußpflege und Fußreflexzonen-Therapie in der DF sind genau wie die Physiotherapie als Hausbesuch oder in einer Podologie-Praxis möglich. Umfassende präventive und kurative therapeutische Maßnahmen umfassen das Behandlungsspektrum. Darüber hinaus bringen die Fachteams einen großen Erfahrungsschatz auf dem Gebiet der Wunden und diabetologischen Folgeerkrankungen mit. Behandlungsschwerpunkte sind:

- ✓ Podologische Komplexbehandlung
- ✓ Fußreflexzonen-therapie
- ✓ Nagelkorrektur
- ✓ Spangentherapie
- ✓ Druckentlastung
- ✓ Panaritium-Behandlung
- ✓ Rhagaden-Behandlung
- ✓ Pilzkrankungen der Füße und Fußnägel
- ✓ Hühneraugen- und Warzenbehandlungen
- ✓ Hornhautentfernungen

Mobilität und Fußgesundheit bedeuten ein Mehr an Lebensqualität. Deshalb wird die DEUTSCHE FACHPFLEGE diese Bereiche in den kommenden Jahren weiter ausbauen und ergänzen – weil Pflege so viel mehr ist.

Physiotherapie und Podologie sind eine schlüssige Ergänzung zum reinen Pflegeangebot des Verbundes.



Physiotherapeut
Jasmin Mehičević
bei einer Übungseinheit

ANKOMMEN

Der Weg in die DEUTSCHEFACHPFLEGE kann leichter nicht sein: Der Pflegeverbund schafft ein Umfeld, das versteht, was es braucht, um schnell die passende Unterstützung organisieren zu können – mithilfe spezialisierter Teams, die diesen ersten, oft entscheidenden Schritt in die Pflege und die **DF** begleiten. Diese Teams sind weit mehr als organisatorische Helfer – sie sind Orientierung, Verbindungsglied und vertrauensvolle Ansprechpartner. Sie entlasten, schaffen Klarheit und machen den Übergang so unkompliziert wie möglich – passgenau, persönlich und professionell. Innerhalb des Verbundes gibt es mehrere solcher Fachteams – jedes mit einem spezifischen Schwerpunkt, alle mit demselben Ziel: Das reibungslose Ankommen in der DEUTSCHENFACHPFLEGE.



ZENTRAL BERATEN.

Die Pflege-Landschaft ist vielfältig. Wer erstmals mit dem Thema Pflege konfrontiert wird, sieht sich einer Vielzahl an Möglichkeiten und Entscheidungen gegenüber – eine herausfordernde Situation, die nach Orientierung und Struktur verlangt. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE schafft an dieser Stelle Klarheit auf unverbindlichem und kurzem Weg: mit „Zentral beraten.“, der telefonischen Erstberatung des Pflegeverbundes. Welche Versorgung passt zur aktuellen Lebenssituation? Wo gibt es passende Angebote in der Nähe? Die Berater*innen helfen, genau das herauszufinden – mit Erfahrung, Verständnis und dem Blick für das Wesentliche. So kann schnell die Verbindung zur richtigen Einrichtung oder Ansprechperson hergestellt werden.

0800 306 550 02



Überleitmanagement

30 ZENTRAL ORGANISIERT, PERSÖNLICH VOR ORT

Die 30 Überleitmanager*innen der DF gliedern sich in die Bereiche Nord, Mitte und Süd, mit jeweils zugehöriger Teamleitung. Im Durchschnitt betreut eine Überleitungskraft etwa 120 Klient*innen. Der Kontakt ist eng, regelmäßig und oft über die eigentliche Überleitung hinaus von Bedeutung.

Wenn sich Lebensumstände durch eine intensivpflegerische Erkrankung grundlegend verändern, braucht es Verlässlichkeit, Struktur und Menschen, die Orientierung geben. Besonders dann, wenn ein Wechsel ansteht: etwa bei der Entlassung aus der Klinik oder wenn die bisherige Versorgung nicht fortgeführt werden kann. Hier setzt das Überleitmanagement der DEUTSCHENFACHPFLEGE an.

Als spezialisierte Schnittstelle begleitet es die Überführung in die außerklinischen Intensiv- und Beatmungspflegeversorgungen des Verbundes: die häusliche Einzelversorgung, stationäre Einrichtungen oder ambulant betreute Wohngemeinschaften. Die DF bietet damit ein weites Auswahlfeld an Versorgungsformen an, die passgenau auf die jeweilige Lebenssituation der Betroffenen sowie ihrer An- und Zugehörigen abgestimmt werden können.

Das Überleitmanagement, das zentral organisiert ist, arbeitet vor Ort – dort, wo Menschen die Unterstützung des Teams benötigen. Rund 30 Überleitmanager*innen – viele von ihnen mit langjähriger Erfahrung in der Pflege – sind jeweils für ein eigenes Postleitzahlengebiet zuständig. Damit sind sie eng in ihrer Region verwurzelt, kennen die Gegebenheiten vor Ort und stehen in direktem Kontakt zu Kliniken, Kooperationspartnern, Pflegediensten, den betroffenen Menschen sowie ihren An- und Zugehörigen – weil Pflege mit Vertrauen beginnt. Das ermöglicht letztendlich ein bundesweites Versorgungsnetz inklusive kurzer Wege, hoher Reaktionsgeschwindigkeit und direktem Draht zu allen Beteiligten.

Der wahre Qualitätsunterschied ergibt sich im Überleitmanagement der DF aus der Kombination von Care Management und Case Management, also dem Zusammenspiel von systematischer Versorgungssteuerung und -optimierung mit der Koordination individueller Unterstützung der Klient*innen. Es werden also sowohl Pflegeangebote effizient, wirtschaftlich und qualitätsgesichert mit Blick auf ganze Zielgruppen oder Regionen gestaltet als auch individuelle Bedarfe erfasst, passende Leistungen koordiniert und kontinuierlich begleitet, um eine bedarfsgerechte, effiziente Versorgung sicherzustellen. Ein zentrales Element der Zusammenarbeit ist der kontinuierliche Austausch mit verschiedenen Abteilungen innerhalb des Verbundes, z. B. dem Bewerbermanagement (siehe Seite 94). Gerade bei Neuaufnahmen ist diese Abstimmung essenziell, damit die personellen Ressourcen vor Ort der geplanten Versorgung entsprechen.

Das Netzwerk des Überleitmanagements außerhalb der DF ist in den letzten Jahren stetig gewachsen. War es anfangs vor allem auf Klinikpartner fokussiert, umfasst es heute ein breites Spektrum an Akteuren – von sozialen Einrichtungen bis hin zu Selbsthilfegruppen, Interessenvertretungen, Sanitätshäusern, Home-care-Firmen, Pflegediensten und -einrichtungen außerhalb der DF, Kranken- und Pflegekassen, Therapeutischen Diensten, Haus- und Fachärzt*innen. Bestehende Netzwerke werden gepflegt, neue gezielt aufgebaut. Dabei tritt das Team bewusst nicht immer als Vertreter der DEUTSCHENFACHPFLEGE auf, sondern schafft unabhängige Austauschplattformen, die Raum für Kooperation, Ideen und neue Perspektiven bieten.

Denn das Überleitmanagement versteht sich als Impulsgeber, über die eigenen unternehmerischen Strukturen hinaus. Die DF ist beispielsweise spezialisiert auf die Versorgung von ALS-Klient*innen und sorgt mit ihren hohen Qualitätsansprüchen dafür, die bestmögliche Versorgungsform zu realisieren. So arbeitet das Team für die gezielte Unterstützung erkrankter Menschen deutschlandweit immer enger mit den ALS-Ambulanzpartnern zusammen, damit Betroffene besser aufgefangen werden können. Außerdem empfiehlt das Überleitmanagement Pflegebedürftigen, An- und Zugehörigen, sich Netzwerken wie der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL) anzuschließen. Auch bei Themen wie der häuslichen Dialyse ist die DF über NADia, das Netzwerk für assistierte Dialyse, aktiv eingebunden. Das ermöglicht Versorgungskonzepte, die Selbstbestimmung und Lebensqualität fördern (siehe hierzu auch www.nadianetzwerk.de).

Die zentral organisierte Überleitung der DEUTSCHENFACHPFLEGE schafft Professionalisierung, Transparenz, Geschwindigkeit im Überleitprozess und Kosteneffizienz. Davon profitieren alle Beteiligten – vor allem aber die Pflegebedürftigen sowie ihre An- und Zugehörigen. Denn innerhalb von wenigen Stunden bis vier Wochen findet in der Regel eine vollständige Überleitung in eine Versorgungsform des Verbundes statt – abhängig von der betroffenen Person und ihrem Umfeld.

ZUFRIEDENHEIT DER KLIENT*INNEN



Datenbasis: Vom Überleitmanagement erfasste Schulnoten



Johannes Heldmann
Leitung Überleitmanagement

„ Innerhalb von 12 Stunden kann für Pflege-WGs und innerhalb von 24 Stunden für die häusliche Versorgung eine Zu- oder Absage gegeben werden. Eine Überleitung dauert – je nach Klient*in und Umfeld – zwischen zwei Stunden und vier Wochen. Die Spannweite ist groß, der Anspruch bleibt: Wir tun (fast) alles, um sie möglich zu machen. Und das ohne Abstriche bei unserer Qualität. “



QR-Code scannen, um zu den FAQ der außerklinischen Intensivpflege zu kommen.



QR-Code scannen und das Überleitmanagement im Kurzfilm sehen.



Dennis Brinkhaus
Pflegeplatzvermittler

„ Wir wollen eine stabile, harmonische Gemeinschaft sichern – das ist unser Qualitätsanspruch.“

Pflegeplatzvermittlung

DER RICHTIGE PLATZ ZUR RICHTIGEN ZEIT

Fällt die Wahl auf die Alten- und Krankenpflege-WG als Versorgungsform, kann das schnell Fragen aufwerfen: Wo ist ein Platz frei? Was kostet das? Wie läuft der Einzug ab? Wer begleitet uns durch den Prozess? Innerhalb der DEUTSCHEN-FACHPFLEGE gibt es genau für solche Fragen ein spezialisiertes Team: die Pflegeplatzvermittlung. Der Name sagt es bereits – es geht nicht nur um die Belegung von Zimmern, sondern um gezielte, empathische Beratung und individuelle Begleitung auf dem Weg in eine ambulant betreute Senior*innen-Wohngemeinschaft der DF.

Das Team der Pflegeplatzvermittlung besteht aus zwei ausgebildeten Pflegefachkräften mit pflegerischem und organisatorischem Know-how: Tanja Probst und Dennis Brinkhaus. Sie betreuen aktuell über 35 Wohngemeinschaften in mehreren Regionen Deutschlands. Jede*r von ihnen ist für bestimmte Einzugsgebiete zuständig. Der Anspruch: persönliche Beratung, klare Prozesse und vor allem menschliche Nähe. „Ein typischer Tag? Den gibt es eigentlich nicht“, sagt Brinkhaus. Mal erreichen sie dringende Anfragen aus Kliniken, mal organisieren sie Vor-Ort-Termine oder stimmen sich mit Hausleitungen zu Einzugsplänen ab. Immer aber geht es um mehr als nur Fakten. „Wir müssen verstehen, was die Menschen brauchen – nicht nur pflegerisch, sondern auch emotional. Und wir nehmen uns die Zeit dafür.“

Die Pflegeplatzvermittler*innen begleiten nicht nur den Kontakt, sie übersetzen auch: komplexe Vertragsinhalte, Leistungsansprüche, Finanzierungsfragen. Sie unterstützen An- und Zugehörige bei organisatorischen Themen, koordinieren gemeinsam mit Pflegeberater*innen oder verweisen auf andere Angebote im Verbund, wenn etwa eine andere Pflegeform passender ist. „Viele An- und Zugehörige sind überrascht, dass wir sie nochmal anrufen, nachfragen, wirklich dranbleiben“, erzählt Probst. „Aber genau das ist unsere Rolle. Es geht darum, Sicherheit zu geben – auch wenn der Platz gerade nicht frei ist.“ Gerade deshalb arbeiten sie mit einer strukturierten Warteliste, die kontinuierlich gepflegt wird. Interessierte werden dort aufgenommen, Kapazitäten abgeglichen und passende Angebote gezielt vermittelt – auch über längere Zeiträume hinweg. Dabei entsteht intern eine enge Zusammenarbeit mit den Hausleitungen, ohne dass diese sich ausgebremst fühlen: „Wir nehmen ihnen die zeitintensive Vorarbeit ab“, sagt



Herr Lewandowski, Bewohner vom Haus Bonitas, beim gemeinsamen Zeitunglesen mit Pflegekraft Albina Schneider

Brinkhaus. „Die Häuser wissen am Ende sehr genau, wer da kommt – aber wir haben bis dahin schon viele Gespräche geführt und geklärt, ob es wirklich passt.“ Dass in bestimmten Situationen auch Absagen notwendig sind, gehört dazu. „Wir wollen eine stabile, harmonische Gemeinschaft sichern – das ist unser Qualitätsanspruch. Und das verstehen die meisten auch“, sagt Probst. Gerade die richtige Balance zwischen individuellen Wünschen und tatsächlichen Möglichkeiten sei eine der größten Herausforderungen, so Brinkhaus. „Manche möchten unbedingt heimatnah bleiben. Wenn das nicht sofort geht, versuchen wir Alternativen aufzuzeigen – aber ohne Druck.“ Wichtig sei dabei vor allem, beiden Seiten gerecht zu werden: den Einrichtungen und den betroffenen Menschen.

Unterstützt wird das Team durch eine enge Vernetzung – mit Kliniksozialdiensten, Pflegeberatungsstellen, Städten und intern mit Pflegeberater*innen und dem Überleitmanagement. „Das ist ein echter Vorteil innerhalb der DF: dass wir so viele Schnittstellen direkt im Haus haben und uns gegenseitig unterstützen“, sagt Probst. Auch über Reha-Portale und direkte Klinikkontakte entstehen viele Anfragen, die das Team individuell aufnimmt und weiterverfolgt. „Von der ersten Anfrage bis über den Einzug hinaus haben Interessierte eine feste Ansprechperson, die begleitet, erklärt, koordiniert“, so Probst. Und manchmal auch einfach nur zuhört. „Am Ende geht's immer um Menschen“, fasst Brinkhaus zusammen. „Und wir sind froh, dass wir diesen Weg mit ihnen gemeinsam gehen dürfen.“

Unternehmensnachfolge

GEMEINSAM WACHSEN

Gut in der DEUTSCHENFACHPFLEGE ankommen – das sollen nicht nur Klient*innen, sondern auch Pflegedienste, die sich dem Verbund anschließen. Mit einer Integration profitieren sie von zentralisierten Strukturen, die Entlastung und Unterstützung bereithalten. Umgekehrt ermöglicht die Unternehmensnachfolge der DF den Ausbau ihres deutschlandweiten Versorgungsnetzes, damit eine heimatnahe Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf umgesetzt werden kann. Den eigenen Pflegedienst abzugeben, den man seit Jahrzehnten selbst geführt hat, ist keine leichte Entscheidung. Gründe für einen Verkauf gibt es viele, die Ursache ist meist äußerst individuell. Die DF als großer Verbund von Pflegediensten ist sich dieser Sensibilität sehr bewusst – und schafft deshalb einen Rahmen des Vertrauens, der von der ersten Kontaktaufnahme bis weit über die erfolgte Integration hinausgeht. Denn beim gesamten Prozess geht es in erster Linie um die Menschen, die hinter allem stehen: Jede*r Beteiligte soll ja am Ende von den neuen Gegebenheiten profitieren.

Die DEUTSCHENFACHPFLEGE hat im Berichtszeitraum unter anderem die Pflegedienste Fiato und Pflegeanker übernommen und in den bestehenden Pflegedienst Thore integriert. Der folgende Bericht gibt mit diesem realen Beispiel einen Einblick in Abläufe, Zuständigkeiten und Prioritäten eines Integrationsprozesses. Allem voran soll er aber die Sicht der verschiedenen Parteien aufzeigen – inklusive der Seite, die integriert wurde.



Ben Jenderny
Bereichsleitung

„Man vertraut von jetzt auf gleich wildfremden Menschen und kann diesen Vertrauensvorschuss ebenso erwarten.“

Der Türöffner

Der Anfang liegt bei Lukas Mazur. Er ist Teil des M&A-Teams und häufig der erste Kontakt zu einem Pflegedienst, der möglicherweise bald Teil der DF wird. Er ist damit der erste Eindruck und Repräsentant des Verbundes. Mazur geht proaktiv ins Gespräch mit Pflegedienstinhabern, erörtert Zukunftspläne und begleitet Verträge. Während des Integrationsprozesses fungiert er außerdem als Schnittstelle und Sprachrohr zwischen den Verwaltungsabteilungen der DF und den Ansprechpartner*innen in der Pflege. Bei seiner Arbeit geht es also vor allem darum, die richtigen Worte zu finden und Vertrauen zwischen allen Beteiligten aufzubauen. Er weiß: „Jede Integration ist individuell, das richtige Tempo dabei gibt es nicht, weil es von vielen Faktoren, der Vorgeschichte des Pflegedienstes, der Ernsthaftigkeit und den Menschen vor Ort abhängt.“ Ehrlichkeit, Transparenz und Authentizität sind die Grundlage bei dem, was Lukas Mazur tut. „Ein absolutes No-Go ist, zu behaupten, dass sich durch eine Übernahme nichts verändert – nur um zu besänftigen. Das stimmt schlichtweg nicht.“

Die strategische und operative Begleitung

Im zweiten Schritt kommen Menschen hinzu, die mit ihrer langjährigen Berufserfahrung in der Pflege die Integration in den Verbund planen und vor Ort durchführen. Im Falle Fiato und Pflegeanker waren das die Regionalleitungen Marion Gassmann und Esther Gerbig sowie die Bereichsleitung Ben Jenderny. Ihr Zuständigkeitsgebiet liegt in Norddeutschland. Alle drei kommen von dort, man hört es, sobald sie zu sprechen beginnen – eine Kleinigkeit, wie es scheint, aber von großer Bedeutung, um Vertrauen aufzubauen und eine persönliche Ebene herzustellen.

„Zunächst einmal bin ich die nächste Geschäftsführerin auf dem Papier“, erklärt Marion Gassmann. „Das macht was mit den Menschen vor Ort. Deswegen ist es wichtig, dass ich nicht nur ein Name bin, sondern die Leute auch kennenlernen. Gerade am Anfang zeige ich also Präsenz.“ Gemeinsam mit Esther Gerbig und der Bereichsleitung Ben Jenderny hat sie Marschrouten und Zukunftspläne für die beiden Pflegedienste aufgestellt. „Ich bin von vornherein und permanent vor Ort“, betont Jenderny. Er ist die Konstante für die beiden Pflegedienste und im täglichen Austausch mit den Führungskräften dort – das ist grundlegend, weil der Kopf des Pflegedienstes jetzt nicht mehr da ist. Die neuen Kolleg*innen brauchen zu dieser Zeit vor allem Orientierung, die auf diese

Weise personifiziert wird. Jenderny war derjenige, der den Mitarbeiter*innen die DEUTSCHENFACHPFLEGE nähergebracht hat. „Manchmal bin ich auch einfach Punchingball“, resümiert er. Eine Pflegedienstübernahme ruft viele Emotionen in der Belegschaft hervor. Die müssen ernstgenommen, aber dann genauso abgepuffert werden, damit sich die Gemütslage stabilisieren kann. Zu diesem Zweck nimmt er immer mal wieder „echte Menschen mit in die Gespräche, die selbst eine Integration mitgemacht und sich im Unternehmen etabliert haben; die zeigen, welche Entwicklungschancen es bei uns gibt“.

Die Neuen

Anja Peykow und Bianca Bialek-Busse sind diejenigen, die in den Verbund der DF aufgenommen wurden. Bialek-Busse war vorher und ist weiterhin Pflegedienstleitung. Für Peykow war die Übernahme ein Karrieresprung: Sie ist von der Pflegefachkraft zur PDL aufgerückt. Zu Beginn eines Integrationsprozesses werden viele Gespräche geführt und die Lage vor Ort analysiert. Peykow war schließlich diejenige, in die alle Seiten ihr Vertrauen setzten und die damit zur Pflegedienstleitung aufsteigen konnte.

Die ersten Reaktionen und Gedanken, als sie erfuhren, dass ihr Pflegedienst sich der DEUTSCHENFACHPFLEGE anschließt, waren sehr unterschiedlich bei den beiden: „Ich war neugierig und aufgeregt“, berichtet Peykow. „Wir haben uns dann im Internet informiert und gemerkt, wie groß die DF ist. Ich war sehr gespannt.“ Bianca Bialek-Busse hatte bisher sehr eng mit der bisherigen Inhaberin ihres Pflegedienstes zusammengearbeitet. Deshalb war im Gegensatz dazu die Nachricht über die Übernahme ein regelrechter Schock für sie. „Nach einigen Nächten Drüber-Schlafen und Mich-Informieren habe ich aber gemerkt, dass man gut ein Teil eines neuen Ganzen sein kann. Es schließt sich zwar eine Komfortzonen-Tür, aber die nächste geht dafür auf. Ich habe mich also einfach darauf eingelassen – und bisher hat es nicht geschadet“, schmunzelt sie.

Was hat sich seither verändert – zum Positiven, aber auch zum Negativen? „Für mich entwickelt sich gerade alles zum Positiven. Mein Gebiet wächst stetig, ich werde bald für einen weiteren Standort verantwortlich sein. Ich bin sehr dankbar für den Vertrauensvorschuss, denn im Grunde wusste die DF ja nicht, wen sie mit mir eingekauft hat“, so Bialek-Busse. Anja Peykow kann genauso wenig Negatives finden: „Für mich hat sich vieles geändert, denn ich bin jetzt Pflegedienstleitung – also in meiner Position gewachsen. Außerdem habe ich wunderbare Menschen kennengelernt.“



Bianca Bialek-Busse
Pflegedienstleitung

„Unternehmensintegration ist für mich Einstieg in Neues: Ein Türöffner zu unbekanntem, frischen Ideen und spannenden Verbindungen und Strukturen. Außerdem: Das Zusammenwachsen von Menschen und Visionen.“

Beide betonen, welche große Sicherheit ihnen Ben Jenderny gegeben hat und dass im Verbund immer jemand da ist, um Fragen zu beantworten. „Aus diesem Grund holen wir schon sehr früh die Verwaltungsabteilungen mit ins Boot, die den Verantwortlichen vor Ort eine große Stütze und Entlastung sind“, erklärt die Bereichsleitung. Damit meint er beispielsweise das Qualitätsmanagement, das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB), das Bewerbermanagement, die IT, das Marketing, die PflegeLeicht-Akademie und viele mehr.

Das Fazit

„Ich bin ein großer kleiner Teil der DF geworden und gespannt, was noch alles auf uns zukommt“, resümiert Bianca Bialek-Busse. „Ja“, ergänzt Anja Peykow, „wir sind jetzt Teil einer großen Familie“. Lukas Mazur fasst es so zusammen: „Es ist schön, zu sehen, was aus den Menschen wird, die wir dazugewinnen. Es sind bisher unentdeckte Talente und Persönlichkeiten dabei – jede Integration ist ein Gewinn für alle Seiten: Die ehemaligen Inhaber vertrauen uns einen Lebensabschnitt an, der bei uns gut aufgehoben ist. Wir gewinnen mit den Menschen, die zu uns kommen, neue Expert*innen dazu und sie wiederum haben im Verbund alle Möglichkeiten, sich weiterzuentwickeln. Auf diese Weise können wir alle gemeinsam wachsen.“

Personalförderung in der DF

DEN MENSCHEN IM BLICK

Qualitativ hochwertige Pflege braucht passende Rahmenbedingungen – und Menschen, die diese aktiv gestalten. Ihre Arbeit, ihr Engagement und ihr Wissen bestimmen maßgeblich die Qualität der Versorgung. Damit sie sich entfalten können, brauchen sie mehr als einen Dienstplan – sie brauchen Perspektiven, Unterstützung, ein offenes Ohr. Und Menschen, die sich eben darum kümmern. Genau darin sieht die DEUTSCHEFACHPFLEGE eine zentrale Aufgabe: Mitarbeitende sollen gehört, gefördert und in ihrer täglichen Arbeit wertgeschätzt werden. Denn nur mit qualifizierten, gut betreuten und motivierten Mitarbeitenden lässt sich auch der Anspruch des Verbunds erfüllen – Qualitätsführerschaft in der außerklinischen Versorgung.

Im Mittelpunkt steht dabei immer der Mensch. Entscheidend ist nicht nur Fachlichkeit, sondern vor allem Vertrauen. Zuhören, das Erkennen von Bedarfen und die Entwicklung konkreter Maßnahmen sind wesentliche Bausteine dieser Philosophie. Offenheit, Loyalität und Bodenständigkeit prägen den Ansatz des Verbundes zusätzlich. Die Pflege bleibt dabei stets im Zentrum. Viele Mitarbeitende im Personalbereich haben selbst einen pflegerischen Hintergrund. Das sorgt für Verständnis und zeigt gleichzeitig, dass berufliche Entwicklung im Unternehmen möglich ist. Karrieren wie die von Sophie Schlawinsky, die als Sachbearbeiterin begann und nun das Bewerbermanagement leitet (siehe folgende Doppelseite), sind bei der DF keine Ausnahmen, sondern gelebte Praxis.

Besondere Bedeutung hat außerdem die Balance zwischen dem Bewahren und dem Verändern. Die DF ist aus vielen ehemals eigenständigen, erfolgreichen Pflegeunternehmen hervorgegangen – mit jeweils eigener Kultur, Geschichte und Identität. Diese Historien gilt es zu respektieren. Gleichzeitig geht es darum, als Verbund zusammenzuwachsen und die Chancen der gemeinsamen Größe aktiv zu nutzen. In diesem Umfeld sollen sich alle Mitarbeitenden wohlfühlen und gerne arbeiten. Dazu tragen unter anderem diverse Möglichkeiten zur Entwicklung und Neuorientierung bei, wie sie von der DF-Akademie PflegeLeicht unterstützt werden. Denn Qualität zu halten, bedeutet immer auch, sich stetig weiterzuentwickeln.



Sophie Schlawinsky
Leitung Bewerbermanagement

„ Bei der Auswahl der Bewerber*innen steht nicht nur die fachliche Qualifikation im Vordergrund, sondern auch der Mensch dahinter. “

**WO QUALITÄT
BEGINNT**

Bewerbermanagement

EIN GUTES TEAM IST KEIN ZUFALL

Wer zur DEUTSCHENFACHPFLEGE kommt, soll genau dort arbeiten, wo er oder sie am besten passt. Damit das gelingt, braucht es mehr als Stellenanzeigen und Bewerbungsgespräche. Es braucht ein Team, das zuhört, berät, vermittelt, begleitet – und mit viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl genau das Richtige für jede Region und jede Versorgung findet. In der Verbundabteilung Bewerbermanagement laufen die Fäden zusammen, wenn es um neue Mitarbeiter*innen geht – ganz gleich, ob für die Pflege oder die Verwaltung.

Geleitet wird das Bewerbermanagement von Sophie Schlawinsky. Seit sieben Jahren ist sie Teil der DF – und hat den Wandel vom kleinen Team zur heutigen zentralen Einheit maßgeblich mitgestaltet. Ihr Team ist inzwischen auf knapp 30 Mitarbeiter*innen angewachsen, organisiert sich mit fünf Teamleitungen und ist in die Bereiche Alten- und Krankenpflege sowie Intensiv- und Beatmungspflege aufgeteilt. Denn Pflege ist nicht gleich Pflege – jede Versorgung hat ihre eigenen leistungsrechtlichen und emotionalen Anforderungen und verdient entsprechend zugeschnittenes Recruiting.

Das Bewerbermanagement ist fester Bestandteil der HR-Arbeit in der DEUTSCHENFACHPFLEGE und spielt eine zentrale Rolle bei der Sicherung von Versorgungsqualität. Denn am Anfang jeder Pflege steht das passende Team. Entsprechend eng arbeitet das Bewerbermanagement mit den verantwortlichen Kolleg*innen vor Ort zusammen: Wenn eine Tour erweitert, ein Team vergrößert oder eine neue Einrichtung aufgebaut werden soll, startet die gezielte Personalsuche.

Dabei wird nicht nur auf klassische Recruiting-Kanäle gesetzt. Neben den bekannten Jobbörsen und Social Media wird auch mit innovativen Maßnahmen für die DF als Arbeitgeber geworben – vom Schulbesuch über persönliche Einblicke bis hin zu gezieltem Storytelling aus dem Pflegealltag. Denn: Authentizität überzeugt.

Organisatorisch ist das Bewerbermanagement in zwei spezialisierte Recruiting-Teams gegliedert: eines für die Alten- und Krankenpflege, das andere für die Intensiv- und Beat-

mungspflege. Damit trägt die Struktur den unterschiedlichen fachlichen Anforderungen und Versorgungsformen Rechnung. Jeder Pflegedienst hat eigene Ansprechpartner*innen, die die Bedürfnisse vor Ort kennen und ihre Kommunikation entsprechend anpassen.

Das Bewerbermanagement versteht sich dabei nicht nur als Schnittstelle, sondern als Beratungsinstanz. Wer sich meldet, bekommt eine Rückmeldung – unkompliziert, empathisch, individuell. Ob WhatsApp, E-Mail oder per Post: Der Weg ist zweitrangig. Wichtig ist, dass Bewerber*innen mitgenommen und verstanden werden. Auch wenn es fachlich mal nicht passt, wird gemeinsam nach Lösungen gesucht. Diese Hingabe prägt die gesamte Abteilung. „Bei der Auswahl der Bewerber*innen steht nicht nur die fachliche Qualifikation im Vordergrund, sondern auch der Mensch dahinter“, erklärt Schlawinsky. Ziel ist es, die Bewerber*innen optimal auf ihren Job in der DF vorzubereiten – sei es in der häuslichen Versorgung oder im Kinderhaus.

Dabei bringt das Team eine besondere Vielfalt mit: Menschen aus der Pflege und dem Personalmanagement arbeiten hier Hand in Hand. Sie kennen die Anforderungen und Besonderheiten der Pflege aus eigener Erfahrung und wissen, worauf es ankommt. Diese interdisziplinäre Aufstellung macht es möglich, flexibel und zielgerichtet auf unterschiedliche Bedarfe einzugehen.

Dass dieser Ansatz funktioniert, zeigt sich in der Praxis: „Wenn Rückmeldungen aus der Pflege kommen, dass Bewerber*innen passgenau vermittelt wurden, ist das für das Team mehr als nur ein Erfolg. Denn manchmal bedeutet das: Ein Klient oder eine Klientin kann dadurch überhaupt erst nach Hause kommen und dort versorgt werden“, sagt Schlawinsky. Und genau das ist das Ziel: Menschen zusammenzubringen, damit gute Pflege möglich wird.

Sophie Schlawinsky,
Leitung Bewerbermanagement,
mit ihrer Kollegin Verena Köhler

Ausbildung und Qualifizierung

WEIL ENTWICKLUNG ZÄHLT

Qualitätsführerschaft braucht Menschen, die mitgehen. Die den Mut und die Rahmenbedingungen finden, neu zu denken. Und schließlich braucht sie Strukturen, die sie dabei begleiten. Deshalb setzt die DEUTSCHEFACHPFLEGE auf nachhaltige Förderung, individuelle Entwicklung und gezielte Qualifizierung. Von der Ausbildung über die Fortbildung bis hin zur Entwicklung von Führungskompetenz. Ein zentraler Bestandteil dieser Strategie ist PflegeLeicht, die Akademie des Verbundes. Sie bietet vielfältige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter*innen aller Bereiche – praxisnah, professionell und nah an den tatsächlichen Herausforderungen des Pflegealltags. Ein wichtiges Augenmerk liegt dabei auf der Weiterentwicklung von Führungskräften, deren Rolle für die Arbeitszufriedenheit und Qualität der Versorgung zentral ist. Auch die Ausbildung nimmt im Verbund einen besonderen Stellenwert ein. Wer bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE ins Berufsleben startet, erlebt eine strukturierte Begleitung, echte Mitgestaltungsmöglichkeiten und einen lebendigen Austausch auf Augenhöhe. Die DF versteht Ausbildung zugleich als Teil ihrer gesellschaftlichen Verantwortung. Um dieser gerecht zu werden, wird die Zahl der Ausbildungsplätze in den kommenden Jahren deutlich erweitert.

Ausbildung

VIELE PERSPEKTIVEN

Mit derzeit rund 400 Auszubildenden deutschlandweit versteht die DEUTSCHEFACHPFLEGE Ausbildung als weit mehr als nur den Einstieg ins Berufsleben. Sie ist ein zentraler Baustein der nachhaltigen Verantwortung für die Pflege von morgen. In enger Zusammenarbeit mit der Akademie PflegeLeicht bietet der Verbund ein umfassendes Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten – vor allem im Pflegebereich, aber genauso für die administrativen Berufe. So wird sichergestellt, dass die hohen Qualitätsansprüche des Unternehmens auch künftig erfüllt werden können.

Sophie Linke und Claudia Limanowicz sind Auszubildende zur Pflegefachfrau bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE. Zum Interviewzeitpunkt sind beide im Haus Bonitas in Detmold im Einsatz. Begonnen haben sie jeweils als Pflegehelferinnen bei der DF. Schnell fanden sie Gefallen an der Arbeit und entschieden sich für eine Ausbildung zur Pflegefachkraft. Während Claudia Limanowicz sich aktuell im zweiten Ausbildungsjahr befindet, ist Sophie Linke bereits im dritten Jahr ihrer Ausbildung. Für Sophie Linke ist die Pflege weit mehr als die reine Versorgung von Klient*innen. „Ich kann die Ausbildung nur empfehlen – nicht nur, weil man viel lernt, sondern weil man jeden Tag ein Stück über sich hinauswächst. Heute bin ich viel selbstbewusster als noch zum Beginn meiner Ausbildung“, freut sich die Auszubildende. „Kein Tag gleicht dem anderen, es gibt wirklich sehr viel Abwechslung in meinem beruflichen Alltag.“

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE bietet ihren Auszubildenden die Möglichkeit, in ganz unterschiedlichen Versorgungsformen tätig zu sein – von der Kinderintensivpflege bis hin zur Palliativversorgung. Dadurch gewinnen sie einen umfassenden Einblick in die vielfälti-



Die beiden Auszubildenden zur Pflegefachfrau Sophie Linke und Claudia Limanowicz haben ihre Berufung gefunden.

gen Facetten der Pflege. Im Interview berichteten die zwei Auszubildenden von ihren persönlichen Eindrücken und Erfahrungen: „Bereits in der Theorie fand ich die Pflege von Kindern besonders spannend. Mir wurde dort erst richtig bewusst, wie besonders die Arbeit mit Kindern ist – sie unterscheidet sich grundlegend von der Pflege erwachsener Menschen“, erklärt Sophie Linke. „Mich beeindruckt, wie die Kinder mit ihren Einschränkungen umgehen. Manche gehen sogar in die Kita oder zur Schule, obwohl sie künstlich beatmet werden und nicht sprechen können.“

Claudia Limanowicz hingegen bewege die Demenzpflege besonders und sie finde es faszinierend zu beobachten, wie Klient*innen und An- sowie Zugehörige mit der Erkrankung und den Herausforderungen umgehen: „Die Bewohner*innen leben oft in einer ganz eigenen Welt – und ich darf ein Stück weit in diese Welt mit eintauchen. Dabei entstehen berührende Momente: Manche erzählen mir mit einem Lächeln von ihren Erlebnissen, andere werden traurig und es fließen Tränen. Gleichzeitig ist es besonders bewegend zu beobachten, wenn sie für einen kurzen Moment wieder in der Realität ankommen und ganz klar bei sich sind.“ Dankbarkeit erfahre man hier unmittelbar: „Ein echtes Highlight ist für mich immer das Lächeln der Bewohner*innen – wenn sie sich freuen, dass wir für sie da sind. Besonders in Erinnerung geblieben ist mir das Weihnachtsfest im letzten Jahr. Für manche war es das erste Mal seit Langem, dass sie Weihnachten wieder in Gemeinschaft feiern konnten“, sagt Claudia Limanowicz.

Auch der Tod ist Teil des Berufsalltags: „Ich erinnere mich noch gut an den Moment, als eine Bewohnerin verstarb – es war meine erste direkte Begegnung mit Leid und Tod. In dieser herausfordernden Situation hat mich das Team super unterstützt und mir geholfen, damit umzugehen“, so Claudia Limanowicz. Gerade die Arbeit im Team empfinden die zwei als sehr wertvoll: Man könne sich nicht nur emotional aufeinander verlassen, sondern auch Verantwortung teilen.

Beide Auszubildenden planen ihre Zukunft mit der DEUTSCHENFACHPFLEGE. „Ich sehe mich nach meiner Ausbildung weiterhin hier, weil das Unternehmen so vielfältig ist und viele Perspektiven bietet“, betont Claudia Limanowicz. Sophie Linke ergänzt: „Ich habe vor meiner Ausbildung als Pflegehilfskraft gearbeitet und habe mich deshalb bewusst für die DF entschieden. Das Team ist toll, man wird immer unterstützt, und ich komme jeden Tag mit einem guten Gefühl zur Arbeit.“



Ilona Schneider

Leitung PflegeLeicht-Akademie

„Gute Pflege braucht gute Bedingungen – und dazu gehört, dass Menschen sich weiterentwickeln können.“

Ausbildung und Integration im Fokus

MEHR ALS NUR EIN ARBEITGEBER

Abdelaziz Sabbar ist 27 Jahre alt, kommt aus Marokko und befindet sich im zweiten Jahr seiner Ausbildung zur Pflegefachkraft bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE. „Schon in meinem Heimatland habe ich gemerkt, dass mich der Gesundheitsbereich interessiert. Ich wollte Menschen helfen und gleichzeitig eine stabile berufliche Zukunft mit vielfältigen Perspektiven haben“, erzählt er.

Seit 15 Monaten lebt Sabbar nun schon in Deutschland. Anfangs war vieles neu und herausfordernd: die Sprache, die Kultur und die Art und Weise zu lernen und zu arbeiten. In Marokko hatte er während seiner schulischen Ausbildung bereits Deutsch auf B2-Niveau gelernt, dennoch fiel ihm der Umgang mit den deutschen Fachbegriffen im beruflichen Alltag zunächst schwer. Heute berichtet er voller Stolz von seinen guten Noten während der Ausbildung. Sofort erkennt man, wie sehr ihn diese Erfolge motivieren weiterzumachen, um sich so Schritt für Schritt zu verbessern. Genau deshalb rät er jungen Menschen, die sich noch in der Ausbildung befinden: „Gerade am Anfang hilft es, Fragen zu stellen, jede Unterstützung anzunehmen und geduldig zu sein, auch wenn es einem manchmal schwerfällt.“ Die Entscheidung, seine Ausbildung in Deutschland zu machen, war keineswegs kurzfristig, sondern das Ergebnis eines langjährigen Kindheits- und Jugendtraums. Inspiriert von dem Weg seines Bruders, der schon seit 13 Jahren in der Bundesrepublik lebt und arbeitet, wurde Sabbar in seinem Wunsch bestärkt, selbst hierher zu kommen. Nach seinem Abitur nahm er an einem Programm in Marokko teil, das es ihm ermöglichte, die Ausbildung zur Pflegefachkraft hier zu absolvieren. Die Wahl fiel dabei auf die DEUTSCHE FACHPFLEGE. Ausschlaggebend sei der professionelle erste Eindruck und die Größe des Verbunds gewesen. „Von Beginn an habe ich mich ernstgenommen und willkommen gefühlt“, berichtet der 27-Jährige. Besonders Isabell Heyer, die für die Pflegeausbildung zuständig ist, stand ihm wortwörtlich jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Schmunzelnd erzählt Sabbar, wie er sogar um 23 Uhr noch Nachrichten geschrieben hat und umgehend eine hilfreiche Antwort erhielt. Heyer begleitete ihn nicht nur bei organisatorischen Angelegenheiten wie Visum und Bundesausweis, sondern unterstützte ihn auch beim Start in die Schule und bei allen anderen bürokratischen Hürden. Auch seine Praxisanleiterin Tamara Roso steht ihm seit seiner Ankunft stets zur Seite und unterstützt ihn. Für Sabbar steht damit fest: „Ich merke, dass ich die richtige Entscheidung getroffen habe und hier gut aufgehoben bin.“

Natürlich gab es auch Herausforderungen: Vor allem die kulturellen Unterschiede sorgten zu Beginn seiner Ausbildung für leichte Unsicherheiten. In der Region seines Heimatlands Marokko, das stark von der muslimischen Kultur geprägt ist, sei es unüblich, dass Männer körpernahe pflegerische Tätigkeiten an Frauen ausüben und umgekehrt. „Ich habe mich dann noch einmal genauer mit dem Thema beschäftigt und herausgefunden, dass es nicht grundsätzlich verboten ist. Wenn Hilfe benötigt wird, sollen wir immer helfen. Mittlerweile mache ich alles ganz normal – egal, ob bei einem Mann oder einer Frau.“ Inzwischen ist Sabbar in Deutschland angekommen und das sowohl beruflich als auch persönlich. „Ich empfehle die Ausbildung bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE mittlerweile auch in meiner Heimat Marokko weiter, vor allem meiner Familie und an meiner alten Schule, gebe ich die E-Mail-Adresse des Bewerbermanagements weiter“, erzählt er lachend.

Sabbars nächstes Ziel ist es, die Ausbildung erfolgreich abzuschließen und anschließend weiterhin in der Gesundheitsbranche zu arbeiten. Später möchte er sich noch spezialisieren und zusätzliche Qualifikationen erwerben. Auch persönlich möchte er sich weiterentwickeln. Auf die Frage, ob er in Zukunft bei der DF bleiben möchte, lacht er und antwortet: „Zu 5 000 %! Ich fühle mich hier wirklich zu Hause, und die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist für mich weit mehr als nur ein Arbeitgeber.“



Abdelaziz Sabbar
Auszubildender
zum Pflegefachmann

„ Ich fühle mich hier wirklich zuhause. “

105

In der DEUTSCHENFACHPFLEGE arbeiten viele Menschen zusammen, die aus ganz unterschiedlichen Regionen der Erde stammen – insgesamt 105 Nationen sind im Verbund vertreten, also mehr als die Hälfte der 195 anerkannten Länder der Welt. Unter anderem sind dabei: äthiopisch, bhutanisch, chilenisch, dänisch, griechisch, irisch, kirgisisch, lettisch, madagassisch, nepalesisch, österreichisch, rumänisch, sri-lankisch, turkmenisch und vietnamesisch.



*PflegeLeicht-Mitarbeiterin
Susanne Standare und Praktikantin
Melanie Gabriel nutzen die Reanima-
tionspuppe zur Demonstration
und Übung z. B. in Workshops
und Seminaren.*



Qualifizierung

QUALIFIZIERT FÜR MORGEN

Um die Qualität der Pflege langfristig zu sichern, setzt die DEUTSCHEFACHPFLEGE auf gezielte und hochwertige Fort- und Weiterbildungsangebote. Die Verantwortung für diesen Bereich liegt bei Ilona Schneider, die gemeinsam mit ihrem Team und der PflegeLeicht-Akademie ein breites und praxisnahes Bildungsprogramm koordiniert. Die PflegeLeicht-Akademie ist die zentrale Bildungseinrichtung der DF – und weit mehr als nur ein Seminaranbieter. Das Angebot richtet sich nicht nur an Pflegekräfte, sondern auch an Mitarbeiter*innen aus Betreuung, Hauswirtschaft und Verwaltung. Der Fokus liegt dabei auf den spezifischen Anforderungen der ambulanten und stationären Pflege – insbesondere im Bereich der außerklinischen Intensivpflege.

An mehreren Standorten in Deutschland (u. a. Herford, Oldenburg, Kreut München und inhouse im gesamten Bundesgebiet) bietet die Akademie Fortbildungen, Weiterbildungen und Coachingformate an. Ob gesetzlich vorgeschriebene Pflichtfortbildung, fachspezifisches Wissen oder persönliche Weiterentwicklung: Hier finden Pflegekräfte Angebote, die praxisnah, zertifiziert und passgenau auf ihre Rolle zugeschnitten sind. „Gute Pflege braucht gute Bedingungen – und dazu gehört, dass Menschen sich weiterentwickeln können“, so Ilona Schneider. Etwa mit der Weiterbildung zur Fachkraft für außerklinische Intensivpflege gemäß dem Curriculum der Ar-Ge-Fachgesellschaften (KNAIB). Auch spezialisierte Angebote wie das Pädiatrie-Upgrade oder Weiterbildungen zur Versorgung von Menschen im Wachkoma finden hier ihren Platz. Darüber hinaus sind Kurse wie „Palliative Praxis“ und „Palliative Care in der ambulanten Pflege“ feste Bestandteile des Programms. Beide werden von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin anerkannt und helfen dabei, Fach- und Handlungskompetenz für den Umgang mit Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen aufzubauen.

Für die Umsetzung legt das Team der Akademie großen Wert auf eine stimmige Atmosphäre und methodische Vielfalt: Präsenzunterricht, Webinare und Inhouse-Schulungen ermöglichen eine flexible Teilnahme, die sich gut mit dem Arbeitsalltag vereinbaren lässt. Auch komplette Jahres-Fortbildungsplanungen für Einrichtungen können übernommen werden – inklusive Dokumentation für MD-Prüfungen. Neben der fachlichen Qualifizierung geht es der DF auch um Persönlichkeitsentwicklung und Führungsstärke. Das interne Führungskräfteentwicklungsprogramm (FKE), das zum Beginn des Jahres 2025 komplett neu aufgesetzt wurde, begleitet (angehende) Führungskräfte in ihrer Rolle – mit acht Seminartagen, Coaching-Begleitung und einem Fokus auf Reflexion, Kommunikation und Konfliktkompetenz. Ziel ist es, Führung neu zu denken und im Sinne einer wertschätzenden, teamorientierten Pflegekultur zu gestalten.

Lebenslanges Lernen ist in der DF kein Schlagwort, sondern gelebte Praxis. Mitarbeitende erhalten echte Entwicklungsperspektiven – unabhängig davon, ob sie ihre Fachlichkeit vertiefen, sich neu orientieren oder in eine Leitungsrolle hineinwachsen möchten. Die PflegeLeicht-Akademie steht dabei nicht nur für Qualifikation, sondern auch für Verbundenheit: „Wenn jemand bei uns lernt, soll er oder sie sich danach sicherer fühlen – fachlich und menschlich.“, betont Ilona Schneider. Und genau das sei ein zentraler Baustein für beste Qualität, von der schließlich alle Menschen, die von der DF versorgt werden, profitieren.



Daniel Klein, CEO

„**Vertrauen und Wertschätzung sind das Fundament jeder lernenden Organisation – nur wer Verantwortung leben darf, kann aus Fehlern lernen.**“

Zufriedene Mitarbeitende

GEMEINSAM BLEIBEN

Zufriedenheit ist ein zentraler Bestandteil von Qualität. Denn nur wer sich im Arbeitsumfeld wohlfühlt, bleibt motiviert, engagiert – und trägt diese Haltung auch in die Versorgung weiter. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE legt deshalb großen Wert darauf, dass ihre Mitarbeiter*innen nicht nur gute Rahmenbedingungen, sondern auch Perspektiven und eine Kultur des Miteinanders erfahren.

Ein für alle sichtbares Zeichen der Wertschätzung war in diesem Jahr die erste gemeinsame DF-Fete, das „Future Festival“: ein Dank an alle Mitarbeiter*innen für ihr tägliches Engagement, ihre Verlässlichkeit und ihr Herzblut in der Versorgung in Form eines großen Festes im Loksuppen Bielefeld. Alle Standorte und Unternehmensbereiche des Verbunds waren eingeladen und tausende Mitarbeiter*innen nahmen teil. Die Fete war nicht nur eine Premiere, sondern auch ein Zeichen der Dankbarkeit und starkes Symbol für das Zusammenwachsen innerhalb der DF. Mit Live-Musik, Einblicken in Projekte und ganz viel Austausch wurde gefeiert, was den Verbund im Innersten zusammenhält: seine Menschen.

Diese Haltung zeigt sich auch im Alltag – in kleinen Gesten, gezielter Förderung und individuellen Entwicklungsmöglichkeiten. Mitarbeiter*innen profitieren unter anderem von einer vollarbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge, Shoppingvorteilen, Fahrrad-Leasing, familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen und unkomplizierten Wechselmöglichkeiten bei Umzug oder veränderten Lebensumständen. Ergänzt wird dies durch eine offene Unternehmenskultur mit kurzen Wegen, eine gelebte Feedbackkultur und vielfältige interne Fort- und Weiterbildungsangebote.

Und die Maßnahmen, die die DEUTSCHEFACHPFLEGE ergreift, zeigen ihre Wirkung – vor allem in den Geschichten der Menschen, die diesen Weg mitgegangen sind. Eine davon ist die Geschichte von Sabine Ehlers und Natalja Fink – die beide mit ihrer über zwanzigjährigen Betriebszugehörigkeit zu den besonders langjährigen Mitarbeiter*innen des Verbunds zählen und deren beruflicher Weg eng miteinander verbunden ist.



Seit über 20 Jahren dabei

VON DER ERSTEN TOUR BIS HEUTE

Alles begann im Jahr 2003. Natalja Fink, damals noch in der Altenpflegeausbildung, suchte einen Träger und fand diesen beim Pflegedienst Bonitas im Bielefelder Stadtteil Schildesche – er ist Teil der DEUTSCHENFACHPFLEGE. „Ich hatte zwei kleine Kinder, kam aus Kasachstan und sprach noch nicht gut Deutsch“, erinnert sie sich. „Die ersten Einrichtungen lehnten mich ab. Hier aber hat man mir eine Chance gegeben – und die habe ich genutzt.“

Ihre erste Praxisanleiterin war Sabine Ehlers, die selbst schon viele Jahre in der ambulanten Pflege tätig war. Die beiden verstanden sich auf Anhieb. „Natalja war meine erste Schülerin“, erzählt Sabine. „Ich habe sie einfach mitgenommen, wir sind gemeinsam auf Tour gegangen.“ Was folgte, war mehr als eine klassische Ausbildung: Es war ein gemeinsames Wachsen. Natalja entwickelte sich fachlich und menschlich weiter, absolvierte Fortbildungen zur Praxisanleiterin, zur Wundexpertin – und fand ihren Platz. Sabine begleitete sie, unterstützte nicht nur fachlich, sondern auch beim sprachlichen Ankommen, beim Autofahren, bei Alltagsfragen. Auch Sabine lernte von ihrer Schülerin: „Es war nicht immer einfach – aber wir haben viel voneinander gelernt. Und das Schöne ist: Diese Verbindung ist nie abgebrochen.“

Nach einer Rückenoperation wechselte Sabine in die Tagespflege – ins Haus Bonitas in Bielefeld. Inzwischen ist sie offiziell im Ruhestand, arbeitet aber weiterhin in Teilzeit. „Ich mache es immer noch gerne, weil ich dazugehöre“, sagt sie. „Ich habe das Unternehmen wachsen sehen – vom kleinen Büro mit ausgeschnittenen Tourzetteln bis zum großen Verbund. Und ich bin stolz, meinen Teil dazu beigetragen zu haben.“ Natalja ist heute selbst Praxisanleiterin – und gibt das weiter, was Sabine ihr einst mitgegeben hat. „Sabine war mein Vorbild – aber sie hat mir immer gesagt: ‚Geh deinen eigenen Weg.‘ Und das habe ich getan.“ Auch heute noch trägt sie ihren Schlüsselbund am Karabiner – genauso, wie Sabine es ihr damals beigebracht hat. „Der ist mittlerweile mein Glücksbringer.“

Beide blicken auf unzählige gemeinsame Erinnerungen zurück – auf Herausforderungen, Lachen, berührende Momente. „Man wächst aneinander und miteinander“, sagt Sabine. „Und wenn man viel gibt, bekommt man auch viel zurück.“



GANZHEITLICH AUFGEHOBEN

Qualitätsmanagement

DREH- UND ANGELPUNKT

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE verfolgt mit ihrem Qualitätsmanagement (QM) eine klare strategische Ausrichtung: die Qualitätsführerschaft der Pflegebranche – ein zentrales Leitmotiv, das in den vergangenen Monaten konsequent gestärkt wurde. Eine hervorragende strukturelle Organisation und Messbarkeit von Qualität sind u. a. wichtige Standbeine dieses Strebens. Im Zentrum steht dabei das Ziel, pflegerische Exzellenz verbundweit einheitlich sicherzustellen.

Das QM ist damit Dreh- und Angelpunkt der DEUTSCHENFACHPFLEGE: Es steht in ständigem interdisziplinärem Austausch und gibt an grundlegenden Stellen des Pflegeverbundes Impulse. Maßnahmen werden gemeinsam im Verbund entwickelt, gebündelt und einheitlich ausgerollt. Dadurch wird die Transparenz kontinuierlich gesteigert. Mit sichtbaren Ergebnissen:

- ✓ Die Krankenhausquote konnte trotz älter werdender Klient*innen mit tendenziell steigender Anzahl an Nebendiagnosen mit 3,2 % stabil gehalten werden
- ✓ Die Prüfungsergebnisse von Ordnungsbehörden und dem Medizinischen Dienst sind seit Jahren auf einem hohen Niveau stabil und in positiver Entwicklung, trotz stetig neuer Herausforderungen

Das Fundament: Einheitliche Standards

Ein zentrales Projekt der QM-Abteilung und die Basis für alle Qualitätsbelange in der DF ist das verbundweit einheitliche QM-Handbuch, das zentral und digital für alle Kolleg*innen zur Verfügung steht. Mit über 200 Dokumenten zu Themen wie Hygiene, Arbeitssicherheit, Behandlungspflege, Notfallmanagement, Krisenmanagement und Expertenstandards bietet es klare, nachvollziehbare Handlungsanweisungen. Der Vorteil: Jede*r Mitarbeitende im Verbund erhält verlässliche Orientierung und Sicherstellung der rechtlichen Vorgaben. Mittels digitaler Pflege der Inhalte durch ausgewiesene Expert*innen (Expert*innen-Teams) können neue wissenschaftliche Erkenntnisse oder gesetzliche Änderungen zeitnah eingepflegt, Standards etabliert und im gesamten Verbund ausgerollt werden. Dies fördert nicht nur die Sicherheit in der täglichen Pflegearbeit, sondern auch das Vertrauen in das eigene Handeln.

Expertise für den Verbund

Neben standardisierten Vorgaben spielt die gezielte Nutzung von Expert*innen-Wissen eine zentrale Rolle. Die bereits etablierten Expert*innen-Teams „Behandlungspflege“ und „Hygiene“ sind Beispiele für diesen strategischen Ansatz. Letzteres fungiert als erste Anlaufstelle für Fachfragen, analysiert Anfragen, bewertet Verbrauchswerte und entwickelt Empfehlungen – etwa zur Versorgung mit Dienstkleidung oder zur Auswahl geeigneter Desinfektionsmittel. Damit wird ein verbundweiter Wissenstransfer ermöglicht, der auch kurzfristige Anforderungen effizient umsetzt. Weitere Expert*innen-Teams, unter anderem in den Bereichen Expertenstandards und Notfallmanagement, sind bereits in Planung.

Daten als Qualitätstreiber

Ein weiterer Hebel von Qualitätssicherung und -ausbau liegt in der intelligenten Nutzung von Daten, die im Verbund erhoben werden. Ein wachsender Datenpool – etwa zu Unterbrechungsgründen bei Krankenhausaufenthalten (siehe Seite 115) – wird maßgeblich durch das QM auf den Weg gebracht und laufend ausgewertet. So können in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachbereichen gezielte Maßnahmen wie FmB-Einsätze geplant und Optimierungsbedarfe frühzeitig adressiert werden.

Morbiditätsscore

Ein wichtiges Projekt, das sich aus der Codierung der Aufnahmegründe und Nebendiagnosen der Klient*innen der DF ergibt, ist die Etablierung eines Morbiditätsscores, mit dem sich die Schwere der Erkrankung einzelner Klient*innen errechnen lässt. Mitte 2025 sind es im Schnitt 3,5 Nebendiagnosen pro Klient*in – ein Wert, der mit 1,9 im Jahr 2022 auf heute 3,5 stark angestiegen ist, sich seit dem Vorjahr aber konstant hält. Für den Morbiditätsscore werden diese Nebendiagnosen nach einem festgelegten Punktesystem in die Kategorien „leicht“, „mittel“ und „schwer“ eingeordnet. So gilt etwa eine Allergie als leichte, Adipositas oder eine psychische Erkrankung als schwere Nebendiagnose. Die zugehörigen Punktwerte werden pro Klient*in aufsummiert.

Liegt der Gesamtscore unter 4, spricht man von einem niedrigen Schweregrad; ein Wert über 10 deutet auf eine hohe Krankheitslast hin. Erste Auswertungen zeigen: Die Klient*innen der DEUTSCHENFACHPFLEGE erreichen im Durchschnitt einen Score von 6,8 Punkten. Neben den individuellen Morbiditätsscores der Klient*innen wird auch ein Durchschnittswert pro Versorgung berechnet. Dieser Einrichtungsscore ergibt sich aus den gemittelten Werten aller dort versorgten Klient*innen. Auf diese Weise entsteht eine Kennzahl, die etwa dabei hilft, verschiedene Standorte zu vergleichen. Über diese selbst erhobenen Daten hinaus werden außerdem die Prüfungsergebnisse des Medizinischen Dienstes detailliert analysiert, intern gespiegelt und gezielte Verbesserungsmaßnahmen wie Schulungen initiiert.

Strukturvorteil Digitalisierung

Die Forcierung der Digitalisierung im Unternehmen bildet die strukturelle Basis für viele der genannten Maßnahmen. Mit der digitalen Pflegedokumentation ist eine zentrale Voraussetzung geschaffen worden: Daten sind ortsunabhängig verfügbar, Kontrollen der Pflegedokumentationen und die Erfassung wichtiger Daten sind möglich. Außerdem können Qualitätskennzahlen laufend überwacht, Muster und Zusammenhänge erfasst werden. Auch Pilotprojekte, die das Team für Digitalisierung und Innovationen der DF regelmäßig initiieren, zeigen, dass die DEUTSCHEFACHPFLEGE zukunftsgerichtete Technologien gezielt testet und einführt – immer mit dem Ziel, die Versorgungssicherheit und Qualität weiter zu erhöhen. Ein Beispiel ist das Pilotprojekt der KI-gestützten Strukturierten Informationssammlung (SIS): Bei der Aufnahme von Klient*innen wird der Einsatz einer KI getestet, die sicherstellt, dass relevante Informationen lückenlos aufgenommen und Abhängigkeiten korrekt abgeleitet werden, um letztendlich die korrekten Maßnahmen sicherzustellen – z. B. besteht im Fall von Klient*innen mit Dauerkatheter die erhöhte Gefahr von Druckstellen, die durch vorkehrende Maßnahmen verhindert werden können. KI-gestützt kann also dargestellt werden, welche Leistungen ein*e Klient*in benötigen würde. Hierüber kann ein Abgleich erfolgen zwischen den Leistungen, die ein*e Klient*in einkauft, und denen, die grundsätzlich benötigt würden. Gerade im Bereich der Alten- und Krankenpflege ist dies hilfreich und kann unter anderem aufzeigen, dass über die Sachleistungen der Pflege häufig der tatsächliche Bedarf nicht zu 100 % finanziert werden kann. Außerdem ist so nachzuvollziehen, was angeboten werden muss.

Wichtig: Die letzte Verantwortung liegt am Ende bei der qualifizierten Fachkraft. KI kann immer nur eine Unterstützung darstellen, die Notwendigkeit der menschlichen Einschätzung ist unabdingbar. Heißt in der Praxis: Kontrolle, Ergänzung und Freigabe erfolgen ausschließlich durch die Fachkräfte.

Bis zu

400

interne Audits jährlich

- ✓ **Spezialisierung auf die Bedarfe sowohl in der Alten- und Krankenpflege als auch in der Intensiv- und Beatmungspflege**
- ✓ **Expert*innen-Teams für verbundweiten Wissenstransfer**

Rund

50

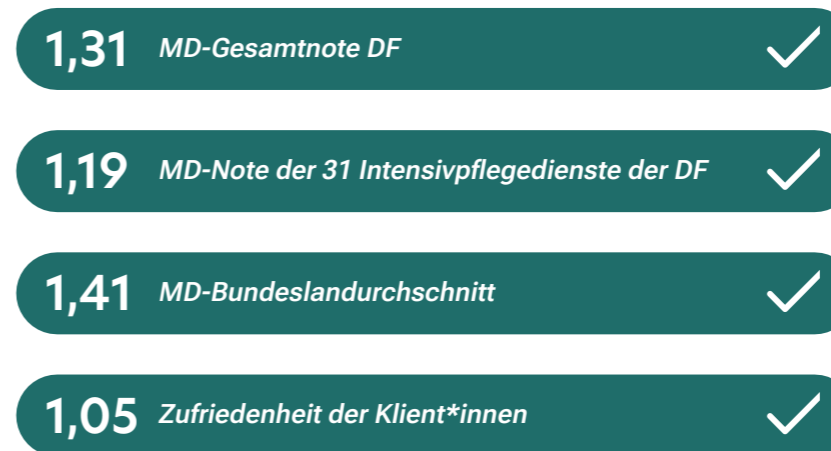
Qualitätsmanager*innen

- ✓ **Ein einheitliches QM-Handbuch – für alle Mitarbeitenden online verfügbar**
- ✓ **Laufende Auswertung grundlegender Kennzahlen und Ableitung von Maßnahmen**

Qualitätszirkel und interne Audits

Neben standardisierten Handbüchern und digitalen Lösungen lebt Qualitätsführerschaft auch vom Austausch. Die Qualitätszirkel im Verbund bieten eine Plattform zur Diskussion aktueller Herausforderungen und zur Entwicklung gemeinsamer Lösungsansätze – im engen Schulterschluss von QM und operativ Verantwortlichen.

Zusätzlich liefern interne Audits wichtige Impulse: Mit bis zu 400 Prüfungen jährlich, die weit über gesetzliche Mindestanforderungen hinausgehen, werden eigene Qualitätsansprüche überprüft und weiterentwickelt – inklusive einheitlicher Checklisten, eines digitalen Dokumentationstools und einheitlicher Maßnahmenverfolgung. Diese Prüfungen werden künftig ebenfalls einheitlich online erfasst, verbundweit analysiert, übergreifende Optimierungspunkte identifiziert und Optimierungsmaßnahmen veranlasst. Hinzu kommen Erstvisiten nach Neuaufnahmen im Bereich der Intensiv- und Beatmungspflege, um beim Beginn einer Versorgung den eigenen hohen Qualitätsansprüchen gerecht zu werden und die Klient*innen optimal zu versorgen.



Datenbasis: 55 Prüfungen, 4 151 Klient*innen in den befragten Pflegediensten

Das QM nimmt einen wesentlichen Anteil bei der Einarbeitung und alltäglichen Begleitung neuer Führungskräfte und Mitarbeiter*innen ein. Sie werden partizipatorisch in die Tätigkeiten des QM einbezogen, um als Multiplikatoren und Verantwortliche vor Ort im Alltag Qualitätsmanagement leben und umsetzen zu können. Kein Audit, keine Pflegevisite wird vom Runden Tisch aus umgesetzt, sondern immer gemeinsam mit den Menschen, die am Ende die Pflege vor Ort am Bett umsetzen und zu verantworten haben. Ein wesentlicher Auftrag der Abteilung QM ist deshalb das Befähigen der Pflegekräfte und die Bewusstseins-schaffung für die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement in der Pflege.

ANZAHL HYGIENEBEAUFTRAGTE



Eine entscheidende Rolle

Qualitätsführerschaft kann kein Zustand, sondern muss ein kontinuierlicher Prozess sein. Das ist der Grund, warum die rund 50 Qualitätsmanager*innen eine so entscheidende Rolle im Verbund spielen. Sie nutzen die Vorteile des Verbunds gezielt durch:

- ✓ Gebündelte Expertise
- ✓ Gemeinsame Standards
- ✓ Datenbasierte Analyse
- ✓ Digitale Unterstützung

Das QM ist damit

- ✓ direkter Ansprechpartner und Unterstützer für die operative Basis (z. B. Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen)
- ✓ Bindeglied zwischen den QM-Bedarfen der operativen Basis und des strategischen Managements

Es arbeitet eng mit dem Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) zusammen und entwickelt das QM-System (u. a. Standards, Richtlinien, Konzepte) stetig weiter.

Auf diese Weise sorgt das QM dafür, Qualitätsthemen von der Theorie in die Praxis zu bringen, damit sie konkret im Pflegealltag wirken – für ein Plus an Sicherheit, optimierte Versorgung und gelebte Qualität, auf die sich Klient*innen sowie An- und Zugehörige verlassen können.

Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB)

PIONIERARBEIT

Seit der Gründung im Jahr 2021 verfolgt das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) das Ziel, die medizinisch-pflegerische Qualität in der außerklinischen Intensivversorgung nachhaltig zu verbessern. Mit inzwischen über 45 hochqualifizierten Fachkräften – darunter Fachkrankenschwester*innen für Intensivpflege und Anästhesie sowie Atemtherapeut*innen – betreut das FmB deutschlandweit mehr als 2.000 intensivpflichtige Klient*innen bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE. Der Einsatz erfolgt sowohl in Wohngemeinschaften für Intensivpflege als auch in Einzelversorgungen im häuslichen Umfeld.

Komplexe Krankheitsbilder – steigende Herausforderungen

Die Klient*innen des FmB weisen eine Vielzahl an Grunderkrankungen auf: von Folgezuständen neurologischer Akuterkrankungen wie Hirnblutungen, hypoxischen Hirnschäden oder Schädel-Hirn-Traumata über chronisch-progrediente Erkrankungen wie ALS oder COPD bis hin zu immunologischen, genetischen und metabolischen Störungen. Hinzu kommen multiple Nebendiagnosen, deren Zahl pro Klient*in von durchschnittlich 1,9 im Jahr 2022 auf jetzt 3,5 gestiegen ist – ein deutliches Zeichen für die zunehmende Komplexität in der außerklinischen Intensivversorgung (siehe dazu auch Seite 45).

Innovation und Spezialisierung in der Versorgung

Die Leistungen des FmB umfassen regelmäßige Blutgasanalysen, Beatmungsmanagement, Trachealkanülenversorgung, Atemtherapie, Entwöhnung von Beatmung und Trachealkanüle in Zusammenarbeit mit Fachärzt*innen, Supervision und Schulung des Pflegepersonals, Beratung von An- und Zugehörigen sowie die Vorbereitung und Nachsorge ärztlicher Visiten. Durch die enge Kommunikation mit Kliniken, Sozialdiensten, Krankenkassen und niedergelassenen Ärzt*innen wird eine kontinuierliche und abgestimmte Versorgung sichergestellt. Hierzu gehören auch: die Koordination und Unterstützung der Potenzialerhebung zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie der Verordnung Außerklinischer Intensivpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

FmB als zentrale Schnittstelle

Das FmB agiert als Bindeglied zwischen allen beteiligten Akteur*innen in der Versorgungskette: Pflegekräften, Ärzt*innen, An- und Zugehörigen sowie Leitungsteams der AKI. Kliniken und Therapeut*innen werden durch das FmB beraten, geschult und koordiniert. Das Aufgabenspektrum ist breit gefächert und reicht von Terminvereinbarungen bei Ärzt*innen bis hin zum Führen von Therapiezielgesprächen mit den Klient*innen und ihren An- sowie Zugehörigen. Dabei steht nicht nur fachliche Expertise im Mittelpunkt, sondern auch soziale Kompetenz und eine kontinuierliche telefonische bzw. telemedizinische Erreichbarkeit über eine Rufbereitschaft, auch nachts. Besonders bei komplexen Entscheidungen, wie etwa in der Therapieplanung oder im Krisenfall, erweist sich diese Schnittstellenkompetenz als essenziell.

Verbesserung der Versorgungsqualität

Im Zentrum des FmB-Wirkens steht der Anspruch des Verbundes, Versorgungsqualität messbar zu machen und kontinuierlich zu verbessern. Dreh- und Angelpunkt dieses Anspruchs ist die Abteilung QM, von der aus er auf den Weg gebracht und weiterverfolgt wird.



FmB-Mitarbeiter
Peter Schmidt im Einsatz

Neben regelmäßigen Schulungen, Fallbesprechungen und der Begleitung von Visiten werden gezielte Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen eingesetzt: Dazu zählen ein strukturiertes Sekretmanagement, der gezielte Einsatz von Inhalationstherapie sowie in Zusammenarbeit mit dem QM ausgearbeitete, digital gestützte Frühwarnsysteme zur rechtzeitigen Detektion gesundheitlicher Veränderungen. Das FmB nimmt im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege eine zentrale Rolle in der Umsetzung medizinischer Qualitätssicherung und -entwicklung ein. Die folgende Auswertung zeigt eindrucksvoll, wie vielfältig und systematisch die Aktivitäten des Teams über das Jahr hinweg organisiert und umgesetzt wurden. Insgesamt wurden über 100 000 dokumentierte Einsätze seit Bestehen des FmB geleistet. Diese Einsätze setzen sich wie folgt zusammen:

- FmB-Visite
- Anruf
- Erstvisite
- Fachärztliche Visite
- FmB-Kontrolle
- Hausärztliche Visite
- Krankenhausaufenthalt
- Kommunikation mit Klinik
- Rufbereitschaft
- Schulung
- Beratung

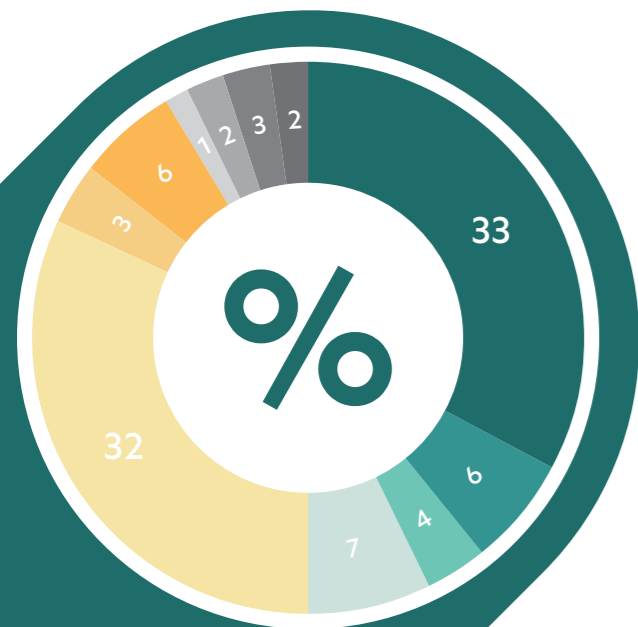
FmB-Visiten finden regelmäßig, mindestens einmal im Monat, in den Versorgungseinrichtungen statt. Ziel ist die ärztlich-medizinische Kontrolle zur Sicherstellung einer leitliniengerechten und individuell abgestimmten Therapie. Neben der körperlichen Untersuchung erfolgen eine Blutgasanalyse, die Überprüfung der Beatmungssituation sowie die Fortschreibung oder Anpassung von Therapieempfehlungen. Diese Visiten dienen maßgeblich der Qualitätssicherung und -verbesserung.

Die fast ebenso häufigen FmB-Kontrollen verdeutlichen die hohe Präsenz des Teams vor Ort. Dabei wird geprüft, ob zuvor empfohlene Maßnahmen korrekt umgesetzt wurden oder ggf. angepasst werden müssen. Auch hier erfolgen regelmäßige Untersuchungen, wodurch aus einer Kontrolle situativ auch eine FmB-Visite entstehen kann. Die Vor-Ort-Besuche des FmB steigen seit der Gründung des Teams stetig. Das liegt unter anderem an der zunehmend besseren geografischen Verteilung der FmB-Mitarbeiter*innen und natürlich auch am Wachstum der Teamgröße (Stand Juni 2025).

Pionierarbeit mit Blick in die Zukunft

Was das FmB auszeichnet, ist nicht nur die flächendeckende Struktur, sondern auch der konsequente Innovationsgeist. Neben telemedizinischen Anwendungen arbeitet das Team an der Weiterentwicklung des Frühwarn-Regelkreises, der schleichende Veränderungen im Gesundheitszustand der Klient*innen frühzeitig erkennen und damit Komplikationen vermeiden kann. Langfristig sind auch eine intensiviertere intersektorale Zusammenarbeit zwischen Klinik und Außerklinik inklusive telemedizinischer Anbindung an Kliniken und eine Erweiterung der diagnostischen Kompetenzen des FmB geplant. Durch derartige Maßnahmen werden lange Fahrten in medizinische Zentren künftig vermieden. Besonders im Rahmen einfacher Untersuchungen trägt das zur Entlastung des Systems bei. Mehr dazu findet sich im folgenden Interview mit FmB-Leiter Florian Filkowski.

Die Anzahl der durch das FmB durchgeführten Schulungen im Verbund steigt stetig an. Allein in der ersten Hälfte des Jahres 2025 wurden so viele Schulungen durchgeführt wie im gesamten Jahr 2024.



Im Gespräch mit FmB-Leiter Florian Filkowski

DAS FMB WEITERGEDACHT

Das Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) der DEUTSCHENFACHPFLEGE leistet Pionierarbeit. Es ist entstanden, weil Ideen nicht bloße Ambitionen geblieben, sondern in die Tat umgesetzt worden sind. Damit das Team konsequent weitergedacht und entwickelt werden kann, braucht es also Ideen und Zielvorstellungen. Die hat FmB-Leitung Florian Filkowski gewiss. Im Gespräch gibt er einen Einblick in seine Ziele für die kommenden Jahre.

Was ist das Besondere am FmB?

Die Unabhängigkeit, denn wir sind nicht an einen bestimmten Pflegedienst angedockt. Diese Idee stand ganz am Anfang des FmB tatsächlich im Raum – also eine Stelle, die beispielsweise mit einer Teamleitungsfunktion kombiniert ist. Diese Person könnte aber nicht immer zu 100 % frei agieren und gerade das ist unser Plus: Wir können zeitnah auf Situationen reagieren. Außerdem bringt diese Konstellation einen Vorteil psychologischer Natur mit sich: Gerade weil du nicht fest in ein Pflegeteam eingebunden bist, fällt es dir als zusätzliche Fachkraft leichter, zwischenmenschliche Spannungen wahrzunehmen und aus einer neutralen Position heraus unterstützend zu wirken. Der Fokus liegt damit klar auf den Klient*innen.

Was sind FmB-Themen für die nahe Zukunft?

Fangen wir ganz grundlegend an: Wir müssen noch präsenter in den Pflegediensten und Einrichtungen der DF werden, zum Beispiel auch an den Teambesprechungsrunden teilnehmen. Außerdem habe ich den Anspruch, noch tiefer in den Bereich Schulung, Fortbildung und Einweisung der Kolleg*innen, die vor Ort Pflege leisten, einzutauchen. Wir sind da auf dem richtigen Weg: In der ersten Hälfte des Jahres 2025 haben wir bereits so viele Schulungen durchgeführt wie im gesamten Jahr 2024. Das Thema „Diagnostische Hilfsmittel“ ist ein großes und wichtiges für das FmB. Wir nutzen bereits Telemedizin in Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und Ärzt*innen. Wir werden sie jetzt außerdem verbundweit in allen Einrichtungen einführen. Wir müssen die voranschreitende Technik nutzen und damit visueller werden. Die Telemedizin ist besonders hilfreich, weil man die Klient*innen sehen kann und nicht auf Beschreibungen angewiesen ist.

Außerdem gehen wir die Tracheoskopie an, heißt: Wir lassen uns schulen, um sie selbst durchführen zu können. Dieses bildgebende Verfahren ermöglicht das Einführen des Tracheoskopes in die Kanüle, damit man erkennen kann, ob die Trachealkanüle richtig platziert ist, den richtigen Winkel, die richtige Länge und Größe hat, ob die Trachea entzündet ist oder es Polypen oder Druckstellen gibt. Dadurch lassen sich präventiv Schäden vermeiden und Risikotransporte in die Klinik reduzieren. In der Vergangenheit wurden tracheoskopische Untersuchungen von Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*innen durchgeführt. Mittlerweile rechnet sich das nicht mehr für sie, da das Prozedere ihnen zum einen zu aufwendig ist, gleichzeitig außerdem Fachärzt*innen fehlen. Wenn wir vom FmB die Tracheoskopie durchführen können, findet sie im „Safe Space“, dem eigenen Zuhause statt – ohne Stressfaktoren wie Transport oder unbekannter Umgebung.

Und etwas weiter vorausgeschaut?

Je weiter wir in die Zukunft sehen, desto eher müssen wir uns auch die Frage stellen: Was brauchen wir noch, um effektiver sein zu können? Ich denke da an mobile Ultraschall- und EKG-Geräte und Schnelltests für Entzündungsparameter, die über Blutentnahme funktionieren. Bei Fieber kann man dann erkennen, ob es sich um etwas Harmloses handelt oder ob Antibiotika notwendig sind. Auch die fiberoptische Schluckuntersuchung könnte von uns unter gewissen Voraussetzungen durchgeführt werden. Viele Kolleg*innen sind bereits dazu weitergebildet worden. Außerdem begegnet uns die intravenöse Versorgung in der Außerklinik seit Jahren immer wieder als Thema. Auch dort wollen wir mit unserem Ärzt*innen- und Kliniknetzwerk vorankommen und das Thema weiterentwickeln. Man sieht: Das FmB begreift sich zunehmend als der verlängerte Diagnostikarm der Ärzt*innen in den Praxen und Kliniken.

Gastbeitrag

DIE ROLLE DES FMB – HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGEN

Einleitung

Das Fachteam medizinische Behandlungspflege arbeitet an der Schnittstelle zu den Pflegefachkräften vor Ort und mit den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, aber auch an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und stationärer Versorgung in Akutkrankenhäusern, Einrichtungen für Beatmungsentwöhnung und Frührehabilitation. Dabei betritt es fachlich und organisatorisch Neuland. Daher haben sich für diesen Artikel zwei Autoren zusammengetan, die diese Schnittstellen kennen und Erfahrung haben, wie die Versorgungsfor-schung zur Definition und Weiterentwicklung der FmB-Rolle beitragen kann: Ajdin Telalovic ist seit 1. September 2025 Bereichsleitung (Operatives Management) bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE. Dort war er zuvor Koordinator im Fachteam medizinische Behandlungspflege (FmB) für die Region Süd. Dr. med. Martin Groß ist Ärztlicher Direktor der MEDIAN Klinik Bad Tennstedt und Präsident elect der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e. V.

Die Rolle des FmB

Im Fachteam medizinische Behandlungspflege arbeiten besonders qualifizierte Pflegefachkräfte oder Atmungstherapeuten, die eine für das deutsche Gesundheitssystem neue Rolle einnehmen. Ähnliche Arbeitskonzepte gibt es nicht nur bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE. Zunehmend sind diese besonders qualifizierten Fachkräfte auch auf Kongressen aktiv und tragen wichtige Themen vor. Höchstwahrscheinlich findet diese Entwicklung statt, weil die Patientenversorgung eine solche Entwicklung erfordert. Das FmB erfüllt also Bedarfe, die durch die bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen nicht abgebildet werden konnten. Die neue Rolle muss nun be-schrieben, ihre Schnittfläche mit anderen Disziplinen muss definiert und der Nutzen für die Patienten muss dar-gestellt werden. So wird Klarheit geschaffen, Regelungen werden erleichtert und die Chance auf Refinanzierung wird verbessert.

Herausforderungen und Lösungen

Eine zentrale Herausforderung besteht darin, dass das FmB eine neue Rolle im Gesundheitssystem einnimmt, die bislang weder wissenschaftlich beschrieben noch außerhalb der DEUTSCHENFACHPFLEGE fest etabliert ist und derzeit vor allem beratenden Charakter hat. Hinzu kommt, dass viele Mitglieder des FmB Atmungstherapeu-ten sind – ein Berufsbild, das noch sehr jung ist. Diese Herausforderungen sind zu lösen, indem:

1. Eine gesetzliche Regelung des Berufsbilds des Atmungstherapeuten erfolgt, wie es bereits in vielen Ländern geschehen ist.

Das Berufsbild des Atmungstherapeuten gewinnt international und in Deutschland zunehmend an Bedeutung. In Deutschland wurde im Jahre 2004 die Zusatzqualifikation „Atmungstherapeut/in“ für Pflegefachkräfte und Physiotherapeuten durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) eingeführt. Mittlerweile wird die qua-lifizierende Weiterbildung berufsbegleitend an mehreren Instituten und auch für weitere Berufsgruppen wie zum Beispiel Logopäd/Innen angeboten. Sie umfasst in der Regel 1,5 bis 2 Jahre mit theoretischen und praktischen Anteilen sowie Abschlussprüfungen (vgl. DGP, 2023¹) und wird von verschiedenen Bildungsanbietern angeboten. Ein bundeseinheitliches Berufsgesetz existiert nicht (vgl. DGP, 2023). In den USA und Kanada erfolgt die Aus-bildung zum „Respiratory Therapist“ (RT) in der Regel an Colleges oder Universitäten auf Bachelor-Niveau und endet mit einer staatlichen Prüfung (vgl. American Association for Respiratory Care [AARC], 2023). Auch in Län-

dern wie Singapur, Saudi-Arabien oder den Philippinen ist der Beruf gesetzlich geregelt. Die Qualifikation erfolgt meist auf akademischer Ebene, verbunden mit einer staatlichen Zulassung (vgl. CJRT, 2021). In europäischen Ländern wie Frankreich, Italien oder dem Vereinigten Königreich existiert kein eigenständiges Berufsbild des „Atmungstherapeuten“ (vgl. Pneumologie.de, 2023). Internationale Vergleiche zei-gen, dass eine gesetzlich geregelte Berufszulassung nicht nur zu mehr Rechtssicherheit und Eigenverantwortung führt, sondern auch zur Entlastung anderer Berufsgruppen bei-trägt. Deutschland sollte diesen Weg ebenfalls einschlagen, mit einem eigenständigen Berufsrecht, klaren Zuständigkei-ten und erweiterten Handlungskompetenzen. Gerade in der außerklinischen Intensivpflege, wo interdisziplinäre Zusam-menarbeit und schnelle Entscheidungen lebenswichtig sind, kann eine moderne Gesetzgebung zum Beruf Atmungsthe-rapeut einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten.

2. Eine wissenschaftliche Beschreibung der Rolle des FmB in der Versorgung, der Schnittstellen und des Benefits für die Patienten stattfindet.

Das Beschreiben der Rolle des FmB und der Schnittstellen zu anderen Disziplinen schafft Klarheit und ist damit die Grund-lage für die Organisation der Prozesse der Patientenversor-gung. Das FmB verfügt über bedeutsame Schnittstellen, ins-besondere zu den Pflegekräften vor Ort, niedergelassenen Ärzten und ggf. auch Therapeuten. Hierzu wird zunächst eine Online-Fragebogenerhebung mit zwei Fragebögen geplant, in denen sowohl Mitglieder des Fachteams als auch Pflegekräfte ihre Aufgaben gegenüber denen anderer Fachbereiche abgrenzen und die Rolle der jeweils anderen Fachbereiche beschreiben. Es ist sehr wichtig, dass alle bei dieser Studie mitmachen und den Fragebogen vollständig ausfüllen. Der Studientitel ist „Rolle des Fachteams medizi-nische Behandlungspflege (FaMe)“.

3. Ein Nachweis der Effekte der FmB-Versorgung für die Patienten, die Angehörigen, das Versorgungsteam und das Gesundheitssystem belegt wird.

Die Auswirkungen der FmB-Versorgung auf die Patienten, die Angehörigen, das Versorgungsteam und das Gesund-heitssystem wird bereits von der DEUTSCHENFACHPFLEGE wissenschaftlich untersucht. Hier sind verschiedene Zielkri-terien von Interesse: Auswirkungen auf die Überlebensdau-er, Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung, Akuteinwei-

sungen ins Krankenhaus, die Lebensqualität der Patienten, die Belastung der Angehörigen oder die Arbeitszufriedenheit und Fluktuation des Personals. Es zeigen sich positive bis sehr gute Effekte des FmB-Wirkens, die mit weiteren Unter-suchungen untermauert werden sollen.

4. Eine angemessene Finanzierung dieses für die Patienten wichtigen Bausteins der Versorgung erfolgt.

Die wissenschaftliche Erfassung der unter 2 und 3 genann-ten Aspekte sollte schließlich eine solide Grundlage für Fi-nanzierungsentscheidungen schaffen. Verbesserungen der Patientenversorgung und eine Entlastung der Einrichtungen der Akutversorgung wäre ein Argument für die Kostenträ-ger, eine Finanzierung bereitzustellen. Für den Arbeitgeber wiederum könnte eine erhöhte Arbeitszufriedenheit – weil immer kompetente und verlässliche Ansprechpartner zur Verfügung stehen – ein gutes Argument sein, Strukturen zu etablieren und aufrechtzuerhalten.

Fazit und Ausblick

Das FmB-Projekt ist eine nicht unerhebliche Investition in die Zukunft der Patientenversorgung. Die bisherige hervor-ragende Entwicklung des FmB-Projekts war nur durch das Engagement vieler einzelner Personen möglich. Sie stellt einen wichtigen Meilenstein für die Versorgung dar. Im nächsten Schritt gewinnen, neben den gesetzlichen Rege-lungen des Berufsbilds des Atmungstherapeuten, wissen-schaftliche Studien zunehmend an Bedeutung, mit dem Ziel der Beschreibung der Rolle und des Nachweises der Bedeu-tung des FmB. Solche wissenschaftlichen Studien schaffen die Voraussetzungen für eine nachhaltige Finanzierung. Im nächsten Schritt können dann auf der Basis der Qualifikation und Erfahrung des Fachteams komplexe Versorgungspro-jekte wie ambulantes Weaning und Dekanülierung die Inten-sivierung der Kooperation mit anderen Sektoren der Kran-kenversorgung wie zum Beispiel On-Campus-Modelle (siehe Seite 34) und die Teilnahme an Verbundforschungsprojekten erfolgreich umgesetzt werden.

1 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) (2023): Zertifizierte Weiterbildung Atmungstherapie. URL: <https://www.pneumologie.de/akademie/atmungstherapie> (Zugriff: 26. Juni 2025).

2 American Association for Respiratory Care (AARC) (2023): About Respiratory Care. URL: www.aarc.org (Zugriff: 26. Juni 2025).

3 Canadian Journal of Respiratory Therapy (CJRT) (2021): Global perspectives on respiratory therapy practice and education. URL: www.cjrt.ca (Zugriff: 26. Juni 2025).

4 Pneumologie.de (2023): Internationale Entwicklungen in der Atmungstherapie. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie. URL: www.pneumologie.de/akademie/atmungstherapie (Zugriff: 26. Juni 2025).

Ursachenerhebung der Klinikaufenthalte

VON DER ANALYSE ZUR AKTION

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglicht Fortschritt – auch und vor allem innerhalb der eigenen Unternehmensgrenzen. In der DEUTSCHENFACHPFLEGE geschieht das nicht dem Fortschritt zuliebe, sondern zum Zwecke der Qualitätsoptimierung, und damit schließlich zum Wohle der Menschen, die pflegerische Unterstützung benötigen.

Beispielgebend in der DF ist die Zusammenarbeit des Qualitätsmanagements, des Fachteams medizinische Behandlungspflege (FmB) und der Pflegekräfte. Bereits im letzten Jahr konnte an dieser Stelle eine wegweisende Entwicklung dieser Kooperation vorgestellt werden: der Frühwarn-Regelkreis.

Dieser wird nun erweitert durch die systematische Erfassung der Gründe für Klinikaufenthalte intensivpflegebedürftiger Klient*innen. Es geht dabei um die Ursachenerhebung und -analyse der geplanten und ungeplanten Krankenhauseinweisungen von Menschen, die außerhalb der Klinik versorgt werden. Denn es gilt, Klinikeinweisungen zu verhindern. Sie stellen Stress- und Risikofaktoren für Betroffene dar, die vermeidbar sind. Die DF hat also großes Interesse daran, ihre Quote von 3,2 % zum Wohle der Klient*innen weiter zu minimieren. Geplante Krankenhauseinweisungen, wie beispielsweise Aufenthalte für Beatmungskontrollen, Reha oder geplante Operationen sind hiervon nicht betroffen.

Das zeigt: Analytik wird hier nicht um der Analytik willen betrieben. Ganz im Gegenteil können auf diese Weise Verbesserungen angestoßen und Ressourcen optimierter eingesetzt werden – von der Analyse zur Aktion. Die erhobenen Daten werden demnach nicht nur rückblickend betrachtet und ausgewertet, sondern vorausschauend genutzt.

Ausgangslage

Es wird ein Vermerk im System (ohne weitere Information zu den Gründen) hinterlegt, dass ein*e Klient*in geplant oder aufgrund eines Notfalls ins Krankenhaus eingewiesen werden musste – unzureichend für das FmB, um die Sachlage der Einweisungsgründe hinreichend bewerten und optimieren zu können.

Idee

Die Gründe für einen Krankenhausaufenthalt – ganz gleich ob geplant, kurzfristig oder infolge eines Notfalles – werden systematisch erfasst.

Umsetzung

Die Abteilung QM hat ein Konzept für die Erfassung der Unterbrechungen zum Zwecke von Klinikaufenthalten konzipiert und ist für die fortlaufende Umsetzung und Auswertung verantwortlich: Seit August 2024 läuft die Erhebung in allen Intensivversorgungen des Pflegeverbundes. Um die Einheitlichkeit der Datensätze garantieren zu können, wurden 30 Auswahlmöglichkeiten für die Eintragung im Fall einer Krankenhauseinweisung etabliert, die alle Szenarien abdecken. Per Auswahlfunktion werden diese dann pro Klient*in von den Pflegekräften im System hinterlegt.

Nutzen

Die Daten, die dadurch zustande kommen, können einerseits fallbezogen genutzt werden, also um einzelne Klient*innen mitsamt ihres Krankheitsverlaufes zu analysieren, Risikoprofile zu erstellen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Andererseits sind damit aber zum Beispiel auch Rückschlüsse zu ganzen Pflegeeinrichtungen möglich. Prophylaxe und gezielte Schulungen werden damit umsetzbar, Krankenhauseinweisungen zunehmend planbar.

Vision

Die Erfassung der Unterbrechungsgründe intensivpflegebedürftiger Klient*innen in der DEUTSCHENFACHPFLEGE steht noch am Anfang und hat bei Weitem ihr Potenzial noch nicht ausgeschöpft. Denkbar ist u. a. die Kopplung mit dem Frühwarn-Regelkreis und (damit einhergehend) KI-Unterstützung – für automatisiert ausgehende Meldungen z. B. an das FmB, wenn Klient*innen einer bestimmten Risikogruppe einen engeren Visitenrhythmus benötigen. Die Idee: Es können Risikoprofile erstellt werden, die den Pflegekräften und dem FmB eine Hilfestellung sind, um bestimmten Komplikationen standardisiert begegnen zu können.



• **3,2%**
Anteil der Stunden in der Klinik



Ajdin Telalovic, Bereichsleitung
der DEUTSCHENFACHPFLEGE,
bei einem Fachvortrag auf der Pro Care

Messen und Kongresse

AUSTAUSCH

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE richtet eigene Kongresse aus und ist auf ausgewählten Fachveranstaltungen sowohl mit ihrem Messestand als auch mit Vorträgen vertreten. Ziel ist es, als Qualitätsführer neue Impulse zu geben, sich mit Fachleuten und Besucher*innen auszutauschen und das eigene Netzwerk zu erweitern. An den folgenden Messen und Kongressen hat die DEUTSCHEFACHPFLEGE im Berichtszeitraum teilgenommen bzw. war selbst AusrichterIn:

- ✓ 14. Jahrestagung der Atmungstherapeuten am 21. und 22. September 2024 in Köln mit rund 320 Teilnehmenden
- ✓ 19. Tagung außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder am 11. und 12. Oktober 2024 in Ulm-Seligweiler
- ✓ 17. MAIK Kongress mit einem begleitenden Rechtssymposium am 26. und 27. Oktober 2024 in München mit rund 750 Teilnehmenden aus Deutschland, Österreich, Italien und der Türkei. Veranstalterin ist die DF.
- ✓ MAIK Update „Strategietage außerklinische Intensivversorgung“ am 4. und 5. Februar 2025 mit rund 150 Teilnehmenden, insbesondere aus dem Management von Pflegeunternehmen in Hamburg. Veranstalterin ist die DF.
- ✓ Pro Care am 11. und 12. Februar 2025 in Hannover mit rund 5 400 Teilnehmenden aus stationärer, ambulanter und häuslicher Pflege
- ✓ 35. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege vom 12. bis 14. Februar 2025 mit 4 800 Teilnehmenden aus Medizin, Pflege und Klinik in Bremen
- ✓ CUWI „CNI Unsere Workshoptage für außerklinische Intensivpflege“ und 2. Interdisziplinäres Forum für Atmungstherapeuten am 13. und 14. März 2025 mit rund 500 Teilnehmenden in Neu-Ulm
- ✓ Altenpflege-Messe vom 8. bis 10. April 2025 mit über 20 000 Teilnehmenden in Nürnberg
- ✓ 31. Jahreskongress „Außerklinische Beatmung in Bewegung“ der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e. V. am 22. und 23. Mai 2025 mit rund 400 Teilnehmenden in Rostock
- ✓ 1. Pneumologie-Symposium „Tracheostoma – Herausforderung und Erfordernis in der modernen Medizin“ am 8. Juli 2025 für Fachpersonal aus dem Bereich der Pneumologie in Berlin

Weil die DEUTSCHEFACHPFLEGE bestrebt ist, Kongresse und Messen möglichst mitzugestalten, bringt sie sich in Form von Referierenden aus eigenen Reihen ein, um gezielt Themen zu setzen. Vortragende und Vorsitzende von Panels bei diesen Tagungen waren vonseiten der DF und der PflegeLeicht-Akademie neben Daniel Klein (CEO) und Sören Hammermüller (COO) die beiden Mitglieder des Fachbeirats, Dr. h. c. Lutz Stroppe, Staatssekretär a. D., und PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld sowie Christopher Behlau, Mirco Czarnecki, Monica Esteve-Ros, Marion Geier, Jan Grineisen, Johannes Heldmann, Michaela Jalowy, Christoph Jaschke, Constantin Laverenz, Ulrich Mengel, Vanessa Nöll, Dr. Maria Panzer, Dr. Lena Panzer-Selz, Matthias Peitzmeier, Agnetha Radatz, Dörte Rode, Sophie Schlawinsky, Ilona Schneider und Ajdin Telalovic.



MAIK

NETZWERKEN

Rund 750 Teilnehmende aus Deutschland, Österreich, Italien und der Türkei waren zum MAIK Kongress mit begleitendem Rechtssymposium am 25. und 26. Oktober 2024 nach München gekommen. Auf dem Programm des **DF**-Kongresses standen Fachvorträge

- ✓ zur außerklinischen Intensivversorgung und Beatmung im Spiegel der Versorgungsforschung
- ✓ zu den Vorbehaltsaufgaben im Pflegeberufegesetz
- ✓ zur Digitalisierung
- ✓ zur außerklinischen Intensivversorgung im internationalen Vergleich
- ✓ zu Therapie von Kindern und jungen Menschen
- ✓ zu Dysphagie, Sekretmanagement und Beatmungsentwöhnung aus neurologischer und logopädischer Sicht
- ✓ zur Frage, um wen es in der außerklinischen Intensivversorgung eigentlich geht

Denn diese relativ kleine Gruppe der Menschen mit außerklinischer Beatmung und Intensivversorgung ist ausgesprochen heterogen. Und noch immer gibt es darüber zu wenige Zahlen. Große Aufmerksamkeit erhielt deshalb der Vortrag von Dr. med. Andreas Krokotsch vom Medizinischen Dienst Nord, der die hohen Erwartungen der Kostenträger an das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) dem tatsächlich festgestellten Entwöhnungspotenzial von Menschen mit Beatmung gegenüberstellte. Aktuelle Zahlen lieferten hierzu auch PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld und QM-Leiter der DEUTSCHENFACHPFLEGE, Ulrich Mengel, der sie aus der Codierung der Krankheitsbilder, die inzwischen standardmäßig in der **DF** durchgeführt wird, gewonnen hatten.

Eine zentrale Rolle nahmen die Menschen mit außerklinischer Intensivversorgung sowie ihre An- und Zugehörigen ein. Den MAIK Award in Form eines Bildungsgutscheins erhielt die Abiturientin Amelie Luna Cartolano für ihr bevorstehendes Studium. Im Alter von vier Jahren war sie an viraler akuter schlaffer Myelitis erkrankt. Seit 2010 wird sie invasiv beatmet. Den MAIK Award, den die **DF** finanziert, überreichten das Kongresspräsidium sowie Daniel Klein, CEO, der in seinem Eröffnungsvortrag über ein sehr bewegtes Jahr für die Anbieter außerklinischer Intensivpflege berichtet hatte. Neben Fachvorträgen und Diskussionsrunden standen zwölf praxisnahe Workshops, Deep Dive Sessions sowie Reanimationstraining auf dem Programm. Unter die Teilnehmenden mischten sich die beiden Klinikclowns Herr Schmidtchen, Pädagogische Fachkraft im Haus Joshua des Verbundes, in dem schwerstkranken Kinder versorgt werden, und seine Partnerin Sunny, um für die heilende Wirkung von Humor zu sensibilisieren. Die Besucher*innen des MAIK knüpften viele neue Kontakte und nutzten die beiden Tage zum Netzwerken. Im Feedback brachte es ein*e Teilnehmer*in auf den Punkt: „Wahnsinnskongress, legendäre Party, gemeinsam mit Menschen mit Beatmung, gelebte Teilhabe“.

Mehr Informationen zum MAIK gibt es hier.



MAIK Update

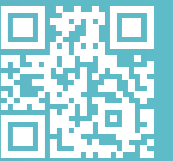
NACHHALTIGE LÖSUNGEN

Anfang 2025 fand als Jahresauftaktveranstaltung das MAIK Update statt. Zu diesen „Strategietagen außerklinische Intensivversorgung“ im malerisch gelegenen AMERON Hamburg Hotel Speicherstadt hatte die **DF** zum zweiten Mal eingeladen. CEO Daniel Klein sowie die Tagungsleitung begrüßten rund 150 Teilnehmende, insbesondere aus dem Management von Pflegeunternehmen, die sich mit Expert*innen aus Pflege, Medizin, Verbänden, der Kassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über zukunftsweisende Konzepte für die außerklinische Intensivversorgung sowie nachhaltige und teilhabeorientierte Lösungen austauschten.

Einen ersten Impuls gab das Panel „Alle sprechen von Qualität, aber was versteht man eigentlich darunter?“ unter der Leitung von PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld. Sören Hammermüller, COO der DEUTSCHENFACHPFLEGE, zeigte, wie in der **DF** im Rahmen eines Frühwarn-Regelkreises und durch den überlegten Einsatz von digitalen Lösungen die Qualität in der Pflege auf ein höheres Level gebracht werden kann. Dr. med. Martin Groß, Ärztlicher Direktor der MEDIAN Klinik Bad Tennstedt und Präsident-elect der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und Intensivversorgung (DIGAB) e. V., wiederum betonte die Bedeutung der intersektoralen Zusammenarbeit. Hierzu äußerten sich auch einige Verbandsvertreter*innen vor Ort. „Ambulant vor stationär“ war ein weiteres Thema, in dem Sören Hammermüller, Marcus Schneider, Leiter der Abteilung Gesundheit beim GKV-Spitzenverband, Rechtsanwältin Franziska Dunker, LL. M., und Ajdin Telalovic die Frage diskutierten, wohin „die Reise geht“. In einer Keynote ging schließlich Dr. h. c. Lutz Stroppe, Staatssekretär a. D., auf die Herausforderungen der 21. Legislaturperiode ein.

Zum Abschluss diskutierten Sophie Schlawinsky, Leitung des Bewerbermanagements der **DF**, ihre Kollegin Vanessa Nöll, Teil der Pflegedirektion des Verbundes, sowie Constanze Büchner, Gründerin und Geschäftsführerin der CrewLinQ GmbH, die Frage, ob und wie man den Fachkräftemangel durch innovative Konzepte in den Griff bekommen könnte: z. B. durch eine App, welche die Zufriedenheit der Mitarbeitenden in der Pflege durch flexible Arbeitszeitmodelle und Changemanagement fördert. In gepflegtem Rahmen fand am Abend des ersten Veranstaltungstages ein Get-together statt, bei dem sich schon viele zu einer Fortsetzung der Gespräche beim MAIK Kongress verabredeten. Da sich das MAIK Update vorrangig an die Managementebene in Pflegeunternehmen richtet, ist der MAIK Kongress mit seinen zahlreichen Vorträgen, Diskussionen und praxisnahen Workshops die ideale Ergänzung, um einen umfassenden Überblick über die komplexe Versorgung der heterogenen Gruppe von Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivversorgung zu erhalten.

Mehr Informationen zum MAIK Update gibt es hier.





Daniel Klein

Geschäftsführung CEO
DEUTSCHEFACHPFLEGE



Sören Hammermüller

Geschäftsführung COO
DEUTSCHEFACHPFLEGE



Hartmut Hain

Beirat
DEUTSCHEFACHPFLEGE



Maxim Rogover

Beirat
DEUTSCHEFACHPFLEGE



PD Dr. med. habil. Sven Hirschfeld

Leitender Arzt IMC,
Beatmung, Querschnittge-
lähmten-Zentrum Hamburg,
Facharzt für Allgemeinme-
dizin, ärztlicher Qualitäts-
manager mit Assessoren-
tätigkeit für die European
Foundation for Quality
Management (EFQM),
Beirat „MAIK Kongress“



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan Schwab

Direktor der Neurologischen
Klinik, Universitätsklinikum
Erlangen – 2016 bis 2018
Präsident der Deutschen In-
terdisziplinären Vereinigung
für Intensiv- und Notfallme-
dizin (DIVI), 1.Vorsitzender
der Deutschen Schlaganfall-
Gesellschaft (DSG).



Prof. Dr. med. Bernd Griewing

Humanmediziner, Neurologe,
Vorstand RHÖN STIFTUNG
Eugen und Ingeborg Münch,
2000 bis 2018 Ärztlicher
Direktor der Neurologischen
Klinik am Campus Bad
Neustadt, 2016 bis 2024
Medizinischer Vorstand und
Generalbevollmächtigter
der Rhön Klinikum AG



Dr. med. Andreas Fiehn

MBA, Facharzt für Anäs-
thesiologie, Notfallmedizin
und spezielle Intensivme-
dizin, ehemaliger Chefarzt
und langjähriger Ärztlicher
Direktor der AGAPLESION
DIAKONIE KLINIKEN KASSEL
gGmbH



Dr. h. c. Lutz Stroppe

Staatssekretär a. D.,
Senior Advisor GFS Global



Dr. phil. Maria Panzer

Referentin Public Relations
DEUTSCHEFACHPFLEGE,
Kongresspräsidentin „MAIK
Kongress“



Christoph Jaschke

Leiter Public Relations
DEUTSCHEFACHPFLEGE,
Kongresspräsident „MAIK
Kongress“

Fachbeirat

NEUE PERSPEKTIVEN

Seit 2021 hat die DEUTSCHEFACHPFLEGE einen Fachbeirat, der eng mit der Geschäftsführung des Pflegeverbands und der Leitung des Qualitätsmanagements zusammenarbeitet. Dem Fachbeirat gehören Expert*innen aus Medizin, Pflege, Management und Politik an. Im November 2024 und im April 2025 traf sich der Fachbeirat zu einer jeweils eintägigen Klausurtagung in Hannover. Die Themenvielfalt der Beiratstreffen zeigt immer wieder, wie komplex die Versorgung von Menschen mit Beatmung und Intensivversorgung ist. Der kleine Rahmen, in dem die Beiratstreffen stattfinden, ermöglicht es, neue Perspektiven auf die einzelnen Sachverhalte einzunehmen und daraus Impulse zur Weiterentwicklung der DEUTSCHENFACHPFLEGE abzuleiten.

Während die Krankenhäuser sowohl in der Fachpolitik als auch in der Öffentlichkeit als feste Größe innerhalb der Versorgungslandschaft wahrgenommen werden, ist dies bei der außerklinischen Intensivversorgung noch immer nicht selbstverständlich. Deshalb diskutiert der Beirat, wie erreicht werden kann, dass die AKI als eigenständiger Teil der Pflege noch stärker wahrgenommen wird. Denn Außerklinische Intensivpflege ist eine ebenso hochqualifizierte spezialisierte Pflege wie die Intensivpflege in den Kliniken. Sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung ist hochqualifiziertes und engagiertes medizinisch-pflegerisches Personal tätig und notwendig. Viele Ergebnisse der Studie „Pflegethermometer 2022“, die Prof. Dr. Michael Isfort in der außerklinischen Intensivpflege durchgeführt hat, spielen nämlich auch in den Kliniken eine große Rolle. Da die Fachbeiratsmitglieder aus so vielen unterschiedlichen Bereichen kommen, ist ein ganzheitlicher Blick auf die vielen Fragen rund um die AKI möglich. Die To-do-Liste am Ende einer jeden Sitzung ist deshalb stets sehr umfangreich.



Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Bernd Griewing

ERFAHRUNGEN EINBRINGEN

Neu im Fachbeirat der DF ist der Humanmediziner und Neurologe Prof. Dr. med. Bernd Griewing. Er gehört dem Vorstand RHÖN STIFTUNG Eugen und Ingeborg Münch an, war Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik am Campus Bad Neustadt, Medizinischer Vorstand und Generalbevollmächtigter der Rhön Klinikum AG und Mitglied im Aufsichtsrat des Universitätsklinikums Gießen und Marburg. Neben der Neurologie hat er sich mit vielen pflegerischen Themen auseinandergesetzt. Für seine Verdienste in der Versorgungsforschung wurden er und seine Mitarbeiter*innen mehrfach ausgezeichnet, unter anderem mit dem Golden Helix Award des Verbands Deutscher Krankenhausdirektoren und dem Karl Storz Telemedizinpreis. In einem Interview gibt Bernd Griewing einen Einblick in seine Schwerpunkte und seine zukünftige Mitarbeit im Fachbeirat.

Sie waren fast 20 Jahre Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik am Campus Bad Neustadt und waren von 2016 bis 2024 medizinischer Vorstand und Generalbevollmächtigter der RHÖN-KLINIKUM AG. Was hat Sie als Vertreter des klinischen Bereichs motiviert, im Fachbeirat der DF mitzuarbeiten?

Die enge Zusammenarbeit aller medizinischen Professionen ist zwingende Voraussetzung für eine hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung kranker Menschen. Darüber hinaus ist die sektorenübergreifende Versorgung, also z. B. die enge Verknüpfung von stationärer und ambulanter Medizin und Pflege, neben der Digitalisierung der entscheidende Erfolgsfaktor für die Zukunft unserer Gesundheitsversorgung in Deutschland und Mitteleuropa. Durch mein neues Engagement in der DF und meine lange Erfahrung in der „alten Welt“ der Kliniken kommen hier wichtige Komponenten der Gestaltung neuer Versorgungsmodelle zusammen. Und das interessiert mich und macht Spaß.

In Ihrer Vita kann man lesen, dass Sie sich neben der Neurologie mit vielen pflegerischen Themen auseinandergesetzt haben. Welche Themen waren das?

Die moderne klinische Neurologie (und hier auch ich) befasst sich mit einer großen Anzahl von schwerkranken Patient*innen, z. B. auf fachspezifischen Intensivstationen, Stroke Units, in der neurologischen Frührehabilitation und bei der Behandlung komplexer Krankheitsbilder wie der Multiplen Sklerose, dem Parkinson Syndrom, neuromuskulärer

Erkrankungen oder Epilepsien. Pflegerische Themen dominieren dabei oft den medizinischen Alltag und sind mitentscheidend für den Erfolg der Behandlung – im ambulanten bzw. häuslichen Umfeld, in der Akutklinik und in der oft langen Phase der Rehabilitation. Das eng vernetzte Arbeitsverhältnis zwischen der Pflege, den Ärzt*innen und natürlich dem therapeutischen Bereich war mir daher immer wichtig.

Hatten Sie in Ihrem Berufsleben schon oft mit der außerklinischen Intensivversorgung und Anbietern dieser Versorgungsform zu tun?

Ein für neurologische Patient*innen risikoreicher Schritt ist der Übergang aus der klinischen Phase in die ambulante Versorgung. Immer öfter sind heute auch im häuslichen Bereich nicht die notwendigen Voraussetzungen für die oft noch schwerkranken Menschen gegeben. Gerade für instabile Krankheitsphasen und junge Menschen mit komplexen Krankheitsbildern ist daher ein Zwischenschritt, wie beispielsweise die außerklinische Intensivversorgung, in den letzten Jahren aus meiner Sicht wichtig geworden. Daher habe ich mit entsprechenden Anbietern in meinem Umfeld vermehrt zusammengearbeitet. Auch habe ich z. B. verschiedene Initiativen in der digitalen Medizin begleitet, um die netzwerkmedizinische Verknüpfung zwischen den Kliniken und den Einrichtungen der außerklinischen Intensivmedizin einerseits herzustellen, aber andererseits, um zusätzlich die Hausärzt*innen und beteiligte Therapeut*innen auf regionaler Ebene im Sinne der Patient*innen und ihrer Familien einzubinden.

Welchen Stellenwert nimmt Ihrer Einschätzung nach die außerklinische Intensivversorgung hierzulande ein?

Die außerklinische Intensivversorgung hat eine spannende und beachtenswerte Entwicklung in den vergangenen Jahren genommen und sich in der medizinischen Szene gut etabliert. Dennoch bin ich der Überzeugung, dass diese Form der ambulanten Medizin noch am Anfang steht. Die demographische Entwicklung, die Auswirkungen der Krankenhausreform, die moderne Entwicklung in den Pflegewissenschaften und die Digitalisierung in der Medizin werden hier die Möglichkeit zur Weiterentwicklung und den Ausbau der Kapazitäten vorantreiben. Wichtig wird es sein, neben der unternehmerischen Entwicklung Inhalte der außerklinischen Intensivversorgung mit der Versorgungsforschung zu



verknüpfen. Denn nur auf der Basis einer wissenschaftlichen Evidenz werden langfristig tragbare Konzepte wie die außerklinische intensivmedizinische Versorgung in der Medizin Anerkennung finden, sich weiter in der Fläche etablieren können und auch eine finanztechnische Absicherung finden. Das zukünftige Potenzial ist hier noch lange nicht ausgeschöpft.

Wie wichtig ist eine sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit Intensivversorgungsbedarf und welche Verbesserungen könnte eine größere Durchlässigkeit von ambulant und stationär bringen?

Bis heute werden die Sektorengrenzen zwischen klinischer und ambulanter Versorgung meist aus jeweiligen berufspolitischen Eigeninteressen gepflegt und letztlich getrennt finanziert. Es wird dabei auch viel über medizinische Qualität gesprochen. Während in den Kliniken dazu Ansätze eingepflegt wurden, ist das in ambulanten Einrichtungen erst im Trend erkennbar und übergeordnete gemeinsame Ansätze der qualitätsorientierten Medizin, hier in der intensivmedizinischen Versorgung, existieren kaum. Daran wird man arbeiten und das mit der Versorgungsforschung über die Sektorengrenzen hinweg verbinden müssen.

Wie könnten die Sektorengrenzen aufgebrochen werden?

In erster Linie durch die engere Zusammenarbeit der klinischen und ambulanten Einrichtungen in der Intensivversor-

gung. Es wird Initiativen wie gemeinsame Qualitätszirkel oder – besser noch – pragmatische gemeinsame Versorgungsansätze am Übergang von der klinischen zur ambulanten Versorgung für diese Patient*innen geben müssen. Das können anfangs gemeinsame Visiten an den Patient*innen oder interdisziplinäre Fortbildungen sein. Über eine ehrliche Kooperation entsteht gegenseitiges Vertrauen und das kann dann eine Initialzündung für Initiativen an Sektorengrenzen sein.

Ihre erste Präsentation im Fachbeirat, die Sie gemeinsam mit ihrem Sohn, Dr. med. Dr. rer. pol. Sebastian Griewing, zeigten, hatte das Thema „New Work in der Medizin - wie Boomer, Millennials & Gen Z die Arbeit in der Medizin neu verhandeln“. Wo stehen aus Ihrer Sicht momentan die Pflegenden im außerklinischen Bereich auf einer Skala von 1 bis 10?

Da möchte ich mich nicht auf einen Skalenwert festlegen. Aber es ist für mich eindeutig, dass diese Diskussion zwischen den Generationen in den Kliniken schwieriger ist. Hier bestehen oft noch traditionell gelebte Hierarchien und Vorstellungen zum Berufsleben und der aktuell hohe ökonomische Druck dort gibt beiden Generationen wenig Zeit für die Klärung zentraler Fragen des zukünftigen Miteinanders. Wirklich innovative Ansätze sind daher in klinischen Einrichtungen nicht zu erkennen. Diskontinuität in der Stellenbesetzung und der Fachkräftemangel gerade in der Pflege werden sich verschärfen.

Besonders junge Menschen in der Pflege suchen heute zunehmend das Miteinander und den Sinn in ihrer Arbeit; die Vergütung ist nur ein Faktor. Durch die Feminisierung der medizinischen Berufe sind Modelle mit flexibler Arbeitszeitregelung oder die Kinderbetreuung während der Arbeit von zentraler Bedeutung. Der außerklinische Bereich erscheint dafür momentan attraktive Aspekte zu bieten – im Vergleich zu den Kliniken mit kleineren Versorgungseinheiten mit einem direkterem und persönlichem Bezug zu Kolleg*innen und Patient*innen selbst. Auch eine variabelere Arbeitsplatzorganisation und -gestaltung bei in den letzten Jahren angepassten Verdienstmöglichkeiten im Vergleich zu den Kliniken bieten Chancen zur positiven Weiterentwicklung – wenn man darauf achtet, langfristig nicht die gleichen Fehler wie in den Kliniken zu machen.

Welche Impulse möchten Sie der DF im Rahmen der Zusammenarbeit im Fachbeirat geben?

Im Zentrum der Arbeit bei der DF müssen aus meiner Sicht die Patient*innen, professionelle Pflege und gute Medizin bleiben. Es steht außer Frage, dass man heute eine Harmonisierung zwischen den medizinischen Inhalten und relevanten Fragen der Wirtschaftlichkeit finden muss, wenn man im Markt bestehen will, aber Ausgangspunkt einer strategischen unternehmerischen Überlegung muss bei der DF ein medizinisches und möglichst innovatives Konzept sein.

Die modernen Pflegewissenschaften bedingen, dass man diese Konzepte begleitend auch möglichst wissenschaftlich evaluiert. Darüber hinaus muss man an die pflegerische Qualitätssicherung und deren Ausbau denken, was letztlich mitentscheidend in der politischen Diskussion und in der langfristigen finanztechnischen Absicherung der DF-Konzepte sein wird. Und auch die Digitalisierung an den Sektorengrenzen und in der Absicherung der Arbeit an medizinisch komplexen Patient*innen kann für die DF ein Erfolgsfaktor werden, wenn die Pflege sie selbst als wesentlich unterstützendes Element in der täglichen Arbeit erkennt und aktiv in ihre Arbeitsprozesse einpflegt. Digitalisierung darf man den Menschen nicht überstülpen oder vorschreiben.

Welchen Stellenwert hat die Versorgung von neurologisch erkrankten Menschen in der Versorgungslandschaft und haben neurologische Erkrankungen zugenommen?

Als ich vor knapp 40 Jahren in der Neurologie angefangen habe, waren wir quasi noch ein Teilgebiet der damaligen Nervenkliniken, also eng mit der Psychiatrie verbunden. Die heute vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie neue organisatorische Einheiten in der Neurologie (z. B. Stroke Units, spezifische Intensivmedizin, Mehrphasenmodell der Rehabilitation) haben die Neurologie und ihre zugehörigen Wissenschaften zu einem bedeutenden und eigenständigen organischen Fachgebiet gemacht. Das wird sich fortsetzen, zudem hat eine erfolgreiche Neurologie relevante Schnittstellen zu anderen Fachdisziplinen. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass eine große Zahl von neurologischen Patient*innen auch in den Einrichtungen der DF versorgt wird – eine Chance für eine positive Zukunftsgestaltung!

Können Sie uns drei Punkte nennen, die unabdingbar für die pflegerische Versorgung dieser Menschen sind?

Die Pflege ist zentraler Bestandteil bei einer Vielzahl neurologischer Erkrankungen, die oft einen komplexen Verlauf mit langfristigen Behinderungen haben. Unabdingbar sind:

- ✓ eine enge Zusammenarbeit der Pflege mit den Ärzt*innen und den relevanten Therapeut*innen
- ✓ eine berufsbegleitende regelmäßige Fortbildung zu neurologischen Krankheitsbildern, um beispielsweise Psychosynndrome nach Hirnschädigungen besser einschätzen und individuell begleiten zu können
- ✓ die pflegerische intensivmedizinische Versorgung neurologischer Patient*innen – gerade über einen längeren Zeitraum – ist herausfordernd und kann sehr belastend sein; Supervision und Resilienztraining im Team sind eine Empfehlung

Sehen Sie hier die DEUTSCHEFACHPFLEGE bereits auf einem guten Weg?

Die Voraussetzungen der DF sind hier aus meiner Sicht einwandfrei und für Arbeitskräfte der Pflege aus bereits erwähnten Gründen derzeit attraktiv. Diese Position sollte man gegenüber den Wettbewerbern ausbauen und muss darauf achten, dass der Kern der alltäglichen Motivation aus der Arbeit an den Patient*innen und mit den Angehörigen kommt. Geht das verloren oder nehmen administrative Aufgaben überproportional zu, dann wäre die DF zu nahe an den aktuellen Arbeitsverhältnissen vieler klinischer Einrichtungen und das könnte nachteilige Auswirkungen haben.

Welche Themen sind Ihnen in der Zusammenarbeit mit der DF wichtig?

Wie bereits benannt, möchte ich meine Erfahrungen aus der praktischen Medizin und dem Management, die ich über Jahrzehnte gesammelt habe, in die DF-Arbeit einfließen lassen. Krisenzeiten, wie wir sie derzeit im deutschen Gesundheitssystem vorfinden, bieten auch immer Chancen. Ambulante Medizin und Pflege im Zusammenhang komplexer und sogar intensivmedizinischer Krankheitsbilder sind im Grundsatz ein moderner und richtiger Ansatz, die Schritte auf diesem Weg der Weiterentwicklung sollten kontinuierlich und gleichzeitig bedächtig sein und dabei immer das Wohl der Patient*innen und ihrer Angehörigen, aber auch der Menschen, die mit ihnen arbeiten, konzentriert im Auge behalten. Dabei möchte ich gerne helfen.



ENGAGIERT

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE engagiert sich über die Grenzen der Pflegebranche und des eigenen Verbunds hinaus – und behält dabei stets den Menschen im Fokus.

Karlsson e.V.

MUT MACHEN, PERSPEKTIVEN ERÖFFNEN

Seit 20 Jahren begleitet der Verein Karlsson e. V. Kinder und Jugendliche aus finanziell benachteiligten Familien – mit praktischer Hilfe, Bildungsangeboten und einem offenen Ohr. Ob Nachhilfe, Reitferien, Musikworkshops oder einfach ein Rucksack mit Schulmaterial: Der Verein aus Herford steht für individuelle Förderung und soziale Teilhabe. Unterstützt werden vor allem Familien aus den Regionen Bielefeld und Herford – dort, wo auch die DEUTSCHEFACHPFLEGE einen ihrer Verwaltungssitze hat. Gegründet wurde Karlsson e. V. vom Pflegedienst Bonitas anlässlich seines zehnjährigen Jubiläums. Der Pflegedienst ist Teil der DEUTSCHENFACHPFLEGE – und bis heute Hauptsponsor des Vereins. Sämtliche Verwaltungskosten werden übernommen, sodass jede Spende vollständig in die Förderung der Kinder fließen kann.

Benannt nach der bekannten Kinderbuchfigur Karlsson vom Dach, möchte der Verein Selbstvertrauen stärken und Benachteiligung abbauen. Denn viele Familien können sich Alltägliches schlicht nicht leisten – vom Schulranzen zum ersten Schultag bis zum Sportverein. Jedes Kind soll als einzigartig wahrgenommen werden – unabhängig vom sozialen oder finanziellen Hintergrund. Die Angebote von Karlsson zielen deshalb darauf, Ausgrenzung zu verhindern und Chancengleichheit zu ermöglichen.

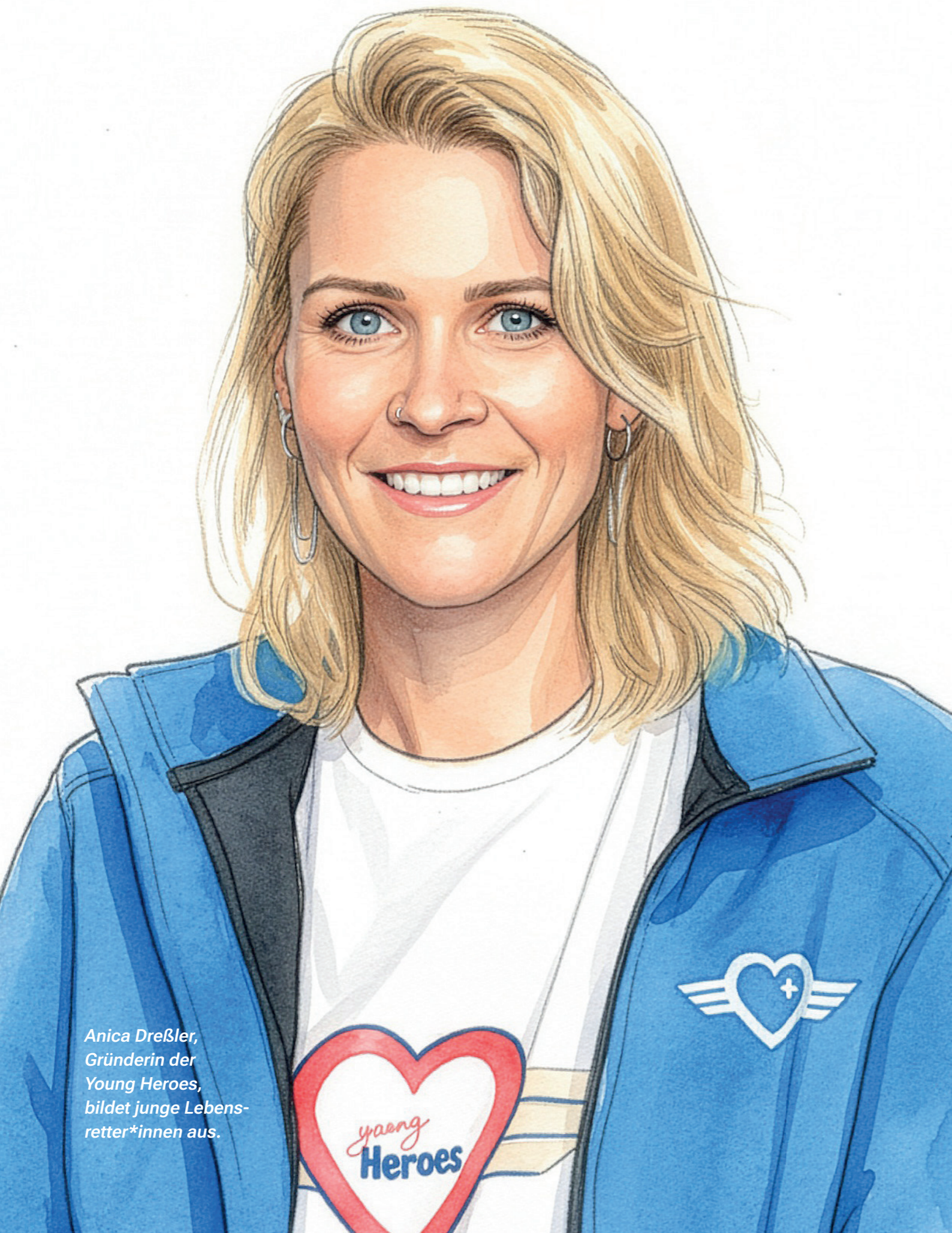
„Wir sehen jedes Kind mit seinen eigenen Stärken – genau wie Karlsson vom Dach. Unsere Angebote sollen Perspektiven eröffnen und Kinder das Gefühl geben, dazuzugehören“, erklärt Jan-Felix Hadasch, Leiter von Karlsson. Die Nachfrage nach Unterstützung ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Immer häufiger wird Karlsson e. V. auch von Jugendämtern und Familienhilfen als Anlaufstelle empfohlen. Die Arbeit des Vereins wäre ohne Spenden nicht möglich. Durch die Unterstützung aus dem Verbund konnte in diesem Jahr erneut eine Ferienfreizeit für rund 20 Kinder organisiert werden – ein Highlight für viele der teilnehmenden Familien.



Jan-Felix Hadasch
Karlsson e. V.

„**Unsere Angebote sollen Perspektiven eröffnen.**“





Anica Dreßler,
Gründerin der
Young Heroes,
bildet junge Lebens-
retter*innen aus.

Young Heroes

AUSBILDUNG JUNGER LEBENSRETT*INNEN

Anica Dreßler ist Überleitmanagerin für Kinderintensivpflege bei der DEUTSCHENFACHPFLEGE – und Ausbilderin künftiger Lebensretter*innen. Sie hat früh erkannt, was jetzt erst langsam in der breiten Masse ankommt: Leben retten ist keine Frage des Alters. Ganz im Gegenteil müssen Kinder zeitig für das so wichtige Thema Reanimation sensibilisiert werden, damit Ängste genommen werden können. Eine Studie aus dem Jahr 2023 konnte sogar belegen, dass bereits Vierjährige in der Lage sind, einen medizinischen Notfall zu erkennen (vgl. Schröder et al. 2023: Basic Life Support Education for Schoolchildren: A Narrative Review and Scientific Statement From the International Liaison Committee on Resuscitation).

„Die Laien-Reanimationsquote liegt in Deutschland bei knapp 51 %“, erklärt die gelernte Kinderkrankenschwester und Pflegedienstleitung. „Zum Vergleich: In den Niederlanden übersteigt sie bald die 90 %, weil Reanimation dort schon an den Grundschulen unterrichtet wird.“ Es fehlt an festen Strukturen und Gesetzesvorlagen in Deutschland – nur langsam tut sich etwas. Beispielsweise hat Nordrhein-Westfalen 2025 ein Gesetz verabschiedet, nachdem Schulen verpflichtet sind, ab der 7. Klasse Reanimation als Unterrichtsfach zu implementieren.

Anica Dreßler hat bereits vor zweieinhalb Jahren die „Young Heroes“ gegründet. Mit ihr bietet die DEUTSCHENFACHPFLEGE Kurse für Erste Hilfe in lebensbedrohlichen Situationen an – und zwar für Schüler*innen von Klasse 3 bis 9. Auch in Förderschulen werden sie angeboten. „Es gilt, früh Ängste zu nehmen, um Todeszahlen zu senken, die durch unterlassene Hilfeleistung entstehen“, erklärt sie. Und genauso wichtig: Betroffene sollen nicht nur überleben, sondern möglichst wenig Schaden mitnehmen. Das Besondere an den Young-Heroes-Kursen ist der interaktive Vermittlungsansatz, der die Schüler*innen aktiv und dem Alter entsprechend einbezieht.

Neben Anica Dreßler sind zwei weitere Mitarbeitende des Überleitmanagements für die Young Heroes aktiv. Auch Pflegefachkräfte aus Kliniken, Rettungsdienstler*innen und Fachmediziner*innen haben sich gemeldet, um dem Team beizutreten. Die Nachfrage ist also von allen Seiten groß. Über den Schulsektor hinaus gibt es mittlerweile Anfragen von unter anderem Sportvereinen, Hospizen und politisch verankerten Projektanbietern für die Kurse der Young Heroes.

DER KURS AUF EINEN BLICK

Die Zielgruppe

Kinder: 3. bis 5. Klasse

Teenager: 6. bis 9. Klasse

Der Inhalt der Kurse ist identisch – nur die Art der Vermittlung wird an das Alter angepasst.

Der Kurs

45 Minuten Theorie
und 45 Minuten Praxis

Die Themen

1. Die wichtigsten Organe – wie spielt was zusammen?
2. Was ist ein lebensbedrohlicher Notfall und wie bringe ich mich selbst nicht in Gefahr?
3. Praktisches Handeln: Wie setze ich den Notruf ab? Wie überprüfe ich die Atmung? Wie erkenne ich eine Bewusstlosigkeit? Wie reanimiere ich?





Ausblick

SO GEHT ES WEITER

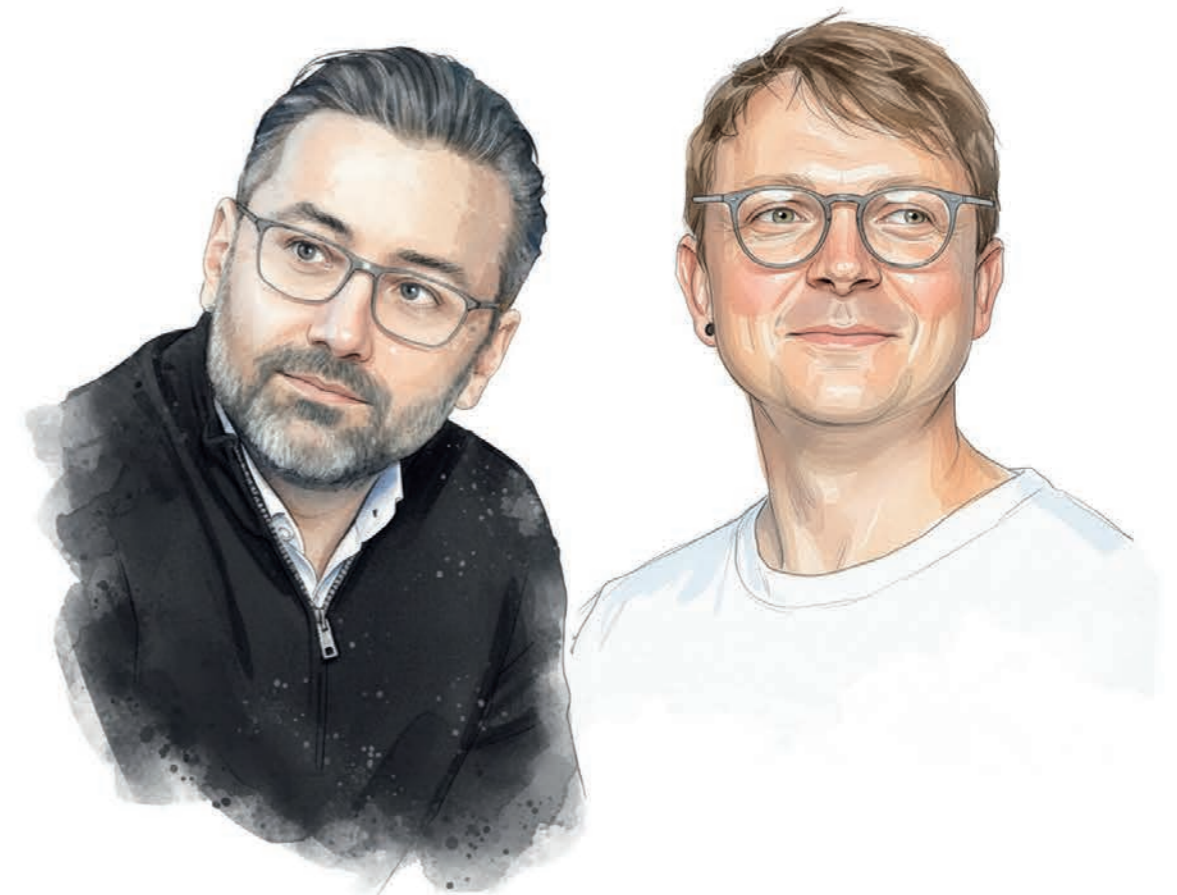
Weil Pflege so viel mehr ist, entwickelt die DEUTSCHEFACHPFLEGE sich und ihr Angebot stetig weiter. Dieser Unternehmens- und Qualitätsbericht zeigt eine Momentaufnahme des Verbundes – bereits beim Umblättern zum nächsten Thema hat sich in mindestens einem Bereich der DF schon wieder etwas getan, haben Mitarbeitende die Köpfe zusammengesteckt oder einen Stein ins Rollen gebracht. Nur durch neue Ideen und Wege kann der Fortschritt vorangetrieben werden – und das nicht um des Fortschritts willen, sondern um allen Menschen, die mit dem Verbund in Verbindung stehen, einen Mehrwert zu ermöglichen. Schon jetzt gibt es also Themen, die bewegt werden und im kommenden Jahr eine besondere Rolle spielen sollen.

Eingliederungshilfe

Die DF leistet seit jeher Pionierarbeit – und schließt nun auch beim Thema Eingliederungshilfe eine Versorgungslücke: In Wohngemeinschaften, in denen eine auf jede leistungsberechtigte Person zugeschnittene Kombination aus Pflege und Eingliederungshilfe angeboten wird. Diese ambulant betreuten WGs richten sich an erwachsene Menschen mit Behinderung bis 63 Jahren, die zwar keinen Intensivpflegebedarf vorweisen, aber umfassende Unterstützung im Alltag benötigen. Sie haben aufgrund körperlicher und/oder geistiger Beeinträchtigungen ein Anrecht auf soziale Teilhabe. Durch gezielte Pflege und individuell abgestimmte Eingliederungsmaßnahmen wird in den WGs ein selbstbestimmter Alltag mit einem hohen Maß an Lebensqualität ermöglicht – weil Teilhabe keine Grenzen kennt.

Dienstleister im persönlichen Budget

2021 wurde im SGB 9 die Leistungsform „Persönliches Budget“ eingeführt und 2024 durch das „Trägerübergreifende persönliche Budget“ ergänzt. Es handelt sich dabei um eine Aufwendung zur Deckung des persönlichen Hilfebedarfs und ermöglicht Betroffenen den selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Einkauf von Leistungen bei entsprechenden Dienstleistern. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist dabei, ihr Angebot als solcher Dienstleister im persönlichen Budget auszubauen. Denn: Es handelt sich dabei um die maximal selbstbestimmte Form, in der Unterstützungsleistungen stattfinden können. Der Verbund ermöglicht Betroffenen, An- und Zugehörigen damit sowohl Eigenverantwortlichkeit als auch partizipative Entscheidungsfindung – was sich schließlich im Erfolg der Versorgung niederschlägt.



Telemedizin und Künstliche Intelligenz (KI)

Telemedizin wird bereits seit 2021 im Verbund genutzt. Seit 2025 hat die DF mit Docs in Clouds einen Partner an der Seite, mit dem sie zukunftssicher aufgestellt ist und in den kommenden Monaten weitere technische Innovationen in die Pflege bringt: Neben der Nutzung der klassischen Telemedizin, die mittlerweile bundesweit in der DEUTSCHENFACHPFLEGE ausgerollt ist, bietet Doc in Clouds Möglichkeiten, die weit darüber hinaus gehen. So sollen Ereignisse in der Pflege über die Software künftig strukturiert erfasst und ausgewertet werden, um strukturelle Verbesserungen in der Pflegequalität zu ermöglichen. In Zusammenarbeit werden individuelle Bedarfe der DF umgesetzt, die es so nicht auf dem Pflegemarkt gibt. Zum Beispiel ein zentrales digitales Dokumentationssystem für das FmB oder eine digitale Plattform für die Auswertung der eigenen Audits des Qualitätsmanagements – all das zum Zwecke der Einheitlichkeit und Auswertbarkeit. Die nächsten Schritte sehen die Einbindung medizinischer IoT-Sensoren zur Primärerfassung und die Integration weiterer Software wie unser Frühwarnsystem vor: für eine höhere Betreuungsdichte, gesteigerte Interventionsfähigkeit im Notfall und größere Transparenz medizinischer und organisatorischer Zusammenhänge.

Attraktivität als Arbeitgeber

Mitarbeiter*innen sind motiviert und leisten gerne gute Arbeit, wenn es ihnen in ihrem Unternehmen gut geht. Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist daher weiterhin bestrebt, sich als Arbeitgeber stets neu zu erfinden und allen Kolleg*innen einen attraktiven Arbeitsplatz zu schaffen – mit Möglichkeiten zur Entwicklung und Neuorientierung.

Wir freuen uns auf ein spannendes Jahr!

Ihre
Daniel Klein, Geschäftsführer CEO
Stephan Tarbuk, Geschäftsführer CFO
Michail Gershanovych, Geschäftsführer COO
Sören Hammermüller, Geschäftsführer COO

HERZLICHEN DANK!

Die DEUTSCHEFACHPFLEGE sagt Danke: Danke an unsere Teams für ihr tägliches Engagement, an unsere Partner*innen für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und an unsere Klient*innen und ihre An- und Zugehörigen für das uns entgegengebrachte Vertrauen. Ein besonderer Dank gilt allen, die durch ihre Beiträge, Eindrücke und Fotos dazu beigetragen haben, die Vielfalt unserer Pflege zu zeigen und ihr ein Gesicht zu geben.

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche Fachpflege Holding GmbH
Heidestraße 13
32051 Herford

0800 | 306 550 00

info@deutschefachpflege.de
www.deutschefachpflege.de

Stand der Veröffentlichung

Oktober 2025

Stand für sämtliche angegebene Zahlen

Der Berichtszeitraum umfasst Juli 2024 bis Juni 2025. Das schließt alle erhobenen Zahlen und Daten, die in diesem Bericht dargestellt sind, ein.

Satz & Layout

Deutsche Fachpflege Holding GmbH

Fotos

Deutsche Fachpflege Holding GmbH

Druck

Hans Gieselmann Druck und Medienhaus GmbH & Co. KG



Für die digitale Version
des Berichtes den QR-Code scannen.



WWW.DEUTSCHEFACHPFLEGE.DE